

# Rehabilitácia

ČASOPIS PRE OTÁZKY LIEČEBNEJ A PRACOVNEJ REHABILITÁCIE

## OB SA H

- EDITORIAL
  - M. Palát*: Psycholinguistika v rehabilitácii chronicky chorých . . . . . 129
- PŮVODNÉ VEDECKÉ PRÁCE
  - E. Thurzová*: Príspevok k metodike Schoberovho testu a jeho použitiu v klinickej praxi . . . . . 131
- METODICKÉ PRÍSPEVKY
  - V. Smitka*: Problémy reedukace gerontů organiků, zvláště afatiků . . . . . 139
  - M. Škapík, M. Bělohávková*: Léčebná tělesná výchova při lázeňském léčení vředové choroby dvanáctníku . . . . . 145
  - A. Zúrková*: Psychologická problematika při úrazoch pohybových orgánov u starých osôb . . . . . 153
- KAZUISTIKA
  - A. Gúth, Z. Brndiarová, M. Palát*: Laesio nervi mediani . . . . . 159
- DOŠKOLOVANIE
  - J. Vasilová*: Svetonázor v živote a praxi stredných zdravotníckych pracovníkov . . . . . 167
- HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ . . . . . 175—179
- RECENZIE KNÍH . . . . . 138, 144, 152, 166, 173, 180—187
- SPRÁVY Z ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ . . . . . 189
- SPRÁVY Z ÚSTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP 190—192



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

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

This journal is indexed and abstracted by *Excerpta Medica*.

## Rehabilitácia

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

Vydáva Vydavateľstvo OBZOR, n. p., ul. Československej armády 35, 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 Kriz, 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 štvrtročne, cena jednotlivého čísla Kčs 6,-

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

Registračné číslo: SŤI 10/9

Číslo vyšlo v júli 1981

# Rehabilitácia

ROČNÍK XIV/1981

ČÍSLO 3

## EDITORIÁL ...

### PSYCHOLINGUISTIKA V REHABILITÁCIACH CHRONICKY CHORÝCH

Vedecký, kultúrny a technický vývoj súčasnej spoločnosti, ktorý postihuje všetky oblasti života moderného človeka, našiel svoj odraz aj v dnešnom lekárstve. Rozvoj diagnostiky, komplexný program -diferenciálnej diagnostiky, záplava nových terapeutických postupov a neprehľadný tok liečiv sú dokladom účasti dnešného lekárstva na technickom rozvoji vedy o človeku. Objavuje sa však aj druhá stránka mince - neprehľadné množstvo informácií o danej oblasti so všetkými negatívnymi javmi tohto fenoménu. Lekár, či už praktický alebo odborný, pracujúci v prvej línii alebo v špecializovanom zariadení, je nútený stretávať sa s týmito informáciami, musí ich hodnotiť a integrovať do vlastnej odbornej práce. Rovnakú situáciu však možno vidieť aj u pacientov, predovšetkým chronických, ktorí sa stretávajú v ambulancii či na lôžku v nemocnici s touto záplavou nových pojmov, termínov a výrazov, znamenajúcich medicínsku informáciu s presným odborným významom. Zatiaľ čo lekár, lingvisticky a odborne zvládne relatívne dobre a rýchlo práve sémantičku náplň daného termínu či odbornej informácie, u chorého a najmä chronicky chorého je situácia oveľa zložitejšia.

Aj keď súhlasíme s Halhuberovou teóriou, že každý pacient je špecialista v oblasti svojej choroby, predsa len je iluzórna predstava, že pacient presne rozlišuje sémantiku každého odborného výrazu, termínu, či informácie. Iste, pacient vo vlastnom záujme sa zaoberá aj odbornou problematikou svojej choroby, vrátane významu jednotlivých termínov, s ktorými sa stretáva v komunikácii s lekárom či iným zdravotníckym pracovníkom, no predsa len nie vždy dobre pozná vecnú náplň týchto termínov. Neznalosť, resp. nepresná znalosť významu jednotlivých odborných termínov, výrazov a informácií má potom za následok, že pacient, ktorý trpí predovšetkým chronickou chorobou, môže mať skreslené informácie o nej, o jej priebehu, o nebezpečenstvách vyplývajúcich z tejto choroby, či nedostatočné informácie o terapii, prevencii, sekundárnej prevencii a rehabilitácii danej choroby. Táto skutočnosť môže mať za následok v určitých prípadoch objavenie sa neurotických rysov, či už depresívneho alebo anxiózneho zafarbenia.

Rehabilitácia chorých s chronickými chorobami najrôznejšej etiológie predstavuje v súčasnosti jeden z moderných smerov dnešnej medicíny. S cieľom

obnoviť fyzickú a pracovnú samostatnosť u chronických chorých a zlepšiť kvalitu života postihnutého jedinca snaží sa rehabilitačná medicína prístupom k chorému komplexne, teda nielen z hľadiska obnovy fyziologických funkcií postihnutých základným chronickým ochorením, ale aj z hľadiska úpravy psychosociálnych funkcií, ktoré bývajú u chronických chorých sekundárne vždy postihnuté. Tento komplexný prístup odlišuje rehabilitačné lekárstvo od odborov medicíny akútne zameraných. Snahou rehabilitačného lekárstva je teda venovať pozornosť aj otázkam nie priamo medicínskym, napr. otázkam psychosociálnym a, ako ukazujú niektoré práce našej pracovnej skupiny, aj otázkam postojov chronicky chorého človeka. Vypracovali sme vlastnú konštrukciu dotazníka, používajúceho metódy sémantického diferenciatu, pomocou ktorého môžeme zisťovať postoje jednotlivých pacientov k niektorým výrazom, s ktorými sa stretávajú v zdravotníctve. Na základe vyhodnotenia takto získaných informácií o postojoch chorých môžeme analyzovať ich sémantický priestor. Hovoríme, že sémantický priestor chorých s chronickými chorobami je charakterizovaný interpretáciou získanej odbornej informácie pacientom samotným, ktorá je daná stupňom informovanosti pacienta o danom probléme, faktorom vzdelania, postojom pacienta k lekárovi či zdravotníckemu pracovníkovi, postojom pacienta k vlastnej chorobe a jej priebehu. Tieto jednotlivé vplyvy, tak ako sú tu spomenuté, určujú sémantický priestor chronického pacienta pre daný pojem, výraz či informáciu, a tento sémantický priestor u chorého zase spoluvytvára jeho vzťah k lekárovi, k chorobe, k medikácii a podobne. V súčasnosti sa hovorí o pojme „compliance“ — tento pojem charakterizuje plasticitu vzťahu lekára k chorému, k jeho chorobe a podobne — mal by byť morálnym krédom každého lekára či zdravotníckeho pracovníka, pretože predstavuje jeden z dôležitých momentov v celom diagnosticko-terapeutickom programe, najmä u chronicky chorého pacienta.

Dialektický vzťah lekára ako činiteľa, ktorý riadi celý diagnosticko-terapeutický program, k chorému, ako ho predstavuje „compliance“, a dobrá informovanosť chorého pacienta o medicínskom poli, kde sa pohybuje v rámci svojho chronického ochorenia, teda reálny a realistický sémantický priestor predstavujú určitý komplex, ktorý podľa nášho názoru okrem základných a špeciálnych odborných medicínsko-rehabilitačných postupov je predpokladom úspešných rehabilitačných programov.

Ak je cieľom modernej rehabilitačnej starostlivosti zlepšenie „kvality života“ chorých s chronickým ochorením, potom k tejto kvalite života neprispieva iba dobrá medicínsko-rehabilitačná starostlivosť po stránke fyziologickej a technickej, ale patrí k tomu aj citlivý zásah v oblasti psychosociálnych vzťahov, t. j. v oblasti dotyku chorého s jeho sociálnym a medicínskym prostredím, a to zas vyžaduje venovať pozornosť aj psychologickému interpretácii informácií daných alebo podmienených chorobným stavom pacienta, ale aj vnútornému spracovaniu týchto informácií samotným postihnutým človekom a nakoniec aj takto vytvoreným postojom, názorom a iným, často ani verbálne neformulovaným „imponderabiám“. Preto sme sa vynasnažili o určitú sondu do sémantického priestoru, v ktorom sa tieto odborné termíny nachádzajú, aby sme takto získali — dovoľte výraz — „informácie o dopade spracovaných informácií“ u osôb postihnutých chronickou chorobou a aby sme lepším poznaním ich postojov dokázali zlepšiť aj dialóg lekár — pacient a zefektívniť celý rehabilitačno-terapeutický proces.

Dr. M. Palát, Bratislava  
Doc. R. Štukovský, Bratislava

## PRÍSPEVOK K METODIKE SCHOBEROVHO TESTU A JEHO VYUŽITIE V KLINICKEJ PRAXI

E. THURZOVA

Výskumný ústav humánnej bioklimatológie, Bratislava  
Riaditeľ: prof. MUDr. J. Kolesár, DsSc.

**Súhrn:** Autorka analyzuje metódu vyšetrenia Schoberovho testu klasickým spôsobom a modifikovanú podľa Macraeho a Wrighta. Obe metódy použila pri hodnotení účinku 28-dňovej ambulantnej fyziatrickej liečby v súbore 42 chorých a ankylozujúcou spondylitídou a pri hodnotení účinku 28-dňovej kúpeľnej liečby u 50 chorých s AS II. až V. štádia. Modifikovaná metóda pri numerickom hodnotení neukázala žiadne výhody oproti pôvodnému testu. Autorka záverom odporúča venovať zvýšenú pozornosť exaktnému vyšetreniu Schoberovho testu, vyzdvihuje jeho diagnostickú hodnotu v klinických i epidemiologických štúdiách.

**Kľúčové slová:** Schoberov test — modifikácie — kúpeľná liečba — hodnotenie

U chorých s ankylozujúcou spondylitídou (AS) už po prvom ataku ochorenia ostávajú trvalé následky v statike a dynamike chrbtice, najmä lumbálnej. Statika chrbtice je najčastejšie porušená v zmysle predozadnom, s trvalými následkami v zmene tvaru chrbtice v zmysle kyfózy. Vymiznutie lumbálnej lordózy možno považovať už za kyfózu (7). V dôsledku rigidity lumbálnej časti chrbtice sa pri ohnutí trupu prenáša pohyb do vyššieho úseku chrbtice. Chorí v pokročilejšom štádiu robia predklon len aktiváciou bedrových zhybov, tzv. toporný predklon (7, 15). Pri pohľade na chrbticu zistíme, že tŕňové výbežky lumbálnych stavcov sa od seba neodďaľujú — nerozvíjajú sa, paravertebrálne prominujú svaly spastických vzpriamovačov trupu (mm. erectores trunci).

Pre objektívne hodnotenie pohyblivosti chrbtice boli vypracované rôzne metódy, ako napríklad metóda sériovej fotografie, meranie pomocou tzv. inklinometra a spondylometra (5, 8, 9). Bežné metódy merania používajú fixné anatomické body, olovnicu a pásmovú mierku. Vyšetrenie pohyblivosti chrbtice je doteraz stále zdrojom klinických omylov a dohadov (3, 14).

Schoberova metóda vyšetrenia lumbálnej chrbtice je známa od roku 1937. Je založená na distrakcii kožných značiek, ktoré sa pri anteflexii trupu od se-

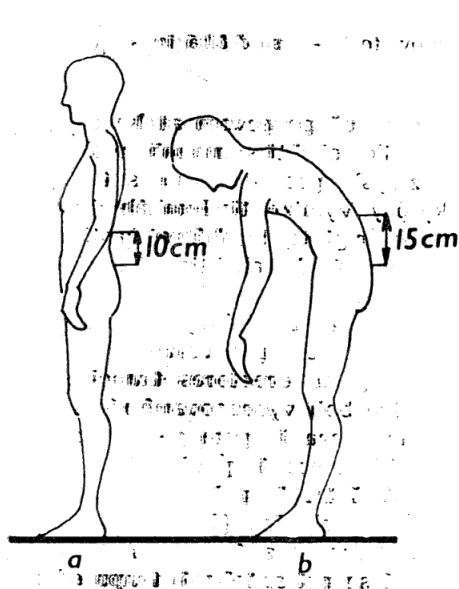
Prednesené na Celostátnych pracovných fyziatických a X. geriatrických dňoch, Trenčianske Teplice, 24.—26. apríla 1980.

ba oddalujú. Dolná značka vo výške spojnic oboch spina iliaca posterior superior zodpovedá trnovému výbežku piateho lumbálneho stavca. Pri maximálnom predklone v sagitálnej rovine u zdravého človeka sa táto vzdialenosť zväčší veľarovitým rozvinutím lumbálnych stavcov najmenej o 4 — 5 cm (obr. 1). U chorých s AS je táto hodnota najviac 3 cm, v krajnom prípade sa táto vzdialenosť vôbec nepredlži (1, 2, 4, 6, 10, 11, 13, 15).

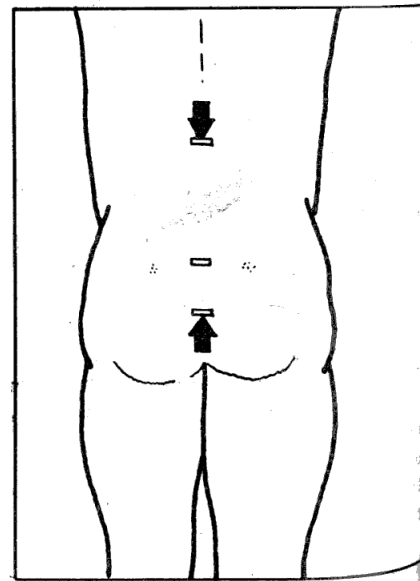
Pri modifikovanej metóde ide o vyznačenie tretej značky, 5 cm nadol od trňa L 5, celková vzdialenosť pri vzpriamenom stoji bude potom 15 cm (obr. 2). Ďalší postup testovania je ako pri pôvodnom Schoberovom. Pri pôvodnom označení sa pri anteflexii trupu obe značky na koži posúvajú nahor, lebo koža v tejto oblasti slabšie adheruje k hlbokým štruktúram, dobre však adheruje nad kostrčovou oblasťou. Meranie od bodu nad L 5 nadol je preto podľa autorov tohto modifikovaného testu presnejšie (8). Röntgenologicky dokázali, že pri oboch metódach je lineárny vzťah medzi distrakciou kožných značiek a skutočnou anteflexiou lumbálnej chrbtice, avšak modifikovaná metóda je presnejšia (8, 9). Autori ďalej dokázali priamu súvislosť Schoberovho testu s pohyblivosťou bedrových zhybov a s vekom — so stúpajúcim vekom hodnoty testu klesali, výraznejšie u žien. Váha a výška nemali významný vzťah ku flexii lumbálnej chrbtice.

**Materiál a metóda**

Na našom pracovisku sme vyšetrili Schoberovým testom, klasickou i modifikovanou metódou, 92 chorých s ankylozujúcou spondylitídou II. — V. kl.



Obr. 1. Schoberov test pri vzpriamenom stoji (a) a pri predklone (b) pacienta, pri hodnotení klasickou metódou



Obr. 2. Modifikovaná metóda Schoberovho testu podľa Macraeho a Wrighta (1969).

nického štádia, 74 mužov a 18 žien vo veku 27 až 67 rokov s priemerným vekom 45,07 roka (tab. 1). Najväčší počet chorých bol v V. štádiu ochorenia a vo vekovej skupine 51 až 60 rokov (tab. 2). Priemerné hodnoty Schoberovho testu na začiatku liečby nevykazovali pokles so stúpajúcim vekom, ako uvádzajú Macrae a Wright (8). Hodnoty Schoberovho testu súviseli s klinickým štádiom a s aktivitou ochorenia — v našom súbore boli zastúpené takmer všetky vekové skupiny v každom štádiu.

Klasickú a modifikovanú metódu Schoberovho testu sme použili ako jeden z funkčných testov chrbtice pri hodnotení účinku ambulantnej fyziatrickej liečby 42 chorých s AS a účinku kúpeľnej liečby 50 chorých s AS II. — V. štádia. Liečba trvala 28 dní, pozostávala pri ambulantnom spôsobe z kinezio-terapie (liečebná telesná výchova), hydrokinezio-terapie (plávanie) a elektro-terapie (ultrazvuk, diatrón na lumbosakrálnu oblasť, aplikovaných 3-krát týždenne). Kúpeľnú liečbu absolvovali chorí v kúpeľoch Piešťany počas 28 dní.

Tabuľka 1. Rozdelenie chorých s AS podľa štádií a veku.

Štádium	Absolútny počet	%	Priemerný vek	Vekový rozptyl
II.	23	25,0	37,4	28 — 55
III.	16	17,4	46,3	27 — 58
IV.	26	28,2	46,2	30 — 59
V.	27	29,4	49,8	32 — 67
Spolu	92	100,0	45,1	27 — 67

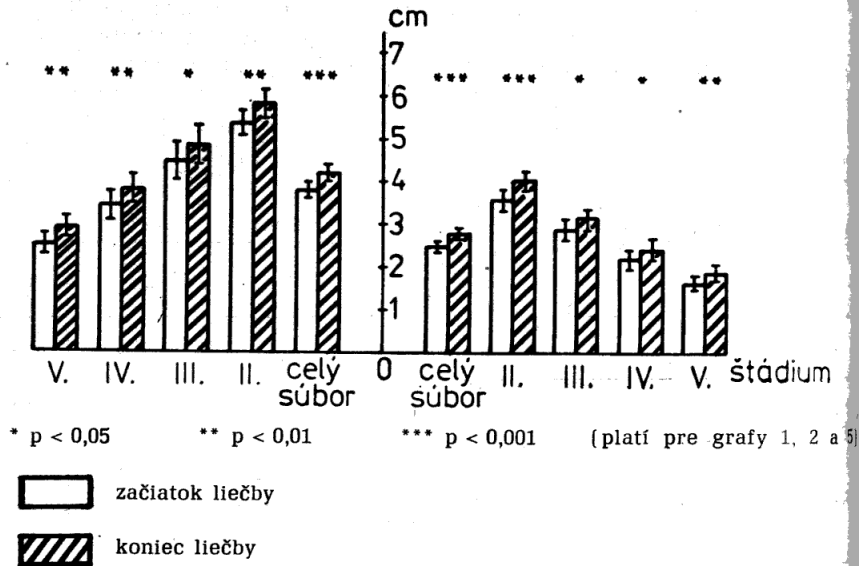
Tabuľka 2. Hodnoty Schoberovho testu u 92 chorých s AS na začiatku liečby podľa vekových skupín.

Veková skupina	Absolútny počet	%	Hodnoty testu v cm
21 — 30	9	9,8	3,05
31 — 40	23	25,0	2,26
41 — 50	28	30,4	2,37
51 — 60	29	31,5	2,56
Nad 61	3	3,2	2,66

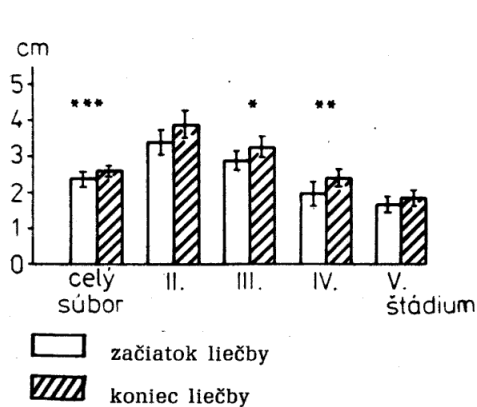
**Výsledky**

V celom súbore 92 chorých sa po liečbe štatisticky významne zvýšili hodnoty Schoberovho testu pri oboch metódach vyšetrenia (graf 1). Štatisticky

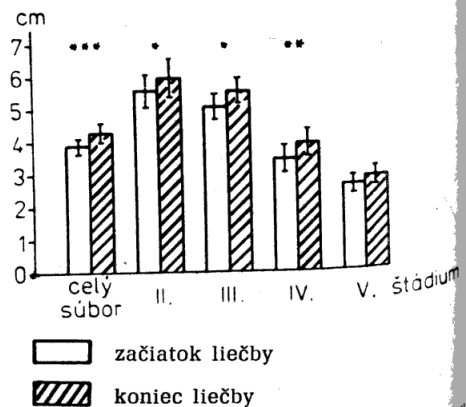
významné zlepšenie sme dosiahli aj v jednotlivých štádiách. Pri hodnotení podľa spôsobu fyziatrickej liečby priaznivý efekt sme dosiahli pri ambulantnej liečbe v súbore 42 chorých, rovnako pri hodnotení klasickou (graf 2) i modifikovanou metódou Schoberovho testu (graf 3). Podobné výsledky sme dosiahli i pri kúpeľnej liečbe v súbore 50 chorých (graf 4 a 5). Po kúpeľnej liečbe došlo k štatisticky významnému zlepšeniu aj v V. štádiu ochorenia, na rozdiel od ambulantnej liečby.



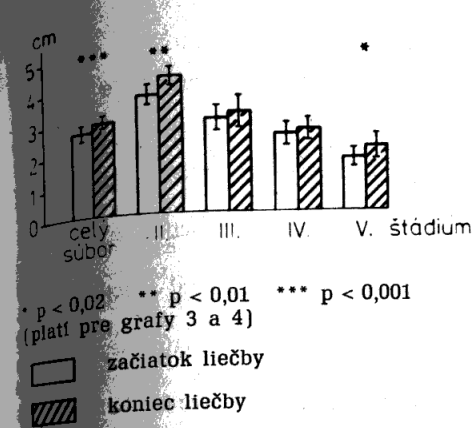
Graf 1. Pôvodný a modifikovaný Schoberov test u 92 chorých s AS na začiatku a na konci liečby.



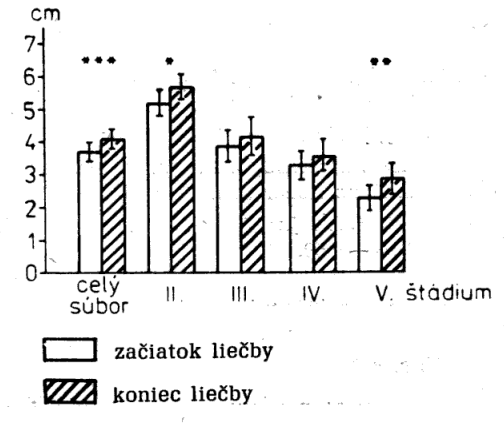
Graf 2. Pôvodný Schoberov test u 42 chorých s AS pri ambulantnej fyziatrickej liečbe



Graf 3. Modifikovaný Schoberov test u 42 chorých s AS pri ambulantnej fyziatrickej liečbe.



Graf 4. Pôvodný Schoberov test u 50 chorých s AS pri kúpeľnej liečbe.



Graf 5. Modifikovaný Schoberov test u 50 chorých s AS pri kúpeľnej liečbe.

Diskusia

Schoberov test je jedným z mála funkčných testov chrbtice, ktorého metodika je presne vymedzená, overená a je stanovený rozptyl normálnych hodnôt (3). V odbornej literatúre sa naďalej objavujú práce o jeho spresnení, s cieľom vylúčiť omyly pri klinickom hodnotení. Odporúčaná metóda podľa Macrae a Wrighta (8) zavedením tretej značky 5 cm nadol od trňového výbežku L 5 v našom pokuse pri numerickom hodnotení neukázala žiadne rozdiely oproti klasickej Schoberovej metóde. K podobným záverom došli vo svojej práci aj Calin a Fries (3). Modifikovaná metóda má opodstatnenie pri zisťovaní prípadov spondylitídy v populačných štúdiách a pri spresnení diagnostiky, ako udávajú jej autori.

Pri Schoberovom teste musíme venovať veľkú pozornosť stanoveniu kožných značiek, najmä dolnej, presnej identifikácii trňového výbežku L-5, od ktorej závisí presnosť celého vyšetrenia. Klinické nájdenie trňa piateho lumbálneho stavca nie je ľahké. Chybné umiestnenie dolnej značky vážne poškodzuje presnosť Schoberovho testu. Macrae a Wright (8) zistili, že klinická identifikácia L 5 bola vystavená omylu približne 2 cm, keď vykonali röntgenovú koreláciu. Pri umiestnení značky 2 cm vyššie ako uhol sklonu chrbtice o 15° menší, pri jej umiestnení o 2 cm nižšie od trňa L 5 bol uhol väčší o 14°. Pri modifikovanej metóde Schoberovho testu boli tieto omyly omnoho menšie ( $\pm 5^\circ$ ).

Schoberov test, pôvodný či modifikovaný, je veľmi cenným testom pri hodnotení účinku fyziatrických liečebných postupov, ako ukazujú aj naše výsledky. Je základným testom pri hodnotení postupu choroby i pri stanovení včasnej diagnózy ankylozujúcej spondylitídy. Ako uvádzajú Calin a Fries (3), Schoberov test je prekvapivo účinný pri odhalení zníženia pohyblivosti lumbálnej chrbtice, ktoré nepredpokladali. Možno ho použiť aj pri diagnostike iných lézií v oblasti lumbálnej chrbtice — blokádach, lumboischialgiách a koreňových syndrómoch (12). Nemal by chýbať v klinickom repertoári žiadneho pracovníka či pracovníka, ktoré rieši problematiku bolesti v krížoch z hľadiska diagnostického alebo terapeutického.

