
Vzácné psychiatrické poruchy

Krizek G. O.

Souhrn

Autor diskutuje a srovnává terminologii popisující vzácně či méně známé psychiatrické poruchy. Jsou to např. Ganserův syndrom, sdílené (indukované) psychózy, a posléze tikové poruchy (např. Tourettův syndrom) a jejich hraniční oblasti. Je zde též pokus poukázat na fenomény poměrně méně zmiňované v běžných psychiatrických učebnicích.

Klíčová slova: Ganserův syndrom, indukované psychózy, tikové poruchy.

Summary

Krizek G. O.: Less Common Psychiatric Disorders

The autor is discussing and evaluating the terminology describing some rare or less common psychiatric disorders, e.g., Ganser syndrome, Shared psychiatric disorder – Folie à deux, and Tic disorders with their borderline areas. It is an attempt to illustrate the less known or less often mentioned phenomena in various psychiatric textbooks.

Key words: Ganser syndrome, shared psychotic disorder (Folie à Deux), tic disorders.

Čes a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 5, pp. 261–265.

GANSERŮV SYNDROM (DISOCIATIVNÍ PORUCHA BLÍŽE NESPECIFIKOVANÁ – DSM-IV)

Ganserův syndrom (dále jen G.S.) se v poslední době stává jakýmsi odstrkovaným pastorkem americké psychiatrie, který je jakoby poslán z jednoho sirotčince do druhého. Ještě roku 1980 v DSM-III figuroval pod egidou „**Factitious Disorder with Psychological Symptoms**“ a termíny **Pseudopsychosis** a **Pseudodementia** byly v té souvislosti zmiňovány.

V současnosti je v DSM-IV zmíněn jen velmi okrajově. Nikdo se netají tím, že G.S. je nedostatečně objasněn a prostudován. Termín **Pseudodementia** se nyní v USA užívá jen zcela výjimečně, např. ve významu **Reverzibilní demence** při depresích.

Všichni souhlasí [6], že G.S. je vzácný disociativní stav, jehož přesnější etiologie, symptomatika a klasifikace jsou stále předmětem sporu. Podle Myslivečka [22] se G.S. vyskytuje např. i při schizofreniích, což nejmodernější autoři [6] jinými slovy potvrzují. Mysliveček mluví jednak o **Ganserově syndromu**, ale také o **Ganserově příznaku** u schizofrenie. Mysliveček neztotožňuje G.S. s pseudodemencí, naopak hovoří – v souladu s nejnovějšími názory – o **Obnubilačním syndromu Ganserově**. Zákal vědomí [22] je při G.S. vždy přítomen.

Syndrom popsal v r. 1897 Sigbert Ganser. Typické, „blížící se“ (**approximate**), t.j. přibližné, ale obsahově nesprávné odpovědi na dotazy, označil jako „**Vorbeigehen**“, něco jako „šlapání nebo chůze mimo“. Toto bylo, bohužel, zkomoleno na „**Vorbeireden**“, a tento omyl se nyní přepisuje z jedné učebnice do druhé. Stěžejní symptom, „**Vorbeigehen**“, označují anglicky psané psychiatrické práce jako **PARALOGIA**.

Britští autoři Epoch a Ball [6] uvádějí pro Ganserův syndrom tyto diferenciální diagnózy:

Hysterická pseudodemence –

zde není zákal vědomí.

Organické mráкотné stavy –

zde není paralogia.

Depresivní pseudodemence –

tuto lze odlišit jen na základě dlouhodobého pozorování.

Simulace (angl. Malingering) –

simulaci málokdo vydrží demonstrovat déle.

