

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

OBSAH

EDITORIAL

- M. Palát: Niektoré aspekty kardiovaskulárneho a onkologického programu 129

PŮVODNÉ VEDECKÉ A ODBORNÉ PRÁCE

- A. Franek, I. Gombár: Niektoré osobnostné vlastnosti pacientov s infarktom myokardu 131
 R. Štukovský, M. Palát, A. Sedláková: Štruktúra postojov k rehabilitácii po infarkte myokardu. III. základné dimenzie získané zhlukovou analýzou 137

METODICKÉ PRÍSPEVKY

- Z. Trázník: Rehabilitace flekční blokády IP 1 kloubu III. prstu ruky užitím kombinace poklepu reflexním kladívkem a odporového cvičení 145
 P. Kucek: Niektoré možnosti vyťaženia autoregulačného potenciálu behu 149
 J. Řeháček: Rehabilitace ischemické choroby dolních končetin 157
 F. Fiala, J. Laciga: Naše dosavadní zkušenosti s rehabilitací chronických pacientů s využitím nočního sanatoria 163

- HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ 169

- RECENZIE KNÍH 136, 148, 155, 156, 162, 170—179,

- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ 179

- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 191

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

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

Rehabilitácia

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

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 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 Kříž, Vladimír Lánik, Štefan Litomerický, Miroslav Palát (predseda), Marie Večeřová

Adresa redakcie: Kramáre, Limbová ul. 5, 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

Rehabilitácia

CASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

ROČNÍK XIII/1980

ČÍSLO 3

EDITORIAL...

NIEKTORÉ ASPEKTY KARDIOVASKULÁRNEHO A ONKOLOGICKÉHO PROGRAMU

Kardiovaskulárny a onkologický program, ako ho formulovalo Ministerstvo zdravotníctva ČSR a SSR a ako sa realizuje v jednotlivých modelových okresoch v Čechách a na Slovensku, predstavuje moderný komplex opatrení, zodpovedajúci súčasnému trendu medicínskeho myslenia v oblasti kardiovaskulárnej a onkologickej problematiky.

Problematika koronárnej choroby srdca, práve tak ako problematika iných ochorení kardiovaskulárneho aparátu a ich komplikácie, sú dostatočne známe, problematika onkologických ochorení je zatiaľ vo vedomí ľudí hrozivým otáznikom, vo vedomí lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov veľkou neznámou. Kardiovaskulárny a onkologický program v širokom zábere chce definovať všetky prostriedky boja proti týmto moderným epidémiám a súčasne na základe získaných dát realizovať súbor opatrení proti nim. Samozrejme, prvou úlohou zdravotníctva ako rezortu zodpovedného za národné zdravie je zabezpečiť diagnostický a terapeutický program, ďalšou úlohou však zostáva registrácia výskytu týchto chorôb na základe vyšetrení — na to slúži zavádzaný register kardiovaskulárnych a onkologických ochorení. Ešte je tu úloha zabezpečiť pomocou špeciálnych metód ďalší život postihnutých v ich spoločenskom mikro- alebo makroprostredí, teda zabezpečiť okrem diagnostiky, diferenciálnej diagnostiky, terapie, vrátane chirurgickej terapie, predovšetkým sekundárnu prevenciu a rehabilitáciu. Pochopiteľne aj primárna prevencia nepriamo súvisí s týmto komplexom opatrení a s týmto konceptom boja proti kardiovaskulárnym a onkologickým chorobám.

Medicínske otázky súvisiace s touto problematikou sú dostatočne známe, priebežne sa o nich diskutuje v komplexe i v detailoch — či už ide o skreening kardiovaskulárnych ochorení alebo dispenzarizáciu nádorových ochorení, či ide o diagnostiku, diferenciálnu diagnostiku alebo možnosti terapie, či ide o rizikové faktory alebo rizikové indikátory a boj proti nim, ako to poznáme

z oblasti sekundárnej prevencie. Našou snahou je poukázať na dva okruhy aspektov, ktoré sú podľa nášho názoru podstatné a majú pre finálne riešenie celej problematiky značný význam.

1. Zdravie jedinca a starostlivosť o toto zdravie presahuje záujem rezortu zdravotníctva. Tento aspekt je primárny, a preto kardiovaskulárny a onkologický program predstavujú celospoločenský program. Praktickým dôsledkom je, že nielen zdravotníctvo, ústavy národného zdravia, lekári a ostatní zdravotníci pracovníci ako nositelia zdravotníckej starostlivosti majú a musia realizovať tieto programy, ale za ich realizáciu sú rovnako zodpovedné aj ostatné faktory spoločnosti — spoločenské organizácie, národné výbory a ostatné inštitúcie a v neposlednom rade aj občan sám. Každý z nás je určitým spôsobom zodpovedný za svoje zdravie, každý z nás ako občan tohto štátu musí svojou mierou prispieť k národnému zdraviu. Aj tu sú už vypracované určité metódy, niekedy úspešné, väčšinou však menej úspešné. Optimálny tok informácií k jedincovi tejto spoločnosti je prototypom, ktorý ovplyvňuje myslenie každého takéhoto jedinca, a tým ho získava pre aktívnu účasť na udržaní národného zdravia. Tento tok informácií môžu zabezpečiť v najrôznejších formách a podobách nielen zdravotnícke zariadenia, ale všetky ostatné inštitúcie a orgány — výsledkom je realizácia primárnych preventívnych systémov.

2. Boj o zdravie jedinca vyžaduje určitú koordináciu prostriedkov času. Zdá sa, že zdravotníctvo a jeho jednotlivé úseky majú veľmi účelnú koordináciu prostriedkov v boji proti kardiovaskulárnym, eventuálne onkologickým chorobám — naša diagnostika a terapia, vrátane kardiochirurgických zákrokov, predstavujú v určitých oblastiach vysoký medzinárodný štandard, naša rehabilitačná terapia na vybraných pracoviskách práve pri kardiovaskulárnych ochoreniach je prínosom pre štúdie Svetovej zdravotníckej organizácie v tejto oblasti. Musíme však zabezpečiť koordináciu komplexných rehabilitačných systémov — pacient po ukončení fázy liečebnej rehabilitácie by sa mal dostať do fázy pracovnej rehabilitácie eventuálnej resocializácie — a tu končí zodpovednosť rezortu zdravotníctva — začína zodpovednosť iných rezortov. Vypracovanie koordinačných väzieb, zabezpečenie nadväznosti jednotlivých etáp komplexnej starostlivosti — to je *conditio sine qua non* pre splnenie zodpovednosti u chronicky chorého bez ohľadu na to, či ide o chorobu kardiovaskulárneho systému alebo neoplastické či iné ochorenie.

Komplexné preventívne systémy a komplexné rehabilitačné systémy predstavujú teda (a to predovšetkým pri riešení široko koncipovaných dlhodobých štúdií — prototypom je v súčasnosti prebiehajúci kardiovaskulárny a onkologický program) novú kvalitu, ktorá v konečnej fáze bude spolurozhodovať o efektívnosti daných programov. Každý dlhodobý zdravotnícky program je súčasťou určitého systému, ktorý garantuje komplexnosť — a práve cesta od primárnej prevencie cez diagnostiku a sekundárnu prevenciu až po terapiu a rehabilitáciu tvorí taký jednotný systém.

Dr. M. Palát, Bratislava

POVODNE VEDECKÉ
A ODBORNE PRÁCE

NIEKTORÉ OSOBNOSTNÉ VLASTNOSTI PACIENTOV S INFARKTOM MYOKARDU

A. FRANEK, I. GOMBÁR

Železničná poliklinika, Zilina
Náčelník: MUDr. J. Novotný
Manželská a predmanželská poradňa, Prešov
Vedúca: prom. psych. E. Pavluvčíková

Súhrn: Infarkt myokardu ako koronárna choroba, ktorá je predmetom našej práce, je determinovaná multifaktoriálne. Pri jej geneze hrajú rolu faktory dispozičné, rizikové, ďalej pohlavie, vek, dedičnosť a pod. Medzi rizikové a dispozičné faktory radí väčšina autorov kaloricky nadmernú výživu, obezitu, hypertenziu, nadmerné fajčenie, nedostatok fyzickej aktivity a psychické faktory.

Kľúčové slová: Psychosomatické vzťahy — infarkt myokardu — psychologické vyšetrovacie metódy — osobnostné vlastnosti

Celý rad chorôb civilizačného charakteru sa dnes vymyká klasickému vzorcu medicínskeho uvažovania, t. j. mikrób a následná nemoc organizmu. Preto sa integruje do etiopatogenetického myslenia ďalšia dimenzia — psychika. Takto vznikol špecifický psychosomatický prístup k ponímaniu etiológie onemocnení.

Nás pochopiteľne najviac zaujímajú psychické faktory, ktoré sú závažné pri vzniku infarktu myokardu (ďalej len IM) v mladšej vekovej skupine pacientov (30 až 50 rokov). U pacientov nad 50 rokov majú podstatnejší vplyv skôr organické zmeny cievneho systému a iné organické zmeny (hypercholesterolémia, hypertenzia...) podľa Lisoňkovej.

Osobnostné faktory determinujú správanie človeka v istých intenciách. Z mnohých výskumov je známe, že pacienti z okruhu niektorých ochorení majú podobné osobnostné vlastnosti. Zdá sa, že niektoré psychické zložky zohrávajú za istých okolností dôležitú úlohu pri vzniku somatického ochorenia. Tento fakt je jednou z overovaných oblastí v rámci výskumu kardiovaskulárnych onemocnení, ktoré organizuje WHO. Psychológovia sa tu zameriavajú predovšetkým na zisťovanie vzťahu životného štýlu a pravdepodobnosti kardiálneho ochorenia.

Pri koncipovaní hypotéz našej práce sme vychádzali z celého radu našich

a zahraničných autorov, ktorí predpokladajú vzťah medzi psychosomatickými chorobami a psychologickými a efektívnymi vlastnosťami osobnosti, napr. Dumbarova in Vondrášek (2). Predpokladáme, že v osobnosti pacientov s IM sú niektoré črty, vlastnosti, ktoré zohrávajú podstatnú rolu pri determinovaní istého štýlu života, a ten môže byť jednou z príčin morbidity. Zdá sa nám, že dôsledné poznanie osobnosti pacientov s IM je nevyhnutným predpokladom pre efektívnu psychoterapiu ako súčasť komplexnej rehabilitácie v poinfarktovom období.

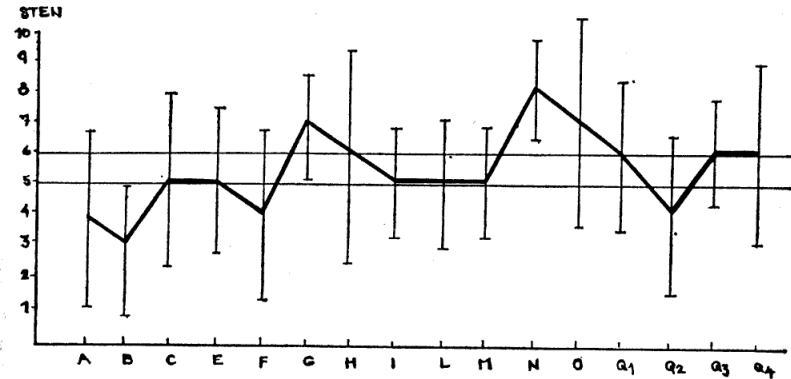
Metóda

Náš výskum sme uskutočnili r. 1974 v Štátnych kúpeľoch Sliač s 92 pacientmi mužského pohlavia s diagnózou infarkt myokardu. Z výskumu boli vylúčené ženy pre nízku frekvenciu výskytu a iné diagnózy z okruhu kardiovaskulárnych ochorení, ako sú napr. angína pectoris, hypertenzia, Bürgerova nemoc, postoperačné stavy a pod. Išlo o pacientov, ktorí prekonali IM raz, resp. dvakrát. 19 pacientov sme vylúčili z nášho výskumu pre nevalidné výsledky v psychodiagnostických metódach. Sociálne zloženie zvyšných 73 pacientov bolo takéto: 52 % pacientov malo vzdelanie základné, 36 % stredoškolské a 12 % vysokoškolské. 59 % pacientov pred onemocnením pracovalo duševne a 41 % fyzicky. 36 % pacientov pred onemocnením fajčilo, 56 % používalo alkoholické nápoje a 8 % abstinovalo. Vekový priemer pacientov bol 53,34 roka (sigma 9,37).

Pacienti boli vyšetrení štandardnými psychologickými metódami. V tejto našej práci budeme analyzovať inteligentný test Ravenov a osobnostný test Cattel 16 PF, ktorý nám urobil precíznu sondu do osobnosti pacienta s IM. Pre orientáciu uvedieme jednotlivé osobnostné faktory, ktoré tento test meria. A — cyklotýmia versus schizotýmia, B — všeobecná inteligencia versus mentálny defekt, C — emočná stabilita, alebo sila ega versus neuspokojená emocionalita, E — dominancia versus submisia, F — entuziazmus versus mrzutosť, G — charakter, alebo sila superega versus nedostatok pevných vnútorných noriem, H — dobrodružnosť, smelosť versus váhavosť, I — senzitivnosť versus tvrdosť, L — paranoidné tendencie versus relaxovaná bezpečnosť, M — nekonvenčnosť, introvertovanosť versus praktičnosť, alebo konvenčnosť, N — sofistikovanosť versus naivita, O — náchylnosť k pocitu vinu versus kľudná sebakovanosť versus naivita, Q₁ — radikalizmus versus konzervativizmus, Q₂ — samostatnosť versus závislosť na skupine, Q₃ — dobre sformovaný self-sentiment versus nedostatočne sformovaný self-sentiment (sebakontrola), Q₄ — vysoká ergická tenzia versus nízka ergická tenzia.

Výsledky a diskusia

Inteligentný priemer pacientov bol IQ = 109,90 (sigma 16,93). Výsledky sa teda pohybovali na hranici priemeru a ľahkého nadpriemeru. Krivka rozloženia prípadov by bola teda posunutá smerom k vyšším hodnotám intelektu oproti normálnemu rozloženiu. Posun však nie je natoľko výrazný, aby sme mohli jednoznačne považovať vyšší intelekt za jeden z diskriminujúcich faktorov. Žiadalo by sa urobiť hlbšiu sondáž do intelektovej štruktúry pacientov s IM, pretože ak tu bude zohrávať intelekt nejakú úlohu, tak to budú pravdepodobne len niektoré jeho zložky.



Graf 1.

Kvalitatívna analýza osobnostného vyšetrenia nám pomerne citlivo diferencuje niektoré charakteristické vlastnosti pacientov s IM (graf č. 1). Na základe našich výsledkov môžeme osobnosť týchto pacientov charakterizovať ako orientujúcu sa na ciele a hodnoty spoločensky preferované, mnohokrát na úkor autentických, vnútorne hlboko uznávaných hodnôt. Prejavuje sa to závislosťou od okolia, predovšetkým od sociálnych reakcií iných ľudí, čo v konečnom dôsledku prekrýva vlastné ciele, ambície a zámery osobnosti. Z toho protirečenia vzniká bazálny osobnostný konflikt. Tento konflikt percipujeme ako výslednicu schopnosti sledovať svoj vlastný vývin proti normatívnemu pôsobeniu sociálneho prostredia. Tento antagonizmus sa manifestuje vo zvýšenej vnútornej neistote, ktorú subjekt spravidla maskuje perfektnými naučenými vzorcami sociálneho správania. Reálnym cieľom motivácie je potom spoločenská odmena, postavenie, prestíž, materiálne zabezpečenie. Pod vplyvom vonkajšej odmeny, ktorú sleduje, javí sa subjekt zdanlivo pevný, vynaliezavý, pružný v spoločenskom správaní a v sociálnych reakciách k druhým ľuďom. Latentným dôsledkom týchto tendencií je časté psychické vyčerpanie organizmu bez výraznejšej schopnosti relaxácie. Vnútorným komponentom konfliktu je aj silne vypestovaný zmysel pre zodpovednosť, povinnosť — anxieta z jej nesplnenia je ťažko pociťovaná v jeho vnútornom svete ako pocit difúznej neistoty — ktorá ho vedie do prekompenzácie vlastnej ambicióznosti. Nevyhnutným sprievodným znakom tohoto štýlu správania je však zvýšená unaviteľnosť zo sociálnych situácií, vnútorný pocit obáv z efektu správania, ľahšia zraniteľnosť, obavy o životné normy a hodnoty. Ide tu vlastne o neustálu diplomatickú hru medzi vlastnou spontánnosťou a prirodzenosťou na jednej strane a spoločenskými požiadavkami na strane druhej (N — faktor). Silná tendencia vyjadriť seba samého (Q₄) sa realizuje predovšetkým v sociálnej činnosti. Zvýšený radikalizmus a dobrodružnosť (Q₁,H) ako vlastnosti osobnosti u pacientov s IM sa uplatňujú predovšetkým v limitoch sociálnych vzorcov správania a sú nevyhnutné u pracovníkov s rozhodovacou a výkonnou právomocou. Môžeme povedať, že tieto ich vlastnosti majú skôr charakter „spoločenských hier a rituálov“. Cattel 16 PF meria aj tzv. sekundárne faktory (úzkostnosť, extravertizácia). Zo sekundárnych faktorov úzkostnosť sýtia len 2 centrálné komponenty (Q₄ a O), ostatné faktory sú v opozícii k úzkosti. Domnievame sa, že vysoká ergická tenzia a pocit neistoty sú vysvetlené v konfigurácii dominancie faktora N.

A. FRANEK, I. GOMBÁR / NIEKTORÉ OSOBNOSTNÉ VLASTNOSTI PACIENTOV S INFARKTOM MYOKARDU

Iba faktor Q₂ je v smere extravertzie, ostatné faktory sú indiferentné, alebo kontraindikátorne. Predpokladáme, že extravertované správanie infarktistu je skôr „hrané, imitované“, voľnejšie povedané, jeho pozícia v sociálnej skupine ho provokuje k takémuto správaniu.

Primárne napätie z neschopnosti, alebo nemožnosti vyjadriť spoločensky efektívne svoju osobnosť, hranie úloh sociálne úspešného, usilovného a normy uznávajúceho človeka, nedostatok relaxácie, resp. neschopnosť relaxovať sa, neustála potreba činnosti — výrazne determinujú aj adjustačné ťažkosti. Tieto ťažkosti psychického charakteru, sprevádzané neustálou tenziou, majú výrazný vplyv na svalový tonus, krvný tlak, sekréciu katecholamínov, kortikoidov, thyroxínu . . . , čo v konečnom dôsledku zvyšuje za spoluúčasti niektorých somatických faktorov riziko onemocnenia na IM.

LITERATÚRA

1. D. LISOŇKOVÁ: Psychické poruchy u nemocných s infarktom myokardu. Čs. psychiatrie, 72, 1976, č. 4, s. 288—290.
2. V. VONDRÁČEK: Lékařská psychologie. Stát. zdrav. nakl., Praha 1969.

Adresa autora: Dr. I. G., Slov. rep. rád 65, 081 78 Prešov

**А. Франек, И. Гомбар
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТМ МИОКАРДА**

Резюме

Авторы статьи сосредоточили свое внимание на установление некоторых особенностей личности пациентов с перенесенным инфарктом миокарда. Они установили, что коэффициент интеллектуального развития (IQ) в их исследовании не является тем дискриминирующим фактором, который имеет решающее значение в данном заболевании. Но некоторый сдвиг IQ у больных с перенесенным инфарктом миокарда по направлению к высшему уровню свидетельствует о том, что некоторые составные части интеллекта могут играть определенную роль в продромальном и, в конечном итоге, и в «патологическом» поведении пациента, пораженного инфарктом миокарда.

В структуре личности исследуемых больных обнаружены некоторые отличия от нормы. Прежде всего, в повышенной мере проявляется внутренний конфликт между тенденцией следовать за своим собственным развитием и нормативным влиянием среды. Этот антагонизм проявляется в повышенной беспокойности, блокирующей регулярную релаксацию, необходимую для регенерации организма.

Эти затруднения психического характера, сопровождаемые постоянной тензией, оказывают резкое влияние на некоторые соматические эквиваленты, что при соучастии других физических факторов повышает риск заболевания инфарктом миокарда.

**A. Franek, I. Gombár
SOME QUALITIES OF PERSONALITY IN PATIENTS WITH
MYOCARDIAL INFARCTION**

Summary

In the paper the authors try to analyse some qualities of personality in patients after acute myocardial infarction. They found that intellectual capacity (IQ) is in their

A. FRANEK, I. GOMBÁR / NIEKTORÉ OSOBNOSTNÉ VLASTNOSTI PACIENTOV S INFARKTOM MYOKARDU

research not a discriminating factor, essential in the given disease. However, a certain shifting of the IQ in patients with myocardial infarction in the direction of increased level, draw attention to the fact, that some components of intellect may play a certain role of function in the premorbid, and in final consequence, in the "pathological" behaviour of the patient who was taken ill with myocardial infarction.

In the personality structure of the observed patients some differentiations compared with normal were found. Particularly there is, to a greater extent, evident an inner conflict between the tendency to watch his spontaneous development — against the normative influence of environment. This antagonism is manifested by increased anxiety blocking regular relaxation necessary for the regeneration of the organism.

**A. Franek, I. Gombár
EINIGE PERSÖNLICHKEITSEIGENSCHAFTEN VON PATIENTEN
MIT MYOKARDINFARKT**

Zusammenfassung

Die Autoren dieser Schrift richteten ihr Augenmerk auf die Feststellung einiger Persönlichkeitseigenschaften von Patienten nach überstandem Myokardinfarkt. Es zeigt sich, daß die intellektuelle Kapazität (der IQ) im Rahmen dieser Untersuchungen nicht den Diskriminationsfaktor darstellt, der für diese Erkrankung wesentlich wäre. Eine gewisse Verschiebung des IQ bei Patienten nach überwundenem Myokardinfarkt im Sinne einer Erhöhung weist jedoch auf die Tatsache hin, daß einige Elemente des Intellekts im prämorbidem sowie letztlich auch im „pathologischen“ Verhalten des Patienten, der von einem Myokardinfarkt befallen wurde, eine gewisse Rolle spielen können.

In der Persönlichkeitsstruktur der beobachteten Patienten wurden einige Abweichungen von der Norm festgestellt. Vor allem läßt sich ein höheres Maß des inneren Konflikts zwischen der Tendenz, seine spontane Entwicklung zu verfolgen — in Widerspruch zum normativen Einfluß des Milieus, beobachten. Dieser Antagonismus manifestiert sich in einer erhöhten Anxiosität, die den Organismus daran hindert, sich regelmäßig zwecks notwendiger Regeneration zu relaxieren.

Diese von einer ständigen Tension begleiteten psychischen Schwierigkeiten üben einen markanten Einfluß auf einige somatische Äquivalente aus, was unter Mitwirkung weiterer körperlicher Faktoren das Risiko einer Erkrankung an Myokardinfarkt erhöht.

**A. Franek, I. Gombár
DIFFÉRENTS CARACTÈRES PERSONNELS DES PATIENTS
ATTEINTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE**

Résumé

Les auteurs de ce travail se sont orientés sur la constatation de différents caractères personnels des patients après un infarctus du myocarde. Ils ont constaté que la capacité intellectuelle (IQ) dans leurs recherches n'est pas le facteur discriminatoire principal dans cette affection. Cependant, un certain déplacement de l'IQ chez les patients après un infarctus du myocarde dans le sens de l'accroissement du niveau, attire l'attention sur le fait que certains facteurs de l'intellect peuvent jouer une certaine fonction dans le comportement prémorbide et à la fin „pathologique“ du patient atteint d'infarctus du myocarde.

Dans la structure personnelle des patients mis à l'épreuve, on a constaté certaines différences par rapport à la norme. Au premier plan prédomine un conflit intérieur évident entre la tendance mise à poursuivre son évolution spontanée — par rapport

à l'effet normatif du milieu. Cet antagonisme se manifeste dans une anxiété supérieure bloquant la relaxation régulière nécessaire à la régénération de l'organisme.

Ces difficultés de caractère psychique accompagnées de tension continue ont un effet expressif sur un certain nombre d'équivalents somatiques qui en collaboration avec d'autres facteurs physiques augmentent le risque de fréquence de l'affection d'infarctus du myocarde.

E. KÖHLER
KLINISCHE ECHOKARDIOGRAPHIE

Klinická echokardiografia
Vydal Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1979, 300 str., 189 obr.,
Cena: DM 84,— ISBN 3—432—90481—9.

Metóda echokardiografie sa veľmi dlho vyvíjala, kým dosiahla v súčasnosti prakticky štandardné miesto v kardiologickej diagnostike. Je metódou, ktorá prispieva značnou mierou k diagnostike niektorých kardiopatií a predstavuje dnes dôležitú vyšetrovaciu metódu v kardiologických laboratóriách.

Köhlerova monografia, ktorú uvádzajú prof. Hertz a prof. Edler, je výsledkom dlhoročnej práce na Internej klinike düsseldorfскеj univerzity. Má vcelku 18 kapitol, zoznam používaných skratiek a vecný register. Všetky kapitoly sú bohato ilustrované originálnymi echokardiogramami a doplnené schémami, ktoré vysvetľujú diskutabilný text. Každá kapitola má svoj prehľad, ktorý umožňuje orientáciu v dnes širokej a bohatej odbornej literatúre. Diagnostické závery či diagnostické prehľady sú zvyčajne polygraficky v príslušnom texte jednotlivých kapitol. Köhlerova monografia sa dotýka všetkých závažných problémov súčasnej echokardiografie, či už ide o problémy metodické, technické alebo klinické a diagnostické. V jednotlivých kapitolách sa venuje pozornosť otázkam srdcových chýb, počínajúc poruchami mitrálnej chlopne, trikuspidálnej chlopne, aorty, pulmonálnej chlopne, či ume-

lých chlopní. V ďalších kapitolách sa hovorí o anatomických častiach srdca — ľavej komore, interventrikulárnom septe, ďalej o hypertrofickej kardiomyopatii, ľavej sieni, tumoroch srdca, ochoreniach perikardu a kongenitálnych vitiách. Záverečné kapitoly sú venované arteriálnej hypertenzii, významu echokardiografie v diferenciálnej diagnostike kardiálnych ochorení a prehľadu normálnych hodnôt.

„Klinická echokardiografia“ je určite prínosom pre každého, kto sa zaoberá problematikou kardiologickej diagnostiky touto metódou. Ako každá neinvazívna metóda má aj echokardiografia svoju reálnu diagnostickú cenu. Prínosom knihy je, že autor túto skutočnosť zdôrazňuje a nevytvára mýtus neomylnnej diagnostickej možnosti, tak ako sa hovorí v niektorých publikáciách. Echokardiografia je určite prínosom v diagnostike, má svoje indikácie, má taktiež svoje úskalia, stala sa však neodmysliteľnou metodickou súčasťou každého kardiologického diagnostického laboratória. Köhlerova monografia iste nájde záujemcov nielen medzi kardiológmi, ale aj medzi tými, ktorí prijímajú každý pokrok, predovšetkým v diagnostike.

Dr. M. Palát, Bratislava

ŠTRUKTÚRA POSTOJOV K REHABILITÁCII PO INFARKTE MYOKARDU
III. ZÁKLADNÉ DIMENZIE ZÍSKANÉ ZHLUKOVOU ANALÝZOU

R. ŠTUKOVSKÝ, M. PALÁT, A. SEDLÁKOVÁ

Katedra psychológie FFUK

Vedúci: Doc. PhDr. O. Kondáš, DrSc.

Katedra rehab. prac. Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP, v Bratislave

Vedúci: MUDr. M. Palát, CSc.

Technická spolupráca: I. Hauptvoglová a L. Keřková

V predchádzajúcich častiach tejto série (Štukovský et al, 1980, a, b) sme referovali o metódach a niektorých výsledkoch výskumu zameraného na poznanie a rozbor postojových zložiek k rôznym odborným výrazom kardiológie a rehabilitácie. Ako hlavný inštrument tohto výskumu, nazývaného „CARDITUDO“ (= cardiac attitude), sme použili sémantický diferenciál vlastnej konštrukcie, pomocou ktorého sme získali základné dáta o mentálnych implikáciách skúmaných pojmov. Na prvom mieste nášho záujmu bol samozrejme samotný pojem „rehabilitácia po infarkte myokardu“, o ktorom sme získali postojové profily od 60 mladých, zdravých a informovaných žien. Bližšie informácie o použitých 22 bipolárnych škálach, o detailoch metódy a o skupinových špecifikách respondentiek sa nachádzajú v predchádzajúcich častiach tejto štúdie. V nich sme sa sústredili najmä na intenzitu jednotlivých postojových aspektov, t. j. na intenzitu, s ktorou vlastnosti, definované našimi škálami, boli vnímané a vyjadrované respondentkami.

Okrem zásadnej reability meracieho inštrumentu, radenia škál a dobrej diferencovanosti odpovedí sme ako ďalší poznatok získali fakt, že napriek rozdielnej erudícii (pedagogika, psychológia, rehabilitácia) všetky tri podskupiny respondentiek majú veľmi reálne a veľmi homogénne názory na cieľový pojem „rehabilitácia po infarkte myokardu“. Cieľom tejto správy je iný aspekt rozboru dát, a to otázka minimálneho počtu základných dimenzií, slúžiacich na lokalizovanie pojmu „rehab. po I. M.“ v sémantickom priestore. Toto je iný problém než doteraz — prevažne analýzou rozptylu — skúmaná otázka intenzity postojov. Nepôjde o rozbor priemerov škál a skupín, ale o interkorelácie medzi škálami, teda o to, či a ktoré škály vytvárajú určité zhluky („clustre“, trsy), a o redukovanie pôvodných 22 škál na menší počet základných rozmerov. V psychologickej terminológii štatistických analýz sa takýmto zhlukom hovorí „faktory“ a označuje sa tým skupina znakov či vlastností, ktoré spolu definujú určitý rozmer vo vnímaní cieľového objektu, a to obvykle i bez toho, že by si to posudzovatelia tohto objektu nejakou zvlášť uvedomovali.

