

ÚSTAV PRE ĎALŠIE VZDELÁVANIE STREDNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV  
V BRATISLAVE,  
SUBKATEDRA REHABILITAČNÝCH PRACOVNÍKOV

SB 8222

# REHABILITÁCIA

Účelová publikácia

Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov,  
Subkatedry rehabilitačných pracovníkov v Bratislave

ROK:

1963

Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov  
v Bratislave,  
Subkatedra rehabilitačných pracovníkov

REHABILITÁCIA

*Prís. 3441/66*

Číslo : 1

Rok : 1963



Upozornenie čitateľom :

Pri rozmnožovaní prvého čísla našej účelovej publikácie "Rehabilitácia" došlo k určitým nedopatreniam technického charakteru.

Náklady spojené s novým vytlačením určitých častí by boli príliš vysoké. Preto sme sa rozhodli toto číslo distribuovať tak, ako bolo natlačené, teda i so spomínanými nedostatkami.

Prosíme našich čitateľov, aby ospravedlnili tento nedostatok. Súčasne si dovoľujeme poznamenať, že budúce čísla už budú aj po technickej stránke riadne upravené.

Redakcia.

## Na cestu

Rozvoj vedy a techniky v poslednom desaťročí dosahuje nevídaných rozmerov a tempa. Aj lekárska veda, možno povedať, zaznamenáva z mesiaca na mesiac veľké pokroky a úspechy. Táto skutočnosť logicky vyžaduje, aby všetci zdravotnícki pracovníci, najmä vo výkonných zariadeniach, poznali nové, dokonalejšie vyšetrovacie metódy, nové, účinnejšie liečebné postupy a zavádzali ich do každodennej práce. Jedným slovom, treba čím rýchlejšie a dôkladnejšie odstraňovať veľké rozdiely medzi úrovňou lekárskej vedy a praxe. Sme v tej šťastnej situácii, že žijeme v socialistickom zriadení, kde máme k tomu všetky možnosti a predpoklady, ba priamo stranícke a štátne orgány vyvíjajú maximálne úsilie pre rozvoj vedy a jej prenášania do života. Veľmi jasne a nástojčivo hovoria o tom uznesenia XII. sjazdu KSČ. Takisto jednou z hlavných úloh Ministerstva zdravotníctva je neustále zvyšovanie odbornej a ideologickej úrovne pracovníkov zdravotníctva.

Na zabezpečenie ďalšieho vzdelávania stredných zdravotníckych pracovníkov, ktoré značne zaostávalo za ďalším vzdelávaním lekárov, vznikli roku 1960 špeciálne ústavy v Brne a Bratislave, ktorých poslaním je :

1. Organizovať a metodicky viesť všetky formy ďalšieho vzdelávania.
2. Podieľať sa na výskume, organizácie, spôsobe a vedeckých formách práce stredných zdravotníckych pracovníkov.
3. Zovšeobecňovať a propagovať správnu organizáciu práce a nové vedecké formy starostlivosti o chorých, novú techniku a spôsoby práce.

4. Tematicky riadiť vydávanie kníh a vedeckých textov pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov.

Od svojho založenia Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave rozvinul naširoko svoju činnosť. Usporiadal krátkodobé a dlhodobé kurzy a školenia pre rôzne kategórie SZP, vykonával atestácie, organizoval semináre, konzultácie a iné akcie. Všetko toto sa robilo za pochodu, bez tradícií a vzorov zo zahraničia, kde niet ústavov podobného druhu. V doškoľovacích a iných akciách sme uprednostňovali niektoré kategórie SZP.

Jednou takouto kategóriou sú rehabilitační pracovníci. Uvedomili sme si veľmi jasne význam, poslanie a dôležitosť rehabilitácie v socialistickom zdravotníctve. Takisto je nám dobre známe postavenie, dôležitosť a práca našich rehabilitačných pracovníkov a dosť časté neporozumenie ako zo strany lekárov, tak aj vedúcich pracovníkov. Príčinou je veľmi často neznalosť a nedomákanie ohromne významnej, modernej, účinnej a naliehavej potreby metódy liečenia - rehabilitácie, ako neoddeliteľnej súčasť celkového liečebného plánu a postupu. Ďalšou príčinou je ešte dosiaľ neujasnená celková koncepcia a z nej vyplývajúca organizačná roztrieštenosť.

A práve pre tieto príčiny je potrebné, aby naši rehabilitační pracovníci boli čím najlepšie informovaní o nových poznatkoch vo svojom odbore, aby vo svojej práci používali najnovšie a najlepšie metódy práce a na každom kroku výsledkami svojej práce jasne dokazovali a prebojovali význam a postavenie rehabilitácie.

Aj tieto naše skromné informácie, ktoré budeme v našej účelovej publikácii "Rehabilitácia" uverejňovať, nech poslúžia k veľkému cieľu všetkých zdravotníckych pracovníkov - k podstatnému zlepšeniu kvality zdravotníckych služieb a zvlášť rehabilitácie.

MUDr. Ján Mariányi  
riaditeľ Ústavu pre ďalšie  
vzdelávanie SZP Bratislava

## Liečebná telesná výchova a liečebná práca u tuberkulózných chorých

MUDr. Rudolf Krutý

/Z Krajskej tuberkulóznej liečebne Nitra-Zobor, riaditeľ :  
MUDr. R. Krutý/

Tuberkulóza patrí medzi najrozšírenejšie choroby. Moderná liečba antituberkulotikami a široko vykonávaná prevencia, umožnila nebývalé úspechy v boji proti tuberkulóze. Pred érou liečby antituberkulotikami, základom liečby tuberkulózy bola liečba pokojom. Táto inaktivita, pokoj bol zakotvený v režime dňa chorého. Okrem ležania v noci chorý mal predpísaný pokoj na posteli 6 až 8 hodín denne. Takýto režim dňa zostával dlh mesiace až do ukončenia liečby a po nej bola doporučená dlhodobá nečinnosť. V mnohých ústavoch pokoj na posteli bol sprísnený tzv. bedrestom /prísny pokoj na posteli po celý deň/. Už pred érou antituberkulotík začali sa objavovať hlasy za revíziu tohto, veľmi dlhé roky zaužívaného režimu dňa tuberkulózne chorého. Začalo sa poukazovať na nepriaznivé následky, ktoré so sebou prinášala dlhodobá nečinnosť.