Enoch a Ball označují G.S. za hysterickou disociativní reakci, která nastává jako důsledek nevědomé snahy utéci (byť jen částečně) z neúnosné situace. Je to snaha účelová, adopce role nemocného. Je to snaha **neobětovat zcela styk s realitou** a typické „**Vorbeigehen**“ odpovědi jsou výrazem kompromisu mezi snahou být zmateným na

jedné straně, a tendencí zůstat v kontaktu s realitou [20, 29]. G.S. byl téměř vždy téměř vždy pozorován u jedinců s podprůměrným intelektem. Po odeznění G.S. je toto období kryto amnézií, a pacienti se diví, proč tak pošetile odpovídali.

Někteří autoři [6] zejména zdůrazňují „šaskovský“ ráz ganserských odpovědí a všimají si faktu, že mají i blízko k tzv. **hysterickému puerilismu**. U hysterického puerilismu ovšem není zákal vědomí. Ani „šaskovské“ projevy některých katatonních schizofrenií nejsou doprovázeny zákaly vědomí. V úvahu ale nutno brát i atypické schizofrenní psychózy se zákalem vědomí, tzv. „oneirofrenní stavy“ [6]. Americká klasifikace nepoužívá termín „oneirofrenie“, který razil Mayer-Gross [6]. Jen velmi stručně je učiněna zmínka o „**Oneiroid**“ stavu, kde zážitky pacienta jsou přirovnávány ke snovým zážitkům [3].

Ganserův syndrom byl kdysi také označován jako „**Vězeňská psychóza**“. Zde je nesporně pomezí G.S. a simulace. Ovšem G.S. jako **vazbová reakce** je jen jednou formou tzv. **Vazbových psychóz**. Toto označení nyní DSM-IV [5] nepoužívá, hlavně pro nestejnorodost psychotických projevů, které se mohou během vazby objevovat. V podobných situacích vždy nutno myslet na simulaci, neboť byly popsány případy dokonalé simulace duševních chorob. Někteří autoři [6] ale soudí, že duševně zdravý jedinec snad nikdy nedovede předvést věrohodný obraz psychózy. Razí se termín „**Pseudosimulace**“. Řada autorů, např. Kraepelin, Bleuler, Maudsley, udává, že u mnohého vazbového simulanta se později objeví skutečná schizofrenie či jiná psychóza [6].

SDÍLENÁ PSYCHOTICKÁ PORUCHA

(PORUCHA S BLUDY)

Shared Psychotic Disorder (Folie à Deux). Dříve **Sdílená paranoidní porucha**, též **Indukovaná psychóza**.

DSM-IV praví:

(Kriterium A) Sdílená psychotická porucha (dále S.P.P.). Základem S.P.P. je blud, jenž se vyvíjí u jedince, který se nachází v úzkém vztahu k druhé osobě (někdy nazývané „induktor“ či „inducent“ nebo „primární případ“), neboť tato osoba již má psychotickou poruchu s prominentními bludy.

(Kriterium B) Tento jedinec začíná sdílet bludné domněnky „induktora“ plně nebo částečně.

(Kriterium C) Blud není projevem jiné psychotické poruchy (např. schizofrenie) nebo afektivní poruchy s psychotickými rysy, a není důsledkem přímého efektu nějaké substance (např. amfetaminu) nebo všeobecného onemocnění (např. mozkového nádoru).

Schizofrenie je pravděpodobně nejčastější diagnóza „induktora“, jiné diagnózy mohou zahrnovat

„Delusional Disorder“ (dříve Paranoia) nebo afektivní poruchu s psychotickými rysy. Obsah sdíleného bludného přesvědčení může být odvislý od diagnózy induktora a může zahrnovat relativně bizarní bludy (např. že do bytu je nepřátelskou cizí mocností posíláno záření, což způsobuje trávicí poruchy a průjem) nebo bludy odpovídající náladě (např. že induktor záhy dostane pracovní smlouvu na film, čímž vydělá 2 miliony dolarů, což umožní rodině koupit daleko dražšího domu s bazénem), nebo nebizarní bludy charakteristické pro „Delusional Disorder“ (dříve Paranoia), např. že FBI odposlouchává rodinný telefon a sleduje členy rodiny, kdykoliv vyjdou z domu.