Pri hľadaní takýchto základných faktorov čiže skupín úzko súvisiacich adjektív sme vychádzali samozrejme z korelačnej matice pôvodných 22 škál sémantického diferenciálu. Keďže predchádzajúce rozboru ukázali zásadnú homogenitu odpovedí všetkých troch podskupín našich respondentiek, celkovú východiskovú maticu sme vytvorili prostým spriemerňovaním troch skupinových matíc: a nešlo nám o matematicko-statistické kombinovanie korelačných koeficientov, ale doslovne o obraz „priemerných korelácií“ medzi veličinami. Ako metóda na extrakciu spoločných faktorov sa nám núkala McQuittyho „elementárny linkage analysis“ čiže analýza základných nadväznúkala McQuittyho „elementárny linkage analysis“ čiže analýza základných nadväzností (McQuitty 1957), ktorá nepredpokladá prístup k veľkej výpočtovej technike, ale objektívnym a reprodukovateľným postupom dovoľuje „clustrovať“ premenné, čiže vytvorí a definovať zhluky analogické tým, ktoré by vznikli klasickou a výpočtovou veľmi náročnou faktorovou analýzou.

Základný princíp McQuittyho prístupu spočíva v tom, že sa v korelačnej matici vyhľadávajú „jadrá“, čiže také dvojice škál, ktoré navzájom maximálne korelujú. Tieto dvojice slúžia potom za akési kryštalizačné body, okolo ktorých sa zoskupujú jedna do druhej ďalšie, podľa toho, aká veľká je ich nadväznosť na ten-ktorý zhluk. Aj tu zase rozhoduje najtesnejší súvis, ktorému sa hovorí, „ukazovateľ väzby“ a ktorý rozhoduje o zaraďovaní jednotlivých premenných. Tým sa určuje aj počet a rozsah zhlukov, ktoré však môžu mať vnútornú väzbu rôznej intenzity. A čelní predstavitelia jednotlivých zhlukov definujú obsah po stránke vecnej a môžu tiež poslúžiť ako zjednodušená miera príslušnej dimenzie, definovanej zhlukom.

Tabuľka 1. Matica korelácií medzi škálami, tvoriacimi prvý zhluk („cluster“).

Škála č.	(19)	(05)	(08)	(16)	(15)	(18)	(12)	(09)	(14)	(10)	(04)
(19)	xx	20	22	-13	31	11	32	18	25	19	06
(05)	20	xx	54	-16	11	18	35	35	52	46	13
(08)	22	54	xx	-09	46	48	52	50	56	49	28
(16)	-13	-16	-09	xx	-07	32	09	06	25	09	-01
(15)	31	11	46	-07	xx	32	50	48	43	56	33
(18)	11	18	48	32	32	xx	65	42	55	45	25
(12)	32	35	52	09	50	65	xx	65	64	66	36
(09)	18	35	50	06	48	42	65	xx	57	62	39
(14)	25	52	56	25	43	55	64	57	xx	62	25
(10)	19	46	49	09	56	45	66	62	62	xx	15
(04)	06	13	28	-01	33	25	36	39	25	15	xx

Poznámka: Uvedené sú stonásobky korelačných koeficientov, pričom každý je priemerom z korelácií troch skupín respondentiek.

Tabuľka 2. Matica korelácií medzi škálami, tvoriacimi druhý znak („cluster“)

Škála č.	(17)	(20)	(22)	(01)	(13)	(11)	(21)	(07)	(03)	(02)	(06)
(17)	xx	46	27	-30	35	41	05	04	-13	-01	18
(20)	46	xx	52	-33	-32	02	08	11	00	-13	15
(22)	27	52	xx	-38	-20	10	28	07	-06	01	-05
(01)	-30	-33	-38	xx	-11	-13	-27	-09	06	00	-02
(13)	35	-32	-20	-11	xx	-09	06	-04	20	02	-03
(11)	41	02	10	-13	-09	xx	09	-25	-23	-08	07
(21)	05	08	28	-27	06	09	xx	-24	-24	03	12
(07)	04	11	07	-09	-04	-25	-24	xx	53	33	19
(03)	-13	00	-06	06	20	-23	-24	53	xx	27	35
(02)	-01	-13	01	00	02	-08	03	33	27	xx	45
(06)	18	15	-05	-02	-03	07	12	19	35	45	xx

Poznámka: Uvedené sú stonásobky korelačných koeficientov, pričom každý je priemerom z korelácií troch skupín respondentiek.

Aplikácia tohto princípu na maticu interkorelácií našich 22 bipolárnych škál sémantického diferenciálu ukázala, že existuje predovšetkým jeden rozsiahly všeobecný „cluster“, do ktorého patrí práve polovica škál v počte 11. Druhá polovica neukázala taký jednoznačný obraz: okrem hlavného jadra sa tu ukázali ešte dve ďalšie dvojice so vzájomnou maximálnou spätosťou, na ktoré však už nenadväzovali žiadne ďalšie položky. Mohlo teda ísť o druhý, menej homogénny zhluk, alebo o situáciu, v ktorej táto polovina škál má vlastne tri skupiny, z ktorých dve sú však iba mini-zhlukmi, čiže dvojicami. V tabuľkách 1 a 2 predkladáme priemerné korelačné matice týchto dvoch hlavných zoskupení. Očíslovanie škál je totožné s poradím podľa intenzity vyjadreného postojá v tab. 1 našej prvej správy (Štukovský et al 1980 a), no samotné poradie položiek je pochopiteľne iné. Slovné definície použitých škál v konfiguráciách, ako vznikli z „clustrovania“, spolu s identifikačnými poradovými číslami sa nachádzajú aj v nasledujúcej tab. 3.

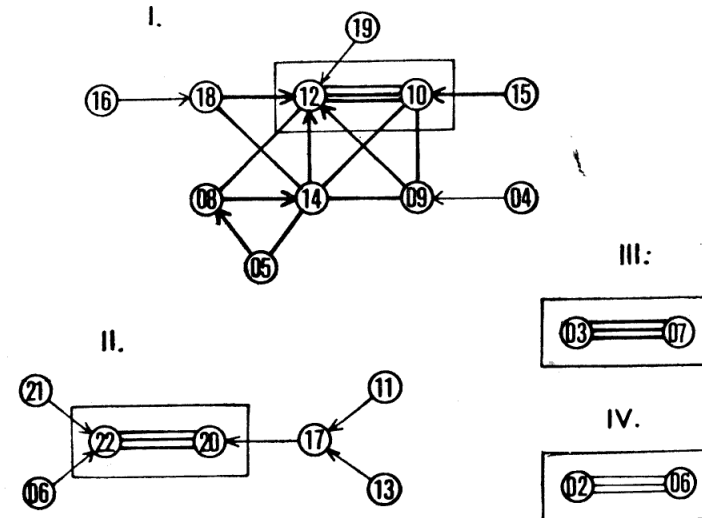
Rozhodli sme sa v tejto fáze rozboru ponechať zatiaľ všetky štyri zhluky tak, ako ich vyznačovala McQuittyho metóda. Vzájomná štruktúra škál je znázornená na Grafe 1, kde vidno 4 od seba oddelené zoskupenia bodov, zodpovedajúce štyrom zhlukom. Nukleová dvojica každého zhluku je daná do rámčeka, aby lepšie vynikla, a spojnice udávajú významné korelačné vzťahy medzi premennými. Na rozdiel od pôvodného spôsobu sú vyznačené všetky korelácie, ktoré sú väčšie než 0,50, aby lepšie vynikla vzájomná nadväznosť. U položiek, ktoré túto hranicu nedosahujú, sú vyznačené ich najväčšie korelačné koefi-

cienty, ktoré ich napájajú do zhluku. Aj opticky je zrejmé, že zhluk či faktor je najrozsiahlejší a má najtesnejšiu internú väzbu. Jadrovou dvojicou sú položky 12 a 10, ku ktorým sa pridružuje priamou nadväznosťou 5 ďalších, totiž 18, 09, 14, 15 a 19; okrem toho nepriamo na tento zhluk, čiže akoby „z druhej ruky“, nadväzujú ešte položky 08, 05, a 19. Slovné definície týchto škál, ako aj ich koeficienty väzobnej intenzity (ktorých maximum je, pravda 1,00) sú uvedené v tab. 3.

Tabuľka 3. Prehľad škál sémantického diferenciálu podľa intenzity nadväznosti na clustre

Por. č.	názov škály	väzba	typ škál
prvý zhluk:			
12§	bezrizikové — nebezpečné	0,66§	str.
10§	bez obáv — vzbudzujúce obavy	0,66§	str.
18	prebieha pomaly — prebieha prudko	0,65	D
09	nevyvoláva starosti — vyvoláva starosti	0,65	str.
14	bez zármutku — spojené so zármutkom	0,64	str.
15	bez bolestí — veľmi bolestivé	0,56	str.
08	príjemné — nepríjemné	0,54 ⁿ	H
05	ľahostajné — znepokojujúce	0,39 ⁿ	H!
04	nevedie k únave — vedie k únave	0,32	D
19	predvídateľné — nepredvídateľné	0,32 ⁿ	D
16	vzniká pomaly — vzniká naraz		
druhý zhluk:			
22§	kontrolovateľné — nekontrolovateľné	0,52§	D!
20§	preskúmané — záhadné	0,52§	D!
17	vyliciteľné — nevyliciteľné	0,46	D
11	zabráňiteľné — nezabráňiteľné	0,41 ⁿ	str.
13	prechodné — trvalé	0,35 ⁿ	str.
21	má známe príčiny — má neznáme príčiny	0,28	D!
01	vzácné sa vyskytuje — často sa vyskytuje	-0,38	H!
tretí zhluk:			
03§	nezávažné — závažné	0,53§	H!
07§	neobmedzuje činnosť — obmedzuje činnosť	0,53§	H
štvrtý zhluk:			
02§	nemení životosprávu — mení životosprávu	0,45§	H!
06§	jednoduché — komplikované	0,45§	H

Poznámka: „§“ označuje základné, nukleové dvojice zhlukov;
D: škála z „dolnej“, prevažne denotatívnej tretiny;
str: škála zo strednej, neutrálnej tretiny poradia;
H: škála z „hornej“, prevažne hrozivo-konnotatívnej tretiny;
„!“ označuje u všetkých troch skupín extrémne škály;
„n“ označuje nadväznosť nepriamu.



Graf 1.: Plejádová štruktúra 22 bipolárnych škál použitých pri charakteristike pojmu „rehabilitácia po I.M.“. Číslo definujú škály ako v tab. 3. Zarámované dvojice škál tvoria nukleoly pre zhluky definované podľa McQuittyho. Silné čiary sú korelačné koeficienty vyššie než 0,50; tenšie čiary sú korelácie nižšie, ale pre danú škálu maximálne.

Ďalší zhluk čiže faktor II je aj rozsahovo menší a taktiež menej tesne pozväzovaný než predchádzajúci. Tu je nukleovou dvojicou spojenie škál 22 a 20, ku ktorým sa priamo pridružujú ešte 17, 21 a — so záporným znamienkom — 01. Nepriamo ešte pristupujú položky 11 a 13. Za zmienku stojí azda, že škála 01 má aj pozitívnu koreláciu, a to vo výške +0,28 do prvého faktora, ale že negatívna korelácia je jednak výrazne vyššia (-0,38) a jednak je ešte zosilnená podobnými hodnotami (0,33 a 0,30, taktiež zápornými) k škálam 20 a 17; preto bola jednoznačne priradená k tomuto zhluku, ktorý tak dosiahol celkový počet 7 položiek.

Ostatnými dvoma zhlukmi sú už spomínané izolované dvojice 03+07 a 02+06. Škála 03 má síce nejaké nadväznosti smerom k faktoru I, ale tie nedosahujú hranicu 0,50, kým vzájomné maximá s položkou 07 sú pre vznik zhluku rozhodujúce. Preto sa tiež ponechala táto dvojica ako samostatná — i keď malá — konfigurácia.

Pre interpretáciu takto vzniknutých faktorov budú užitočné údaje v tab. 3. Nachádzame tam jednak čísla a názvy škál, no najmä intenzitu „väzby“, s ktorou vchádzajú do zhluku. Jadrové dvojice sú vždy na prvom mieste v zoradení a sú vyznačené symbolom „§“. Index „n“ naznačuje, že príslušná škála je napojená iba nepriamo, nie bezprostredne na základnú dvojicu. Posledná tretina stĺpcov nám pomáha pridávaním informácií o type škál. V predchádzajúcich úvahách sme totiž zistili, že škály sémantického diferenciálu sa i podľa výšky priemeru, prípadne podľa znamienka polaritu rozdelili do troch skupín: prvou boli škály v „dolnej“ tretine radu priemerov, ktoré prevažne obsahovali denotatívne aspekty cieľového pojmu „rehabilitácia po I.M.“. Druhú, strednú skupinu

tvorili škály s priemerami blízky bodu indiferentnosti či neutrálnosti upro-
stred rozpätia sémantického škálovania (t. j. blízko pozície 4 na 7-stupňovej
škále), obsahujúce denotatívne i vecne neutrálne či „nerozhodné“ názory,
a tretiu skupinu tvorili škály s najvyššími priemerami, teda „horná tretina“,
ktorá vyjadrovala najväčšiu intenzitu práve smerom k hrozivejšiemu, horšiemu
pólu škál. Tu išlo obvykle o konnotatívne aspekty, spojené s „černejším“ po-
hľadom na cieľový pojem. Pritom tak v prvej, ako aj v tretej skupine boli
„všeobecne extrémne škály“, t. j. ktoré vo všetkých troch individuálnych pod-
skupinách boli signifikantne extrémne: takéto škály sú v tab. 3 vyzdvihnuté
ešte výkričníkom („!“).

Aj z tab. 3 vidno vnútorný zmysel jednotlivých faktorov. Faktor I sa vyznaču-
je najväčším množstvom i najtesnejšími koreláciami, a to nachádza svoj výraz
aj v množstve vysokých indikátorov väzby. Prvých 8 škál má väzby vyše 0,50.
Typove tu ide prevažne o škály zo strednej poradia, ktoré i obsahovo vytvárajú
homogénny celok: škály „bezrizikové-nebezpečné“, „bez obáv — s obavami“,
„so starosťami — bez starostí“, „so zármutkom — bez zármutku“ zrejme vy-
jadrujú tú istú mentálnu podstatu, akýsi objektívny výraz subjektívneho dopa-
du na osobu. Atypická je škála 18 z dolnej tretiny v rámci tejto sady a je po-
všimnutiahodné, že aj druhá škála s časovým aspektom, totiž 16, sa nachádza
v tomto clustri. Pravda, máme v tomto faktore aj tri konotatívne škály o ne-
prijemnosti, únavnosti a znepokojivosti rehabilitácie, no všetky tri škály typu
H sa do faktora I dostali iba nepriamo, prostredníctvom škál „starosti“ a „zár-
mutok“.

Faktor II vykazuje väzby už badateľne nižšie. Škály, ktoré ho definujú, sú
v prevažnej miere jasne denotatívne: kontrolovateľnosť, preskúmanosť, zabráni-
teľnosť atď. sú jednoznačne objektívnymi vlastnosťami pojmu „rehabilitácia“,
takže ide o faktografiu, či vecný opis. Zaujímavý je výskyt v tomto zhluku
škály o vzácnosti výskytu, a to ešte so záporným znamienkom. Samotné zna-
mienko, pravda, môže byť aj dôsledkom pólovania škály, ktorá ako jediná
z „hornej“ tretiny sa tu ocitla. Posledné dva zhluky predstavujú implikácie,
ktoré pri škálovaní ležali všetky v hornej, menej akceptovateľnej tretine. Pri
položkách 07 a 02 ide o dosť podobné obsahy, takže je dovolená otázka, či
tieto dva, na prvý pohľad oddelené zhluky nepredstavujú vlastne len jeden
spoločný faktor a rozdiely vo väzbách sú iba dôsledkom náhodných výkyvov.
To, pravda, ťažko rozhodnúť, a preto sme pri ďalšom hodnotení zvolili určitý
kompromis.

Nás totiž okrem vytvorenia zhlukov musí zaujímať aj to, do akej miery sú
jednotlivé škály sýtené obsahom jednotlivých faktorov. To znamená, že výška
„väzby“ je síce rozhodujúca pre zaradenie škál do zhluku, ale pre reprezenta-
tívnosť škál v rámci faktora treba brať ohľad aj na podiel spoločnej variability,
ktorú jednotlivé položky zachycujú. Konkrétne to znamená, že podobne ako pri
faktorovej analýze potrebujeme nejaké miery sýtenia (v laboratórnom žargóne
„ládunky“), ktoré nás informujú o komplexnom súvisе premennej so všetkými
ostatnými v zhluku a najmä o tom, do akej miery vyjadruje („je preniknutá“)
osamotný faktor, ktorý nám bezprostredne nie je prístupný. Na vyjadrenie toho
McQuitty doporučuje tzv. koeficienty zhlukovej relevantnosti, ktoré sme vypo-
čítali pre jednotlivé zhluky ako centroidné faktorové saturácie z jednotlivých
matic korelácií (Fruchter 1954). A keďže situácia okolo tretieho a štvrtého

Tabuľka 4. Elementárne faktorové riešenie pre zistené zhluky škál („relevantnosti“)

škála	dvojfaktorové riešenie		štvorfaktorové riešenie			
	I.	II.	I.	II.	III.	IV.
(12) bezrizikové	834		834			
(10) nezapričiň. obavy	765		765			
(18) má pomalý priebeh	677		677			
(09) nevyvoláva starosti	752		752			
(14) bez zármutku	816		816			
(15) bez bolesti	616		616			
(08) nie nepríjemné	698		698			
(05) ľahostajné	498		498			
(04) nevedie k únave	399		399			
(19) predvídateľné	314		314			
(16) vzniká pomaly	104		104			
(22) je kontrolovateľné		468		586		
(20) preskúmané		443		505		
(17) vyliečiteľné		606		721		
(11) zabrániť		148		335		
(13) prechodné		104		110		
(21) má známe príčiny		199		346		
(01) vyskytuje sa nie často		496		596		
(03) je závažné		295			728	
(07) obmedzuje činnosť		346			728	
(02) mení životosprávu		341				671
(06) je komplikované		483				671

Poznámka: Uvedené sú „koeficienty zhlukovej relevantnosti“, ktoré majú charakter faktorových saturácií pre dané zhluky. Všetky koeficienty násobené tisícok.

faktora nevyzerala celkom jednoznačne, vypočítali sme dva rôzne modelové
riešenia: jedno riešenie dvojfaktorové, kde predpokladáme dva faktory po 11
škálach, ktorých „saturácie“ sme extrahovali z matíc prezentovaných v tab. 11
prípadne tab. 2, a druhé riešenie štvorfaktorové, kde boli zhluky II až IV
ponechané tak, ako boli uvedené v tab. 3 a na grafe 1. Ako ukázal McQuitty
(1957), prvé centroidné saturácie sú prakticky totožné so saturáciami roto-
vaných faktorových matíc, a teda aj podobne interpretovateľné. Relevantnosti
prvého faktora sú pochopiteľne v oboch riešeniach totožné, pretože jeho
štruktúra sa nemení. Aby sme pri druhom faktore nemuseli celú maticu reflek-
tovať, odstránili sme prevažne záporné korelácie škály 01 prepólovaním tejto
premennej.

Keďže väčšina škál, zahrnutých vo faktore I, mala bližšie k „ľavému“, teda
akceptovateľnejšiemu pólu škálovania, uvádzame pri definíciách škál tento
„ružovejší“, menej hrozivý aspekt. Na prvom mieste je tento faktor sýtený
škálou 12 („bezrizikové“), ktorá je jednou z nukleovej dvojice. Ďalšie vlast-
nosti, zoradené podľa klesajúcej relevantnosti, sú potom 14 („bez zármutku“),
10 („nezapričiňujúce obavy“), 09 („nevyvoláva starosti“) a 08 („nie je ne-
príjemné“). Dosť vysoké koeficienty (vyše 0,6) majú ešte 18 („pomalý prie-
beh“) a 15 („bez bolesti“). Ostatné relevantnosti sú pomerne nízke, hoci
možno práce škála 05 („je ľahostajné“) tiež dobre poslúži na charakterizovanie
tohto rozmeru. Faktor I teda zrejme predstavuje dimenziu, ktorá opisuje reakciu

„postihnutého“ na proces rehabilitácie po I.M. Nie že by to bolo videné iba ružovo: niektoré priemery sú, ako sme už konštatovali, vyššie než indierentné skóre 4,00. Tu ide o fakt, že zhluk predstavuje dimenziu, ktorá vystihuje subjektívny dopad, presnejšie, subjektívne pocitovaný dopad procedúr. Ide teda o rozmer opisujúci prežívanie vzťahu „osoba-proces“, teda subjektívnu reakciu s ernotívnym nábojom.

V druhom faktore máme taktiež väčšinu škál definovaných „Iavým“ pólom. Relevantnosti sú značne nižšie než v prvej dimenzii a menšia homogenita je zrejmä. Najvyšší koeficient má škála 17 („vyliečiteľné“), a prekvapuje pomerne vysoký koeficient (negatívne súvisiaci, a teda negatívne formulovaný) pre pól škály 01 „má nie častý výskyt“. Potom nasleduje škála 06 („je komplikované“ — ináč vo štvrtom faktore) a 20 („je preskúmané“). Napriek nízkej relevantnosti stojí za zmienku ešte škála 21 („známe príčiny“), hoci napr. 07 a 02 majú vyššie koeficienty. Zdá sa teda, že ide o vyjadrenie objektívnych vlastností rehabilitácie, o to, že je ovládateľná a známa. No porovnanie s poslednou trojicou stĺpcov ukazuje, že je predsa logickejšie a výhodnejšie nenechať tento faktor ako komplex 11 škál, ale rozložiť ho na pôvodný faktor 7 položiek a na zvyšok. Tu sú potom aj relevantnosti pre II. faktor vyššie a logicky homogénnejšie. Na prvom mieste je síce zase 17, alebo 22 („kontrolovateľné“) má v tomto variante oveľa vyšší koeficient než v prvom variante, a to isté platí aj pre druhú nukleovú položku, 20 („preskúmané“). Po vylúčení posledných 4 položiek z dvojfaktorovej verzie sa teraz, pri štvorfaktorovom modeli faktor II stáva jasne faktorom objektívnych vlastností rehabilitácie, pričom opisuje denotatívny faktografický prístup s dôrazom na prekúmanosť, známosť a pod. Dimenziu, ktorú nám tento faktor odhaľuje, môžeme podľa toho asi nazvať rozmerom familiárnosti, či známosťou. Ide jednak o oboznámenosť s rehabilitáciou ako s procesom, jednak s tým, že je to proces vedecky preskúmaný.

Posledné dva faktory sa vyznačujú pomerne vysokými relevantnosťami, čo je pravda, čiastočne aj matematickým artefaktom v dôsledku toho, že každý zhluk tu pozostáva iba z dvoch položiek, spojených jediným, pomerne vysokým korelačným koeficientom. I keď ide o dva oddelené nukleý zhlukov, zdá sa vo svetle obsahovej zhody škál (závažné + komplikované; mení životosprávu + obmedzuje činnosť) plne odôvodnené štvorfaktorové riešenie modifikovať v tom zmysle, že tieto štyri škály zhrnieme do jedného spoločného faktora. Vecnou náplňou tejto dimenzie je zrejme „objektívny dopad na pacienta“.

Vidíme teda, že zhluková analýza nás viedla k výsledkom, ktoré sú logicky konzistentné a vecne odôvodnené. Máme v podstate tri faktory, ktoré nám asi s dostatočnou informatívnosťou môžu reprezentovať pôvodnú sadu 22 postojových škál. Štruktúra postojov sa ukazuje v podstate určovaná tromi rozmermi, zodpovedajúcimi týmto trom faktorom, či aspektom rehabilitácie po I. M. Prvou, najbohatšou dimenziou je niečo, čo by sme mohli nazvať postojom v obecnom, nepsychologickom slova zmysle, teda konotatívne sýtenými názormi na rehabilitáciu, alebo stručne dimenziou subjektívneho dopadu s enotívnym zafarbením. Druhá dimenzia postihuje aspekty známosť či ovládateľnosť, asi v zmysle Nunnallyho (1961) faktora porozumiteľnosti. A posledná dimenzia vystihuje zase objektívny dopad komplexu rehabilitácia na pacienta a jeho režim. (Literatúra na konci poslednej časti).

Adresa autora: R. Š., Gondova 2, Bratislava.

METODICKÉ PRÍSPEVKY

REHABILITACE FLEKČNÍ BLOKÁDY IP 1 KLOUBU
III. PRSTU RUKY UŽITÍM KOMBINACE POKLEPU
REFLEXNÍM KLAĐÍVKEM A ODPOROVÉHO CVIČENÍ

Z. TRÁZNÍK

Lázeňská léčebna Konstantinovy Lázně
Vedoucí lékař: MUDr. Vlad. Boudyš, CSc.
Lázeňská organizace Mariánské Lázně
Ředitel: MUDr. J. Cerha

Souhrn: Poklepu reflexním kladívkem na šlachy či sval lze s úspěchem použít i v individuální rehabilitaci traumatologického a ortopedického postižení hybného systému. Podstatou je zvýšení idiomuskulární dráždivosti, čímž se zvýší aktivita jednoduchého svalového stahu, aniž je tato aktivita zpětně zeslabována reaktivní bolestí. Uplatňuje se jev vzájemné indukce prostorové a časové. Zvláště vhodná je kombinace s odporovým cvičením. Podrobně je popsána rehabilitace flekční blokády IP 1 kloubu III. prstu pravé ruky při dlaňovém typu Dupuytrenovy kontraktury u našeho nemocného léčeného současně pro ischemickou chorobu srdeční, ischemickou chorobu dolních končetin, hypertenzní nemoc II. stadia, nefrolitiazu.

Klíčová slova: aktivita svalového stahu — indukce prostorová a časová — flekční blokády

Poklepem reflexním kladívkem na šlachy či sval nezískáváme pouze proklesnutí dráhy funkčně utlumené, případně proražení dráhy nové, jak to s úspěchem vidáme při podmiňování nemocných s centrálními obrnami. Použití takové metody je mnohem širší, jak nás o tom přesvědčují zkušenosti s individuální rehabilitací traumatologického a ortopedického postižení hybného systému na našem rehabilitačním oddělení. Zvláště v kombinaci s odporovým cvičením izotonickým i izometrickým má tato metoda úspěch zvláště tam, kde je hybné postižení sdruženo s úpornou bolestivostí. Podstatou zde není vždy provokace nepodmíněných svalových náskoků a reakcí, k nimž dochází při běžném neurologickém vyšetření, nýbrž se zvýší idiomuskulární dráždivost (Vítek, 1947). Je to právě tento mechanismus, který stimuluje jednoduchý svalový stah k silnější izometrické kontrakci, zesiluje jeho aktivitu bez současného odporu nebo i proti přiměřenému odporu, aniž je tato aktivita zpětně zeslabována reaktivní bolestí. Bezbolestnost je základním fyziologickým požadavkem námi prováděné individuální léčby. Velmi dobře se při použití poklepu reflexním kla-

dívkem uplatňuje jav prostorové indukce, při které se aktivita agonisty zvýší za současné inhibice antagonisty (Obrda, 1964). Někdy si pomáháme k bezbolestné aktivitě agonisty ještě jevem indukce následné, časové, kdy inhibuje me předchozím podrážděním poklepem na sval či šlachy jeho antagonistu (Obrda, 1964).

V našem sdělení bychom rádi upozornili na nemocného J. Č., 52 r., u nás léčeného od 21. II. do 18. XII. 1978 s dg. ischemická choroba srdeční — stav po infarkte myokardu, ischemická choroba dolních končetin, hypertenzní nemoc II. stadia, nefrolithiac 1. min. Před nástupem lázeňské léčby u nás vyskytla se u něj flekční blokáda IP 1 kloubu III. prstu pravé ruky. Při pasivní flexi u něj IP 1 kloubu přes 90° mohl docílit aktivní extenzi prstu jen s nadměrným úsilím s doprovodným lupnutím, někdy vůbec ne. Objektivně jsme našli dlaňový typ Dupuytrenovy kontraktury s uzly a pruhu u IV. a V. prstu vedoucí k bazálním kloubům a mírný pruh s počínajícím uzlem u III. prstu pouze s naznačeným pokračováním k IP 1 kloubu bazálního. Kombinovaným poklepem na šlachy m. palmaris longus, začátek m. extensor digitorum communis, na krátké svaly dlaně včetně svalstva thenaru a antithenaru jsme denně docílovali odblokování kloubu do úplné extenze. Podobného afektu jsme docílili metodou izotonického odporového cvičení povrchového i hlubokého flexoru a společného extenzoru v kombinaci s rytmickou stabilizací v IP 1 a bazálního kloubu. Obě metody, kombinovaný poklep a odporové cvičení jsme zkoušeli izolovaně, vždy po natažení prstu jsme ještě registrovali lupavý fenomén, i když v malé míře. Teprve když jsme překročili k sumaci obou metod dohromady (metody kombinovaného poklepu a metody odporového cvičení), došlo vždy k vymizení i lupavého fenomenu po natažení prstu. Pro odporové cvičení Kabatovou rytmickou stabilizací jsme zvolili úhel IP 1 kloubu 50° — 60°. Obě metody, odporové cvičení a poklep reflexním kladívkem, se uplatnily jako dvě rovnocenné uvoňovací metody. Nemocného jsme podrobně instruovali o místech poklepů a také o použití rytmické stabilizace IP 1 a bazálního kloubu, což je pro něj nyní dostačující k uvolnění flekční blokády IP 1 kloubu III. prstu pravé ruky, kdykoliv mu tato jakkoliv provokována nekončí.

