

# LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA, FYZIKÁLNA TERAPIA A KÚPEĽNÁ LIEČBA – INDIKÁCIE PRAKTICKÉHO LEKÁRA

František Štefanec

Centrum liečebnej rehabilitácie, s.r.o., Nemšová

Metódy odboru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (FBLR) ak sú včas, správne a individuálne indikované, sú pre pacientov bezpečné, bez nežiaducich účinkov (NÚ), efektívne a nebolestivé. Sú riešením zvlášť u pacientov, u ktorých je kontraindikovaná medikamentózna liečba kvôli alergii na lieky alebo NÚ z liekov, poškodeniu vnútorných orgánov a u pacientov, keď je potrebné pôsobiť iba lokálne. Hlavný cieľ metód FBLR je obnova porušenej funkcie, úprava rovnováhy v svalovom systéme a zvládnutie bolesti. Analgetický efekt fyzikálnej terapie (FT) možno dosiahnuť viacerými spôsobmi.

**Kľúčové slová:** fyzikálna terapia, liečebná rehabilitácia, kúpeľné liečebné metódy, úprava funkcie, svalová dysbalancia, analgetický efekt.

**Kľúčové slová MeSH:** techniky fyzikálnej terapie; rehabilitácia; kúpele; balneológia; obnovenie funkcie; analgésia.

## MEDICAL REHABILITATION, PHYSICAL THERAPY AND SPA TREATMENT – INDICATIONS FOR GENERAL PRACTITIONER

Methods of Physiatry, Balneology and Medical Rehabilitation ( FBLR ) – if they are promptly, correctly and individually indicated – are for patients safe, without side effects effective and without pain. They are solution for patients where is kontraindicated medicamentous therapy because of allergy or side effects from medicaments, damages of internal organs and for patients where we need to act only locally. The main target of methods of FBLR is to restore disturbed function , to redress the balance in muscle system and relief of pain. Analgetic effect of Physical Therapy (FT) can be obtained by more ways.

**Key words:** physical therapy, medical rehabilitation, spa treatment methods, restored function, muscle dysbalance, analgetic effect.

**Key words MeSH:** physical therapy techniques; rehabilitation; baths; balneology; recovery of function; analgesia.

Via pract., 2006, roč. 3 (1): 33 – 36

### Úvod

Liečebné využitie fyzikálnych podnetov bolo známe a používané historicky už v staroveku. Už v starovekej Číne boli známe niektoré metódy hydroterapie, starovekí Egypťania používali masáže, manipulácie, poznali účinky elektrických výbojov raje pri periférnych parézach. Indické *Védy* už v 18. storočí p.Kr. využívali liečebné polohovanie, vypracovali systém asán a telesných cvičení synchronizovaných s dýchaním, z ktorých mnohé po určitej korekcii možno využívať aj v súčasnosti. V starovekom Grécku hlavne otec medicíny Hippokrates v 4. storočí p.Kr. využíval fyzikálne podnety k liečbe aj prevencii.

Imperium Romanum bolo známe tým, že takmer každé novozaložené mesto malo okrem iného aj kúpele (*thermae calidae*), ktoré ako archeologické pamiatky obdivujeme dodnes. Hlavne však obdivujeme myšlienku, že už vtedy mysleli na potrebnú regeneráciu („dobitie batérií“) organizmu, na ktorú v dnešnej civilizovanej uponáhľanej dobe nemáme čas a odkladáme ju vždy až na neskôr... až niekedy „neskôr“ nie je – alebo konštatujeme rôzne exhaustívne stavy, syndrómy vyhorenia, atď.

Životný štýl sa ukazuje ako dominantný faktor vzniku civilizačných chorôb. Sú známe štyri determinanty zdravia:

1. zdravotnícka starostlivosť – ovplyvňuje zdravie 15 – 20 (max. 30) %,

2. biologické faktory – genetika ovplyvnia zdravie v 15 – 30 (max. 40) %,
3. životné prostredie má vplyv na zdravie v 20 – 30 %,
4. ale individuálny životný štýl určuje zdravie až do 50 (60) %!