Zpravidla „induktor“ v S.P.P. je dominantním v jejich vzájemném vztahu a postupně vnutí bludný systém více pasivní původně zdravé osobě. Individua, která sdílejí bludné domněnky, jsou často osoby pokrevně příbuzné nebo manželé a žijí spolu po delší dobu, někdy v relativní sociální izolaci. Jestliže vztah s induktorem je přerušen, bludný systém u druhé osoby se zmenší anebo zmizí. Ačkoliv nejčastěji se takový vztah vyskytuje mezi dvěma osobami, S.P.P. se může vyskytnout i mezi větším počtem jedinců, zvláště v rodinných situacích, kde induktorem je jeden z rodičů, a děti v různé míře adoptují bludný systém rodičů. Individua s touto poruchou (tj. indukovaní jedinci) zřídka vyhledávají léčení a klinické pozornosti se jim dostává teprve v souvislosti s léčením induktora [5]. ICD-10 hovoří o „**Induced Delusional Disorder**“, tedy o „Indukované bludné poruše“. Klasická psychiatrická literatura se hemží množstvím termínů, které byly raženy francouzskými autory.

Folie à deux, folie à trois, folie à quatre, folie à cing, folie à famille. Baillarger mluví o „folie communiquée“, Hofbauer zmiňuje „psychickou infekci“.

V r. 1894 Maradon de Montyel [21] navrhl rozdělení S.P.P. do tří podskupin:

1. **Folie imposée**, nejčastější. Osoba trpící „primární psychózou“, induktor, je ve vztahu dominantní. Laseque a Falret (1877) jej považují za „aktivní“ element, který je inteligentnější než osoba indukovaná. Indukovaná osoba je pasivnější a sugestibilní, a netrpí „pravou“ psychózou. Po separaci od induktora její bludy vymizí. (Nutno dodat, že tento termín, Folie imposée, může být použit i v jiném významu. Viz termín „**Imposed Psychosis**“ v souvislosti s „**Gaslight fenoménem**“, kde nepsychotický, psychopaticky zločinný jedinec se snaží navodit příznaky duševní choroby u osoby zdravé [18].

2. Regis v roce 1881 [26] poprvé použil termín **Folie simultanée**. Blud vzniká současně, ale nezávisle u dvou osob nacházejících se v úzkém vztahu po delší dobu za předpokladu, že u obou osob je hereditární predispozice k duševnímu one-

mocnění. V tomto případě separace nevede k vymizení bludu ani u jednoho z těchto jedinců. Autoři [6] soudí, že tato subkategorie je ve skutečnosti nesmyslná, protože je nemožné, aby dvě osoby vyvinuly bludné myšlení v absolutně současnou dobu. Vždy je některá z nich první

3. **Folie communiquée.** Baillarger v r. 1860 popisuje formu S.P.P., kde dvě hereditárně zatížené osoby žijí spolu, ale kde „osoba indukovaná“ vyvine bludný systém teprve po různě dlouhé době. Navíc se u této osoby začne postupně vyvíjet blud jiného druhu, nezávislý na bludu osoby dominantní. Ani zde separace nevede k vymizení bludu ani u jedné ze zúčastněných osob [2]. Podle Gralnicka (1942) ženy tvoří asi 72 % z osob nacházejících se v situaci sdílené psychotické poruchy - Folia à deux. V 34 % jde o dvě či více sester, v 22 % jsou to manželé a 20 % tvoří dvojice matka - dítě [9]. V širší souvislosti se S.P.P. Enoch a Ball [6] zmiňují některé jiné kolektivní duševní poruchy.

