

## AN UNCOMMON CASE OF GASTROSCHISIS COMBINED WITH DYSGANGLIONOSIS

Trnka J, Pevalova L, Hornova J, Siman J

### NEOBVYKLÝ PRÍPAD GASTROSCHÍZY KOMBINOVA- NEJ S DYSGANGLIONÓZOU

**Authors describe a child with gastroschisis, which was associated with dysganglionosis. Therapy required an uncommon surgical treatment in connection with a long term parenteral and enteral nutrition.**

**Key words:** gastroschisis, dysganglionosis.

Autori opisujú prípad dieťaťa s gastroschízou spojenou s dysganglionózou. Liečba zahŕňa špeciálnu chirurgickú liečbu spojenú s dlhotrvajúcou parenterálnou a enterálnou výživou.

Kľúčové slová: gastroschíza, dysganglionóza.

#### Úvod

Problematika liečby pacientov s gastroschízou je už podrobne prepracovaná. S pribúdajúcimi prípadmi sa zvyšuje pravdepodobnosť výskytu atypického priebehu vymykajúceho sa z rámca štandardne prepracovaných postupov.

#### Kazuistika

2-ročné dieťa z prvej a rizikovej gravidity. Prenatálne sa zistila VVCH brušnej steny — gastroschíza. Dieťa sa narodilo v 37. týždni tehotnosti sekciou. Pôrodná hmotnosť dieťaťa bola 2300 g. Plodová voda bola zelená, kašovitá. Dieťa sa rodilo ťažko asfyktické, bolo resuscitované a vo veku 20 minút života sme dieťa prijali na Jednotku intenzívnej starostlivosti Kliniky detskej chirurgie. Pokračovali sme v resuscitácii a stabilizácii dieťaťa so súčasnou prípravou na urgentnú operáciu. Zistili sme defekt vpravo od umbilika v rozsahu 2—2,5 cm, cez ktorý prolaboval konvolút črevných kľučiek hemoragicky infarzovaných a časť žalúdka. Súčasne sme zistili parciálny volvulus čreva. Makroskopický nález bol ako pri parciálnej trombóze dolnej dutej žily, čo sa potvrdilo.

#### Liečebný postup

Po bezprostrednej predoperačnej príprave z vitálnej indikácie sme vykonali prvú fázu viacdobého uzáveru brušnej steny podľa Schustera. Na črevné kľučky sme naložili silastik — dakronový vak. Po 48 hodinách sme zistili sangvinolentný výpotok vo vaku a rozhodli sme sa pre operačnú revíziu. Peroperačne sa zistila gangrenózne zmenená časť jejúna, ktorú sme resekovali v dĺžke asi 8 cm s následnou anastomózou koncom ku koncu. Súčasne sme zistili početné ložiskové zmeny steny na ileu so zmenenou vitalitou. Pre pretrvávajúci ileózny stav sme sa po 10 dňoch rozhodli pre revíziu dutiny brušnej. Našli sme 3 skryté fistuly na ileu ako pozostatok ischemických zmien. Resekovali sme postihnutú časť ilea v rozsahu asi 9 cm. Napriek následnej adheziolyze sa neobnovila funkčnosť dolnej časti GIT a po 24 dňoch sme lokálny nález riešili vyvedením 2 samostatných ileostómii. Počas celého obdobia bolo dieťa zabezpečované TPV so

súčasnými preplachmi ileostómii a dolného úseku GIT. Po uzavretí stómii sa neobnovila pasáž tráviacim traktom, preto sme opäť vyšli 2 samostatné ileostómie. Odobrali sme viaceré vzorky črevnej steny na histologické vyšetrenie, ktoré zistilo znížený počet gangliových buniek v celom hrubom čreve. Dieťa sme nechali 4 mesiace s ileostómiou aj napriek výrazným stratám a nevyhnutnosti korekcie vnútorného prostredia kontinuálne. Postupne dieťa priberalo a vo veku 6,5 mesiaca a s hmotnosťou 3900 g sme sa rozhodli pre ďalší operačný výkon. Urobili sme ileo-ileo-anastomózu s ponechaním oboch stómii. Po 3 týždňoch neúspešnej liečby sme sa rozhodli pre atypický postup. Ileostómie sme prepojili zvonka silastik-dakronovým katétrom s manžetou v proximálnej časti ileostómie. Koniec katétra sme zasunuli cez distálnu stómiu až nad oblasť céka. Prepokladali sme, že riedky črevný obsah bude vtekať do funkčne nezrelého čreva a bude strhávať so sebou aj črevný obsah anastomózy stranou ku strane. Po 7 mesiacoch života sa u dieťaťa objavila klasická stolica per vias naturales. V súčasnosti je dieťa trvale na totálnej parenterálnej a enterálnej výžive. Zistili sme kompletne vyčerpaný periférny i hlboký venózný cievny systém v dôsledku trombózy. V spolupráci s Kardiocentrom sme sa rozhodli pre zavedenie Broviac katétra sternotómiou cez uško pravej predsiene.