LITERATÚRA

1. OBRDA, K. — KARPÍŠEK, J. a kol.: Rehabilitace nervově nemocných. SZN Praha 1964, str. 98—99, 142 — 144.
2. VÍTEK, J.: Svalové reakce s náskoky. LKN Praha 1947, str. 92 — 102.
Adresa autora: Z. T., Konstantinovy Lázně 4.

З. Тразник
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ФЛЕКСИОННОЙ БЛОКАДЫ
IP 1 СУСТАВА III ПАЛЬЦА РУКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
КОМБИНИРОВАНИЯ ПОСТУКИВАНИЯ ПЕРКУССИОННЫМ
МОЛОТКОМ И УПРАЖНЕНИЯ В СОПРОТИВЛЕНИИ

Резюме

Постукивание перкуссионным молотком по сухожилию или мышце можно с успехом применять и в индивидуальной восстановительной терапии травматологичес-

кого и ортопедического поражения двигательной системы. Основным является повышение идиомускулярной возбудимости, чем повышается и активность простого мышечного сокращения, причем последняя не ослабляется обратно реактивной болью. Здесь имеет место явление пространственной и временной взаимоиндукции. Особо удобно комбинирование с упражнением в сопротивлении. Подробно описывается восстановительная терапия флекссионной блокады IP 1 сустава III пальца правой руки при ладонном типе контрактуры Дюпюитрена у нашего больного, лечимого одновременно от ишемической болезни сердца, ишемической болезни нижних конечностей, от гипотонического заболевания II стадии и от нефролитиаза.

Z. Trázník

REHABILITATION OF FLEXION BLOCKADE IP 1 JOINT OF THE
3rd FINGER OF THE HAND BY APPLICATION OF A COMBINATION
OF PERCUSSIONS WITH THE REFLEX HAMMER AND RESISTANCE
EXERCISE

Summary

Percussion with the reflex hammer on the tendon or the muscle can be successfully applied in individual rehabilitation in the traumatologically or orthopaedically afflicted motor system. The essence is the increased idiomuscular excitability by which the activity of the simple muscle contraction is increased without being regressively weakened by reactive pain. The phenomenon of common induction of space and time is being asserted. Particularly suitable is the combination with resistance exercises. Described in detail is the rehabilitation of flexion blockade IP 1 joint the 3rd finger of the right hand in the palm type of Dupuytren contraction in our patients treated simultaneously for ischemic heart disease, ischemia of the lower limbs, hypertensive disease stage II, nephrolithiasis.

Z. Trázník

REHABILITATION DER FLEXIONSBLÖKADE DES ENDGLIEDES
DES GELENKS DES III. FINGERS DURCH DIE ANWENDUNG
EINER KOMBINATION VON KLOPFESCHLÄGEN MIT DEM REFLEX-
HAMMER UND VON OPPOSITIONSÜBUNGEN

Zusammenfassung

Klopfschläge mit dem Reflexhammer auf die Sehne oder auf den Muskel können auch bei der individuellen Rehabilitation einer traumatologischen und orthopädischen Schädigung des Bewegungssystems mit Erfolg angewandt werden. Das Wesen dieser Einwirkung besteht in der Steigerung der idiomuskulären Reizbarkeit, wodurch die Aktivität der einfachen Muskelkontraktion erhöht wird, ohne daß sie durch einen Reaktivschmerz wieder geschwächt wird. Dabei kommt die wechselseitige räumliche und zeitliche Induktion zur Geltung. Besonders geeignet ist eine Kombination mit Oppositionsübungen. Eingehend beschrieben wird die Rehabilitation der Flexionsblockade des Endgliedes des Gelenks des III. Fingers der rechten Hand bei einem Handflächentyp der Dupuytren-Kontraktur eines Patienten, der zugleich wegen einer ischämischen Herzerkrankung, einer ischämischen Erkrankung der unteren Gliedmaßen, einer Hypertension im II. Stadium und wegen Nephrolithiasis in Behandlung war.

Z. Trázník

RÉADAPTATION DU BLOCAGE FLEXIBLE IP 1 DE L'ARTICULATION III DU DOIGT DE LA MAIN PAR APPLICATION D'UNE COMBINAISON DE FRAPPEMENT AVEC UN PETIT MARTEAU RÉFLEXIF ET L'EXERCISE DE RÉSISTANCE

Résumé

Le frapement avec un petit marteau réflexif sur le tendon ou le muscle peut s'appliquer avec succès même dans la réadaptation individuelle de l'affection traumatologique et orthopédique du système moteur. Le principe repose dans l'augmentation de l'excitation idio-musculaire permettant d'augmenter l'activité de la contraction musculaire simple sans que celle-ci soit atténuée par une douleur réactive. Ici s'impose le phénomène d'inductions mutuelles spatiales et temporelles. La combinaison avec l'exercice par résistance est la plus indiquée. Très en détail est discutée la réadaptation du blocage flexif IP 1 de l'articulation III du doigt de la main droite dans le type de la paume de la contraction Dupuy chez notre malade traité en même temps pour la maladie ischémique du cœur, la maladie ischémique des extrémités inférieures, l'hypertension du IIe degré et la néphroliathase.

W. JENRICH
ELEKTROTHERAPIE

Elektroterapia

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1979, 80 str., 11 obr., 2 tab. Cena M 8,—.

Jenrichova „Elektroterapia“ predstavuje krátky úvod do problematiky použitia elektrického prúdu v rámci fyzioterapeutických procedúr súčasnej rehabilitačnej medicíny. Je rozdelená prakticky na dve časti, z ktorých prvá rozoberá otázky vlastnej elektroterapie, galvanizácie, ionofózy, otázky dráždivých prúdov, krátkovlnnej terapie a terapie ultrazvukom. Druhá časť, nazvaná kombinovaná terapia, zaoberá sa v krátkosti termoterapiou a vákuovou masážou. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto malú, prehľadnú, prakticky zameranú a informujúcu publikáciu, určenú predovšetkým fyzioterapeutom na ich teoretický aj praktický výcvik v metódach elektroterapie.

Každý úsek predloženej publikácie sa venuje mechanizmu účinku, metodike jednotlivých aplikácií a indikáciám, takže tu

nájdeme práve tie otázky, ktoré sú dôležité pre prax. Doplnujúce ilustrácie zvyrazňujú základný text tejto príručky.

Fyzikálna medicína používa aj v súčasnosti metódy elektroterapie, i keď mnohé z nich nemajú taký význam, ako tomu bolo v minulosti. Táto oblasť bola však obohatená o nové možnosti a prednosťou Jenrichovej publikácie je, že opisuje aj novšie metodiky súčasnej elektroterapie — predovšetkým oblasť diadynamických prúdov a oblasť ultrazvukovej terapie.

Publikácia je vhodná predovšetkým pre rehabilitačných pracovníkov, pracujúcich na úseku elektroterapie. Pre jej prehľadnosť siahne po nej aj lekár, ktorý v rámci svojej praxe ordinuje jednotlivé elektroterapeutické procedúry.

Dr. M. Palát, Bratislava

NEKTORE MOŽNOSTI VYŤAŽENIA AUTOREGULAČNÉHO POTENCIÁLU BEHU

P. KUCEK

Oddelenie tbc a respiračných chorôb, OLÚP Predná Hora
Prednosta: prim. MUDr. Jozef Huba

Súhrn: Autor sa na súbore 56 hospitalizovaných alkoholikov, u ktorých bol aplikovaný bežecký program typu jogging, zameriava na posúdenie jeho autoregulačného potenciálu. Okrem nešpecifických účinkov behu, t. j. pozitívneho vplyvu zvýšenia telesnej kondície na duševnú harmonizáciu, sa potvrdil aj jeho špecifický dopad na obnovu autoregulácie. Beh je účinným podporným prostriedkom detenzie, abreakcie, pozitívneho emocionálneho preladenia a prekonania nežiadúcej zameranosti myslenia. Výsledné poznatky sú diskutované aj vzhľadom na prednosti behu ako techniky, ktorá je človeku svojou povahou prirodzená, nenáročná a ľahko dostupná.

Kľúčové slová: beh a jogging — autoregulácia — psychoterapia — alkoholizmus

Význam telesných cvičení pre harmonický telesný a duševný rozvoj človeka je nepochybny. Obdobne sa uznáva aj ich liečebný prínos. Za jedno z najneobročnejších telesných cvičení môžeme považovať beh, ktorý predstavuje pre človeka po chôdzi druhú najprirodzenejšiu lokomočnú činnosť. Beh zaznamenal hlavne v poslednom období priam expanziu svojej popularity. Známe je hnutie pre zdravie (tzv. jogging), ktoré môžeme charakterizovať aeróbnou zafazou optimálne dlhého trvania a optimálne silnej (miernej) intenzity, rytmičnosťou, prírodným prostredím a čistým ovzduším.

Celý rad výskumov dokázal kladný efekt fyzickej námahy spojenej s behom dokonca aj pri onemocneniach, pri ktorých sa predtým doporučoval sebašetriaci spôsob života. Šimčíček (1976) uvádza, že beh predstavuje u pacientov po infarkte myokardu nielen veľmi účinnú formu rehabilitácie, ale aj silný euforizačný psychologický prostriedok, ktorý navracia postihnutým jedincom dôveru vo vlastné fyzické a psychické vlastnosti, prináša im často nepoznanú radosť z pohybu v prírode a podnecuje ich chuť do aktívneho života. Nikitin (in Šenkman, 1978) vyzdvihuje účinok behu na zvýšenie pohyblivosti nervových procesov a vzrast psychického tonusu, čo má význam hlavne u starších ľudí. Takto sa u nich zlepšujú mnestické funkcie, zvyšuje sa pozornosť a myšlienková koncentrácia, reč sa stáva zreteľnejšou, vzrastá ich záujem o okolité dianie a stávajú sa vyrovnanjšími.

V tomto príspevku sústreďujeme pozornosť na možnosti využitia behu ako prostriedku autoregulácie. Prieskum sme uskutočnili na alkoholikoch, kde sú poruchy autoregulácie jedným z ústredných problémov pri zvládnutí závislosti na alkohole. Vzhľadujú sa na rôzne oblasti osobnosti alkoholika. V emocionálnej sfére sa môžu prejavovať vo forme intenzívneho emočného napätia alebo naopak, nedostatku emočnej energie, v podliehaní negatívnym emočným stavom, zlej nálade, strachu a úzkosti, neistote, nespokojnosti a pod. V oblasti myslenia zase podliehaním negatívnym predstavám, starostiam a ťažkosťami v usmerňovaní myslenia. Vo vôľovej oblasti sú to problémy s aktivitou, s ovládaním reakcií na podnety a popudy, s poklesom záujmov, s vytvorením nežiadúcich návykov a pod. Alkoholik sa stále viac orientuje na účinky alkoholu na úkor adekvátnych prostriedkov autoregulácie, a to až do tej miery, že ich opätovne uplatnenie býva pre neho vlastnými silami neriešiteľným problémom.

Začlenenie behu do liečebného programu alkoholikov býva síce časté, ale s jeho zhodnotením sa stretávame len výnimočne. Skála [1976] vyzdvihuje vplyv behu na primeranú životnú adaptáciu a považuje ho za špecifický element, pôsobiaci proti zdrojom alkoholovej závislosti, v spojitosti s jeho účinkom na hodnotovú oblasť.

S úbor a metóda

Sledovali sme účinky behu na 56 hospitalizovaných alkoholikov. Vekové rozpätie bolo od 20 do 54 rokov (AM = 34,6). Zaradenie pre túto terapeutickú modalitu vychádzalo z princípu dobrovoľnosti a plne rešpektovalo indikácie lekára. Záujem o beh sa pohyboval v rozmedzí 8 až 30 % hospitalizovaných pacientov. Z prihlásených odstúpil najvyšší počet v úvodných dňoch. V priebehu dvoch rokov sa takto z pôvodných 135 záujemcov vyčlenil spomínaný súbor 56 členov.

Štruktúra bežeckého programu bola takáto: Prvé dva týždne sa behalo 3-krát týždenne. Dĺžka trasy bola 2 km. Účastníci boli informovaní, že si majú zvoliť mierne, im vyhovujúce tempo a že v žiadnom prípade nie je účelom pretekať. Keby sa objavili ťažkosti, mali prejsť do chôdze a po ich odoznení pokračovať v behu. Na základe prvých skúseností a po konzultácii s terapeutom si pacienti upravili svoje tempo tak, aby sa ťažkosti neobjavovali a stanovenú trasu prebehli vo vyrovnanom rytme. V 3. týždni sa prešlo na behy každodenné, okrem soboty a nedele, kde sme ponechali priestor pre osobnú iniciatívu. Pacientov sme informovali, že ak budú mať po prebehnutí 2 km trasy chuť pokračovať v behu, môžu si trasu postupne predlžovať, pričom prírastok v priebehu jedného týždňa nemal prekročiť limit 0,5 km. Trasa sa určila v krásnom lesnom prostredí Muránskej planiny. Jej prevýšenie bolo len minimálne a bežalo sa po kvalitnej lesnej ceste. Terénne danosti vytvárali výhodnú 6 — km trasu a pri tej sme zostali.

V úvodných dňoch sme nebránili tomu, aby pacienti bežali v skupinkách a navzájom komunikovali. Postupne sme ich však viedli k behu bez spoločníka, aby sa takto mohli účinnejšie koncentrovať na vlastné prežívanie, na pozorovanie seba i okolitej prírody. Sledovali sme aj ten zámer, aby si pacienti zvykli behať a zotrvali v tejto aktivite aj po odchode z liečenia, nezávisle od toho, či k tomu nájdú alebo nenájdu vhodných spoločníkov.

Každý člen bežeckej skupiny každodenne v denníku systematicky zhodnocoval zážitky a pocity, ktoré mal počas behu i v ostatnom priebehu dňa. Ďalším zdrojom údajov boli pohovory s každým členom na konci týždňa, v ktorých sme zároveň pomoco-

ratingových škál objektivizovali dosiahnuté zmeny. Škály boli zamerané na posúdenie úrovne a jej zmien v priebehu bežeckého programu pri týchto prejavoch: únava a vyčerpanosť, aktivita, postoj k behu, negatívne emócie, tenzia, abreakcia, dekoncentrácia a koncentrácia. Pred započatím bežeckého programu a potom v jeho 4. a 8. týždni bol administrovaný Hartmanov dotazník (The personal beliefs inventory — PBI) za účelom postihnúť štruktúry iracionálneho myslenia. Raz za 2 až 3 týždne prebehla tematická skupinová psychoterapia, venovaná problematike účinkov behu na liečeného alkoholika. Pri individuálnych pohovoroch vypracoval terapeut spolu s pacientom plán na ďalší týždeň, v ktorom sa vytýčila stratégia pre zvládnutie individuálnych ťažkostí a navyše sa vytvárali podmienky pre racionálne získavanie mechanizmov ich ovládania. Všetky sledované osoby boli pokryté individuálnou a skupinovou psychoterapiou, tak ako je to bežné v liečebnom režime protialkoholickéj liečebne.

K porovnaniu výsledkov bežeckej skupiny s kontrolnou skupinou sa neprišlo, nakoľko neboli zaistené rovnocenné podmienky. V bežeckej skupine sa na rozdiel od podmienok pre ostatných pacientov uplatňovali premenné, ako intenzívna osobná zaangažovanosť terapeuta (v nejednom prípade vyústila až do priateľských zväzkov). Pacienti v bežeckej skupine mali priaznivejšie a štrukturovanejšie podmienky pre sebaanalýzu, výdatnejšiu podporu pre racionálne spracovanie nadobudnutých skúseností a zážitkov a vcelku sa im venovala väčšia psychoterapeutická starostlivosť. Tieto okolnosti sa mohli v rozličnej miere podieľať na prípadných diferenciách.

Výsledky a diskusia

Trend vzrastu a poklesu hodnôt priemerného skóre v posudzovacích škálach a dotazníku iracionality bol súbežný s dobou bežeckého programu. Najvýraznejšia zmena sa vo všetkých ukazovateľoch viazala k jeho prvým štyrom týždňom. Tu spočívalo ťažisko adaptácie na zvýšené nároky fyzickej záťaže, ale aj na prekonanie obáv a nedôvery vo vlastné sily. Účinným faktorom bola orientácia na iné funkcie behu než na podávanie maximálneho výkonu. Hlavne mladším pacientom robilo spočiatku ťažkosti zvoliť mierne a vyrovnané tempo, venovať sa sebaopozorovaniu a zámerne vnímať okolie.

Jednoznačne sa potvrdili pozitívne nešpecifické účinky behu. Paralelne s úpravou a zvyšovaním telesnej kondície sa vytvárali podmienky pre duševnú harmonizáciu. Záznamy v denníkoch dokumentovali pozitívne zmeny v prežívaní a v postojoch k sebe a iným, i k samotnej liečbe. Členovia bežeckej skupiny sa ľahšie adaptovali na podmienky liečebného režimu a výdatnejšie sa angažovali v liečbe než ostatní pacienti. Pozitívny postoj k behu mala väčšina sledovaných pacientov už pred započatím bežeckého programu. Vzrast pozitivity tohto postoja sa viazal hlavne k jeho emocionálnej zložke. Strácali sa počiatočné obavy, pacient spoznával stále dôvernejšie prednosti behu, radosť a uvoľnenie, ktoré mu prináša. Je príznačné, že pacienti, ktorí spočiatku vyjadrovali racionálne fundované motívy k behu (hlavne zdravotno-preventívne dôvody), postupom času, tak ako sa beh stával imanentnou súčasťou ich každodenného života, dospievali k emocionálne sýtejším stanoviskám. Povinnosť sa u nich menila na záľubu.

Beh bol prostriedkom, ktorý podporoval žiadúce emocionálne preladenie. Jednou z prvých skúseností týchto pacientov bol poznatok o jeho euforizačnom dopade. Po behu sa cítili spokojnejší, vyrovnanejší, boli optimisticky naladení.

Ich schopnosť koncentrovať sa na pozitívne emocionálne obsahy sa zvyšovala, čím sa stále viac vytesňoval priestor pre subjektívne nepríjemné zážitky. Mierne a uvoľňujúce tempo behu im nebránilo vo vnímaní krás okolitej krajiny. Dôverne spoznávali trasu behu a fixoval sa v nich stereotyp pozitívneho prežívania týchto skutočností. Beh sa pre mnohých stal svetlým bodom programu dňa, na ktorý sa tešili, a toto vedomie im pomáhalo prekonávať aj tie menej príťažlivé úlohy.

Dôležitým momentom sa ukázala správna voľba optimálneho tempa a rytmu behu. Ak bolo nadsadené, jedinec sa príliš vyčerpal a vytváral sa priestor pre pocity nedôvery vo svoju výkonnosť, obavy zo zlyhania, a s tým spojený nežiadúci emocionálny doprovod (strach a úzkosť, neistota, nespokojnosť). Pri veľmi nízkom tempe bolo zase fyzické nasadenie nedostatočné a nevytvárali sa podmienky pre transformáciu a odreagovanie psychickej energie.

Radikálny pokles tenzie v prvom mesiaci bežeckého programu dokresľoval, že beh je významným prostriedkom emocionálnej adaptácie, kde psychická energia nachádza vhodnú formu regulácie a uplatnenia. Disfunkčnú tenziu pri behu „vstrebávali“ sily, ktoré sa vynakladali na zvládnutie fyzickej záťaže. Obdobne sa dokumentoval aj vplyv behu na eufunkčnosť tenzie. U členov skupiny s prejavmi neurotickej vyčerpanosti, anxiózných či depresívne ladených (kde bola hladina tenzie taká nízka, že neplnila mobilizujúcu funkciu vzhľadom na autoregulačné mechanizmy), sme pozorovali jej žiadúci vzrast.

Výkyvy v emocionálnej hladine u alkoholikov sú pri absencii ich drogy príznačné. Kondáš (1977) konštatuje osciláciu tenzie u alkoholikov s typickým vrcholom ráno a pretrvávajúcím zvýšením neskoro poobede a večer. U našich pacientov sa druhý vrchol posúval do obdobia medzi 14. a 16. hodinou, keď im končilo pracovné a psychoterapeutické zaradenie. Tieto kritické fázy sme zámerne prekryli pohybovou aktivitou (ráno 15-minútová rozcvička, o 14,30 bežecký program), čo zjavne nivelizovalo osciláciu tenzie.

V najtesnejšej nadväznosti na detenzné účinky bol abreaktívny dopad behu. Najzjavnejšiu pozitívnu odozvu sme zaznamenali hlavne v prípadoch, kde sa pacienti potýkali s traumatickými agensmi dlhodobého charakteru. Ich doterajšie skúsenosti s jednorazovou abreakciou (vyrozprávaním sa, či plačom) boli neuspokojivé. Prinášalo im to síce úľavu, ale len dočasnú a navyše, nie vždy nachádzali vhodného prostredníka, ktorému by sa zverili. Beh im účinne pomáhal prerušiť nežiadúcu afektívnu tenziu jej napojením na adekvátny energetický výdaj a prispieval k podmienkam vytvorenia novej dominanty. Špecifickejšie orientovaný zámer na abreakciu tenzie prostredníctvom fantazijného vybavovania konfliktných javov s následným zámerným odreagovaním nahromadeného napätia aplikáciou behu bol úspešný len u niektorých jedincov. Problémom tu bola synchronizácia fantazijnej produkcie s podmienkami behu tak, aby ťažisko nahromadenej tenzie splývalo s prechodom do fyzického zaťaženia bez sklzu do fixovaného stereotypu poddávania sa takémuto emocionálnemu stavu, ktorý paralyzuje vôľu pacienta v jeho prekonanie.

Paralelne s postupom bežeckého programu sme pozorovali odklon od nežiadúcich myšlienkových obsahov a vzrast koncentrácie na príjemné, neznepokojujúce myšlienky. Už samotná úprava somatického stavu a prekonanie abstinenciálnych príznakov narušili pôvodný sklon k iracionálnym obsahom vedomia. Beh vytváral špecifické podmienky, ktoré reprezentujú interferenčnú stratégiu pre eli-

mináciu nežiadúcej usmernenosti myslenia. Platí zásada, že vo vedomí nemôžu byť súčasne dva myšlienkové obsahy. Ak sa teda pacientovi podarí koncentrovať pozornosť na niečo iné než na vlastné starosti, týmto ich z vedomia vytesňuje (tzv. Wolpeho systém recipročnej inhibície). Beh vytvára podmienky pre vytvorenie novej dominanty. Ústredným zameraním sa stáva intenzívne prežívanie prítomnosti. Aktuálne pocity a zážitky sú determinované momentálnym psychologickým stavom a vonkajšími podmienkami behu. Takáto prestavba v súčinnosti s ďalšími cieľovými formami psychoterapeutického pôsobenia ovplyvňuje celú oblasť kognitívnych reprezentácií osobnosti.

Pozorovali sme, že mnoho členov bežeckej skupiny spontánne gradovalo pozitívnu usmernenosť svojej pozornosti a myslenia autosugestívnymi prvkami. Uplatňovali napr. autosugestívne výroky o ľahkom, príjemnom dýchaní horského vzduchu, o krásnej prírode a pod.

Obnova autoregulácie, ktorá sa opiera o primerané prostriedky, je problémom, ktorý si vyžaduje bezpodmienečne osobnú angažovanosť postihnutého jedinca. To znamená, že tento musí nadobudnúť presvedčenie, že existujú reálne cesty k upevneniu duševného zdravia, a tým aj ku skvalitneniu vlastného života a že v záujme dosiahnutia želaného výsledku musí vynaložiť aj patričné úsilie. To však býva úskalím. Pacient sa síce dožaduje pomoci, ale už menej ochotne investuje vlastnú námahu. Niektoré techniky si vyžadujú dlhý čas nácviku (Schultzov autogénny tréning, jóga), a preto bývajú vítanejšie postupy, ktorých účinok pacient bezprostredne pociťuje, ale sám na sebe nepracuje (napr. aplikácia psychofarmák, hypnózy). Ich účinok však býva viazaný na bezprostredné pôsobenie psychotropnej látky a terapeuta, alebo je len krátkodobý. Niektoré techniky zase pacientovi nevyhovujú pre ich neobvyklosť, neprírodnosť. Môže z nich mať strach, alebo neverí, že ich zvládne. V iných prípadoch môžeme pozorovať, že ak sa aj pacientovi pomohlo, časom sa jeho ťažkosti objavia znova, pretože sa uspokojí s výsledkom terapie a neutužuje ho, neosvojuje si také formy aktivity, ktoré by boli hrádzou pred návratom k nežiadúcim stereotypom v správaní. Beh v mnohých ohľadoch prekonáva tieto úskalia. Je človeku dôverne známy, nevyžaduje si nácvik, nenárokuje si špeciálne schopnosti, je realizovateľný bez výraznejších požiadaviek na vybavenie a prostredie, je vhodný pre obidve pohlavia a každý vek. Neprináša so sebou neprírodný zásah do organizmu, práve naopak, jeho prostredníctvom sa človek navracia k prírode. Aktivizuje ho a podporuje optimálnu formu životospripravenosti. Je to procedúra kedykoľvek dostupná a účasť terapeuta býva len sprostredkujúca. Ak ju pacient zvládne, stáva sa súčasťou jeho „súkromného“ arzenálu techník autoregulácie a prostriedkov utužovania svojho telesného a duševného zdravia a výkonnosti.

LITERATÚRA

1. ANDRES, T.: Sportliche Tätigkeit als Therapie bei psychisch Kranken. Schweiz. Z. Sportmed., 23, 1976, 185—194.
2. KONDAŠ, O.: Klinická psychológia. Osveta, Martin 1977, 368 s.
3. MÍČEK, L.: Sebevýchova a duševní zdraví. SPN Praha 1976, 200 s.
4. SKÁLA, J.: Aplikace běhu při rehabilitaci alkoholiků a toxikomanů. Záp. z Apolináře 25, 1976, 13—17.

5. SKALIČKOVÁ, O. a kol.: Rehabilitace v psychiatrii. Avicenum, Praha 1971, 427 s.
6. ŠENKMAN, S. B.: Beh náš priateľ. Šport, Bratislava 1978, 168 s.
7. ŠIMÍČEK, J.: Běh pro zdraví u pacientů po infarktu myokardu. Záp. z Apolináře, 25, 1976, 10—12.
8. VEJMEJKOVÁ, K.: Zátěžová psychoterapie ve Vysokých Tatrách. Moravskoslezský referátový výběr z psychiatrie, 11, 1979, 33—34.

Adresa autora: PhDr. P. K., OLŮP, 049 02 Predná Hora.

П. Куцек
НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
САМОРЕГУЛИРУЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА БЕГА

Резюме

На 56 госпитализированных алкоголиках, у которых применялась программа типа jogging, автор ориентируется на обсуждение ее саморегулирующего потенциала. Кроме неспецифических действий бега, т. е. положительного влияния улучшенного физического состояния на психическую гармонизацию, было установлено и его специфическое действие на обновление саморегуляции. Бег является эффективным подкрепляющим средством детензии, абреакции, положительной эмоциональной перестройки и преодоления нежелательной ориентации. Конечные результаты обсуждаются и с точки зрения преимуществ бега как техники, своим характером естественной человеку, нетребовательной и легко доступной.

P. Kucek
POSSIBILITIES OF THE USE OF THE AUTOREGULATORY POTENTIAL OF RUNNING

Summary

In a group of 56 alcoholic in-patients in which a running programme of the jogging type was applied, the authors analyse the evaluation of its autoregulative potential. Apart of the non-specific effect of running, i. e., the positive influence of improved physical condition on mental harmonization, its specific effect on the renewal of autoregulation was confirmed. Running is an effective supporting means of detention, abreaction of a positive emotional tuning and overcoming of undesirable direction of thinking. Resulting items of knowledge are discussed also with regard to the advantages of running as technique which by its character is natural and undemanding and easily accessible.

P. Kucek
EINIGE MÖGLICHKEITEN DER AUSLASTUNG DES AUTOREGULATIONSPOTENTIALS DES LAUFENS

Zusammenfassung

Der Autor ist bestrebt, an einem Patientengut von 56 hospitalisierten Alkoholikern, bei denen das Laufprogramm des Typs Jogging angewandt wurde, das Autoregulationspotential des Laufens zu werten. Neben den nichtspezifischen Auswirkungen des Laufens, d. h. der positiven Wirkung der Steigerung der physischen Kondition auf die geistige Harmonisierung, bestätigt sich auch sein spezifischer Einfluß im Sinne der Erneuerung der Autoregulation. Das Laufen ist ein wirksames Mittel zur Stützung der

Detention, des Abreagierens, der positiven emotionalen Umstimmung und der Überwindung einer unerwünschten Denkrichtung. Die gewonnenen Erkenntnisse werden auch in bezug auf die Vorzüge des Laufens als einer Technik gewertet, die dem Menschen von Natur aus eigen ist, anspruchslos und leicht anwendbar ist.