LITERATÚRA

1. ARLET, J., MOLE, J.: Traitement physique des rheumatismes. Maison et Cie éditeurs, Paris, 1971, 294 s.
2. ČEPOJ, J. M.: Bolezn̄ Bechtereva. Moskva, Medicina, 1976, 103 s.
3. CALIN, A., FRIES, J. F.: Ankylosing spondylitis. Discussion in patient management. Bern, Hans Hüber Publisher 1978, 117 s.
4. ĎURIANOVÁ, J.: Kineziológia. In: Kolesár, J. a kol.: Fyziatria. Martin, Osveta 1980, s. 14 — 59.
5. HART, F. D., STRICKLAND, D., CLIFFE, P.: Measurement of spinal mobility. Ann. Rheum. Dis., 33, 1974, č. 2, s. 136 — 139.
6. LÁNIK, V. a kol.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia II. Martin, Osveta 1969, 385 s.
7. LENOCH, F. a spol.: Spondylarthritis ankylopoetica Strümpell-Pierre-Marie-Bechtěrev a její komplexní lázeňská léčba. SZdN, Praha 1956, 102 s.
8. MACRAE, I. F., WRIGHT, V.: Measurement of a back movement. Ann. rheum. Dis., 28, 1969, č. 7, s. 584 — 589.
9. MOLL, J. M., WRIGHT, V.: New York clinical criteria for ankylosing spondylitis. Ann. rheum., 32, 1973, č. 4, s. 354 — 363.
10. REJHOLEC, V., SUSTA, A.: Revmatologie praktického lékaře. Praha, SZdN 1966, 360 str.
11. ŠITAJ, Š., ŽITNAN, D.: Choroby pohybového aparátu s osobitným zreteľom na choroby reumatické. In: Ondrejčka M. a kol.: Vnútorne choroby III. Martin, Osveta 1964, s. 505 — 636.
12. THALHEIM, W.: Der Wert des Schoberschen Zeichens für die Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Z. Physiother., 26, 1974, č. 4, s. 283 — 285.
13. THURZOVA, E.: Fyzikálna terapia akylotizujúcej spondylartritidy v ambulantných podmienkach. Fyziat. Věstn., 55, 1977, č. 4, č. 223 — 231.
14. THURZOVA, E.: Svalové zmeny a bolesť pri ankylozujúcej spondylartritíde a ich ovplyvnenie prostriedkami fyzikálnej terapie. (Kandidátska minimová práca.) Bratislava 1978, 164 s. Univerzita Komenského, Lekárska fakulta.
15. ŽIČHA, K.: Die reumatische Wirbelsäule. Man. Med., 9, 1971, č. 3, s. 62 — 65.

Adresa autorky: Dr. E. T., Mickiewiczova 13  
800 00 Bratislava

Е. Турзова  
К МЕТОДИКЕ ПРОБЫ ШОБЕРА И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ  
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме

Автор рассматривает методику исследования пробы Шобера классическим способом и ту же методику, модифицированную по Macrae и Wright'у. Автор применила оба метода при оценке воздействия 4-недельной амбулаторной физиатрической терапии в группе 42 больных с анкилозирующим спондилитом и при оценке воздействия 4-недельного курортного лечения у 50 больных с AS II. — V. стадии. Видоизмененный метод при числовой оценке не выявил каких-либо преимуществ по сравнению с исходной пробой. В заключение автор рекомендует обратить усиленное внимание на точное исследование пробы Шобера и подчеркивает ее диагностическую ценность в клинических и эпидемиологических статьях.

E. Thurzová  
ABOUT THE METHOD OF SCHOBER'S TEST AND ITS APPLICATION  
IN CLINICAL PRACTICE

Summary

The author analyses the methods of examination of Schober's test in the classical and modified way according to Macrae and Wright. The author applied both methods for the evaluation of the effect of 28 days of ambulant physiatric treatment in a group of 42 patients with ankylosing spondylitis, and for the evaluation of the effect of 28 days spa treatment in 50 patients with AS II. — V. state. The modified method in numeric evaluation did not show any advantages compared with the original test. In conclusion the author recommends to devote greater attention to exact examination by Schober's test, emphasizes its diagnostic value in clinical and epidemiological studies.

E. Thurzová  
BEITRAG ZUR METHODIK DES SCHOBER-TEST UND SEINE  
NUTZUNG IN DER KLINISCHEN PRAXIS

Zusammenfassung

Die Autorin analysiert die Methodik der Untersuchung des Schober-Test in ihrer klassischen Form sowie in ihrer nach Macrae und Wright modifizierten Form. Sie hat bei der Wertung der Auswirkung einer 28tägigen ambulanten psychiatrischen Behandlung eines Patientenguts von 42 Patienten mit ankyloser Spondylitis und bei der Wertung der Auswirkung einer 28tägigen Badekur bei 50 Patienten mit ankyloser Spondylitis im II. — V. Stadium beide Methoden angewendet. Die modifizierte Methode zeigte bei der numerischen Wertung keinerlei Vorzüge gegenüber dem ursprünglichen Test. Abschließend empfiehlt die Autorin, der exakten Untersuchung der Schober-Tests erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Sie hebt seinen diagnostischen Wert für klinische und epidemiologische Studien hervor.

E. Thurzová  
CONTRIBUTION À LA MÉTHODOLOGIE DU TEST DE SCHOBER  
ET SON APPLICATION DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Résumé

L'auteur analyse la méthodologie d'exploration du test de Schober par le procédé classique et modifiée selon Macrae et Wright. Elle a appliqué les deux méthodes dans l'évaluation de l'effet d'une thérapie physiatric ambulatorie de 28 jours chez un groupe de 42 malades affectés de spondylarthrite ankylosante et dans l'évaluation de l'effet d'une thérapie thermale chez 50 malades avec AS des II<sup>e</sup> au V<sup>e</sup> stades. Dans l'évaluation numérique la méthode modifiée n'a présenté aucun avantage par rapport au test initial. En conclusion, l'auteur recommande de vouer une attention toute spéciale à l'exploration exacte du test de Schober, elle souligne sa valeur diagnostique dans les études cliniques et épidémiologiques.

ISADORE MESCHAN  
ANALYSE DER RÖNTGENBILDER, BAND 2. ATEMWEGE HERZ  
Analýza röntgenových snímkov, zväzok 2. Dýchacie cesty a srdce  
Vydalo Vydavateľstvo Ferdinand Enke Verlag 1981.

ISBN 3-432-89091-3

V našom časopise Rehabilitácia (Rehabilitácia 12, 1979, 2, s. 96) sme uverejnili odbornú recenziu I. dielu významnej publikácie prof. Meschana, venovanej problematike röntgenogramov a ich analýze. V roku 1981 vychádza 2. diel tejto trojdielnej klinickej rádiológie, ktorý je venovaný otázkam dýchacích ciest a srdca. V jednotlivých kapitolách autor rozoberá základy röntgenológie jednotlivých orgánov hrudníkovej dutiny, to znamená bránice, pleury, kostrového substrátu hrudníka a horných dýchacích ciest. V ďalšom sa zaoberá difúznymi a nodulárnymi zatičeniami pľúcneho tkaniva a ďalšími pľúcnymi zmenami. Jedna kapitola je venovaná röntgenológii mediastína a posledná, veľmi rozsiahla kapitola je venovaná röntgenológii srdca s výnimkou vrodených srdcových chýb. Úvodná kapitola tohto diela sa zaoberá otázkami röntgenológie

B. J. HARLAN, A. STARR, F. M. HARWIN:  
MANUEL OF CARDIAC SURGERY. VOL. I.  
Príručka kardiochirurgie. Sv. I.

Vydal Springer-Verlag, New York — Heidelberg — Berlin 1980  
ISBN 3-540-90393-3

Nakladateľstvi Georga Thiemeho v New Yorku, Heidelbergu a Berlíne vydalo v roku 1980 prvú svazek dvojdielnej príručky, venovanej súčasnej kardiochirurgii. Dílo vychádza v edícii Comprehensive Manuals of Surgical Specialities, ktorá má ve svojom programe vydávať prehľadné díla z najrôznejších oblastí súčasnej chirurgie.

Prvú svazek je venovaný otázkam kardiochirurgie a obsahuje celkom 13 kapitol, úvod a index. Jednotlivé kapitoly rieši predoperačnú prípravu, anestéziu v kardiochirurgii, otázky základnej chirurgickej techniky, problematiku kardiopulmonálnych bypasů, otázky postoperačnej péče. V ďalších kapitolách sa hovorí o nízkem minutovom objemu srdca, jeho patofyziológii a terapii, o otázkach koronárnej chirurgie a posledné kapitoly díla venujú pozornosť chirurgii mitrálnej chlopně, Botallo-

vu dučeji, koarktácii aorty a plicným šan-  
tóm.

Kniha je prekrásne dokumentovaná, spájajúce texty sú jednoduché a informujúce, prehľad písomníctví je vždy zaradený na záver jednotlivých kapitol. Cieľom príručky je seznámiť čtenára se súčasnou chirurgickou technikou s prihľadnutím k jednotlivým diagnostickým a terapeutickým aspektom. V jednotlivých kapitolách sa venuje primeraná pozornosť základným otázkam anatómie, fyziológie, patológie, diagnostiky a operatívne. Vrcholom príručky je však ilustračná časť, ktorá je dokonalá, prehľadná a vysoce inštruktívna. Knihu pripravila dvojice veľmi známych amerických kardiochirurgů, prof. Harlan a prof. Starr z Portlandu v Oregone, ktorí knihu ilustroval akad. malír Harwin, ktorý sa lekářským ilustráciám.

P. Zeman, Praha

METODICKÉ PRÍSPEVKY

PROBLÉMY REEDUKACE GERONTŮ ORGANIKŮ,  
ZVLÁŠTĚ AFATIKŮ

V. SMITKA

Léčebna pro dlouhodobě nemocné, Praha 8 — Bohnice  
Vedoucí lékař: MUDr. F. Jindrák, CSc.

*Souhrn:* Ve stati jsou stručně charakterizovány neuropsychické změny, ke kterým dochází u starých pacientů organiků, trpících multimorbiditou, invalidizací, senzoricou a osobnostní deprivací. Autor sledoval na dvou patientských souborech tyto změny: čtyři roky byl sledován soubor třiceti hospitalizovaných pacientů afatiků, kteří byli ve skupinové a individuální reedukaci psychofyzické. Tři roky byl sledován soubor čtyřiceti starých pacientů neafatiků, zařazených v reedukačních skupinách. U části pacientů došlo ke zlepšení socializace, retardování psychické maladaptace, zvýšení celkové komunikativní aktivity. U chronických afatiků se zvláště osvědčili účast ve skupinách a aplikace nonverbálních reedukačních metod.

*Klíčová slova:* Afazie — reedukace — psychoterapie — gerontopsychologie

Toto sledování lze též nazvat pozorováním celku psychofyzické interpersonální komunikace u starých pacientů ve vztahu ke změnám neuropsychickým. Jde o pacienty organiky nad šedesát let. Jejich neuropsychický stav je podmíněn multimorbiditou, která probíhá na bázi celkové sklerózy. V gerontologii je znám tzv. „fenomen ledovce“, kdy vidíme jen malou část symptomů a většina z nich je skryta. To platí ještě o změnách v oblasti psychické. Všichni naši pacienti jsou fyzicky a senzoricou invalidizováni. Souhrnně je třeba brát v úvahu, jak se tato základní onemocnění (stavy po iktu, nemoci lokálního aparátu, artritída, kardiovaskulární nemoci aj.) projeví v klinickém obraze řadou nespecifických změn (jako např. snížením objemu a tempa kódování a dekódování informací řečových a neřečových). Z psychických změn bývá typická přecitlivěnost, bradypsychismus, vysoká somatizující neuroticita, egocentrismus, pseudoneurastenická symptomatologie a silná emocionální labilita.

Zjišťování neuropsychických změn je velmi obtížné a je známo, že jejich míra se obvykle potvrdí teprve sekcí. Obecně se konstatuje, že nevíme přesně, do jaké míry souvisí vážnost mozkové degenerace s úpadkem inteligence, dezintegrací osobnosti. Tuto potíž ilustruje fakt, který jsme sledovali v obdo-

bí šesti let na datech příčin úmrtí od začátku hospitalizace do exitu. Polovina starých pacientů podle sekčního nálezu umřela na nespecifické příčiny (tedy maladaptivní, neuropsychické) do půli roku od přijetí. Studie lidí po smrti prokazují, že degenerativní změny v mozku jsou v přímém vztahu k vážným událostem životním, nejen v oblasti organických onemocnění. Zásadní důležitostí je třeba též přikládat životním stressům, frustracím, konfliktům atd. Na základě zmíněných faktů se v gerontopsychologii hovoří o tzv. kumulativním stressu, který sumárně způsobuje multimorbidita, invalidizace, senzorická, osobnostní i sociální deprivace.

Proto jsme se zaměřili na dlouhodobé sledování celků psychofyzické interpersonální komunikace řečové a neřečové, tedy na manifestní projevy neschopnosti kódování a dekódování starých pacientů v psychorehabilitačních skupinách a individuálních sezeních. Byly to dva soubory pacientů; v prvním jsme sledovali specifickou komunikaci a reedukaci afatiků, v druhém zvláště komunikaci neafatiků.

Skupina 1. Čtyři roky jsme sledovali soubor třiceti pacientů afatiků, jehož členy byly pacienti po iktu s pravostrannou hemiparézou. Většinou šlo o expresivní afázie. K přijetí do nemocnice k rehabilitaci došlo v průměru po mozkové cévní příhodě. Průměrný věk souboru byl 69 let, průměrná doba hospitalizace tři roky. Afatikové byli reedukováni v řeči, písmu, čtení, počítání, zčásti v poruchách gnostických funkcí skupinově dvakrát týdně a individuálně. Skupinová sezení byla smíšená s neafatiky. Cílem naší koncepce reedukace komunikativních aktivit u afatiků byla rekonstrukce elementárních aktivit. Celkem 15 pacientů ovládlo psaní levou rukou, v ostatních komunikativních aktivitách se výrazně zlepšilo devět pacientů, mírně se zlepšilo osm, dvanáct zůstalo beze změny základního stavu. U výrazně zlepšených pacientů souběžně nastalo též zlepšení stavu hybnosti paretických končetin. Psychoterapeuticky se v reedukaci řeči osvědčily smíšené skupiny afatiků s neafatiky. Tyto smíšené skupiny měly výhodu vzájemné soutěživosti pacientů, kteří vidí svoje výkony a vzájemně si pomáhají. Došlo ke zlepšení interpersonálních vztahů od počáteční rivality, někdy konfliktnosti k vyrovnanosti. Docházelo též k ústupu agresivních a depresivních příznaků. Tak docházelo k celkové retardaci hospitalizačního syndromu, resocializaci.

Výrazně se v metodách reedukace projevila potřeba dlouhodobého vztahu pacient-terapeut. Kromě běžných logopedických technik byla efektivní aplikace nonverbálních audiovizuálních prostředků (magnetofon, písně, hudba, diapozitivy, obrázkový materiál). Zvláště tyto nřečové jevy často odblokuje, uvolní některé dekompenzované potřeby, motivace, schopnosti pacienta chronika. Několikrát byl ve smíšených skupinách pacient neafatik, který působil jako spoluterapeut, a tak jsme předcházeli koncentraci pacientů na terapeuta.

Skupina 2. Tři roky jsme sledovali soubor čtyřiceti pacientů, neafatiků, kteří byli zařazeni v psychorehabilitačních skupinách. Soubor byl složen ze 14 mužů a 26 žen, průměrný věk byl 71 let, doba hospitalizace rok až dva roky. Sledovali jsme jejich stav dotazníky neuroticismu KN 5 a dotazníky životní spokojenosti ŽIS. Dále pak individuální explorační. Souběžně bylo pozorováno a sledováno jejich celkové psychofyzické chování ve skupinách, vytváření partnerských skupin, míra verbální a neverbální komunikace v gestikulaci, mimice a pod. Průměrná doba účasti pacientů ve skupinách byla půl roka až rok.

Na začátku skupinových sezení jsme konstatovali tyto psychické stavy: pasivita, apatie, deprese, interpersonální potíže, opakované poruchy chování — konflikty, terroze, někdy agrese. U souboru čtyřiceti pacientů jsme v průběhu psychorehabilitace pozorovali tyto změny stavu chování: interpersonální potíže se snížily u osmnácti

pacientů, poruchy chování u dvanácti, stavy apatie — pasivity setrvaly u deseti. Tedy celkem u třiceti pacientů docházelo ke zlepšení socializace, retardování psychické maladaptace, hospitalizačního syndromu a zlepšení pohybových funkcí. Nemůžeme však říci, že by účast v psychorehabilitačních skupinách podstatně ovlivnila pacientův bazální neuropsychický stav. Avšak většině z nich, zejména ve dnech kdy se sezení konala (dvakrát týdně), výrazně zmírňovala jejich poruchy a potíže. Též jsme pozorovali ústup konfliktních stavů (tenze) v interpersonálních vztazích na pokojích. V dlouhodobém styku byl kladen důraz na rekonstrukci premorbidní osobnosti, který pak byl na základě biografické explorační ve skupinových sezeních terapeuticky využíván k pokusům o řešení frustrací z předchozího života, vztahu k nemoci, budoucnosti, smrti. Interpersonální komunikace v psychofyzickém komplexu (verbální a neverbální) byla zpočátku ve skupinách na slabé úrovni, převládala pasivita, mlčení, nejistota, rozpaky. Teprve v průběhu adaptační doby na účast v psychorehabilitační skupině (4-8 týdnů) se komunikace postupně rozšiřovala, spontaneizovala. Program skupinových sezení tvořily společenské hry, besedy o minulém životě, o nemoci, dětech, čtení, atd. Zvláště výrazně působily jevy, podněty neverbální jako společný zpěv, cvičení, rytmizované pohyby, magnetofon, gramofon, imitace životních událostí minulých a budoucích (např. odchod do domova důchodců) jako korektivní zkušenost. Tyto neverbální excitace, podněty silněji, důrazněji přispívali k obnovení spontaneity v komunikaci verbální.

#### Diskuse

Pro afatiky je zvláště při motorické afázii specifická neverbální komunikace. Jde o komunikaci mimickou a gestikulační — souborně fyziologická komunikace, jak ji nazývá Roman Jakobson. Tato fyziologická komunikace se jeví jako zástupná za řečovou a je typická nekonvenčními samoznakami, které často mají individuální ráz. Je třeba dlouhého, trpělivého pozorování těchto znaků, jejich evidence, posléze individuálního terapeutického přístupu a snahy o postupné převádění samoznaků do řeči s využitím řečových embolů. V těchto případech, které se projevují jako reedukačně ireverzibilní, je třeba dlouhodobě aplikovat neverbální techniky jako kreslení múzické faktory atd. Celkově je třeba vést afatika ke srozumitelnosti jeho individuálních samoznaků. Při reedukaci je nutno využívat nejen technik logopedických, ale komplexní přístup audiovizuální, názorný, smyslově konkrétní. Zvláště výrazný efekt mají emocionálně estetické podněty (zpěv, hudba, rytmus).

Pro zjištění verbální komunikativní aktivity pacientů neafatiků jsme provedli tento pokus: soubor dvaceti pacientů jsme požádali o podání řečové a písemné definice čtyř slov (sud, hudba, gramofon, hudba) odstupňovaných od smyslově konkrétních po abstraktní. Pacientům souboru bylo v průměru 71 let. Všichni byli testováni IQ Ravene a Meilliho testem paměťové virtuální retence, avšak při zpracování výsledků nebyly zjištěny podstatné kolerace mezi výkony v testech a v definicích. Deset pacientů bylo členy psychorehabilitačních skupin, deset bylo imobilních a nebyly tedy ve skupinách. Následná parciální zjištění doplňují v článku konstatované zkušenosti.

Celkově jsme u výkonů podaných v řečových a písemných definicích zjistili silnější deficit schopnosti abstrakce a generalizace. Většinou šlo o výroby, kde převažovaly spojivé větné částice, množství emocionálních reminiscenčního charakteru. To se zvláště týkalo pojmů, které byly spojeny se smyslově konkrétní osobní zkušeností. Vyskytovala se řada persecerací a tautologií. Často se vyskytovala vyjádření kombinující řečové prvky s prvky nřečovými, fyziolo-



mickými např. ukázaní, nakreslení a pod. Deset pacientů zařazených v psycho-rehabilitačních skupinách mělo v této zkoušce lepší výsledky než srovnávaných deset pacientů imobilních, kteří ve skupinách nebyli. Účast ve skupinách, spojená s individuální psychoterapeutickou péčí a fyzickou rehabilitací tedy zřejmě působí jako fyzický a verbální trénink a aktivuje osobnost. Závěrem lze říci, že u našich dlouhodobě nemocných pacientů probíhá proces hospitalizační deprivace, který je determinován řadou výše zmíněných okolností a lze mu předcházet a retardovat ho mj. popsány psychoterapeutickými a rehabilitačními postupy.

LITERATŮRA

1. BROMLEY, D. B.: Psycho-logia ľudského starnutia, Bratislava 1975.
2. JAKOBSON, R.: Kinderschprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze. Frankfurt 1969.
3. KRATOCHVÍL, M.: Psychoterapie. Praha 1975.
4. JINDRÁK, F. — SMITKA, V.: K prevenci zvýšené úmrtnosti gerontů. In: Prevencia v geriatrici. Zborník prác zo sympózia. Bratislava 1978.
5. LURIJA, A. R.: Osnovy nejropsichologii. Moskva 1973.
6. PACOVSKÝ, V.: Československá gerontologie v uplynulých 30 letech. In: Časopis lékařů českých roč. 114, č. 48/1975.
7. PRIBRAM, K.: Jazyky mozga. Moskva 1975.
8. PELIKÁN, V.: Patogeneze afazií. Praha 1970.
9. SMITKA, V. — ŠADKOVÁ, E.: Psychological aspects of reeducation in aphasic old patients. In: Rehabilitácia, Supplementum 14-15/1977.
10. Životní události a duševní poruchy. Sborník. Výzkumný ústav psychiatrický. Praha 1978.

Adresa autora: PhDr. V. S., Léčebna pro dlouhodobě nemocné, 181 02 Praha 8

V. Смитка

ПРОБЛЕМЫ РЕЭДУКАЦИИ СТАРЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, В ЧАСТНОСТИ БОЛЬНЫХ АФАЗИЕЙ

Резюме

В статье сжато характеризуются нервно-психические изменения, возникающие у старых органически больных, страдающих несколькими заболеваниями, инвалидностью, чувствительной депривацией и депривацией личности. Автор исследовал в двух группировках больных следующие изменения: в течение четырех лет исследовалась группа 30 госпитализированных больных афазией, включенных в групповую и индивидуальную психофизическую реэдукацию. В течение трех лет изучилась группа 40 старых больных без афазии, включенных в групповую психотерапевтическую реэдукацию. У части больных достигнуто улучшение социализации, замедление плохой психической приспособляемости, повышение общей коммуникативной активности. У больных хронической афазией были получены особенно хорошие результаты участием в группах и применением несловесных реэдукационных методов.

V. Smitka

PROBLEMS OF REEDUCATION IN ORGANIC GERONTOLOGICAL PATIENTS ESPECIALLY APHATIC PATIENTS

Summary

The article contains a brief characteristic of neuropsychical alterations occurring in old organic patients suffering from multimorbidity, invalidization, sensoric and per-

sonality deprivation. The autor has followed up two groups of patients with these alterations. In the course of four years a group of 30 hospitalized aphatic patients included in group and individual psychophysical reeducation was observed. A group of 40 old nonaphatic patients taking part in psychotherapeutic reeducation was followed up in the course of three years. In part of these patients improvement of socialization, retardation of psychical maladaptation and an increase of general communicative activity could be recorder. In chronic aphatic patients participation in groups and application of non-verbal reeducation methods was particularly successful.

V. Smitka

PROBLEME DER REEDUKATION VON GERONTEN MIT ORGANISCHEN ERKRANKUNGEN, INSBESONDERE VON APHATIKERN

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden neuropsychische Veränderungen, die bei alten Patienten mit organischen Erkrankungen, die an Multimorbidität, Invalidisierung, sensorische und Persönlichkeitsdeprivation leiden, kurz charakterisiert. Der Autor beobachtete an zwei Patienten -Ensembles folgende Veränderungen: Vier Jahre lang wurde ein Ensemble von 30 hospitalisierten aphatischen Patienten, die in gruppenmäßiger und individueller psychophysischer Reeducation behandelt wurden, beobachtet. Drei Jahre hindurch wurde ein Ensemble von alten Patienten — Nichtaphatikern — beobachtet, die in reedukativen psychotherapeutischen Gruppen behandelt wurden. Bei einem Teil der Patienten trat eine Besserung der Sozialisierung, eine Retardation der psychischen Maladaptation und eine Steigerung der allgemeinen kommunikativen Aktivität ein. Bei chronischen Apathikern bewährte sich die Beteiligung an Gruppenaktivitäten und die Anwendung nonverbaler reedukativer Methoden besonders gut.

V. Smitka

PROBLÈMES DE RÉÉDUCATION DES VIEILLARDS ATTEINTS DE MALADIES ORGANIQUES, EN PARTICULIERS LES APHASIQUES

Résumé

L'article caractérise brièvement les changements neuropsychiques survenant chez les vieux patients atteints de maladies organiques, souffrant de multimorbidité, d'invalidation, de dépression sensorielle et personnelle. L'auteur a contrôlé les changements suivants sur deux groupes de patients: un groupe de 30 sujets aphasiques hospitalisés fut suivi pendant une période de quatre ans et ceux-ci furent incorporés à un groupe de rééducation individuelle et psychophysique. Un autre groupe de 40 vieillards non-aphasiques fut suivi pendant une durée de trois ans et ceux-ci incorporés à des groupes de rééducation psychothérapeutiques. Chez une partie des patients survint une amélioration de la sociabilité, un retardement de la mauvaise adaptation psychique, un accroissement de l'ensemble des activités communicatives. Chez les aphasiques chroniques, la participation en groupes et l'application des méthodes rééducatives non verbales firent leurs preuves.