Poslednú operáciu — uzavretie ileostómie sme robili vo veku 7,5 mesiaca. Ukončenie operačných postupov neznamenal vyličenie dieťaťa. V spolupráci s metabolickou jednotkou I. DK dieťa postupne prechádza cez enterálnu výživu Pepti Juniorom na kompletnú perorálnu výživu. Dieťa netolerovalo Pregestimil, ani materské mlieko. Opakovali sa subileózne stavy. Dieťa prekonalo viaceré katéetrové sepsy. Pokus o prepustenie do domáceho ošetrovania nebol úspešný. Dieťa sa vrátilo po 2 dňoch so salmonelózou. Nasledovali ďalšie 2 mesiace hospitalizácie. Do domáceho prostredia sme dieťa prepustili po 1 roku a 3 týždňoch veku dieťaťa. Dieťa je v trvalom sledovaní detského gastroenterológa na metabolickej jednotke I. DK a detského chirurga.

#### Záver

1. Na Klinike detskej chirurgie sme sa prvýkrát stretli s gastroschízou v kombinácii s dysganglionózou čreva navyše komplikovanou parciálnou trombózou dolnej dutej žily.
2. Gastrointestinálny trakt dieťaťa reagoval tak, ako sa stretávame pri syndróme krátkeho čreva.
3. Stav dieťaťa i chirurgické nálezy si vyžiadali početné operácie, ktoré sme robili postupne s dlhšími časovými odstupmi. Obdobia medzi jednotlivými operáciami boli komplikované opakovanými septickými stavmi a dysbalanciou vo vnútornom prostredí pri enormných stratách stómiami.
4. U dieťaťa bola nevyhnutná dlhodobá totálna parenterálna a enterálna výživa. Parenterálna výživa trvala 360 dní.
5. Pri rozhodovaní sa o totálnej parenterálnej výžive a dĺžke jej trvania treba riešiť i najoptimálnejší dlhodobý cievny prístup (napr. použitie tunelizovaných katétrov).
6. Starostlivosť o takéto dieťa si vyžaduje multidisciplinárny prístup odborníkov rôznych medicínskych disciplín. Svojím roz-

sahom ochorenia a liečebných postupov je nad rámec ktoré-hokolvek izolovaného pracoviska.

7. Prognóza dieťaťa je neistá aj napriek tomu, že v súčasnosti prospieva.\*

### Literatúra

1. Swift RI, Singh MP, Ziderman DA, Silverman M, Elder MA, Elder MG: A new regime in the management of gastroschisis. *J Pediatr Surg* 1992; 27 (1): 61–63.
2. Ford EG, Senac Jr MO, Srikanth MS, Weitzman JJ: Malrotation of intestine in children. *Ann Surg* 1992; 215 (2): 172–178.
3. Hoffman P, Franz A, Sigge W, Schockenhoff B: Omphalocele and gastroschisis: problems in intensive medical treatment. *Zbl Chir* 1986; 11 (8): 448–456.
4. Blane CE, Wesley JR, DiPietro MA, White SJ, Coran AG: Gastrointestinal complications of gastroschisis. *Amer J Roentgen* 1985; 144 (3): 589–591.
5. Sacher P, Stauffer UG: *Europ J Pediatr Surg* 1991; 1 (4): 233–236.
6. Boulet DJ, Revillon Y, Jan D, De Potter S, Maurage C, Lortat-Jacob S, Martelli H, Nihoul-Fekete C, Ricour C: *J Pediatr* 1991; 119 (1): 18–23.

Received March 15, 1999.

Klinika detskej chirurgie LFUK, Detská fakultná nemocnica, Bratislava, I. detská klinika LFUK, Detská fakultná nemocnica, Bratislava  
**Correspondence to:** MUDr. J. Trnka (e-mail: bll@fmed.uniba.sk)

\*Práca bola prednesená na Spolku slovenských lekárov dňa 8.2.1999.

## PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION

Olejník J

### PARENTERÁLNA A ENTERÁLNA VÝŽIVA

**Serious gastrointestinal surgeries are commonly connected with impossibility of natural alimentation. Surgical patient in the introduction of treatment is on various degree of malnutrition. Malnutrition affects about 40 % of hospitalized patients. Because of poor symptomatology it remains in background of doctors concern whereby unfavourably influencing postoperative course. Complete nutrition support requires every surgical patient with a surgery excluding oral intake of food over 5–7 days.**

**Key words: parenteral nutrition, enteral nutrition, natural alimentation, gastrointestinal surgeries.**

Závažné operácie gastrointestinálneho (GI) traktu sa zvyčajne spájajú s nemožnosťou prirodzenej alimentácie pacienta. Chirurgický pacient v úvode liečby sa nachádza v rôznom stupni malnutricie. Malnutricia postihuje asi 40 % hospitalizovaných pacientov. Pre málo symptómov niekedy uniká pozornosti lekára, pričom nepriaznivo vplyva na pooperačný priebeh. Kompletnú nutričnú podporu si vyžaduje každý chirurgický pacient s operáciou vyraďujúcou perorálny príjem potravy nad 5–7 dní.