P. Kucek
CERTAINES POSSIBILITÉS DE PROFIT DU POTENTIEL D'AUTO-RÉGULATION DE LA COURSE

Résumé

L'auteur s'oriente sur l'effet du potentiel de l'autorégulation d'un programme de course type yoga appliqué à un groupe de 56 alcooliques hospitalisés. A part les effets non spécifiques de la course, c'est-à-dire de l'effet positif de l'augmentation de la condition physique pour l'harmonie intellectuelle, fut aussi confirmée son incidence spécifique sur le rétablissement de l'autorégulation. La course est un moyen efficace de soutien de la détente, de l'abreaction, du changement émotionnel positif et permet à vaincre l'orientation indésirable de la pensée. Les résultats des connaissances sont discutés en vue des avantages de la course comme une technique qui par son caractère est naturel à l'homme, sans exigences et facilement accessible.

H. DUTZ, F. H. SCHULTZ
DIFFERENTIALDIAGNOSE INNERER ERKRANKUNGEN

Diferenciálna diagnóza vnútorných ochorení
Vydalo nakladateľstvo VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1979.
2-dielna monografia, 846 str., 112 obr. 235 tab., cena 59 M.

Po 10 rokoch znova vychádza v NDR Diferenciálna diagnóza vnútorných ochorení pod vedením prof. H. Dutza a prof. F. H. Schultza (vypadol prof. Kleinsorge). 28 odborníkov vnútorného lekárstva sa podujalo doplniť a rozšíriť oblasť diferenciálnej diagnostiky vo vnútornom lekárstve, pričom v porovnaní s vydaním v r. 1969 sa všetky state podstatne prepracovali v súlade s novšími poznatkami a spoločenským významom jednotlivých ochorení.

V úvode sa právom zdôrazňuje vzťah lekár-pacient a dôkladná anamnéza. Náhlivosť a nedôslednosť môžu spôsobiť chyby, ktoré sa neskoršie ťažko napravujú. Dobrá anamnéza a presné objektívne vyšetrenie vedú vo vysokom percente k správnej diagnóze. Varujú pred tzv. bleskovou diagnózou hlavne mladších lekárov.

Monografia má 21 kapitol, pričom najrozsiahlejšia je oblasť srdcovocievnych o-

chorení (prof. Günther a prof. Geissler). Ischemická choroba srdca predstavuje kľúčovú kapitolu nielen z hľadiska dif. diagnózy, ale aj z hľadiska preventívnych opatrení. Dif. dg. anginy pectoris, infarktu myokardu sa venuje náležitá pozornosť, pričom sa rešpektujú kritériá WHO.

V diferenciálnej diagnóze skupín srdcovocievnych ochorení postrádame skupinu kardiomyopatií, i keď sa táto skupina krátko spomína pod 2.14.7. Taktiež v ekg popise lokalizácie infarktu sa autori pridržajú staršieho rozdelenia (zadný IM = diafragmatický IM).

Patričná pozornosť sa venuje problematike hypertenzie i hypotenzie a imunologickej problematike.

Aktuálna je aj stať o vedľajších a toxických účinkoch liekov. Obsiahle a prehľadné tabuľky orientujú rýchle o najbežnejších vedľajších účinkoch liekov na jednotlivé orgány a systémy.

Veľmi praktické sú na konci monografie tabuľky, spracované A. Künzelom, ktoré informujú o diferenciálne diagnostických možnostiach, ako aj návrhy základných vyšetrení pri jednotlivých ochoreniach, ktoré majú za úlohu racionalizovať vyšetrenia.

Taktiež užitočné sú prepočítavacie tabuľky podľa nového medzinárodného systému SI.

K. WILLIMCZIK, M. GROSSER (edit.)
DIE MOTORISCHE ENTWICKLUNG IM KINDES- UND JUGEND-ALTER

Motorický vývoj vo veku detskom a mladistvom
Vydal Verlag Karl Hofmann, Schorndorf, 1979, ako 24 zväzok
edície „Schriftenreihe des Bundesinstitut für Sportwissenschaft“,
373 str., cena DM 35,80. ISBN 3-7780-7151-3 (Nr. 715).

Kto by podľa nadpisu a vydavateľa očakával úzko zameraný zborník o niektorých aspektoch športových schopností u detí, bude veľmi príjemne sklamaný. Dielo obsahuje materiály zo 4. sympózia o motorike v Darmstade (1977) a podtitul „Teoretické prístupy — Problémy vyšetrenia — Výsledky výskumov“ výstižne charakterizuje tri hlavné celky, do ktorých sa grupujú príspevky autorov z rôznych krajín a rôznych disciplín. Každú časť ešte obohacuje vhodný redakčný úvod do problematiky s rámcovými informáciami o príslušnej téme.

Prvá časť, redigovaná prof. M. GROSSE-ROM rozoberá na 80 stranách rôzne teórie motorického vývoja. Ide o teoretické modely s dôrazom (rôznym podľa autorov) kladeným na psychologické, informačno-teoretické, športovo-fyziologické a obecné aspekty.

Témou druhej časti (redakcia prof. K. WILLIMCZIK) sú Metodologické problémy pri štúdiách vývoja (100 strán). Nachádzame tu rôzne „designy“ longitudinálnych štúdií, úvahy o možných zdrojoch chýb, problémy spracovania údajov o zmenách ukazovateľov a všeobecne mnohé užitočné, štatistické a organizačné postrehy pre výskumy rastlín. Autori sú m. i. VAN'T HOF, HELMREICH, SHEPARD, LA-VALLÉE, MIRWARD a i.

Tretiu, najrozsiahlejšiu časť o výskumných výsledkoch motorického vývoja redigoval prof. K.D. ROTH a je rozdelená na tri podkapitoly. Prvá má stručný nadpis

Dvojzväzková monografia predstavuje veľmi dobrú diferenciálnu diagnostickú pomôcku pre lekárov interných odborov, hlavne mladších, ale aj pre príbuzné odbory, pre prípravu k atestácii. Dáva tiež podnet k hlbšiemu štúdiu niektorých špeciálnych pododborov, hlavne kardiológie, imunológie, endokrinológie a i.

Dr. A. Kocinger, Bratislava

„Rast“ a uvádza ju zasvätený a koncízny úvod ROTHa o najnovších smeroch v antropometrii, somatopológii a príbuzných aspektoch. Nasleduje referát O. G. EIBENA o somatickom vývoji dieťaťa s bohatými ilustratívnymi materiálmi a ďalšie príspevky o krivkách rýchlosti rastu a o technických rozboru longitudinálnych dát. Druhá podkapitola sa zaoberá motorickými schopnosťami a vývojom športovomotorických zručností a v nej predkladajú autori konkrétne výsledky vlastných výskumov. Témou tretej subkapitoly sú „Interdisciplinárne prístupy k motorickému vývinu“ a je uvedená modelovými úvahami o interdisciplinárnych reláciách od R. BAUSSA. O zachytení a hodnotení vplyvu prostredia referuje M. BLOMMAERTOVÁ a o biologických a sociálnych zložkách motorického vývoja N. WOLANSKI. Faktory motorického vývoja v predškolskom veku skúmala J. PAŘÍZKOVÁ. Kolektív autorov pod vedením R. RENSONA analyzuje spoločenské predpoklady pre „physical fitness“, register na konferenčný zborník atypický bohatý a podrobný, uzatvára knihu.

S uspokojením možno konštatovať, že na darmstadskej konferencii boli úspešne zastúpení aj antropológovia zo socialistických krajín: O. Eiben (Budapešť), N. Wolaňski (Varšava), a J. Pařízková (Praha). Zborník je vyvážený nielen tematicky ale aj geograficky.

Doc. R. Štukovský, CSS., Bratislava

REHABILITACE ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN*

J. ŘEHÁČEK

Technická spolupráce: H. Benová, J. Straub, E. Šikýřová

Pracoviště léčebné rehabilitace

Přednosta: MUDr. V. Raušer, CSc.

Institut klinické a experimentální medicíny

Ředitel: Prof. MUDr. P. Málek, DrSc.

Souhrn: Elektrofyziologickými metodami — stimulační elektromyografií a funkční elektrodiagnostikou — potvrzena vhodnost nynějších rehabilitačních postupů u postižení ischemickou chorobou dolních končetin. Cvičení ve vertikální poloze mají daleko příznivější odezvu v nervovosvalovém aparátu dolních končetin než dřívěji používané cviky v horizontální poloze. Podán stručný přehled doporučovaných cviků a pracovní zátěže chůzi.

Klíčová slova: ischemická choroba dolních končetin — stimulační elektromyografie — funkční elektrodiagnostika — cvičení — pracovní zátěž chůzi

Rehabilitační postupy u ischemické choroby dolních končetin (ICHDK) mají za cíl zajistit dostatečné prokrvení tkání, aby byly zásobeny v potřebné míře výživnými látkami, zvláště kyslíkem a též aby byl zajištěn odvod metabolitů vznikajících při svalové práci. K tomuto cíli se můžeme ubírat několika způsoby:

1. uskutečněním vazodilatace v postižené oblasti,
2. účinně působit na vznik a rozšíření kolaterál,
3. zajistit maximální utilizaci látek přiváděných tepennou krví,
4. zlepšením žilního odtoku krve z ischemické oblasti.

V komplexní rehabilitaci ICHDK má nesporně vedoucí postavení svalová práce, která je jednoduchým ale účinným prostředkem působícím v pozitivním smyslu na výše zmíněné mechanismy. U zdravých svalů dosáhneme maximální hyperemie, provádíme-li svalovou námahu až do svalové únavy (Lehmkuhl, Imig) a velikost hyperemie je úměrná množství vykonané práce (Black, Mc Ardle). Pokračováním v práci po dostavení únavy nezvětšíme již velikost prokrvení, ale prodloužíme trvání hyperemie (Hillestad).

U svalů nedostatečně prokrvených se pracovní hyperemie dostavuje po mnohem menší dávce práce. Pracovní hyperemie svalových skupin ležících distálně od tepenného uzávěru snižuje cévní odpor v oblasti aktivních svalů, urychluje

* Předneseno na Sjezdu vojenských fyziatrů 3. 10. 1978 Slapy/Vlt.

průtok kapilárami, a tak působí stimulačně na jejich rozvoj. Námaha současně snižuje tlak v žilních kmenech, čímž se zvětšuje tepenožilní tlakový spád. Barcroft a Millen prokázali, že krátkodobé rytmické kontrakce v okamžiku svalového stahu přibrzdují až zastavují přítok nitrosvalovými tepnami s následným zvýšením utilizace (dochází k prodlouženému styku krve v kapilárách), aby vzápětí během relaxace proudila krev rychleji do metabolity dilatovaného řečiště. Vazodilatace způsobená svalovou kontrakcí otevře arterioly a prekapiláry (Rankin, Rosel), a tak se zvětší efektivní svalové prokrvení na rozdíl od většiny farmakologických vazodilatací způsobujících otevření arteriovenózních spojek s následným únikem krve od svalových vláken. Dle Kozákových prací se prokrvení hypoxemického svalu maximálně zvýší po tří až pětiminutové svalové práci a opakováním cviků v pětiminutových intervalech lze toto zvýšené prokrvení prodloužit.

Metodiky léčebné tělesné výchovy u ICHDK doznaly od dob Buergerových mnohé změny. Původní cviky zavedené k posílení kolaterál byly během let modifikovány, doplňovány i odsuzovány. Vedle polohovacích postupů prováděných převážně v horizontální poloze bylo postupně využíváno zatížení gravitací (Slvan, Ratschow, Foley), chůzí (Tse, Boudyš), izometrickými kontrakcemi (Kivelof, Kohlrausch) a dechovými cvičeními (Prusík, Reiniš).

V posledních dvou desetiletích se stalo cílem LTV u ICHDK systematické zatěžování svalů pod uzávěrem metodou intervalového tréninku, a to převážně ve vertikální poloze, jsme nepřímě dokázali neurofyziologicky. Již dříve jsme modifikovaným Kozákem dochází k rozšíření kolaterál, tréninku svalů, ovlivnění nepříznivých hypertonií, odstranění či zamezení vzniku atrofií, zisku plného pobytu v kloubech a zlepšení hybných stereotypů.

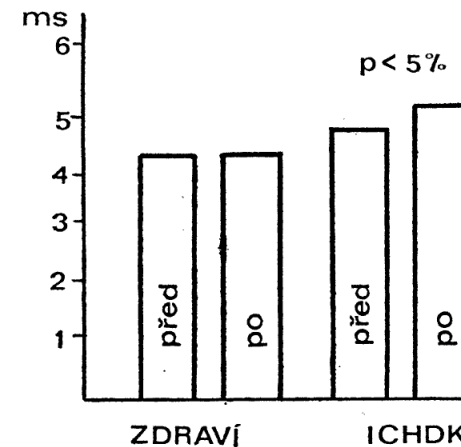
Opodstatnění těchto rehabilitačních postupů, kdy dochází ke svalové činnosti ve vertikální poloze jsme nepřímě dokázali neurofyziologicky. Již dříve jsme prokázali vliv svalové zátěže na nervovosvalový aparát u zdravých svalů. Vytvalostní i rychlostní zatížení (ve větší míře) způsobí snížení nervovosvalové dráždivosti a výrazný vzestup nervovosvalové akomodace, která je ukazatelem trofických poměrů ve vyšetřovaných tkáních (Řeháček, Raušer).

Srovnali jsme působení ischemizačního testu na svaly zdravé a hypoxemické. Elektromyografické a elektrodiagnostické vyšetření jsme uskutečnili u 24 pacientů s angiograficky prokázaným uzávěrem v oblasti a. femoralis, kteří byli léčeni na II. IVZ IKEM, v době vyšetření nebyli vazodilatačně medikováni. Elektromyograficky jsme zjišťovali latence vedení do cap. med. m. gastrocnemii z podkolení a I/t křivky jsme snímali na tomtéž svalu vždy před a po ischemizačním testu, jehož průměrná doba byla u pacientů s ICHDK 70 s. Zdraví měli jednotnou dobu 150 s.

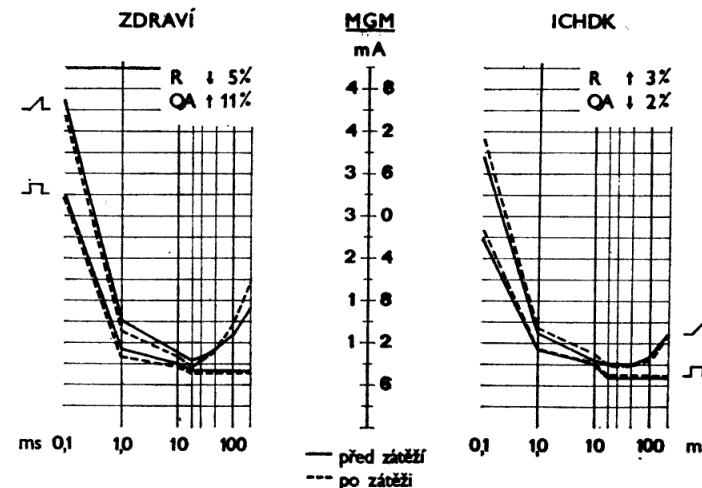
Prodloužení latencí vedení periferním motoneuronem u zdravých po ischemizačním cvičení o 3 % je nevýznamné, zato u pacientů s ICHDK došlo k významnému prodloužení o 15 % (p menší než 0,05), jak je znázorněno na grafu 1.

Při elektrodiagnostickém vyšetření — graf 2 a tabulka 1 — jsme zjistili rozdíly ve vlivu polohovacího testu na stav nervovosvalové dráždivosti. U zdravých došlo k mírnému zvýšení dráždivosti o 5 % (bez signifikace) a u nemocných naopak k poklesu (též bez signifikace) o 3 %. Ovšem srovnání rozdílů před testem a po testu bylo mezi zdravými a pacienty s ICHDK v průběhu celé I/t signifikantní (tab. 1).

K podstatnějším změnám došlo v nervovosvalové akomodaci, která se u zdravých po cvičení zvýšila o 11 % — což odpovídá výše zmíněným nálezům po rychlostní zátěži, zatímco u pacientů s ICHDK došlo k jejímu poklesu o 2,9 %. Tento nález ukazuje na funkční zeslabení možnosti nervovosvalového přenosu vyvolané ischemií s odezvou v trofice postiženého svalu.



Graf 1. Změny v latencích na n. tibialis u zdravých — vlevo a nemocných s ICHDK — vpravo před a po ischemizačním cvičení.



Graf 2. Změny v I/t křivkách na cap. med. m. gastrocnemii u zdravých — vlevo a nemocných s ICHDK — vpravo před (plně) a po (čárkovaně) ischemizačním cvičení. R — prahy nervovosvalové dráždivosti, QA — kvocient nervovosvalové akomodace.

Tabulka 1. Srovnání rozdílů I/t křivek před a po ischemizačním testu v mA

Impulsy	Pravoúhlé					Progressivní					QA			
	0,1	1,0	10	100	200	0,1	1,0	10	20	30		50	100	200
Rozdíl A	-2,25	-1,0	-0,6	-0,5	-0,5	-1,85	-0,35	-0,8	-0,35	-0,65	-0,55	0,7	1,45	0,18
Sigma	4,6	1,09	0,81	0,97	0,97	7,62	1,85	1,09	0,99	0,89	1,31	2,36	2,78	0,37
t	2,22	3,81	2,35	1,76	1,76	11,23	1,97	5,08	2,10	2,44	2,11	1,74	1,87	1,97
p menší než	0,05	0,001	0,05	0,1	0,1	0,001	0,1	0,001	0,05	0,05	0,05	0,1	0,1	0,1
Rozdíl B	0,7	0,2	-0,05	0,2	0,2	2,85	0,65	0,80	0,25	0,05	-0,25	-0,35	-0,5	-0,03

(A — zdraví, B — ICHDK)

Pro pohybový režim nemocných s obliterací tepen dolních končetin vyplývají z těchto nálezů dva závěry: 1. Zátěž je vhodná spíše ve formě opakovaného vytrvalostního cvičení (chůze) se zařazením tzv. acyklických cvičení, kdy se střídá svalová kontrakce s ochabnutím v krátkém čase. Celková práce zde není velká a ve svalech převládá anaerobní mechanismus. Svaly si tak zvykají na práci v hypoxii, zvyšuje se schopnost anaerobní resynthese ATP, a tak se zvyšuje schopnost uvolnit metabolicky větší množství energie. 2. Je lépe se vyhýbat v polohově pohybovém režimu tzv. ischemizačním cvičením, která neúměrně zatěžují metabolismus postižených svalů, které nemají možnost

dostatečně reagovat pracovní hyperemií, a tím jsou v nich zpomaleny restituční pochody po předchozím funkčním zatížení.

Závěrem uvádíme přehledné postupy, které používáme u pacientů s ICHDK. Nedílnou součástí rehabilitace je chůze, kterou nedávkujeme do kladičací, ale jen do 75 % tolerance. Frekvence kroků je 60 za minutu, dávky pozvolna zvyšujeme a dbáme na správné dýchání. Při prodloužení doby chůze na půl hodiny zvyšujeme frekvenci na 80 až 120 za minutu, ev. zvýšíme sklon. Možno též zařadit jízdu na kole, ev. bi-cyklovém ergometru, opět s určením 75 % zátěže.

U III. a IV. stadia choroby, kdy se skoro však musíme obejít bez svalového zatížení, orientujeme se na prevenci atrofii, udržení kloubní hybnosti a prevenci osteoporózy. K tomu nám slouží izometrické kontrakce, pasivní pohyby končetin a zatěžování skeletu na lůžku — izometrické kontrakce zdravých končetin a trupu.

Při II. stadiu choroby se řídíme při stanovení LTV výší uzávěru: aortofemorální: chůze do kopce, do schodů, jízda na kole, podřepy, dřepy; femoropopliteální: chůze po špičkách, výpony, houpání na nohou — pata, špička; periferní: dorzální aplantární flexe nohy s flexí a extenzí prstů vleže či lépe vsedě.

Cvičení se provádí tři až pět minut s dvou až třeminutovými pauzami a opakuje se třikrát až pětkrát za sebou. Tento cyklus se snažíme opakovat alespoň dvakrát až třikrát denně. Vždy přidáváme cviky na posílení svalstva břišní stěny, dechové cviky s hlubokým dýcháním a cvičení bráničního dýchání.

Naše elektrofyziologická vyšetření potvrzují správnost nynějších postupů zatěžování svalstva pod uzávěrem metodou intervalového tréninku ve vertikální poloze, která je pro člověka fyziologičtější. Nedochozí tak k nežádoucím účinkům na nervosvalový aparát, který ve své ischemii není funkčně plnohodnotný, k nimž dříve docházelo při cvicích s elevovanými dolními končetinami.

Adresa autora: Dr. J. Ř., Jungmannova 12, 110 00 Praha 1

Й. Ржегачек

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Резюме

Электрофизиологическими методами — стимулирующей электромиографией и функциональной электродиагностикой — была подтверждена удобность современных восстановительных методов у лиц, пораженных ишемический болезнью нижних конечностей. Упражнения в вертикальном положении имеют гораздо более положительный отклик в нервно-мышечном аппарате нижних конечностей, чем раньше применявшиеся упражнения в горизонтальном положении. Дается краткий обзор рекомендуемых упражнений и рабочей нагрузки ходьбой.

J. Řeháček

REHABILITATION IN ISCHEMIA OF THE LOWER EXTREMITIES

Summary

By electrophysiological methods — stimulative electromyography and functional electrodiagnosis — to date rehabilitation methods have been confirmed to be suitable in patients with ischemia of the lower extremities. Exercises in vertical position proved to have a much more favourable response in the neuro-muscular apparatus of the lower extremities than the formerly applied exercises in horizontal position. The paper presents a brief survey of recommended exercises and working load of walking.

J. Řeháček

REHABILITATIONSBEHANDLUNG BEI ISCHÄMISCHER ERKRAN-
KUNG DER UNTEREN GLIEDMAßEN

Zusammenfassung

Mit Hilfe von elektrophysiologischen Methoden — der Stimmulations—Elektromyographie und der funktionalen Elektrodiagnostik — wurde die Wirksamkeit der derzeit angewandten Rehabilitationsverfahren für Patienten mit ischämischer Erkrankung der unteren Gliedmaßen bestätigt. Übungen in der vertikalen Lage haben eine weitaus günstigere Auswirkung auf den neuromuskulären Apparat der unteren Gliedmaßen als die früher in der waagerechten Lage angewandten Übungen. In der Schrift wird ein kurzer Überblick über die empfohlenen Übungen und die Arbeitsbelastung durch Gehen vermittelt.

J. Řeháček

RÉADAPTATION DES MALADIES ISCHÉMIQUES DES EXTRÉMI-
TÉS INFÉRIEURES

Résumé

Par les méthodes électrophysiologiques — stimulation électromyographique et électrodiagnostic fonctionnel — application confirmée des méthodes de réadaptation chez les affectés de maladie ischémique des extrémités inférieures. Les exercices en position verticale sont bien plus favorables à l'appareil neuro-musculaire des extrémités inférieures que les exercices en position horizontale plutôt appliqués. L'article donne un bref aperçu des exercices recommandés et de l'effort de la marche.

K. B. MADSEN

MODERNÍ TEORIE MOTIVACE

Vyd. Academie, NČSAV, Praha 1979, 472 str., viaz. Kčs 73,—

Originál diela z r. 1974 má podtitul, ktorý veľmi výstižne charakterizuje obsah knihy: „A comparative metascientific study“. Ako totiž autor sám v tzv. „Metaúvode“ hovorí, má kniha dvojité poslanie: 1. prispieť k rozvoju novej, „metavedeckej“ disciplíny, (t. j. porovnávaciemu štúdiu teórií), ktorú označuje ako systematickú disciplínu psychologických teórií, 2. prispieť k vzdelaniu psychologov predkladaním systematických analýz hlavných teórií motivácie. I keď MADSEN nestojí na marxistických pozíciách, ide tu o vysoko informatívnu publikáciu, vyznačujúcu sa zodpovedným prístupom (J. Linhart v Predhovore), ktorá prináša mnoho podnetov i pre čitateľov v Československu.

Obsahovo kniha nadväzuje na Madseno-vo predchádzajúce dielo „Teorie motivace“

(Academie 1972 — český preklad), v ktorom podal prehľad a rozbor najdôležitejších teórií motivácie z obdobia rokov 1930—1957. V tomto akoby druhom diele autor podrobne systematickej analýze teórie motivácie z obdobia 1957—1961, od rie [v abecednom radení] Atkinsona a Bircha cez Cattella, Eysencka, Festingera až po Woodwortha, spomenuli sme len niektorých. Zvlášť treba poukázať na pozitívne hodnotenia dôrazu spoločenskohistorickej dimenzie pri výklade názorov sovietskej školy, menovite A. R. Luriju a J. N. Sokolova. Cenná je aj priama konfrontácia s jednotlivými autormi teórií, ktorí dostali rukopis textu príslušnej state s prosbou o kritické pripomienky, a tie boli včlenené do tohto vydania.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

NAŠE DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI S REHABILITACÍ
CHRONICKÝCH PACIENTŮ S VYUŽITÍM
NOČNÍHO SANATORIA

F. FIALA, J. LACIGA

KŮNZ Hradec Králové, rehabilitační oddělení

Přednosta: prim. MUDr. František Fiala

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

Ředitel: prim. MUDr. Zbyněk Souček

Souhrn: Práce shrnuje téměř dvouleté zkušenosti s využíváním nočního sanatoria v našem systému rehabilitace chronických pacientů především s onemocněním schizofrenního okruhu. Jsou probírány otázky vhodných pacientů, vazby na průmyslovou, skupinovou terapii vč. biologické a ve spojitosti s komplexem socioterapeutických opatření. Z uvedených skutečností, na základě srovnání s literaturou, poznatků z jiných oblastí psychiatrické péče a platných předpisů, předkládáme nástin prognostický.

Klíčová slova: psychiatrická rehabilitace — noční sanatorium — indikace pro umístění — psychiatrická supervize

V dnešní době se všeobecně přijíma, že psychiatrická rehabilitace předpokládá komplexní působení. Přestože existuje velmi rozsáhlá literatura k problematice psychiatrické rehabilitace, konkrétních opatření, postupů a zařízení není využíváno v dostatečné míře. Domníváme se, že je třeba se opírat především o konkrétní zkušenosti z rozvoje rehabilitace v SSSR, NDR a jmenovitě v Polsku (12).

Teoretické předpoklady

Historický odklon od terapeutického nihilismu v oblasti chronických psychiatrických onemocnění byl vyvolán dynamickým chápáním choroby. Roste počet léčených chronických pacientů, ale také roste počet propuštěných a revertencí. Tato situace vedla k širokému rozpracování rehabilitačních socioterapeutických metod a zařízení v doléčování psychiatrických nemocných (1, 3, 7, 10, 11).

Definovat chronický stav je velmi obtížné, stále se objevuje finalistický přístup k chápání chronického procesu. Škoda 1963 charakterizuje chronický stav schizofrenie jako „stav po ústupu akutních příznaků s nutností udržovací léčby, stav stabilizovaného defektu, při kterém je biologická léčba neúčinná“. Sovětští a američtí autoři

se však shodují v tom, že je nutno opustit „fatum ireversibilitnosti procesuálních stavů“ a tvrdí, že v každém stadiu, tedy za jistých podmínek i v tzv. terminálních nebo konečných stavech může dojít k regresi onemocnění (4). Zdá se, že stály rozpor mezi stavem a procesem, jako reversibilitou a ireversibilitou, při bohatosti klinických obrazů je zatím pro malou znalost kausálních vztahů neřešitelný.

Z hlediska rehabilitačního se nám jeví velmi přínosné přístupy praktické (1), pokoušející se přistupovat k rehabilitaci v doléčování jako k jevu především sociálnímu. Brown 1960 (cit. v 7) se domnívá, že je zatím nejvýhodnější při určování chronicity vyjít ze dvou let nepřetržitého pobytu v psychiatrickém zařízení, nemocnici. Je pochopitelné, že zde hrají kromě primárního stupně postižení také výraznou roli vazby pacienta k okolnímu světu, především existence a zájem blízkých příbuzných a možnost zachování pracovní schopnosti, s níž je úzce spojeno společenské hodnocení a sebahodnocení pacienta. Domníváme se, že klinický obraz sám o sobě nám nedává dostatečné predikční předpoklady k úsudku, zda je pacient schopen se zapojit v postupně náročnějších pracovních a společenských podmínkách a do jaké míry je schopen se adaptovat. Proto je prozatím nutno používat individuálních rehabilitačních postupů a prakticky vyzkoušet, kam sahají pacientovy možnosti. Srovnání zkušeností německých autorů Streseho, Schellinga, Müllera i jiných (9), které jsou konformní i se zkušenostmi rehabilitačního oddělení v PL Pezinok (5). Jde totiž o to, že ani to nepodrobnější psychometrické vyšetření nepřináší pro potřeby rehabilitace duševně nemocných takové výsledky, jaké přináší jeho přímé sledování v jakékoliv formě činnosti.

Praktické předpoklady nočního sanatoria

Vybudování nočního sanatoria (dále NS) úzce souvisí s celkovým působením rehabilitačního oddělení, s rozvinutím širší rehabilitační základny pro výběr a testování pacientů vhodných na NS. Pacient se musí učit pracovním a sociálním schopnostem a na druhé straně v každé konkrétní situaci se nutně projevuje struktura pacientovy osobnosti, jeho osobnostních schopností a možností.