Prof. Lang z Carl Korth Institutu pre choroby srdca a cieľ z Erlangeru spolu s 11 spolupracovníkmi vydáva vo Vydavateľstve Springer-Verlag rozsahom malú, obsahom však závažnú publikáciu, ktorá sa zaoberá problematikou koronárnej choroby srdca z hľadiska diagnostického postupu a terapeutických opatrení. Medzi najzávažnejšie kapitoly tejto drobnej publikácie patrí bezpochyby Schaperova rozprava o patofyziologických základoch koronárnej choroby srdca, Stauchova rozprava o medikamentózne terapii pri koronárnej chorobe srdca, Weidemannov príspevok o základoch indikácií a kontraindikácií, Kaffarinov a Schneiderov príspevok o možnostiach prevencie pri koronárnej chorobe srdca. Významná je aj kapitola Langa, Dursta a Weikla o indikáciách pre selektívnu koronarografiu. Aj ostatné kapitoly si zaslúžia pozornosť čitateľa, či už ide o klinické nálezy a neinvazívne

metódy v diagnostike koronárnej choroby srdca (Spiel a Enekel), alebo o význam kardiokirurgickej intervencie pri koronárnej chorobe srdca (J. von der Emde). Jednotlivé kapitoly sú bohaté dokumentované grafmi, prehľadnými tabuľkami, originálnymi fotografiami a predstavujú súčasný pohľad na danú problematiku. Cenné na tejto drobnej publikácii je, že prináša reálny pohľad na čiastkové otázky koronárnej choroby srdca a kritické stanovisko k jednotlivým názorom, ktoré podľa správ z literatúry v posledných rokoch mnohokrát stoja v určitej kontraverzii.

Z hľadiska rehabilitácie koronárnej choroby sú významné obidva príspevky, Weidemannov o základoch pohybovej terapie a Ehrenböckov o úspechoch aktívnej rehabilitácie.

Dr. M. Palát, Bratislava

G. GROSSMANN, D. FITZNER, A. GERTH  
DAS VERHALTENSGESTÖRTE KIND IN FAMILIE, SCHULE UND BERATUNGSSTELLE

Dieťa s poruchami správania v rodine, škole a špeciálnych zariadeniach

Vydal VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1980. 70 strán, 7 obrázkov. Cena 6 M.

Kniha vychádza v roku 1980 v nakladateľstve VEB Verlag Volk und Gesundheit v prvom vydaní.

Je určená predovšetkým rodičom detí s poruchami správania, ale aj učiteľom a vychovávateľom, lekárom a psychológom na pracoviskách, ktoré sa venujú práci s touto skupinou detí.

Cieľom publikácie je informovať a upozorniť čitateľov na potrebu trpezlivosti a porozumenia rodiny a blízkeho okolia postihnutého dieťaťa pri jeho vývoji a výchove a na možnosti spolupráce a vzájomnej pomoci v procese prekonávania faktorov, ktoré sú príčinou osobitostí dieťaťa.

Kniha má úvod a sedem kapitol, ktoré opisujú postihnuté dieťa a jeho povahové vlastnosti, vznik a príčiny porúch správania v detskom veku, takéto dieťa v ro-

dinnom prostredí, v škole, spoluprácu rodiny s materskou školou a školou, ktorú dieťa navštevuje, úlohy poradní pre deti s poruchami správania.

Publikácia obsahuje doslovne citované listy rodičov detí s poruchami správania, adresované neurológom, psychiatrom, psychológom a špeciálnym pedagógom. Ich cieľom je názorne poukázať na rôznorodosť problémov, ktoré sa pri výchove detí s poruchami správania dostávajú do stredu pozornosti v rodinnom a školskom prostredí.

Záver knihy uvádza prehľad tých špeciálnych pracovísk, ktoré na území NDR sú vo svojej práci zamerané na sledovanie a liečenie detí s poruchami správania.

Dr. P. Elan, Bratislava

LÉČEBNÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA PŘI LÁZEŇSKÉM LÉČENÍ VŘEDOVÉ CHOROBY DVANÁCTNIKU

M. ŠKAPÍK, M. BĚLOHLÁVKOVÁ

Výskumný ústav balneologický  
Ředitel: MUDr. J. Benda, CSc.  
Klinické pracoviště Karlovy Vary

Výtvarná spolupráce R. Jedličková

**Souhrn:** U 28 nemocných s diagnózou vředové choroby dvanáctníku v remisi byl zjištěn výrazný kladný účinek denního skupinového cvičení, zaměřeného na posilování nejčastěji oslabených svalových skupin a na vytahování nejčastěji zkrácených svalů při pětítýdenním lázeňském léčení. Výsledky byly objektivizovány vyšetřením zkrácených svalů a svalové síly. Je popsána vlastní metodika cvičení.

**Klíčová slova:** vředová choroba dvanáctníku — metodika cvičení — vyšetření zkrácených svalů — vyšetření svalové síly

Léčebná tělesná výchova je pravidelnou součástí lázeňského léčení. Zatímco při nemocích ústrojí oběhového a pohybového jsou k dispozici propracované metodiky a způsoby hodnocení léčebné tělesné výchovy, postrádáme dosud cvičební metodiku použitelnou při lázeňském léčení chorob trávicího ústrojí. Práce, které se touto problematikou zabývají, mají většinou přehledný ráz [5, 6, 8, 10], méně je konkrétních metodických sdělení [2, 4].

Použili jsme vlastní metodiky léčebné tělesné jednotky při lázeňském léčení nemocných s vředovou chorobou dvanáctníku a pokusili jsme se o objektivizaci dosažených výsledků.

Soubor a metodika

Hodnotili jsme účinek léčebné tělesné výchovy při pětítýdenním lázeňském léčení 28 nemocných s diagnózou vředové choroby dvanáctníku v remisi. Ve skupině bylo 10 mužů, 9 žen průměrného věku 40,3 let. Nemocní byli léčeni všichni současně na klinickém oddělení Výzkumného ústavu balneologického v Karlových Varech pitnou léčbou karlovarskými minerálními vodami, šetrící dietou, koupelemi v minerální vodě s indifferenční teplotě. Součástí léčby bylo pravidelné cvičení. Nemocní cvičili od čtvrtého dne pobytu — po klinickém a funkčním vyšetření pětikrát týdně, v časovém odstupu jednu hodinu až dvě hodiny od snídaně, ve skupinách po sedmi nemocných. Velikost skupin byla dána prostorovými možnostmi. Podle našich zkušeností mohou být skupiny pro cvičení deseti až dvanáctičlenné, cvičenci musejí být předem instruováni. Cvičební jednotka trvala deset minut v prvním týdnu, další dva týdny

patnáct minut, v posledních dvou týdnech léčení dvacet pět minut. První cvičební jednotka je zaměřena na nácvik správného bráničního dýchání v různých obměnách. V dalších cvičebních jednotkách jsme prováděli dechová cvičení se souhrybem horních a dolních končetin, cvičení na protažení zkrácených svalů, hlavně flexorů kolena a m. iliopsoas, posílení mezilopatkového svalstva, zádového svalstva a svalů břišních. Cvičební hodiny jsou podrobně popsány zvlášť.

V prvních třech dnech pobytu jsme vyšetřovali svalstvo trupu, a to jak pokud jde o zkrácené svaly, tak pokud jde o svalovou sílu. Zkrácení jsme vyšetřovali u m. trapezius, m. pectoralis, m. iliopsoas, flexorů kolenních (m. biceps femoris, m. semitendineus, n. semimembranaceus) a zádových svalů. Svalovým testem jsme vyšetřovali sílu přímých a šikmých svalů břišních, extenzorů trupu a fixační práce břišních svalů (3). Stejným způsobem jsme vyšetřili nemocné v posledních třech dnech léčení. Všechna vyšetření prováděla táž rehabilitační pracovnice. Hodnotili jsme četnost abnormálních nálezů před lázeňskou léčbou a po jejich skončení, zlepšení svalové síly jsme vyjádřili také průměrnými hodnotami získanými u nemocných s abnormálními nálezy svalového testu. (Výsledky jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2).

Při vyšetřování zkrácených zádových svalů byla před léčbou průměrná vzdálenost čelo — koleno  $32 \pm 6$  cm, po léčbě  $28 \pm 4$  cm. Za fyziologické se považují vzdálenosti do 10 cm (3). Průměrné hodnoty svalového testu byly vypočteny z nálezů jen u těch nemocných, kde před léčením byly zjištěny abnormální hodnoty. Za „normální“ hodnoty jsme při svalovém testu považovali známku 5, při fixační práci břišních svalů  $90^\circ$ .

Tabulka 1. Vyšetření zkrácených svalů (n = 28)

	Zkrácení před léčbou	Zcela upraveno po léčbě	Zlepšeno	Nezlepšeno
M. trapezius	10	3	6	1
M. pectoralis	5	3	2	
M. iliopsoas	17	12	4	1
Flexory kolena	13	2	10	1
Zádové svaly	28	0	17	11

Tabulka 2. Svalový test (n= 28)

	Snížení svalové síly		Průměrná svalová síla	
	před léčbou	po léčbě	před léčbou $\bar{x} \pm s$	po léčbě
M. rectus abd.	21	10	$3,8 \pm 0,4$	$4,5 \pm 0,4$
Šikmé svaly břišní	21	11	$3,8 \pm 0,4$	$4,3 \pm 0,4$
Extenze trupu	9	8	$3,7 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,4$
Fixační práce břišních svalů	13	4	$66,2 \pm 15,3$	$86,9 \pm 4,6$

Všichni nemocní zařazení do pozorovaného souboru snášeli cvičení dobře, při lázeňském léčení nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu, u převážné většiny došlo k subjektivnímu zlepšení. Průměrná svalová síla byla vypočtena jen u těch nemocných, kde před léčením jsme zjistili abnormální hodnoty.

### Diskuse

Léčebná tělesná výchova u vředové choroby dvanáctníku bývá zařazována do léčebného programu již po odeznění akutního stadia nemoci s dobrými výsledky (2). Aktivní sportovci jsou po skončení interní terapie, vymizení obtíží a při negativním rtg nálezu zařazováni do postupného tréninku (10). Středně těžké a těžké fyzické zatížení snižuje objem žaludeční sekrece a působí pokles kyselosti žaludeční šťávy (5, 7); vyvolává také pokles koncentrace Na, K, Ca a Mg v žaludeční šťáve (7). Při běžném lázeňském léčení nelze pro větší počty nemocných zajistit individuální cvičení (9), pokládáme za vhodné pravidelné skupinové cvičení po předchozím lékařském vyšetření, kterým je také zajištěn výběr nemocných. Postupovali jsme v souladu s jinými autory (6, 8), kteří zdůrazňují především posilování břišního svalstva a dechová cvičení, ale navíc jsme se zaměřili na uvolňování zkrácených svalů a svalových skupin. Posilovali jsme i svaly mezilopatkové a zádové.

Jsmo si dobře vědomi hranic možnosti subjektivního hodnocení zkrácených svalů i svalového testu. Tyto způsoby vyšetření jsou také časově náročné a nebude možné je běžně v lázeňské léčbě provádět. Přesto jsme dostatečně prokázali, že při pravidelném denním skupinovém cvičení, zaměřeném kromě dechových cvičení na posilování nejčastěji oslabených svalových skupin a na vytahování nejčastěji zkrácených svalů, lze dosáhnout při správné metodice prokazatelného zlepšení a často i úplné úpravy.

Jak známe gastroenterologické nemocné, kteří z obav před poškozením udržují dlouhodobě přísné karetní diety, které vedou k malnutrici, tak známe nemocné, kteří ze stejných důvodů se bojí pohybu a cvičení, a tím zhoršují projevy hypokinézy, která se obecně vyskytuje ve vyspělých zemích. Ukázat těmto nemocným, že se nemusejí bát cvičení, upravit léčebným tělocvikem zjištěné důsledky nedostatku pohybu, může mít vedle psychoterapeutického náboje i značný somatický význam pro nemocného.

### PŘÍLOHA — Metodika cvičení

#### 1. CVIČEBNÍ JEDNOTKA

10 min.: základní poloha — lež vzadu pokrčmo



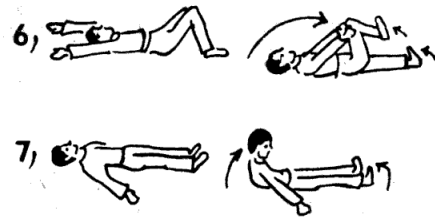
1. dýchání hrudní

2. dýchání břišní (proti dlaním)

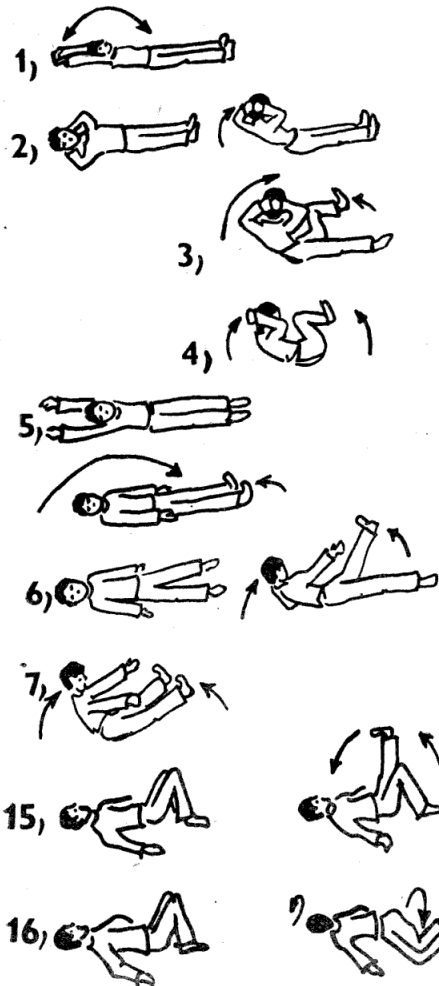
3. brániční dýchání (bez pomoci dlaní)

4. ZP — vdech do břišní dutiny, koleno k břišní stěně — výdech a opačně

5. zdvihání pánve — nádech do břicha, ZP — výdech



2. CVIČEBNÍ JEDNOTKA  
15 min.: základní poloha — leh vzadu

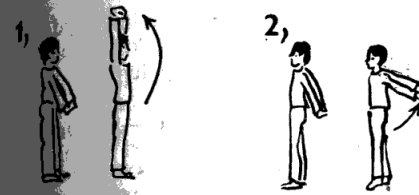


6. ZP — nádech vzpažit HK, pokrčít pravou DK, přitáhnout k břichu. Levá DK do natažení, špička ohnutá — výdech.
7. Leh vzadu — nádech, bradu na hrudník, ohnout špičky, kontrakce svalů DK — výdech.

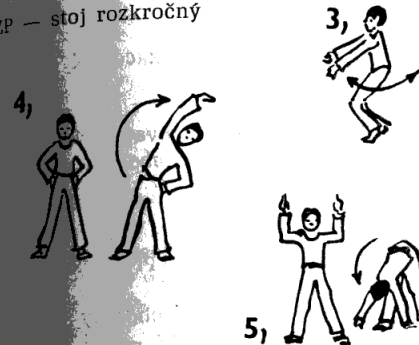
1. ZP — dlaně spojené, protažení — nádech, zpět — výdech.
2. ZP — ruce v týl — nádech, lokty k hlavě, bradu na hrudník — výdech.
3. ZP — ruce v týl — nádech, P — koleno, L — loket — výdech (opačně).
5. ZP — nádech, bradu na hrudník, špičky ohnout, kontrakce svalů CK — výdech.
6. ZP — roznožmo — nádech, pravá HK ukazuje na špičku levé DK — lopatku od podložky a opačně.
7. ZP — roznožmo — nádech, obě HK ukazují na špičku obou DK — výdech.
8. vložená cvičební jednotka č. I, cvič. 1—7.

15. leh vzadu pokrčmo, nádech do břicha, pravou DK natáhnout v koleně, ohnout špičku — protažení do flexe
16. ZP — nádech, obě DK vpravo — hlava vlevo — výdech
17. jízda na kole
18. uvolnění HK i DK.

3. CVIČEBNÍ JEDNOTKA  
25 min.: základní poloha — stoj spojný

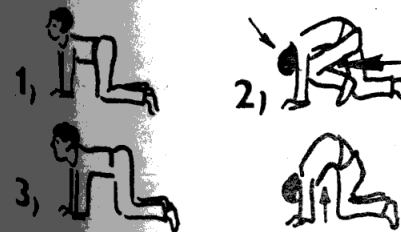


ZP — stoj rozkročný



ZP — vzpor dřepmo

Přechod do kleku: ZP — vzpor klečmo

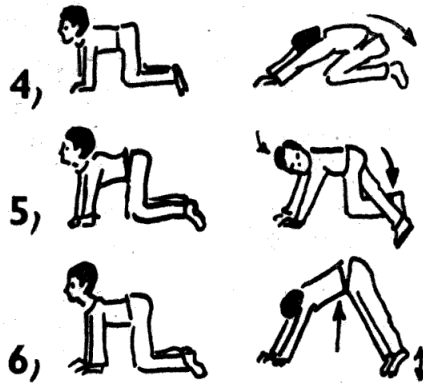


1. ZP — dlaně spojené vzpažit, protáhnout — nádech, připažit — výdech
2. ZP — dlaně spojené za tělem zapažit — nádech, připažit — výdech
3. ZP — současně zapažovat a připažovat s Kmitem, DK do podřepu
4. ZP — ruce v bok — nádech, úklon vpravo, levá HK upažením do vzpažení — výdech a opačně
5. ZP — ruce do svícnu — nádech, předklon k pravé DK — výdech a opačně
6. ZP — vzpažit, kroužení trupu, nahore nádech, dole výdech
7. ZP — ruce do svícnu, trup otočit vpravo dvakrát kmit vzad — nádech, předklon, předpažením zapažit — výdech — (opačně)
8. ZP — nádech, předklon — natažená kolena, ruce u země — výdech (vzpor stojmo)

1. brániční dychání

2. nádech do břišní dutiny, výdech, koleno pravé DK přimáčknout k dutině břišní

3. nádech do dutiny břišní, výdech vyhrbení páteře



4. nádech do dutiny břišní, výdech, sed na paty, HK protáhnout do dálky
5. nádech do dutiny břišní, výdech — zanožit pravou DK, překřížit sunem po zemi, hlava sleduje pohyb
6. ZP — nádech, výdech — vzpor stojmo pérování pat k zemi
7. vložené cvičební jednotka č. 2 (bod 1—7)
15. ZP — leh vzadu, relaxace DK a HK

V dalších hodinách je možno střední část, tj. vzpor klečmo, obměňovat jinými polohami po zvládnutí základních cvičebních prvků. Provádíme buď sed nebo leh na boku.

#### LITERATÚRA

- HERFORT, K.: Tělesná cvičení choroby žaludka a tenkého střeva. Praktický lékař, 1947, č. 27, s. 326.
- HROMÁDKOVÁ, J.: Metodika léčebné tělesné výchovy u vředové choroby žaludku a dvanáctníku při ústavním léčení. Rehabilitácia, 1974, č. 7, s. 17 — 25.
- JANDA, V.: Vyšetřování hybnosti I. Praha, SZdN 1972, 258 s.
- JAVŮREK, J.: Příspěvek k metodice léčebné tělesné výchovy u vleklých chorob trávicího ústrojí. Vnitř. Lék. 16, 1969, č. 12, s. 1167 — 1171.
- KRÁL, J.: Klimika tělovýchovného lékařství. Praha, SZdN 1956.
- LÁNIK, V.: Liečebná telesná výchova a rehabilitácia, II, Bratislava, Obzor 1968.
- MARKIEWICZ, K. — CHOLEWA, M. — GÓRSKI, L. — CHMURA, J.: Einfluss körperlicher Belastung auf die Magenbasalsekretion, Dtsch. Z. Verdau.—u. Stoffwechsellkr. 37, 1977, č. 2, s. 74 — 79.
- POLÁK, B.: Dnešní stav rehabilitace v gastroenterologii. Voj. zdrav. listy 30, 1961, č. 3, s. 108 — 112.
- SARKIZOV-SERAZANI, I. M.: Lečebnaja fizičeskaja kultura. Moskva, Fizkultura i sport 1954, 268 s.
- SCHMID, L.: Afekce zažívacího ústrojí a tělesná výchova. Prakt. Lék. 34, 1954, č. 9, s. 204 — 205.
- ZINTLOVÁ, M. — MAŘATKA, Z.: Léčebný tělocvik u vleklých trávicích poruch. Prakt. Lék. 33, 1953, s. 12 — 14.

Adresa autora: M. Š., Výchovní 9  
360 09 Karlovy Vary

М. Шкапик, М. Белоглавова  
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ВО ВРЕМЯ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

#### Резюме

У 28 больных с диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в ремиссии было обнаружено выразительное положительное влияние ежедневной групповой физкультуры, направленной на укрепление чаще всего ослабленных мышечных групп и на растяжение чаще всего сокращенных мышц во время пятидневного курортного лечения. Результаты объективировались исследованием сокращенных мышц и мышечной силы. Описана собственная методика упражнений.

M. Škapík, M. Bělohlávková  
EXERCISE THERAPY IN SPA TREATMENT FOR DUODENAL  
ULCER

#### Summary

In 28 patients with the diagnosis of duodenal ulcer in remission, a significantly positive effect of daily group exercise aimed at reinforcement of most frequently weakened muscle groups and for extension of most frequently contracted muscles, during a five-weeks spa treatment, was found. Results have been verified by examination of contracted muscles and muscle strength. The method of exercise is being described.

M. Škapík, M. Bělohlávková  
HEILGYMNASTIK BEI DER BADEKURBEHANDLUNG VON ZWÖLF-  
FINGERDARMGESCHWÜREN

#### Zusammenfassung

Bei 28 Patienten mit Zwölffingerdarmgeschwüren in der Remissionsphase wurde eine markante positive Einwirkung von täglichen Gruppenübungen festgestellt. Die Übungen zielten auf eine Stärkung der am häufigsten geschwächten Muskelgruppen sowie auf die Verlängerung der am häufigsten verkürzten Muskeln während einer fünfwochigen Badekur hin. Die Resultate wurden mittels einer Untersuchung der verkürzten Muskeln und der Muskelkraft objektiviert. Im Bericht wird die Methodik der Übungen dargelegt.

M. Škapík, M. Bělohlávková  
LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LA THÉRAPIE DES MALADIES  
ULCÉREUSES DU DUODÉNUM AUX STATIONS THERMALES

#### Résumé

Chez 28 malades avec diagnostic de maladies ulcéreuses du duodénum, on a constaté en rémission, un effet positif expressif des exercices quotidiens de groupe orientés sur la fortification des ensembles de muscles les plus souvent affaiblis et l'allongement des muscles les plus souvent raccourcis au cours d'une thérapie thermale de cinq semaines. Les résultats furent objectivés par l'exploration fonctionnelle des muscles raccourcis et de la force musculaire. La méthode d'exercices propre y est décrite.

R. MEISTER  
**AEMFUNKTION UND LUNGENKREISLAUF BEI THORAKALER  
SKOLIOSE**

Funkcia dýchania a malý obeh pri torakálnej skolióze

Vydalo vydavateľstvo Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1980, cena  
DM 59,— ISBN 3-13-1744-01-4

Monografia doc. Meistera z Kliniky vnútorných chorôb münsterskej univerzity je venovaná otázkam funkcie dýchania a problematike pľúcneho obehu pri torakálnych skoliózach. Vychádza ako 5. zväzok knižnice pre pneumológov. Kniha má všeobecnú časť, špeciálnu časť a doplnok. Prehľad literatúry a vecný register ukončujú túto drobnú monografiu.

Vo všeobecnej časti sú rozobraté ortopedické základy a základy pre funkčné posudzovanie dýchacej funkcie. Druhá časť už špecifikuje tieto otázky, venuje pozornosť klasickej i funkčnej spirometrii, problematike ventilácie a otázkam malého krvného obehu z hľadiska difúzie dýchacích plynov a z hľadiska hemodynamiky malého pľúcneho obehu.

Je známou skutočnosťou, že porucha torakálnej chrbtice, či už ide o skoliózy alebo iné poruchy osového orgánu tela, nachádza svoj odraz v poruche dýchacej

funkcie a hemodynamiky, predovšetkým v malom krvnom obehu. Je známe, že pri ťažkých kyfoskoliózach objavuje sa syndróm pľúcnej hypertenzie s následným vyústením do klinického obrazu kyfoskoliotického srdca.

Dr. Meister rieši komplexnú problematiku s prihliadnutím na celý rad experimentálnych a klinických dát. O to je práca cennejšia, pretože analyzuje poruchy funkcie dýchania a stav osového orgánu tela s prihliadnutím na tieto údaje.

Kniha je určená predovšetkým pneumológom, ale bolo by účelné, aby sa s ňou oboznámili aj rehabilitační odborníci, pretože syndróm skoliózy predstavuje predovšetkým v období detstva a dospievania poruchu veľmi častú, ktorá je indikovaná pre rehabilitačné programy. Kniha je úsporne písaná, bohato dokumentovaná a prináša cenné pozorovania.

Dr. M. Palát, Bratislava

A. HECHT

**CHRONISCH-ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEIT**

Chronická ischemická choroba srdca

Vydal VEB Gustav Fischer Verlag Jena 1981, 1. vydanie

V edičnom rade určenom pre medicínsku prax vychádza vo vydavateľstve VEB Gustav Fischer Verlag Jena pozoruhodná publikácia prof. Hechta, prednostu Patologického ústavu Univerzity Karla Marxa v Lipsku, venovaná problematike chronickej ischemickej koronárnej chorobe. Ako uvádza autor v podtitule tejto monografie, ide o fakty a problémy. Monografia má vcelku 9 kapitol, v ktorých sa autor zaoberá problematikou ischemickej choroby srdca z epidemiologického hľadiska, patofyziologického hľadiska, morfologického hľadiska, otázkami komplikácií u srdcového infarktu, diagnostickými prob-

lémami ischemickej choroby srdca a problémami primárnej, sekundárnej prevencie ischemickej choroby srdca. Záverečná kapitola podáva prehľad komplexného obrazu tohto ochorenia zo súčasného pohľadu a s prihliadnutím na medzinárodné skúsenosti. Pretože monografia bola napísaná v roku 1978, záver knihy dopĺňajú niektoré nové poznatky z posledných rokov. Prehľad literatúry a register ukončujú túto drobnú monografiu. Celý rad vynikajúcej dokumentácie v podobe schém a tabuliek dopĺňuje diskutovaný text.

Dr. M. Palát, Bratislava

Rehabilitácia

14, 1981, 3, s. 153 — 158

**PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA PRI ÚRAZOCH  
POHYBOVÝCH ORGÁNOV U STARÝCH OSÔB**

M. ZURKOVÁ

Odborný liečebný ústav pre tbc a respir. choroby,  
Nitra — Zobor — Lefantovce  
Riaditeľ: doc. MUDr. R. Krutý, CSc.