NĚKTERÉ JINÉ KOLEKTIVNÍ DUŠEVNÍ PORUCHY

Užívají označení **Folie à plusieurs**. Hovoří o psychické infekci lidského davu, o „stádních typech chování“, masové hysterii a podobně. V XVI. století se v Evropě vyskytly poruchy typu „taneční mánie“ a podobně. (V jednom z předchozích sdělení [16] se zmiňujeme např. o epidemiích **vlkodlactví, lykantropie, werwolfismu**). Rovněž existovaly průvody flagellantů. V neposlední řadě česká historie může posloužit věrohodnými popisy nábožensky poblouzněných zmatenců typu **Adamitů**, kteří spojovali „dobré s užitečným“ a páchali hromadné sexuální orgie. Teprve Žižkova armáda byla nakonec schopná je přemoci a povraždit. - dle Palackého. Téma bylo různě literárně zpracováno - např. Svatopluk Čech „Adamité“ aj. Byla to forma tzv. „náboženského komunismu, kde i ženy byly všem společné“ [25]. Hysterické chování typu různých kolektivních psychóz v ženských kláštrech jsou známé, ba i zcela nedávno se vyskytlo u dívek v amerických školách.

Do dějin současných náboženských sekt vstoupila sekta zvaná „People's Temple Cult“, vedená reverendem jménem Jim Jones. Sektu tvořilo převážně afro-americké obyvatelstvo bývalé Britské Guyany. Začaly však prosakovat zvěsti, že členové sekty jsou svým vedením nějak zneužíváni. Kalifornský poslanec Leo Ryan se proto rozhodl přesvědčit se o stavu věci na místě. Vzal sebou také členy televizního týmu UPI. Když však jejich letadlo přistálo v Jonestownu, byli všichni postříleni ozbrojenými příslušníky sekty. Podle dostupných zpráv pak celá sekta spáchala hromadnou sebe-

vraždu. Členové sekty byli buď přinuceni vypít cyankali, nebo byli usmrceni nějakými intravenózními injekcemi. Událo se to 18. listopadu 1978, kdy podle novinových zpráv takto zahynulo asi 912 nebo 913 osob [19].

Za zvláštní formu kolektivního nepřirozeného chování platí i tzv. RIOTY, davové bouře, kdy jedinci začnou demolovat své okolí, zapalovat automobily na ulicích, vytloukat výkladní skříně. Antisociální elementy zde nacházejí možnost dávat průchod potřebě anonymní agresivity. V USA jsou tyto rioty téměř vždy záležitostí nějaké menšiny v místě, kde žije nehomogenní obyvatelstvo, tedy hlavně ve velkoměstech. Příslušníci afro-americké menšiny riotem reagují zpravidla na skutečnost či domnělou křivdu, která se stala nějakému příslušníku menšiny. Tento typ davové agrese byl v Evropě donedávna poměrně málo známý.

TIKOVÉ PORUCHY

Americký DSM-IV zmiňuje čtyři druhy poruch v této oblasti. První je dobře známý „Tourette's Disorder“ [5]. Toto onemocnění popsal v r. 1885 **George Gilles de la Tourette**, žák Charcotův, který je označil jako **maladie des tics compulsifs** [27]. Symptomatologie je velmi dobře popisována v evropských učebnicích. Další je **chronická motorická nebo vokální tiková porucha**. Následuje **přechodná tiková porucha** a posléze **tiková porucha blíže nespecifikovaná**.

Podle DSM-IV tik je náhlý, rychlý, opětovný, nerytmický, stereotypní pohyb nebo vokalizace. Je vnímán jako „nezabranitelný“, ale může být potlačen po různě dlouhou dobu. Všechny formy tiků mohou být zhoršeny účinkem stresu a zeslabeny během aktivity absorbující pozornost (např. čtení nebo šití). Tiky se obvykle nápadně zmenšují během spánku.