V prvním stadiu se duševně chorý učí a zároveň projevuje schopnosti k zařazení do pracovní či jiné terapie v rámci léčebny s dodržováním systému otevřených dveří, který je definován jako „uskutočnění nekontrolovaného režimu otevřených dveří“ pro všechny nemocné, kteří byly na oddělení přeloženi, alespoň na osm hodin denně (10). Pokud pacient zvládne tento stupeň, lze uvažovat o jeho další rehabilitaci. Druhým krokem je průmyslová pracovní terapie. Nemocný odchází denně pod dohledem zdravotnického pracovníka na zkrácenou pracovní dobu do průmyslového podniku. Tím se rozšiřuje možnost sociálního kontaktu, rostou nároky pracovní, zvyšují se nároky na chování pacienta a na jeho samostatnost. Zajištění práce formou kolektivní smlouvy dává velký operační prostor pro učení pacientů a při selhání lze pacienta vrátit okamžitě na oddělení a zařadit ho do méně náročného pracovního rehabilitačního prostředí.

Zatím posledním a vcelku novým krokem je převedení nemocného na NS. Zde se opět zvyšují nároky sociální a pracovní. Pacient podepisuje s podnikem individuální pracovní smlouvu, žije na NS, musí si zajišťovat stravu, starat

se o své osobní věci, umět zacházet s velkou částí volného času. Po úspěšném pobytu v NS, o jehož délce je opět nutno individuálně rozhodnout, je nemocný propuštěn.

Indikace a terapie pacientů vybraných do nočního sanatoria pro muže

Původní koncepce NS vycházela z předpokladu, že je na toto zařízení možno umístit pacienty více diagnostických skupin. Naše konkrétní poznatky vycházejí z pokusů se čtrnácti pacienty. Kapacitu NS o deseti místech se nám nepodařilo nikdy naplnit, několik nemocných s diagnosou psychopatie a oligofrenie, případně se symptomatickým pitím alkoholu muselo být pro selhání z NS vyloučeno. Z dalších zkušeností lze stanovit:

1. NS v našich podmínkách řeší situaci pacientů s těžkým zdravotním postižením (hlavně chronické schizofrenie, eventuálně nepříznivě probíhající manio-depresivní psychosy) se špatným nebo žádným sociálním zázemím.
2. Pobyt v NS představuje možnost zapojit nemocné v invalidním důchodu do pracovního procesu, což je výhodné pro nemocné z hlediska ekonomického.
3. Pracovní poměr znamená pro chorého zvýšení vlastního sebahodnocení i sociálního postavení; to se projevuje i zpětně ve změnách postojů pacientů vůči blízkých příbuzných i u dalších nemocných v léčebně.
4. Pracovní poměr našich pacientů představuje nejkonkrétnější zdravotnickou osvětu v závodech i mezi obyvatelstvem.
5. Z hlediska celospolečenského můžeme chápat práci našich pacientů (invalidních důchodců) jako zapojení jedné z posledních kádrových pracovních rezerv (viz: Sborník hlavních dokumentů XV. spezzu KSČ, zejména str. 171).
6. Pro navázání individuální pracovní smlouvy je nutné, aby v tomto směru nebyla omezena právní způsobilost, resp. jestliže došlo v procesu rehabilitace k celkovému zlepšení, aby byl duševní stav znovu znalecky posouzen.

Budoucnost pacientů nočního sanatoria a pacientů chronických

O budoucnosti pacientů NS a chronických pacientů není možno uvažovat bez dalších organizačních a sociálně ekonomických zásahů společnosti. Jestliže vyjdeme z míry pacientovy soběstačnosti (1), je zapotřebí řešit dvojí problematiku:

1. Umístění nemocného z NS do jiného zařízení, které by ještě zajišťovalo určitou míru ochrany, aby nedošlo k velmi závažným obtížím. Je pochopitelné, že naše zdravotnictví by v takových zařízeních hrálo roli supervisorů a poradce. Prognosticky lze uvažovat o dvou typech:
 - a) chráněná dílna s chráněným internátem, a to pravděpodobně buď jako družstevní organizace v rámci družstev invalidů, nebo chráněný internát většího podniku, který by byl schopen nést náklady na personál;
 - b) domov pracujících důchodců, zařízení a vedený sociálním odborem okresních národních výborů, z něhož by invalidní důchodci odcházeli do různých podniků.

2. Dohled a psychiatrickou zdravotnickou supervisi.

Pacient propuštěný z NS je dále veden v péči ambulantního psychiatra. V případě, že by zrehabilitovaný chronický pacient žil v internátu podniku nebo ve výše uvedených, zatím sice neexistujících zařízeních, je nutno uvažovat o dalších formách prohloubení péče. V našich podmínkách a za daného stavu rozvoje by to mohla být psychoterapeutická skupina pacientů propuštěných z PL a NS, pracujících v určitém městě či okrese, kde by se pokračovalo v resocializačních skupinových postupech, jež provádíme s našimi pacienty z nočního sanatoria. Skupinu by mohl vést ambulantní psychiatr či ambulantní psycholog. Dalším výhledovým krokem by bylo zřízení klubu propuštěných pacientů, a to např. v rámci Svazu invalidů, což by umožnilo další zařazení nemocného do společenského života a vytvořilo tak předpoklady pro rozvíjení a samostatnější zájmové, společenské a rekreační vyžití. Kluby propuštěných pacientů se mohou opřít o řadu zkušeností a postupů z klubové činnosti KLUS.

Pokud by se podařilo vytvořit podmínky alespoň pro část navrhovaných postupů s výše uvedenými institucemi, přineslo by to bezesporu řadu výhod, ale také nových problémů. Největší výhodou by byl systém diferencované péče, a to ne pouze zdravotnický, umožňující sám o sobě vysokou mobilitu a pružnost. Mobilita takového systému zaručuje obousměrnost, to znamená, že psychiatři pacienti by se mohli postupně dostat do vyšších stadií soběstačnosti a společenské zaangažovanosti v rámci pracovního zařazení a v rámci klubu, a opačně při selhání, ať již z důvodu nové ataky onemocnění či z jiných důvodů, vrátit na některý nižší stupeň systému zajišťující ochranu. Systém dává také prostor pro individuální statické řešení, protože nepovažujeme za neúspěch, když někteří pacienti dosáhnou jen určitých stupňů resocializace a na nich setrvávají.

Nejaktuálnějším problémem, který je třeba řešit, je modifikace existujících metodických pokynů min. zdrav. ČSR (chystaná novelisace bude pravděpodobně dlouhodobější záležitostí), s možností přizpůsobit výklad těchto metodických pokynů konkrétním podmínkám daného zařízení. A dále pak problémy s vytvářením dalších chráněných zařízení nespadaajících do kompetence ministerstva zdravotnictví, ale do kompetence ministerstva práce a sociálních věcí a jejich vzájemné koordinace. K zabezpečení těchto cílů byla vydána společná směrnice Státního úřadu sociálního zabezpečení, ministerstva zdravotnictví a Ústřední rady odborů o spolupráci při provádění léčebné a pracovní rehabilitace, uveřejněná pod č. 44 ve Sbírce směrnic pro národní výbory, v částce 32 z 12. 8. 1964.

„Skutečnost, že směrnice nezabezpečila pozitivní vývoj, souvisí také s tím, že v období uplynulém od její platnosti, nebyly vytvořeny dostatečné materiální podmínky. Uvedené nedostatky na úseku léčebné a pracovní rehabilitace byly předmětem kritiky již v roce 1977 na plenárním zasedání České národní rady v souvislosti s projednávanou problematikou péče o občany se změněnou pracovní schopností. V témže roce se vlády ČSSR a ČSR rovněž zabývaly současným stavem péče společnosti o invalidní občany a přijaly příslušná vládní usnesení, ve kterých jsou uloženy konkrétní úkoly ke zlepšení kvality péče včetně i pokud jde o oblast léčebné a pracovní rehabilitace.

Opatření, která jsou uvedena v příloze citovaných usnesení vlád v souvis-

losti se zdokonalením a prohloubením návaznosti léčebné a pracovní rehabilitace, vyžadují, aby byly všemi kompetentními činiteli (resorty, KNV, hospodářskými a společenskými organizacemi) vytvořeny podmínky na úseku výstavby, investic, techniky, kádrového zabezpečení apod., ale i na úseku právních předpisů. Jen tak bude možno plnit na úseku rehabilitace stanovené úkoly (2).“

Závěr

Počet chronických pacientů roste (7). Pokud se chceme s tímto problémem vyrovnat, je nutno jej řešit komplexně, a to nejen v rámci zdravotnictví. Naše téměř dvouleté zkušenosti s nočním sanatoriem dokazují, že je možno dále rozvíjet schopnosti chronických psychiatrických nemocných a dosáhnout zvýšení sociální soběstačnosti.

LITERATURA

1. ANTHONY, W. A.: Psychological rehabilitation. American Psychologist, Vol 32, August 1977, No 8, 658-664.
2. ČERNÝ, J. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR): Léčebná a pracovní rehabilitace. Zdravotnická pracovnice 29, 1979, 21-24.
3. GROSS, J. — JANÍK, A.: Doléčování duševně nemocných. Praha, Avicenum 1971.
4. JANÍK, A. — DUŠEK, K.: Diagnostika duševních poruch. Praha, Avicenum 1974.
5. KOČIŠ, L.: Recenze práce Arbeitstherapie Praxis und Probleme in der Psychiatrie. Rehabilitácia 11, 1978, 97-98.
6. LACIGA, J. — MLEJNEK, J.: Naše zkušenosti se skupinou psychoterapií chronických psychotiků rehabilitačního oddělení s využitím nočního sanatoria. Rukopis. Připravené sdělení na celostátní psychoterapeutickou konferenci v Poděbradech 1979.
7. MATULAY, K. — PALČOVIČ, A.: Chronická schizofrenia a možnosti jej rehabilitácie. Rehabilitácia 7, 1974, 91-105, 159-173.
8. PODEŠVOVÁ, Z.: Pokus o pracovní rehabilitaci schizofreniků v rámci nočního sanatoria. MSRV PL Kroměříž, roč. 9, čís. 4, 1977.
9. REIMER, F.: Arbeitstherapie — Praxis und Probleme in der Psychiatrie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1977.
10. SKALIČKOVÁ, E. a kol.: Rehabilitace v psychiatrii. Praha, Avicenum 1972.
11. ŠKODA, C.: Psychotický proces a postpsychotický defekt. Bratislava, SAV 1963.
12. WYSOCKI, K.: Pracovní rehabilitace v družstvech invalidů v Polsku. Sociální politika, 5, 1979, 45-46.

Adresa autora: F. F., Psychiatrická léčebna, KÚNZ,
500 00 Hradec Králové

Ф. Фиаля, Я. Лацига
НАШ ОПЫТ ПО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
НОЧНОГО САНАТОРИЯ

Резюме

Работа подытоживает почти двухлетний опыт по использованию ночного санатория в нашей системе восстановительной терапии хронически больных преимущественно

ственно с заболеваниями шизофренического типа. Обсуждаются вопросы выбора подходящих больных, связи с промышленной и групповой терапией, включая биологическую, в связи с комплексом социотерапевтических мероприятий. На основании приведенных фактов и сравнений с литературой и данными из других областей психиатрической заботы и действующих предписаний мы предлагаем прогностический набросок.

F. Fiala, J. Laciga
OUR EXPERIENCES WITH REHABILITATION IN CHRONIC PATIENTS IN NIGHT SANATORIA

Summary

The paper summarizes experiences of almost two years with the stay at night sanatoria in our system of rehabilitation in chronic patients, particularly with schizophrenic patients. The question of selection of suitable patients is analysed in connection with industrial and group therapy, including biological, and in connection with complex sociotherapeutic measures. Of the mentioned experiences, on the basis of comparison with references and knowledge from other fields of psychiatric care and the valid regulations, the authors present a prognostic outline.

F. Fiala, J. Laciga
UNSERE BISHERIGEN ERFAHRUGEN MIT DER REHABILITATIONSBEHANDLUNG CHRONISCH ERKRANKTER PATIENTEN UNTER NUTZUNG DES NACHTSANATORIUMS

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie faßt knapp zweijährige Erfahrungen mit der Nutzung eines Nachtsanatoriums innerhalb des Systems der Rehabilitationsbehandlung chronisch erkrankter Patienten vor allem im Bereich schizophrener Erkrankungen zusammen. Dabei werden Fragen der Wahl entsprechender Patienten, des Zusammenhangs mit der Industrie- und Gruppentherapie, einschließlich biologischer Therapie, in Verbindung mit einem Komplex von soziotherapeutischen Maßnahmen behandelt. Aufgrund der gesammelten Erfahrungen, in Konfrontation mit der Literatur sowie unter Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse aus dem Bereich psychiatrischer Behandlung sowie der geltenden Vorschriften wird ein prognostischer Ausblick skizziert.

F. Fiala, J. Laciga
NOS EXPÉRIENCES ACTUELLES DANS LA RÉADAPTATION DES PATIENTS CHRONIQUES PAR L'USAGE DE SANATORIUMS NOCTURNES

Résumé

L'article contient presque les résultats de deux années d'expériences avec l'usage de sanatoriums nocturnes dans notre système de la réadaptation des patients chroniques, au premier plan, ceux affectés de sphère schizophrénique. Sont traitées ici les questions du choix convenable des patients, les liaisons à la thérapie industrielle, de groupe y compris la thérapie biologique et en connexion avec un complexe de mesures socio-thérapeutiques.

Des réalités mentionnées, d'après la comparaison avec la littérature, des connaissances dans différents domaines de la sollicitude psychiatrique et des règlements en vigueur, nous présentons ici une esquisse pronostique.

25. ROKOV ÚSTAVU EXPERIMENTÁLNEJ PSYCHOLÓGIE SAV

V dňoch 12. — 13. marca 1980 sa v Dómove vedeckých pracovníkov SAV v Smoleniciach konala vedecká konferencia usporiadaná z príležitosti osláv 25. výročia vzniku Ústavu experimentálnej psychológie SAV v Bratislave.

Prvá časť programu mala slávnostný ráz: zúčastnili sa na nej zástupcovia najvyšších straníckych orgánov, delegácia PSAV, zástupcovia psychologických a príbuzných pracovísk v Československu. Odznalo mnoho pozdravných prítetov a gratulantí mimoriadne kladne hodnotili uplynulé obdobie od vzniku po „strieborné“ výročie ústavu. Poukazovali na kvantitu a kvalitu dosiahnutých výsledkov a zvýšený význam interdisciplinárnej spolupráce pre všetky výskumné pracoviská.

V druhej, odbornej časti programu vystupovali jednotliví pracovníci ústavu, jednak tí, ktorí stáli pri zrode pracoviska, jednak mladí vedeckí aspiranti, a prezentovali prierezy svojich výskumných prác. Rozsiahla rada postrehov doplnila informácie o ústave a poskytovala príležitosť na ďalšie, neoficiálne diskusie.

Posledná časť programu bola venovaná pripravovanej siedmej päťročnici. Ústav má koordinovať výskumnú úlohu s pracovným názvom „Kognitívne funkcie osobnosti ako regulátory činnosti“. Po úvodnom referáte riaditeľa ústavu PhDr. D. Kováča DrSc. sa zástupcovia iných pracovísk zapojili do diskusie zameranej na spresnenie plánu, na výber tematických okruhov a na konkrétne možnosti spolupráce a nadväznosti na túto úlohu.

Ústav experimentálnej psychológie vznikol v marci 1955 ako Psychologické laboratórium SAV a štatus Ústavu nadobudol až v r. 1963. V súčasnosti patrí medzi stredné, ešte nedobudované ústavy SAV; má 34 interných pracovníkov a 6 vo vedeckej výchove. Princíp tímovej spolupráce špecialistov rôznych odborov vidno už i z toho, že okrem samotných psychológov pôsobia na ústave aj lekár-neurofyziológ, 2 matematici, biofyziik a i.

Pôvodná ročenka ústavu „Psychologické štúdie“ sa r. 1965 pretvorila na štvrtročný časopis „Studia psychologica“, vydávaný v kongresových jazykoch. Je to t. č. jediný psychologický medzinárodný časopis v krajinách socialistického spoločenstva. Okrem toho vychádzajú v slovenčine od r. 1964 „Správy ÚEP SAV“ ako neperiodické publikácie, určené predovšetkým na pohotovú odovzdávanie výsledkov vedeckovýskumnej činnosti pracovníkom v praxi, teda najmä psychologom v poradniach a na klinikách a v podnikoch. Ročne vychádza asi 20 čísiel, venovaných najmä metodologickým novinkám, novým poznatkom a ich aplikácii.

Ústav experimentálnej psychológie SAV plní aj úlohy organizačného charakteru. V r. 1957 uskutočnila sa z jeho iniciatívy a v spolupráci s českými psychológmi — tiež v Smoleniciach — prvá celoštátna konferencia psychológov. Riaditeľ dr. D. Kováč, DrSc. bol aj iniciátorom série medzinárodných konferencií, známych pod menom „stretnutia podunajských psychológov“, a v r. 1968 bol ÚEP poverený organizovaním I. medzinárodnej konferencie psychologických pracovísk akadémií socialistických krajín.

Po stránke technickej sa ÚEP zameriava od r. 1960 najmä na experimentálny výskum poznávacích procesov, chápaných, pravda, v širokom kontexte psychologických a fyziologických aspektov. V 6. päťročnici ústav koordinoval hlavnú úlohu VIII-5-2 „Poznávacie procesy a ich vplyv na utváranie socialistickej osobnosti“, pričom dôraz bol práve na experimentálnom, t. j. laboratórnom a kvantifikovanom prístupe. Podľa povahy konkrétnych tém sa realizovala aj spolupráca s inými, prevažne medicínskymi pracoviskami, ako sú napr. Ústav experimentálnej endokrinológie SAV, Výskumný ústav humánnej bioklimatológie, Výskumný ústav lekárskej bioniky a iné.

V nastávajúcej päťročnici ÚEP mieni

pokračovať v začatej orientácii a venovať sa výskumu kognitívnych aspektov v psychickej regulácii rôznych činností člove-

ka pri istej spolupráci s pracovníkmi lekárskeho vied.

M. Stukovská, Bratislava

ZA PROFESOREM MUDR. VÁCLAVEM SELIGEREM, DrSc.

Prof. MUDr. Václav Seliger, DrSc. zemrel v prosinci 1979 po krátké ťžké nemoci. Zemrel uprostred plné aktivity, priprav mezinárodných akcií, plánovaní výskumu, prednášok a zkoušek. Život V. Seligera byl naplněn především prací. Již od svých vědeckých začátků se věnuje fyziologii tělesných cvičení, oboru, který u nás založil, rozvíjel i formuloval. Zprvu sledoval různé reakce srdeční frekvence při tělesné zátěži, později měřil energetický výdej při různých sportovních a pohybových činnostech. Zhodnotil takto i spartakiádní skladby a tím dal podklad k jejich objektivnímu hodnocení. Vyvrcholením jeho životní vědecké i organizační práce bylo řízení Mezinárodního biologického programu, který dal objektivní základ posuzování tělesné zdatnosti u naší celé populace.

V další fázi svého vývoje se prof. Seliger dostával stále blíže k řešení základních otázek, jako např. rozboru a registra-

ci pohybové aktivity v průběhu delších časových období. Toto zkoumání prováděl u dětí, které jako pokusné osoby měl nejraději. Výsledky těchto sledování i technické novinky, které zavedl, zůstanou základními poznatky tohoto oboru. Tento směr jeho činnosti zůstal nedokončen.

V. Seliger byl nesmírně pracovitý a pilný. Jeho zásluhou je, že fyziologie tělesných cvičení je jedním z mála oborů, který netrpí nedostatkem učebnic, skript a jiných pomůcek. Může sloužit jako vzor skromnosti, vědecké poctivosti a neúplnosti. I svým přátelům byl neúprosným a přísným kritikem.

Život prof. Seligera byl vyplněn prací, vykonal dílo, které zůstane trvale součástí řady lékařských oborů. Budeme se k němu stále vracet a z něho čerpat. Tím zůstane prof. Seliger s námi, trvale jedním z nás.

Prof. MUDr. M. Máček, DrSc. Praha

RECENZIE KNÍH

D. F. ČEBOTAREV, V. G. BRÜSCHKE, U. J. SCHMIDT, F. H. SCHULZ

Průručka gerontologie

Vydal VEB Gustav Fischer-Verlag, Jena 1979, Band 3: *Spezielle Gerontologie (Speziálna gerontológia)*. Část I. a část II. Počet stránek 1132, počet obrázků 206, tabulek 133. Cena 145,-. M DDE

Aj tretí zväzok príručky gerontologie je spoločným dielom sovietskych a nemeckých gerontológov. Látka je obsiahla, dobre dokumentovaná a doplnená tabuľkami, obrázkami a grafmi, čo poskytuje dobrý obraz o dynamike vývoja gerontologie. Prvá časť má 30 kapitol a druhá časť 16 kapitol, ktoré pojednávajú o špe-

ciálnych gerontologických problémoch v klinike.

Úvod tejto časti tvoria kapitoly o morfológických funkčných a psychologických zmenách biomorfózy, ktoré poznačia zdravie starého človeka. Prejavy týchto zmien v jednotlivých ústrojenstvách sa uvádzajú v kapitolách. Predlžovanie priemerného

veku človeka posunutou hranicu morbidity a mortality do vyšších vekových vrstiev. Veľmi zaujímavé sú úvahy o vzťahoch fyziologických zmien a výskytu chorôb v starobe, kde autori poukazujú na možnosť vzniku niektorých chorôb na báze kvantitatívnych zmien vekových. V starobe nie sú nijaké zvláštne choroby, ale stretávame sa s tými istými chorobami ako v dosplosti alebo v mladosti, len reakcia na tieto chorobné stavy je iná u stárnúceho a starého človeka. To sa prejaví vo výskute multimorbidity, v klinických príznakoch a v charaktere chorôb. Klasické obrazy chorôb v starobe sú skôr výnimkou ako pravidlom, oproti iným vekovým vrstvám choroby majú rôzne atypické klinické varianty. Multimorbidity a atypický priebeh chorôb majú svoje dôsledky pre diagnostiku, ktorá je v starobe ťažšia, ale aj pre farmakoterapiu, rehabilitáciu, dispenzárnú starostlivosť a prevenciu. Tieto osobitné črty gerontologickej patológie a kliniky si vyžadujú častejšie individuálny prístup k riešeniu problematiky zdravia a choroby v starobe a nemožno tu vychádzať z nejakých schém.

Patológiu vyššieho veku veľkou mierou určujú degeneratívne choroby, z ktorých najrozšírenejšou je arterioskleróza. Svojimi komplikáciami arterioskleróza je v poradi príčin smrti u vyšších vekových vrstiev na prvom mieste. Preto ochoreniam srdcovocievnych ústrojov i ich komplikáciám, ale aj aplikácii nových liečebných a vyšetrovacích možností sa venuje dosta-

tok priestoru a túto kapitolu spracoval popredný svetový gerontológ D. F. Čebotarev. Uvádzajú sa tu najnovšie poznatky a názory o patogeneze, klinike, diagnostike, skríningu, liečbe, rehabilitácii a pod. vo vzťahu k starnutiu a starobe.

Podobne sú koncipované kapitoly o ochorení ústrojov dýchacích, hematologických, tráviacich, o akútnom bruchu u starých osôb, o poruchách a chorobách metabolických, s osobitnou kapitolou o diabete. V druhom diele tretieho zväzku sú kapitoly o endokrinných chorobách, chorobách obličiek, pohybového systému, reumatizmu, gynekologických, nervových, očných, ORL a stomatologických ústrojov. Detailnejšie sa autori zaoberajú mentálnymi zmenami pod vplyvom veku a psychiatrickými chorobami.

Dielo Handbuch der Gerontologie je širšie koncipované a rozsiahle. Je vhodným študijným materiálom pre lekárov pracujúcich vo všetkých klinických odboroch medicíny, pre lekárov pracujúcich pri lôžku starého človeka v teréne, v domovoch dôchodcov, ale je vhodné aj pre vedeckých pracovníkov v oblasti teoretických otázok gerontologie, ako aj pre sociológov, biológov, demografov a pod. Aj rehabilitační pracovníci sa tu dobre zorientujú v zložitej problematike rehabilitácie, akou bezpochyby je rehabilitácia starého človeka.

Dr. Š. Litomerický,
Podunajské Biskupice

M. R. ROSENZWEIG, L. W. PORTER (edit.)

ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY, Vol. 31 (1980)

Vydalo Annual Reviews Inc., Palo Alto, Calif. 1980, 699 str.,

cena \$ 17,50; ISBN 0-8243-0231-1.

Ide o ďalší zväzok známej edície ročných „prehľadov“, či lepšie povedané zborníkov súborných referátov. V tomto roku tu nachádzame dva príspevky akoby mimo poradia, a to úvodný referát prof. E. R. HILGARDA zo stanfordskej univerzity „Vedomie v súčasnej psychológii“ a geograficky definovaný príspevok prof. H.-D. SCHMIDTA z Humboldtovej univerzity „Psychológia v Nemeckej demokratickej republike“. Prvý sa po krátkom historickom prehľade snaží vytypovať trend v súčasnej psychológii, pričom konštatuje všeobecnú tendenciu viac a viac zdôrazňovať

kognitívne aspekty aj v takých oblastiach, kde sa doteraz zanedbávali, kým druhý podáva zasvätený prehľad o stave psychologickej vedy v NDR (z príležitosti XXII. svetového kongresu psychológov v Lipsku v tomto roku).

Samotné referáty sa delia dosť jasne na dve skupiny, a to na témy so zameraním biochemicko-fyziologickým a sociálnym. No hneď jeden z prvých, „Sociálne a komunálne intervencie“, sa napriek názvu zaoberá témou zdravotnícky výsostne zaujímavou: právamí pacientov, najmä hospitalizovaných na psychiatrických oddele-

niach, a kontrastnými názormi právnikov a lekárov na možnosť, dovolenosť a nutnosť zásahov {B. L. BLOOM}. Všeobecný fyziologický námet má aj článok „Psychológia zmien v priebehu života“ P. B. BALTESa a spol. o biodromálnej psychológii a tiež „Biologická psychopatológia“ (F. SCHULSINGER) o respektívnych rolách genetických a spoločenských faktorov, najmä adopcie. Paralelne vyznievajú nasledujúce dva príspevky: „Neurochémia učenia a pamäti: hodnotenie novších údajov“ (A. J. DUNN) a „Biochémia nálad a emócií“ (P. L. a E. G. McGEERovci). Stretávame sa z rôznymi neurotransmitermi, predovšetkým katecholamínmi, ale aj so serotoninom, acetylcholínom a „novými“ peptidmi. Do tejto skupiny možno zaradiť ešte aj príspevok R. L. a K. K. De VALOISovcov „Priestorové videnie“, ktorý rozoberá najmä vnímanie štruktúr.

Druhým ťažiskom tohtoročného zväzku je sociálna psychológia. Máme tu stať N. BRODYho „Sociálna motivácia“ a provokatívny príspevok R. M. DAWESA „Sociálne dilemy“ o tom, že racionálny postup výhodný z hľadiska každého jednotlivca môže byť nakoniec nevýhodný pre všetkých zúčastnených. To neplatí len o ekologických problémoch, preľudnení atď., ale aj o situácii vo výskume, kde je pre každ-

M. STÖHRER

UROLOGIE BEI RÜCKENMARKVERLETZTEN

Urologie při poraněních míchy

Vydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1979, 158 stran, 97 obrázků, 33 tabulek. Cena DM 78,—. ISBN 3-540-09144-0

S rozvojom motorizmu, s rozvojom spor-tu predovšetkým špičkového, objavuje sa stále viac a viac úrazů, někdy těžších, někdy lehčích. Mezi nejtěžší úrazy patří beze sporu poranění páteře a míšních struktur, tragické jsou vždy příčné léze míšni. A právě této problematice je věnovaná publikace Springerova nakladatelství, připravená do tisku dr. Stöhrerem, šéflékařem urologického oddělení traumatologické kliniky v Murnau, která přináší práce předních německých urologů, gynekologů, traumatologů a rehabilitačních odborníků k problematice příčných lésí míšních, především z aspektu sexuálně pedagogického, gynekologického a andrologického. Výběr a zařazení jednotlivých prací do tohoto

svazku svědčí o tom, že autoři si vybrali aktuální problematiku a že ji také aktuálně zpracovali. Monografie má několik částí. Prvá se zabývá anatomickými a neurofysiologickými základy, druhá je věnovaná speciální diagnostice neurogenních poruch vyprázdňování močového měchýře, další terapii těchto poruch — operativní i konservativní. V další části se diskutuje o všeobecných urologických komplikacích a posledná část řeší problematiku velmi závažnou především z hlediska rehabilitace — problematiku psychologických a sexuálněmedicínských aspektů. Věcný register ukončuje tuto nevelkou, obsahově však velmi závažnou a prakticky zaměřenou publikaci, která najde jistě velký zájem v

Doc. R. Stukovský, Bratislava

Obsahom knihy sú referáty prednesené na sympóziu Školskej komisie medzinárodnej spoločnosti pre logopédiu a foniatriu. Jednotlivé referáty popredných odborníkov z rozličných štátov Európy i zo zámoria dávajú ucelený prehľad o problematike zajakavosti. Sympóziu sa konalo v detstvom sanatóriu v Thalheime v NDR pri príležitosti 10-ročného pôsobenia tohto zariadenia, ktoré je jednou z pedagogických inštitúcií, zameraných na úpravu porúch plynulosti reči.

K. P. BECKER, W. ELSTNER
STÖRUNGEN DES REDEFLOSSES

Poruchy plynulosti reči

Vydalo nakladatelstvo VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 1980, 151 s.