**Súhrn:** Úrazy pohybových orgánov u starých ľudí sú veľmi závažným zásahom do celkovej somatickej i psychosociálnej integrity postihnuteho jedinca.

Kontakt starých ľudí s okolím sa pre rôzne degeneratívne procesy orgánov zužuje, znižujú sa schopnosti zmyslového vnímania i celková adaptabilita, a tým aj sociabilita, a tak úraz pohybových orgánov ich veľmi citeľne zasahuje. To nesie so sebou nepriaznivo vytvorenú sociálnu závislosť starého človeka, čo má nežiadúci odraz na jeho vlastnom hodnotení i na hodnotení najbližším okolím. Starý človek, traumatizovaný už nepriaznivými faktormi súvisiacimi s vekom, je takto po úraze navyše traumatizovaný nepriaznivo zmenenou životnou situáciou, čo vyvoláva u neho paletu nežiadúcich reakcií vyúsťujúcich do stavov depresie, apatie a niekedy až do stavov suicidálnych tendencií. Rehabilitácia s jej možnosťami znovunavrátania funkčných schopností môže vytvárať i pri sťaženej životnej situácii ešte nejaké perspektívy do života. Pripojená kazuistika ilustruje prípad pacientky, kde primeranou stimuláciou z rodinného prostredia sa navodila vhodná motivácia k zákroku i neskoršej rehabilitácii. Druhá kazuistika taktiež dokumentuje široké možnosti hľadania motivačných faktorov potrebných ku komplexnej rehabilitácii u vekove starých pacientov. Pri rehabilitácii vekove starých pacientov po úraze je nutné dodržiavať nielen odborné rehabilitačné hľadiská, ale aj hľadiská psychologicko — sociálne, bez ktorých by rehabilitácia u týchto chorých nebola komplexnou.

**Kľúčové slová:** Psychosociálna integrita osobnosti — psychické reakcie na úraz — motivačné faktory — komplexná rehabilitácia — kazuistika

Dnešná medicína i rehabilitácia zaznamenávajú nevidaný rozmach operačných techník i techník rehabilitačných v traumatológii. No i tak úraz na pohybových orgánoch u starých ľudí je veľmi závažným zásahom, a to nielen do ich somatiky, ale aj psychiky.

„Život je pohyb a pohyb je život!“ Táto odveká pravda, hlásaná už starovekými lekármi, je u starých ľudí znásobená závažnosťou svojej platnosti.

Kontakt starých ľudí s okolím sa pre rôzne degeneratívne procesy orgánov zužuje, znižujú sa schopnosti zmyslového vnímania, celková adaptabilita a tým aj sociabilita, a tak úraz pohybových orgánov ich zasiahne citeľne. To nesie so sebou nepriaznivú sociálnu závislosť starého človeka, čo má nežiadúci odraz na vlastnom sebahodnotení i na hodnotení najbližším okolím („potrebuje stále niekoho okolo seba, je už len na ťarchu“ a pod.).

Nepriaznivo zmenená životná situácia vyvoláva stavy emocionálnych zmien v širokej palete reakcií, závislých jednak od premorbidného typu osobnosti chorého, jednak od daného psychického stavu, ktorý v nemalej miere závisí aj od vzťahov najbližšieho okolia k chorému. Výslednú reakciu takto podmieniajú subjektívne faktory osobnosti v priamej nadväznosti na doterajšie životné skúsenosti, závislé od najbližšieho životného prostredia chorého. Podpora najbližšieho okolia pacienta zo strany rodinného prostredia i prostredia liečebného je významným a závažným faktorom, ktorý ovplyvňuje motiváciu chorého vo vzťahu k liečeniu, snahe podrobiť sa zákrokom i túžbe uzdraviť sa.

Starý človek s úrazom pohybového aparátu sa často obáva zaužíwanej mienky, že u starých ľudí sa to ťažšie hojí, že operácia sa málokedy vydarí a pod. Starý človek traumatizovaný už nepriaznivými faktormi súvisiacimi s vekom, sa bojí ďalšej traumatizácie bolesťou, bojí sa bezútešných situácií v budúcnosti.

U vekove starého pacienta treba veľmi dôsledne hľadať nejaký stimul, aby sa sám snažil liečiť, aby chcel prekonávať ťažkosti, bolesti a bol ochotný podrobiť sa zákroku. Motivácia je tou najsilnejšou pákou každého rozhodovania, každého konania. Pri hľadaní tejto motivácie treba často analyzovať a hodnotiť situáciu chorého v jeho sociálnej kontinuite a integrite v nadväznosti na domáce prostredie.

#### Kazuistika

U 69-roč. H., K. hospitalizovanej pre tbc pľúc, došlo v začiatkoch liečby k pádu s následnou fraktúrou coli femoru. Pacientka ako vdova žila v rodine svojej vydatéj dcéry. Zistenie tbc pľúc vo vyššom veku, ako aj fraktúra veľmi sťažili životnú situáciu pacientky a došlo k dvojnásobnému psychotraumatizovaniu. Pre pacientku život nehle stratil cenu, a preto odoprela prevoz na chirurgiu a zákrok. Urýchlene zavolali dcéru, ktorá vzala so sebou aj malú dcérku. Pacientka mala túto vnučku veľmi rada a v starobe sa jej stala zmyslom života. Keď sa dozvedela, ako ju netrežlovo odkávkava doma, aby zase mohla počúvať najkrajšie rozprávky starkej, odhodlala sa na zákrok so slovami: „Tak idem. Ja som si už myslela, že nikomu nebudem potrebná na svete, a tak mi bolo jedno, čo sa so mnou stane.“ Náhle sa vynorila motivácia pre chuť do života a stala sa oporným bodom, na ktorý sa pacientka upínala i počas dost komplikovaného pooperačného priebehu. Nebránila sa ani rehabilitačným úkonom, pravda, po vhodnej príprave a psychickej stimulácii. Rodinní príslušníci vytvárali dobré domáce územie tým, že dávali najavo, ako sa na ňu doma tešia a ako môžu byť pre nich užitočná. Perspektíva, že i pri sťažených životných podmienkach sa bude môcť ešte v rodine uplatniť, jej dávala chuť do života, snahu liečiť sa a ochotu podriaďovať sa niekedy námahavým rehabilitačným úkonom. Liečenie opúšťala s barlou, ale okrem barly jej oporou v živote bolo vedomie, že ju niekto ešte potrebuje, niekto ju má rád.

Sociálne a najmä rodinné prostredie a vzťahy v ňom sa stávajú významnou zložkou, ktorá môže potenciovat', ak nie výhradne motivovať akékoľvek sna-

zenie starého človeka, chuť žiť, alebo nežiť. Stúpajúci trend samovrážd vo vyššom veku je motivovaný práve sociálnou izoláciou s pocitom nepotrebnosti v živote. Je preto dôležité hľadať pre starého človeka ešte nejakú náhradnú rolu, ktorú by i pri zmenených a sťažených životných podmienkach mohol na seba prebrať, v nej sa realizovať a nájsť uspokojenie, náplň svojho života.

Závažným problémom vekove starých je vlastne ako získať ich spoluprácu pri liečbe, zákrokoch i rehabilitácii. Na to treba poznať ich psychickú situáciu v nadväznosti na domáce prostredie, ale zároveň poznať aj ich záujmy, záľuby, snahy, ktoré môžu pomáhať pri integrácii pacienta s liečebným prostredím, pri jeho adaptácii na toto prostredie. Napr. poskytnutie donášky knihy k poslechu chorého, donášky tlače, možnosť počúvať rozhlas i sledovať televízne programy. Veľmi dôležitá je možnosť verbálne niekam „odkanalizovať“ svoju osobnostnú problematiku, nájsť oporu v novom prostredí. Na to je ale nutné poznať aspoň čiastočne psychológiu starnutia a staroby, kde významným faktorom sú zmeny spoločenských funkcií po odchode do dôchodku, zníženie pracovnej schopnosti, zmeny psychickej i fyzickej, celková zmena reaktivity a adaptability. To všetko v nemalej miere vplýva na osobnosť vekove starého chorého, spätne devaluje jeho životné hodnoty a vedie často k stavom beznádeje. Izolácia v liečebnom prostredí vedie ďalej k zužovaniu už aj tak úzkeho poľa záujmov, k ochabovaniu túžby po aktivite, čo vyúsťuje do urýchľovania nežiadúcich zmien osobnosti, ktoré sa prejavujú v stavoch apatie, depresie alebo v nezdravom centrovaní sa na svoje ťažkosti, v akomsi vyžívaní sa v svojej chorobnosti, ktorá sa prenáša na celého človeka.

Sú známe prípady, že starý človek, ktorý sa doteraz vo svojom domacom prostredí cítil bez ťažkostí, po úraze a patričnom čase hospitalizácie po chirurgickom zákroku sa začína sťažovať na mnohé ťažkosti, ktorým predtým nevenoval pozornosť. Niekedy dochádza až k akejsi mánií nariekania. V tejto mánií sa starý človek pri nedostatku iného zamestnania akoby nepriamo sebarealizoval. Prevenciou týchto nežiadúcich zmien je správne podchytenie vekove starého pacienta nadviazaním dobrého kontaktu, získaním jeho dôvery, odvracанím pozornosti od prílišného centrovania sa na seba, ako aj aktiváciou jeho psychiky žiadúcim smerom. Rehabilitácia má v tomto smere široké pole pôsobnosti ako vplývať na pacienta. Aktivácia nutným pohybom je nielen dôležitým činiteľom rehabilitácie fyzickej, ale zároveň aj psychickej. Starý človek sa niekedy ťažko odhodláva ku spolupráci pri rehabilitačných úkonoch, bojí sa bolesti, bráni sa jej. Vhodná motivácia nádejou na neskoršiu sociálnu nezávislosť vie prekonať počiatočné ťažkosti. Vyžaduje to od rehabilitačného pracovníka veľa trpezlivosti, porozumenia i ochoty, ale aj schopnosť správne modifikovať cvičenia podľa veku a fyzických i psychických predpokladov. Ak pacient vidí, že pohyb sa mu podaril pri šetrnej podpore a vedení rehabilitačného pracovníka, stimuluje ho to k ďalšiemu cvičeniu i spolupráci pri ďalších rehabilitačných úkonoch. Pochvaly zvyšujú sebadôveru pacienta, povzbudzujú ho ďalej cvičiť.

Závažným problémom v traumatológii starých pacientov je návyk na protézy a vôbec nosenie protéz. Starý človek sa ťažšie adaptuje na akékoľvek zmeny prostredia, tobôž na zmeny nežiadúce, spojené s ťažkosťami nového systému chôdze. I tu je dôležité navodiť vhodnú motiváciu.

Kazuistika

J. K., 67-roč., liečený v ústave pre tbc pľúc, mal po úraze amputovanú pravú dolnú končatinu. Chodil o barle a mal dostať protézu. Protézu tvrdošijne odmietal, hoci bol na jej nosenie patrične pripravovaný rehabilitáciou. Zhodou okolností prišiel do ústavu na liečenie pacient, ktorý už dlhý čas nosil protézu a ktorý sa s ňou veľmi dobre pohyboval. Nenápadne — po predbežnej inštrukcii o tom, ako má odovzdať svoje dobré skúsenosti s protézou — ho zoznámili so spomínaným pacientom. Čo sa nepodarilo celému tímu zdravotníkov, dokázal pacient, ktorý v praxi ukázal možnosti účelného používania protézy. Nakoniec sa náš pacient v rámci rehabilitácie naučil veľmi dobre používať protézu. Chôdzu potom cvičil za asistencie spolupacienta, ktorý sa mu stal nielen dobrým vzorom, ale aj dobrým priateľom. Priateľstvo pretrvávalo dlhé roky aj po prepustení z liečenia a pacienti sa stali jeden druhému psychickou oporou.

Pri rehabilitácii vekove starých pacientov po úrazoch ide o dodržiavanie mnohých závažných hľadísk, a to jednak odborne rehabilitačných, ale aj psychologicko-sociálnych, bez ktorých by komplexná rehabilitačná starostlivosť nebola úplná, a mohla by ľahko stroskotať na negatívnom postoji pacienta k rehabilitácii.

LITERATÚRA

1. BRÜSCHKE G. — DOBERAUER W. — SCHMIDT U. J.: Leitfaden der praktischen Geriatrie, Jena 1975, VEB Verlag s. 491.
2. KONDÁŠ O.: Príspevok psychológie k teórii rehabilitácie, Rehabilitácia 7, 1974, s. 195-201
3. LEHR U.: Psychologie des Alterns, Heidelberg, Quelle-Meyer 1974, s. 348.
4. MÜLLEROVÁ B. — MÜLLER I.: Dlouhodobé zkušenosti s rehabilitací operovaných endoprotézami v oblasti kyčle, Rehabilitácia 9, 1976, s. 89-101.
5. RÖSSNER L.: Sozialpsychologische Probleme des Alters, Ernst Reinhardt Verlag, München n/Basel 1963, 186.
6. ZURKOVÁ M.: Psychologische Aspekte der Rehabilitation der alten Kranken. Prednáška na Kongrese maďarskej gerontologickej spoločnosti, Budapešť, 1976.

Adresa autorky: PhDr. M. Zurková, Odb. lieč. ústav pre tbc a respir. ochorenia, okres Nitra, 951 45 Lefantovce

M. Zurkova  
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ ДВИЖЕНИЯ У СТАРЫХ ЛИЦ

Резюме

Травмы органов движения у старых людей представляют весьма важное вмешательство в общую соматическую и психосоциальную целостность пострадавшего. На постоянно суживающийся контакт старых людей с окружающей средой вследствие разных процессов дегенерации в органах, вследствие понижающихся способностей чувственного восприятия, снижающейся общей приспособляемости, а тем самым и общительности, сильно влияет и травма органов движения. Это влечет за собой неблагоприятную социальную зависимость старого человека, отрицательно отражающуюся на оценке себя им самим и оценке его окружающей средой. Старый человек, травмированный уже неприятными факторами, связанными с возрастом,

таким образом, больше всего травмирован после травмы неблагоприятно изменяющейся жизненной обстановкой, что вызывает у него палитру нежелательных реакций, переходящих к состояниям депрессии, апатии, иногда даже к суицидальным намерениям. Реабилитация со своими возможностями возвращать функциональные способности, способна и при ухудшенной жизненной обстановке давать кое-какие перспективы на жизнь. Приложенная казуистика иллюстрирует случай больной, у которой соответствующей стимуляцией со стороны семьи была создана удобная мотивировка к вмешательству а впоследствии и к реабилитации. Вторая казуистика также документирует широкие возможности поисков мотивирующих факторов, необходимых для комплексной реабилитации у людей высшего возраста. При реабилитации людей высшего возраста необходимо после травмы соблюдать не только специальные реабилитационные, но и психолого-социальные точки зрения, без которых реабилитация у этих больных была бы не комплексной.

M. Zurková  
PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN TRAUMA OF THE MOTOR SYSTEM IN OLD PEOPLE

Summary

Traumas of the motor organs in old people are a serious intervention in the whole psychosocial integrity of the affected individual.

The narrow contact of old people with their environment, due to various degenerative processes in organs, the decreasing ability of sensitive perception, the decrease of total adaptability and thus also sociability is by the trauma of motor organs seriously affected. This brings about unfavourably created dependence of the old person and this has an undesirable response on his own selfvaluation and that of his nearest environment. The old person already traumatized by unfavourable factors connected with his age is even more traumatized after the trauma by the changes of the situation of his life evoking in him a whole range of undesirable reactions resulting in depressions, apathy and sometimes even in condition of suicidal tendencies. Rehabilitation with its possibilities for respiration of functional abilities may be able to create also in difficult situations at least some perspectives for life. The included case history shows the case of a female patient where in adequate stimulation of the family environment suitable motivation for intervention and later rehabilitation was created. The second case history also documents the wide range of motivation factors to be found and necessary for complex rehabilitation in old patients. In rehabilitation in old patients after trauma it is not only necessary to adhere to expert rehabilitation aspects, but also psychological and social aspects have to be considered as rehabilitation in these patients could not be complex.

M. Zurková  
DIE PSYCHOLOGISCHE PROBLEMATIK BEI UNFÄLLEN MIT SCHÄDIGUNG DER BEWEGUNGSORGANE BEI ALTEN PERSONEN

Zusammenfassung

Unfälle mit Schädigung der Bewegungsorgane bei alten Personen stellen einen sehr ersten Eingriff in die gesamte somatische und psychosoziale Integrität des geschädigten Individuums dar. Der infolge verschiedener degenerativer Prozesse von Organen, der verminderten Fähigkeit der Sinnesorgane zur Wahrnehmung, der geringeren allgemeinen Adaptabilität und somit auch ihrer Soziabilität ohnehin eingeengte Kontakt alter Personen

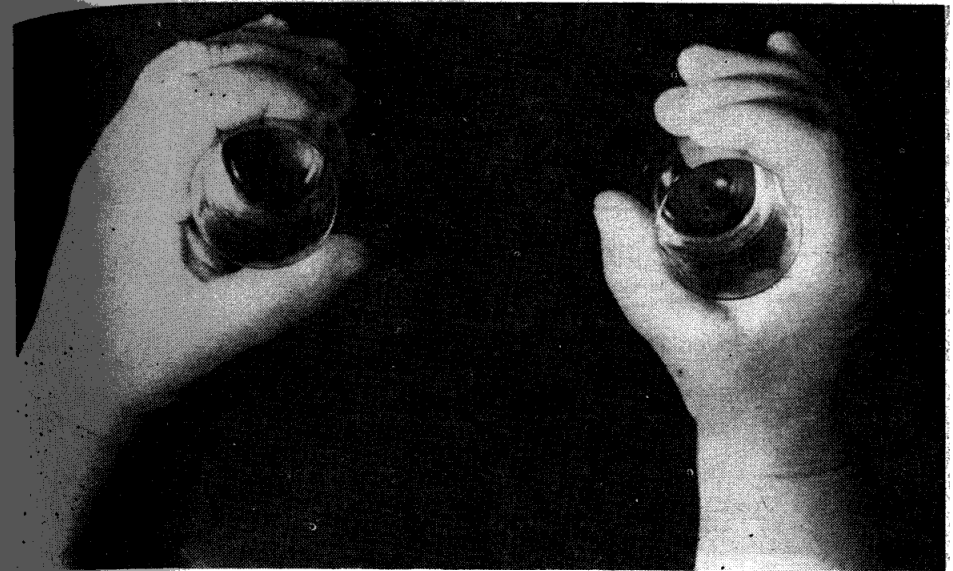




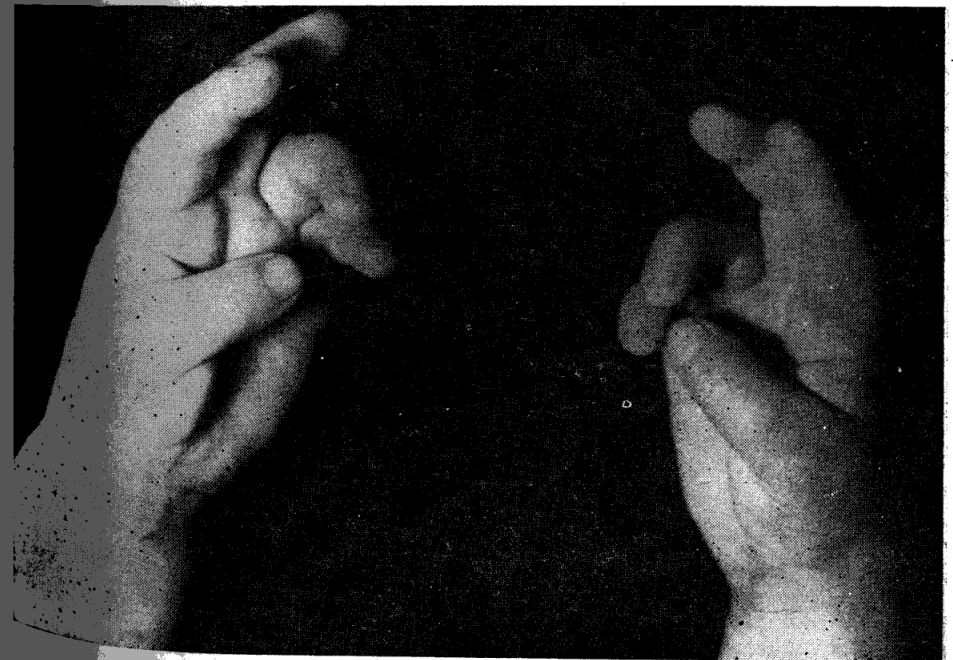
fické poruchy s výrazným znížením potivosti, poruchou prekrvenia s objavením sa cyanotického zafarbenia celej oblasti ruky s ovplyvnením rastu nechtov [10]. Pri bližšej diferenciacii parastézií a bolesti prichádzame na to, že sú lokalizované na dlani a prstoch v inervačnej oblasti n. mediani, dostávajú sa na začiatku v noci a neskôr aj cez deň pri určitej činnosti alebo statickom zaťažení. Pacient príde zvyčajne sám na to, ktorá poloha je úľavová a tú sa potom snaží zaujať (v noci sa preto napríklad aj niekoľkokrát zobúda a stíši si bolesti rôznymi pohybmi). Z objektívnych príznakov bývajú prítomné poruchy citlivosti v oblasti senzitívnej inervácie n. medianus. Pre diagnostiku relatívne diskretných motorických porúch slúžia skúšky mlynčeka, abdukcie palca, flexie falang palca, kružidla, úpenlivej prosby, úchopu pohára a iné [vykonanie niektorých skúšok je zrejmé z priloženej fotodokumentácie — obrázok 1 až 4], [4, 5, 6, 7]. EMG vyšetrenie ako pomocná metóda prináša pozitívne výsledky len v menšom percente prípadov (prekážateľné je hlavne v pokročilejších štádiách). Z terapeutických postupov laesie nervi mediani pri syndróme karpálneho kanála sa v minulosti využívalo chirurgické pretatie priečného karpálneho ligamentu, ktoré sa však v súčasnosti dá vo väčšine prípadov nahradiť farmakologickou dekompresiou (lokálne sa v mieste vstupu nervi mediani pod ligament vpravuje depotný kortikoid, ktorého úlohou je dekonngescia a resorpcia edému). Až pri neúspešnosti tohto postupu sa odporúča chirurgické riešenie. Ďalší postup je ako pri iných periférnych parézach — v ľahkých prípadoch ustupujú ťažkosti spontánne, v ťažších sa postupuje podľa príslušného rehabilitačného programu s podporou medikamentóznou terapiou, ktorá by mala paralelne v indikovanom prípade ovplyvňovať aj základné ochorenie (napr. endokrinopatia).

Kazuistika: 53-ročná pacientka bola odoslaná na naše rehabilitačné oddelenie ako stav po discízii priečného karpálneho ligamentu pre syndróm karpálneho kanála vľavo z Neurochirurgickej kliniky ILF v Bratislave. V osobnej anamnéze sme nezistili žiadne závažnejšie ochorenie. Koncom roka 1978 jej začal trpnúť palec pravej ruky. Pociť trpnutia sa stupňoval do bolesti tlakového až páľivého charakteru. Bolesti sa dostavovali v noci — snažila sa ich zbaviť masírovaním a krúžením ruky. Postupne sa rozšírili do dlane s vyžarovaním do prvých troch prstov. Ťažkosti sa neskôr dostavovali aj cez deň, najmä keď musela umývať a utierať prach (pracuje ako upratovačka). Na začiatku brala bežné analgetiká, potom sa podrobila opakovaným obštrukciám kortikoidmi — bolesti však napriek tomu neustupovali. V januári 1980 sa preto podrobila chirurgickému zákroku, po operácii nastal ihneď ústup subjektívnych ťažkostí a bola bez poruchy hybnosti. Asi dva mesiace sa cítila dobre, potom sa však začali stupňovať bolesti v tej istej lokalizácii, ale na druhej ruke. 11. apríla 1980 bola operovaná na ľavej ruke. Na druhý deň po operácii udávala ústup bolesti. 30. apríla 1980 bola pacientka odoslaná k nám na rehabilitáciu. V objektívnom náleze nachádzame vo svalovom teste hodnoty pre svaly zásobované nervom mediani na rozhraní stupňa 2 — 3. Pozitívne boli skúšky svedčiace o lézii n. mediani — skúška abdukcie palca, úchopu pohára, mlynčeka, kružidla a štipky. Dlaň i prsty boli ak ráne trochu opuchnuté. V rehabilitačnom programe sme využili niektoré prvky reedukačnej fázy a fázy zdokonaľovania hybnosti spolu s vírivkou. Stav sa veľmi pekne upravoval, takže pacientka mohla byť začiatkom júna vypísaná do práce a popritom dochádzala ešte dva týždne na procedúry.

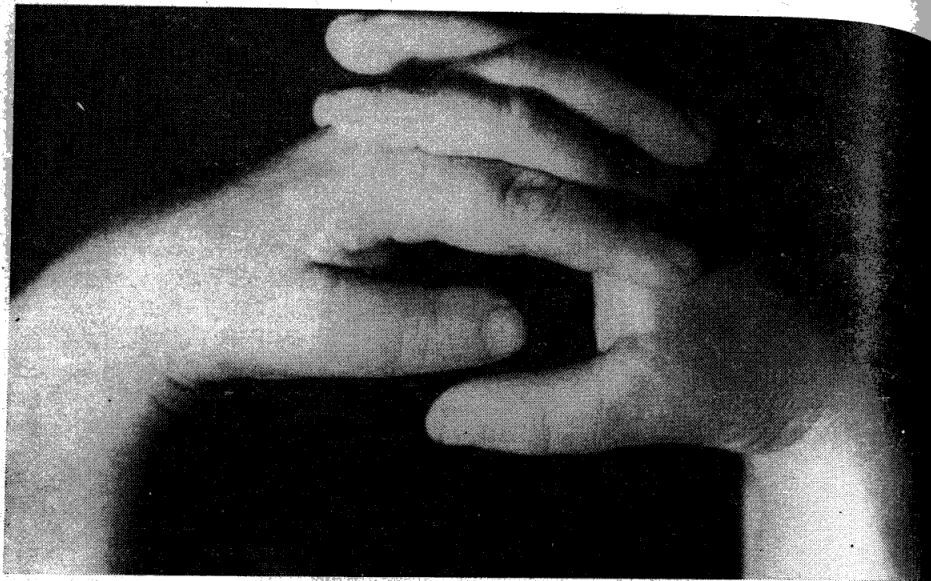
Fotodokumentácia niektorých skúšok pri vyšetovaní diskretných motorických porúch.