Kľúčové slová: výživa parenterálna, výživa enterálna, výživa prirodzená, operácie GIT.

Závažné operácie gastrointestinálneho (GI) traktu sa zvyčajne spájajú s nemožnosťou prirodzenej alimentácie pacienta, pričom chirurgický pacient v úvode liečby sa nachádza v rôznom stupni

malnutricie. Malnutricia postihuje asi 40 % hospitalizovaných pacientov, často pre málo symptómov zostáva v pozadí pozornosti lekára, pričom nepriaznivo vplyva na pooperačný priebeh. Kompletnú nutričnú podporu si vyžaduje každý chirurgický pacient s operáciou vyraďujúcou perorálny príjem potravy nad 5–7 dní, pričom spôsob a rozsah nutričnej podpory podmieňujú tri základné faktory: primárny nutričný stav pacienta, rozsah a závažnosť operácie, doba predpokladaného návratu k perorálnemu príjmu potravy (2). Súčasný poznatky v úplnej nutričnej podpore pacienta nám umožňujú racionálne používať totálnu parenterálnu výživu spôsobom all in one, alebo enterálnu výživu. Z klinického hľadiska sú obe metódy rovnocenné a komplementárne, ich kombinácia však znižuje riziko komplikácií a potencuje výhody každej z oboch metód. K rizikám parenterálnej výživy patrí vznik hypermetabolického stavu, atrofia sliznice GIT, zníženie hladiny GI hormónov, nepriaznivé zmeny v črevnej mikroflóre, zvýšený prestup endotoxínu črevnou bariérou, vznik „katérovej sepsy“. K výhodám enterálnej výživy (EV) patrí menej náročný a fyziologický spôsob aplikácie výživy, mukoprotektívny účinok, preventívny účinok na vznik stresových ulcerácií, zvýšenie sekrécie IgA, podpora črevnej bariéry, modulácia parakrinnej a neuroendokrinnnej regulácie metabolických reakcií pri strese a seapse, nižšia ekonomická náročnosť (3). Nutrienty EV z hľadiska nárokov na trávenie a resorpciu sa rozdeľujú na prípravky vysokomolekulárne (polymérne) a nízkomolekulárne (oligomérne a elementárne) (1).

### Súbor pacientov a metódy

Prospektívne sa vyhodnotil súbor pacientov s krátkodobým perioperačným podávaním totálnej parenterálnej výživy (TPV) samostatne spôsobom all in one (AIO) v perioperačnom období a súbor pacientov v kombinácii s enterálnou výživou (EV) pri závažných operačných výkonoch v hornej časti GIT v laboratórnych a klinických ukazovateľoch.

V rokoch 1996–1998 sme sledovali súbor 96 pacientov v perioperačnom období 10 dní so samostatnou nutričiou TPV. V súbore pacientov jednotky intenzívnej starostlivosti (JIS) chirurgickej kliniky bolo 67 mužov a 29 žien vo veku 24–78 rokov (priemer 55,4 roka). V rovnakom období sme sledovali aj súbor pacientov s pooperačným podávaním EV nazojejúnálnou sondou alebo punkčnou jejúnostómiou pri súčasnom podávaní parenterálnej výživy (PV) spôsobom AIO v perioperačnom období. V súbore pacientov JIS chirurgickej kliniky bolo 20 mužov a 4 ženy vo veku 36–66 rokov (priemer 51,4 roka). Pacienti počas podávania TPV aj EV sa klinicky a laboratórne monitorovali rutinne podľa zásad sledovania JIS.

Podľa klinického stavu pacientov sme používali 5 režimov all in one pre centrálnu venóznú aplikáciu. Počas operácie u 9 pacientov pod kontrolou sa zaviedla nazojejúnálna sonda do intaktnej odvodnej kľučky jejúna a u 15 pacientov sa aj v intaktnej a dostupnej kľučke jejúna vykonala originálnym setom punkčná jejúnostómia. S aplikovaním enterálnej výživy pomocou enterálnej pumpy sa začalo 24 hodín po operácii dávkou 10 ml/h, pri tolerancii so vzostupom dávky v nasledujúcom období postupne na 40–50 ml/h. V 16 prípadoch sa podávala polymolekulárna EV, v 8 prípadoch oligomérna EV, výber okrem rozhodnutia operátora v niektorých prípadoch podmieňovala aj dostupnosť firemného nutrientu. Podiel EV pri nutričnej náhrade sme prihliadali na zní-