Úvodné prednášky odborníkov z Írska, Švajčiarska a Belgicka sa týkali etiológie, symptomatológie a patogenézy zajakavosti. Vyplývalo z nich, že EEG vyšetrenie veľmi často odkryje poruchy, ktoré v mnohých prípadoch pripomínajú záchvatové ochorenie. Psychologickým vyšetrením sa zisťujú prevažne emocionálne poruchy. Ďalšie prednášky, v ktorých bolo ťažisko sympózia, sa venovali rehabilitácii zajaka-

vední. V prednáškach aj diskusii vystúpili účastníci zo Sovietskeho zväzu a Spojených štátov a z ďalších krajín západných i socialistických. V úprave zajakavosti sa uplatňujú metódy psychologické, psycho-terapeutické a psychiatrické, okrem metód fyziologických, ktoré vychádzajú z lekárskeho a pedagogického postupov. Účinným sa javí autogénny tréning a používanie oneskorenej spätnej väzby. V mladšom veku sa uprednostňujú hry. Dobré a trvalejšie výsledky sa dosahujú v špeciálnych školských zariadeniach, ktoré si mohli účastníci sympózia pozrieť. Záver sympózia bol venovaný problematike brb-tavosti.

Knih dokumentuje výsledky, ktoré sa dosiahli pri poruchách plynulosti reči v celosvetovom meradle a je dôkazom komplexnej starostlivosti o postihnutých v socialistických štátoch.

PhDr. V. Nádvorníková, Bratislava

W. M. COVAN, Z. W. HALL, E. R. KANDEL

ANNUAL REVIEW OF NEUROSCIENCE

Ročný prehľad o nervovom systéme

Vydal Annual Reviews, Inc. Palo Alto, California 1980, zv. 3, strán 428, cena 17,00 am. dol.

Tretí zväzok „Ročného prehľadu o nervovom systéme“, ktorý vydal Annual Reviews Inc. v roku 1980, venuje pozornosť, tak ako je to už tradičné, rozličným otázkam, ktoré sa týkajú vied o nervovom systéme. Sú tu práce prevažne z teoretickej oblasti (neurobiológie, neurofyziológie, psychológie, histológie), tematicky zamerané na oblasť živočíchov, ale aj na oblasť človeka (Terryho a Daviesova práca o demencií i Alzheimerovho typu).

Pozoruhodná je práca Baldessariniho a Tarsyho o dopamine a patofyziológii dyskinéz, vznikajúcich pri aplikácii antipsychotických liečiv. Veľkú pozornosť si zaslúži aj práca Nicolla, Schenkera a Lee-

mana o látke P, popísaná v roku 1931 von Eulerom a Gaddumom, ktorá predstavuje model nervového prenosu. Niektoré nové aspekty predkladá aj práca Landmesera o myospecificite.

Věcný register ukončuje túto publikáciu, jednotlivé práce obsahujú vždy na záver prehľad literatúry, slúžiaci nielen ako doklad k diskutovaným otázkam, ale aj ako ďalší zdroj informácií pre čitateľa, ktorý má záujem o danú problematiku. Mnohé práce sú doplnené tabuľkami a ilustráciami, ktoré dokumentujú príslušný text jednotlivých prác.

Veľká explózia informácií zo všetkých oblastí medicínskych i nemedicínskych

vied vedie nutne ku komprimovaniu prijatých a overených informácií. Annual Review of Neuroscience je určitým komprimátorom v oblasti vied o nervovom systéme. Každý, kto sa zaoberá vo svojej práci, štúdiu, či výskume otázkami z oblasti nervového systému — morfológickými, fyziologickými, biologickými či klinickými — nájde tu určite potrebnú informáciu. To je jeden zmysel týchto prehľadov.

Nájdete tu však aj informácie z ostatných príbuzných oblastí a tieto informácie sú často veľmi cenné a potrebné pre vlastnú prácu, aj keď nesúvisia priamo s vlastnou vedeckou oblasťou. Annual Review of Neuroscience, ktorý v roku 1980 vychádza len ako tretí zväzok tohto radu, treba uvítať, pretože sa zaraďuje dôstojne medzi ostatné „Annual Reviews“.

Dr. M. Palát, Bratislava

F. VOGEL, A. G. MOTULSKY

HUMAN GENETICS

Genetika človeka

Vydal Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1979, 700 strán,
420 obr., 210 tab. Cena DM 98,— ISBN3—540—09450—8.

Problematike genetiky človeka sa venuje v posledných rokoch stále stúpajúca pozornosť. Nesvedčí o tom len explozívne stúpajúci počet publikácií z jednotlivých oblastí genetiky, ale aj skutočnosť, že na tomto poli vedy dochádza stále viac a viac k novým a závažným objavom. Monografia prof. Vogela z Antropologického a genetického ústavu v Heidelbergu a prof. Motulského z Odelenia genetiky človeka washingtonskej univerzity v Seattli, ktorú vydáva berlínske nakladateľstvo Springer v roku 1979, predstavuje do určitej miery vrchol súborne spracovanej problematiky genetiky človeka. Aj keď existuje mnoho učebníc, monografií a iných publikácií v tejto medicínskej oblasti, Vogelova a Motulského je dielom sui generis, prinášajúcim nielen množstvo cenných a dôležitých informácií, ale predovšetkým koncepčne uceleným, informačne bohatým, a kriticky zameraným komplexom, podávajúcim všetky potrebné dáta z oblasti genetiky človeka, nachádzajúcim kľúčové problémy z tejto oblasti a dávajúcim odpoveď na súčasné problémy genetiky človeka.

Kniha je veľmi rozsiahlou, monograficky spracovanou publikáciou, kde takmer na 700 stranách v deviatich kapitolách s rôznym množstvom podkapitol autori zaujímajú stanovisko k jednotlivým problémovým okruhom genetiky. Po úvodných stránkach sa v jednotlivých kapitolách hovorí o histórii genetiky človeka, o ľud-

sých chromozómoch, o formálnej genetike človeka, o génových akciách a o mutáciách. V ďalších kapitolách sú rozobrané otázky populačnej genetiky, otázky vývoja človeka, široká problematika genetiky a ľudského správania a konečne deviata záverečná kapitola prináša praktickú aplikáciu genetiky človeka a otázky biologickej budúcnosti ľudského rodu. Okrem týchto jednotlivých kapitol monografia má celkom 9 doplnkových kapitol [appendix—9], kde sú zoradené jednotlivé dáta v podobe opisu metód, tabuliek a formúl, ktoré slúžia predovšetkým odbornej práci genetikov, eventuálne výskumnej práci v oblasti genetiky človeka. Bohatý prehľad literatúry — 1900 citácií, zoradených podľa jednotlivých kapitol, menný a vecný register ukončujú toto jedinečné dielo svetovej genetickej literatúry, doplnené celým radom ilustratívnych nákresov, grafov, prehľadných tabuliek a fotografickej dokumentácie, zaradených organicky do textovej časti jednotlivých kapitol, eventuálne doplnkových kapitol.

Vogelova a Motulského publikácia o genetike človeka je bezpochyby špičkovou publikáciou v tejto vedeckej oblasti. Prehľadný text, jasné formulácie robia z tejto monografie dielo, ktoré sa stane nedeľiteľnou súčasťou každého, kto má záujem o problematiku genetiky človeka, alebo sa ňou zaoberá.

Dr. M. Palát, Bratislava

R. I. EVANS

PSYCHOLOGIE IM GESPRÄCH

Rozhovor o psychológii

Vydal Springer-Verlag Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 28
obr., 386 strán, cena DM 48,— ISBN 3—540—09451—2.

Vydavateľstvo Springer-Verlag v Berlíne vydalo v roku 1979 nemecký preklad americkej pôvodiny, venovaný prechádzke po psychológii a psychologických smeroch v priebehu minulých rokov. Pôvodnú prácu napísal prof. Evans z houstonskej univerzity, preklad do nemčiny a celé prepracovanie urobili M. Hürten, B. Wansel-Pfauová a prof. Angermeier z Psychologického ústavu kolínskej univerzity.

Celá publikácia je vlastne diskusiou medzi autormi a jednotlivými psychológmi, zastupujúcimi popredné psychologické školy či smery v psychológii. Autor rozčlenil celú publikáciu do šiestich dielov. Prvý diel venuje pozornosť etiológii, vývoju a inteligencií a prináša diskusiu s prof. Kondradom, prof. Tinbergenom a prof. Harlowom, prof. Piagetom a prof. Jensenom. Všetci títo vedci predstavujú špičkové osobnosti v uvedenej oblasti. V druhom dieli hovorí autor s prof. Hilgardom, Skinnerom, Normanom, Rhineom a Kamiyaom o otázkach učenia, myslenia a zmenách vedomia. Tretí diel je venovaný problematike fyziologickej psychológie, otázkam motivácie a otázkam emócií. Poprednými zástupcami tejto vednej psychologickej oblasti sú David Krech, Donald McClelland, Stanley Schachter, Neal Miller a James McConell. V štvrtej časti prebieha diskusia autora s Gordonom Allportom, Carl Rogersom, R. D. Laifnom, Albertom Bandurom a H. J. Eysenckom a dotýka sa otázok sociálnych a existencialistických

aspektov v osobnosti. V predposlednej piatej časti autor hovorí s prof. Jonesom, prof. C. G. Jungom, prof. E. Eriksonom a prof. Frommom, ktorý v marci tohto roku zomrel, o otázkach osobnosti. Sociálne správanie k predmetom poslednej šiestej časti Evansovej publikácie prináša diskusia s Leonom Festingerom, Miltonom Rokeachom, Stanleyom Milgramom a Philipom Zimbardom.

Táto stručná štruktúra knihy iba orientačne poukazuje na celú šírku psychologickéj problematiky, ktorú autor spracúva formou diskusie s jednotlivými zástupcami psychologických smerov a oblastí. Je však natoľko informujúci, že poukazuje na všetky otázky súčasnej psychológie, smery ich vývinu a výsledky dlhodobých vyšetrení a sledovaní na jednotlivých psychologických pracoviskách. Aj keď často jednotlivé diskusné závery predstavujú jeden aspekt a v mnohých diskusiách sa objavujú kontraverzné názory, pretože zástupcovia predstavujú inú psychologickú školu či koncepciu, kniha je veľmi cennou, práve pre mnohorakosť predkladaných názorov. Prof. Evansovi sa iste podarilo zostaviť publikáciu nielen zaujímavú, ale aj informujúcu. Forma diskusie robí túto knihu atraktívnou pre každého čitateľa, teda nielen pre psychológa, ale aj pre ostatných vedeckých pracovníkov, ktorí sa stretávajú s jednotlivými psychologickými problémami vo svojej dennej praxi.

Dr. V. Cermák, Bratislava

R. S. ELIOT

STRESS AND THE MAJOR CARDIOVASCULAR DISORDERS

Stres a veľké kardiovaskulárne poruchy

Vydalo nakladateľstvo Futura Publishing Comp. Mount Kisco, New York, 1979, 176 strán, cena 14,95 am. dol. ISBN 0—87993—120—5.

Eliotova monografia o strese a veľkých kardiovaskulárnych ochoreniach — v knihe hovorí o koronárnej chorobe srdca, náhlejšej srdcovej smrti a hypertenzívnej chorobe — spracúva tematicky jednu z najzávažnejších oblastí modernej kardiológie. V deviatich kapitolách rozoberá autor —

riaditeľ Centra kardiovaskulárnych ochorení nebraskej univerzity v Omahe — základné otázky etiológie rizikových faktorov, patofyziologických mechanizmov, diagnostických postupov a jednotlivých terapeutických možností — rôzne typy behaviorálnej liečby, farmakologickej liečby

telesnými cvičeniami. Záverečné dve kapitoly sa venujú otázkam života v rodine a otázkam rehabilitácie a prevencie. Úvodná kapitola a vecný register ukončujú túto malú, pôvabnú monografiu, cennú bohatými informáciami a závažnú nadhodnotenými problémami.

Jednotlivé kapitoly obsahujú ďalej nevyhnutnú ilustračnú a tabuľkovú dokumentáciu, ako aj zoznam ďalšieho písomníctva, vždy na záver kapitoly.

Koronárnej chorobe srdca, ako aj náhlejšej srdcovej smrti a hypertenzívnej chorobe sa venuje mimoriadna pozornosť už mnoho rokov. Dôvody sú jasné — veľká mortalita a veľká morbidita na ischemickú chorobu srdca a epidemický výskyt hypertenzívnej choroby srdca, pričom treba zdôrazniť, že jedným z najzávažnejších rizikových faktorov pri koronárnej chorobe srdca je práve hypertenzívna choroba. Prof.

**KOLEKTÍV AUTOROV (ZOSTAVOVATEĽ P. GAVALIER)
IDEOLÓGIA, MORÁLKA A MEDICÍNA**

Vydavateľstvo Osveta Martin 1979, 1. vydanie, 176 strán, cena Kčs 22,—

Literatúra z oblasti zdravotnej osvetly bola obohatená o novú zaujímavú knihu, ktorá sa zaoberá vzťahmi ideológie a etiky v práci zdravotníkov. Autori, prevažne pracovníci Ústavu marxizmu leninizmu Univerzity Karlovej v Prahe a Univerzity Komenského v Bratislave, ako aj Inštitútu lekárov a farmaceutov v Bratislave, ktorí pracujú v oblasti výučby marxizmu-leninizmu, podujali sa spracovať náročnú a vysoko aktuálnu problematiku vzťahov medzi marxistickou ideológiou, morálkou a medicínou.

Práca je určená pre širší okruh čitateľov, ale predovšetkým pracovníkov zdravotníctva. Má síce značne heterogénny charakter, jednako však podáva logicky usporiadaný výklad viacerých zložitých problémov, týkajúcich sa uvedených zložitých vzťahov.

Kniha je rozdelená tematicky na tri voľne spojené kapitoly, Autori sa v prvej kapitole zaoberajú predovšetkým všeobecnými problémami ideológie a morálky vo vzťahu k medicíne. Najzávažnejší charakter z hľadiska poslania publikácie majú kapitoly druhá a tretia.

V druhej kapitole označenej „Etika a medicína“ sa riešia s použitím historickej

Eliot, ktorý dlhé roky venuje pozornosť otázkam koronárnej choroby srdca zdôrazňuje v tejto monografii vplyv a význam emocionálnych faktorov, otázky psychosociálnych faktorov a otázku stresu, ako základného rizikového faktora. Je to veľmi moderné hľadisko, vyplývajúce z mnohoročných skúseností a dlhodobých pozorovaní a experimentov. Všetci tí, ktorí sa zaoberajú problematikou koronárnej choroby srdca, sa stretávajú so závažnými otázkami, ktoré často zostávajú iba na okraji medicínskeho myslenia, predovšetkým v dlhodobých terapeuticko-rehabilitačných programoch. A tu vidíme hlavnú zásluhu monografie prof. Eliota, že poukazuje na ich dôležitosť, že ich včleňuje do komplexu medicínskych úvah a že zdôrazňuje aj kroky, ktoré je nutné podniknúť pre zdravie postihnutého.

Dr. M. Palát, Bratislava

metódy najmä aktuálne otázky etiky zdravotníckych pracovníkov a medziľudských vzťahov v zdravotníctve.

V tretej, poslednej kapitole, nazvanej „Niektoré metafyzické koncepcie v medicíne“, sa autori zaoberajú problémami charakteristiky a kritiky psychoanalýzy a jej hodnotenia, problémami psychosomatickej medicíny a jej marxistickej interpretácie a niektorými problémami idealistických orientácií medicíny a liečiteľstva v historickom priereze.

Kniha je napísaná prístupnou esejistickou formou. Pokiaľ ide o jednotlivé kapitoly rozoberá autorský kolektív v nich širokú paletu problémov.

V prvej kapitole sa riešia tieto problémy:

Všeobecné problémy ideológie, morálky a medicíny.

Jednota vedy a ideológie marxizmu so zreteľom na medicínsku a zdravotnícku politiku po XV. zjazde KSČ (P. Gavalier). O význame svetonázoru pre socialistického zdravotníckeho pracovníka (M. Gajdoš).

O súčasných nemarxistických koncepciách v ideológii a medicíne.

Zdravotníctvo a náboženské prežitky.

Svetonázorové základy socialistického mravného vedomia (K. Hlavon).

Vplyv svetonázoru na úroveň sebaurčenia. Svetonázorové základy socialistickej morálky ako morálky revolučnej, tvorivej aktivity.

Svetonázorové základy socialistickej morálky ako reálneho humanizmu.

Svetonázorové základy socialistického kolektivismu.

Druhá kapitola sa venuje problémom vzťahov etiky a medicíny. Jej autori P. Gavalier, J. Ciger a K. Hofbauerová opäť nastoľujú historickú i aktuálnu problematiku lekárskej resp. zdravotníckej etiky. Ide najmä o pohľady na tieto problémy:

Z dejín lekárskej etiky a pokrokového etického dedičstva v zdravotníctve.

K niektorým otázkam marxistickej koncepcie lekárskej etiky.

Medicína a jej eticko-psychologická problematika.

Všeobecné otázky etiky.

Osobitosť lekárskej etiky.

Niektoré aktuálne otázky lekárskej etiky.

Problém lekárskeho tajomstva a etické aspekty oznamovania diagnózy.

Aktuálne otázky medziľudských vzťahov v zdravotníctve.

Vzťah lekára a pacienta.

Koncepcia vzťahu lekár — pacient.

Sociálna úloha lekára.

Vzťah lekára a pacienta ako sociálny systém.

Tretia kapitola má zmiešaný charakter.

Je venovaná jednak niektorým starším i novším metafyzickým koncepciám v medicíne, ako aj aktuálnym otázkam psychoanalýzy, psychosomatickej medicíny. Táto kapitola obsahuje tieto údaje:

M. VOLKAMER

MESSEN UND ZENSIEREN IN SPORTUNTERRICHT

Meranie a známkovanie vo výučbe športu

Vydal Verlag Hofman, Schorndorf, 1978, ako zv. 134 edície

„Schriftenreihe zur Praxis der Leibeserziehung und des Sports“,

132 strán, cena DM 21,80;

ISBN 3—7780—9341—X.

V knihe nejde len o „šport“ v bežnom slova zmysle, ale predovšetkým o potrebu a možnosť spravodlivého známkovania vo vyučovanom predmete „telesná výchova“ a o dopad organizačnej požiadavky známkovania na žiakov, samotných učiteľov a celý vyučovací proces. Autor, prof. Volkamer z osnabrúckej univerzity, sa o ňu veľmi trpezlivo na problematiku a zrej-

Filozofická charakteristika a kritika psychoanalýzy a koncepcie psychosomatickej medicíny (J. Beránek).

Všeobecná teória psychiky. Výklad neuróz. K hodnoteniu psychoanalýzy. Psychosomatická medicína.

Úloha psychoanalýzy a psychosomatickej medicíny v súčasnom ideologickom boji (P. Gavalier).

K marxistickej interpretácii psychosomatickej medicíny.

Historické a súčasné náboženské a idealistické názory na život, zdravie a chorobu (P. Gavalier).

Náboženská a idealistická orientácia v dejinách liečiteľstva.

Analýza a kritika katolíckej filozofie a ideológie v medicíne.

Kniha Ideológia, morálka a medicína vyšla vo vydavateľstve Osveta ako 5. zväzok edície Zdravotníctva a vedecký svetonázor. Autorom tejto potrebnej knižky sa podarilo zhrnúť na malom priestore široký okruh aktuálnych problémov, týkajúcich sa etiky zdravotníckych pracovníkov.

Použitá historická metóda vytvára dobré predpoklady na to, aby nastolené problémy správne pochopili aj zdravotnícky pracovníci, ktorí sa touto problematikou hlbšie zaoberajú.

Knihu odporúčame ako dobrú doplnujúcu literatúru pri ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov a v pomaturitnom špecializačnom štúdiu stredných zdravotníckych pracovníkov.

Z týchto dôvodov by táto kniha nemala chýbať v knižniciach zdravotníckych zariadení.

O. Mitová, Bratislava

me vďaka svojej interdisciplinárnej odbornosti (je aj športovým pedagógom, aj psychológom) vie podať mnoho kritických a provokatívne-podnetných myšlienok, týkajúcich sa nielen hodnotenia výsledkov telesnej výchovy, ale každej situácie, kde ide o posudzovanie správania v širšom kontexte.

Prvé state knihy prinášajú základné poj-

my, ako napríklad rozdiel medzi „meraním“ a „hodnotením“, druhy meracích škál a metodologické kritériá merania výkonov, t. j. objektivity, reliability a validity. Potom nasledujú state o výsledkoch vlastných výskumov na tému hodnotenia motorických výkonov, ďalej stať o meraní v oblasti správania všeobecne, o potrebe definovať to, čo učiteľ či bádateľ merať chce a čo merať môže a štatistické meracie kritériá.

V ďalších kapitolách autor hovorí o problémoch komplexného hodnotenia výsledkov vyučovania telesnej výchovy a podobných predmetov: výkon súvisí aj s motiváciou, zmenou a optimom výkonu a s celkovou „kvalitou“ výkonu. Za tým nasledujú konkrétne výsledky výskumu o vplyve rôznych prvkov a charakteristík na školskú známku.

Osma kapitola je venovaná problému noriem, pričom prof. Volkamer veľmi jasne vystihuje rozdiel nielen medzi normálnosťou populačno-štatistickou (tzv. Gaussovou distribúciou) a normálnosťou populačno-štatistickou (tzv. skupinová norma), ale aj medzi rôznymi druhmi „noríem“, rôznymi kritériami hodnotenia žiakov, a rôznymi druhmi škál, na ktorých sa známkovanie môže uskutočniť.

Posledná kapitola je zameraná sociologicko-psychologicky a hovorí o funkciách známkovania v „prevádzke“ školy, najmä pre sebavedomie vyučujúcich. Jeho úvahy o známokovaní každého správania

najmä športových výkonov v bežnej telesnej výchove budú veľmi zaujímavé pre každého, kto má čo len okrajove čo do činnosti s týmto problémom. Citujeme z posledných odstavcov knihy: „Známkovanie možno chápať ako učiteľovi nanútené administratívne opatrenie, proti ktorému sa učiteľ nemôže brániť, hoci protirečí jeho pedagogickému sebaobrazu. ... Preto nastáva ex post racionalizačný proces... hoci aj často opakované dôvody pri vedeckom preskúmaní neobstáli... K tomu pristupuje to, že samotný akt známkovania dodáva učiteľovi fakticky určitú moc, a kto sa dobrovoľne rád zrieka moci?...“ A prof. Volkamer končí kritickými a sebakritickými slovami: „Pedagogická apológia nepedagogického nanúteného administratívneho aktu a rovnako nepedagogického výkonu moci predstavuje klasický príklad racionalizovania a potlačenia — a proti takému potlačeniu (psych. pozn. rec.) akákoľvek racionálna argumentácia sotva niečo zmení na realite školy“.

No treba predsa dúfať, že kniha bude mať pozitívny dopad. Jednak tým, že jasne a stručne podáva výklad hlavných štatistických zásad pre meranie, hodnotenie a „normovanie“, jednak konkrétnymi príkladmi z praxe autora, a last not least aj tým, že čitatelia si aspoň uvedomia množstvo problémov súvisiacich s pojmom „spravodlivé známkovanie“ a primerané hodnotenie v oblasti správania človeka.

Doc. R. Štukovský, Bratislava

WOLFF—WEINHRAUCH INTERNISTISCHE THERAPIE 1980

Internistická terapia 1980
Vydalo nakladateľstvo München-Baltimore Verlag Urban und Schwarzenberg 1980, 1068 strán, 4 obr., 154 tab., cena DM 54,—
ISBN 3—541—07263—6.

V roku 1980 vychádza vo vydavateľstve Urban a Schwarzenberg v Mníchove už v treťom prepracovanom vydaní v malom vreckovom formáte publikácia venovaná internistickej terapii anno 1980. Ide o kompendium informácií, dôležitých pre prácu internistu v dennej praxi. Ako sa hovorí úvodom, vydavateľstvo chce každé dva roky vydávať takú publikáciu, ktorá má prinášať informácie aktuálnej potreby, doplnené o novinky v liečbe internistických chorôb za uplynulé obdobie. Prvá „Internistická terapia“ vyšla v roku 1975.

Nové vydanie má dvadsaťštyri kapitol, jedna kapitola prináša prehľadným tabuľovým spôsobom dôležité informácie, monogramy, prepočítavacie faktory, obsah nátria a kália v rôznych potravinách, použitie liečiv v priebehu tehotenstva a podobne, posledná dvadsaťšiesta kapitola tvorí vecný register. Na vypracovaní jednotlivých kapitol sa zúčastnilo celkom 22 popredných nemeckých internistov pod vedením prof. Hansa Petra Wolffa a prof. Thomasa Roberta Weihraucha z Internist. kliniky Gutenbergovej univerzity v Mohuči.

proti prvému vydaniu z roku 1975 zmenili a prepracovali niektoré kapitoly, ako je kapitola o ochoreniach obličiek a mŕtvcových ciest, chorobách štítnej žľazy, o ochoreniach protozoárnych a o mykózach, ostatné kapitoly sa prispôbili na súčasný stav. Taktiež polygrafickú úpravu textu podrobili určitým zmenám. Dôležitosť informácií v jednotlivých kapitolách zdôrazňuje výraznejšie členenie textu a podčiarkuje napríklad úpravu tabuľkovej časti publikácie — tým sa dosahuje väčšia prehľadnosť a lepšia orientácia v texte.

Obsah knihy, ktorý je na začiatku, po-

J. F. TOOLE, A. N. PATEL ZEREBROVASKULÄRE STÖRUNGEN

Vaskulárne poruchy mozgu

Vydal Springer-Verlag Berlin, Heidelberg—New York 1980, 403 strán, 124 obr., 8 tab., cena DM 98,— ISBN 3—540—09641—8.

„Vaskulárne poruchy mozgu“, vydané roku 1980 vydavateľstvom Springer-Verlag v Berlíne, sú nemeckým prekladom americkej pôvodiny „Cerebrovascular Disorders“, ktoré vydalo vydavateľstvo Mac Graw-Hill Book Comp. v dvoch vydaniach v rokoch 1967 a 1974. Nemecký preklad vyhotovila Josefa Caffiová, redakčne upravil prof. Mumenthaler. Ide o monografiu, ktorá v Spojených štátoch získala veľké uznanie, čo viedlo vydavateľov k jej prekladu do nemčiny, a tým k jej rozšíreniu v nemecky hovoriacej časti európskeho kontinentu.

Celá monografia venuje pozornosť mozgovej porážke, ochoreniu, ktoré v posledných rokoch postihuje veľkú časť populácie. Vysoká mortalita a vysoké percento invalidity u týchto chorých vyžaduje iste nový prístup k riešeniu celej problematiky tohoto ochorenia.

Tooleho a Patelova monografia začína kapitolami, ktoré venujú pozornosť úžitej embryológii, úžitej anatómii a fyziológii miechových ciev a klinickej fyziológii cerebrálnej cirkulácie. Tieto kapitoly predstavujú teoretické základy, zamerané na klinický substrát, o ktorom sa z najrôznejších hľadísk diskutuje v nasledujúcich kapitolách.

V dvadsiatich piatich kapitolách autori rozoberajú otázky anamnézy a neurovaskulárneho vyšetrenia, oftalmodynamometrie, otázku masáže karotického sinusu a pokusú tlaku na karotidy, venujú pozornosť arterioskleróze oblúku aorty a jej vetiev,

ukazuje aj na členenie jednotlivých kapitol, ktoré sa celkom ľahko nájdu podľa označenia na okraji stránok.

Posledné vydanie „Internistickej terapie 1980“ je vydaním moderným, čo do obsahu informácií, prehľadným a iste sa stane obľúbenou príručkou každého internistu, ale aj každého praktického lekára, pretože tu získa v krátkom čase potrebné informácie z najrôznejších oblastí vnútorného lekárstva, ktoré sú o to cennejšie, že sú autorským kolektívom dovedené up to date.

Dr. M. Palát, Bratislava

okluzívnemu karotickému syndrómu, vertebróbazilárnemu syndrómu a syndrómu „subclavian steal“. V ďalších kapitolách sa autori zaoberajú cerebrálnou arteriosklerózou, mozgovým infarktom a recidivujúcimi neurologickými výpadovými javmi. Ďalej sa hovorí o konzervatívnej terapii cerebrovaskulárnej insuficiencie, infarktu a o chirurgickej terapii aorto-cervikálnej arteriosklerózy.

Ďalšie kapitoly prinášajú informácie o cerebrálnych embóliách, hypertenzívnom ochorení ciev, o ochoreniach intrakraniálnych žíl a venóznych sínusoch, o cievnom postihnutí miechy, subdurálnom a extradurálnom hematóme, o aneurizmoch intrakraniálnych artérií a konečne o cievnych anomáliách, fistulách a nefalofaciálnej angiomatóze. Posledné kapitoly diskutujú o otázkach krvácania do mozgu, zápalových cievnych ochoreniach a vzácnych nezvyklých chorobách ciev. Posledná kapitola prináša základné pravidlá pre liečbu a rehabilitáciu hemiplégii.

Vecný register dopĺňa túto prekrásnu monografiu o cerebrovaskulárnych poruchách, bohato dokumentovanú obrázkami, originálnymi röntgenogramami a celým radom ilustratívnych grafov a informujúcich tabuliek. Každá kapitola má na záver prehľad písomníctva, poukazujúceho na jednotlivé aspekty, rozoberané v danej kapitole.

Kniha má veľký formát, špičkovú polygrafickú úpravu a prehľadne usporiadanú textovú časť. Každá kapitola je uvedená

určitým citátom, ktorý je prológom problematiky danej kapitoly.