Obr. 1. Skúška úchopu pohára (ruka vľavo nedokonale obopína pohár).



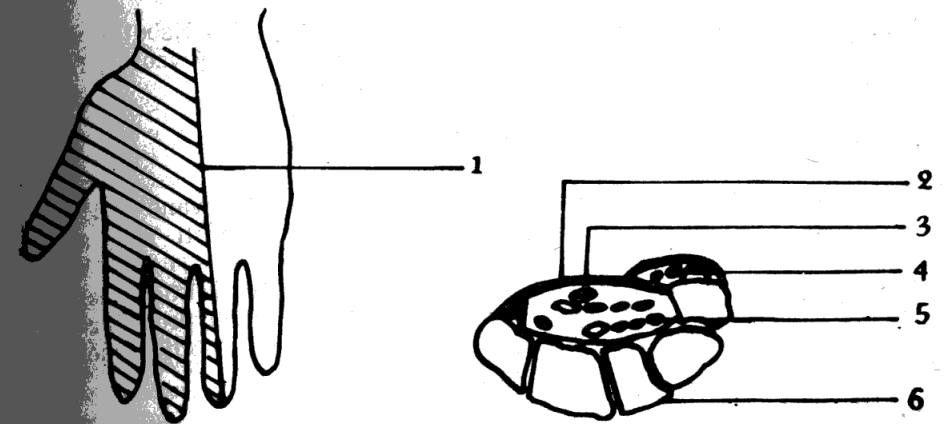
Obr. 2. Skúška opozície palca (pozitívna vľavo).



Obr. 3. Skúška mlynčeka [ľavý palec vykonáva pohyb len v náznakovoch a prakticky sa pohybuje krúživým spôsobom len pravý].



Obr. 4. Skúška abdukcie palca [vyšetrujúci kladie odpor a porovnáva abdukciu palca obojstranne].



Obr. 5. Schéma priebehu n. mediani karpálnym kanálom a príslušná senzitivná inervácia n. mediani. 1. Inervačná oblasť n. mediani, 2. priečny karpálny ligament, 3. n. medianus, 4. n. ulnaris, 5. šľachy flexorov ruky, 6. karpálne kostičky.

### Diskusia

Rehabilitačná liečba lézie nervi mediani je záležitosť komplexná, prísne individuálna, vychádzajúca z konkrétneho klinického stavu. Základným predpokladom úspechu je dobrá spolupráca chorého s rehabilitačným pracovníkom, aktívna účasť chorého na liečbe a dynamické sledovanie zmien s prispôbovaním voľby jednotlivých metód. Vlastný rehabilitačný program môžeme rozdeliť do troch základných fáz:

- a) fáza preventívnych opatrení,
- b) fáza reedukácie,
- c) fáza zdokonaľovania hybnosti.

a) K preventívnym opatreniam patrí:

**Polohovanie** — má zabrániť primárnym a sekundárnym zmenám (používame dlažku, loptičku, vatový tampón, pričom cieľom je dosiahnuť nebolestivú fyziologickú strednú polohu.

**Relaxácia** — aplikácia tepla (solux, fén), jemná masáž.

**Ovplyvnenie bolesti** — aplikácia diadynamických prúdov (DF, CP, LP).

**Elektrostimulácia** — volíme len dovedy, kým sa neobjaví aktívna hybnosť, aplikujeme čo najdlhší impulz s čo najmenšou intenzitou.

b) Fáza reedukácie:

Postihnuté svaly sa snažíme reedukovať niektorou technikou Kabátovej metódy. Môžeme použiť normálny sled s dôrazom na oslabený sval, opakované kontrakcie, resp. vzorce, ktoré sa uplatnia vo fáze zdokonaľovania

hybnosti. Z optimálnych vzorcov pre svaly HK (podľa Kabáta) využívame pri paréze nervi mediani tieto: I. diagonála, flekčný vzorec, I. diagonála, extenčný vzorec, II. diagonála, extenčný vzorec.

### c) Fáza zdokonalenia hybnosti:

V tejto fáze sa uplatnia odporové cvičenia, kombinované cvičenia na kladke, posilovacie vzorce, nácvik úchopovej schopnosti ruky a nácvik denných činností.

Z tohto postupu sme u spomínanej pacientky použili prakticky len prvky z druhej a tretej fázy. Stav pacientky si použitie ostatných procedúr nevyžadoval. O správnosti postupu svedčí pomerne rýchla adaptabilita pacientky s ústupom subjektívnych i objektívnych ťažkostí.

### LITERATÚRA

1. BOROVSANÝ, L.: Soustavná anatomie člověka. SZN, Praha 1967
2. CALBERG, G.: Die chirurgische Behandlung des Karpeltunnel Syndroms — MMW 117, 1975, 1091 — 1098
3. DREYFUS, P.: Die Akroperesthesien des Arms, MMW 117, 1975, 1069 — 1072
4. HENNER, K.: Speciální neurologie, SZN, Praha 1961
5. HRAZDÍRA, Č. L.: Speciální neurologie, Avicenum, Praha 1980
6. CHUSID, J. G.: Funktionelle Neurologie, Springer Verlag Berlin — Heidelberg — New York 1978
7. MUMENTHALER, M.: Neurologie, 5. prepracované a rozšírené vydanie, G. Thieme-Verlag, Stuttgart 1976
8. OBRDA, K., KARPÍŠEK, J.: Rehabilitace nervově nemocných, 3. prepracované vydanie, Avicenum, Praha 1971
9. PECHAN, J., KRÍŽ, K.: Akroparestézie a komprese na horních končetinách, Avicenum, Praha 1975
10. SCHEID, W.: Lehrbuch der Neurologie, 4. prepracované a rozšírené vydanie, G. Thieme-Verlag, Stuttgart 1980

Adresa autora: Dr. A. G., Fyziatrisko-rehabilitačné oddelenie  
NsP akad. L. Déreera, Limbova 5, 809 46 Bratislava

A. Гут, З. Брндиярова, М. Палат  
LAESIO NERVI MEDIANI

### Резюме

Авторы дают краткий обзор этиопатогенеза клинической терапии нарушения срединного нерва в области запястного канала. В казуистике рассматривается случай 53-летней больной, подвергшейся хирургическому вмешательству ввиду вышеприведенного диагноза. Описывается программа реабилитации, которую авторы разделяют на три этапа — этап профилактических мероприятий с целью предупреждения клинического ухудшения состояния, этап реэдукации с целью возобновления нарушенной функции и этап усовершенствования двигательных способностей с целью реституции нарушенной функции руки. В зависимости от состояния и развития нарушения программа реабилитации дополняется другими, главным образом фармакологическими мероприятиями; в описанной казуистике последние не применялись ввиду

ду относительно быстрого урегулирования функции после нарушения срединного нерва.

A. Gúth, Z. Brndiarová, M. Palát  
LAESIO NERVI MEDIANI

### Summary

The authors present a brief survey of the etiopathogenesis of clinical therapy of the lesion nervi mediani in the region of the carpal duct. The case history of a 53 years old female patient in which surgery had been carried out for the mentioned diagnosis, is being analysed. A rehabilitation programme divided into three parts is being presented; the part of preventive measures in order to prevent clinical deterioration of the condition, the part of reeducation with the aim to restore the impaired function of the hand and the part of complete improvement of mobility with the aim of restitution of the impaired function of the hand. The rehabilitation programme is being, according to the condition and the development of impairment, supplemented by other, particularly pharmacological treatment. The mentioned case these measures have not been applied due to a relatively speedy adaptation of function after the lesion of nervi mediani.

A. Gúth, Z. Brndiarová, M. Palát  
LAESIO NERVI MEDIANI

### Zusammenfassung

Die Autoren geben einen kurzen Überblick über die Ätiopathogenese, die klinische Therapie und die Rehabilitationsbehandlung der Laesio nervi mediani im Bereich des Carpalkanals. In der Kasuistik wird der Fall einer 53jährigen Patientin analysiert, die aufgrund der hier behandelten Diagnose einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurde. Dazu wird ein Rehabilitationsprogramm dargelegt, das in drei Phasen gegliedert ist: die Phase der Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhinderung der klinischen Verschlimmerung des Zustandes, die Phase der Reedukation zwecks Erneuerung der geschädigten Funktion und die Phase der Vervollkommnung der Beweglichkeit mit dem Ziel der Restitution der geschädigten Funktion der Hand. Das Rehabilitationsprogramm wird je nach dem Zustand und der Entwicklung der Schädigung durch weitere, vor allem pharmakologische Maßnahmen ergänzt. In der dargelegten Kasuistik wurden diese Mittel in Anbetracht der schnellen Wiederherstellung der Funktion nach der Laesion nervi mediani nicht angewandt.

A. Gúth, Z. Brndiarová, M. Palát  
LAESIO NERVI MEDIANI

### Résumé

Les auteurs donnent un bref aperçu sur l'étiopathogénie de la thérapie clinique de la lésion du nerf médian dans la région du canal carpien. Dans la casuistique, ils analysent le cas d'une patiente âgée de 53 ans qui a subi une intervention chirurgicale avec le diagnostic mentionné. Ils mentionnent un programme de réadaptation

tion qu'ils ont divisé en trois phases — la phase des mesures préventives dans le but de prévenir l'aggravation de l'état du malade, la phase rééducative dans le but de renouveler la fonction troublée et la phase de perfectionnement de la mobilité dans le but de restituer les troubles fonctionnels de la main. Le programme de réadaptation est complété selon l'état et l'évolution du trouble par différentes autres mesures, avant tout, pharmacologiques. Cette thérapie n'a pas été appliquée dans la casuistique mentionnée, vu l'adaptation fonctionnelle relativement rapide après la lésion du nerf médian.

F. KUHNLENCORDT, H. BARTELHEIMER

**KLINISCHE OSTEOLOGIE A, B.**

Klinická osteológia, zväzok A, B

Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1980  
ISBN 3-540-08730-3

V edičnom rade učebníc pre vnútorné lekárstvo, ktorý vydáva v Springerovom vydavateľstve prof. H. Schwiegl, vychádza rozsiahla učebnica o klinickej osteológii, ktorá sa skladá z dvoch zväzkov. Celý rad autorov sa zúčastnil na vypracovaní tejto rozsiahlej, moderne koncipovanej a obsahovo pozoruhodnej učebnice, venovanej komplexnej problematike chorôb kostí, kĺbov a svalov. Monografiu pripravili do tlače prof. Kuhlencordt a prof. Bartelheimer z kliniky vnútorných chorôb hamburskej univerzity.

Prvý diel monografie rozoberá anatomické a fyziologické základy vrátane embryológie, histológie a biochémie kostí. Venuje pozornosť otázkam metabolizmu kalcia v problematike hormónov a v zaujímavom príspevku rozoberá problematiku kalcitonínu. Druhá časť prvého dielu sa zaoberá problematikou vyšetrovacích metód — rádiologických, histologických a biochemických a vyšetrovacích metód endokrinologických. V jednotlivých kapitolách sa venuje pozornosť detailnej problematike vyšetrenia kostí, metabolizmu na kostiach, kinetike jednotlivých dejov. Endokrinologické vyšetrovacie metódy venujú pozornosť predovšetkým paratyreoideálnemu hormónu, kalcitonínu a vitamínu D a jeho metabolitom.

Druhý diel Klinickej osteológie sa venuje problematike klinickej. Po kapitole o všeobecných aspektoch klinickej osteológie rozoberajú sa v jednotlivých kapito-

lách klinickej jednotky osteológie — endokrinné a metabolické osteopatie, Pagetova choroba kostí, poruchy rastu, konštitučné anomálie, otázky myelogénnych osteopatií. Ďalšia kapitola je venovaná zápalovým kostným ochoreniam, extraoseárnemu vápenatenu a ektopickej tvorbe kostí a konečne primárnym a sekundárnym tumorom kostí a kĺbov. Vecný register umiestnený v druhom zväzku je spoločný pre obidva diely. Početné krásne ilustrácie, dokonalé schémy, vynikajúca dokumentácia s mikrofotografiami a röntgenovými snímkami dopĺňujú jednotlivé kapitoly tejto prekrásnej monografie, polygraficky vynikajúco pripravenej.

V závere každej kapitoly je uvedený bohatý prehľad ďalšej literatúry.

Monografia je dvojjazyčná, väčšina kapitol je v nemeckom jazyku, niektoré kapitoly sú v angličtine.

Kuhlencordtova a Bartelheimerova Klinická osteológia predstavuje špičkové dielo v tejto oblasti, pretože veľmi prehľadným a detailným spôsobom rozoberá jednotlivé otázky modernej osteológie a jednotlivé kapitoly teoretického aj klinického zamerania z oblasti chorôb kostí, kĺbov a svalov. Je určená predovšetkým špecialistom v oblasti osteológie a príbuzných odborov, ale každý, kto sa stretáva s týmito chorobami, nájde tu dokonalú informáciu v modernej podobe. Rozsah knihy nie je na úkor jej obsahu.

Dr. M. Palát, Bratislava

**DOŠKOĽOVANIE**

**SVETONÁZOR V ŽIVOTE A PRAXI STREDNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV**

J. VASILOVÁ

Katedra marxizmu-leninizmu ÚDV SZP Bratislava  
Vedúci: prom. hist. V. Nemeček

*Súhrn:* Autorka sa zaoberá vzťahom marxisticko-leninskej filozofie a medicíny, Poukazuje na nevyhnutnosť metodologického a svetonázorového zakotvenia medicíny v dialekticko-materialistickej filozofii. Filozofia v súčasnosti disponuje takým rozvinutým pojmovým a kategóriaálnym aparátom, ktorý umožňuje adekvátne poznať objektívnu realitu, čím sa stáva pre ostatné vedné disciplíny nevyhnutnou. Podľa slov F. Engelsa aj „prírodné vedy sa dostali už do takého štádia, v ktorom sa nemôžu vyhnúť dialektickému zhrňovaniu“.

Možno povedať, že aj prístup medicínskych disciplín by postrádal atribút objektívnosti a vedeckosti, ak by nezohľadnil existujúce dialekticko-materialistické svetonázorové a metodologické východiská.

Objektívnosť a vedeckosť poznania v ktorejkoľvek vednej disciplíne, teda aj v medicíne, nie je možná bez správnej filozoficko-svetonázorovej a filozoficko-metodologickej pozície.

*Kľúčové slová:* Dialekticko-materialistická metóda — filozofické zovšeobecnenie — abstrakcia — svetonázorová orientácia — metodologické a poznávacie problémy

XIV. zjazdom KSČ sme nastúpili do novej etapy budovania socializmu v Československu, do etapy budovania rozvinutej socialistickej spoločnosti. Jej obsah a ciele spresnil XV. zjazd KSČ. Táto etapa sa vyznačuje „najmä spájaním výsledkov VTR s novými spoločenskými vzťahmi, komplexným riešením politických, sociálno-ekonomických, kultúrnych a ideovo-politických otázok, ktoré umožňujú uspokojovať neustále rastúce potreby ľudí“. Je charakterizovaná ešte náročnejšími a zložitejšími úlohami, ako boli v predošlých etapách socialistickej výstavby. Ich splnenie má zaktivizovať existujúce, odhaliť všetky neprejavené možnosti a rozvinúť všetky prednosti socialistického zriadenia, aby plne vynikol jeho tvorivý charakter a humánna podstata. Ide skutočne o úlohy nielen veľkolepé, ale aj nesmierne náročné, najmä na všestrannú aktivizáciu subjektívnych činiteľov.

Na všetkých úsekoch nášho spoločenského a hospodárskeho života stoja pred nami zložité a náročné úlohy, ktoré úspešne môžu splniť len ľudia všestranné harmonicky rozvinutí, schopní pracovať a tvoriť v duchu požiadaviek

súčasnej VTR, osobnosti, ktoré majú zmysel pre všetko nové a revolučné, osobnosti, ktoré sa dostanú na správne svetonázorové stanovisko a v súlade s tým sú vyzbrojené správnu, t. j. marxisticko-dialektickou metódou v procese poznávania javov objektívneho sveta.

Vzhľadom na tieto narastajúce úlohy v súčasnosti je potrebné zdôrazniť význam teoretickej a praktickej stránky marxisticko-leninskej filozofie, ktorá svojím zovšeobecňujúcim pohľadom má vplyv na vývoj jednotlivých vied a má ďalekosiahly dosah aj na ďalší vývoj medicíny.

Vplyv filozofie na jednotlivé vedy je sprostredkovaný jej základnými funkciami — gnozeologickou, metodologickou, svetonázorovou, ale aj integračnou, ideologickou, revolučno-kritickou, axiologickou, riadiacou a výchovnou.

S tým veľmi súvisí aj vzťah filozofie a parciálnych vied (vrátane medicíny), ktorý sa dlho chápal nesprávne, buď z pozície pozitivizmu, alebo metafyziky, buď sa filozofia preceňovala, alebo opačne, nedoceňoval sa význam filozofie pre medicínu. V snahe neupadnúť do metafyziky, ktorá znamená stagnáciu v medicíne, treba vychádzať z poznatku, že žiaden zdravotnícky pracovník sa vo svojej praxi nemôže vyhnúť filozofickým zovšeobecneniam. Už Hyppokrates zdôraznil: „Preto, ak si chceme osvojiť jednu zo spomínaných vecí (múdrost, slušnosť, metódu, poznanie), musíme filozofiu vnášať do medicíny a medicínu do filozofie“.

Ak skúmame vzťah filozofie a parciálnych vied v retrospektíve, prideme k záveru, že obdobie staroveku, stredoveku, ba i novoveku bolo poznačené odmietaním filozofie ako vedy pojmoslovnej, všeobecnej, ktorá takým exaktným vedám, ako je napr. medicína, vraj nemá čo povedať.

Ešte v období novoveku prírodovedci nedoceňovali význam filozofie, tvrdili, že všeobecné pojmy filozofie nemajú pre nich žiaden význam. Napríklad, že pomocou pojmu „rakovina“ zhrnieme určitú skupinu experimentálne zistených faktov v procese existencie ľudského organizmu. No samotné zhrnutie, t. j. pojem, jeho obsah, už nemá normálny názorne reálny ekvivalent a nič nehovorí o podstate rakoviny samotnej.

Nevyhnutnosť filozofie pre medicínu je daná i tým, že v zdravotníckej praxi sa nevyhneme abstrahovaniu. Proces abstrakcie v medicíne sa uplatňuje napr. pri definovaní podstaty choroby. Celý proces tejto abstrakcie možno v krátkosti vymedziť nasledovne. Prvým krokom k zovšeobecneniu pri ponímaní choroby je poznanie a označenie choroby. Túto diagnostickú činnosť vystrieda terapia. Zovšeobecňovanie sa deje jednak cestou indukcie tým, že z jednotlivého usudzujeme na celok, a jednak cestou dedukcie. Túto metódu nazývame diferenciálnou diagnózou. V priebehu diferenciácie sa uskutočňuje poznávací proces. Ďalšie abstrahovanie, pomocou ktorého sa snažíme určiť to, čo je podstatné všetkým chorobám, určíme chorobu ako objektívny proces, ako poruchu normálnej funkcie. Chorobu môžeme však pochopiť len vtedy, keď ju začleníme do zákonitej materiálnej súvislosti. Je to teda objektívny proces, ktorý môžeme pochopiť len v súvislosti s objektívnymi životnými pomermi človeka, aj podľa známeho nemeckého lekára Virchowa — choroba je sám život za zmenených podmienok. Potom sa treba ďalej pýtať na vzťahy k okolitému svetu. Aké zmeny nastali medzi človekom a okolitým svetom, že mohla vzniknúť choroba. Problematika choroby sa tu už javí celkom

vo filozofickom svetle — to je tretí stupeň zovšeobecnenia. Keďže jednotlivec je časťou sociálneho poriadku, vstupuje do určitých historicky vzniknutých vzťahov s okolitým svetom. V určitých súvislostiach sa tieto vzťahy môžu porušiť a túto poruchu nazývame chorobou. Vzťah medzi človekom a okolitým svetom je potom všeobecnou objektívnou sústavou. Z tohto možno pochopiť podstatu choroby. Je teda nutné definovať chorobu nie samu osebe, ale ako porušený životný proces v systémovej závislosti, teda každá teória zdravia a choroby musí postihnúť celý životný proces človeka a jeho sociálnu podmienenosť.

Rakúsky odborník v dejinách medicíny H. Glaser píše, že pri ochoreniach „nejde len o chorý orgán, ale o chorý organizmus. Liečiť preto treba nielen orgán, ale celého človeka. To teda znamená, že ak sa chceme vyvarovať chýb v medicíne, musíme sa dobre filozoficky zorientovať“. Toto sú miesta, kde špeciálny vedec prestáva byť vedcom a stáva sa aj filozofom.

História ľudského vedeckého úsilia je poznačená snahou nájsť podstatu choroby. Celé toto úsilie je vo svojich počiatkoch poznačené prvkami najprimitívnejšej empirie. Naivno-idealistická interpretácia podstaty choroby budovala na zlých duchoch, silách, princípoch. Aj materialistická orientácia bola spočiatku poznačená chybami a nedostatkami, pretože vychádzala z dobových svetonázorových hľadísk.

Za najprimitívnejšie dobové poznanie sa považuje otázka, čo možno a čo nemožno jesť. Nemožno piť krv zvierat, lebo krv je duša, nemožno jesť fazuľu, lebo fazuľa má tvár obličiek a nemožno piť mnoho vody, lebo voda hasí oheň. Takéto a podobné závery vyplynú, ak vychádzame z nesprávnych, nevedeckých svetonázorových pozícií.

Neskôr prišli vedeckejšie orientovaní lekári — filozofi, napr. Hyppokrates, ktorý tzv. humorálnou teóriou vymedzil podstatu choroby ako prejav života organizmu v dôsledku zmeny hmotného substrátu. Nenárabali už teda pojmať božej vôle, zlého ducha, atď. Neskôr už spomínaný Virchow prišiel k záveru o bunecnej podstate života a choroby.

Podobné teória nervizmu je vybudovaná na presvedčení, že otázky zdravia a choroby treba dať do širších súvislostí s podmienkami, v ktorých organizmus žije.

Môžeme konštatovať, že význam svetonázoru a filozofie vôbec v zdravotníctve spočíva v tom, že má vplyv tak na metodológiu, ako aj na lekárske metódy. Z nevyhnutnosti vedeckého svetonázoru pre zdravotníckych pracovníkov vyplýva nutnosť prekonať všetky nevedecké, iracionalistické a metafyzické spôsoby myslenia — napr. vylúčiť náboženské ponímanie človeka, ktorého svetonázorovo-teoretickým základom nie je určenie človeka ako spoločenskej bytosti, ale akýsi fatalizmus, zakladajúci sa na pojme boha. V zdravotníckej praxi je potrebné odstrániť každý subjektivismus a uplatniť vedeckú racionalitu na všetkých úrovniach zdravotníckej činnosti. Táto racionalita sa môže získať len zásluhou vedecko-filozofických postojov, ktorých svetonázorovo-teoretickým základom je dialektický a historický materializmus.

Otázky svetonázoru a metodológie sú teda centrálné pre každú oblasť ľudského poznania. Každé bádanie sa totiž vždy uskutočňuje z určitých svetonázorových pozícií a opiera sa o určitú metódu myslenia a poznávania:

Teória i prax zdravotníckych pracovníkov sú s filozofiou úzko spojené aj

preto, že sám objekt ich činnosti ich ustavične privádza do styku s filozofiou. Lebo v zdravotníckej praxi neliečime chorobu, ale chorého človeka. A človek ako spoločenskoprírodná bytosť je predmetom i filozofie i medicíny.

Len za predpokladu osvojenia si marxisticko-leninskej filozofie môžeme získať ucelený názor na okolitý svet a v súlade s ním sa správne orientovať v oblasti lekársko-biologickej vedy. Aj tento cieľ máme na pamäti pri ďalšom vzdelávaní stredných zdravotníckych pracovníkov.

Pri výchove k vedeckému svetonázoru vychádzame z jednoty filozofického a medicínskeho pohľadu. Dejiny medicíny, ako sme už čiastočne spomenuli, dokazujú, že za každou činnosťou tak lekára, ako aj stredného zdravotníckeho pracovníka stojí svetonázor. Z hľadiska vývinu a striedania sa jednotlivých spoločensko-ekonomických formácií musíme mať neustále na zreteli, že len na základe vedeckého svetonázoru môže človek rozumieť tendenciám a hlbinným silám spoločenského vývinu a stať sa uvedomelým tvorcom dejín. Z hľadiska vývinu medicíny platí, že bez filozofického svetonázoru a filozofickej metodológie nemôže ani jedna vedná disciplína dôsledne vyriešiť vlastné metodologické a poznávacie problémy. V našich podmienkach je však najdôležitejší dosah svetonázorovej orientácie v živote a praxi stredných zdravotníckych pracovníkov. Od prakticko-normatívneho rozmeru svetonázoru, od jeho charakteru a uplatnenia totiž závisí, či sa človek zapája do spoločenského procesu cieľavedome a aktívne, alebo len živelne a pasívne.

Svetonázorová orientácia priamo ovplyvňuje teoretickú i praktickú životnú aktivitu ľudí vo všetkých oblastiach a rovinách života spoločnosti.

Zo strany stredných zdravotníckych pracovníkov nejde pritom len o poznanie otázok svetonázorových v rovine teoretickej, ale výsledkom pôsobenia v tejto oblasti je praktická aplikácia získaných poznatkov. Požiadavka spojenia teórie a praxe je nevyhnutným predpokladom správne osvojeného svetonázoru. Pri výchove zdravotníckych pracovníkov k vedeckému svetonázoru je teda nutné prejsť z roviny teoreticko-poznávačej cez oblasť osvojenia si poznatkov a stotožnenia sa s nimi až po praktickú činnosť, ktorá je v zhode s týmito poznatkami. To sú tri základné roviny praktického osvojenia si svetonázoru.