Motorické i vokální tiky mohou být klasifikovány jako jednoduché nebo komplexní, ačkoliv jejich ohraničení není dobře definováno. Běžné jednoduché motorické tiky zahrnují oční mrkání, potrhávání krkem a rameny, grimasování a kašel. Běžné jednoduché vokální tiky zahrnují odkašlávání (throat clearing), chrochtání, funění, popotahování nosem a „štěkání“.

Běžné komplexní motorické tiky představují obličejová gesta, upravování, ošívání se, poskakování, dotýkání se, dupání, dřepy a čichání k objektu. Běžné komplexní vokální tiky zahrnují opakování slov či frází mimo kontext, **koprolalii** (coprolalia je podle americké definice užívání společensky nepřijatelných slov, často obscénních, tedy nejen výrazů pro výměty či defekaci - G.O.K.), **palilalii** (opakování vlastních zvuků, či slov) a **echolalii** (opakování „naposledy slyšených“ zvuků, slov či frází). Ostatní komplexní

tiky zahrnují **echokinesis**, což je imitace pohybů jiných osob.

Některé echomatismy mohou souviset s fylogeneticky starými obrannými pohybovými mechanismy (Krizek), například s fenoménem zvaným „Totstellreflex“, „Thanatosis“, předstíraná smrt, snaha zmizet – viz crypsis, mimicry aj. (Kolb, Krizek). Takto se hodnotí některé fenomény pozorované u katatonické schizofrenie apod. [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19].

Zajímavé jsou pokusy o psychoanalytické interpretace Tourettova onemocnění [6]. Fenichel (1945) se domnívá, že například koktání samo o sobě představuje produkci análních výrazů a je projevem agrese určené naslouchajícímu [7]. Koprofalie bývá pozorována u dětí s přísnou výchovou, které nemají možnost ventilovat svou potřebu agrese. H. Jackson [10] se domnívá, že klení a nadávky, sensu strictiori, vlastně nejsou součástí jazyka, nýbrž že dodávají důraz a sílu výrazu emocí. Řada pacientů se cítí lépe a pocituje jakousi úlevu, když původně neverbalizované tikové projevy a zvuky konečně dostanou ve formě koprolalie svoji řádnou náplň a agresivní smysl (Ascher, 1948). Podle Ferencziho (1921) všechny tiky naopak představují stereotypní masturbační ekvivalenty [8].

Oblast pokusů o diferenciální diagnostiku týkající se Tourettova syndromu představuje arénu s doslova neomezenými možnostmi spekulací projevů. Zajímavé může být srovnání s různými typy „produktivní“ katatonické schizofrenie s manýrováním a různými echomatismy a verbigerací (perseverace, catafasia). Dále se řeší souvislosti s podobnostmi s jinými poruchami pohybu, které jsou případně spojeny s koprolalií. Zde se nabízí kulturně vázaný syndrom LATAH [17, 23], sibiřské formy arktické hysterie (viz PIBLOKTO), které figurují např. pod ruským názvem MIRJAČIT [5, 6]. Uvádějí se i styčné body s tzv. SKÁKAJÍCÍM FRANCOUZEM Z MAINE (Jumping Frenchman of Maine a podobně. Toto chování též známé jako SKÁKAČI (Jumpers), TRÁSKAČI (Shakers) a ŠTĚKOUNI (Barkers) prováděla velmi podivínská náboženská sekta, která emigrovala do Severní Ameriky a provozovala divoké skákání a škubavé pohyby při úleku, provázené

echolalií a echokinezi. Tento syndrom vymizel již před léty, ale v r. 1964 Stevens objevil další dva případy [28]. Tato sekta se přistěhovala v 18. století do USA z Walesu a nazývala se „**The United Society of Believers in the Second Appearing of Christ**“. U projevů chování této sekty však chybí koprolalie [24].