Veľkou prednosťou monografie je jej prehľadnosť, vysoký informatívny základ a predovšetkým jej prístupnosť pri štúdiu.

SPRAVY

Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

ZPRÁVA O STUDIJNÍM POBYTU NA PRACOVÍŠTÍCH LÉČEBNÉ REHABILITACE V SSSR

V době od 24. IX. do 7. X. 1979 zorganizovalo MZ ČSR ve spolupráci s MZ SSSR studijní cestu hlavního odborníka MZ ČSR pro obor FBLR, MUDr. Vladimíra Kríže, po některých pracovištích v Moskvě a Leningradě, která se zabývají léčebnou rehabilitací. Stručný obsah poznatků z jednotlivých pracovišť:

A) Centralnyj institut ortopedii i traumatologii (CITO) Moskva, průvodci zástupce ředitele dr. Kazmin, vedoucí rehabilitačního oddělení prof. Kaptelin.

Ústav má 500 lůžek (dospělí i děti) a polikliniku. V obou částech má léčebnou rehabilitaci, dále má vlastní protetické oddělení a vlastní rozsáhlé dílny (oplyno experimentalnoje oddelenije), které vyrábějí prototypy i série ortopedických pomůcek od materiálu a nástrojů až po pomůcky pro rehabilitaci i všední život invalidů. CITO plní čtyři hlavní úkoly: 1) léčeni, 2) výzkumnou práci, 3) pedagogickou práci, 4) organizační práce na úseku metodického vedení oboru i obdobných ústavů v celém SSSR.

Rehabilitační oddělení lůžkové části ústavu zaujímá dvě patra dvou budov (jedna budova — děti, druhá — dospělí), vzájemně propojené nadzemní chodbou. Používá se stejných metodik jako v ČSSR, v tomto srovnání mají rozsáhlejší úsek FT (zvláštnost: pomůcky pro masáž a automasáž — válečky a koule s držadlem), menší úsek léčby prací a zhruba stejný úsek LTV. Tento úsek má kromě dvou bazénů, malých tělocvičen, prostorů a zařízení pro individuální LTV rozsáhlou mechanoterapii (cvičení na přístrojích). Provádějí zde biofeedback pod názvem myofonoskopie. Začíná se s přístavbou velké tělocvičny. Pracuje zde pět lékařů, dvacet rehabilitačních pracovníků (z toho pět

Aj keď existuje v tejto oblasti celý rad vynikajúcich učebníc a monografií, Tooleho a Patelova kniha sa dôstojným spôsobom zaraďuje medzi ne.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

pro LP), šest masérů, praktikanti + technický a pomocný personál.

Lékaři jsou ortopedi-traumatologové s postgraduálním školením v léčebné rehabilitaci, které pořádá Moskevský institut pro další vzdělávání lékařů, jednak katedra ortopedie a rehabilitace, jednak katedra léčebné fyzikultury.

Rehabilitační pracovníci mají buď vysokoškolské vzdělání (tělovýchovný institut), nebo středoškolské (zdrav. sestry s kursem v LTV nebo v LP).

Oddělení profesora Sivaše se zabývá metodami AO operativního léčení a náhradou kloubů (kyčel, koleno, loket, rameno) a kostí (femur, humerus) kovovými necementovanými implantáty. Videe jsem pacienta se současnou náhradou kyčle, femuru a kolena vzájemně pevně spojenými endoprotézami. Těmito náhradami řeší i radikální resekce kostí pro kostní tumory. Mají vlastní projekční oddělení, to projektuje šrouby, dlahy, hřeby, operační nástroje i přístroje pro cvičení na posteli. Vše pak prakticky realizují dílny (v rozsahu menší továrny). V rehabilitaci postupují opatrně, např. pacienti po totálních endoprotézách první 3—4 týdny leží, od druhého až třetího týdne mají pasivní cvičení a masáže. Značnou část dějí pacienti sami, dopomoc provádějí buď pomocí protizávaží či horních končetin (pákou, lankem). Na lůžkové části lékařů nepiší dokumentaci, vše diktují telefonem do písařny, kde se vše automaticky zaznamenává a písárky pak z diktafonové pásky dokumentaci přepisují.

B) Centrálnyj naučno issledovatel'skij institut kurortologii i fizioterapii Moskva, průvodce dr. Rjazancev.

Institut řídí a koordinuje práci patnácti

obdobných institutů v celém SSSR, z nichž každý se zabývá specifickou danou jejich klimatem a balneologickými prostředky. Dává podklady i pro lázeňskou a rekreační péči organizovanou ROH.

Ústav má 600 odborných pracovníků, z nich 200 lékařů — vědeckých pracovníků (z nich 27 prof. a DrSc. a 100 CSc.).

Ústav má cca 35 speciálních pracovišť zabývajících se jednotlivými druhy balneoterapie, fyzikální léčby umělými prostředky, léčebné tělesné výchovy, vyšetřováním a léčbou nemocných podle medicínských oborů, organizací lázeňské léčby, sledováním během lázeňské léčby, dále výzkumné oddělení, oddělení vědecké dokumentace apod.

Ústav se zabývá nespočetnou řadou úkolů a úzce spolupracuje s naším Výzkumným ústavem balneologickým. Ústav se zabývá i akupunkturou a elektroakupunkturou (dr. Gaponjuk). Zajímavá je nově postavená diagnostická budova s vybavením z KS za 1,5 mil. dolarů (dr. Ponomarjev). Toto vybavení (infračervené televizní analyzátoři krve a tkání, přístroje pro vyšetřování metabolismu, ultrazvukové měření průtoku krve různými cévami atd.) má sloužit k objektivizaci lázeňských procedur. Ústav má připravenou novou výstavbu klinického oddělení u Moskvy (rozsahem asi 10 RÚ Kladruby), která bude zahájena hned po výstavbě k Olympiádě 1980.

C) Centralnyj naučno issledovatel'skij institut neurologii Moskva, ředitel akademik Šmidt, vedoucí lůžkového rehabilitačního oddělení dr. Stoljarova.

Kromě léčebných a výchovných úkolů má ústav tři výzkumné tematiky: angio-neurologii, neurologii, neurochirurgii a neurogenetiku. Ústav se dlouhodobě zabývá komplexní a etapovou péčí o nemocné po úrazech, od JIP po rehabilitační oddělení. Lůžkové rehabilitační oddělení funguje od roku 1965, má 60 lůžek pro první fázi rehabilitace, 30 lůžek pro druhou fázi.

Z těchto výzkumů pro praxi jsou zajímavé tyto obecné výsledky: V první fázi rehabilitace hraje (kromě rozsahu a uložení ložiska) rozhodující úlohu časový faktor, až na druhém místě kvalita či kvantita včasné odborné rehabilitace. U pacienta s hemoragiemi se upravuje řeč rychleji (za dva měsíce může mluvit, za šest měsíců mluví normálně), u pacientů

s malacemi je úprava řeči pomalejší i výsledek závisí na rozsahu poškození a množství anastomóz. Je-li ložisko vlevo, pacientům jde lépe rehabilitace senzomotorických poruch (i když mají afazii), při ložisku vpravo brání rehabilitaci horší psychika (anosignosie). Rozhodující pro úspěch rehabilitace je psychika (= spolupráce) pacienta. V současné době se zabývají korelací opakovaných vyšetření mozku na EMI Scaneru k průběhu rehabilitace. Zabývali se otázkami elektrostimulací, které jsou indikovány jen tam, kde je zachovaná citlivost, není velká spasticita a paréza netrvá dlouho. Nejzajímavější bylo vyšetření na EMI Scaneru (nízkodávkový tomografický rtg zesilovač napojený na počítač), které umožňuje zjistit uložení ložiska (místo, rozsah), původ (krvácení, malacie), rozsah edému kolem ložiska a ovlivnění tlakem i ostatních struktur mozku. Cena tohoto vyšetření pro rehabilitaci mimo jiné spočívá v tom, že je možno průběžně stanovovat, které části mozku jsou postiženy nenávratně (hemorrhagie, malacie) a které jsou z funkce vyřazeny dočasně (edém). Vyšetření každého pacienta je nahráno na kdykoliv zopakovatelný záznam, při jehož přehrávce na černobílé a barevné obrazovce lze posoudit struktury a změny na libovolných řezech mozku. Přitom je rozlišovací schopnost na úrovni barevných makrohistologických preparátů.

Na rehabilitačních odděleních pracují 4 lékaři, 3 psychologové, 5 logopedů, 14 fyzioterapeutů, 5 masérů. Etapový systém péče o nemocné po úrazech: 1. rychlá zdravot. pomoc, 2. intenzivní péče (1 týden) + akutní oddělení (1—3 měsíce), 3. rehabilitační lůžkové oddělení (2—3 měsíce). Fáze rehabilitace: 1. časná = do půl roku, obnova funkcí dočasně narušených, 2. pozdní — do jednoho roku, návrat kompenzačních funkcí za to, co bylo zničeno, 3. reziduální = stabilizovaný stav.

D) Institut traumatologii i ortopedii Vreděna, Leningrad, ředitel prof. Demianov, dr. Jurjev (vedoucí rehabilitační skupiny).

Ústav, který je metodickým centrem pro RSFSR, se zabývá konzervativní i operační léčbou ortopedických onemocnění a úrazů a jejich následků, i obličejovou, čelistní a plastickou chirurgií (má celkem 4 lůžkové oddělení). Má připraveno zahá-

jení výstavby nového ústavu, jehož hrubá stavba bude stát 13 mil. rublů. Rehabilitační oddělení má dostatečné prostory pro skupinovou LTV v tělocvičně i v bazénu, pro mechanoterapii i pro doplňující fyzikální terapii. Pracuje zde vedoucí lékař, lékař-terapeut, 4 metodologové (RP s vysokou školou) a rehabilitační pracovníci se střední školou. Individuální, dechová a kondiční cvičení provádějí většinou na lůžkových odděleních. V druhé části rehabilitačního oddělení — poliklinice je i oddělení léčby prací. Používají prostředky i u nás obvyklé, z neznámých používají přístroje na vytahování kontraktur v tahu (vlastní výroby) za současné aplikace teplého vzduchu, šestkrát až osmkrát denně po dvou minutách. Polohování kloubů s omezenou pohyblivostí a trakce (většně intermentálních) provádějí i ve vodě. K analgetické a protizánětlivé léčbě používají i prosvětlování laserem, jehož rovnoběžné paprsky dopadají na kůži na pole cca 4 cm² velké. Pacienti rehabilitovaní na klinice pokračují v rehabilitaci buď v rehabilitační nemocnici Sestrordjensk, nebo v rehabilitačních stacionářích.

E) Rehabilitační nemocnice Sestrordjensk je jednou ze dvou částí leningradské nemocnice č. 40.

Celá nemocnice má 1235 postelí, z nichž 665 lůžek funguje jako rehabilitační ústav s celým příslušným rehabilitačním komplementem, zbytek lůžek je běžná rajónní nemocnice pro okolní spádovou oblast. Nemocnice leží cca 50 km od centra Leningradu. Přijíma nemocné na ústavní rehabilitaci z klinik v Leningradě, spádová oblast 4,5 mil. obyvatel, ročně tudý přejde cca 5000 pacientů (1400 po úrazech a operacích kostí, 350 po úrazech mozku, 200 po úrazech míchy, 300 po ictech, 1000 po plicních onemocněních aj.). Průměrná ošetrovací doba po úrazech kostí je 45 dní, po úrazech míchy tři až čtyři měsíce, po ictech dva měsíce. Rehabilitační nemocnice byla postavena v roce 1974, lůžková oddělení jsou členěna na jednotky po šedesáti lůžkách, na jednom patře jsou vždy dvě oddělení. Na každém oddělení pracuje vedoucí lékař + 2 další lékaři, vrchní sestra + ostatní zdravotní sestry. Na severní straně jsou bohaté prostory pro vyšetřovny, převazovny, pracovny lékařů a sester, dvě místnosti pro rehabilitaci, hygienické zařízení a izolační pokoj s vlastním WC a

umyvadlem. Na jižní straně jsou pacientské pokoje, velmi prostorné 5—6 lůžkové nebo dvojnásob velké, kde 5 a 5 lůžek je v místnosti odděleno částečnou příčkou.

Rozdělení lůžek rehabilitačního ústavu: 240 ortopedických, 60 po mozkových úrazech, 60 po úrazech míchy, 60 po ictech, 120 pro úrazy a onemocnění periferních nervů, 120 pro nespecifická onemocnění plic a 15 nefrologických lůžek. Ústav má 55 lékařů, 250 SZP (ZS + RP + maséři), 180 NZP. Dále zde ještě pracují lékaři, inženýři a technici leningradských klinik, kteří jsou zde na stálo nebo dojíždějí občas jako konziliáři.

Rehabilitační komplement je spojen s lůžkovými odděleními velkoprostorovými výtahy nebo vnitřními rampami, které jsou po obou stranách lůžkové budovy. Člení se na tři oddělení:

1. Oddělení fyzikální terapie má 53 přístrojů, je prostorově členěno na dvě místnosti pro podvodní masáže, čtyři pro vanové přísadové koupele, dvě pro aplikaci ozokerinu (muži a ženy), dvě pro aplikaci bahna, dvě pro elektroterapii, jednu pro světloterapii.

2. Oddělení LTV má šest menších tělocvičen pro skupinová cvičení (v některých byla lehátka pro cvičení vleže či lavičky pro cvičení vsedě, jedna slouží pro sport), dva bazény (jeden obdélníkový, druhý ve tvaru hranatého písmena „m“, kde je možné provádět chůzi ve vodě, podvodní trakce, ale i skupinová cvičení), mechanoterapii pro výcvik síly všech svalových skupin a cvičnou dráhu pro nácvik chůze. Individuální cvičení a masáže se provádějí v tělocvičnách na každém lůžkovém oddělení.

3. Oddělení sociálněpracovní rehabilitace se skládá z léčby prací: tři dílny na šití (šije se zde ústavní prádlo ložní + ručníky) jedna na zpracování dřeva, jedna na kov, jedna montážní dílna (v nich pacienti vyrábějí polotovary pro továrny nebo montují přístroje z dodaných součástek), jedna místnost pro nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy. Ze sociálních služeb, kde jsou místnosti pro psychoneurologickou psychoterapii (provádějí individuální a kolektivní psychoterapii), pro sociologickou a dvě místnosti pro tři logopedy.

Ve vyšetřovací části jsou speciální vyšetřovny a laboratoře pro EKG, EMG, EEG, současně umožňující zápis délky oporné i švihové fáze každého půlkroku, celkem asi 6 m dlouhý.

chůze. Zde je prototyp chodníku ing. Uglova, umožňující zápis délky oporné i švihové fáze každého půlkroku, celkem asi 6 m dlouhý.

F) Dětský naučno-issledovatelský institut Turnera, Leningrad-Puškin ředitel prof. Andrianov. Ústav má 600 lůžek, přijíma děti z celého SSSR i ze zahraničí. Pracuje zde 120 lékařů, z nich 60 vědeckých pracovníků. Hlavní oblasti výzkumu: vrozená dysplazie kyčelních kloubů (dělají jedno až trojnásobné korekční osteotomie femoru a páneve u dětí dvou a víceletých), dětská mozková obrna (korekční operace), operační léčba vrozených vad pohybového systému (hlavně ruka, noha), skoliózy (modifikace Harringtonovy distrakční metody). Zajímavá jsou pracoviště: vlastní protetiké oddělení (jeden lékař + deset pracovníků), laboratoř funkčního vyšetřování (přístroje na měření rozložení váhy vsedě, vstoje, zařízení pro měření tělních a segmentových os a pohybů při chůzi na chodítku — odečítání z fotografie, zachycující člověka zepředu, seshora a z boku pomocí zrcadel, zvláštní stůl pro měření izotermické síly všech svalových skupin), experimentální laboratoř zkoumající vývoj skoliózy na králičích (skolióza nastupuje ihned po jednostranné denervaci svalů, po denervaci na druhé straně skolióza mizí, změny na skeletu se vyvíjejí až sekundárně).

G) Leningradský naučno-issledovatelský institut neurochirurgii Polenova, ředitel prof. Ugrjumov.

Na besedě s prof. Ugrjumovem získány tyto informace: Ústav se zabývá neurochirurgií úrazů mozku, míchy a periferních nervů, chir. léčbou epilepsie, mozkových cév a nádorů nervového systému. Má 200 lůžek, na nich pracuje 20 lékařů

+ 80 dalších lékařů na nelůžkových částech, celkem zde pracuje 507 zdravotnických pracovníků, 3 lékaři se zabývají rehabilitací. Rozeznávají čtyři etapy: 1. předhospitalizační, 2. neurochirurgický ústav, 3. rehabilitační ústav, 4. dispenzární ambulanti péče. Výsledky po úrazech mozku: 50 % pacientů přežije operaci, z nich u poloviny lze rehabilitaci docílit práce schopnosti. Názory na léčbu úrazů míchy: radikálně operovat při současné trakci 20 kg, revidovat nejen zadní, ale i přední části míšního kanálu. Důvod: odstranění komprese a všeho, co by mohlo dráždit míchu. Drážnění míchy prodlužuje stav spinálního šoku, způsobuje parabiózu (afunkci) i nezničených částí míchy. Úraz míchy považují za cerebrospinální onemocnění, cílem komplexní léčby je též zlepšení funkce mozku (k následné kompenzaci) a optimalizace dalších funkcí — močový systém, dýchání, oběh, trávicí systém, jejichž funkce je rovněž značně porušena. Operace míchy ve větším odstupu od úrazu mají účel odstranit přetrvávající ložiska drážnění (úlomky, srůsty a cysty po arachnoidě). Léčení pacientů z ČSSR u nich považují za zbytečné, neboť je jim známo, že čs. neurochirurgie a rehabilitace jsou na takové úrovni, že mají stejné metody a výsledky jako jejich institut. Zajímavé organizační sdělení: veškerý zdravotnický personál pracující s pacienty po úrazech míchy (lékaři, sestry, RP, pomocnice) má pracovní dobu 6 hodin, prodlouženou dovolenou (místo 24 dnů 42) a o 15 % vyšší platy. Platí pro zařízení primární (neurochirurgie, chirurgie, neurologie) i sekundární (rehabilitační oddělení a ústavy) péče o paraplegiky, a to v celém SSSR (zákon).

Dr. V. Kříž

LÉČEBNÁ JÍZDA NA KONI

Ve dnech 20. až 22. listopadu 1979 proběhlo v Redefinu v NDR symposium o léčebné jízdě na koni tělesně postižených. Lékaři, rehabilitační pracovníci i profesionální jezdecktí instruktoři vystoupili se svými zkušenostmi a poznatky v oboru, který má v NDR jedenáctiletou tradici. Léčebná jízda na koni je v NDR nedílnou součástí komplexní léčebné rehabilitace a provádí se soustavně na čtyřiceti praco-

vištích, a to ambulantně ve spolupráci s jezdeckými oddíly, ústavně pak v některých rehabilitačních zařízeních. Finančně jsou akce zajišťovány z fondu sociálního pojištění.

Cviky na koni a posléze jízda jsou součástí rehabilitačních programů především u dětí. Indikační pole je poměrně široké: jsou dobré zkušenosti s likvidací funkčních poruch pohybového systému, leh-

kých skolios. Vděčným polem působnosti jsou děti se spastickou obrnou končetin, děti ve vývinu opožděné a dobrých výsledků bylo dosaženo u psychotiků lehkého stupně. Léčebná jízda na koni je jednou z možností, jak vhodně rozšířit a doplnit širokou škálu komplexní rehabilitační péče. Podnětným momentem jsou motivace, příznivý vliv na psychiku, fyzické stimuly a odstupňované nároky na pohybovou koordinaci a rovnováhu.

Symposia se zúčastnila rehabilitační pracovnice Lewitová z detašovaného pracoviště RÚ v Chuchelné, aby rozšířila své zkušenosti v nácvičce jízdy na koni a porovnávala je s pracovní metodikou rehabilitačních středisek v NDR. Ve svém referátu

ZPRÁVA O STUDIJNÍM POBYTU V NSR

Výměnného studijního pobytu mezi Československou lékařskou společností J. E. Purkyně a Deutscher akademischer Austauschdienst se na návrh MZ ČSR ve dnech 11.—22. 6. 1979 zúčastnil MUDr. Vladimír Kříž. Hlavním účelem cesty bylo získat praktické zkušenosti z rehabilitačních ústavů postavených v posledních letech, použitelných pro připravované stavby velkých rehabilitačních zařízení v ČSSR.

Získané poznatky

A) Rehabilitační centrum Heidelberg—Wieblingen
je malé rehabilitační město v okrajové části Heidelbergu, čítající 34 budov (z nichž největší mají 14 nadzemních podlaží), postavených v letech 1965—1978. Spolu se starou částí v Pfaffengrundu (z roku 1962) má 2000 lůžek a 3100 zaměstnanců. Zde má sídlo i Nadace pro rehabilitaci, financována státními, zemskými a místními orgány, která metodicky vede i ostatní rehabilitační centra. Má vlastní výzkum, zaměřený jednak na teorii a praktickou rehabilitaci (léčebné, sociální, pracovní), na výzkum a vývoj pomůcek pro invalidy, na projektování rehabilitačních ústavů i normálních objektů (k odstraňování architektonických bariér). Proto mají nově budované rehabilitační ústavy jednotnou architekturu. Část centra jsem prošel s architektem, měl jsem možnost prohlédnout si projekční dokumentaci.

hovořila o využití huculských koní pro tento u nás začínající obor léčebné rehabilitace a referovala o dobrých výsledcích práce s dětmi.

Léčebná jízda na koni byla zavedena v Rehabilitačním ústavu v Hrabyni na detašovaném pracovišti v Chuchelné na jaře 1979 v rámci zájmové činnosti dětí a některých vybraných dospělých pacientů díky pochopení plemenářského podniku Albertovec, který zajišťuje péči o dvě huculské klisny, zapůjčené pro tento účel Hucul—klubem v Praze. Prvé zkušenosti vedou k přesvědčení, že jde o metodu bezpečnou, která má své opodstatnění tedy, je-li pěstována soustavně a vytrvale.

Dr. J. Mrůzek, Chuchelná

Pacienti jsou ubytováni ve vícepodlažních objektech, na jednolůžkových (většina) či dvoulůžkových pokojích nebo v apartmá (dva pokoje pro dva paraplegiky + společenské příslušenství). Stavěná část jednoho objektu pro 400 pacientů (13 lůžkových pater) stála 17 mil. DM, 1 m³ obestavěného prostoru byly náklady 450 DM. Náklady na jeden ošetrovatelský den činí 78 DM, které si pacienti hradí sami (málo) nebo pojišťovna. Budovy sloužící k ubytování pacientů jsou členěny do čtyř celků (cca po 400 pacientech) každý má svého lékaře-teristu praktika + asistenta + společný tým konzultantů (ortopedi, neurolog, psychiatr, logoped, rtg., posudkoví lékaři atd.), celkem 30 lékařů. Kromě toho tu pracuje 25 psychologů a cca 30 pedagogů pro pracovní rehabilitaci. Pacienti-rehabilitanti starší let jsou přijímáni k pracovní rehabilitaci, doplňované léčebnou rehabilitací. Věkové složení rehabilitantů: 50 % 20—30 let, 30 % 30—40 let, ale přijímají i starší (—55-leté), pokud mají motivaci k pracovní rehabilitaci. Z 1700 pacientů je asi 400 paraplegiků, z toho 120 paraplegiků, z 40 quadruplegiků. (Informoval MUDr. J. Kříž, vedoucí lékař jedné části, sám vyhybující se na vozíku).

Provoz všech center ukazují magnetofonové barevné videozáznamy, které jsou promítány na normálních TV přístrojích nebo filmy promítané v přednáškovém

centru. V Nadaci jsem viděl filmy o práci v Heidelbergu-Wieblingu, Neckar-Genöndu a Landensteinbachu, dále videozáznamy: paraolympiáda v Heidelbergu 1972, dva díly výukového filmu: nácvičkové používání upravených aut tělesně postiženými. Tento způsob informací je obzvláště ekonomický, návštěvník se posadí před obrazovku či plátno, pustí se mu záznam či film se zvukovým doprovodem v řeči, kterou si vybral (většinou němčina, angličtina, francouzština) a během filmu se o něj nikdo nemusí starat. Z této „exkurse vsedě“ si pak návštěvník může vybrat, co by chtěl vidět osobně. Všechny tyto materiály zhotovuje vlastní televizní studio, které může vysílat (kabelovým přenosem) i vlastní programy do celého centra, převážně pak pro pacienty na pokojích (programy informační, výukové, zábavní apod.). Tímto způsobem je prováděna i programová individuální výuka teoretických předmětů pro pacienty upoutané na lůžko. Měl jsem možnost vidět TV studio a učebnu pro individuální programovou výuku řízenou počítačem. Spojení vyučovaný — počítač obstarává TV obrazovka, dálkopis, zvukové spojení, počítač vysvětlí a ukáže text, po něm uloží kontrolní otázky, oklasifikuje odpovědi, v případě nedostatečného výsledku znovu vysvětlí text, uvede další otázky, event. vysvětlí správnou odpověď nebo postup výpočtů (demonstrována výuka matematiky a fyziky). Kromě toho jsou prováděna praktická cvičení v laboratorích a teoretická výuka v učebnách či na pokojích (skupinová i individuální). Vyučující se celkem 35 různými povoláními s výukou do 1—3 roky, a to poměrně značně specializovanými povoláními: monitorní opravy, vývoj elektroniky, obsluha počítačů, bankovní a obchodní úředníci, informátoři, stavební technici, architekti, speciální strojní inženýři, sociální pracovníci, logopedi, zdravotničtí laboranti. Jsou různé typy podle předchozího vzdělání — tedy přeškolení je na úrovni střední všeobecné, střední odborné a vysoké školy. Zaujímavé je, že si školí i kádry pro potřeby rehabilitace: sociální učitel (24 měsíců) — střední odborná škola, sociální pracovník pro pracovní poradenství (36 měs.) — vysoká škola, sociální pedagog (36 měs.) — vysoká škola, medicínsko-technický laborant (24 měs.), logoped (36 měs.). Budova školy pro zdravot-

nické laboranty je jednou z posledních staveb. Před zařazením do oboru jsou všichni podrobně otestováni a je jim poraden nejvhodnější obor s přihlédnutím k jejich zájmu i požadavkům pracovního trhu. Půl roku před ukončením přeškolení informují příslušný pracovní úřad, že se u něj přihlásí přeškolený. Po dokončení pracovní rehabilitace jde rehabilitant domů a čeká, až mu pracovní úřad sežene místo. Dříve dostalo 92 % přeškolených místo do dvou až tří let, nyní je jich méně (je po konjunkturu, zvláště ve stavebnictví).

Invalidé se učí i ovládat osobní automobily (15 specializovaných autoškol). Ruční ovládání (auta s automatickou spolkou) stojí 1500—5000 DM (nejdražší např. pro bezruké).

Dále jsem zde navštívil rehabilitační kliniku, vedoucí prof. Schimpf; má 110 lůžek na třech odděleních: pro para-quadruplegiky, pro onemocnění ledvin (s dialyzační stanicí), pro hemofilie. Přijímají pacienty v chronickom stadiu. Nedělají operativu. Rehabilitační část kliniky je ve vedlejší budově, propojené ve více podlažích, má část pro individuální a skupinovou LTV, léčbu prací a zaměstnávání, LVS, minimální fyzikální terapie.

Dále jsem zde navštívil Technický institut pro rehabilitační pomůcky. Zde jsou dílny, kde realizují návrhy výzkumného oddělení a individuální pomůcky. Byl mi o nich promítnout videozáznam a ukázané vzorky pomůcek.

Čtyři domy přímo v areálu rehabilitačního centra slouží jako ubytovny pro personál, z toho jeden je upraven speciálně pro tělesně postižené (výtahy, otevírače dveří, nízko vypínače, ovládače otvírání dveří, oken, žaluzií). Jeden dům jsou vícepodlažní garáže pro 760 aut. Ve dvou budovách pro sport jsou tělocvičny, plavecký bazén a menší cvičební prostory pro rehabilitaci, školní i zájmovou tělesnou výchovu přeškolených osob. Venkovní plochy centra obsahují spojovací cesty kryté střechou z vlnitého eternitu, upravené květinové a travnaté plochy, travnaté minikopce, vodní fontány pospojované umělým korytem a recirkulační vody, minigolf, sportovní hřiště a plochy.

B) Ortopedická klinika — Heidelberg-Schlierbach (cca 400 lůžek).