Z hľadiska dialektického materializmu môžeme v tomto procese použiť ako príklad jednu zo základných kategórií dialektického materializmu — kategóriu podstaty a javu, pričom za podstatné do určitej miery môžeme považovať získanie poznatkov, za javovú stránku veci môžeme považovať praktickú aplikáciu nadobudnutých teoretických vedomostí. Ak teda v dialektike platí interakcia, že podstata sa vždy navonok nejako prejavuje a jav je podstatný, tak aj vytvorenie si určitej svetonázorovej orientácie v teórii musí sa prejavovať v praktickej činnosti, v praktickom postoji subjektu k vonkajšiemu svetu, ktorý ho obklopuje, t. j. k prírode, spoločnosti, k iným ľuďom i k sebe samému. V našom prípade ide o vzťah zdravotníckych pracovníkov ako subjektu k svojim pacientom ako objektu. Výchovou k vedeckému svetonázoru snažíme sa, aby stredný zdravotnícky pracovník získal nielen návod na teoretické myslenie, ale i návod na praktické konanie.

Otázka správnej svetonázorovej orientácie zdravotníckych pracovníkov je nevyhnutná preto, že im poskytuje určitú orientáciu v oblasti sociálno-politickej, vedeckej, právnej, estetickej a v iných oblastiach života ľudí. Správna or-

ientácia v týchto oblastiach je možná len na základe marxisticko-leninského vedeckého svetového názoru, ktorého význam spočíva v tom, že chráni vedu pred teológiou, v tom, že popiera existenciu nadprirodzena a akéhokoľvek absolútneho ducha a presadzuje tézy o prirodzenom vývine prírody a materiálnom chápaní vývoja spoločnosti a zbavuje ľudstvo falošnej formy spoločenského vedomia.

Pri výchove k vedeckému svetonázoru pritom máme na zreteli dve stránky tohto procesu — negatívnu a pozitívnu. Negatívna stránka výchovy k vedeckému svetonázoru spočíva v samotnom boji proti nevedeckému (najmä náboženskému) svetonázoru, ktorý sa snažíme viesť z pozícií vedeckého výkladu sveta, pozitívna stránka spočíva v samotnej popularizácii vied. Pri výchove a prevýchove k vedeckému svetonázoru je potrebné zdôrazniť citlivý prístup pri objasňovaní daných problémov a vysokú erudovanosť pedagógov, ako aj zrozumiteľné metodické sprostredkovanie.

V procese výchovy a vzdelávania stredných zdravotníckych pracovníkov neustále poukazujeme na ten fakt, že človek sa nerodí so svetonázorom, že tento si vytvára pod vplyvom prostredia, v ktorom žije. Človek sa neustále stretáva s novými javmi, ktoré treba preveriť a osvojiť si a na základe toho si vytvára taký svetonázor, ktorý je atribútom moderného socialistického človeka.

U nás bolo a je ťažké odstraňovať rôzne nevedecké predstavy, pretože bol silne zakorenený zvlášť náboženský svetonázor ako jedna z najmasovejších nemarxistických ideológií. Preto rozvoj ateistickej výchovy musí sa stať pre nás prvoradou úlohou.

Pri prekonávaní rôznych nevedeckých predstáv, najmä náboženského svetonázoru, aj u stredných zdravotníckych pracovníkov pôsobíme najmä pozitívnym príkladom, t. j. dialektickým materializmom a komunistickou etikou. Aj v podmienkach zdravotníctva ide o sústavnú prácu, osvetľovanie otázok z viacerých strán, nie o jednorazové akcie (prednášky, besedy, články atď.). Z toho vyplýva, že nestačí krátkodobé pôsobenie v rámci jednotlivých kurzov, ale práve vplyv pracovného prostredia, vplyv kolektívu a osobnosti vedúceho je dôležitým činiteľom pri upevňovaní vedeckého svetonázoru stredných zdravotníckych pracovníkov. Metóda názorného, konkrétneho, individuálneho presvedčenia a príkladu je dôležitou metódou výchovy k vedeckému svetonázoru, pričom svetonázorová výchova ide ruka v ruku so všeobecným a odborným vzdelaním.

#### LITERATURA

1. XV. zjazd KSČ, Bratislava 1976
2. TOPOLSKÝ, M.: Filozofia, prírodné vedy a medicína, VPL, Bratislava 1966
3. ŠÍMA, R.: Úlohy a funkcie filozofie v živote a praxi socialistickej spoločnosti, časopis Filozofia č. 1, roč. 1978
4. ZACHMEISTER, K.: Lekár a svetonázor, Bratislava 1978
5. CAREGORODCEV, G. I.: Dialektický materializmus a medicína, VPL, Bratislava 1965

Adresa autora: prom. fil. J. V., Kramáre, Limbová 12,  
809 26 Bratislava

И. Василова  
МИРОВОЗЗРЕНИЕ В ЖИЗНИ И НА ПРАКТИКЕ СРЕДНЕГО  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Résumé

V своей работе автор занимается взаимоотношением марксистско-ленинской философии и медицины. Она указывает на необходимость укоренения диалектико-материалистической философии в методологии и мировоззрении медицины. В настоящее время философия располагает развитым аппаратом понятий и категорий, дающим возможность адекватного познания объективной реальности и тем самым она становится необходимой для других научных дисциплин. По словам Ф. Энгельса «естественные науки находятся уже в стадии, когда они не могут избежать диалектического обобщения».

Можно сказать, что методы медицинских дисциплин также не были бы объективными и научными, если бы в области мировоззрения и методологии не исходили из существующих диалектико-материалистических позиций.

Объективное и научное познание в какой-либо научной области, в том числе и в медицине, немислимо без правильных философско-мировоззренческих и философско-методологических позиций.

J. Vasilová  
WORLD OUTLOOK IN LIFE AND PRACTICE OF PARAMEDICAL  
PERSONNEL

Summary

The author analyzed in the article the relation of Marx-Leninism philosophy and medicine. She indicates the inevitability of methodical anchoring and that of the world outlook in medicine in the dialectical-materialistic philosophy. Philosophy has at the present time at its disposal a well developed apparatus of terms and categories enabling adequate recognition of reality and thus becoming inevitable for the other scientific disciplines. According to F. Engels's words also „natural sciences have come to be in such a state in which they cannot avoid dialectical summarization“.

It can be said that also the approach to medical disciplines would lack the attribute of objectivity and scientificity if the existing dialectically-materialistic world outlook and methodological ways out were not being taken into consideration.

The objectivity and scientific understanding in any of the scientific disciplines, thus also medicine, is not possible without the correct position of philosophical world outlook and philosophical methodology.

J. Vasilová  
DIE WELTANSCHAUUNG IM LEBEN UND IN DER PRAXIS DER  
MITTLEREN MITARBEITER MEDIZINISCHEN KRÄFTE

Zusammenfassung

Die Autorin behandelt in dieser Schrift die Beziehung zwischen der marxistischen-leninistischen Philosophie und der Medizin. Sie weist auf die Notwendigkeit hin, die Medizin methodologisch und weltanschaulich in der dialektisch-materialistischen Philosophie zu verankern. Die Philosophie verfügt heutzutage über einen derart entwickelten begrifflichen und kategoriellen Apparat, daß er es ermöglicht, die objektive Wirklichkeit adäquat zu erkennen, wodurch sie für die übrigen Wissenschaftsdisziplinen

zu einer notwendigen Grundlage wird. Schon F. Engels stellte dies fest, als er schrieb: „Die Naturwissenschaften sind schon in ein Stadium eingetreten, in dem sie der dialektischen Zusammenfassung nicht ausweichen können.“

Man kann mit Recht sagen, daß das Herangehen der medizinischen Disziplinen des Attribut der Objektivität und der Wissenschaftlichkeit verliere, wenn sie die bestehenden dialektisch-materialistischen weltanschaulichen und methodologischen Ausgangspunkte außer Acht ließe.

Die Objektivität und Wissenschaftlichkeit der Erkenntnis innerhalb jeder Wissenschaftsdisziplin, also auch der Medizin, ist ohne richtige philosophisch-weltanschauliche und philosophisch-methodologische Einstellung unmöglich.

J. Vasilová  
CONCEPTION DU MONDE DANS LA VIE ET LA PRATIQUE DES  
CADRES PARAMÉDICAUX

Résumé

L'auteur traite dans son travail le rapport de la philosophie marxiste-léniniste et la médecine. Elle démontre l'inévitable de l'adhérence méthodologique et celle de la conception du monde de la médecine à la philosophie dialectique-matérialiste. La philosophie actuelle dispose d'un appareil didactique si développé et catégoriel qui permet de connaître de façon adéquate la réalité objective devenant ainsi pour les autres disciplines scientifiques inévitable. Selon les mots de F. Engels les „sciences naturelles se sont aussi trouvées déjà dans un tel stade, où elle ne peuvent se dérober du dialectique impliqué.“

On peut dire que la conception des disciplines médicales manquerait aussi d'attribut objectif et scientifique si celle-ci ne prenait pas en considération les issues dialectiques-matérialistes de la conception du monde et méthodologique existentes.

L'objectivité et les connaissances scientifiques dans n'importe quelle discipline scientifique, donc aussi dans la médecine sont impossibles sans une position philosophique de conception du monde et philosophique-méthodologique juste.

J. HUPKA, J. KOLESÁR, K. ŽALOUDEK  
FYZIKÁLNA TERAPIA  
Vydalo Vydavateľstvo Osveta, n. p., Martin, 1980

Po viac ako 25-ročnom intervale od vydania Prerovského Fyziatrie pre stredných zdravotníckych pracovníkov vydalo Vydavateľstvo Osveta v Martine v známej úspešnej edícii učebníc pre stredné zdravotnícke školy veľmi vítanú a dlho očakávanú učebnicu fyzikálnej terapie pre rehabilitačných pracovníkov z pera našich významných odborníkov na čele s univ. prof. MUDr. J. Kolesárom, DrSc.

Je to prvá učebnica tohto druhu veno-

vaná špeciálne rehabilitačným pracovníkom, a tak sa kompletuje pre nich učebná látka z rehabilitácie, spracovaná už skôr MUDr. Lánikom a MUDr. Palátom, CSc.

Knihy je rozdelená do XII kapitol, ktoré sa zaoberajú jednotlivými zložkami fyzikálnej terapie, ich fyziologickými účinkami, indikáciami, kontraindikáciami.

V úvode sa vysvetľuje pojem rehabilitácie, rozdelenie podľa liečebne použitých



podnetov a účinku fyzikálnych podnetov, ich regulácii nervovej, hormonálnej a metabolickéj.

Je vari dnes dost nezvyklé zaraďovať masáže medzi mechanoterapiu, lebo ani prof. MUDr. Kolesár vo svojej učebnici fyziatrie pre poslucháčov medicíny neudáva tento termín pre masáže. Aj iní autori ako Bartko, Žaloudek, Kohlrausch odmietajú len mechanický význam masáže. V neďalekej minulosti bol tento názov gravitovaný len pre mechanoterapiu podľa Zandra.

Doteraz je nezvyklé označovať liečbu bahnom ako liečbu kašovinami (strana 13, 123, 417).

V II. kapitole doc. Hupka sa venuje hlavne klasickej masáži. Rozoberá fyziologické účinky masáže, prípravu, spôsoby masáže, masážne prostriedky. Inštruktívne vysvetľuje jednotlivé masážne hmaty, ich účinok a ilustruje ich fotografiami týchto hmatov. Autor uvádza slovenské termíny jednotlivých hmatov: trenie, vytieranie, rozotieranie, hnetenie, tepanie a chvenie, iste schválených jazykovedným ústavom Eudovíta Štúra SAV, pretože r. 1972 tento ústav odporučal ako najvhodnejšie názvy: trenie, rozotieranie, miesenie, poklopávanie, rozochvievanie, prípadne vibrovanie.

Zo série masážnych hmatov nie sú uvedené z nárazových hmatov tzv. hobiavanie a krúživé trenie (tzv. osmička).

Pri masáži treba upozorniť, že po ukončení jednej skupiny hmatov treba si opäť naniesť masážny prostriedok, čo je súčasne krátkym odpočinkom pre maséra. Autor neodporúča ukončenie masáže každej časti tela pasívnymi pohybmi. Táto zásada bola až donedávna dodržiavaná, avšak podľa Cyriaxa mali by sa robiť po klasickej masáži mierne pasívne pohyby, pretože pritom dochádza k pomalému vyťahovaniu skrátaných väzivových štruktúr kĺbového puzdra, resp. pomalému vyťahovaniu skrátaných svalov. Podľa Jandu je to určitý druh mobilizácie; mali by ho robiť rehabilitační pracovníci, obdobne ako klasickej masáže.

Dost rušivo pôsobí odvolávanie sa na obrázky na predchádzajúcich stranách (47, 60, 66). Domnievam sa, že by bolo

didaktickejšie, keby zo súboru obrázkov masážnych hmatov bola urobená zvláštna príloha, aby študent mohol pokojne sledovať text s patričným obrázkom.

Bolo by vhodné uviesť, aká má byť veľkosť miestnosti pre masáže. Optimálne rozmery sú: dĺžka 4 m, šírka 2,5 m. Boxy treba oddeliť stenou alebo závesom z umelej hmoty.

K doplnkovému vybaveniu miestnosti pre masáže patria aj minútočky na kontrolu času masáže.

Účelný by bol aj receptár masážnych hmatov pri parciálnej masáži ostatných kĺbov, resp. časti končatín, ako je uvedený pri kolennom kĺbe.

Ďalšie kapitoly sú venované teplu a vodoliečbe, balneológii, klimatickej liečbe, otužovaniu (J. Kolesár), elektroliečbe, svetoliečbe, liečbe zvukom, inhalačnej liečbe (J. Hupka) a reflexnej masáži (K. Žaloudek).

V záverečnej kapitole je po prvý raz spracovaná dr. Hupkom klinika fyzikálnej terapie pri rozmanitých chorobách v rámci komplexnej liečby stručne a jasne.

Autori zdôrazňujú význam úplnosti lekárskeho predpisu pri jednotlivých fyziatrických metódach. Iste by bolo preto vhodné upozornenie, že ak je predpis ktoréhokoľvek fyziatrickej metodiky neúplný, rehabilitačný pracovník ju nesmie aplikovať.

Didakticky sú významné kontrolné otázky a cvičenia na konci každej kapitoly.

Kniha je schválená ako celoštátna učebnica, a preto je obohatená slovníkom slovensko-českým a česko-slovenským. Domnievame sa, že sa asi zabudlo, akému termínu zodpovedajú v češtine výrazy spakručie a spaknožie.

Kniha je napriek rozsahu látky veľmi prehľadná, výstižne napísaná na základe posledných poznatkov z jednotlivých odvetví fyziatrie. Text je doplnený bohatými ilustráciami a diagramami, ktoré prispievajú k dokonalejšiemu porozumeniu jednotlivých statí.

Je výbornou učebnicou nielen pre rehabilitačných pracovníkov, ale aj pre učiteľov na zdravotných školách a pre lekárov, hlavne kapitola z klinickej fyziatrie.

MUDr. Pavel Škodáček, Piešťany

## HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ



### PRIMÁŘ MUDr. ZDENĚK KUBÍN, CSc., PADESÁTILETÝ

Prim. MUDr. Zdeněk Kubín, CSc., plzeňský rodák, zůstal věrný celá léta svému městu i zdejší fakultní nemocnici. Je jejím zaměstnancem od roku 1957 krom pěti let, kdy působil jako přednosta ortopedického oddělení na Tachovsku. Je znám nejen jako odborník, ale i jako dlouholetý odborářský funkcionář, lektor a je nositelem několika vyznamenání a čestných uznání.

Od 15. dubna 1976 vede oddělení léčebné rehabilitace FN KÚNZ v Plzni a je zároveň krajským odborníkem oboru FBLR. Jeho iniciativou se zvelebilo naše oddělení jak vzhledem tak i pracovní náplní. Byla zavedena celá řada úplně nových metodik, která si vyžádala dobrou spolupráci s podřízeným pracovním týmem a také spoustu času pilné a svědomité práce na úkor osobního volného času.

mité práce na úkor osobního volného času.

Prim. MUDr. Zdeněk Kubín, CSc. oslavil dne 23. února 1981 významné životní jubileum. Vyslovujeme touto cestou našemu přednostovi k jeho padesátinám srdečné blahopřání.

Přejeme do dalšího období hodně zdraví a pohody v osobním životě. Vážení soudruhu primáři, i my chceme přispět k Vaší spokojenosti svou dobrou prací k naplnění všech programů zdravotnických, které nás v budoucnu čekají, aby i nadále dobré vztahy mezi kolektivem a Vámi vedly ke společné radosti z dobře vykonaného díla.

Rehabilitace FN KÚNZ v Plzni  
Kolektiv oddělení léčebné

Redakcia časopisu Rehabilitácia sa pripojuje so srdečným blahoželaním pri príležitosti životného jubilea prim. dr. Z. Kubína, CSc.

Redakcia

## TRICETILETÉ VÝROČÍ DĚTSKÉ LÁZEŇSKÉ LÉČEBNY

### NOVÉ LÁZNĚ V TEPLICÍCH V ČECHÁCH

Dětská lázeňská léčebna chorob nervových v Teplicích oslavuje v tomto roce třicetileté výročí. Z iniciativy známého teplického lázeňského lékaře dr. Hrocha byla vybudována původně pro léčení stavů po infekční dětské obrně a postupně se specialisovala na léčení centrálních poruch hybnosti. Ročně se zde odléčí 500 až 600 ústavních a 250 ambulantních pacientů s dětskou mozkovou obrnou a s pohybovými poruchami po zánětech, úrazech a operacích centrálního nervového systému. V letech 1969 — 1975 byla za plného provozu uskutečněna rozsáhlá rekonstrukce a přístavba zároveň s úpravou zahradních areálů v hodnotě téměř 8 miliónů Kčs. Realisace tohoto úkolu umožnila zařadit léčebnu mezi jedno z nejlépe upravených center pro léčení mozkových obrn nejen u nás, ale i v zahraničí.

Léčba centrálních poruch hybnosti je komplikovanou záležitostí, vyžadující spolupráci týmu odborníků. Když se léčebna před téměř třiceti lety orientovala na léčení centrálních poruch hybnosti, nebylo v tomto oboru mnoho zkušeností a v mnohém bylo nutno improvizovat. Bylo třeba teoreticky zdůvodnit dosavadní zkušenosti a porazit i skeptický názor na léčebné možnosti u dětí s mozkovými obrnami. S využitím zkušeností a poznatků vlastních i autorů našich a zahraničních byla postupně vypracována metodika léčby skládající se ze široké škály léčebných a pedagogicko-výchovných postupů.

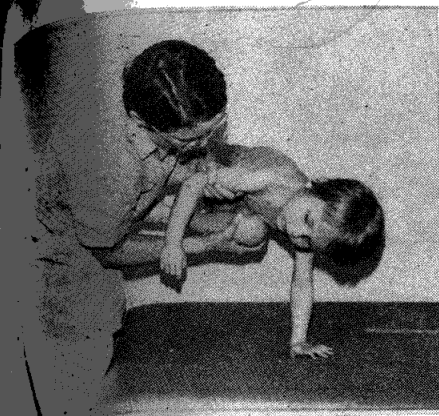
Positivní vliv teplických termálních vod, aplikovaných ve vnitřních i venkovních bazénech, je nesporný. Koupele tepelným účinkem snižují spasticitu, vztlak vody odstraňuje řadu patologických reflexních gravitačních mechanismů a umožňuje řadu pohybů, pro mnohé děti na suchu neproveditelných.

Léčebná tělesná výchova používá všechny dnes známé metodiky. Výběr je prováděn individuálně dle postižení i reakce dítěte. Velmi častí používané pohybové pomůcky usnadňují práci rehabilitačního

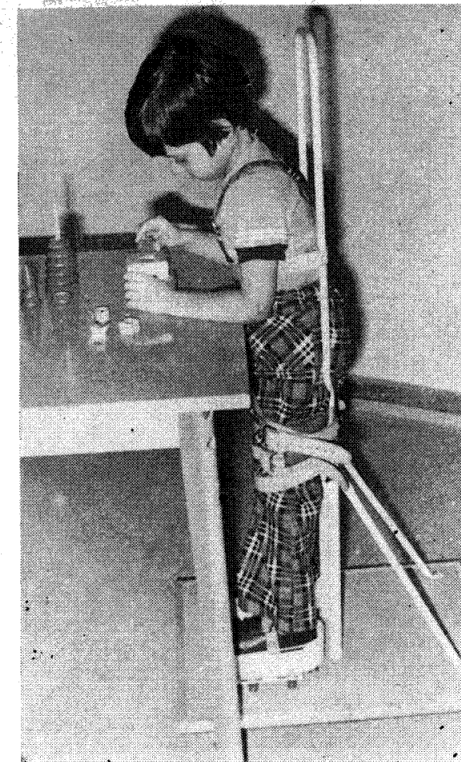
pracovníka a zpestřují individuálně sestavované cvičební jednotky.

V posledních letech jsou čím dál tím více zařazovány a propracovávány prvky ergoterapie. V léčbě hrou jsou nejen rozvíjeny metodické postupy, ale stále využívány nové a vhodné hračky a hry, které by příznivě ovlivnily psychomotorický rozvoj dítěte. Součástí denního programu je nácvik úkonů sebeobsluhy jako je oblékání, přijímání potravy, denní hygieny apod. Léčba prací s nácvikem ovládnutí pracovních nástrojů a technikou zpracování různých materiálů má význam nejen psychomotoricky stimulující, ale umožní i objektivní ohodnocení možností pozdějšího pracovního zařazení. Velká pozornost je od útlého věku věnována řečovému projevu. Pod metodickým vedením ústavního logopeda je péče o rozvoj řeči začleněna do náplně práce všech kategorií pracovníků. Stejně je tomu při muzikoterapii. Pohybová léčba v kombinaci se zpěvem, společenský tanec, džezgymnastika, aktivní hudba na jednoduché hudební nástroje Orffova Schulwerku jsou dnes již nedílnou součástí léčby. Velká pozornost je věnována sportu. Kolektiv dětí se každoročně velmi úspěšně účastní Košumberských sportovních her. Letos již potřetí pořádá léčebna ve spolupráci s teplickým Automotoklubem a Sborem národní bezpečnosti mototuristickou soutěží „Rallye Most do života“.

Protože děti tráví v léčebně opakovaně i několik měsíců v roce, funguje v léčebně i ústavní škola. Je jednou z mála škol při zdravotnickém zařízení, kde jsou děti během léčebného pobytu vyučovány v plném rozsahu školních osnov. Učitelé s kvalifikací speciálních pedagogů jsou nejen učitelé, ale i terapeuti. Nejen že používají speciálních pedagogických postupů a pomůcek a vedou různé zájmové kroužky, ale přímo se aktivně zapojují do různých léčebných postupů. Vysokého hodnocení se v léčebně dostává mimoškolní péči. Účelně organizována seznamuje děti



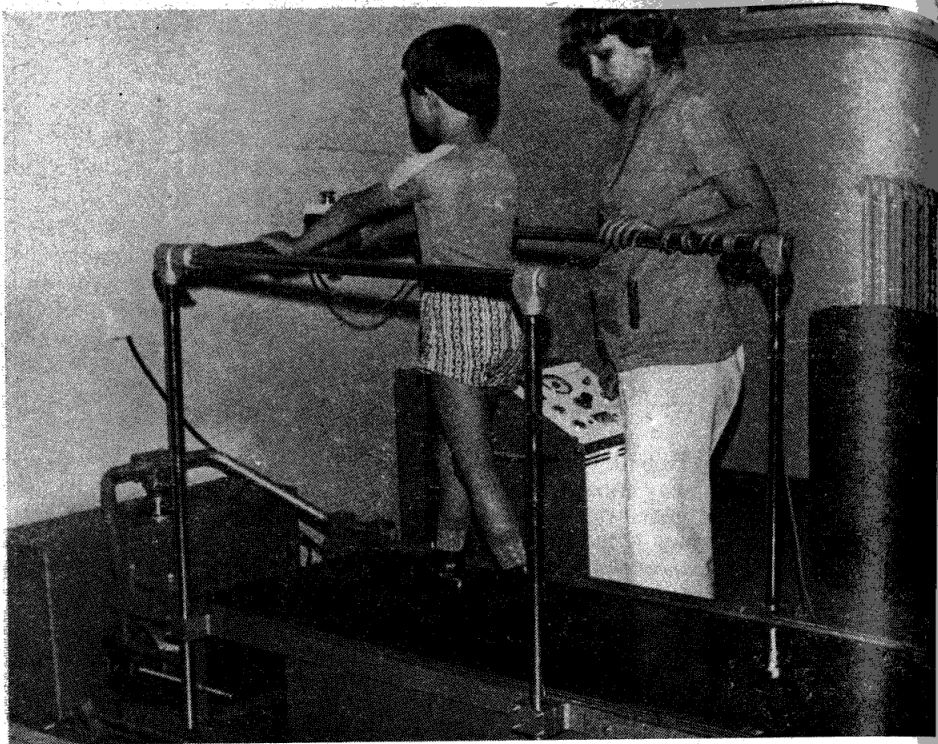
Obr. 1. Nácvik reflexní extenze na horní končetině



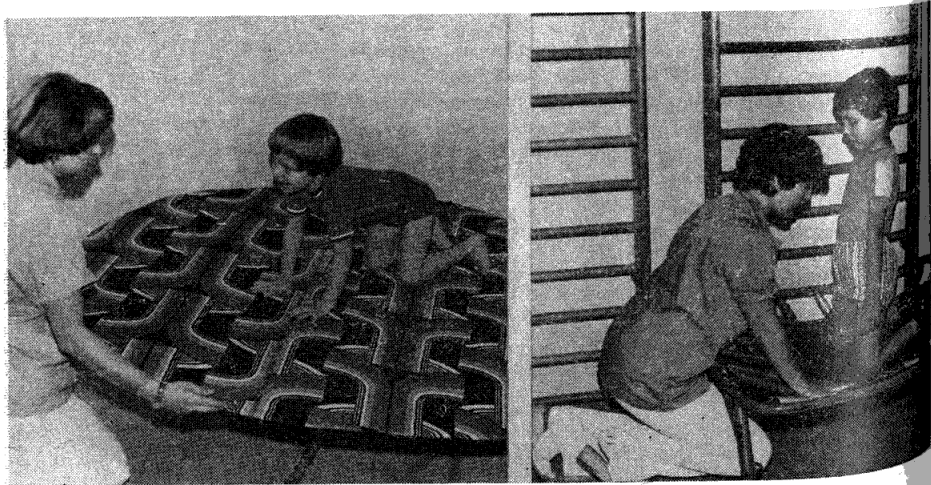
Obr. 2. Práce s hračkou se současnou vertikalizací na stabilisátoru



Obr. 3. Nácvik lezení na lezítku



Obr. 4. Návčik chůze na pohyblivém chodníku



Obr. 5. Návčik rovnovážných reakcí na pohyblivé desce a na trampolině



Obr. 6. Skupinová hudebně pohybová výchova

formou různých pořadů s denním děním. Různé estrády, koncerty, návštěvy divadla, večerní klub, výlety s nejrůznější tematikou umožňují řadě dětí prožít to, k čemu doma nemají často příležitost.