Počas prísnej kľudovej liečby chorí žijú takmer za bazálnych podmienok. Plúcna tkáň dlho zníženou nečinnosťou stráca na svojej funkčnej zdatnosti /strata pružnosti, znížená ventilácia, zmenšené zásobovanie krvou/. Dlhodobá fyzická inaktivita je sledovaná celkovým zoslabením organizmu s následnou spomalenou rekonvalescenciou.

Na odstránenie týchto nepriaznivých následkov, ktoré so sebou prinášala dlhodobá, kľudová režimová liečba tuberkulózných, začalo stále viac autorov zavádzať do liečby tuberkulózy aktivitu vo forme pohybu, liečebnej telesnej výchovy a práce. Začali sa objavovať správy, ktoré vyvracali doteraz uznávané názory o škodlivosti práce, ba naopak, poukazovali na priaznivý účinok práce na priebeh liečby tuberkulózných. Zavedenie moderných antituberkulotík nielenže potvrdilo správnosť týchto pozorovaní, ale vytvorilo ešte priaznivejšie podmienky pre skrátenie

doby; potrebnej pre aplikovanie pokoja v liečbe tuberkulózy. Dobré výsledky zahraničných autorov /1, 2, 3, 4, 5, 6/ boli potvrdené i našim výskumom. /7/.

Organizmus tuberkulózneho má zníženú pracovnú schopnosť až niekoľko rokov, preto si treba uvedomiť, že pokoj je potrebné zachovávať dostatočne dlhú dobu; keď aj sme zástancami zavádzania postupného zvyšovania činnosti do liečby, tým nezamietame a neznižujeme význam pokoja v liečbe tuberkulózy.

Antituberkulotiká stali sa základom liečby tuberkulózy. Režim dňa tuberkulózneho mení sa v tom zmysle, že pôvodná liečba pokojom /celodenné ležanie, v niektorých prípadoch tzv. bedrest/ ponecháva sa iba na začiatku ochorenia, keď tuberkulózny proces progreduje alebo javí známky zvýšenej aktivity. Akonáhle sa však začnú objavovať neklamné známky ústupu regresie tuberkulózneho ochorenia, skracuje sa doba denného ležania a postupne podľa zlepšenia zdravotného stavu chorého, povoľuje sa činnosť vo forme prechádzok najprv po izbe, pozdejšie i vonku. Po ďalšom zlepšovaní zdravotného stavu chorého zavádza sa do denného režimu liečebná telesná výchova a liečebná práca.

Každý pacient po prijatí do ústavu zaraďí sa do príslušného režimového stupňa. Zaraďovanie sa vykonáva individuálne u každého chorého podľa zhodnotenia jeho zdravotného stavu. Pri určení režimového stupňa berieme do úvahy formu, fázu, rozsah a stupeň kompenzácie tuberkulózneho ochorenia, pridružené stavy a choroby, duševný a telesný stav a vek. Prihliadneme na prácu, ktorú predtým vykonával /fyzickú alebo duševnú/, aktívnu účasť v telesnej výchove a športe.

Režimová liečba zahrňuje šesť režimových stupňov: od 0 - V. Zatiaľ, čo v skupine 0 chorý takmer celý deň leží v posteli, teda je ponechaný v pokoji, v nečinnosti, v ďalších režimových stupňoch skracuje sa doba ležania na posteli a nahrádza sa činnosťou vo forme pohybu po izbe, prechádzkami, liečebnou telesnou výchovou a liečivou prácou. Je dôležité, aby pre-



chod z jedného režimu do druhého bol plynulý, čo sa zabezpečí dôkladným individuálnym rozborom aktuálneho zdravotného stavu chorého. Obdobne je to i s dĺžkou doby, počas ktorej ponechávame chorého v jednotlivých režimových stupňoch.

V súčasnej dobe je v našich ústavoch iba málo chorých, ktorí musia zachovávať režimový stupeň 0. Stále častejšie dostávame na oddelenie pacientov s novoobjavenou /recidivujúcou/ tuberkulózou, u ktorej sa neobjavia žiadne príznaky alebo iba ojedinele. Týchto väčšinou ponechávame v nižších režimových stupňoch kratšiu dobu a prehadžujeme ich skorej do vyšších stupňov.

Pomer pokoja a činnosti je vyjadrený obsahom denného poriadku jednotlivých režimových stupňov.

Režimový stupeň 0 : tento režim zachovávajú chorí, u ktorých je indikovaná pokojová liečba celý deň. Sú to formy tuberkulózy s horúčkou, toxické ako i čerstvé a exacerbované procesy, tuberkulóza komplikovaná inou závažnou chorobou, ktorá vyžaduje pokoj. Tento režim sa zachováva u exsudatívnej pleuritídy v akútnom štádiu. Doba trvania sa individualizuje a pokoj trvá počas závažného zdravotného stavu. U pacientov po operatívnych zákrokoch na hrudníku trvá podľa rozsahu výkonu, pridružených komplikácií, ako i podľa priebehu pooperačnej doby. Tento režim zachovávajú i meningitídy. Chorý zachováva pokoj na lôžku, stravuje sa na posteli, toaletu mu vykonáva sestra. I v tomto režime máme na mysli odvrátenie pozornosti od choroby, čo je dôležité pre ďalšie úspešné liečenie. Pri subjektívnom i objektívnom zlepšovaní povolujeme individuálne záujmovú činnosť v trvaní podľa uváženia lekára. Záujem obraciame na počúvanie rozhlasu, čítanie, drobné ručné práce. Chorým tohto režimového stupňa, ak to stav vyžaduje, vykonávame masáže /meningitídy, stav po hrudných operáciách/ na zabránenie vzniku kontraktúr a fibróz a na zmiernenie bolestivosti. Chorí po operáciách na hrudníku vykonávajú špeciálne nápravné cviky.

Režimový stupeň I. : do tohto režimu zaraďujeme chorých, u ktorých tuberkulózne ochorenie neprebíha príliš ťažko, nie je pokročilé a doprevádzané komplikáciami. Sem preraďujeme aj chorých z režimu 0, ak príznaky aktivity ustupujú. Denné ležanie sa upravuje tak, že v tejto skupine ostáva povinné ležanie 7 hodín denne. Činnosť je tu vyjadrená tým, že pokračujeme v individuálnych špeciálnych cvičeniach ako bolo uvedené v skupine 0, v povolení chôdze po izbe a po chodbe. Povoľujeme viac voľna vo forme záujmovej činnosti. Doba trvania je individuálna, priemerne 2 až 4 mesiace.