ženie podielu parenterálnej výživy. Režimy zabezpečovali denný príjem dusíka 12—24 g, energetický príjem 6300—11300 kJ, objem tekutín od reštrikčnej hodnoty 1750 ml po 3000 ml, pomer glukóza/lipidy od 77/23 po 50/50. Tukové emulzie obsahovali 10—20 % triacylglycerolov so stredným reťazcom mastných kyselín (MCT) v pomere 1:1 s triacylglycerolmi s dlhým reťazcom mastných kyselín (LCT). Všetky režimy umožňovali doplnenie tekutín, elektrolytov, vitamínov a stopových prvkov podľa aktuálnych potrieb pacientov. Odhad energetického výdaja pacientov sme realizovali známou Harrisovou—Benedictovou rovnicou s primeraným zvýšením podľa faktora telesnej aktivity, telesnej teploty a faktora postihnúť (stresový faktor) v denných intervaloch.

### Výsledky a závery

Optimálny spôsob perioperačnej výživy pacienta podľa našich poznatkov je vzájomná komplementácia parenterálnej a enterálnej výživy. Totálnu parenterálnu výživu samostatne možno akceptovať hlavne v kratšom časovom intervale a pri rizikových operáciách vyžadujúcich sekundárnu chirurgickú intervenciu. Nepopierateľnými faktami v prospech enterálnej výživy ostáva fyziologická aplikácia nutričnej podpory pacienta, prevencia hypermetabolického stavu a mukoprotektívny účinok umožňujúci bezproblémový prechod na perorálnu výživu. V pooperačnej nutričnej podpore pri chirurgii GIT akceptovaným spôsobom je aplikácia EV do jejúna cielenou nazojejúnálnou sondou alebo punkčnou jejunostómiou. V prevencii komplikácií EV je vhodná aplikácia nízkomolekulárnych enterálnych prípravkov. Vyvážená kombinácia PV a EV znižuje riziko komplikácií pri výhodách oboch metód. Nezanedbateľným momentom v rozhodovacom procese o pooperačnej EV je aj zodpovedná úvaha chirurga o bezpečnosti závažného operačného výkonu bez zvýšeného rizika nutnej reoperácie.\*

### Literatúra

1. Grosmanova T, Kral V, Bachleda P, Vyslouzil K, Vojacek P: Indikace enterálnej výživy v chirurgii. *Rozhl Chir* 1998; 77 (1): 27—33.
2. Naber AHJ: Total parenteral nutrition — practical recommendations and new developments. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26 (Suppl 188): 118—123.
3. Olejnik J: Parenterálna výživa all in one a enterálna výživa — skúsenosti a riziká v chirurgickej klinickej praxi. *Rozhl Chir* 1998; 77 (12): 555—558.

Chirurgická klinika Fakultnej NsP akad. L. Déreza, Bratislava  
**Correspondence to:** MUDr. J. Olejnik, CSc. (e-mail: bl@fmed.uniba.sk)

\*Práca bola prednesená na Spolku slovenských lekárov dňa 1.3.1999.

### PSYCHOPATHOLOGIC SYMPTOM AND PSYCHOLINGUISTICS

Zucha I, Caplova T

### PSYCHOPATOLOGICKÝ SYMPTÓM Z HLADISKA PSYCHOLINGVISTIKY

**The authors stress the importance of differentiated, detailed psychopathologic theory with use of differentiated psychopat-**

**hological dictionary. With practical use it can not compete with simple scales, inclusion and exclusion criteria, with operational techniques. It has only limited use in research, which must respect scientific principles. But it can bring the scientists nearer to understanding of “what” is psychosis and “what” is neurosis, and so on: so it favours “what” to “how”.**  
**Key words: psychopathologic theory, differentiated psychopathological dictionary.**

Autori upozorňujú na význam diferencovanej, detailizujúcej psychopatologickej teórie s použitím diferencovaného psychopatologického slovníka. Pri praktickom použití nemôže súťažiť s jednoduchými škálami, zaradovacími a vyradovacími kritériami, s operacionálnymi technikami. Málo sa uplatní vo výskume, ktorý musí rešpektovať vedecké postupy. Ale priblíži odborníkov k pochopeniu toho, „čo“ je psychóza, „čo“ je neuróza, a tak ďalej: teda favorizuje „čo“ pred „ako“.  
 Kľúčové slová: psychopatologická teória, diferencovaný psychopatologický slovník.

Autori vychádzajú z veľmi všeobecnej schémy. Je svet poznaného, predmet poznania. V psychopatológii ním je psychopatologická realita: teda akýsi segment reality.

Poznávanie je proces, ktorého produktom je poznatok. Transformácia reality na poznatok je predmetom štúdia teórie poznania. Otázka je: akým spôsobom korešponduje poznatok s realitou. Inými slovami, ako sa opýtal Pilát: Čo je pravda?

Dnes sa bazíruje na praktických výstupoch poznania. Poznanky majú predovšetkým úlohu užitočne slúžiť praxi. Vzťah „užitočnosti“ a „pravdivosti“ poznatku je menlivý. Často sa povrchno predpokladá: ak je poznatok upotrebitelný, iste je pravdivý.

V psychopatológii sa poznávanie často redukuje na výrobu upotrebitelných návodov, napríklad hodnotiacich alebo sebahodnotiacich škál. Napríklad: pri štúdiu účinnosti antidepresíva sa skúma, ako liek mení skóre sebahodnotovacej škály. Ak sa skóre veľmi zmení, povie sa, že liek má antidepresívny účinok. Užívateľ škály ani nemusí vedieť, ako škála vystihuje to, čo meria, teda „depresiu“ ako segment psychopatologickej reality.

Môže vzniknúť ilúzia, že psychopatologická realita je to, čo ukazujú výstupy diagnostických prostriedkov.

Autori sa opovžia byť neužitoční. Ich demonštrácia nemá praktický výstup.

Skúsme si predstaviť telocitný obraz svojej ruky: každý za seba. Vieme, že ruka má päť prstov, prsty majú tri články, palec dva atď. Ale: ak si všimneme senzorický prítok z ruky a nepremietame do neho nijaké naučené znalosti, zistíme, možno prekvapene, že z ruky prichádza prúd vágnych pocitov, ktorý sa málo štruktúruje: máme globálny pocit tepla, napätia, pohody atď. Podľa tohto prúdu pocitov (a len podľa neho) ani nedokážeme rozlíšiť počet prstov.

Každý lekár vie, že pacient, ktorý mu povie, že ho bolí „malý mozog“, falšuje svoje telocitné dáta. Keby sme sa držali len telocitu, netušili by sme, že máme mozgy.

Môžeme sa opýtať: ako odpovedá telocitný obraz anatomickej realite. Korešpondencia je neurčitá, jej pravidlá sú komplikované.

Druhý príklad: Opýtajme sa, koľko je dvakrát dva. Aj dieťa nám odpovie, že štyri. Evidentne to vieme. Ale skúsme opísať, čo sa v nás deje, keď naša duša robí cestu od podnetu (dvakrát dva) po reakciu (výrok štyri). Zistíme, že sa v nás deje veľa ťažko vyjadriteľných procesov. Navyše: ak pozorne sledujeme tieto procesy, naša pozornosť ich mení: nie sú to už originálne procesy, ale procesy, zmenené pozornosťou. Toto je crux intraspekcie.

Telocitná realita a psychická realita všeobecne jestvujú pre-reflexívnym spôsobom, hegelovsky povedané „bezprostredne“. Tento spôsob existencie azda možno postihnúť tým, čo Sartre nazval „prereflexívne cogito“, teda akousi intuíciou, ktorá sa rýchlo rozplýva reflexiami.

Autori sa posunú do oblasti lingvistiky. Predstavme si, že niečo chceme povedať. Kým to povieme, ale ešte sme nepovedali, to, čo chceme povedať, „vieme“. Tento pocit evidencie nazval McFie „preverbitum“: odpovedá Sartrovmu prereflexívnemu cogitu. Kým hovoríme, „vieme“ nielen to, čo hovoríme, ale aj veľa nevysloveného, napríklad vieme sémanticky lokalizovať hovorené. Tento rámec (ktorý je mimoslovný) môžeme nazvať „paraverbitum“. Keď dohodujeme, vieme, čo sa povedalo, zmysel povedaného máme v sebe ako neverbálnu intuíciu. Nazvime to „postverbitum“.

Niekedy, ba často, vieme, že sa nám nepodarilo povedať, čo bol náš zámer.

Slovo alebo sekvencia slov má „svoj“ obsah. Sčasti je konvenčný. Napríklad obsah slova „trojuholník“ pre každého znamená trojuholník. Sčasti je špecifický, napríklad obsah slova „macko“, ak milenka volá milenca „macko“, je veľmi špecifický.

Významy z ríše prereflexívneho cogito sa v nás stále vynárajú a ponúkajú sa, aby sme ich vyslovili. Niekedy je táto ponuka naliehavá. Napríklad zalúbený chlapec chce svoju emočnú a sexuálny zmätok vyjadriť básňou.

Reč je prispôbovanie sa, vzájomné vyrovnávanie sa dvoch línii významov: významov ponúk z prereflexívneho sveta a významov slov a ich sekvencií. Ak sa nám sneh zdá biely a povieme „sneh je biely“, zhoda sa získa ľahko. Ale: čo sa stane, ak má sneh veľa farebných odtieňov, pre ktoré naša reč ani nemá mená.

Je veľmi mylné povedať, že reč je vyjadrená myšlienka.

„Reč“ prereflexívneho cogito má iné pravidlá ako verbálna reč, ktorú používame. Naša reč je preklad. Teoretici prekladu, napríklad slávny logik Quine, dokázali, že adekvátny preklad nejestvuje.

Psychopatologická realita jestvuje predovšetkým v prereflexívnom svete chorého. Môžeme skúsiť predstaviť si, čo „skutočne“ cíti schizofrenik, ktorý nám povie, že mu zhnul pažerák a strava sa mu sunie pozdĺž chrbtice do brucha, kde nie je žalúdok.

S chorým sa rozprávame prostriedkami, ktoré máme: rečou. Schizofrenikova správa je pokusom o preklad: ale preklad, akoby sme sa pokúsili Cézannov obraz preložiť do reči hudby.

Schizofrenikovu správu dekodujeme podľa pravidiel svojej disciplíny. Príznak, o ktorom vypovedá, nazveme „telová halucinácia“. Naše reflexie analyzujú schizofrenikove správy, zostavia ich verbálny preklad, teoreticky ho vyhodnotia a zostavia symptomatiku poruchy.

Preklad je tým adekvátnejší, čím diferencovanejšie prostriedky reči použijeme. Keď zalúbený staryc Goethe napísal „Elégiu z Mariánskych Lázní“, iste svoj stav vystihol (preložil) lepšie, ako keby bol vyplnil dotazník o sexuálnych funkciách muža a desaťbodovú škálu o intenzite zalúbenosti.

Autori teda musia upozorniť na význam diferencovanej, detailizujúcej psychopatologickej teórie s použitím diferencovaného psychopatologického slovníka. Pri praktickom použití nemôže súťažiť s jednoduchými škálami, zaradovacími a vyradovacími kritériami, s operacionálnymi technikami. Málo sa uplatní vo výskume, ktorý musí rešpektovať vedecké postupy. Ale priblíži odborníkov k pochopeniu toho, „čo“ je psychóza, „čo“ je neuróza, a tak ďalej: teda favorizuje „čo“ pred „ako“.

## Literatúra

Žucha I: Duševné zdravie. *Psychiatria* 1999; 6 (1): 40–42.

Žucha I: Meta-psychopatológia ako východisko a cieľ psychopatológie. Úvaha nad dielom J. Pogádyho a E. Guensbergera: *Základy psychopatológie*. *Psychiatria* 1999; 6 (1): 54.

Žucha I: Veľmi inteligentný pacient — problém pre psychoterapeuta. *Psychiatria* 1999; 6 (3): 182–183.

Žucha I: Zápisník psychiatra. Bratislava, SAP 1997, 120 s.

Psychiatrická klinika FN a LFUK, Bratislava

**Correspondence to:** Prof. MUDr. I. Žucha, CSc. (e-mail: bll@fmed.uniba.sk)

\*Práca bola prednesená na Spolku slovenských lekárov dňa 21.6.1999.

PROF. MUDR. RUDOLF MORAVEC, DRSC.,  
70-ROČNÝ

Dňa 10. februára 2000 sa dožíva v dobrom telesnom a duševnom zdraví, obklopený milujúcou rodinou 70. narodenín prof. MUDr. Rudolf Moravec, DrSc., predstaviteľ slovenskej a historicky vzaté aj česko-slovenskej chirurgie.

Prof. MUDr. R. Moravec sa narodil 10.2.1930 v Brodne.

Na Lekársku fakultu Univerzity Komenského sa zapísal roku 1949, promoval s výborným prospechom roku 1955. Už ako študent 2. ročníka pracoval ako demonstrátor, neskôr vedecká pomocná sila v Ústave anatómie, ktorý vtedy viedla MUDr. Štekláčová. Po ukončení štúdia na LFUK v Bratislave nastúpil ako odborný asistent. Vtedy viedol Ústav anatómie prof. MUDr. M. Kratochvíl, DrSc. Pedagogická a vedeckovýskumná práca sa stali srdcovou aj záujmovou oblasťou a povinnosťou jubilanta. Vykonával ju s hlbokou a mimoriadnou zodpovednosťou a precíznosťou. Pracoval v tíme pracovníkov na problematike mikrocirkulácie krvi v pečeni. Z tohto obdobia je spoluautorom viacerých originálnych prác, v ktorých sa rieši problematika mikrocirkulácie a terminálneho cievneho riečiska v pečeni.

Po takejto príprave k pedagogickej a vedeckovýskumnej práci nastúpil 1.5.1960 ako odborný asistent na I. chirurgickú kliniku LFUK v Bratislave, ktorú viedol prof. MUDr. K. Čársky. Čoskoro sa stal tajomníkom katedry. Zložil atestačné skúšky I. a II. stupňa z chirurgie.

Kandidátsku dizertačnú prácu obhájil roku 1966 z problematiky pankreasu. Docentom z odboru chirurgia sa stal roku 1971. Vtedy viedol kliniku prof. MUDr. V. Chorvát, ktorého zástupcom bol doc. MUDr. R. Moravec, CSc., dočasne poverený vedením Katedry a kliniky chirurgie I. Túto funkciu vykonával do októbra 1976.