Zde jsem navštívil jen dvě speciální oddělení:

a) Centrum pro dětské dysmelie (prof. Marquarth) s vlastním protetickým oddělením a rehabilitací. Má 40 lůžek, provádí i ambulanci péči — děti s rodiči bydlí v hotelu. Protetické oddělení má bezprostřední kontakt s rehabilitací, vyrábí ortézy, protézy a individuální pomůcky známých typů.

b) Rehabilitační centrum pro nemocné s poškozením míchy (prof. Poeslack) má padesát lůžek pro dospělé a dvanáct lůžek pro děti; zde se provádí primární ošetření zraněných po úrazech míchy (včetně resuscitace a operací) a léčebná rehabilitace, dalších padesát lůžek slouží pro pracovní rehabilitaci dospělých, při níž je prováděna i rehabilitace léčebná. Rehabilitační oddělení provádí převážně individuální LTV, LP a LVS. Je zajímavé, že individuální LTV (cvičení na lehátku, stavení na stojanu, nácvik stoje a držení, cvičení v závěsu) se provádí v jedné velké, ničím nedělené místnosti. Mají zde i trenážer pro nácvik ručního ovládnutí řízení osobního automobilu (s automatikou), ovládnutí je jen jednou pákou (dopředu brzda, dozadu plyn). Všechny dveře, kde se pohybují pacienti, mají automatické otevírány (signalizace radarem). Zúčastnil jsem se vizity prof. Poeslacka na rehabilitačním oddělení: ošetřující lékař informoval o stavu pacienta, RP předváděla co pacient dovede, profesor konzultoval další průběh celé léčby včetně sociálních potřeb, pomůcek, dalšího rehabilitačního plánu apod. Vizity se zúčastnilo cca dvacet osob, patrně i stážisté. V tělocvičně je zařízení pro lukostřelbu, kuželky, šerm, stolní tenis. Velký bazén a fyzikální terapie patří k ortopedické klinice. K centru patří venkovní cvičební plochy a sportoviště, park a přístavací plocha pro vrtnulníky. Pracovní rehabilitace je prováděna teoreticky (učebny) i prakticky (dílny): kovodílna, dílna pro kancelářské práce s výcvikem obsluhy psacích strojů, dálnopisů, výpočetní a počítačové techniky.

c) Rehabilitační centrum pro děti a mladistvé Neckargemünd
Obrovský komplex cca 14 velkohmotných budov (další tři jsou ve výstavbě), t. č. 1060 lůžek pro děti od předškolního věku do 18 let.

Součástí rehabilitačního programu je léčebná rehabilitace, předškolní a školní výuka. Školní výuka: základní škola (5 let), gymnasium či reálka (5 let), vyučení (věk

není omezen). Nejčastější diagnózy: dětská mozková obrna, spina bifida, úrazové a neúrazové para-, quadru- a hemiparezy či plegie, hemofilie, děti s vadami oběhového a ledvin, dysmelie.

Je zde i rehabilitační poradna — jednak pro ambulanty, jednak pro děti hospitalizované event. i s rodiči na 4–6 týdnů, která provede komplexní funkční vyšetření, udělá krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán, vybavuje či doporučuje pomůcky, radí rodičům a učitelům těchto dětí.

Na úseku LTV pracuje na rehabilitační klinice (80 lůžek) 7 RP + 5 praktikantů (tito na jeden rok), na školních odděleních (560 lůžek) 20 RP + 2 praktikantů při výučních poměrech (360 lůžek) 8 RP + 2 praktikanti.

Je zde velké oddělení pro léčbu prací kde v kovodílně vyrábějí, respektive upravují speciální lokomoční pomůcky pro děti: šlapací auto a tříkolky různých velikostí (pro předškolní děti a dospělé).

Návštěvy jsou všude denně od 14 hodin. V hlavní budově — vertikální spojení velkoobjemové výtahy ovládané velkoplošnými tlačítky vodorovně uloženými ve výšce cca 80 cm, točité schodiště, na jehož vnitřní straně je tobogan (koryto umělé hmoty), kterým je možno sjet nejvyššího patra až po přízemí. V přízemí je pro rehabilitanty, personál i návštěvníky velký prostor, kde je samoobsluha (teplá a studená jídla, moučnický, potravinový, drogerie, suvenýry, papírnické zboží), bar (nápoje včetně piva, zmrzlina, šlehačka, káva) a prostory pro sezení (pro cca 200 osob). Zde i po celém venkovním areálu se pacienti pohybují pěšky, s pomůckami či bez, na kolech, tříkolkách, inv. vozíčkách (i pro ležící), mechanických a elektrických (šlapacích autech, minikárách) ale i na „prknech“ (skateboard). Je zde i velký společenský sál, teoretické i praktické učebny, zařízení pro kulturní a sportovní vyžití. Celý ústav je ve svazbě všechna spojení mezi budovami i spojení šena bez bariér — nájezdy a spojení na úrovni různých podlaží + současně i na ně svažité rampy. Nad ústavem jsou tovny zaměstnanců.

Všechna dosud popsána rehabilitační centra spojuje městská autobusová linka č. 35 RÚ Heidelberg, Weiblingen — 5 km — střed města — cca 7 km — ortopedická klinika Schlierbach —

9 km — RÚ Neckargemünd. Zde jezdí výhradně speciální autobusy. Jejich zadní část je snížena pro nástup tělesně postižených či vozíčkářů (z rampy na zastávkách). Zevnitř i zvenku je na autobusu tlačítko signalizující řidiči nástup či výstup invalidy.

D) Rehabilitační nemocnice Karlsbad-Langensteinbach

cca 20 km od Karlsruhe. Vznikla z malé místní nemocnice pro léčbu rakoviny, pak první přístavba a reprofilizace na rehabilitační nemocnici o cca 200 lůžkách, pak další přístavba, dokončená v roce 1976. Tato přístavba trvala šest let; vše nové včetně bytů pro personál, techniky a vnitřní vybavení, vodovodního přívaděče, cest stálo 110 milionů DM. (Počítaje náklady na výstavbu jednoho lůžka s kompletním vybavením 0,1 mil. DM). Ročně přejde touto nemocnicí 4500 pacientů. V současné době má rehabilitační nemocnice cca 11 budov vzájemně propojených s kapacitou cca 700 lůžek: 100 — ortopedie (dospělí i děti, operativa včetně endoprotéz — kyčle, kolena, prsty), 110 interna (vnitřní členění 10 psychosomatická onemocnění, 25 onkologie, 20 nefrologie včetně dialýzy, intenzivní péče, geriatric-gerontologie — kde leží i hemiplegici), 150 — neurologie (I — akutní: intenzivní + pooperační péče, II — konzervativní + rehabilitační — mozkové icty, paraplegie, III — neurochirurgie — po akutních úrazech mozku — v I. fázi 40 lůžek, ve 2. fázi 34 lůžek), 65 — oddělení pro paraplegiky, 60 psychická sociální onemocnění, 120 + 40 lůžek Berufstherapie za účelem přeškolení, t.j. doplňují jejich základní (předchozí) profese. Trvá to 6–9 měsíců: jsou zde teoretické i praktické učebny (kovodílna, jemná mechanika, elektrodílna, elektronika, zkušebna, kancelářská dílna) pro obory úřednické, kontrolní, výroba či oprava jemné mechaniky, elektriky, elektroniky. Je zde i poradna pro ty, kteří mohou plně dělat své původní povolání, ale s různými úpravami či způsobilostmi. Mají zde i dílny pro výrobu individuálních pomůcek.

Všechna klinická oddělení mají společné rehabilitační oddělení, které pro pacienty zajišťuje diagnostické rehabilitační úkony (včetně EKG, zátěž. testů, rtg, psychologického a sociologického vyšetření), rehabilitační terapeutické úkony: LTV,

sport, LP, FT, LVS a rehabilitační poradenství.

Zvláštnosti jednotlivých provozů

LTV: velký sál individuálních cvičení na lehátku — lůžko vedle lůžka (čtyři řady po osmi lůžkách), cvičí muže, ženy dohromady. Jedna řada lůžek vybavena pro cvičení v závěsu či proti odporu (gumy). Je zde i sklopné lůžko. Vedle sálu pro individuální nácvik chůze: několik ohrádek, zrcadla, volná plocha, sklopné lůžko. Kromě toho mají pět cvičeben pro individuální LTV (1–2 lehátka) pro nemocné, kteří se obtížněji soustřeďují. Zde také dělají FT (jen jediný přístroj pro elektroléčbu). Tři tělocvičny: pro stolní tenis a lukostřelbu, pro skupinovou LTV (každá cca 6x30 m), pro hry (rozměry hřiště na košíkovou). Bazén — vody po hrudník, bez posunlivého dna.

LP: 6 velkých dílen, dělají pouze cílenou ergoterapii jen tam, kde je vysloveně nutná. Mají ještě detašované dílny na odděleních (psychiatrie, ortopedie). Přípravu pro návrat do povolání dělá oddělení Berufstherapie.

Velké oddělení LVS — výchovy k soběstačnosti: dvě kuchyně, pokoj, toaleta + vana. Deset pacientů denně, ale každý je zde 1–2 hod. Mají zde katalogy pomůcek — kromě domácích (Meyra, Ortop. Kiel) i dánské: fy Thomas, Walkmühlenstrasse 1. D—2140 Bremezörde a fy Mayland Smith, SBORG HVEDGABE B—1, D—2860 Kopenhagen. Také západoněmecký svaz ergoterapeutů posílá seznam všech možných pomůcek s adresami výrobců — na adrese: Verband der Ergotherapeuten, Frau Rega Schaeffgen, Postfach, D—3134 Bergen (Dumme, BRD. E) Rehabilitační centrum Bad Krozingen.

Pro srdečně a oběhově nemocné, cca 15 km od Freiburg na francouzsko-švýcarských hranicích. Dostaveno v roce 1970, před několika lety přístavba traktu pro srdeční chirurgii, jednotky intenzivní péče a pro výpočetní středisko a databanku.

RÚ má 250 lůžek, 40 lékařů, 9 rehabilitačních pracovníků. Přijímá pacienty s ischemickou chorobou srdeční, chlopenními vadami, myokarditidami.

Ročně hospitalizováno 3578 pacientů, průměrná ošetrovací doba 2—3 týdny, ambulantně 4200 pacientů. Průměrné náklady na lůžko a den 225 DM. Ústav provádí kompletní vyšetření, biochemické vyšetření, rentgen (velikost srdeční), EKG, fonovekto- a echokardiografii, klidové i zátěžové vyšetření plicních funkcí, zátěžové testy s EKG, EKG telemetrie a EKG střádače (speichery), pravostrannou i levostrannou srdeční katetrizaci s měřením tlaků, vnitrosrdeční EKG, kontrastní EKG vyšetření včetně koronarografie — a to v klidu a při zátěži (na bicyklovém ergometru vleže). Nezařízené jsou dosud oddělení nukleární medicíny.

Na základě stanovení přesné diagnózy včetně funkčního stavu stanoví se terapie — medikamentosní, pohybová, psychoterapie, chirurgická. Způsob léčby se určuje týmově na seminářích, které vede lékařský ředitel (prof. Roskamm) přítomní jsou hlavní chirurg, lékaři diagnostických a terapeutických částí, referující lékaři + každý kdo se chce zúčastnit. Promítají se EKG křivky, rtg snímky včetně filmů zátěžové angiografie. Zde se probírají i léčebné výsledky.

Chirurgická terapie: Na třech supersterilních sálech (včetně sterilizace celého stolu v komoře s formalinovými parami) se provádějí dvě až tři operace denně — nejčastěji koronární bypasy, operace chlopenních vad včetně implantace umělých chlopni, implantace kardiostimulátorů (za 5 dní jde pacient domů). Před operací či po ní je v RÚ 60—80 pacientů. Ostatní jsou léčeni konzervativně.

Pohybová terapie
Individuální včasná mobilizace po infarktu myokardu:

- 1.— 3. den: nenáročná cvičení vleže na jednotce intenzivní péče,
 - 4.— 7. den: cvičení i v polosedě na jednotce intermed. péče,
 - 8.—13. den: cvičení vsedě, nohy dolů z postele,
 - 14.—18. den: chůze,
 - 19.—21. den: chůze po schodech.
- Sledoval jsem půl dne 1 RP. Každá RP má denně cca 7 pacientů, cvičí s nimi dvakrát denně cca 15 min. Pacienti jsou při tom monitorováni + Pulsotachometr. Schéma je individuálně měněno dle ordinace lékaře.
- Skupinová terapie (cvičí cca 120 lidí denně) se skládá:

30 min. z chůze venku,
15 min. z cvičení v tělocvičně,
15 min. z plavání,
15 min. z tréninku na ergometru.

Většinou jsou pacienti při všech typech skupinového cvičení, cvičí-li poprvé, monitorováni telemetricky (i v bazénu při chůzi po městě). Současně jsou telemetricky sledováni čtyři pacienti, skupinu vede RP, která má vysílačku. Při potížích při chůzi venku je v pohotovosti resuscitační sanitka. Centrální telemetrické pracoviště nahrává záznamy na pásku s možností grafického zápisu EKG, opakování záznamu či nového zapsání. S tělocvičnou i bazénem má stály zvukový i zrakový kontakt (průmyslová televize).

Při skupinovém cvičení mají všichni pacienti nalepeny elektrody, každý má svoje, lepší si je sami podle jednoho schématu. EKG se však sleduje jen při potížích, vždy při ergometrii. Při ergometrickém tréninku sleduje 1 RP 8 pacientů. Ve cvičebně je 16 ergometrů LODE (tiché) + 4 rezervní, pacienti jsou zapnuti na přístroj Hellige — pro 16 pacientů, který u každého ukazuje tepovou frekvenci, 4 soušední pacienty je možné sledovat na osciloskopu (EKG), první stopu je možné zapisovat.

Do skupin jsou přidělováni pacienti podle klinického vyšetření, EKG změn, velikosti srdce a ergometrie. Nejslabší skupina chodí rychlostí 2 km/hod., druhá 4 km/hod., třetí 6 km/hod.

V bazénu poprvé (při telemetrii) 8 min. chodí, pak kdo umí plave 2 min. Další trénink 10 min. plave či chodí. (Cvičení ve vodě se nedělá). Další tréninky v bazénu jsou jen pro ty, co umějí plavat. Trénink na ergometrech — v I. skupině mají všichni 25 W, po pěti minutách šlapání jedna minuta pauza. Ve skupinách schopných větší zátěže šlapou 50, 75 a více W.

Z FT nepoužívají vodoléčbu, jen v indikovaných případech diatermie, DD proudy, inhalace (předoperační příprava). Když chce, může si zkusit saunu (poprvé vždy na telemetru). Jsou zkušenosti, že sauna neškodí.

Na mnoha místech RÚ (u tělocvičny u bazénu apod.) je zařízení pro první pomoc: pojízdné lehátko, defibrilátor, dýchací přístroj, léky + alarm na přivolání lékaře.

Léčba prací (berufsterapie) má důležitou

úlohu, úřednickou, kovodílnu (stroje) a dřevodílnu. Chodí tam jen ti pacienti, kteří tam chtějí pracovat, nebo kdo je tam poslán za účelem vyšetření (telemetrie). Tato vyšetření slouží ke stanovení pracovní schopnosti při ukončení léčby.

Pacienti mohou mít i dlouhodobě sledován EKG na malý přenosný magnetofon (Speicher). Těchto mají 15 kusů. Záznamy se přehrávají zrychleně na analyzátoru, který synchronizuje EKG a sám se zastaví, objeví-li se abnormalita (možno nastavit která: bradykardie, tachykardie,

AKUPUNKTURISTICKÉ PRACOVNÉ DNI V PIEŠTANOCÍCH 2. A 3. NOVEMBRA 1979

Pracovní podujatie lekárov akupunkturistov z celej ČSSR usporiadala Komisia akupunktúry pri Slovenskej fyziatrickej spoločnosti v spolupráci s Komisiou pre akupunktúru pri Českej fyziatrickej spoločnosti v prednáškovj sále LD Slovan v Piešťanoch. Na schôdzi sa zúčastnilo 127 lekárov z celej ČSSR, ktorí sa aktívne zúčastnili na 32 prednesených prednáškach.

Rokovanie bolo rozdelené do dvoch častí. V prvej, nazvanej Aktuality v akupunktúre, ktorá sa konala 2. novembra, odznelo 12 prednášok dotýkajúcich sa tak otázok odborných, ako aj druhu problémov organizačno-metodických. Po otvorení, ktoré vykonala Haspelová (Piešťany), predniesol úvodný referát na tému Klasifikácia senzitivných nervových zakončení z hľadiska stavby, funkcie a reflexných terapií Malinovský (Brno). Šmirala (Bratislava) referoval o súčasnom stave československej a svetovej akupunktúry. Ďalej nasledovali referáty o poznatkoch získaných na vrcholných akupunkturistických podujatiach v zahraničí. Správu o VI. germano-latinskom sympóziu o akupunktúre, ktoré sa konalo v Mníchove v dňoch 21.—23. 9. 1979, predniesol Umlauf (Brno). O priebehu VI. svetového kongresu akupunktúry, ktorý sa konal v dňoch 17.—22. júna 1979 v Paríži, predniesli Šmirala (Bratislava) a Šimig (Dudince). Bangha (Bratislava) referoval o poznatkoch získaných z trojmesačného školenia v akupunktúre v Moskve. V závere dopoludňajšieho programu informovali Miklánek (Kladruby) a

die, extrasystola]. Pri zastavení se na čtyřech rádcích obrazovky objeví záznam za deset posledních sec. Ten je možné zapsat na zapisovač (i opakovaně). Na záznam je možné zapsat i histogram častosti výskytu jednotlivých tepových frekvencí, k posouzení intenzity zátěže a reakce na ni v delším časovém průběhu.

O údržbu přístrojů a opravy se starají vlastní údržbaři, eventuálně nedaleká továrna Hellige.

Dr. V. Kríž

Růžička (Olomouc) o vydání publikácie „Základy praktické akupunktury“, ktorá vyšla ako suplementum 17 časopisu Rehabilitácia r. 1978.

V odpoľudňajšej časti rokovania bola veľmi zaujímavou a podnetnou prednáška Umlaufa (Brno) o vzťahu endomorfínov a teórie vrátkových mechanizmov pri výklade mechanizmov antalgického pôsobenia akupunktúry. V ďalšom príspevku Sukupová, Rojka a Buřival (Brno) referovali o vlastných výskumoch v oblasti problematiky detekcie aktívnych bodov akupunktúry. Zaujímavé boli aj prednášky Soukupa (Praha) z oblasti tradičnej akupunktúry a Horáka (Poděbrady) z oblasti výskumu dejov podráždenia v aktívnych bodoch. V závere prvého dňa rokovania upozornil Šimig (Dudince) na niektoré nežiadúce reakcie pri liečbe akupunktúrou.

Vo večerných hodinách si účastníci pracovných dní mali možnosť prezrieť zariadenia Čsl. štátnych kúpeľov v Piešťanoch. Spoločná večera a priateľské posedenie vo vinárni Váh boli príležitosťou k vzájomnému spoznávaníu, k výmene poznatkov a skúseností a k nadväzovaniu plodných pracovných kontaktov.

Druhý deň rokovania bol tematicky vyhradený otázkam experimentálnych a klinických výsledkov použitia akupunktúry v jednotlivých odboroch súčasnej medicíny. Rokovanie otvoril Kajdoš (Praha), ktorý referoval o možnostiach tzv. holistickej techniky akupunktúry pri vertebrogných bolestivých stavoch. O možnostiach využitia pulzovej diagnostiky v psy-

chiatríi a v internej medicíne hovorili Rosinský (Veľké Zálužie) a Rosina (Poprad). Vlastné skúsenosti s vykonávaním chirurgických výkonov v aktívnych bodoch u obštrukčných pľúcnych ochorení predniesli Umlauf, Olejníček a Novák (Brno). Mócik (Nitra) referoval o dobrom terapeutickom efekte akupunktúry u pooperačného singultu. O možnostiach ovplyvnenia funkcie pľúc u reverzibilných obštrukčných porúch referoval Bangha (Bratislava). V závere dopoludňajšieho rokovania upútala prednáška Šimáčka (Pardubice), zaoberajúca sa prínosom akupunktúry do diferenciálnej diagnostiky niektorých abdominálnych ochorení.

V úvode poslednej časti rokovania Němeček (Plzeň) predniesol prednášku Vplyv akupunktúry na cystoadaptometrické vyšetrenie u enuretikov. Vzťahom akupunktúry k urologickej problematike sa zaoberali aj prednášky, ktoré predniesli Dörr (Brno) a Justus (Topoľčany). Jandová (Veľké Losiny) a Kopečný (Olomouc) sa zaoberali tzv. akvapunktúrou a jej liečebným efektom u syndrómov poruchy aferencie. O ďalšej z modifikácií akupunktúry — o sonopunktúre a jej predbežných výsledkoch pri liečbe vertebrogénnych ochorení — referoval Škvaril (Nitra). Chrančok (Želiezovce) predniesol kazuistiku pacienta liečeného akupunktúrou pre difúziu alopeciu. O vlastných dobrých skúsenostiach s použitím akupunktúry v rámci komplexnej liečby astma bronchiale referovali Drasnár a Paleček (Tatranská Polianka). Zaujímavé boli aj kazuistiky liečby sakroilitídy a periorálneho akzému akupunktúrou, ktoré predniesli Sabová (Martin) a Solár s Miklášovou (Ilava). Možnosťami využitia antalgických účinkov akupunktúry v geriatríi sa zaoberal Šrajter (Nové Zámky). Debef (Štramberk) referoval o vlastných skúsenostiach s používaním akupunktúry ušnice (aurikuloterapie) v ambulancii závodného lekára. Dobré výsledky liečby posttraumatickej straty čuchu akupunktúrou prezentovali Solár a Miklášová (Ilava). Na záver odborného programu odznela prednáška Nováka (Čáslav) o liečbe diabetu akupunktúrou a magnetopunktúrou.

Záverečné hodnotenie akupunkturistických pracovných dní vykonal Umlauf (Brno), ktorý konštatoval sústavne vzras-

tajúci záujem našej lekárskej verejnosti o akupunktúru a stály vzrast jej odbornej úrovne a prestíže v súčasnej medicíne. Naznačil súčasne aj niektoré negatívne tendencie súčasnej akupunktúry, najmä jej časté používanie aj u neindikovaných prípadov a jej vykonávanie lekármi často nedostatočne erudovanými na strane jednej a neobjektívnou kritikou spolu s vytváraním prekážok jej ďalšieho rozvoja na strane druhej.

Komplexným riešením problematiky súčasnej akupunktúry v ČSSR sa na spoločnej schôdzi zaoberali členovia výborov komisií akupunktúry pri SFS a ČFS. Jednomyseľné prijaté uznesenie obsahuje návrhy na optimálne doriešenie situácie v oblasti doškoľovania lekárov v akupunktúre. Navrhujú zriadenie kabinetov akupunktúry pri ILF v Prahe a v Bratislave a ich obsadenie na základe konkurzného konania, skvalitnenie výberu účastníkov tematických kurzov v akupunktúre, najmä vzhľadom na potreby dislokácie, zastúpenia všetkých hlavných medicínskych odborov a na potreby novozriaďovaných pracovísk akupunktúry. Ďalej navrhujú, aby sa lekárom, ktorí vykonávajú akupunktúru už dlhší čas na dobrej teoretickej i praktickej úrovni, umožnilo získať špecializáciu v akupunktúre na základe vykonania politicko-odborného pohovoru. Na spoločnej schôdzi výborov komisií akupunktúry pri ČFS a SFS sa ďalej hovorilo o otázkach sprístupnenia odbornej akupunkturistickej literatúry, najmä prekladom sovietskej učebnice autorov Vogralik-Vogralik a o ostatných otázkach, ktorých riešenie bude smerovať ku skvalitneniu lekárskeho služieb na úseku akupunktúry a k ich sprístupňovaniu čo najširšiemu okruhu chorých.

Náplň a priebeh akupunkturistických pracovných dní jednoznačne ukázali, že akupunktúra sa aj u nás stále viac uplatňuje vo všetkých odboroch súčasnej modernej medicíny, a to ako metodika nielen liečby, ale aj prevencie a diagnostiky a že sústavne narastá aj množstvo jej rôznych modifikácií. Rokovanie československých akupunkturistov konečne poukázalo aj na ekonomickú výhodnosť akupunktúry a možnosti jej použitia v zdravotníckych zariadeniach prvého kontaktu a v neposlednom rade aj na skutočnosť, že sa dostáva stále viac na moderné medicínske základy. Dr. J. Smirala, Bratislava

SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Ostav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, katedra rehabilitačních pracovníků, připravuje na školní rok 1980/81 následující školící akce

Kursy

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, II. semestr

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1980

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 11. 5. 1981 — 22. 5. 1981

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova, IV. semestr

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia, kteří úspěšně absolvovali 1. rok studia

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 6. 4. 1981 — 17. 4. 1981

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Kurs pomaturitního specializačního studia v úseku léčba prací, II. semestr — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky zařazené do dálkové formy pomaturitního specializačního studia k 1. 9. 1980

Místo konání: Brno

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 2. 3. 1981 — 13. 3. 1981

Náplň: Obtížnější úseky náplně pomaturitního specializačního studia

Tematický kurs v pokrocích v léčebné rehabilitaci

Určení: Pro lékaře pracující na rehabilitačních odděleních ÚNZ a jejich rehabilitační pracovníky

Místo konání: Praha

Doba trvání: 2 týdny

Termín: bude určen ILF

Náplň: Pokroky v jednotlivých rehabilitačních postupech, léčebná tělesná výchova, léčba prací, sociální a psychologické problémy, návaznost na pracovní rehabilitaci. Řízení oboru.

Poznámka: Kurs je společnou akcí kabinetu léčebné rehabilitace ILF v Praze a katedry rehabilitačních pracovníků ÚDV SZP v Brně pro lékaře a rehabilitační pracovníky z jednoho pracoviště

Tematický kurs v léčebné rehabilitaci nemocných s vertebrogenními poruchami

Určení: Pro lékaře rehabilitačních oddělení a jejich rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují a neabsolvovali kurs v letech 1978, 1979

Místo konání: Praha

Doba trvání: 2 týdny

Termín: určí ILF

Náplň: Nejnovější poznatky v léčení vertebrogenních poruch, a to jak z hlediska terapie, tak diagnostiky funkčních svalových poruch, rehabilitačního, sociálního, posudkového a pracovní rehabilitačního přístupu

Poznámka: Kurs je akcí kabinetu léčebné rehabilitace ILF v Praze a katedry rehabilitačních pracovníků ÚDV SZP v Brně pro lékaře a rehabilitační pracovníky z jednoho pracoviště

Tematický kurs v rehabilitaci v gynekologii a porodnictví — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují, přednostně pro ty, kteří absolvovali školící místo v roce 77/78, 79/80

Místo konání: Brno

Doba trvání: 1 týden

Termín: 6. 10. 1980 — 10. 10. 1980

Náplň: Léčebné rehabilitační postupy v gynekologii a porodnictví. Problematika před a pooperační péče. Spolupráce v rámci komplexní ošetrovatelské péče

Tematický kurs v léčebné tělesné výchově po operacích nosných kloubů dolních končetin, včetně endoprotéz — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky na ortopedických, traumatologických a chirurgických odděleních NsP III. a vybraných NsP II

Místo konání: Rehabilitační ústav Kladruby a Vlašimi

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 6. 10. 1980 — 17. 10. 1980

Náplň: Fyziologie a patofyziologie nosných kloubů, druhy operací včetně endoprotéz, patofyziologické změny v pooperačním průběhu endoprotéz, léčebná tělesná výchova a léčebná výchova k soběstačnosti v časném a pozdním stadiu, další životní režim

Tematický kurs v komplexní rehabilitační péči u geriatrických pacientů

Určení: Pro rehabilitační pracovníky ze zdravotnických zařízení a léčeben dlouhodobě nemocných

Místo konání: Praha

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 1. 6. 1981 — 12. 6. 1981

Náplň: Možnosti využití metodik léčebné rehabilitace v geriatrii. Sebeobsluha, soběstačnost a samostatnost starých lidí. Využití kompenzačních pomůcek

Tematický kurs v reflexní masáži

Určení: Pro rehabilitační pracovníky lázeňských organizací

Místo konání: Čs. státní lázně Mariánské Lázně

Doba trvání: 3 týdny

Termín: 13. 10. 1980 — 31. 10. 1980

Náplň: Speciální fyziologie reflexních dějů, techniky masáže, teoreticky i praktický výcvik

Školící místa

Školící místo v Kabatově technice — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří úspěšně absolvovali kurs v Kabatově technice a byli vybráni pro funkci školitele

Místo konání: Praha

Doba trvání: 1 týden

Termíny: 6. 10. — 10. 10 1980

10. 4. 1981

8. 12. — 12. 12. 1980

12. 6. 1981

9. 2. — 13. 2. 1981

Náplň: Ověření schopností rehabilitačních pracovníků pro výuku Kabatovy techniky

Školící místo v rehabilitaci skoliózy — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují. Přednostně jsou ty, kteří absolvovali kurs v rehabilitaci dětí se skoliózou v ÚDV SZP v Bratislavě v letech 1978/79

Místo konání: Brno, pracoviště ortopedické kliniky FNŠP

Doba trvání: 2 týdny

Termíny: 22. 9. — 3. 10. 1980

6. 10. — 17. 10. 1980

27. 10. — 7. 11. 1980

5. 1. — 16. 1. 1981

26. 1. — 6. 2. 1981

Náplň: Nejnovější poznatky z léčebné rehabilitace nemocných se skoliózou. Léčebná tělesná výchova v návaznosti na progresivní operační stupně

Školící místo v léčbě prací — celostátní

Určení: Pro rehabilitační pracovníky a státní odborné pracovníky, kteří v uvedené problematice pracují

Místo konání: Hrabyně, pracoviště Rehabilitační ústav

Doba trvání: 2 týdny

Termín: v průběhu školního roku

Náplň: Teoretické a praktické problémy léčby prací, kineziologie pracovní činnosti, možnosti, využití

Školící místo v léčebné tělesné výchově u pouřazových stavů

Určení: Pro rehabilitační pracovníky, kteří pracují v pouřazové rehabilitaci a neprošli školícím místem v letech 1978/79

Místo konání: Kladruby u Vlašimi, pracoviště: Rehabilitační ústav

Doba trvání: 2 týdny

Termín: 3. 11. — 14. 11. 1980

24. 11. — 5. 12. 1980

Náplň: Individuální a skupinová léčebná tělesná výchova u nemocných úrazech

B. Chlubnová, B.