Režimový stupeň II. : do tejto skupiny zaraďujeme chorých, u ktorých nastáva kompenzácia alebo röntgenologická regresia. Povinné denné ležanie skracujeme na 6 hodín. Povoľujeme dlhší pobyt mimo izby, chôdzu po chodbe. V rámci liečebnej telesnej výchovy sa vykonávajú prechádzky najprv 2-krát, neskôr 3-krát po 30 minút denne. Okrem toho vykonávajú špeciálnu telesnú výchovu ako v predchádzajúcich skupinách. Záujmová činnosť sa rozširuje povinnou, organizovanou 1-hodinovou liečivou prácou, ktorá sa môže vykonávať na izbe chorého. Novoprijatých chorých zaraďujeme maximálne do tejto skupiny. Doba trvania priemerne 1 až 2 mesiace.

Režimový stupeň III. : sem zaraďujeme chorých z režimového stupňa II., ak ich ochorenie vykazuje ďalší ústup. Povinné denné ležanie sa skracuje na 5 hodín. Okrem činnosti v II. režimovom stupni chorí vykonávajú liečebnú telesnú výchovu v prírode alebo v telocvičniach v skupinách, v prvých 2 až 3 týždňoch v predpoludňajších hodinách 1-krát denne v trvaní 10 až 15 minút. Po troch týždňoch sa vykonáva liečebná telesná výchova 2-krát denne. Liečebná telesná výchova sa stupňuje, pridávajú sa cviky s nečiním, pohybové hry s miernym telesným zaťažením. Povinné prechádzky v prírode sa povoľujú 20 až 45 minút 2-krát denne. V tejto skupine už zavádzame turistiku. Spočiatku neramňavú, krátkodobú, trvajúcu najviac poldeň, 1-krát za týždeň. Liečba prácou sa vykonáva v rehabilitačných dielnach, doba trvania 2 hodiny.

Režimový stupeň IV. : do tohto režimu preraďujeme z III. skupiny, priemerne za jeden mesiac, chorých s dočieľnou stabilizáciou. Povinné ležanie trvá 4 hodiny. Liečebná telesná výchova sa vykonáva 2-krát po 20 až 25 minútach. Turistika môže byť namáhavejšia v trvaní pol až jedného dňa raz do týždňa. Povinné prechádzky sa predlžujú na 2-krát denne po 45 minútach. Liečba prácou trvá 2 hodiny denne.

Režimový stupeň V. : povinné ležanie trvá 2 hodiny denne. Liečebná telesná výchova sa vykonáva 2-krát denne v trvaní 25 až 35 minút, povinné prechádzky sa predlžujú na 2-krát po 60 minútach denne. Raz do týždňa sa povoľujú náročnejšie turistické túry celodenné. Liečivá práca ako v predošlej skupine. Toto je posledný ústavný režimový stupeň, z ktorého chorý odchádza domov. Doma pokračuje v stupňovanej činnosti za účelom plynulej adaptácie na prácu, ktorú bude vykonávať. Úlohou ambulantnej rehabilitácie je túto činnosť usmerňovať a organizovať.

V IV. a V. režimovom stupni je možné v rámci ústavnej liečby začať s pracovnou rehabilitáciou /výcvikom ku vhodnému povolaniu/.

Režimové stupne tých chorých, ktorí nemôžu vykonávať skupinovú liečebnú telesnú výchovu, ale stupňovanie činnosti vo forme záujmovej činnosti, liečivej práce alebo prechádzok, je možné a indikované, označujeme písmenom "A".

Do takto označených skupín III. A - V. A zaraďujeme tuberkulózných chorých s vrodenými vadami, alebo pridruženými chorobami ako napríklad : chronický črevný katar, cor pulmonale, ulkusová choroba po odznení aktívneho stavu, stavy po hepatitídach, brušné kýly, stav po tromboflebitis, polyomyelitid, lues, po infarkte myokardu, aneurizmy atď. Liečebná telesná výchova ako i liečivá práca sa vyberá osobitne podľa individuálnej schopnosti chorého. U liečebnej telesnej výchovy to býva špeciálne nápravné cvičenie.

Cieľom režimovej liečby je rehabilitácia chorého. Je to postupné zavádzanie činnosti do denného poriadku chorého, oproti zaužívanému zvyku v minulosti, ponechávať tuberkulózných chorých po celý čas ústavnej liečby v nečinnosti. Zavádzanie činnosti je individuálne, odstupňované plynulým preraďovaním do vyšších režimových stupňov.

Denný poriadok režimových stupňov je pohyblivý. Iný je vo všedný deň, iný v deň pracovného voľna a iný vtedy, ak je na programe turistika. Časový rozvrh jednotlivých hodín liečebnej telesnej výchovy a liečby prácou je posunovaný podľa miestnych pomerov a ročných období. Liečebná telesná výchova a športové hry v letnom období sa vykonávajú v ranných a neskorších odpoľudňajších hodinách a v skorších poobedňajších hodinách. V dennom poriadku je treba dodržiavať rytmičnosť cyklov, či už liečebnej telesnej výchovy, liečivej práce alebo turistického dňa. Dbáme o to, aby sa jednotlivé cykly vždy v ten istý čas opakovali /8/.

Liečebná telesná výchova priamo i nepriamo má priaznivý vplyv na funkciu kardiorespiračného aparátu. Toto všetko má rozhodujúci vplyv na to, aby sme u chorého dosiahli nielen vyliečenie, ale tiež zachovanie funkčnej zdatnosti celého organizmu. Z uvedeného vyplýva, že vhodne volená činnosť v liečbe tuberkulózy nielenže urýchluje hojivé pochody, ale tiež je prevenciou nevitáných následkov, ktoré so sebou donáša chronicky prebiehajúca dlhodobá liečba tuberkulózy. Naše úsilie nemôže sledovať iba tzv. úzke medicínske vyliečenie tuberkulózneho chorého, ale je treba sa usilovať v čo najväčšej miere, pokiaľ je to len možné, o návrat fyzickej i duševnej schopnosti, akú mal chorý pred ochorením, aby sa mohol začleniť späť do práce a života ako platný člen spoločnosti. Čím viac sa nám toto úsilie podarí, tým väčší bude náš opravdivý liečebný úspech.

L i t e r a t ú r a :

1. M o š k o v N.V., Medgiz, Moskva 1952. - 2. N e u m a n A. Gruzica 21, 631, 1953. - 3. P i n k u s I. M. : Rozhl. Tuberk. 12, 99, 1952. - 4. V a s I. Orv. Hetil. 34, 833, 1954. - 5. A l i m o v Š. A. Probl. Tuberk. 2, 11-14, 1962.
6. J a m e s A. V i e r a i. : Amer. Rev. Respir. Dis. Vol. 84, Nr. 1, 1961. - 8. K r u t ý R., L i t o m e r i c k ý Š., P o z d e c h o v á E., H u d á k o v á G., B i z a J. : "Liečebná telesná výchova a liečebná práca u tuberkulózných chorých". - 8. K r u t ý R., L i t o m e r i c k ý Š. : "Rehabilitácia tuberkulózných" - z pripravovanej knihy.

## Materialistické chápanie vývoja spoločnosti.

Od starého vzniku vedy a filozofie usilujú poprední myslitelia o rozpoznanie príčin, hybných síl a zákonitostí spoločenského vývoja. Usilujú o vyriešenie otázky, či spoločenské poriadky sú náhodilé, alebo či sú určené nejakými neviditeľnými príčinami. Usilujú ďalej o riešenie otázky, či môžu ľudia tieto poriadky meniť, alebo sa im musia na veky podrobiť. Riešenie týchto otázok sa ukázalo veľmi ťažké, pretože spoločenský život je oveľa zložitejší ako vývoj v prírode. Veď javy v prírode sa opakujú relatívne pravidelne, a to umožňuje poznať ich podstatu. Poznať však vývoj spoločenský je ťažšie a tým ťažšie je poznať jeho zákonitosti.

Veľkolepé dielo Marxa a Engelsa, vytvorené za určitých, konkrétnych historických podmienok, znamenalo vytvorenie vedeckej teórie o všeobecných zákonoch spoločenského vývoja. Touto teóriou je H i s t o r i c k ý m a t e r i a l i z m u s, ktorá v podstate znamená rozšírenie dialektického materializmu na skúmanie spoločnosti a jej dejín. Táto teória dokazuje, že ľudia sami sú tvorcami svojich dejín, že však netvorí svoje dejiny svojvoľne, ale na základe objektívnych, materiálnych podmienok zdedených od predchádzajúcich pokolení.

Základom pre materialistické chápanie dejín je materialistické riešenie základnej filozofickej otázky, ktorá v tejto oblasti poznávania znie takto: "čo je prvotné: spoločenské bytie alebo spoločenské vedomie?" Marx formuloval odpoveď na túto otázku takto: "Nie vedomie ľudí určuje ich bytie, ale naopak, ich spoločenské bytie určuje ich vedomie."

Pri skúmaní príčin, čiže bytných síl vývoja spoločnosti budeme vyhľadávať z tohoto riešenia základnej filozofickej otázky. Ak považujeme za prvotné spoločenské bytie máme na mysli materiálno, ktoré sa nám javí ako:

1. prírodné materiálno v podobe:

- a/ prírodného /geografického/ prostredia
- b/ spoločensko-biologického prostredia

2. spoločenské materiálno v podobe spôsobu výroby.

Treba nám skúmať, ktoré z nich má aký vliv na vývoj spoločnosti.

3. Spôsob výroby je rozhodujúcim a určujúcim činiteľom spoločenského vývoja, pretože :

- a/ výrobnou činnosťou sa ľudia začali odlišovať a stále viac sa líšia od ostatných živočíchov. Vzťah živočicha k prírode je daný tým, že sa živočích prispôsobuje prírode /anatomicky/. Ľudská spoločnosť naopak prispôsobuje prírodu svojim potrebám. Tento vzťah nie je daný anatomickými zmenami, ale výrobnými nástrojmi;
- b/ výroba zaujíma medzi ľuďmi a všetkou ich činnosťou prvé miesto a ako činnosť má rozhodujúce postavenie voči všetkým ostatným činnostiam;
- c/ človek aby zdokonalil svoju existenciu, stále zdokonaľuje výrobné nástroje. Akonáhle je nový nástroj všeobecne používaný, je spoločnosť pozdvihnutá na úroveň tohoto nástroja. To si potom vynucuje nové úpravy v spoločenských vzťahoch, vrátane duchovného spoločenského života;
- d/ charakteristické rysy jednotlivých etáp spoločenského vývoja sú určené práve charakterom a odlišnosťami jednotlivých výrobných pomerov. Každá etapa vývoja ľudskej spoločnosti má svoj ekonomický základ;
- e/ jedine na základe ekonomiky je možné vysvetliť takú skutočnosť, že ľudia sú rozdelení na určité skupiny, ktoré sa líšia záujmami, majetkom, názormi a pod. V tom je skrytý problém diferenciácie spoločnosti na triedy, vrstvy, skupiny a pod.

Dochádzame teda k záveru, že zákonitosť spoločenského diania je daná prvotnosťou a vývojovými zákonitosťami materiálneho života spoločnosti. Rozhodujúci význam tu má spôsob výroby, len ten určuje diferenciáciu spoločnosti, ideí, zriadení, cieľov, ktoré si jednotlivé skupiny pred seba kladú a určuje aj možnosti realizovania týchto cieľov, výsledky ľudského konania v tomto smere a pod.

Došli sme aj k ďalšiemu záveru, že :

1. Spoločenské bytie, zahrňuje v sebe všetky javy, existujúce a vyvíjajúce sa nezávisle na vedomí ľudí, zatiaľ čo
2. spoločenské vedomie je odraz spoločenských vzťahov v myslení ľudí v danej dobe.

K. Gecík, Bratislava

1. Geografické prostredie existuje pred vznikom výroby a teda aj ľudskej spoločnosti, avšak výroba ako základná činnosť ľudí existenciu tohoto prostredia predpokladá ako nevyhnutnú podmienku života spoločnosti. Vliv geografického prostredia na spoločnosť je v priebehu dejín menlivý. Z hľadiska jeho vlivu na vývoj spoločnosti rozoznávame dve zložky :

- a/ geografické prostredie ako bezprostredný zdroj obživy,
- b/ geografické prostredie ako zdroj surovín.

V prvých obdobiach vývoja spoločnosti prevláda prvá zložka a na ďalších stupňoch sa ťažisko prenáša na druhú zložku. Geografické prostredie sa javí ako relatívne stabilné, ďalej v podobnom geografickom prostredí existujú rôzne spoločenské poriadky, alebo naopak, v odlišných podmienkach geografického prostredia existujú rovnaké spoločenské poriadky. Z týchto niekoľkých hľadísk nám nutne vyhoďí záver, že geografické prostredie nemôže určovať, ale len ovplyvňovať spoločenský život, pričom stupeň tohoto ovplyvnenia závisí od stupňa spoločenského vývoja. Vzťah geografického prostredia z hľadiska vývojového sa prejavuje v tendencii znižovania jeho vlivu na vývoj spoločnosti dochádza tu k relatívnej autonómii spoločnosti voči prírodnému /geografickému/ prostrediu/.

2. Spoločensko-biologické prostredie je nevyhnutnou podmienkou života spoločnosti, a môže mať vliv na spoločenský život /napr. výroba bez určitého počtu ľudí nie je možná/ no nenôže určovať spoločenský život z hľadiska jeho vývoja.

Marxisticko-leninská teória vývoja ľudskej spoločnosti overená na praktických skúsenostiach vyvracia malthuziánsku teóriu, podľa ktorej bytnou silou vývoja ľudskej spoločnosti je neustále vznikajúci nesúlad medzi rastom obyvateľstva a prostriedkami potrebnými k existencii ľudí. Táto teória tvrdí, že počet obyvateľstva sa so zvyšujúcim geometrickým radom, zatiaľ čo existenčné prostriedky obyvateľstva sa zvyšujú iba aritmetickým radom. Stačí ak si uvedomíme okrem iného, že napríklad za podobnej hustoty obyvateľstva zisťujeme rôzne stupne spoločenského vývoja a naopak za rôznej hustoty obyvateľstva zisťujeme ten istý stupeň spoločenského vývoja.



Liečebná telesná výchova pri fyzickej  
aktivite tbc chorého v ústave

E. Kukanová

/Z Krajskej tuberkulózne liečebne Nitra-Zobor, riaditeľ :  
MUDr. R. Krutý/

Liečebná telesná výchova je súčasť liečebného procesu smerujúceho k vyliečeniu alebo zlepšeniu poruchy, alebo choroby. Rozumieme ňou telesné pohyby, pobyt v určitom prostredí, spojený s určitou činnosťou.

Liečebná telesná výchova je založená na fyziologickom zákone, ktorý hovorí, že funkcia vytvára orgán /doc. Kráko-  
ra/. Orgán sa prispôbuje nárokom, keď je veľmi namáhaný, zväčšuje svoju skladbu a veľkosť, v opačnom prípade stráca svoju funkčnú schopnosť a podlieha zmenám úpadkovým.

Pohyb pôsobí na organizmus tak, že nastáva prispôsobenie. V priebehu cvičenia sa jasne prejavujú známky hospodárnej činnosti organizmu. Počet úderov tepu sa znižuje, váha sa stáva optimálnou. Telesné cvičenia napomáhajú zlepšiť krvný obeh, zosilňuje sa tiež premena látok a energií. Tiež v dýchacom aparáte nastanu priaznivé zmeny, hĺbka dychu sa zväčší, frekvencia dýchania sa spomalí, vitálna kapacita pľúc sa zvýši.

Liečebný telocvik má podstatný vplyv i na emočný stav chorého, čo sa nakoniec prejaví na jeho psychične. Vplyva teda na celý organizmus človeka ako zvýšené telesné zaťaženie, ktoré opakujúc sa rytmicky behom niekoľkých dní a týždňov nadobúda ráz cvičenia. Pod vplyvom sústavného cvičenia dosiahne sa hospodárnosť pohybov, vypestovávajú sa návyky konať všetko uvedomene.

každé počínanie si premyslieť, hľadať možnosti ľahšieho ekonomickejšieho využitia. Činnosť jednotlivých orgánov je spočiatku akoby nezohraná i mechanika dýchania je neekonomická. Postupne nastáva zladenie. Pri opakovaných cvičeniach organizmus vykazuje lepšiu účelnejšiu súhru v činnosti jednotlivých ústrojov, zlepšuje sa najmä súhra svalov a nervov a nastáva určitý automatizmus v ich činnosti.

Bez dobre pripraveného organizmu vedie každá námaha k dychovej nedostatočnosti. Oslabený organizmus sa rýchlo unaví, preto musí byť zásadou postupne navykať organizmus na normálne požiadavky bežného života. Najprv sa snažíme vrátiť pacientovi schopnosti stratené alebo oslabené chorobou a len potom ho zatažiť v primeranom zamestnaní. A tu je účinným prostriedkom liečebná telesná výchova, presne dózovaná a postupne zvyšovaná, ktorej význam je teda aj v tom, že sa v organizme vytvárajú predpoklady pre vyššiu výkonnosť v práci.

Metodika liečebnej telesnej výchovy :

Každá svalová činnosť reflexne vzbudzuje funkciu dýchania, preto akékoľvek cvičenie sa stáva nevyhnutne dýchacím /Dobrovoľskij Liečebnaja fizkuľtura 1961/.

Pri liečebnej telesnej výchove treba mať na zreteli tieto všeobecné metodické pokyny :

1. Telesná námaha sa musí rovnomerne rozdeliť na celý organizmus s postupným zapojením rôznych svalových skupín.
2. Rozsah a intenzitu telesnej námahy treba zväčšovať postupne.
3. Prísne zachovávať primerané dávkovanie telesnej námahy.
4. Dbieť, aby cvičenie bolo pre chorých emociálne a zaujímavé.
5. Gymnastické cvičenia majú byť voľné, bez výrazného silenia a prepínania /Moškov/.

niu nožnej klenby, preto volíme obuv s vložkou alebo doporučujeme cvičiť bez obuvi.

K vôle spresneniu cvičenia používame rôzne náčinie a náradie, ktoré zvyšuje účinnosť väčšiny cvičení. Z náradia používame ribstoly a švédske lavičky. Ostatné náradie nepoužívame u tých chorých, lebo vo zvisoch dochádza k nadmernému zaťaženiu horného pletenca a tým i hrudníka. Z náčinia používame medicínbaly, krátke a dlhé tyče, krúžky, obruče, kuželky, loptičky a rôzne druhy lopt.

Zvýšenú pozornosť venujeme starostlivosti o čistotu tela, pretože sa pri cvičení často zapotí. Najvhodnejšie je celkové osprchovanie teplou vodou, pretože sa ľahšie odstráni nečistota a tiež teplá sprcha hneď po skončení cvičenia pomáha odstraňovať únavu.

Spôsob vykonávania :

Na pravidelných rehabilitačných poradách sú pacienti zaraďovaní do skupín. Zaraďovanie vykonáva rehabilitačný lekár za spolupráce ošetrojúceho lekára, rehabilitačných pracovníkov a zdravotných sestier. Preberie sa anamnéza zdravotná, sociálna a telocvičná.

Pri zaraďovaní do skupín je dôležité riadiť sa presne povahou a zvláštnosťami tuberkulózneho procesu a celkovým stavom chorého.

V liečebnej telesnej výchove za najvhodnejšiu je uznávaná gymnastika, lebo umožňuje presné dózovanie a postupné veľmi pomalé zaťažovanie. Každý cvik má v podstate nápravný účel, podporuje správne držanie tela, čo je tiež jedna zo základných úloh liečebnej telesnej výchovy.

Cvičenci - chorí sú zaraďovaní do troch skupín, a to :

### Skupina III :

Liečebný telocvik v tejto skupine je najjednoduchší a najprístupnejší, cviky sú elementárneho rázu a cvičia len jednotlivé zhyby. Rytmus a tempo cvičenia je najprv pomalé, potom sa mení a prispôsobuje sa schopnostiam cvičencov. Základná poloha môže byť v stoji, v seде, v kľaku, a v ľahu. Cviky postupne sťažujeme pridaním náčinia a cvičením vo dvojiciach. Chorí tejto skupiny sú zaujatí menej rušnými hrami v trvaní 5 - 10 minút. Celkové cvičenie trvá 15 - 20 minút.

### Skupina IV :

Telocvik tejto skupiny v porovnaní s komplexom predošlej skupiny vyznačuje sa rýchlejším tempom, energickejšími a zložitejšími cvikmi. V hlavných rysoch sa zachováva ten istý postup. Prešávky medzi jednotlivými cvikmi sú kratšie, pridávajú sa cviky proti odporu, krátke behy a hody loptičkou. Cvičenie trvá 10 minút, hry sú rušnejšie a môžu trvať 10 - 15 minút.

Sem preraďujeme chorých z predošlej skupiny po úspešnom cvičení v priebehu 2 - 4 týždňov, ak u nich nastali priaznivé zmeny, ktoré sú charakteristické pre zlepšenie celkového stavu a stabilizáciu pľúcneho procesu.

### Skupina V :

Intenzita telesných cvičení sa ďalej zvyšuje, tempo je rýchlejšie. Vykonávajú sa cviky, pri ktorých sa spájajú pohyby trupu s končatinami v plnom rozsahu, zložitejšie cviky s tyčami, činkami, kužeľkami, plnými volejbalovými loptami, cviky na ripstole a švédskej lavičke. Hry sú rušnejšie a majú športový charakter.

Trvanie cvičenia i hier je 30 - 35 minút.

Aby bolo cvičenie pre pacientov stále zaujímavé, vycvetľujeme im účel každého cviku a vedieme ich k samostatnému sledovaniu pôsobenia jednotlivých cvikov.

Účinok vplyvu liečebnej telesnej výchovy sleduje sa podľa reakcie tepu, ktorý si chorí merajú pred cvičením, po cvičení a po päťminútovom oddychu, ďalej podľa vonkajšieho výzoru a podľa celkového cítenia sa chorých. Pri výskyte ťažšieho dýchania a kašľa sa intenzita cvičenia znižuje a vkladá sa oddych.

Okrem bezprostredného sledovania zdravotného stavu chorých pred, počas a krátko po cvičení kontroluje sa zdravotný stav obvyklými klinickými vyšetreniami /sledovanie teploty, váhovej krivky, sedimentácie červených krviniek, rtg obrázu a ďalšie/.

Prehľad literatúry :

615. 851. 5 : 613. 71 : 616 - 00

Principles of rehabilitation of injured athletes and sportsmen.  
/zásady rehabilitácie zranených atlétov a športovcov/  
Practitioner, 189, 335 - 338, 1962.

Snahou praktických i odborných lekárov má byť, aby športovec mohol čím najskôr začať opäť s tréningom, pretože prerušenie aj niekoľkých dní znižuje tréňovanosť a výkonnosť.

Ak nie je zranenie vážnejšie, má sa liečenie riadiť nasledujúcimi zásadami :

1. Zranení športovci mali by byť oddelení od "bežných" pacientov, pretože tempo liečenia a proces rehabilitácie je u nich rýchlejší.
2. Musí sa zachovať stupeň celkovej výkonnosti. Aj keď musí byť poranená oblasť v klude, nie je ťažké vymyslieť nejaké ľahšie i ťažké cvičenia, ktoré by udržiavali celkovú výkonnosť na želanom stupni.
3. Funkčná údržava môže predchádzať anatomickej. Napr. pri natrhnutí svalov plné anatomické zhojenie sa počíta do 3 týždňov, vhodnou symptomatickou liečbou môže nastať funkčná úprava do 2 týždňov.
4. Rehabilitácia nie je dovŕšená, dokiaľ nie je možný normálny tréning a závodenie. To vyžaduje, aby každý lekár, ktorý lieči poraneného športovca šiel na ihrisko, alebo závodnú dráhu.
5. Dôležité je znovunadobudnutie dôvery športovca v seba samého a v športovú schopnosť. Pred prepustením z liečenia doporučuje sa previesť test výkonnosti.
6. Vhodné je zamestnávať poraneného športovca nejakou prácou. Rehabilitácia sa má začínať na začiatku pod dohľadom lekára /pacient nevie oceniť rozsah pohybu/, ku koncu rehabilitačného procesu môže dohliadať tréner.
7. Rehabilitácia znamená tímovú prácu. Do procesu rehabilitácie by mal byť zainteresovaný nielen lekár, rehabilitačný pracovník, ale aj tréner, coach, ktorí poznajú často /myslia sa vysokokvalifikovaní tréneri/ svojho športovca lepšie po stránke fyziologickej a psychologickú ako lekár.

A. Kocinger, Bratislava

616. 147. 39 - 005 - 007

Bevegård S., Lodin A.:

Postural circulatory changes at rest and during exercise in five patients with congenital absence of valves in the deep veins of the legs.

/Plokové cirkulačné zmeny v kľude a počas cvičenia u piatich pacientov s vrodeným chýbaním chlopní na hlbokých žilách dolných končatín.. /

Acta med. scand: 172 21-29, 1962.

Zmena polohy tela z ležiacej do vzpriamenej polohy spôsobuje za normálnych okolností presun krvi z hrudníka do nižších častí tela. To má za následok zníženie minútového vólumu /MV/ a jednotázového vólumu /SV/ pravdepodobne ako následok zníženého "filling pressure" - plniaceho tlaku.

Prechod do cvičenia v sediacej polohe spôsobuje vzostup MV a SV - blízko k hodnotám ako v ležiacej polohe, pri čom je redistribúcia krvi spôsobená: kontrakciou svalstva dolných končatín a zvýšením sympatického tonusu. Pacient s náievkovitým hrudníkom má abnormálne zvýšenie SV počas cvičenia v sediacej polohe. Pri cvičení vo vzpriamenej polohe možno očakávať, že sa zníži množstvo krvi v dolných končatinách, pretože je vytlačená kontrakciou svalstva dolných končatín. Toto je však možné, len ak sú intaktné venózne chlopne.

O tom, akú úlohu hrajú venózne chlopne pre SV, pokúsili sa zistiť u 5 pac. /4 ženy a 1 muž/ s kongenitálnym chýbaním venózných chlopní na dolných končatinách. Vyšetrenie prevádzali pomocou katetrizácie pravého srdca v ležiacej a sediacej polohe v kľude a po námahe.

Výsledky: pulzová frekvencia počas ťažkej námahy bola u všetkých vyššia v sede ako v leže.

Spotreba kyslíka v kľude v ležiacej polohe bola o 14 - 38% vyššia, ako očakávaná bazálna hodnota.

Spotreba  $O_2$  počas práce bola približne rovnaká v sede ako v leže.

Sýtenie tepennej krvi  $O_2$  bolo normálne v kľude i počas cvičenia.

Nasýtenie amiešanej žilnej krvi kyslíkom bolo v kľude i počas práce vo všetkých prípadoch nižšie v sediacej polohe.

616.24 - 007.63 : 615. 851.8

The importance of rehabilitation in the treatment of chronic pulmonary emphysema.

Význam rehabilitace v léčbě chronického plicního emphysemu.

Haas. A. Luczak A.:

Arch. phys. Med. 42, 733 - 739, 1961 /11/.

Při plicním emphysemu nacházíme kyfosu horní hrudní paterě, fixovanou elevaci ramen. Potřebná výměna plynů je zajišťována za cenu značně zvýšené námahy dýchacích svalů/i pomocných/. Pacient habituálně zaujímá kyfotický postoj, který v klidu usnadňuje dýchání, který při námaze však zvyšuje nepříznivě nároky na respiraci. Břišní svaly bývají ochablé, astrofické, slabé. Bránice snížena, exkurze menší než obvykle. Použité pomocné dýchací svaly vedou k inspiračnímu postavení hrudníku. I při běžné aktivitě dochází snadno ke kyslíkovému dluhu. Zdůrazňuje se význam posturální drenáže. Předchází ji inhalace O<sub>2</sub> a bronchodilatačních prostředků. Polohová drenáž trvá asi 20 min., sklon asi 45 °C, v průběhu se nekolikrát mění poloha, aby se usnadnil odtok sekretu ze všech bronchů. Po drenáži dechová cvičení, zdůrazňující brániční dýchání. Dobré výsledky dokumentovány řadou funkčních zkoušek.

P. Štěpánek, Mar. Lázně



Tepeno-žilný rozdiel nasýtenia kyslíkom bol v sediacej polohe väčší ako v leže.

MV bolo vo všetkých prípadoch nižšie v sede ako v leže.

SV sa pri zmene polohy z ležiacej polohy do sedu znížilo o 17 - 34% /niečo menej ako normálnych jedincov/.

Na začiatku práce nastal v sediacej polohe len malý vzostup SV. Vcelku boli hodnoty MV a SV v sede menšie ako v leže o 22 - 42%.

Vnútrosrdcový a vnútrotepenný tlak bol u všetkých normálnym.

Záver: 3 pacienti s kompletným chýbaním venózných chlopní na dolných končatinách vykazovali počas cvičenia výrazné zrýchlenie pulzovej frekvencie v sediacej polohe oproti sediacej polohe. Tieto zmeny sa nepozorovali u pacientov, ktorí mali vyvinuté aspoň malé chlopne.

Nízke jednorázové volum počas cvičenia vo vzpriamenej polohe vysvetľujú zhoršením redistribúcie krve z dolných končatin do centrálnej cirkulácie pri znížení výkonnosti venózneho pumpy.

A. Kocinger, Bratislava.

611.97/.98 : 613.735

Influence of unilateral endurance training on contralateral limb.

Vliv jednostranného vytrvalostního tréninku na kontralaterální končetinu.

Hodgkins J.:

J. appl. Physiol. 16, 991 - 993, 1961 /6/  
-----

V průběhu tréninku se zvýšila na trénované straně vytrvalost o 95%, což bylo statisticky významné. Rozdíl mezi trénovanou a netrénovanou končetinou na začátku pokusu nebyl statisticky významný. V průběhu tréninku se na netrénované končetině zvýšila vytrvalost o 25%. Zvýšení vytrvalosti na netrénované končetině bylo rovněž statisticky významné. Rozdíl mezi konečnou vytrvalostí cvičené a necvičené končetiny byl na konci pokusu statisticky významný /na začátku nevýznamný/.

P. Štěpánek, Mar. lázně.



Panin N., Lindenauer H.J., Weiss A.A. a Ebel A. :

Electromyographic evaluation of the "Cross Exercise" effect.  
/Elektromyografické zhodnocení "zkríženého" vlivu cvičení./  
Arch. phys. Med. 42, 47 - 52, 1961./

-----  
Scipture /1894/ a Davis /1898/ položili svými pracemi základy k představě, že jednostranné kontrakce svalové mají vliv na kvalitu párových, druhostranných svalů.

/cross exercise/. V referované práci sledována emg aktivita pravého a levého bicepsu, pravého a levého tricepsu, obou kvadricepsu jakož i oboustranná aktivita kolenních flexorů. Při tom byl jednou cvičen pravý čtyřhlavý sval a po druhé pravý biceps a to a/ bez oporu, b/ proti oporu, c/ istometrickými kontrakcemi. Ukázalo se, že

- a/ elektromyografická /emg/ aktivita nebyla nikdy omezena na cvičený sval, nýbž byla prokazatelná na všech sledovaných svalech, jak strany cvičné tak i opačné, na horní i na dolní končetině,
- b/ kontralaterární svaly nevykazovaly větší aktivitu,
- c/ nejvýraznější byla aktivita u svalů s funkcí stabilizační,
- d/ v žádném ze sledovaných, necvičících svalů nedosáhla aktivita /emg/ 20 % aktivity cvičeného svalu. Přijmeme-li poučku, že ke zvyšování svalové síly nedochází, není-li kontrakce svalu provedena v síle rovnající se aspoň 35% maxima, musíme předpokládat, že aktivita prokázaná v necvičených svalech, nemá vliv na zvýšení jejich síly.

P. Štěpánek, Mar. Lázně

Hoffmann S.A.

The influence of exercise on the growth of transplanted rat tumors.

Vplyv cvičenia na rast transplantovaných tumorov krýs.

Cancer Res. 22, 597-599, 1962.

Váha Walkerovho tumoru bola u krýs nútených k veľkej fyzickej námahe signifikantne menšia, než u kontrol. chovaných v individuálnych malých klietkach, dovoľujúcich minimálny pohyb. U viacerých namáhaných krýs tumor úplne regredoval. Extrakt z krysích svalov stimulovaných elektricky do "únavy", injikovaný subkutánne inhiboval rast Walkerovho tumoru a Murphyho lymfosarkómu. Extrakt z neunaveného svalu bol neúčinný.

E. Hlavayová, Bratislava

Linscheidt, K.:

Rehabilitation im Kurort bei Asthma - und Emphysemkranken.

/Rehabilitace astmatiků a emfysematiků v lázních./

Z. angew. Baderu. Klimaheille. 8, 585 - 592, 1961 .

Zdůrazněn význam terenních kur. Nejlépe, vede-li skupinu sám lékař. Stoupaní terenu 10%-ní zvyšuje zátěž 3x, stoupaní 20%-ní dokonce 6x. Zátěž se musí stupňovat přiměřeně, jinak pacienta odradí. Systematická zátěž vede ke zlepšení ekonomiky dýchání a krevního oběhu. Zhoršená výměna plynů v bazálních partiích plic vede k hypoxii a únavnosti. Zdůrazněn význam nácviku správného dýchání, nevýhodnost dýchání při zvednutých ramenech a zdůrazněné hrudní kyfoze. Ze sportů doporučeno plavání. Podtržen význam otužování. Redukce váhy a boj proti zácpě podle potřeby.

Varovat nemocné před : "záchvatovitými výstřelky ve cvičení", kterými se nadělá mnoho škody. Jde-li o léčení v lázních, jsou čtyři týdny minimem. Zimní měsíce jsou vhodné pro možnost otužování.

M. Štěpánková, Mar. Lázně.

616 - 073. 97 : 612. 74

Sugata, T.:

Elektromyografická studie paravertebrálních svalů.

/Japonský text, ref. podle Excerpta Med. - Physiology, Biochemistry and Pharmacology, 1961/12/

Ochranomizu Med.J. 1960, 7/9 /2354/.

Když se trup předklání, vykazuje emg vyšetření značnou aktivitu zádového svalstva. Když předklon dosáhne maxima, stávají se zádové svaly neaktivními. Při úkonech do stran jsou aktivní paravertebrální svaly na opačné straně/úkon doprava, aktivita vlevo/. Výjimku tvoří opět poslední část pohybu.

P. Štěpánek, Mar. Lázně.

Zprávy zo sveta :

V dňoch 17. až 22. júna 1963 sa koná v Kodani v Dánsku 4. medzinárodný kongres svetového sväzu liečebnej gymnastiky.

V dňoch 23. - 29. júna 1963 sa koná v Kodani v Dánsku 9. svetový kongres medzinárodnej spoločnosti pre rehabilitáciu.

V dňoch 22. - 29. júna 1963 sa koná vo Washingtone v Spojených štátoch medzinárodný kongres o vyučovaní hluchonemých.

V dňoch 15. - 19. júla 1963 sa koná vo Washingtone v Spojených štátoch 2. medzinárodná konferencia o vrodených vadách končatín.

Z p r á v y z Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave

---

1. V dobe od 13.5. do 25.5.1963 koná sa v Bratislave kurz fyzikálnej terapie pre rehabilitačných pracovníkov a zdravotné sestry, ktoré pracujú vo fyzikálnej terapii. Zaujímavci o tento kurz predkladajú prihlášky prostredníctvom riaditeľstva OÚNZ Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP Bratislava, Radlinského č. 9. Ak bude dotatok prihlášok aj na ďalší kurz, je možné, že Ústav usporiada ešte v júni ďalší kurz fyzikálnej terapie. Akékoľvek informácie o kurze na požiadanie podá s. Viera Bednárová, subkatedra rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP Bratislava, Bezručova 5.
2. V dňoch 17. a 18.5.1963 poriada Slovenská odbočka fyziatrickej sekcie spoločne s Československou fyziatrickou sekciou Čs. lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňu pracovné dni v Luhačoviciach pre stredných zdravotníckych pracovníkov. Doporučujeme účasť na tomto podujatí.
3. Koncom mája 1963 poriada subkatedra rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave spoločne s oddelením pre rehabilitáciu, fyziatriu, terapiu a balneológiu MN s 2. poliklinikou celomestský seminár, na ktorom sa môžu zúčastniť RP i mimo Bratislavy. Na seminári sa bude preberať problematika rehabilitácie v neuropsychiatrii. Presný termín bude oznámený pozvánkou. Bližšie informácie podá na požiadanie s. Viera Bednárová, subkatedra rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave, Bezručova 5.
4. Jarné atestácie z rehabilitácie interných a chirurgických smerov konajú sa koncom mája 1963 v Bratislave - na školiacej báze - Bezručova č. 5.

Zaujímavcov o našu účelovú publikáciu Rehabilitácia upozorňujeme, že túto publikáciu môžu obdržať na dožiadanie, pokiaľ náklad nebude rozobraný, na subkatedre rehabilitácie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie SZP v Bratislave, Bezručova č. 5.

O b s a h

Mariányi J.: Na cestu

Krutý R. : Liečebná telesná výchova a liečebná práca u tbc chorých . . . . . 1

Gecík K.: Materialistické chápanie vývoja spoločnosti . . . . . 8

Kukanová E.: Liečebná telesná výchova pri fyzickej aktivite tbc chorého v ústave . . . . . 11

Prehľad literatúry : . . . . . 17

Zprávy zo sveta . . . . . 25

Zprávy z Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave . . . . . 26

Upozornenie.

Prosíme vážených čitateľov, aby prepáčili chybu v stránkovaní, ktorá nastala nedopatrením pri rozmnožovaní str. 24 a 25.