Během první světové války se u některých vojáků, kteří prožili tzv. „Shellshock“ (obvykle těsné uniknutí smrti při výbuchu bomby apod.) vyvinulo zvláštní trhavé poskakování, označované jako „**tremor saltatorius**“ [22]. Někteří na to nahlíželi jako na účelovou reakci ve snaze vyhnout se dalšímu bojovému nasazení. Tento fenomén prý měl značnou psychickou infekciozitu.

McCracken pod pojem HYPERREFLEXIAS zahrnuje LATAH, MIRJAČIT a JUMPER DISEASE OF MAINE a mluví u nich o dominantní dědičnosti a o „Familiální generalizované rigiditě“ [23]. Tzv. **GLOSSOLALIE** (Speaking in tongues), přítomná u Arktické hysterie, původně znamenala napodobování zvířecích zvuků a tvorbu bezvýznamných neologismů [4]. V současnosti je to ale významný projev příslušníků různých náboženských sekt na jihu USA. Např. Pentecostální církev považuje Glossolalii za přímý projev inspirace Duchem Svatým. Dnes se na tento fenomén nahlíží jako na projev „zdvojení osobnosti“, který je na úrovni „automatického psaní“. Též se hovoří o „**pseudolanguage**“ a řada autorů považuje tyto projevy za agresivní a disociativní abreakce [6]. Koprolalii, echolalii a palilalii nachází McCracken ještě u následujících **organických poruch**: otravy oxidem uhelným (CO), postangiografických komplikací, u Encephalitis lethargica, u „Fragile X syndromu“ a u „Developmental and Perinatal Disorders“.

AMPUTE - IDENTITY DISORDER

(Úmyslně výraz nepřekládám do češtiny.) Nesporně relativně velmi nová a podivná porucha. Jde o pacienty, kteří usilují o amputaci svých zdravých končetin. Argumenty, kterými se to snaží zdůvodňovat, jsou většinou lidí, včetně psychiatrů, nepochopitelné (Psychiatrie, roč. 5, 2001, č. 2).

LITERATURA

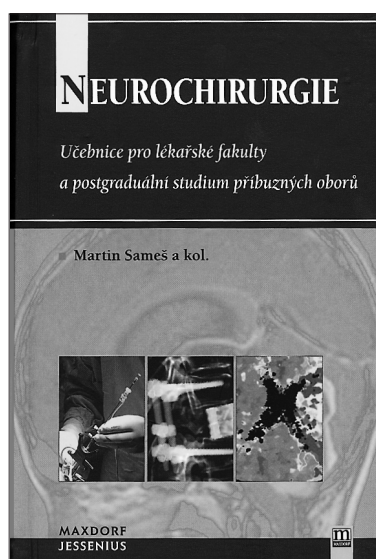
1. **Asher, R.:** Lancet, 331, 1951, 1.
2. **Baillarger, J. G. F.:** Gaz Hop, Paris, 149, 1860.
3. **Cancro, R., Lehmann, H. E.:** Schizophrenia: Clinical Features. The Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2000, p. 1179.
4. **Cutten, G. B.:** Speaking with tongues. Oxford University Press, New York, 1927.
5. DSM - IV -1994 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association, Washington, D.C.
6. **Enoch, D., Ball, H.:** Uncommon psychiatric syndroms. Arnold, New York, London, New Delhi, 2001.
7. **Fenichel, O.:** The psychoanalytic theory of neurosis. Norton, New York, 1945.
8. **Ferenczi, S.:** Internat. J. Psychoanal., 2, 1921.
9. **Gralnick, A.:** Part I. Psychiat quarter, 16, 230; Part II. Psychiat quarter, 16, 491, 1942.