Prednášal všeobecnú aj špeciálnu chirurgiu viac ako 20 rokov. U študentov bol obľúbený. Bol autor a spoluautor viacerých skrípt z chirurgie aj pre stomatólogov. Má zásluhu aj na tvorbe učebníc *Špeciálna chirurgia* (1987) a *Všeobecná chirurgia* (1991) — bola to prvá celoštátna učebnica.

Doktorskú dizertačnú prácu z problematiky žľazových ciest a pankreasu úspešne obhájil roku 1982. O rok bol menovaný za profesora chirurgie.

Publikačná prednášková činnosť prof. Moravca je pozoruhodná. Odprednášal doma aj v zahraničí spolu 460 odborných, vedeckých prednášok. Publikoval doma aj v zahraničných časopisoch spolu 282 vedeckých odborných prác z oblasti chirurgie a ochorení orgánov dutiny brušnej, endokrinochirurgie (štítna žľaza, nadobličky), či výsledky z experimentálnej práce z oblasti chorôb pankreasu. Jeho práce boli odmenené 4-krát Kostlivého cenou, raz Cenou Slovenskej lekárskej spoločnosti. Roku 1972 na medzinárodnej výstave patentov a vynálezov v Ženeve prezentoval so svojimi rodákmi prístroj Perfusor, ktorý bol odmenený Zlatou medailou. Spolupracoval aj s pracovníkmi SAV v oblasti základného výskumu.

Na úseku liečebno-preventívnej starostlivosti sa rozvíjala chirurgia v intenciách jeho predchodcov, najmä v oblasti brušnej, endokrinnnej chirurgie, cievnej chirurgie a traumatológie. Na klinike ako prvý operoval prištítne telieska. Nadstavbové atestácie pracovníkov kliniky z cievnej chirurgie, traumatológie, hrudnej chirurgie, onkochirurgie sú dôkazom toho, že podporoval úsilie o rozvoj príslušných odborov v chirurgii.

Vykonával funkciu krajského odborníka z chirurgie Ministerstva zdravotníctva a bol členom poradného zboru MZ pre chirurgiu.

Absolvoval študijné pobyty v Aachene, Göttingene, Hamburgu, Halle, Moskve, Leningrade, Kyjeve. Prednášal v Strasburgu, Krakove, Budapešti, Halle, Toruni, kde ho odmenili aj Kopernikovou medailou.

Bol školiteľom, pod jeho vedením obhájili 9 pracovníci (z toho 2 cudzinci) hodnosť kandidáta lekárskeho vied. Traja spolupracovníci boli menovaní za docentov z odboru chirurgia. Bol predsedom habilitačnej komisie. Má zásluhu aj na vymenovaní spolupracovníka z odboru röntgenológie, ktorý sa stal profesorom na I. chirurgickej klinike.

Bol a je aktívny aj na úseku zdravotnej výchovy. Napísal viac ako 200 osvetových článkov. Vystupoval v televízii a v rozhlase.

Ako dlhoročný organizátor Chirurgických dní Kostlivého mal veľké zásluhy aj na opätovnom vydávaní zborníkov z týchto podujatí, ktoré mali pozitívny vplyv pri doškolovaní chirurgov.

Venoval pozornosť aj histórii slovenskej chirurgie. Z tejto oblasti s pracovníkmi Oddelenia dejín medicíny napísal monografiu *Z dejín chirurgie na Slovensku, 70 rokov I. chirurgickej kliniky* a mnoho článkov v časopisoch.

Roku 1980 dostal Striebornú medailu Univerzity Komenského, ako aj Lekárskej fakulty a v októbri 1989 dostal Zlatú medailu Lekárskej fakulty pri jej 70. výročí založenia. Mnoho ocenení dostal aj na LF J.E. Purkyňu v Brne a LF Karlovej univerzity v Prahe.

Prof. Moravec bol náročným prednostom — učiteľom nielen na svojich spolupracovníkov, ale najmä na seba. Citlivo sa staral o pacientov aj o vzdelávanie študentov lekárskej fakulty. Nie vždy a všetci ho pochopili. Roku 1990 musel z kliniky odísť. Až do augusta 1995 (keď odišiel do dôchodku) pracoval na Klinike plastickej chirurgie. Jeho žiadosť o predĺženie pracovného pomeru mu zamietli.

Prof. Moravec viedol Katedru a I. chirurgickú kliniku až do decembra 1989 (v prehľade 1974—1976, 1980—1989). Aj po roku 1990 pokračoval vo svojej práci, bol iniciatívny aj na inom pracovisku. Beh udalostí prijal ako reálnu skutočnosť, s ktorou sa vyrovnal. Súčasnosť už mnohé overila, ale preverí ich aj budúcnosť? — vždy uvažuje prof. Moravec.

V súčasnosti sa venuje dejinám chirurgie, zdravotnej výchove a osvetovo-publicistickej činnosti a práve v tejto oblasti poznám morálne, charakterové a vedomostné vlastnosti jubilanta. Sú na prospech nášho Slovenska.

Ad multos annos!

Beniak M.

**JUBILEUM DOC. MUDr. JÁNA PAŠKANA, CSc.**

Dňa 15. marca 2000 oslávi 60. narodeniny vzácny človek, výborný lekár — chirurg, pedagóg, organizátor a priateľ, riaditeľ Nemocnice s poliklinikou sv. Cyrila a Metoda v Petržalke — doc. MUDr. Ján Paškan, CSc.

Narodil sa 15.3.1940 v Prešove v rodine vojenského lekára. Maturoval roku 1957 a po ukončení štúdia na LFUK v Bratislave promoval roku 1963.

Od roku 1964 pracoval ako asistent a neskôr odborný asistent ma Katedre anatómie LFUK, kde získal výborné znalosti z topografickej a praktickej anatómie. Jeho najväčšou láskou bola chirurgia, a preto od roku 1965 pracuje so súhlasom dekana LFUK aj na chirurgickom oddelení Vojenskej nemocnice v Bratislave.

Roku 1967 prešiel na Chirurgickú kliniku NsP akad. L. Déera do funkcie sekundárneho lekára, úspešne absolvoval atestáciu I. stupňa z chirurgie.

Od 1.10.1968 sa stal na základe súbehu odborným asistentom Katedry chirurgie ILF a neskôr (1970—1981) aj tajomníkom katedry. Roku 1972 urobil atestáciu II. stupňa z chirurgie a 30.5.1975 úspešne obhájil kandidátsku dizertačnú prácu. Od roku 1986 pracoval vo funkcii primára Chirurgickej kliniky ILF. V tomto roku habilitoval a bol menovaný za docenta pre odbor chirurgia.

Konkurzom zo dňa 15.3.1988 ho menovali do funkcie prednostu Chirurgickej kliniky NsP Bezručova ako výučbovej základne LFUK v Bratislave. Rozšíril paletu operácií a zdokonalil zdravotnícku dokumentáciu. V čase pôsobenia v tejto funkcii zaviedli vyše 30 nových vyšetrovacích a liečebných metód. Výsledky tejto práce boli publikované v 35 odborných publikáciách a 63 prednáškach.

Svoje predsavzatia úspešne realizuje s vytrvalosťou a rozhodnosťou jemu vlastnou podľa životného kréda: Môcť znamená chcieť!

Dňa 1.11.1991 sa stal primárom Chirurgického oddelenia v Rožňave. Neskôr už aj vo funkcii riaditeľa tejto nemocnice (od

11.2.1993) mal možnosť stavebne túto nemocnicu dobudovať a z hľadiska zdravotnej starostlivosti vyprofilovať tak, že v októbri 1993 bola NsP v Rožňave slávnostne otvorená a pomenovaná na NsP sv. Barbory.

Keďže sa stále živo zaujímal nielen o medicínske dianie na Slovensku, podujal sa všetku svoju energiu a fundovanosť venovať do riešenia nového problému — sprevádzkovať rozostavanú nemocnicu v Petržalke. Vo funkcii jej riaditeľa pracuje doteraz. Pod jeho rozhodným a energickým vedením spolu so svojimi spolupracovníkmi, ako aj vďaka ústretovosti MZ SR uviedol za 27 mesiacov túto nemocnicu do kompletnej prevádzky po kolaudácii a s užívacím povolením.

Doc. MUDr. Ján Paškan, CSc., sa ako chirurg zaoberal predovšetkým všeobecnou a cievnou chirurgiou a v týchto odboroch doteraz operoval niekoľko tisíc pacientov z celého Slovenska. Ako prvý na Slovensku, resp. v Česko-Slovensku zaviedol mnohé nové operačné metódy (plastika art. prof. femoris, obturatórny bypass, F-P bypass in situ, plastika Shouldiceova pri operáciách inguinálnych hernií).

Ako autor a spoluautor publikoval v odborných časopisoch a zborníkoch 78 odborných prác a na odborných podujatiach doma aj v zahraničí odprednášal 232 prednášok.

Opakovane bol na študijných pobytoch v USA. Roku 1994 na základe súbehu USA-AID v spolupráci s Agency for International Development vlády USA absolvoval študijný pobyt na University of South Florida na tému Manažment a financovanie zdravotnej starostlivosti. Roku 1988 absolvoval študijný pobyt v Kyjevskom vedeckovýskumnom ústave klinickej a experimentálnej chirurgie.

Je členom Societé internationale de chirurgie so sídlom v Basileji a International college of surgeons so sídlom v Chicagu.

Vážený jubilant, dovoľujem si popriať Ti v mene najbližších spolupracovníkov i všetkých zamestnancov NsP sv. Cyrila a Metoda, pacientov a priateľov do ďalších rokov života veľa pevného zdravia, trpezlivosti, úspechov v namáhavej práci, aby si úspešne naďalej zdolával všetky úlohy na Teba kladené.

*Kotzig J.*