Léčebna velmi úzce spolupracuje s rodiči. Sdružení rodičů a přátel školy a léčebny účinně pomáhá při organizaci vědeckých konferencí, sjezdů bývalých pacientů, internátních školení rodičů, vydávání instruktážních publikací a pořádání řady dalších akcí.

Zvládnout všechny tyto úkoly není jednoduché. Kolektiv pracovníků si je toho

vědom a snaží se stále hledat nové cesty, aby se děti v léčebně cítily co nejlépe a bylo docilováno stále lepších výsledků. Práce kolektivu i jednotlivých pracovníků byla opětovně oceněna řadou vyznamenání. V letošním jubilejním roce bylo přikročeno k reorganizaci celého provozu s podstatným rozšířením léčebných postupů, jehož plná realizace bude znamenat další krok v zlepšení péče o děti s mozkovou obrnou.

MUDr. Z. Novotný, Nové lázně, Teplice

A FLECKENSTEIN, H. ROSKAMM  
CALCIUM ANTAGONISMUSVydal Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York 1980  
ISBN 3-540-09923-9

Ide o zborník prednášok z medzinárodného sympózia, ktoré sa konalo v decembri 1978 vo Frankfurte a ktorý pripravili do tlače prof. Fleckenstein z Katedry fyziológie Freiburgskej univerzity a prof. Roskamm z Rehabilitačného centra pre kardiakov v Bad Krozingene.

V úvodnom príspevku prof. Fleckenstein hovorí o mechanizme pôsobenia kalciových antagonistov a rozoberá otázky riadenia myokardiálnej kontraktility, štiepenia ATP, intenzity dýchania a riadiacej funkcie kalciových iónov. Ide o základný príspevok, ktorý prináša súčasné názory na túto moderne riešenú a vysoko aktuálnu problematiku súčasnej kardiológie.

Ďalšie príspevky nadväzujú na jednotlivé pohľady na otázky funkcie kalcia z hľadiska kardiálnej kontraktility, z hľadiska vedenia vzruchu, z hľadiska permeability myokardiálnych membrán a z hľadiska úlohy kalciových iónov pri arytmiách srdca. Celý rad príspevkov venuje pozornosť iným oblastiam otázok funkcie kalcia, napríklad kardioprotektívnym akciami kalciových antagonistov pri myokardiálnej anoxii a ischemii. Ďalšie práce sa zaoberajú problematikou klinickou a rozoberajú jednotlivé otázky možnosti terapie prostredníctvom antagonistického účinku kalcia pri kardiomyopatiách, u ischemického srdca, diskutuje sa o otázke antagonizmu kalcia ako základného princípu vazodilatácie. Ďalšie práce už veľmi špeciálne riešia niektoré otázky aplikácie

antagonistov kalcia u pacientov s vazospastickou angínou pectoris, u pacientov s Prinzmetalovou formou angíny pectoris a otázky ochrany experimentálneho zväšpenatia ciev prostredníctvom týchto antagonistov kalcia. Pozornosť sa venuje aj problematike koronárnej choroby srdca, otázkam hemodynamiky a rezervám kontraktility ľavej komory pri telesnom zaťažení a pod. Veľmi zaujímavá je práca zaoberajúca sa zmenami tolerance na cvičenie u pacientov s angínou pectoris pri podávaní antagonistov kalcia v kombinácii alebo bez betablokátorov.

Predložený zborník prináša súčasný pohľad na veľmi významnú problematiku antagonistov kalcia v experimentálnej a klinickej kardiológii. Všetky práce sú charakterizované dobrým experimentálnym alebo klinickým základom, predložením objektívnych dát a modernou interpretáciou týchto veľmi zaujímavých otázok modernej kardiológie.

Zborník je doplnený ilustrujúcimi schémami, grafmi, záznamami a tabuľkami. Práce sú publikované v angličtine a nemčine a sú doplnené prehľadom literatúry.

Fleckensteinov a Roskammov zborník o antagonizme kalcia sa iste stane veľmi vyhľadávanou príručkou, predovšetkým pre klinických kardiológov a lekárov, ktorí sa zaoberajú problematikou kardiovaskulárnej fyziológie a patológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

- P. HERTEL

## VERLETZUNG UND STAUNUNG VON KNIEBÄNDERN

Helfe zur Unfallheilkunde  
Springer-Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1980

V úvode autori podrobne rozoberajú funkčnú anatómiu mäkkých štruktúr kolenného zhybu. Na týchto pokusoch sa snažia po mechanickom zatažení preskúšať deficit jeho stability. Postupovali tým spôsobom, že preskúšali mechanicky pri súčasnom vykonaní rtg snímok instabilitu kolenného kĺbu vo valgovom smere. Tým istým spôsobom preskúšali i varóznú instabilitu, známky zásuvnej instability pri 90-stupňovom ohnutí kolena, a to za rozličných podmienok pri izolovanom prednutí predného a zadného krížneho väzu. Ďalej robili experimenty s pozvoňaním ventrálneho posunutia mediálneho kondylu pri súčasnom poškodení anteromediálnej časti väzu a pri prednom zásuvnom fenoméne za extrarotácie kolenného zhybu. Rovnaký pokus robili pri sledovaní ventrálnej dislokácie interkondylickej eminenie za súčasného poškodenia antero-mediálnej časti väzu a pri záťaži v smere zásuvného príznaku smerom dopredu v neutrálnom rotačnom postavení kolena. Ďalším predmetom sledovania za rovnakých podmienok bolo poškodenie anterolaterálnej časti väzu. Ďalšie pozorovania sa sústredili na rotačnú a komplexnú instabilitu a na sledovanie tenzných možností anteromediálnej časti krížneho väzu a bočných väzov. V názorných grafoch sú v práci rozvinuté jednotlivé typy instability kolenného zhybu, ktoré korešpondujú s jednotlivými časťami väzivových štruktúr. Pre komplexnú a rotačnú instabilitu autori zohľadnili aj významnú zložku ostatných biomechanických štruktúr — svalstva aponeuróz, ktoré in vivo predstavujú významný stabilizačný funkčný faktor pre pevnosť kolenného kĺbu v rozličných pohybových exkurziách.

Tieto experimentálne poznatky sa v druhej časti monografie snažia aplikovať pre klinickú diagnostiku poškodenia mäkkých častí kolenného zhybu. Traumatické poškodenie bočných väzov sa má vykonávať podľa ich názorov z hľadiska určenia diagnózy v ohnutom a extenčnom postavení. Pri ľahkej flexii v kolennom zhybe sú zadná časť puzdra a skrížené väzy viac uvoľnené ako bočný väz, preto

toto uvoľnenie umožňuje presnejšie stanovenie diagnózy traumatickej lézie kolaterálneho ligamentu. Väčší stupeň bočnej instability, najmä pri extenzii, poukazuje viac na účasť zadnej časti kapkuly, ako aj oboch skrížených väzov. Známky predného zásuvného príznaku pri extrarotačnom postavení kolenného zhybu, nazvané ako test podľa Slocuma a Larsona, svedčia o poškodení vnútorného kolaterálneho väzu. Ak je prítomný predný zásuvný príznak vo väčšom rozsahu, ide o poškodenie v zmysle ruptúry predného skríženého väzu a súčasne kolaterálneho ligamentu. Pri diagnostike súčasného poškodenia vnútorného väzu sa má predný zásuvný fenomén vykonávať v extrarotačnom postavení kolena, ak je poškodený vonkajší kolaterálny väz v intrarotačnej polohe. Intaktná strana bez poškodenia bočného väzu obmedzuje zásuvný príznak. Pritom však negatívny zásuvný fenomén nevylučuje izolovanú traumatickú léziu predného skríženého väzu. Autori sa stavajú pri posudzovaní rôznych foriem traumatického poškodenia mäkkého kolena pri prítomnom hemartrose za vykonanie artroskopického vyšetrenia. Sami si v tomto smere význam metódy overili. Príznaky svedčiace o anterolaterálnej rotačnej instabilite bývajú pri traumatickom poškodení vonkajšieho kolaterálneho väzu a jeho synergistov, ako aj pri poškodení predného skríženého väzu pozitívne. Dokresľujú predný zásuvný príznak. Izolované príznaky antero a posterolaterálnej rotačnej instability, ktoré sú dôsledkom poranenia laterálnej, event. dorsolaterálnej časti puzdra a jeho väzov, sa pri intaktných skrížených väzoch, sa pri intaktných skrížených väzoch trarotácii totiž dochádza k čiastočnému napätiu zadného skríženého väzu. Poranenia väzov za súčasného poškodenia zadného skríženého väzu sa manifestujú typickým zadným zásuvným príznakom, a to za podmienok, že pacient leží a má v bedrovom zhybe 45-stupňovú a v kolennom zhybe 90-stupňovú flexiu. Dá sa tu evidovať aj dorzálny posun tuberositas tibiae. Bočná a anteroposteriorná instabi-

lita sa dá dokázať za analgézie pacienta, a to röntgenologicky. Zisťuje sa pri nej symetrické rotačné postavenie predkolenia. Podobne aj rotačná instabilita sa dá diagnostikovať klinickými metódami. V dôsledku toho platia pre liečbu zásady včasnej chirurgickej intervencie pri poranení všetkých väzivových štruktúr. V minulosti niektorí autori pripúšťali pri deštruktívnom poranení predného skríženého väzu aj jeho resekciu. Je však dosť značná skupina odborníkov, ktorí predný skrížený väz považujú za podstatnú pasívnu zložku pre pevnosť kolena. Dokonca vytvorili paletu príznakov s označením „syndróm predného ligamenti crutiati“: tento obsahuje popri ruptúre uvedeného väzu instabilitu pre valgositu, častú incidenciu poškodenia vnútorného menisku v jeho zadnej časti, prednú sublúxiu laterálneho segmentu hlavice tibiae, poškodenie zadného rohu vonkajšieho menisku a artrózu v laterálnom úseku kolenného zhybu. Slocom so spolupracovníkmi našli predný zásuvný fenomén a anterolaterálnu rotačnú instabilitu u 45 prípadov pri poškodení ligamentu cruciati anterioris. Operačná rekonštrukcia izolovaného poškodenia predného skríženého väzu vykazovala v ich materiáli veľmi dobré výsledky. Ak je poškodená vnútorná vrstva vnútorného kolaterálneho väzu, toto poranenie sa môže prekrývať s poškodením ligamenti posterium obliquum. Rozsah anteromedialnej rotačnej instability závisí

G. KLUMBIES  
**PSYCHOTHERAPIE IN DER INNEREN UND ALLGEMEINE MEDIZIN**  
Psychoterapia vo vnútornom a všeobecnom lekárstve  
Vydal S. Hirzel-Verlag, Leipzig 1980, 3. vydanie

V treťom vydaní vychádza v nakladateľstve S. Hirzel Verlag v Lipsku v roku 1980 rozsiahla monografia venovaná otázkam psychoterapie. Monografiu vydáva prof. Klumbies, prednosta Lekárskej polikliniky Schillerovej univerzity v Jene. Kniha má dve časti, všeobecnú a špeciálnu. Vo všeobecnej časti autori rozoberajú základné otázky a venujú pozornosť objektívnym a subjektívnym faktorom z hľa-

od stavu povrchovej vrstvy vnútorného bočného väzu a predného skríženého väzu. Pochopiteľne, v chronickom štádiu tejto anteromedialnej väzivovej štruktúry dochádza k distenzii zadného puzdra. Preto je nevyhnutné pri väčšom prednom zásuvnom príznaku pri chirurgickom riešení plasticky zrekonštruovať nielen predný skrížený väz, ale aj mediálny, prípadne laterálny ligamentózny aparát alebo i obidva. Na urobených pokusoch autorov tejto práce sa zistil zaujímavý záver v tomto zmysle, že nepoškodené bočné väzy po preťažení oboch skrížených väzov dávajú väčšiu pevnosť kolennému zhybu ako preťaženie oboch bočných väzov pri intaktných ligamentoch crutiati. Dokázalo sa, že najväčšie uvoľnenie všetkých väzov kolena sa vytvára v neutrálnej rotácii v 20-stupňovej flexii. Preto autori odporúčajú vonkajšiu fixáciu pri doliečení poškodených väzivových štruktúr kolena v sádromom obvaze z možnosťou pohybu v rozsahu 20 — 60 stupňov. Tento postup hľadám vyhovuje pre určité štruktúry kolena, okrem zadného skríženého väzu, pretože v 50 — 60-stupňovej flexii je jeho anterolaterálna časť pomerne značne napätá.

Celkove túto monografiu možno hodnotiť ako prínos k teoretickým úvahám pri klinickom posudzovaní zložitejších väzivových štruktúr kolenného zhybu.

Dr. I. Kamenický, Bratislava

diska psychiky. Ďalej hovoria o patogenéze neurotických ochorení a otázkach kauzality a finality. Ďalšia kapitola všeobecnej časti venuje pozornosť diagnostike, potom sa hovorí o terapii, prognostike, profylaxii neuróz a o otázkach štatistiky pri psychoterapii. Záverečná kapitola všeobecnej časti je venovaná posudkovej činnosti.

Špeciálna časť, ktorá je rozsiahlejšia,

sa zaoberá jednotlivými systémami a poruchami, event. ochoreniami týchto systémov. Postupne sa diskutuje o otázkach srdcových chorôb, cievnych chorôb, poruchách regulácie cirkulácie, o chorobách dýchacích orgánov, poruchách tráviaceho traktu, ochoreniach obličiek a močových ciest, poruchách pohlavných orgánov, pohybového systému a kože. V ďalších kapitolách venuje autor pozornosť ochoreniam nervového systému, poruchám vegetatívnych regulácií, otázkam infekčných chorôb. Záverečné kapitoly sa zaoberajú otázkami rehabilitácie a otázkami jatrogénneho poškodenia. Prehľad literatúry, meniny a vecný register ukončujú túto rozsiahlu monografiu o otázkach psychoterapie vo vnútornom a všeobecnom lekárstve. Kniha je doplnená početnými obrázkami, tabuľkami, grafmi, osobitnú

W. BRÜGEMANN  
**KNEIPP-THERAPIE**  
Kneippova terapia

Vydal Springer-Verlag Berlin — Heidelberg — New York, 1980  
ISBN 3-540-10153-5

Sebastián Kneipp, ktorý sa narodil v roku 1821, zaviedol v období terapeutického pesimizmu do terapie niektorých chorôb prostriedky prírodnej liečby, predovšetkým využitie prírodných liečivých zdrojov. Stal sa zakladateľom Kneippovej terapie, ktorá v súčasnosti v modernej koncepcii je predstavovaná predovšetkým oblasťou hydroterapie.

Dr. Brügemann spolu s 20 spoluautormi vydáva v roku 1980 vo vydavateľstve Springer Verlag v Berlíne monografiu, venovanú otázkam Kneippovej terapie. Po úvode a krátkej biografii Sebastiana Kneippa zaoberá sa táto monografia v dvoch častiach všetkými teoretickými a praktickými otázkami tohto spôsobu liečby. Vo všeobecnej časti hovorí sa v jednotlivých kapitolách o neurofyziologických základoch Kneippovej terapie, o základoch kúpeľnej liečby, o fyziologických základoch hydroterapie a technike Kneippovej hydroterapie, o fyziologických základoch pohybovej liečby, ďalej o fytoterapii, výžive, problematike biorytmov. V špeciálnej časti sú potom rozobrané jednotlivé klinické oblasti a prostriedky Kneippovej terapie, indikované u jednotlivých klinic-

čast predstavuje 8 tabuliek s farebnými ilustráciami.

Veľkou prednosťou Klumbiesovej monografie je, že vychádza z kazuistik pacientov, s ktorými sa ako lekár stretol a ktoré pozoruhodným spôsobom spracoval vo forme monografie. Pochopiteľne, je tu celý rad teoretických úvah a ostatných poznatkov z oblasti psychoterapie, ktorá prekonala za posledných 20 rokov obrovský vývoj a ktorá sa stala v súčasnosti metódou v rôznych oblastiach modernej medicíny. Kniha má informujúci charakter a predstavuje súčasný pohľad na rozoberané otázky. Stane sa iste dôležitou príručkou každého internistu, ktorý sa vo svojej praxi stretáva s otázkami psychosomatických ochorení.

Dr. M. Palát, Bratislava

kých stavov. Venuje sa pozornosť srdcovým a cievnym chorobám, otázkam psychovegetatívnych syndrómov, problematike gastroenterológie, chorôb dýchacích ciest, reumatológie, gynekológie a dermatológie. Posledné dve kapitoly sú zamerané na možnosti Kneippovej terapie na klinikách a vo veľkých mestách. Vecný register ukončuje túto syntetickú monografiu, ktorá sa stane iste veľkým pomocníkom pre všetkých lekárov, ktorí pracujú v kúpeľných rehabilitačných zariadeniach, a súčasne pre tých lekárov, ktorí sa zaoberajú rehabilitačnou medicínou, pretože Kneippova terapia a jej jednotlivé metódy sú súčasťou komplexnej rehabilitačnej liečby. Predovšetkým prvá všeobecná časť monografie prináša v komprimovanom vyjadrení teoretické základy aplikácie jednotlivých prostriedkov Kneippovej terapie. Kniha je dobre ilustrovaná, sú tu prehľadné tabuľky, literatúra je uvedená vždy na záver každej kapitoly. Kniha sa iste stane príručkou, ktorú budú mať predovšetkým kúpeľní lekári vždy k dispozícii.

Dr. M. Palát, Bratislava

D. C. FLENLEY

**RECENT ADVANCES IN RESPIRATORY MEDICINE 2**

Súčasný pokrok v respiračnej medicíne

Vydal Churchill Livingstone, Edinburg, London, Melbourne and  
New York 1980  
ISBN 0-443-02012-4

V roku 1976 vyšiel prvý zväzok knihy *Súčasný pokrok v respiračnej medicíne*. Po štyroch rokoch v roku 1980 vydáva prof. Flenley z Edinburgskej univerzity ďalší zväzok v tejto edícii. Druhý zväzok obsahuje celý rad pozoruhodných prác od najrôznejších autorov, ktorí sa zaoberajú aktuálnymi pneumologickými otázkami, ako sú imunologické mechanizmy pľúcnych chorôb, patogenéza chronickej obštrukcie choroby pľúc s prihliadnutím na hypotézu o účasti malých dýchacích ciest, fibroptická bronchoskopia, použitie komputrovej tomografie u pľúcnych chorôb. Ďalšie príspevky sa zaoberajú liečbou pľúcnej rakoviny, problematikou pneumónie, otázkami astmy v detstve a novými farmakami v liečbe bronchiálnej astmy, zaujímavá práca venuje pozornosť chemoterapii pri tuberkulóze, iné sú venované chronickej bronchitíde a emfyzému a otázkam rehabilitácie u pacientov s chronickými pneumopatiami. Záverečná kapitola venuje pozornosť závažnej problematike — fajčeniu.

F. KRAMER

**LEHRBUCH DER ELEKTROAKUPUNKTUR  
BAND III**

Učebnica elektroakupunktúry

Diel III

Vydavateľstvo Karl F. Haug — Heidelberg, 1980

V roku 1980 vyšiel tretí diel učebnice elektroakupunktúry od Fritza Kramera, praktickej príručky pre lekárov zaoberajúcich sa touto metodikou. V prvých dvoch dieloch opisuje autor základné účinky nízkofrekvenčného impulzového prúdu, diagnostiku pomocou elektroakupunktúry, anatómiu kože a jej vzťah k ostatným orgánom tela. V treťom diele rozoberá autor základy homeopatie, jej indikácie a zvláštnosti, vzťah homeopatie k akupunktúre.

Knihy je rozdelená na 11 častí. V prvej časti sú uvedené základy klasickej homeopatie. V druhej časti opisuje autor

Jednotlivé práce sú dobre dokumentované s príslušným literárnym záverom. Vecný register ukončuje tento zväzok *Súčasných pokrokov v respiračnej medicíne*.

Otázky pneumológie, či už z pohľadu fyziológie, patofyziológie, kliniky či rehabilitácie predstavujú v súčasnosti sféru, ktorej venujú pozornosť popredné pracovníci na celom svete. Flenleyova publikácia je dôkazom aktuálnosti záujmu o túto problematiku a v jednotlivých prácach v tomto zväzku sa zvyrazňujú niektoré závažné otázky súčasnej pneumológie a niektoré aspekty a nové pohľady na túto problematiku. Cieľom výberu jednotlivých prác je vhodnou formou informovať odbornú verejnosť o závažných tématických pneumologickej problematike. Každý tu nájde dostatok súčasných informácií v relatívne stručnej podobe, ktoré však postačia aj odborníkovi na to, aby sa oboznámil v danej problematike sa stavom „up to date“.

Dr. M. Palát, Bratislava

výrobu homeopatických prostriedkov disperzovaním. V tretej časti knihy sú uvedené rôzne druhy výroby homeopatických liekov a formy aplikácie homeopatik. V ďalších častiach knihy oboznamuje autor čitateľov so zvláštnymi formami homeopatickej liečby a ich uplatnením v elektroakupunktúre. V piatej časti uvádza spektrum homeopatických klasických súrovín, okruh homeopatických liekov vhodných pre lekára zaoberajúceho sa elektroakupunktúrou a rozličné spôsoby prípravy homeopatik. V siedmej časti knihy rozoberá autor rôzne testovacie spôsoby homeopatik a ich uplatnenie v terapii.

Časť ôsma je vyhradená základom testovania liekov a v deviatej časti autor uvádza praktické zásady pre osvojenie si jednotlivých foriem testovania liekov. V ďalšej časti rozvádza autor diagnostiku elektroakupunktúry a terapiu pomocou elektroakupunktúry potencovaním medikamentózneho účinku. Posledná časť knihy obsahuje dávkovanie, predpisovanie, apli-

káciu a uskladňovanie homeopatických prípravkov.

Knihy Fritza Kramera bude zaujímať predovšetkým farmakológov, fyziológov a patofyziológov. Internisti v nej nájdu zaujímavé názory na látkovú výmenu a zvlášť ne formy terapie.

Dr. M. Bendíková, Bratislava

N. DUKA ZÓLYOMI

**BALNEOLOGICKÁ BIBLIOGRAFIA SLOVENSKA 1850 — 1920**

Vydalo Balneologické múzeum, Piešťany 1980, strán 75. Obrázková príloha významných kúpeľov na Slovensku v 19. storočí. Cena neudaná.

Sotva uplynul rok od prvej balneohistorickej konferencie v Trenčianskych Tepliciach, na ktorej sa veľkou účasťou demonštroval záujem o balneohistóriu, a už sa založila z iniciatívy prof. PhDr. Tibenského, DrSc., sekcia pre dejiny balneológie na Slovensku, na čele so zakladateľom modernej balneológie univ. prof. MUDr. Jurajom Henselom. Jej organizačným centrom sa stáva Balneologické múzeum v Piešťanoch na čele s riaditeľom dr. E. Čelkom. Týmto sa múzeum stáva trezorom materiálov dejín kúpeľníctva na Slovensku.

A tak „in situ nascendi“ sekcie vychádza jedinečná a prvá tohto druhu v dejinách našej balneológie — Balneologická bibliografia Slovenska z rokov 1850 — 1920 z pera dr. Norberta Duka Zólyomiho, CSc. V práci je okolo 700 hesiel autorov a článkov abecedne usporiadaných, zaoberajúcich sa nielen lokalitou slovenských kúpeľov, ale aj zariadením balneotechnickým, sociálnymi otázkami, problémami politicko-organizačnými (kúpeľný štatút), hygienickou situáciou mesta, ako je to napríklad vykreslené v práci dr. Kolomana von Fodora o Piešťanoch z roku 1888.

Spracovať takýto voluminózný materiál v takom širokom časovom období vyžadovalo intenzívnu usilovnosť a námahu, pretože materiál z tohto odboru nebol nikde skonzentrován. Takto dr. Duka Zólyomi realizoval stále platný výrok slávneho francúzskeho fyziológa Clauda Bernarda: Nemožno byť dobrým odborníkom bez po-

znania minulosti, t. j. myšlienkového vývoja svojho odboru. A preto len pri štúdiu prác starších odborníkov-balneológov, ako dr. Altera, Fodora, Kučeru, Scherera, Cmunta, Lenocha a Weisza a iných si možno vysvetliť vývoj liečebných aplikácií i terajší balneorehabilitačný komplex v Piešťanoch.

Autor v úvode svojho diela pripomína, že pri autoroch, ktorí zohrali úlohu vo vývoji zdravotníctva na Slovensku, sú aj údaje o narodení a smrti, chýbajú však u dr. Fodora, Altera, Wintera a iných. Tak tiež veľmi skúpa je správa o univ. prof. MUDr. Vratislavovi Kučerovi (1865 Praha — 1946), jednom zo zakladateľov českej balneológie, ktorý pôsobil v Piešťanoch už v rokoch 1914 — 1921. Roku 1922 bol vedúcim lekárom na Slniachi. Už r. 1901 začal vo svojom ústave pre fyzikálnu liečbu v Prahe používať na obklady piešťanské bahno. Roku 1922 ho vymenovali za profesora balneológie na Komenského univerzite v Bratislave. Publikoval 80 vedeckých prác z odboru balneológie.

Ná ďalších stránach autor dost detailne uvádza prácu Rüdolfa Pokorného. Tento vo svojom cestopise Z potulek po Slovensku sa priznáva, že z osobných dôvodov sa o Piešťanoch nezmiňuje, nenavštívil ich, ale upozornil na obsahlu prácu dr. Jedličku — Na úpäti Karpát, publikovanú v časopise Květy r. 1883. Tento Jedličkov článok analyzuje situáciu v Piešťanoch po stránke politicko-ekonomickéj, spoločenský život v Piešťanoch, liečebné metódy a

zmieňujú sa o svojej návšteve v Trenčianskych Tepliciach, ktoré porovnáva s Piešťanmi.

Publikácia sa stala cenným a neočakávaným darom autora práve založenej sekcii pre dejiny balneológie a fundamentom k štúdiu histórie slovenského kúpeľníctva.

KATSUSUKE SERIZAWA  
TSUBO

Vydal WBV Biologisch Medizinische Verlagsgesellschaft mBH Co  
Schondorf 1979 ISBN 3-921988-21-7

V schondorfskom vydavateľstve Biologisch Medizinische Verlagsgesellschaft vyšiel v roku 1979 nemecký preklad anglickej pôvodiny japonského lekára dr. Katsuke Serizawu nazvaný Tsubo. Tsubo je japonský názov pre metodiku špeciálnej masáže, ktorú uviedol do života dr. Serizawa — odborník vo fyzikálnej terapii, ktorý pracuje ako profesor na Pedagogickej univerzite v Tokiu. Princíp tsuba spočíva v tom, že určité body na povrchu tela — ide o body podobné akupunkturistickým bodom — sa prostredníctvom tlaku stimulujú a týmto spôsobom sa reflexne dajú ovplyvniť zmeny na určitých orgánoch. Dnes je vypracovaný celý systém tejto metodiky, je zavedenný v Japonsku a dostáva sa pomaly aj do Európy. Publikácia dr. Serizawu je vlastne učebnicou tejto metodiky. V jednotlivých kapitolách hovorí autor o tsube a jej účinnosti a o hraniciach tejto terapie. V ďalších kapitolách rozoberá terapeutické možnosti touto metódou po všeobecnej

W. SCHEID  
LEHRBUCH DER NEUROLOGIE

Učebnica neurológie  
Vydal Georg Thieme Verlag, Stuttgart — New York 1980. Štvrté  
znova prepracované a rozšírené vydanie. Cena DM 128,—.  
ISBN 3-13-3941-04-8

Scheidova široko koncipovaná učebnica neurológie stala sa štandardným dielom tohto odboru v nemecky hovoriacej časti sveta. Štvrté vydanie, ktoré vychádza v roku 1980 (prvé vydanie vyšlo v roku

Treba však vyzdvihnúť i vytrvalosť námahu Balneologického múzea v Piešťanoch, že v krátkom čase pripravilo publikáciu do tlače na vysokej úrovni grafickej úpravy.

Dr. P. Škodáček, Piešťany

stránke a po stránke špeciálnej, kde diskutuje o jednotlivých indikáciách použitia tejto formy masáže pre jednotlivé choroby. Podobne ako v akupunktúre používali sa aj v tsube jednotlivé body, ktoré majú svoje japonské mená. Kniha je bohato ilustrovaná, prakticky každá kapitola a každá subkapitola je doplnená ilustráciou jednotlivých bodov, kde sa aplikuje táto forma masáže. V princípe ide o akupresúru, ktorú poznáme aj z čínskej medicíny. Kniha je ukončená registrom, ktorý dovoľuje orientovať sa v jednotlivých bodoch a ich použití pri jednotlivých ochoreniach.

V Európe zatiaľ táto forma akupresúry nie je dostatočne známa, a preto treba uvítať túto publikáciu japonského autora, ktorá prvýkrát vyšla v angličtine v Tokiu roku 1976. Publikácia je orientujúca a bude možné použiť určité prvky tejto formy masáže pri reflexnej terapii aj u nás.

Dr. M. Palát, Bratislava

1963, druhé v roku 1966 a tretie v roku 1968) je znovu prepracované a doplnené na súčasný stav. Na jeho spracovaní okrem prof. Scheida, bývalého profesora neurológie a psychiatrie kolínskej un-

verzity, sa zúčastnil predovšetkým dr. Gibbony z tej istej kliniky. Okrem neho sa zúčastnilo na vypracovaní jednotlivých kapitol ďalších 19 autorov a spolupracovníkov.

Učebnica má klasické delenie. Začína sa kapitolou o vyšetrovacích metódach a syndromológiou, prechádza na základy terapie a posudzovania. Ďalšia časť knihy je venovaná klinike jednotlivých neurologických ochorení, pričom sú rozobrané otázky porúch mozgovej cirkulácie, problematika tumorov a traum, otázky porúch epilepsie, narkolepsie, centrálnych porúch na základe alkoholizmu a exogénnych intoxikácií. V ďalšom sú spracované systematicky meningitídy a encefalitídy a ostatné infekčné choroby postihujúce centrálny a periférny nervový systém, v ďalších kapitolách sa hovorí o vnútorných ochoreniach a nervovom systéme, o presenilných mozgových atrofiách, ochoreniach s extrapyramidálnymi syndrómami. V učebnici sa ďalej prechádza na myoklonické syndrómy systémovej atrofie centrálného a periférneho motorického neurónu, spinocerebrálne hereditálne ataxie, poruchy metabolizmu s postihnutím nervového systému, vývojové poruchy, ence-

ROBERT I. HAMBY  
CLINICAL-ANATOMICAL CORRELATES IN CORONARY ARTERY DISEASE

Klinicko-anatomické koreláty pri koronárnej chorobe srdca  
Vydalo nakladateľstvo Futura Publishing Comp. Mount Kisco,  
New York, 1979, strán 428, cena 17,50 am. dol., ISBN 0-87993-118-3.

Základnou úlohou prof. Hambyho z lekárskej fakulty štátnej univerzity v New Yorku v Stony Brook pri zostavovaní predloženej monografie je dať do určitého vzťahu anatómiu a funkciu predovšetkým ľavej srdcovej komory s rôznymi klinickými obrazmi koronárnej choroby srdca na modele ischemickej srdcovej choroby. Ako hovorí v úvode, prvých päťdesiat rokov dvadsiateho storočia prinieslo záplavu klinických názorov na koronárnu chorobu a pozorovaní korelovaných s patologicko-anatomickým nálezom. Posledných dvadsaťpäť rokov doplnilo tieto poznatky klinickými experimentmi, zameranými na anatómiu a funkciu ľavej srdcovej komory.

falomyelitída diseminovaná a ostatné zápalové ochorenia miechy. Poruchám miechy sú venované aj ďalšie kapitoly — poruchy cirkulácie, traumy. Ďalej sa hovorí o spinálnych procesoch tumorózneho alebo iného pôvodu, o otázkach poškodenia periférneho nervového systému a tumoru tohto systému. Polyneuropatie predstavujú rozsiahlu kapitolu. Záverečné kapitoly sú venované predovšetkým poruchám svalového systému, otázkam endokrinných a vegetatívnych porúch a problematike humeroskapulárnej periartritídy. Bohatý prehľad písomníctva, zostavený podľa jednotlivých kapitol, a vecný hegister zakončujú túto klasicky členenú učebnicu neurológie, ktorá je doplnená prekrásnymi ilustráciami, celým radom tabuliek a schém. Aj keď táto učebnica je relatívne veľmi rozsiahla — štúdium neurológie však vyžaduje veľmi mnoho informácií — predstavuje štandardné dielo, ktoré by nemalo chýbať na stole žiadneho neurológa, aj keď táto učebnica je v prvom rade určená poslucháčom medicíny. Dostatok informácií tu nájdú aj lekári prvého kontaktu a odborní lekári iných oblastí než neurológie.

Dr. M. Palát, Bratislava

Po úvodnej kapitole, venovanej historickým perspektívam koronárnej choroby srdca, autor v jednotlivých kapitolách venuje pozornosť čiastkovým otázkam celej problematiky. Opisuje normálnu angiografickú anatómiu srdca a zaoberá sa anatómiou srdca pri koronárnej arterioskleróze. V ďalších kapitolách sa venuje anamnestickým otázkam o arteriosklerotických postihnutiach srdca a klinickému profilu pacienta s koronárnou chorobou srdca.

Záverečné kapitoly rozoberajú klinické korelácie koronárnej angiografie, klinické korelácie funkcie ľavej srdcovej komory pri koronárnej chorobe srdca a konečne korelácie koronárnej angiografie a funkcie ľavej srdcovej komory.

Vecný register ukončuje túto pomerne rozsiahlu monografiu, bohato dokumentovanú mnohými ilustráciami, tabuľkami, grafmi, originálnymi röntgenogramami, arteriogramami, ako aj mikrofotografiami patologických nálezov.

Monografia prof. Hambyho je veľmi cenným príspevkom v oblasti kardiológie, predovšetkým so zameraním na anatomické koreláty klinických stavov pri koronárnej chorobe srdca. Ischemická choroba srdca predstavuje klinický stav, kde diagnostika, funkčná diagnostika a vyšetrovacie metódy prekonalí v uplynulých rokoch

mohutný vývoj. Angiografia koronárneho riečišťa, predovšetkým u klinických stavov koronárnej choroby srdca, je dnes podmienkou pre eventúalný kardiologický výkon na koronárkach. Hambyho monografia poskytuje dostatok cenných informácií práve o tejto oblasti súčasnej kardiológie. Prednosťou je bezpochyby praktické zameranie. Dôležité je tiež, že autor tejto monografie nielen zdôrazňuje anatómiu a funkciu, ale aj koreluje vzťahom funkčným vyjadrením.

Dr. E. Mikulová, Bratislava

B. D. SCHRECKE A G. J. WERTSCH  
**LEHRBUCH DER MODERNEN UND KLASSISCHEN AKUPUNKTUR**  
Učebnica modernej a klasickej akupunktúry  
V. vydanie, 1980

ISBN 3-921988-17-4

G. J. WERTSCH, B. D. SCHRECKE A P. KÜSTNER  
**AKUPUNKTURATLAS**  
Atlas akupunktúry  
IV. vydanie

ISBN 3-921988-24-1

Obidve publikácie vydalo WBV Biologisch Medizinische Verlagsgesellschaft mmH u. Co KG Schondorf

V posledných desiatich rokoch sa objavuje na knižnom trhu stále viac a viac publikácií o akupunktúre. Je to predovšetkým preto, že akupunktúra ako metóda klasickej čínskej medicíny sa dostala do popredia záujmu mnohých lekárov. Z týchto dôvodov teda vychádza celý rad článkov a krátkych prác v časopisoch a tiež veľké množstvo monograficky spracovaných diel — učebníc a atlasov.

Vo vydavateľstve WBV Biologisch Medizinische Verlagsgesellschaft in Schondorfe vychádza v roku 1980 v piatom vydaní učebnica modernej a klasickej akupunktúry a vo štvrtom vydaní Atlas akupunktúry. Učebnica formou textu a dobrých ilustrácií prináša základné znalosti o indikáciách a technike akupunktúry. V jednotlivých častiach tejto učebnice sú rozobrané jednotlivé aspekty použitia akupunktúry vrátane opisu meridiánov a všetkých bodov vrátane uvedenia zvláštnych foriem akupunktúry, ako aj novozavedených bodov v akupunktúre. Atlas akupunktúry, ktorý dobre dopĺňa spomínanú učebnicu, obrazovou formou zvy-

razňuje jednotlivé klasické materiály a akupunktúrne body, ako aj nové body používané v akupunktúre a zvláštne formy akupunktúry. Obrazová dokumentácia v učebnici a atlase je totožná. Obidve diela napísali tí istí autori.

Akupunktúra ako metóda sa používa aj u nás na niektorých pracoviskách a stáva sa súčasťou praxe osobitne vyškolených lekárov u najrôznejšieho spektra indikácií. Potreba atlasov, event. obrazových tabulí a potreba učebníc je teda veľmi naliehavá. Recenzované diela sú dobrým základom pre každého, kto sa zaoberá problematikou akupunktúry. Ich prednosťou je predovšetkým dobrá dokumentácia, to znamená náčrty so znázornením jednotlivých bodov. Prednosťou obidvoch publikácií je, že tieto náčrty sú dopĺňované fotografiami s vyznačením jednotlivých bodov na týchto fotografiách, takže vzniká úplne plastický dojem. Každý, kto sa zaoberá otázkami akupunktúry v teórii alebo v praxi, nájde v obidvoch dielach mnoho potrebného.

Dr. M. Palát, Bratislava

## PRÁVY ODBORNÝCH SPOLOČNOSTÍ

### X. KONGRES SPOLOČNOSTI PRE REHABILITÁCIU V NDR LIPSKO 16. — 19. 2. 1981

V Lipsku sa konal v dňoch 16. až 19. februára 1981 za účasti takmer 1100 domácich a celého radu zahraničných hostí X. kongres Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR. Kongres sa konal pri príležitosti Medzinárodného roku invalidov 1981 a táto skutočnosť dala celkový rámec jednotlivým zasadnutiam.

Spoločnosť pre rehabilitáciu v NDR sa skladá zo štyroch sekcií: sekcia liečebnej rehabilitácie, sekcia sociálnej rehabilitácie, sekcia pracovnej rehabilitácie a sekcia poškodených detí a mladistvých. Tieto jednotlivé sekcie taktiež pripravili tematické zasadnutia v programe kongresu. Kongres bol usporiadaný v spolupráci s ostatnými odborovými spoločnosťami, a to Ortopedickou spoločnosťou, Psychiatrickou a neurologickou spoločnosťou, Kardiologickou a angiologickou spoločnosťou, Onkologickou spoločnosťou, Reumatologickou spoločnosťou, Fyzioterapeutickou spoločnosťou a v spolupráci so Zväzom zrakovo postihnutých, Zväzom sluchovo postihnutých a so Zväzom pre šport telesne postihnutých. Hlavnou témou kongresu bola profylaxia poškodenia a rehabilitácia poškodených.

Jednotlivé zasadnutia kongresu prebiehali jednak v plenárnych, jednak v paralelných programoch. Po slávnostnom otvorení prof. Mecklingerom, ministrom zdravotníctva NDR, hovoril prof. Renker o rehabilitácii z medzinárodného pohľadu. V ďalších prednáškach Norman Acton z International Rehabilitation zdôraznil význam Medzinárodného roku invalidov 1981 a jednotliví referenti potom predniesli základné referáty o profylaxii a rehabilitácii v ortopédii (Rösel), o rehabilitácii v neurológii (Müller-Stephan), o rehabilitácii v kardiológii (Spätle), o rehabilitácii v sekundárnej prevencii na modeli ischemickej choroby srdca so zameraním na infarkt myokardu (Gutschker). Druhý deň zasadnutia pokračovali základné referáty o otázkach primárnej prevencie a rehabilitácie onkologických pacientov (Schumann), o rehabilitácii v

profylaxii v reumatológii (Wessel), o rehabilitácii a fyzioterapii (Cordes). Delegát zo Sovietskeho zväzu hovoril o rehabilitácii a profylaxii v ZSSR a poľský delegát o rehabilitácii v Poľsku. Ďalšie referáty sa zaoberali otázkami rehabilitácie zrakovo postihnutých (Schlemonat) a sluchovo postihnutých (Liehr) a konečne otázkou významu športu telesne postihnutých pre profylaxiu a rehabilitáciu (Presber).

Krátke referáty vedúcich jednotlivých sekcií Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR, a to sekcie liečebnej rehabilitácie (Presber), pracovnej rehabilitácie (Renkerová), sociálnej rehabilitácie (Seidelová) a sekcie poškodených detí a mladistvých (Grossmann) doplnili prvú polovicu programu X. kongresu.

Ďalší program už bol rozdelený na dve paralelné zasadnutia — zasadnutie sekcií liečebnej a sociálnej rehabilitácie a zasadnutie sekcie poškodených detí a mladistvých spolu so sekciou pracovnej rehabilitácie. Rozoberali sa otázky aktivizujúcich liečebných metód, otázky voľného času a odpočinku v rehabilitácii, otázky rehabilitácie pri kardiovaskulárnych ochoreniach, problematika prípravy na povolanie, poradenstva, otázky rehabilitácie psychicky chorých a konečne otázky profylaxie a rehabilitácie pri chorobách pohybového ústrojenstva.

Posledný deň rokovania kongres slávnostne ukončil jeho predseda doc. Uibe z Lipska, ktorý je súčasne predsedom spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR.

Aj keď rokovania kongresu neprebíhali pod heslom integrácie, ktorá je základným motívom Medzinárodného roku invalidov 1981, prakticky vo všetkých základných referátoch bola táto snaha vyjadrená. Princíp integrácie bol zreteľný aj v jednotlivých referátoch paralelných sekcií, ktoré rozoberali už špeciálne odborné tematiky jednotlivých medicínskych oblastí. Všetky referáty poukázali na význam prevencie a rehabilitácie v jednot-



livých oblastiach súčasného lekárstva so zvýraznením nosných úloh moderného, komplexného rehabilitačného programu.

V rámci kongresu prebiehali výstavy: výstava o pomôckach pre telesne postihnutých, výstava kníh a konečne výstava kresieb talianskych detí. Osobitný blok programu predstavovali postery, kde jednotliví autori predkladali výsledky svojich vedeckých či klinických prác.

X. kongresu Spoločnosti pre rehabilitáciu v NDR sa zúčastnila veľká československá delegácia (12 účastníkov), ktorá prispela aj do odborného programu rokovania X. kongresu niekoľkými prácami, ktoré boli prijaté s uznaním.

Ak máme hodnotiť X. kongres v Lipsku, treba primárne zdôrazniť, že sa niesol v duchu Medzinárodného roku invalidov 1981. Ďalej je treba poznamenať, že roko-

vania kongresu sa realizovali v jednotlivých tematicky determinovaných celkoch, ktoré pripravili spolu so spoločnosťou pre rehabilitáciu v NDR a jej jednotlivými sekciami ostatné odborné lekárske spoločnosti. Táto organizácia programu cielene poukázala týmto spôsobom na kľúčové problémy rehabilitácie a prevencie v NDR a umožnila celkový pohľad na danú problematiku. A napokon treba povedať, že rehabilitácia ako medicínsky odbor a jej jednotlivé metódy sa stali neoddeliteľnou súčasťou programu starostlivosti o chorých a poškodených aj u ostatných lekárskejších spoločností, ale aj u záujmových zväzov telesne, zrakovo, sluchovo a ináč postihnutých.

Dr. Miroslav Paldá,  
Bratislava

#### SPRAVY Z USTAVOV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE SZP

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave — katedra rehabilitačných pracovníkov usporiada v školskom roku 1981/82 tieto školiace akcie:

#### Kurzy:

1. Kurz pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova, druhý rok štúdia.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1980.

Termín: 28. 9. — 9. 10. 1981.

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 24

Náplň: Klinická morfológia a fyziológia pohybového systému. Vyšetrovacie metódy. Liečebná telesná výchova. Vybrané kapitoly z fyzikálnej terapie a liečby prácou.

2. Kurz pomaturitného špecializačného štúdia v úseku práce liečebná telesná výchova, prvý rok štúdia.

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov zaradených do pomaturitného špecializačného štúdia k 1. 9. 1981.

Termín: 1. 3. — 12. 3. 1982

14. 6. — 25. 6. 1982

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 24

Náplň: Klinická morfológia a fyziológia rehabilitačnej medicíny. Vyšetrovacie metódy. Hygiena a epidemiológia. Odborná prax.

3. Kurz v problematike rehabilitácie detských spastikov

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov pracujúcich v tejto problematike, ktorí neabsolvovali v uvedenej problematike kurz ani školiace miesto.

Termín: 25. 1. — 5. 2. 1982

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 20

Náplň: Prehĺbenie teoretických poznatkov a ovládnutie metodických postupov pri rehabilitácii detských spastikov.

4. Tematický kurz o nových poznatkoch v rehabilitácii vnútorných systémov, celoštátny

Určenie:

Pre rehabilitačných pracovníkov zdravotníckych zariadení, ktorí sú profílovaní na rehabilitáciu v interne.

Termín: 26. 4. — 7. 5. 1982

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 25 (ČSR 12)

Náplň: Nové poznatky z fyziológie a patofyziológie vybraných interných ochorení. Evaluácia, primárna a sekundárna prevencia, najmä pri ochoreniach kardiovaskulárneho aparátu. Metodické postupy a ich aplikácia v rámci kardiovaskulárnych programov.

#### Školiace miesta

1. Školiace miesto pre účastníkov pomaturitného špecializačného štúdia.

Určenie: Pre účastníkov druhého ročníka PŠŠ v úseku práce LTV, ktorí nemajú možnosť overiť si svoje praktické skúsenosti vo všetkých oblastiach rehabilitácie.

Čas trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 4

Náplň: Podľa individuálneho študijného plánu na základe vstupného pohovoru a testu.

2. Školiace miesto v evaluácii kardiovaskulárnych funkcií — celoštátne

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí vykonávajú rehabilitáciu pri ochoreniach kardiovaskulárneho systému.

Čas trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 8 (ČSR 4)

Náplň: Zvládnutie metód, ktoré slúžia na posúdenie funkcie kardiovaskulárneho systému a na evaluáciu výsledkov rehabilitácie. Metodické postupy testovania.

3. Školiace miesto v reflexnej masáži

Určenie: Pre rehabilitačných pracovníkov, ktorí úspešne absolvovali kurzy reflexnej masáže usporiadané v krajoch a okresoch a ktorých vybrali pre funkciu inštruktora v tejto metóde.

Čas trvania: 2 týždne

Miesto konania: Bratislava

Počet účastníkov: 4

Náplň: Overenie schopností rehabilitačných pracovníkov pre praktickú výučbu reflexnej masáže.

A. Sedláková, Bratislava

V Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně se ve dnech 27. 10. — 30. 10. 1980 a 3. 11. — 6. 11. 1980 uskutečnily závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčebná tělesná výchova. Dvouleté náročné studium ukončilo a specializaci získalo 43 rehabilitačních pracovníků.

Adámková Miloslava, KÚNZ Brno	Kryková Zora, OÚNZ Prostějov
Bártíková Hana, MÚNZ Brno	Loskoř Ařtónín, Čsl. st. lázně Třebíč
Bezvodová Vlasta, ÚNZ hl. m. Prahy	Ludlová Miroslava, OÚNZ Praha 1
Boučková Olga, MPSV ČSR Praha	Masopustová Karla, OÚNZ České Budějovice
Doležalová Stanislava, OÚNZ Praha 5	Misíková Oldřiška, ZÚNZ ČKD Praha
Fischerová Jana, Čsl. lázně Teplice	Mlčochová Eva, OÚNZ Prostějov
Fučíková Vlasta, OÚNZ Praha 8	Mlnářiková Anna, OÚNZ České Budějovice
Gruntová Hana, OÚNZ Benešov u Prahy	Mrkoušová Lenka, OÚNZ Náchod
Güntherová Jiřina, ZÚNZ Mariánské Lázně	Nováková Hana, ÚNZ ÚNV hl. m. Prahy
Havlová Iréna, OÚNZ Praha 5	Palánová Dana, OÚNZ Pelhřimov
Holubcová Danuška, OÚNZ Trutnov	Pešková Marie, FN Motol Praha 5
Hostinská Vlasta, KÚNZ Plzeň	Podlahová Zuzana, KÚNZ Brno
Hučalová Květoslava, MÚNZ Ostrava	Skácelová Ludmila, OÚNZ Karviná
Chaloupková Jana, OÚNZ Znojmo	Soušková Vlasta, FN Olomouc
Charvátová Božena, KÚNZ Plzeň	Slavičková Tamara, Vojenský rehabilitační ústav Slapy
Janovská Lydie, Čsl. st. lázně Janské Lázně	Stýblová Alena, OÚNZ Litoměřice
Jendeková Alena, OÚNZ Ústí nad Orlicí	Šilhánková Marcela, OÚNZ Hradec Králové
Jedličková Věra, OÚNZ Praha 9	Šimová Jiřina, Mln. vnitra ČSR Praha
Jiskrová Jana, KÚNZ Ostrava	Štastná Jana, KÚNZ Brno
Kadlecová Alena, NVP Jedličkův ústav Praha	Vaculíková Dana, OÚNZ Karlovy Vary
Kolešová Květa, KÚNZ Hradec Králové	Zachová Libuše, Státní sanatorium Praha 5
Kotrbová Marie, KNSP České Budějovice	

Závěrečné zkoušky pomaturitního specializačního studia v úseku práce léčba prací se uskutečnily ve dnech 1. a 2. 10. 1980 v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech. Dvouleté studium bylo organizováno katedrou rehabilitačních pracovníků Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně celostátně. Studium ukončilo a specializaci v úseku léčba prací získalo 13 rehabilitačních pracovníků.

Hladká Zdeňka, OÚNZ Náchod	Hreusíková Emília, OÚNZ Žilina
Krausová Vlasta, OÚNZ Plzeň	Hradilová Zdeňka, KÚNZ Hradec Králové
Cyhlářová Danuše, MÚSS Ostrava	Koutná Eva, FN Praha Motol
Křížová Miroslava, RÚ Kladruby u Vlašimi	Pražíková Eliška, Čsl. st. lázně, Janské Lázně
Kolesová Hana, RÚ Hrabyně	Vačkářová Jitka, KÚNZ Brno
Hájková Běla, OÚNZ Strakonice	
Řepová Marie, SZŠ Brno	
Špičáková Miluše, OÚSS Břeclav	

B. Chlubnová, Brno