Prakticky vyjadrené to značí aj zodpovednosť každého za individuálne zdravie, čo bolo v zdravotnej výchove obyvateľstva v minulom období málo zdôrazňované.

Dominujúce prvky súčasného životného štýlu sú:

- *sedavý štýl života*: už od detstva a školských rokov málo pohybovej aktivity a chôdze – vozenie sa dopravnými prostriedkami aj na krátke vzdialenosti, presedanie z auta k počítaču, od počítača späť do auta, potom sedenie pri televízii, atď.;
- *nadvýživa a obezita* – a ich dôsledky nielen na kĺbovo-svalový aparát, ale aj na cieвне zmeny. Prekvapivým momentom aj mementom sú štúdie potvrdzujúce aterosklerotické pláty už u mladých osôb, dokonca u dospievajúcich teenagerov;
- *stres* – na rôznych úrovniach (v rodine, v práci, atď). Pribudli nové prvky stresu: strata zamestnania, výrazná záťaž v práci – monitoring tempa práce u zahraničného kapitálu, finančná tieseň – zdrazenie životných nákladov, tzv. pyramidové hry, krach nebankových subjektov (týkal sa vyše

160 000 osôb a ich rodín na Slovensku), hracie automaty, vzostup kriminality a drogy.

### Najdôležitejšie diagnózy – spolupráca všeobecných lekárov a lekára FBLR

V rámci jednej práce nemožno obsiahnuť celú problematiku odboru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia (FBLR), uvádzame preto len niektoré vybrané a najdôležitejšie diagnózy, u ktorých je nutná spolupráca všeobecného lekára pre dospelých a všeobecného lekára pre deti a dorast s lekárom FBLR.

**U praktických lekárov pre deti a dorast** sú to predovšetkým:

- deti a adolescenti s chybným držaním tela (CHDT),
- deformity hrudníka,
- skoliózy rôznej etiológie (najčastejšie idiopatické),
- pokles pozdĺžnej alebo priečnej klenby nohy,
- detská mozgová obrna.

Konštatujeme, že vplyvom zlepšenej depistáže – preventívnych prehliadok – už takmer nevidíme výrazné skoliózy s kostným gibbusom, ktoré by unikli sledovaniu a dispenzáru. Je však značný počet CHDT u školskej mládeže a ľahkých skolióz (obvykle do 10 – 15 st. uhla podľa Cobb). Príčina pravdepodobne súvisí so sedavým štýlom života a nedostat-

kom pohybu čo do kvantity a kvality a ukazujú sa aj podporné vplyvy výživy, najmä nadbytok glycidov v strave a v nápojoch už od detstva.

Treba pamätať, že CHDT a skoliózu možno liečebnou telesnou výchovou (LTV) ovplyvniť a zásadne upraviť len do ukončenia kostného rastu. Ak by sa vyskytla nepoznaná skolióza až po ukončení kostného rastu, bolo by to zanedbanie zo strany detského lekára. Tiež treba myslieť na to, že je častá kombinácia CHDT alebo ľahkej skoliózy s poklesom pozdĺžnej alebo priečnej klenby nohy. Okrem obvyklého testu predklonu podľa Adamsa a posúdenia asymetrie ramien, scapulae alatae, taille, treba zhodnotiť aj eventuálnu asymetriu panvy alebo dĺžky dolných končatín premeraním v spinomaleolárnej a umbilikomaleolárnej vzdialenosti. Vždy treba posúdiť aj klenby nohy.

**U praktických lekárov pre dospelých** je viacero diagnostických skupín vyžadujúcich spoluprácu lekára FBLR. Sú to hlavne:

- všetky stavy po úrazoch a operáciách na pohybovom ústrojenstve – hneď po nutnej imobilizácii,
- vertebrogénne algické syndrómy (VAS) každej lokalizácie (cervikálne, torakálne a lumbosakrálne), bez radikulárnej alebo s radikulárnou iritáciou,
- periférne parézy nervov – hlavne n. facialis, n. radialis, n. ulnaris, n. medianus, n. peroneus,
- Epikondylitídy (najčastejšie radiálne epikondylu humeru),
- artrózy každej lokalizácie, hlavne koxartrózy, gonartrózy, artrózy kĺbov nohy, omartrózy, artrózy lakťa a kĺbov ruky, ale aj temporomandibulárneho kĺbu,
- úžinové syndrómy rôznej lokalizácie, hlavne karpálneho tunela,
- Periartritídy, všetky úponové bolesti, choroby mäkkých tkanív, hlavne m. Dupuytren.
- vertebroardiálny syndróm, syndróm hrudnej steny,
- reumatologické diagnózy po odznení akútneho artritického štádia,
- stavy po infarkte myokardu v II. fáze rehabilitácie,
- stavy po cievnych mozgových príhodách (CMP) s reziduálnou hemiparézou.

#### Poznámky z praxe

Stáva sa, že traumatológ alebo chirurg, resp. ortopéd po snáti sadrovej imobilizácie predpokladá, že pacienta k FBLR liečbe odošle jeho všeobecný lekár. Pacient o tom nie je povinný vedieť a zostáva doma, pritom deficit funkcie kĺbov a atrofia svalstva z nečinnosti postupuje. Právne vedomie občanov sa však bude zvyšovať...

VAS: Prevažná väčšina herniácií intervertebrálnych diskov sa upraví konzervatívnou liečbou, vždy je však prítomná dysbalancia v svalovom systé-

me. Skrátene paravertebrálne svaly torakolumbálnej lokalizácie, skrátene m. quadratus lumborum, oslabené brušné a gluteálne svaly ponechávajú terén pre recidívy VAS.

**Stavy po CMP:** Často sme svedkom situácie, že až príbuzní postihnutého pacienta žiadajú pre neho základnú vec – napr. predpis francúzskej barle alebo podpornej palice, oporné madlo do WC, atď. Toto by ale mala byť iniciatíva všeobecného lekára, ktorý by mal poznať trochu aj sociálno-rodinné zázemie pacienta. Najviac sa dá pre pacienta po CMP urobiť prvé tri mesiace po ikte, resp. do polroka po príhode. Keď sa k odbornému lekárovi FBLR dostane hemiplegický alebo hemiparetický pacient až po roku od cievnnej príhody, s ťažkými kontraktúrami a príbuzní žiadajú len predpis invalidného vozíka, ide o zanedbanie zo strany praktického lekára. Pacienti po CMP už nie sú len ľudia vo vysokom veku, ale aj relatívne mladí, u ktorých sa dá pre zlepšenie kvality života mnoho urobiť.

U **artróz dolných končatín** treba najmä pri obezite dopĺňať adiuvatiká chôdze – podporné palice alebo francúzske barle. Ak je len 1 podporná palica alebo francúzska barla – nosia sa na nepostihnutej strane (napr. gonartróza vpravo, francúzska barla v ľavej hornej končatine). Výška držadla podpornej palice alebo francúzskej barle má byť taká, aby pri stojaní boli obe ramená v horizontálnej rovine. Inak by sa ozvali ťažkosti s ramenom alebo chrbticou kvôli vynútenej skolióze.

**Z ochorení pohybovej sústavy** – nezápalové ochorenia chrbtice najviac súvisia s nezdravým štýlom života. Práceschopnosť pre VAS je vysoká, celoštátne sú to vysoké finančné náklady. Hospodárnejšia by bola prevencia! Napríklad 7 – 10 dňové ambulantné rehabilitačné pobyty exponovaných pracovníkov so zaučením správnych pohybových stereotypov a vypracovaním ochranného svalového korzetu.

**Ponúka sa otázka – prečo je tak veľa pacientov s VAS (po štyridsiatke takmer každý z nás pocítil aspoň raz bolesti v krčnej, hrudnej, alebo lumbosakrálnej chrbtici)?** V obsiahlej literatúre boli pertraktované rôzne etiologické a patogenetické hľadiská. Veľmi stručne ich spomenieme, lebo niektoré zotrvačnosťou, resp. nesledovaním vývoja poznatkov pretrvávajú dodnes.

Najprv sa predpokladal zápalový pôvod bolesti (pre koncovku – itis chýbajú však objektívne aj laboratórne známky typického zápalu). Potom tento predpoklad vystriedal reumatizmus mäkkých častí ako nevyhranený pojem, ktorý bol taktiež opustený. Neskôr sa hovorilo o degeneratívnom pôvode ťažkostí, za ťažkosti bol zodpovedný len rtg nález na chrbtici. Najmä tieto názory v prísne štrukturálnych tézach majú veľkú zotrvačnosť. Sú však pacienti, ktorí majú dokázanú osteochondrózu a spondy-

lartrózu chrbtice a nemajú bolesti, a naopak pacienti bez rtg nálezu s bolesťami často výraznými, s lumbagom, paravertebrálnymi kontraktúrami, atď. Preto sa začalo hovoriť o sublúxácii v intervertebrálnych skĺbeniach – chýbal však rtg korelát. Aj tieto degeneratívne štrukturálne teórie boli opustené. Napokon prišlo obdobie, keď bol za všetko zodpovedný discus intervertebralis pod označením *diskopatie* – najmä s príchodom nových zobrazovacích techník a úspechom operácií medzistavcových platničiek.

Prax je však v rozpore s tým, že všetko spôsobujú medzistavcové platničky. Nielenže prevažná väčšina verifikovaných hernií intervertebrálnych diskov sa vyrieši neoperačnou liečbou, ale časť pacientov má bolesti aj po úspešnej operácii hernie diskov a dokonca sa našli náhodné hernie diskov u pacientov bez ťažkostí. Začala sa konečne zdôrazňovať porucha funkcie v jednotlivých segmentoch chrbtice a vyšetrovať svalový systém.

Všeobecne sa akceptuje funkčná patológia pohybového systému s úpravou svalovej dysbalancie v systéme svalstva chrbtice. (Veľkú zásluhu na tom majú hlavne prof. Lewit a prof. Janda, ich práce v muskuloskeletálnej oblasti sú známe a akceptovane aj na pracoviskách v USA, o čom som sa osobne presvedčil v októbri 2005). Správne zameranie pozornosti pri probléme toľko rozšírených vertebrogénnych ťažkostí vytyčil už v r. 1945 – 1950 Kraus, keď dokazoval, že bolesti v krížoch sú spôsobené nedostatočnou svalovou silou a zmenou elasticity svalového tkaniva. Svalové oslabenie vtedy označil ako *dekondícia*, pod *rekondíciou* rozumel vypracovanie svalového korzetu ako ochranu kĺbu pred dekompenzáciou a poškodením.

Funkcia rovnováhy v svalovom systéme sa ukázala dôležitá potom, keď po opakovanom testovaní svalov metódami svalového testu sa zistili typické zákonitosti medzi svalmi. Jedny svalové skupiny majú sklon k skrakovaniu, tuhosti, hypertonusu až ku kontraktúram (*posturálne, tonické svaly*), iné svaly naopak majú tendenciu k oslabeniu, ochabnutiu, k tlmu (*fázické svaly*). Pri dlhšej nečinnosti, nevhodnej polohe a spoluúčinkovaní stresových faktorov dochádza ku vzniku proximálneho alebo distálneho skríženého svalového syndrómu (resp. k syndrómom krčnej hyperlordózy alebo lumbálnej hyperlordózy) a pripravuje sa terén na poruchu funkcie – k bolestivej funkčnej kĺbovej blokáde. Preto úloha LTV po úprave kĺbovej blokády je nenahraditeľná.

LTV aj pri VAS má preto logické postupné dva ciele:

1. skrátene svaly vytrhnuť na ich pôvodnú dĺžku,
2. oslabené svaly posilniť.

Opačne to nejde. Všetky správne liečebno-cvičebné systémy v podstate sledujú tieto dva ciele. Lieky to za nikoho neurobia. Otázka dosiahnutia

Tabuľka 1. Dva svalové systémy.

Svaly s tendenciou k stuhnutosťi, s prevažne posturálnou funkciou – tonické svaly:	Svaly s tendenciou k ochabnutosti, s dynamickou funkciou – fázické svaly:
Paravertebrálne chrbtové svaly (m. longissimus thoracis, m. iliocostalis, mm. rotatores), m. quadratus lumborum, m. pectoralis major, proximálna časť m. trapezius, m. levator scapulae, flexory bedrového kĺbu (m. rectus femoris, m. iliopsoas, m. tensor fasciae latae), flexory kolena – ischiokrurálne ss. (m. biceps femoris, m. semitendinosus, m. semimembranosus), adduktory stehna (m. adductor magnus, brevis et longus, m. pectineus), m. triceps surae, flexory na horných končatinách.	mm. glutei (m. gluteus maximus, medius et minimus), mm. recti abdominis, distálna časť m. trapezius, m. serratus anterior, mm. rhomboidei, m. supraspinati et infraspinati, m. deltoideus, predné hlboké šijové svaly, m. vastus medialis et lateralis, m. tibialis anterior, mm. peronei, m. extensor digitorum pedis, na horných končatinách extenzory.

rovnováhy je principiálna vlastne vo všetkých systémoch ľudského organizmu (napr. dosiahnuť normu v biochemických ukazovateľoch, dosiahnuť normotenziiu, atď.), keď odchýlky smerom hyper- aj hypotrebou upraviť. Žiaľ pre odchýlky v svalovom systéme neexistuje zatiaľ prístroj na odmeranie svalovej dysbalancie. Možno to určiť len vyšetrením podľa svalového testu a testami na skrátené a oslabené svaly, pričom je nezastupiteľná dôkladná palpácia.

Jednoducho mnohoročnou skúsenosťou vycvičená ruka lekára ani v našej pretechnizovanej dobe nestratí miesto. Našťastie. Inak by bola medicína len remeslom obmedzená na prístrojovú techniku. Od Hippokratových čias však je známy citát o medicínskom „dlhom“ umení s málo času k tomu: *Ars longa, vita brevis...*

### Rozdelenie fyziatrie podľa liečebne použitých podnetov

- Kinezioterapia** – využíva na liečbu pohybovú energiu.
- Elektroterapia** – nízkofrekvenčné, strednofrekvenčné, vysokofrekvenčné liečebné prúdy.
- Termoterapia** – negatívna (teplo tkanivu odobráme – kryoterapia), pozitívna teploliečba (teplo tkanivu dodávame – parafínové a iné zábaly).
- Hydroterapia** – využíva tlak vody, hydrostatický vztlak, Archimédov zákon, uplatňuje sa aj tepelná energia vody.
- Fototerapia** – elektromagnetické žiarenie nepolarizované – v spektre ultrafialovom + infračervenom. Osobitná je **laseroterapia** – laserový lúč je monochromatický, polarizovaný, koherentný, nondivergentný, vďaka čomu má vysokú penetračnú energiu. Má analgetický a antiinfamatorný účinok. Vo FBLR sa používajú najčastejšie lasery s výkonom 10 – 50 mW. (Hard lasery s vysokými výkonmi majú vysoké termické účinky – využívané v chirurgii.)
- Klimatoterapia** – prírodné aj umelé fyzikálne podnety.
- Balneoterapia** – prírodné liečebné a minerálne vody, liečebné plyny, peloidy.

*Kinezioterapia* sa delí na liečebnú telesnú výchovu (LTV), liečbu prácou – ergoterapiu

a liečebnú masáž. LTV podľa spôsobu vykonania je takáto:

- pasívne cvičenia: pasívne pohyby, analgetické, preventívne alebo regresívne polohovanie, extenzie a trakcie, mobilizácie a manipulácie;
- **aktívne cvičenia:**
  - a) svalová aktivácia:
    - izotonická (začiatok a úpon svalu sa približuje, sval sa skrakuje),
    - izometrická (sval sa neskrakuje, v kĺbe nevzniká pohyb, mení sa iba tonus svalu),
    - excentrická (odstup a úpon svalu sa odďaľuje, sval sa vyťahuje),
  - b) aktívne asistované cvičenia (s výpomocou), odľahčenie hmotnosti fyzioterapeutom, v závesnom zariadení, alebo vo vodnom prostredí (na stupni 2 svalového testu),
  - c) aktívne rezistované cvičenia (s využitím odporu – pri svalovej sile 4 a 5 stupňov svalového testu).

#### Poznámky z praxe

Masáže sú všeobecne obľúbené, ale dysbalanciu medzi tonickými a fázickými svalmi neupravujú. Ani lieky to za nikoho neurobia – iba kvalitne vykonaná LTV podľa odbornej rady.

Je nutné, aby pacienti podľa zaučenej inštruktáže cvičili aj doma. Mnohí pacienti s VAS skúsenosťou prišli na to, že ak vynechali na určité obdobie LTV zostavu pre chrbticu, bolesti chrbtice sa vrátili (sme už takí – málokomu sa chce cvičiť aj vtedy, keď už neboli).

Čo sa týka masérov – len rôzne niekoľkomesačné rekvalifikačné kurzy nestačia k ich erudícii. Kvalitne vykonaná masáž nie je o sile. Zle vykonaná môže aj uškodiť. Preto prebiehajú kroky k tomu, aby masér bol absolvent zdravotnej školy s maturitou.

**Manipulačná liečba chrbtice má vyhranené indikácie a kontraindikácie.** Nepatrí do rúk lekára, ktorý v tomto odbore nemá adekvátnu erudíciu (a už vôbec nie maséra). Pacient po neodborne vykonanej manipulačnej liečbe získava zlú skúsenosť, ktorá potom kazí meno tejto účinnej metódy. Ale účinná je iba vtedy, ak je vykonaná lege artis medici. Často už pri vstupnom muskuloskeletálnom vyšetrení poznáme (skôr ako to pacient sám povie), že bol v minulosti

neodborne manipulovaný, lebo nedostatočne relaxuje pri vyšetrení. Stále platí latinské proročenie: Si duo faciunt idem, non est idem (Ak dvaja robia to isté, nie je to to isté). Alebo ešte lepšie poučenie od Ezopa: Lepší je neučený ako nedoučený.

### Účinky fyzikálnej terapie

- Analgetický** – najčastejšie využívaný, ale každý druh fyzioterapie má odlišný mechanizmus pôsobenia.
- Myorelaxačný** – na hypertonické svaly, hyperalgetické Haedove zóny, kontraktúry.
- Reflexný** – sprostredkovaný nervovým, prípadne endokrinným systémom.
- Trofotropný** – zlepšuje výživu tkanív, daný hyperémiou, ktorú spôsobujú takmer všetky druhy FT (okrem včasnej kryoterapie), ale mechanizmus vzniku hyperémie je rôzny.
- Antiedematózný a resorbčný**, zlepšuje resorpciu exudátov z tkanív.

Fyzikálna terapia aj na začiatku 21. storočia má značný význam aj pro futuro, lebo:

- je riešením pre pacientov s alergiou na lieky alebo s vedľajšími účinkami liekov, a tiež u pacientov s hepatopatiou, nefropatiou, gastropatiou, enteropatiou a pod.,
- nové umelo pripravené fyzikálne podnety (napr. laser) rozšírili indikačné spektrum FT,
- ak je FT včas, správne a individuálne indikovaná, je pre pacienta bezpečná, bez vedľajších nežiaducich účinkov, efektívna a nebolestivá.

### Dýchacie cvičenia

Osobitné postavenie v LTV majú v súčasnosti dýchacie cvičenia. V normálnom stave u človeka v pokoji aj pri činnosti prevažuje abdominálne diafragmatické dýchanie. Bránica vykonáva až 60 – 70 % inspiračnej práce (funkciou pripomína piest vo valci – hrudnom koši). Kostálne dýchanie sa zúčastňuje menej a klavikulárne dýchanie so zapojením pomocných dýchacích svalov sa vyskytuje len pri extrémnych podmienkach – pri veľkom fyzickom výkone, astmatickom záchvate, atď. Vplyvom chronického stresu konštatujeme znižovanie podielu bránice na dýchaní a obrátenie pomerov s rastúcim zapájaním pomocných dýchacích svalov do dýchacieho stereotypu. Tie však nie sú na to prednostne vybavené, preťažujú sa, dostávajú sa do hypertonusu a tuhnú. Po určitom období, ak sa zabudlo na ich relaxáciu a na správne aktivovanie bránice, sa fixuje patologický stereotyp dýchania, ktorý možno konštatovať aj aspexiou: stuhnuté mm. trapezii (ich horná časť), ich úpony na protuberancia occipitalis externa sú palpačne bolestivé a pacienti často udávajú occipitálnu bolesť hlavy (neurologické závery sú obvykle tenzná cefalea). Po odbornej inštruktáži

Tabuľka 2. Rozdelenie dýchacích svalov.

Inspiračné svaly (i. s.)	Expiračné svaly (e. s.)
<b>Hlavné i. s.</b> m. diaphragma, mm. intercostales externi, mm. levatores costarum (transversocostales), breves et longi	<b>Hlavné e. s.</b> mm. intercostales interni, m. transversus thoracis (sternocostalis)
<b>Pomocné i. s.</b> mm. scaleni, mm. sternocleidomastoidei, m. serratus posterior superior, m. subclavius, m. trapezius, m. levator scapulae, m. serratus anterior, m. pectoralis major et minor, m. latissimus dorsi, m. subclavius	<b>Pomocné e. s.</b> mm. abdominales, m. serratus posterior inferior, m. quadratus lumborum, m. iliocostalis et m. longissimus thoracis

benefit diafragmatického dýchania možno konštatovať už v ordinácii aspexiou – zmena farby pokožky zvlášť pleti z bledosti na ružovú (bez vazodilatancia) aj palpačne – zmenší sa hypertonus pomocných dýchacích svalov – zvlášť hornej časti muscui trapezii, m. levatores scapulae, m. sternocleidomastoidei.

## Kúpeľná liečba

Problematiku kúpeľnej liečby (KL) komplexne obsahuje *Indikačný zoznam pre kúpeľnú starostlivosť* (všeobecná časť a tabuľková časť), ktorý tvorí samostatnú Prílohu č. 6 k zákonu č. 577/2004 (Zákon z 21. októbra 2004 *O rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti*) uverejnený v Zbierke zákonov č. 577/2004, čiastka 244, s účinnosťou od 1. januára 2005. Oproti dovtedy platnému a zrušenému zákonu č. 98/1995 o Liečebnom poriadku a jeho následných noviel nastali niektoré podstatné zmeny.

Od 1. januára 2005 bola úhrada z verejného zdravotného poistenia rozdelená na indikácie A, B, C.

A – indikácie, pri ktorých je zdravotná starostlivosť plne hradená z verejného zdravotného poistenia a služby sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia.

B – indikácie, pri ktorých je zdravotná starostlivosť plne hradená z verejného zdravotného poistenia, ale služby nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia.

C – indikácie, pri ktorých môže byť zdravotná starostlivosť čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia a služby taktiež nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia.

Návrh na kúpeľnú starostlivosť sa zdôvodňuje doložením prepúšťajúcej správy z nemocnice alebo odborným nálezom. Okrem toho musí obsahovať niektoré ďalšie povinné vyšetrenia (vrátane dátumu ich vykonania) podľa jednotlivého ústrojenstva – ako sú uvedené vo všeobecnej časti indikačného zoznamu pre kúpeľnú starostlivosť (v prílohe č. 6). Odborné a laboratórne vyšetrenia nesmú byť staršie

ako 6 mesiacov, ak zdravotný stav pacienta nevyžaduje urobiť nové vyšetrenia. Zostávajú povinnosti vykonať EKG u osôb nad 50 r. ako aj u osôb nad 70 r., vždy v prípadoch, keď kúpeľné procedúry predstavujú záťaž pre kardiovaskulárny systém, treba kompletne interné vyšetrenie. Má sa posúdiť aj schopnosť chôdze a sebaobsluhy pacienta. Účel týchto vyšetrení smeruje k tomu, aby mohla byť naordinovaná kúpeľná liečba už v prvý deň pobytu a nemuselo sa čakať na doplnujúce vyšetrenia.

Pribudla nová všeobecná kontraindikácia kúpeľnej starostlivosti (v súčasnosti je 17 všeobecných kontraindikácií KL), ktorou je fajčenie pri vyznačených diagnózach a tiež povinnosť navrhujúceho lekára túto skutočnosť v návrhu vždy potvrdiť. (Hoci medzi všeobecnými kontraindikáciami KL závislosť od alkoholu a od návykových látok bola aj predtým, povinnosť ich potvrdenia do návrhu na KL zatiaľ daná nebola.) Navyše pre celé indikačné skupiny II. Choroby obehového ústrojenstva, III. Choroby tráviaceho ústrojenstva aj V. Netuberkulózne choroby dýchacích ciest, je okrem iných navyše vyznačená kontraindikácia pre celú skupinu fajčenie.

Od 1. januára 2005 pre praktického lekára vypadli indikácie k vyhotoveniu návrhu na KL. Napravil to zákon č. 347/2005 z 30. júna 2005, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení zákona č. 720/2004 Z. z. s účinnosťou od 1. septembra 2005 nasledovne:

1. Lekár, ktorý poskytuje všeobecnú ambulatnú starostlivosť na základe nálezu lekára, ktorý poskytuje špecializovanú ambulatnú starostlivosť, môže vypisovať návrhy na kúpeľnú starostlivosť v kategórii „B“:
  - v indikačnej skupine II: indikácia II/1, II/3, II/5;
  - v indikačnej skupine III: indikácia III/4, III/7, III/14;
  - v indikačnej skupine V: indikácia V/1;
  - v indikačnej skupine VII: indikácia VII/1, VII/2, VII/4, VII/5, VII/6, VII/7, VII/9;
  - v indikačnej skupine VIII: indikácia VIII/6.

2. V kategórii „C“ – lekár, ktorý poskytuje všeobecnú ambulatnú starostlivosť na základe nálezu lekára, ktorý poskytuje špecializovanú ambulatnú starostlivosť, môže vypisovať návrhy na kúpeľnú starostlivosť okrem:
  - indikačnej skupiny IV: indikácia IV/3;
  - indikačnej skupiny VI: indikácia VI/3;
  - indikačnej skupiny IX: indikácia IX/3;
  - indikačnej skupiny X: indikácia X/5, X/6;
  - indikačnej skupiny XI: indikácia XI/5, XI/6 a
  - celej indikačnej skupiny XII.

Všeobecný lekár pre deti a dorast na základe nálezu lekára, ktorý poskytuje špecializovanú ambulatnú starostlivosť, môže vypisovať návrhy na kúpeľnú starostlivosť okrem indikačnej skupiny XXI a indikačnej skupiny XXX.

Tak ako v minulom období pre praktického lekára však zostáva povinnosť potvrdiť aktuálny zdravotný stav pacienta pred nástupom kúpeľnej liečby (potvrdenie nie staršie ako 14 dní) z aspektu vylúčenia novej kontraindikácie kúpeľnej starostlivosti.

Problematiku uznávania prírodných liečivých a minerálnych vôd, využívanie a ochranu prírodných liečivých a minerálnych zdrojov, uznávanie klimatických podmienok vhodných na liečbu a ich ochranu, podmienky na povolenie prevádzkovať prírodné liečebné kúpele, podmienky na uznávanie kúpeľných miest, ochranu kúpeľného územia a požiadavky na kúpeľné prostredie, povinnosti a práva fyzických a právnických osôb a pôsobnosť orgánov štátnej správy a obcí upravuje zákon č. 538/2005 z 27. októbra 2005 o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a zmene a doplnení niektorých zákonov. Účinný je od 1. januára 2006, okrem niektorých ustanovení platných od 1. januára 2007. Tento zákon už preberá právne akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie.

Zároveň tento zákon č. 538/2005 v čl. IV. mení a dopĺňa niektoré ustanovenia zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve, a v § 9 článku IV. pojednáva o systéme kvality v zdravotníckom zariadení. Tento zákon však nie je už predmetom tejto práce.

### MUDr. František Štefanec

Centrum liečebnej rehabilitácie, s.r.o., Mierové nám. 34, 914 41 Nemšová  
e-mail: stefanec@psg.sk

### Literatúra u autora