10. **Jackson, H.:** Clin lect rep. London Hosp., 1, 452, 1884,
11. **Kolb, L., Brodie, H.:** Modern clinical psychiatry (8. Ed). Philadelphia W. B. Saunders Co, 1973, p. 333.
12. **Krizek, G.O.:** The contribution of entomology to psychiatry. In: Abstracts-VI. World Congress of Psychiatry, Honolulu, Hawaii, 1977, p. 155.
13. **Krizek, G. O.:** On „negative and anticipatory“ visual illusions. In: Abstracts-VII. World Congress of Psychiatry, Vienna, Austria, 1983, p. 339.
14. **Krizek, G. O.:** Entomologists and their visual illusions. Bulletin of the Entomological Society of America, 30, 1984, p. 4.
15. **Krizek, G. O.:** Superiluze (Nová kategorie zrakových iluzí). Čs. Psychiat., 85, 1989, s. 334.
16. **Krizek, G. O., Honzák, R.:** Psychiatrické syndromy pozorované při poškození pravé mozkové hemisféry. Prakt. Lék., 81, 2001, s. 507.
17. **Krizek, G. O.:** Kulturně vázané psychiatrické syndromy. Prakt. Lék., 81, 2001, s. 568.
18. **Krizek, G. O., Honzák R.:** Projevy duševních poruch a obtíže při jejich popisování. Číst I. Münchhausenův syndrom. Prakt. Lék., 82, 2002, s. 262.
19. **Krizek, G. O.:** Nábožensky motivované hromadné sebevraždy a vraždy. Vesmír, 89, 2001, s. 544.
20. **Leibermann, A. A.:** J. Nerv Mental Dis, 120, 10, 1964.
21. **Merandon de Montyel, E.:** Ann. Med.Psychol., 19, 266, 1894.
22. **Mysliveček, Z.:** Speciální psychiatrie. Státní zdravotní nakladatelství, Praha, 1959, s. 26, 64, 67.
23. **McCracken, J. T.:** Tic disorders. The Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p. 2716.
24. **Meth, J. M.:** Exotic psychiatric syndromes. American Handbook of Psychiatry, Basic Book New York, 1974, p. 728.
25. **Palacký, F.:** Dějiny národu českého v Čechách a v Moravě. Praha, 1848.
26. **Regis, E.:** Encephale. Paris, 43, 1881.
27. **De la Tourette, G. G.:** Arch. Neurol., 1885, p. 9, 17, 158.
28. **Stevens, H.:** Med. An. DC, 1964, p. 33, 277.
29. **Weiner, H., Braiman, A.:** Am. J. Psychiatry, III, 767, 1955.

Dodáno redakci: 18. 2. 2006

Po skončení recenzního řízení: 28. 3. 2006

*George O. Krizek, MD.
2111 Pancroft Place N. W.
Washington, DC 20008
USA*



NEUROCHIRURGIE

Učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů

Martin Sameš a kol.

Učebnice zpracovává přehled o oboru neurochirurgie. Stručně, didakticky a přehledně informuje o patofyziologii, příznacích, diagnóze a léčbě neurochirurgických onemocnění.

Důvodem k napsání učebnice byl dynamický rozvoj oboru neurochirurgie, vývoj nových diagnostických a léčebných metod a současně absence moderního učebního textu pro pregraduální výuku studentů i postgraduální výuku lékařů, kteří v praxi přicházejí do kontaktu s neurochirurgickými pacienty. Kniha je rozčleněna do 17 kapitol. V obrazové příloze je 80 obrázků s krátkými kazuistikami. Součástí učebnice je rejstřík a seznam použitých zkratk. Pro studenty medicíny podává učebnice přehledný, stručný a bohatě ilustrovaný text, který vystihuje znalosti potřebné k úspěšnému složení zkoušky z neurochirurgie. V postgraduálním studiu poskytuje lékařům pří-

buzných oborů (neurologie, radiologie, anesteziologie, rehabilitace, traumatologie, ortopedie, ORL, maxillofaciální, dětské a plastické chirurgie) srozumitelný přehled o současných možnostech oboru neurochirurgie.

Vydal Maxdorf v roce 2005, edice Jessenius, ISBN 80-7345-072-0, formát B5, váz., 127 str., cena 395 Kč.

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz