

VYDÁVÁ
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ
SPOLEČNOST
J. E. PURKYNĚ



ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

VEDOUCÍ REDAKTOR

Prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.
I. Interní klinika 3. LF UK a FNKV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

REDAKČNÍ RADA

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně
Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Prof. MUDr. Radim Brdička, DrSc.
Pšenčíkova 16,
142 00 Praha 12

Doc. MUDr. Petr Čáp, PhD.
Centrum alergologie a klinické imunologie
Nemocnice Na Homolce
Rentgenova 2, 150 30 Praha 5

Prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.
Urologická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 6, 128 08 Praha 2

Prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
Chirurgická klinika ÚVN
U Vojenské nemocnice 1/1200, 169 02 Praha 6

Pavel Hamet, M.D., PhD.
Centre hospitalier de l'université de Montreal
Hotel Dieu 3840, rue Saint-Urbain
Montreal (Québec) H2W 1T8, Canada

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
Ústav sociálního lékařství a veřejného
zdravotnictví LF MU
Kamenice 5, 625 00 Brno

Prof. MUDr. Zbyněk Hrnčíř, DrSc.
II. interní klinika LF UK a FN
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

Prof. MUDr. Ivan Hulín, DrSc.
Ústav patologické fyziologie LF UKA
Sasinkova 4, 811 08 Bratislava
Slovenská republika

Prof. MUDr. Peter Jarčuška, PhD.
I. interná klinika FN
tr. SNP 83/11, 040 11 Košice
Slovenská republika

Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.
RECETOX, Přírodovědecká fakulta MU
Kamenice 126/3, 625 00 Brno

Prof. MUDr. Jaroslav Lindner, CSc.
II. chirurgická klinika kardiiovaskulární chirurgie
1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
Psychiatrické centrum Praha
Ústavní 91/7, 181 02 Praha 8

Prof. MUDr. Jan Petrášek, DrSc. –
čestný člen redakční rady
III. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

Prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.
Onkologická klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Prof. PhDr. Milada Řihová, CSc.
Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK
Karlovo náměstí 40, 120 00 Praha 2

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.
III. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

Prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.
Interní klinika 1. LF UK s ÚVN
U Vojenské nemocnice 1/1200, 169 02 Praha 6

Prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc.
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FNM
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

Prof. MUDr. Aleš Žák, DrSc.
IV. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

KONZULTANTI

Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.
I. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc.
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 120 21 Praha 2

Prof. MUDr. Pavel Martásek, DrSc.
Klinika dětského a dorostového lékařství
1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 2, 121 09 Praha 2

OBSAH

Aktuální téma

Holčík J. Zdraví a obchodní společnosti 259

Přehledový článek

Driák D, Švandová I. Perspektivy mužské antikoncepce 263

Původní práce

Kydliček T, Třešková I, Třeška V, Holubec L. Odložené rekonstrukce prsu – chirurgie duše? 267

Speciální sdělení

Čeledová L, Čevela R, Ornerová A. První zkušenosti s personalizovaným posuzováním stupně závislosti pro účely příspěvku na péči 274

Abstrakta

Kohout P. XIX. symposium o morfologii a funkci střeva (Staré Splavy, 25.–27. dubna 2013) 278

Sjezdy

Kinkorová J, Topolčan O. XXXIV. imunoanalytické dny, XIII. mezinárodní konference CECHTUMA (Central European Tumor Markers) a IV. workshop prediktivní, preventivní a personalizované medicíny (Plzeň, 14. až 16. dubna 2013) 273

Ralbovská R. Mezinárodní konference AWHP 2013 (Praha, 17. září 2013) 288

Zprávy 289, 295, 297

Osobní zprávy 290

Rejstřík 2013 291

Knihy 296

CONTENTS

(No. 6, 15nd December 2013) Journal of Czech Physicians

Topic

Holčík J. Health and trade corporations 259

Review Articles

Driák D, Švandová I. Perspectives of male contraception 263

Original Article

Kydliček T, Třešková I, Třeška V, Holubec L. Deferred breast reconstruction – soul surgery? 267

Special Article

Čeledová L, Čevela R, Ornerová A. First experience with the personalised dependence degree assessment for the purposes of care allowance 274

Abstracts

Kohout P. Nineteenth symposium on the morphology and function of the intestine (Staré Splavy, April 25–27, 2013) 278

Congresses

Kinkorová J, Topolčan O. 34th Immunoanalytic Days, 13th International Conference, CECHTUMA (Central European Tumor Markers) and 4th Workshop of Predictive Personalized Medicine (Plzeň, April 14 to 16, 2013) 273

Ralbovská R. AWHP 2013 (Praha, September 17, 2013) 288

News 289, 295, 297

Personal News 290

Register 2013 291

Books 296

<http://www.cls.cz>

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Praha 2013

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Online verze časopisu na: www.prolekare.cz/cls

Registrací a zadáním svého předplatitelského kódu, který najdete na přebalu časopisu, získáte přístup do online verze časopisu a jeho archivu.
Kontakt pro dotazy: info@prolekare.cz nebo +420 602 244 819



Vedoucí redaktor:
prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.

Odpovědná redaktorka:
Mgr. Helena Glezgová,
e-mail: helena.glezgova@seznam.cz

**Vydává: Česká lékařská společnost
Jana Evangelisty Purkyně,
Sokolská 31, 120 26 Praha 2**

Pro ČLS JEP připravuje Mladá fronta a. s.



Generální ředitel: Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services:
Karel Novotný, BA (Hons)

Koordinátor odborných časopisů ČLS JEP:
MUDr. Michaela Lizlerová

Produkční: Bc. Michaela Hrdinová

Grafická úprava, sazba: Petra Tejnická

Kreativní ředitel: René Decastelo

Art director: Petr Honzátko

Marketing:

ředitelka marketingu: Hana Holková
brand manager: Kristýna Dytrychová

Distribuce a výroba:

ředitelka distribuce a výroby: Soňa Štarhová
manažerka předplatného: Jana Horáková
výroba: Monika Šnaidrová

Tisk: EUROPRINT a. s.

V ČR rozšiřuje: A.L.L. production s.r.o.,
P.O. BOX 732, 111 21, Praha 1

V SR: Mediaprint Kapa – Pressegrasso, a. s.,
Vajnorská 137, P.O. BOX 183
831 04 Bratislava

Vychází: 6krát ročně

Předplatné: na rok pro ČR je 636,00 Kč,
SR 29,70 €, jednotlivé číslo 106 Kč,
SR 4,95 €.

**Informace o předplatném podává
a objednávkou předplatitelů přijímá:**
ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2,
tel.: 296 181 805 – J. Spalová,
e-mail: spalova@cls.cz

Inzerce: Dana Vavřínková, vavrinkova@mf.cz
tel.: +420 225 276 299

Rukopisy zasílejte na adresu:

Prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.
I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
e-mail: jjfhorak@gmail.com

Rukopis byl předán do výroby 7. 10. 2013.
Zaslané příspěvky se nevracejí.
Otištěné příspěvky autorů nejsou honorovány,
autoři obdrží bezplatně jeden výtisk časopisu.

**Příspěvky do Časopisu lékařů českých
procházejí zdvojeným recenzním řízením.
Articles publisher in the Journal of Czech
Physicians are subject to double review.**

Vydavatel získává otištěním příspěvku
výlučné nakladatelské právo k jeho užití.
Vydavatel a redakční rada upozorňují,
že za obsah a jazykové zpracování inzerátů
a reklam odpovídá výhradně inzerent.
Žádná část tohoto časopisu nesmí být
kopírována za účelem dalšího rozšiřování
v jakémkoliv formě či jakýmkoliv způsobem,
ať již mechanickým nebo elektronickým,
včetně pořizování fotokopii, nahrávek,
informačních databází na mechanických
nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka
autorských práv a vydavatelského oprávnění.

Zdraví a obchodní společnosti

Jan Holčík

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU, Brno

Čas. Lék. čes. 2013; 152: 259–262

SOUHRN

Zdraví, determinanty zdraví, zdravotní péče i zdravotničtí pracovníci ve všech zemích jsou ovlivňováni mocí obchodních společností. Dílčí zájem o dosažení zisku v soukromém podnikání může působit na zdraví, jako např. dostupnost tabáku, alkoholu apod. Legislativa v oblasti ve-

řejného zdravotnictví by měla brát v úvahu zájmy veřejnosti a respektovat význam všech determinant zdraví.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdraví – zdravotní determinanty – veřejné zdravotnictví – obchodní společnosti

SUMMARY

Holčík J. Health and trade corporations

Health, determinants of health, health care, and health professionals in all countries are influenced by power of trade corporations. Singular interest of private corporate profits and businesses can affect health, such as the availability of

tobacco, alcohol and others. Public health legislation and practice should consider the interests of the public and the importance of all health determinants.

KEYWORDS

health – health determinants – public health – trade corporations

ÚVOD

Není sporu o tom, že obchodní společnosti jsou významnou a nepostradatelnou komponentou tržní ekonomiky. Jsou výrazným přínosem pro zdravotnictví i pro široce pojatou péči o zdraví. Bez nákupu léků, nejrůznější zdravotnické techniky a dalšího zboží by nemohla existovat žádná zdravotnická zařízení.

Nejedná se však jen o výrobky a aktivity, jejichž posláním je přispět ke zlepšení zdraví lidí. Dosavadní zkušenosti dokládají, že s některými marketingovými a manažerskými metodami uplatňovanými v běžné činnosti obchodních společností jsou spojena i zdravotní rizika. Je žádoucí je identifikovat, studovat a usilovat o jejich zvládnutí.

Zdravotnický systém je sociální systém financovaný ve značném rozsahu z veřejných finančních zdrojů. Je vítaným předmětem zájmu obchodních společností, které přicházejí s nejrůznějšími nabídkami a usilují o podíl na veřejných penězích. Snaha dosáhnout a udržet co nejvyšší zisk je jejich neskrývaným a plně legitimním cílem. Ve svém počinání jsou přirozeně mnohem důraznější a vynalézavější než ti, kteří rozhodují o alokaci veřejných prostředků a kteří by měli veřejné peníze chránit a odborně zvažovat, na co budou vynaloženy.

Lobbistický tlak, korupce, střet zájmů a nejrůznější manipulační techniky mohou, jak ukazují některé známé případy, deformovat činnost veřejného sektoru. A nejen to, odborný marketing a rafinované formy svádivé reklamy mívají v mnoha oblastech větší vliv na životní styl jednotlivců než zdravotní výchova a dobře míněná individuální předsevzetí.

Proto nepřekvapuje, že se aktivity obchodních společností a jejich následný vliv na zdraví lidí stávají předmětem

pozornosti všech, kteří si vážou zdraví lidí, zabývají se problematikou zdravotního stavu populace (1, 2) a kteří si kladou základní otázky co zdraví lidí ovlivňuje, jaké jsou příčiny nemocí a čím by bylo možné zdraví lidí zlepšit.

DETERMINANTY ZDRAVÍ

Velkým přínosem pro medicínu je etiologie věnující se příčinám jednotlivých nemocí. Pokud jde o studium mnoha okolností souvisejících se zdravím lidí v populačním měřítku, je dominantní disciplínou epidemiologie. Ta si musí postupně osvojovat poznatky a metody mnohých dalších disciplín, aby mohla svými výsledky přispívat k tvorbě užitelné zdravotní politiky.

Sama zdravotnická praxe doložila, že nestačí věnovat pozornost jen bezprostředním příčinám nemocí, ale celým dlouhým příčinným řetězcům, které vedou k nejrůznějším poruchám zdraví. Současně je žádoucí zvažovat možnosti jak ovlivnit, popřípadě přerušit některé z jejich dílčích článků. Stručně se taková snaha označuje jako hledání „příčin příčin“.

Návrhy preventivních opatření i jejich realizace je nejvíce zaměřena proti rizikovým faktorům, které s určitou pravděpodobností přispívají ke vzniku nemocí. S uplatňováním nového typu zdravotní výchovy a podpory zdraví roste význam protektivních faktorů, které pomáhají chránit zdraví a prodloužit dobu prožitou ve zdraví.

Máme-li na mysli rizikové i protektivní faktory, pak se obecně mluví o determinantách zdraví. A obdobně jako o „příčinách příčin“ bychom mohli uvažovat o „determinantách determinant“, tedy o všech okolnostech, které souvisejí se zdravím lidí, o vzbábách, kterými jsou propojeny, a nadto

i o možnostech jak situaci zlepšit. To ostatně odpovídá definici soudobé epidemiologie (3).

Znalost i ovlivňování determinant zdraví by mělo být podstatnou součástí zdravotní politiky chápané v souladu se závěry konference v Adelaide (4, 5) jako „projev zájmu o zdraví a odpovědnosti za zdraví a snahu o spravedlnost při spravování záležitostí obce“.

Pro zdraví populace jsou velmi důležité sociální determinanty zdraví formulované v řadě publikací (6–8). Materiály připravené komisemi vedenými profesorem Sirem Michaelem Marmotem (9–11) poukázaly nejen na hlavní problémy, ale i na možnosti jak jim za stávající situace čelit.

Zkušenosti ukazují, že si nestačí všimnout jednotlivých determinant zdraví (např. kouření) a snažit se je ovlivnit (vyšší zdanění, zákaz prodeje dětem, zákaz kouření ve vymezených lokalitách). Je žádoucí, jak již bylo uvedeno, zabývat se i tím, co se děje ve společnosti, zda a do jaké míry jsou determinanty zdraví ovlivňovány dalšími subjekty, jejich zájmy, preferencemi a běžnou praxí.

Nestačí tedy volat po omezení spotřeby alkoholu, pokud je růst spotřeby alkoholických nápojů výrazným zájmem finančně silných obchodních společností (obvykle mezinárodních korporací) a pokud kontrola a regulace výroby i prodeje alkoholu je zjevně nedostatečná.

A obdobně je to s cigaretami. Nelze podcenit skutečnost, že tabákový průmysl tu není proto, aby omezoval výrobu a snižoval si zisky. Funkce reklamních poutačů nespočívá v tom, aby před kouřením varovaly, i když je to tam napsáno, ale aby ke kouření pokud možno účinně sváděly, a to zejména děti a mládež.

SNAHA O ZVÝŠENÍ PRODUKCE A ODBYTU

Přirozeným cílem obchodních jednotek je zvyšovat produkci a obyt. Uvažujeme-li o zdraví lidí, nevyhnedeme se hodnotovým otázkám: Co je dobře a co je špatně? Kdo si má klást takové otázky? Mají to být jen jednotlivci? Je možné snít o tom, že zdraví lidí je jednou z priorit parlamentu, vlády a celé veřejné správy, která si uvědomuje, že zdraví lidé jsou významnou podmínkou konkurenceschopnosti ekonomiky a sociálního rozvoje?

Snaha obchodních společností úspěšně se rozvíjet a dosahovat co nejvyšších zisků nemusí být sama o sobě špatná. Jakmile však marketing využívá menší informovanost a zkušenost kupujících, snaží se vydělat na jejich slabosti a ve svém důsledku ohrožuje zdraví svých zákazníků, je vhodné uvažovat o ochraně spotřebitelů a usilovat o navazující regulace. Že je to krajně nesnadné, to dokazuje např. situace v prodeji a distribuci lihovin. Pivovary, výrobci lihovin a cigaret jistě uvítají rostoucí obyt svých produktů. Je to skutečně růst a rozvoj?

Obdobně to platí i pro produkci a nadměrnou spotřebu velmi tučných, značně sladkých, ne-li dokonce závadných potravin, a celou řadu dalších nabídek běžného trhu. Východiskem je intenzivní reklama, vytváření „potřeby“ a indukovaná poptávka. Na zmíněné aktivity navazuje rozsáhlá distribuce, stálá nabídka nových produktů a vmlouvavá cenová strategie, jejímž záměrem je neuvážené a „výhodné“ nakupování a popřípadě i nezdravá konzumace. Výzkumné studie dokládají, že uplatňované marketingové postupy, mnohdy vysoce odborně připravené, jsou skutečně účinné, a to zejména, pokud jde o děti a mládež.

Výzkum v oblasti marketingu je úspěšně metodicky rozvíjen a má dobrou datovou základnu. Výhodou je i po-

měrně jednoduché hodnocení jeho kvality a výsledků. Základním kritériem je úspěšnost prodeje a navazující zisk. Zjednodušeně lze uvést, že zákazník supermarketu je lépe prozkoumán než běžná laboratorní myš.

Neskrývaným záměrem rafinovaných marketingových metod je nadbíhat zákazníkům a přesvědčovat je, že hlavním cílem výrobců a prodejců je uspokojení potřeb kupujících, pokud ovšem na to mají peníze. Jde o neustálou snahu vytvářet nové potřeby a vyvolávat choutky i rozmary a motivovat populaci k neustále rostoucí spotřebě.

Důsledky jsou nevyhnutelné. Je to prudký nárůst nemocí spojených se stylem života (nádory, nemoci srdce, jaterní cirhóza, cukrovka, obezita apod.). Běžnou následnou strategií je obviňování obětí. Poukazuje se na to, že jde o svobodné individuální rozhodnutí a že tedy za své špatné zdraví mohou kuřáci, alkoholici a obézní lidé. Obvykle se podceňuje, ne-li ignoruje, rizikový vliv celé řady sociálních okolností (12).

Skutečně jsou viny malé děti, může za to mnohdy naivní mládež a někteří téměř bezbranní senioři? Jde, jak jsme obvykle ujišťování, o snahu vyhovět suverénnímu a informovanému spotřebiteli, nebo spíše o záměr využít a zneužít každého, kdo má alespoň nějaké peníze a kdo ve své hlouposti, naivitě nebo slabosti naletí ošidnému vábení?

Obviňování lidí sice může vyvolat zdání, že obchodní společnosti to myslí i dělají dobře, ale samotný pocit viny zdraví lidí nezlepší. Je už dlouho známo (12), že lidem vystaveným riziku je užitečnější pomáhat, a to pokud možno dříve než onemocní.

O KOHO VLASTNĚ JDE?

Populace není agresivními komerčními aktivitami ohrožena stejně. Ochranným faktorem je lepší vzdělání, vyšší sociální postavení, kritický vztah k okolí a životní zkušenosti. Děti, starší věkové skupiny, chudí, nezkušení, méně vzdělaní, sociálně deprivovaní a nesamostatní jsou vystaveni vyššímu zdravotnímu riziku (11, 12). Náprava se asi nedá očekávat od komerčně zaměřené zdravotnické „osvěty“ dominující v mnoha barevných časopisech.

Je známo, že farmaceutický průmysl se více soustředí na běžné potíže bohatých než na život ohrožující nesnáze chudých. Např. v letech 1975–1999 bylo vytvořeno 1400 nových léků. Jen 13 se týkalo prevence tropických nemocí a jen tři byly určeny na léčení tuberkulózy. V roce 2000 nebyl na léčení tuberkulózy připraven žádný nový lék, ale osm léčivých přípravků na impotenci anebo erektilní dysfunkci a sedm preparátů proti padání vlasů (10).

Pozornost marketingových expertů věnovaná dětem není náhodná. Uplatňují se zejména tři okolnosti (1):

1. Děti představují tržní sílu, protože mnohé z nich mají nějaké peníze na útratu.
2. Děti mohou ovlivnit své rodiče, aby něco koupili, popřípadě aby zvolili určitý druh zboží nebo konkrétní značku.
3. Děti vyrostou a budou kupovat nejrůznější zboží, a proto by si měly co nejdříve oblíbit značku, které budou později dávat přednost.

Jak však zkušenost dokládá, rozmazlování dětí a plnění většiny jejich rozmarů obvykle nevede ke štěstí. Když jsou uspokojeny základní potřeby, potom závislost mezi dalším majetkem a pohodou může být ošidná.

Marketing však toho po nás chce mnohem víc. Vede nás k opětovné nespokojenosti, což je motivem pro nákup,

který je provázen dílčím, krátkodobým a někdy i falešným uspokojením. Nespokojenost lidí je pro marketing důležitá. Spokojení lidé by toho kupovali méně. Zmíněná nespokojenost však může ohrožovat zdraví psychicky, tělesně i sociálně (1, 10, 11).

I když se občas vyslovuje heslo „náš zákazník, náš pán“, nejde o skutečnou prioritu. Nejdůležitější jsou přirozeně vlastníci (akcionáři) obchodních organizací a jejich peníze. Jak by jinak tabákové továrny mohly produkovat cigarety, které předčasně zabíjejí zhruba polovinu jejich věrných zákazníků? Ekonomická výhoda je jen pro vlastníka, ne pro zákazníka, který je však o tom důrazně přesvědčován nejrůznějšími „výhodnými“ slevovými akcemi. Je to jednoduchý a hlavní princip obchodního sektoru (1).

Ošidné riziko se obvykle skrývá pod laskavou tváří prestižní značky. Bylo například zjištěno, že děti v Kalifornii dávají přednost značce McDonald's již ve věku, kdy si ještě nedovedou zavázat boty (1). Děti jsou ochotny jíst v McDonald's téměř cokoli, pokud je to vhodně zabaleno a prezentováno, např. je přibalena laciná hračka. Je to plně v souladu s marketingovou zásadou, že obdiv ke značce se má vytvářet co nejdříve.

Zmíněný princip byl uplatněn i při marketingovém působení na praktické lékaře s cílem ovlivnit skladbu i množství léků, které předepisují. Zpráva vypracovaná pro britský parlament upozornila na vliv farmaceutického průmyslu, a to nejen na klinickou medicínu a výzkum, ale i na pacienty, řídící pracovníky, média, pracovníky veřejné správy a na politiky (13). Dobře dělaný marketing nemůže vynechat nikoho, kdo může přispět k odbytu a zisku.

Na problémy s kvalitou prodávaných léků upozornila britská patentová komise už v roce 1914, když konstatovala, že „jsou nabízeny léky, z nichž žádný nebyl připraven na základě terapeutických a medicínských znalostí a které jsou dávány na trh neznalými lidmi, v řadě případů prohnány šejdiři, kteří pro svůj zisk zneužívají důvěřivost veřejnosti“ (13).

JDE O NAŠE ZDRAVÍ

Na základě dosavadního vývoje můžeme soudit, že zdraví jednotlivců i společnosti ohrožují nové „toxiny“, jejichž důležitost a dopad teprve zjišťujeme. Mnohé z nich se rodí v oblasti politiky, ekonomie, marketingu i sociální politiky (10, 11).

Hlavním záměrem je vmlouvavou marketingovou kampaní přimět lidi, aby si koupili nabízené zboží, i když je třeba nepotřebují. Bohatší si toho koupí více a chudší méně. Rostoucí majetková nerovnost ve svém důsledku není příznivá pro zdraví ani jedné z uvedených skupin (6).

Marketing se však nesoustředí jen na bohaté. Když se nedá očekávat, že by spotřeba bohatých, např. pokud jde o alkohol a kouření, dále narůstala, pozornost obchodníků je v rostoucí míře věnována těm chudším. Musí jít samozřejmě o levnější, a tedy i méně kvalitní alkohol a cigarety. Když se trh bohatších zemí nasytí, jsou na řadě rozvojové země, a to zejména ty, jejichž ekonomický rozvoj je příznivý. Vážnému zdravotnímu riziku je v důsledku strmě rostoucí spotřeby alkoholu a kouření cigaret vystaveno obyvatelstvo v Číně (14).

Obchodníci si jsou samozřejmě vědomi, že chování lidí neovlivňuje jen reklama, ale i skupinové preference, zvyky a zejména zákony. Snaží se proto ovlivnit veřejnou debatu, motivovat politickou sféru a zasáhnout i základní mechanismy veřejného zdravotnictví a hygienické služby.

Například ve Velké Británii přispívají výrobci alkoholu v rámci sociálních programů na kurzy zdravotnických pracovníků, podporují nevládní organizace v boji proti návykovým látkám apod. Organizace dotované zmíněným průmyslem se dokonce stávají partnery při tvorbě oficiální vládní politiky boje proti alkoholismu. Záměrem je navodit dojem, že průmysl problém nevytváří, ale že obětavě a účinně přispívá k jeho řešení. Nezbytnost zásadního snížení spotřeby alkoholu je zpochybňována, neboť je v rozporu s požadavkem obchodu, tzn. nadále zvyšovat konzumaci alkoholu i cigaret (1).

A obdobně např. Philip Morris na svých českých webových stránkách správně upozorňuje na zdravotní rizika kouření a deklaruje snahu omezit škodlivost kouření. Současně ovšem odmítá opatření, která by mohla vést k omezení marketingu a ke snížení prodeje (jednotné balení, zákaz vystavování v místě prodeje a zákaz používání přísady).

Kolektiv britských autorů v British Medical Journal upozornil (15), že v běžné veřejné politice Spojeného království dominuje ideologie osobní chamtivosti vedoucí k narůstání vlivu obchodních společností, jejichž záměrem je zpochybnit i velmi omezenou roli státu, např. prostřednictvím marketingu a dezinformací. Vláda přenáší část své politické role a výkon veřejné správy na privátní korporace, jejichž činnost financuje z veřejných prostředků. Tyto okolnosti mají výrazné a dosud ne plně adekvátně zhodnocené důsledky na zdraví lidí.

JAK BY BYLO ŽÁDOUCÍ NA ZMÍNĚNÉ OKOLNOSTI REAGOVAT?

Přijetí Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (16) je příznivým výsledkem práce Světové zdravotnické organizace dokládajícím, že je možné hledat a nacházet cesty jak zvládat, alespoň do určité míry, výrobu a distribuci zjevně škodlivého zboží.

Zdraví by mělo být chápáno jako jedna z nejdůležitějších humánních hodnot i na národní úrovni. Je velmi důležité zvažovat, co a jakými metodami udělat pro zdraví v jednotlivých lokalitách za pomoci veřejné správy, organizací, institucí i jednotlivých občanů. Zájem o moc a metody práce obchodních společností se stávají jednou z priorit Public Health (1).

Existuje mnoho aktivit v oblasti hygienické služby a zdravotních ústavů, které jsou nesporně velmi užitečné. Někdy se ovšem zdá, že je snazší věnovat pozornost dílčím laboratorním testům a některým relativně snadnějším zdravotním programům než vstoupit do politické arény plně konfliktních zájmů, včetně vztahu nadnárodních korporací a zdraví zdejších lidí.

Asi to zůstane k posouzení politologům, do jaké míry vláda a parlament hájí skutečné zájmy obyvatelstva a v jakém rozsahu podléhají vlivu nejrůznějších komerčních nadnárodních gigantů. Je to problém, který se asi týká většiny demokratických zemí. Odhaduje se např., že v souvislosti s jednáním o Obamově zdravotnické reformě působilo více než 3300 lobbistů (2).

Dnes si už ani nedovedeme představit zásobování měst bez supermarketů, reklamu bez svádivých billboardů a hospodářství bez „strategických investorů“. Kultivace vztahu společenských struktur a obchodních společností je však nezbytná. Zdraví lidí by mělo být důležitým předmětem společného úsilí. HDP a zisky obchodních organizací by neměly být jediným kritériem rozvoje společnosti.

V civilizovaných zemích má výroba a obchod vymezeny jasné hranice a ochrana spotřebitele a jeho zdraví se bere vážně. Je slyšet hlas občanských iniciativ hájících zájmy lidí v konkrétních lokalitách (12). V tomto smyslu nejde jen o rezort zdravotnictví. Ministerstvo financí má ve svém důsledku na zdraví lidí větší dopad než ministerstvo zdravotnictví, jak ostatně doložila relativně nedávná finanční a přetrvávající ekonomická krize.

Na rezort zdravotnictví se dosud postaral nahlíží jako na „slabé ministerstvo“. Stále ještě se podceňuje skutečnost, že zdraví lidí je jednou z rozhodujících determinantů jak sociálního, tak ekonomického rozvoje.

V parlamentní demokracii by členové parlamentu zastupující zájmy veřejnosti měli hájit zdraví lidí jako jednu z nejvyšších hodnot. Pokud tomu tak není, nezbyvá než hledat cesty jak posílit jejich zdravotní gramotnost a zdokonalovat demokratické mechanismy. Jsou státy, v nichž v tomto směru pomáhají i nevládní organizace a celá řada občanských iniciativ.

Určitým varováním mohou být zkušenosti některých zemí, kde se zdraví lidí i zdravotnické služby staly předmětem chladné obchodní kalkulace. Pokud se podcení základní lidské hodnoty a převládne cynický a účetnický přístup k lidskému životu, bolesti a trápení, potom to obvykle nevede ke štěstí ani nemocných a ani zdravotnických pracovníků.

Je přirozené, že nad životy prasat i akvarijních rybek vládne trh. Dlouhá historická zkušenost však dokládá, že životní osudy lidí by neměly být trhu otrocky podřízeny. Mají-li si lidská společnost zachovat důstojnost a příznivou perspektivu, měl by jim trh sloužit. Uvážlivé regulace trhu jak v péči o zdraví, tak i v mnohých dalších oblastech jsou v zájmu jedinců, skupin i společnosti jako celku.

ZÁVĚR

Nelze se spokojit s často opakovanou tezí, že se má každý sám starat o své zdraví. I když je jisté důležité, aby každý pokud možno pečoval o své zdraví, současně je ovšem zřejmé, že jedinec má proti marketingovým strategiím obrovských obchodních společností jen malou šanci. Asi nebudou stačit dílčí opatření vlády a ministerstva zdravotnictví. Nebude, než se naučit jak by se na zvládnání podobných problémů měly podílet všechny komponenty společnosti (12). To samozřejmě nesníhá ze zdravotnické veřejnosti hlavní odpovědnost. Kdo jiný než lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci by si měli vážit zdraví lidí.

Systém, který je založen na nezbytnosti růstu, vyžaduje další suroviny a naléhavě vyzývá k vyšší spotřebě, vede k rostoucím sociálním, ekonomickým i zdravotním nerovnostem. Těžko se vyrovnává se zjevnou nestabilitou, může být větším rizikem, než si dosud všeobecně připouštíme. Ve svém důsledku může ohrožovat zdraví i samotnou existenci lidí mnohem závažněji než takové nebezpečné zboží, jako jsou cigarety a alkohol.

Pochopení a respektování vztahů mezi zájmy a silami politickými a ekonomickými na jedné straně a mezi cíli sociálními, zdravotními a kulturními na straně druhé vybízí širokou oblast péče o zdraví a celou společnost, aby se vyrovnala s novými náročnými úkoly a aby našla i nové metody jak přijmout a se ctí unést svou část těžké odpovědnosti za zdraví lidí.

Literatura

- Hastings G.** Why corporate power is a public health priority. *BMJ* 2012; 345: e5124.
- Kickbusch I.** Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promot Int* 2012; 27: 427–428.
- Porta M.** *A Dictionary of Epidemiology*. Fifth edition. New York: Oxford University Press 2008.
- WHO.** Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. WHO 1988. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html>
- Holčík J, Žáček A, Koupilová I.** Sociální lékařství. Brno: MU 2007.
- Marmot M, Wilkinson RG. (eds.)** *Social Determinants of Health*. Second edition. New York: Oxford University Press 2006.
- Marmot M, Wilkinson RG.** *Social Determinants of Health – The Solid Facts*. Second edition. Copenhagen: WHO 2003. <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>
- Holčík J.** Nespravedlnost, která zabíjí. Zpráva o sociálních determinátech zdraví. *Čas. Léč. čes.* 2009; 148: 4–9.
- WHO Commission on Social Determinants of Health.** Final Report. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- Marmot M.** Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report>
- Marmot M.** Report on Social Determinants of Health and the Health Divide in the WHO European Region. Executive summary. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/171337/RC62BD05-Executive-summary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf
- WHO Regional Office for Europe.** Health 2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf
- House of Commons, Health Committee.** The Influence of the Pharmaceutical Industry. Fourth report of session 2004-05. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf>
- Yi-lang Tang, Xiao-jun Xiang, Xu-yi Wang, et al.** Alcohol and alcohol-related harm in China: policy changes needed. *Bull World Health Organ* 2013; 91: 270–276.
- Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee M.** All in this together: the corporate capture of public health. *BMJ* 2012; 345: e8082.
- WHO.** WHO Framework Convention on Tobacco Control. http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Ústav sociálního lékařství a veřejného
zdravotnictví LF MU
Kamenice 5, 625 00 Brno
e-mail: jholcik@med.muni.cz

Perspektivy mužské antikoncepce

¹Daniel Driák, ²Ivana Švandová

¹Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

²Katedra fyziologie, Přírodovědecká fakulta UK, Praha

Čas. Lék. čes. 2013; 152: 263–266

SOUHRN

Princípem supresivních metod mužské antikoncepce je potlačit tvorbu spermií a jejich funkce hormonálními, chemickými, fyzikálními, imunologickými nebo jinými postupy. Z hormonálních metod se nejperspektivněji jeví steroidní blokáda spermatogeneze. Lze očekávat, že se první mužskou hormonální antikoncepcí v horizontu 10 let stanou injekce nebo implantáty, avšak „mužská pilulka“ se podle všeho v blízké budoucnosti realitou nestane. Blokáda kalciových kanálů

prostřednictvím farmakologických inhibitorů se zdá být dalším perspektivním mechanismem inhibice spermatozoidálních funkcí. Na základě výsledků výzkumu posledních dvou desetiletí by mohla být rovněž dosažitelná metoda „reverzibilní vazektomie“.

KLÍČOVÁ SLOVA

**mužská antikoncepce –
suprese spermiogeneze
– blokáda kalciových kanálů
– reverzibilní vazektomie**

SUMMARY

Driák D, Švandová I. Perspectives of male contraception

The principle of suppressive methods of male contraception is to repress the sperm production and its functions by hormonal, chemical, physical, immunological or other ways. Of hormonal methods, the most perspective seems to be the steroid blockade of spermatogenesis. In horizon of ten years, it might be expected that the first male hormonal contraception will be available in form of injections or implants, however

the „male pill“ will not become a reality in the near future. Blockade of calcium channels by means of pharmacological inhibitors seems to be another promising mechanism of sperm functions inhibition. Based on the results of research of last two decades, the method of „reversible vasectomy“ might be accessible, too.

KEYWORDS

**male contraception –
suppression of
spermiogenesis –
calcium channels blockade –
reversible vasectomy**

ÚVOD

Na rozdíl od ženské hormonální antikoncepce mužská steroidní antikoncepce za rozvojem zaostává a neprofituje z obrovského pokroku chemického a farmaceutického průmyslu posledních 50 let. Stále chybí dlouho očekávaná antikoncepční pilulka pro muže. Příčiny jsou komplexní, nevýhody převažují nad výhodami, problémem zůstává nalezení vhodného preparátu a nežádoucí vedlejší účinky. Exogenní androgeny představují jaterní zátěž, vyvolávají vzestup hmotnosti retencí vody a sodíku, zvýšenou virilizaci, hirsutismus, zvýšenou erytropoézu a změny koncentrace hemoglobinu, snížení tolerance glycidů a snížení HDL, akné, obezitu a psychické problémy (1). Inhibice spermatogeneze je nekompletní, k čemuž dochází především u mužů indoevropské rasy. Odborná data jsou nekompatní, zájem farmaceutických firem malý a přínos příznivých neantikoncepčních účinků nejistý (2).

Spermatogeneze je složitý androgen-dependentní proces, k tvorbě a maturaci spermií je nezbytný testosteron stimulovaný luteinizačním hormonem. Koncentrace testosteronu v kanálcích nadvarlete mnohokrát přesahuje koncentraci v séru. Influx extracelulárních iontů vápníku je

základní a nezbytnou podmínkou pro akrozomální reakci, při níž je pozorován vzrůst koncentrace vápníku ve spermiích. A naopak, jsou-li vápníkové kanály zablokovány, dochází k inhibici zrání, kapacitace a akrozomální reakce spermií (3, 4). V posledních desetiletích se logicky k reverzibilní inhibici spermatogeneze zkoumají antiandrogeny, přípravky suprimující gonadotropiny nebo inhibující metabolismus spermií, protilátky proti antigenům spermií aj. Největší potenciál k vývoji nehormonální mužské antikoncepce se přičítá ovlivnění specifických iontových kanálů spermií (5). Supresivní metody jsou ve stadiu klinického výzkumu a širšího použití zatím nedosáhly.

HORMONÁLNÍ SUPRESE

Aplikace exogenních androgenů vyvolává supresi gonadotropinů, což vede k inhibici spermiogeneze. Mechanismus je znám od čtyřicátých let 20. století jako suprese spermiogeneze exogenním testosteronem v dávce 25 mg denně. Základní studii, z níž mužská hormonální antikoncepce vychází, je dnes již klasická studie WHO s dávkou 200 mg testosteronenantátu podávanou i.m. jednou týdně. Byť

pouze 65 % mužů vykazovalo azoospermii během 6 měsíců, studie potvrdila, že steroidní cesta je možná a správná. Pearlův index byl velmi nízký – 0,8, avšak studii dokončila necelá polovina zúčastněných. Po vynechání testosteronu se průměrně za 3,7 měsíce upravila koncentrace spermií na minimum 20 milionů/ml a za 6,7 měsíce na původní hodnoty (6).

Sportovcům podávané anabolické steroidy vedou ke zhoršení parametrů spermioqramu, k úplnému potlačení spermiogeneze dochází asi v polovině případů. Pokud je dosaženo „pouhé“ oligospermie, nelze hormony jako spolehlivou antikoncepci použít.

Hlavními přípravky používanými k utlumení spermiogeneze byly antiandrogeny nebo ženské steroidy s antiandrogenním účinkem jako např. cyproteron acetát (CPA) a medroxyprogesteron acetát (MPA). Antiandrogenní substance zároveň velmi účinně tlumí sexuální aktivitu muže a mají významné vedlejší účinky (6).

Schůdnější alternativou jsou antigonadotropní přípravky, které zprostředkují inhibici spermiogeneze na hypothalamo-hypofyzární úrovni. Antigonadotropně působí vysoké dávky androgenů, které však mají rovněž nežádoucí účinky (virilizace, vzestup hmotnosti, změny koncentrace hemoglobinu, jaterní zátěž), případně kombinované s antiandrogeny (1). Problémem je vhodný přípravek testosteronu. Zkoušejí se dlouhodobě aktivní deriváty testosteronu, depotní tabletky, gely, transdermální systémy, injekce, implantáty. V Anglii a Číně se na přelomu tisíciletí testovaly dlouhodobě účinné injekční estery testosteronu testosteron undekanoát a testosteron buciklát samotné nebo v kombinaci s progestiny (2, 7). Testosteron undekanoát jako Undestor tbl. p. o. k denní aplikaci a Nebido depotní injekce i. m. á 10–14 týdnů se používají rutinně k hormonální substituční terapii, stejně tak je dostupný kombinovaný depotní přípravek Sustanon i. m. injekce á 3 týdny (8). Implantáty s novým syntetickým androgenem 7-methyl,19-nortestosteronem (MENT) slibují příznivé neantikoncepční účinky (2).

Novějším trendem je zablokování gonadotropinů progestiny nebo GnRH antagonisty za současné „add back“ substituce testosteronem jako prevence hypogonadismu (2). To umožňuje redukovat dávky testosteronu i androgenně indukované nežádoucí účinky. Nejslibněji se jeví kombinace androgen + progestin, která vyvolává azoospermii u indoevropského plemena (9, 10). Testosteron se kombinuje s depotním MPA, CPA, norethisteron enantátem, levonorgestrel, desogestrel, resp. jeho účinným metabolitem etonogestrel (ENG) (7). Testosteron undekanoát a testosteron buciklát se jeví slibně při samotném použití nebo při současném podávání levonorgestrel butanoátu nebo CPA (11). Samotný levonorgestrel butanoát v dávkách 0,25, 1,0 a 2,5 mg/kg podaný ve dvou i. m. injekcích s odstupem 60 dní nesuprimoval dostatečně spermatogenezi makaka kápoového, avšak stejná aplikace v kombinaci se dvěma simultánními injekcemi 40 mg testosteron buciklátu vyvolala u opic během 90–210 dní azoospermii nebo těžkou oligospermii (12).

Dávka 150 µg ENG denně (tři implantáty Implanonu) a subkutánní testosteronová kapsle 400 mg po 12 týdnech indukovala azoospermii u 10 ze 14 mužů ve 14. týdnu a u 10 ze 13 ve 24. týdnu aplikace (2).

Další výzkum pokračuje na poli selektivních modulátorů androgenních a progestinových receptorů, a nepeptidových GnRH antagonistů (13).

CHEMICKÁ SUPRESE

Začátkem osmdesátých let 20. století byl na trh uveden dihydropyridinový blokátor vápníkových kanálů nifedipin, primárně využívaný k léčbě vysokého krevního tlaku. Zhruba o desetiletí později byl objeven i jeho reverzibilní antikoncepční účinek. Kanwar et al. (1993) popsali nekompetitivní inhibici vstupu vápníku do hlavičky spermie a zastavení jejího pohybu po *in vitro* přidání 0,1–100 µmol nifedipinu k suspenzi spermií (4). Dr. Susan Benoffová a kolegové při studiu výsledků oplodnění *in vitro* vysledovali, že spermie párů, u kterých nebylo mimotělní oplodnění (IVF) úspěšné, nebyly schopné akrozomální reakce navozené manózou na zona pellucida vajíčka (15). Nifedipin snižuje hladiny manosinlecitinu, který se vazby spermie na zona pellucida vajíčka účastní. Tím na membráně spermie dále potencuje svůj účinek jako blokátoru vápníkových kanálů. Přestože užívání nifedipinu prošlo 30letou prověrkou v případech osob trpících hypertenzí, o jeho potenciálních účincích u normotenzních osob není v podstatě nic známo. Snad i proto je zájem farmaceutického průmyslu o jeho užití v rámci mužské antikoncepce nulový. Dr. Benoffová vlastní patent na užití nifedipinu a jiných blokátorů vápníkových kanálů jako mužských kontraceptiv až do roku 2016.

Z blokátorů kalciových kanálů byly nejčastěji testovány látkami nifedipin a verapamil, dále byl k ovlivnění toku vápníku používán kalciový ionofor A23187. Nifedipin byl odzkoušen na zvířecích modelech i na lidech, ale zatím nebyl zaveden do klinické praxe.

Uvažuje se, že blokáda kalciových kanálů by rovněž mohla být univerzální mechanismus rostlinných extraktů používaných po staletí v tradiční čínské, indické a jiných medicínách empiricky k inhibici spermatogeneze (16). Nejznámější látkou je gossypol, polyfenolická sloučenina izolovaná z bavlníku (latinsky *Gossypium herbaceum* = bavlník bylinný). Gossypol byl testován v Číně na několikatisícových souborech dobrovolníků. Je velice účinný, po dávce 20 mg denně p. o. po dobu 4 měsíců a následně 20 mg 3krát týdně dochází k poklesu počtu spermií v ejakulátu pod 4 miliony, dostatečné oligospermie nebo azoospermie bylo dosaženo u 99 % mužů. Nevýhody vysoce převažují nad výhodami, výhodou gossypolu je pouze jeho vysoká účinnost a možnost perorální aplikace. Nevýhodou je pomalý nástup účinku a fakt, že po ukončení léčby je návrat k normě pomalý. Ještě po roce byly u 50 % mužů hodnoty spermioqramu subnormální a v 10 % byla dokonce inhibice spermatogeneze ireverzibilní. Vedlejší účinky byly časté – únava, závratě, ztráta libida, hypokalcémie. Navíc se gossypol ukládá v játrech, srdci a ledvinách, což vedlo k obavám z možných pozdních následků. Zdravotní rizika byla natolik závažná, že WHO jej nikdy neschválila ke klinickým experimentům a i klinické zkoušení v Číně bylo přerušeno.

Dalším příkladem zdroje bioaktivních látek je výcho-doasijský keř z čeledi jesencovitých, *Tripterygium wilfordii*. Antikoncepční účinky byly popsány v rámci nežádoucích projevů pozorovaných při léčení revmatoidní artritidy, chronické nefritidy, ankylozní spondylitidy a různých kožních chorob. Chloroformovou extrakcí byla z rostliny získána sloučenina označovaná jako GTW. Následně z rostliny bylo připraveno množství dalších látek zahrnujících triptolid, tripchlorolid, triptolid, demethylzeylasteral, celastrol a L-epikatechin (16).

FYZIKÁLNÍ SUPRESE

Pro maturaci spermií je důležitá teplota dosažitelná ve skrotu, tj. o 0,5 °C nižší než teplota uvnitř těla, muži s kryptorchismem jsou proto neplodní. Poznatku se údajně využívalo ve starém Japonsku, kde se lokální ohřátí šourku na vysokou teplotu doporučovalo jako antikoncepce. Traduje se, že ve veřejných domech byli námořníci nejprve vykoupáni v horké lázni, což vedle hygieny mělo mít i antireprodukční účinek. Hippokratés doporučoval mužskou antikoncepční metodu založenou na zahřívání varlat. Varlata se po dobu 45 minut ohřívají na zhruba 47 °C, tj. na hranici prahu bolesti, proto není divu, že metoda nebyla oblíbená ani rozšířená.

Serióznější studie prokazují zhoršení spermiologických parametrů i po jednorázovém saunování. Efekt však není dlouhodobý a nemá podstatný antikoncepční význam.

IMUNOLOGICKÁ SUPRESE

Důmyslně připravenými vakcínami je teoreticky možné vyvolat tvorbu protilátek proti jakékoliv substanci, např. proti hormonům regulujícím mužskou reprodukci, povrchovým antigenům spermií atd. Vakcíny proti androgenům zasahovaly do steroidogeneze a způsobovaly poruchy erekce, navíc inhibice gametogeneze byla pouze částečná (17). Příprava vakcín proti otěhotnění nepřekročila fázi výzkumu a potýká se s mnoha problémy.

REVERZIBILNÍ VAZEKTOMIE

V devadesátých letech 20. století vyvinul indický profesor Sujoy K. Guha se spolupracovníky v Indian Institute of Technology v Kharagpuru novou nehormonální, reverzibilní, dlouhodobě účinnou antikoncepční metodu označovanou zkratkou RISUG (reversible inhibition of sperm under guidance), tj. reverzibilní kontrolovaná inhibice spermií. Metoda je nechirurgická reverzibilní „vazektomií“. Do chámovodů se injekcí aplikuje speciální gel obsahující polymer, který desintegruje membránu spermií a vyvolává sterilitu po dobu 10 let. Podstata spočívá v injekci kopolymeru anhydridu styrenmaleinátu rozpuštěném v 99,9% dimethylsulfoxidu do obou chámovodů. Látka neblokuje vas deferens mechanicky, ale způsobuje desintegraci plazmatické membrány spermie, poškození akrozomu, uvolnění enzymů (nukleotidáza, hyaluronidáza, akrosin) nezbytných k interakci spermie-oocyt. Účinky byly potvrzeny i *in vitro*, obsah nukleotidázy a hyaluronidázy v supernatantu se oproti kontrole významně zvýšil, zatímco množství enzymů ve spermiích se snížilo. Rovněž se snížil obsah celkového a volného akrosinu ve spermiích (18). K poškození negativně nabitě membrány spermie dochází opačně (kladně) nabitým nábojem chemikálie. V Indii se metoda zkouší již 15 let a na jaře 2012 postoupila do fáze III klinického výzkumu.

Jediná dávka 60 mg anhydridu styrenmaleinátu ve 120 µl dimethylsulfoxidu ve formě čirého gelu se tenkou jehlou instiluje bilaterálně do vas deferens, procedura trvá asi 15 minut, kopolymer zůstává v záhybech vnitřní stěny chámovodu a působí po dobu 10 let. Substance účinkuje během 1 hodiny, spermie obsažené v ejakulátu spadají do kategorie nekroastenoteratozoospermie, což navozuje okamžitou sterilitu. Metoda je podle zpráv 100% spolehlivá, netoxická, levná, aplikace jednoduchá bez nebo s minimálními vedlejšími účinky, jako je lehký

otok skrota bezprostředně po injekci, který samovolně vymizí během přibližně dvou týdnů (19). Aplikace není navíc doprovázena nežádoucími projevy, které se mohou vyskytovat při „klasické“ vazektomii, jako je vznik granulomů a autoimunitních reakcí (20). K navrácení fertility před uplynutím 10 let se další injekcí aplikuje látka, která kopolymer z chámovodů vypláchne. Nadace Parsemus v USA zahájila studie s přípravkem pod názvem Vasalgel a nejdříve v roce 2015 plánuje zavedení metody na americký trh jako alternativu k vazektomii. Problémem je nezáměr farmaceutických firem, neboť metoda je levná a aplikuje se jednou za 10 let. Metoda nechrání před přenosem sexuálně přenosných infekcí (STI), i když se v současné době provádějí zkoušky, zda styrenmaleinát nesníží pH semene natolik, že by došlo k destrukci HIV.

ZÁVĚR

Přes desetiletí nezdaru pokračuje výzkum na poli reverzibilní antikoncepce pro muže. Perspektivní metody zahrnují supresi spermatogeneze progestinem v kombinaci s androgenem a blokádu kalciových kanálů k zamezení akrozomální reakce. Vývoj hormonální antikoncepce pro muže použitelné pro praxi se nejpravděpodobněji jeví v podobě depotní injekce nebo implantátu. Farmakologické inhibitory vápníkových iontů jsou dostupné v perorální formě a zůstávají nejslibnější perspektivou ve vývoji nehormonální mužské antikoncepce.

Zkratky

CPA	cyproteronacetát
ENG	etonogestrel
GnRH	gonadotropiny uvolňující hormon
HIV	virus lidské imonodeficiency
IVF	mimotělní oplodnění
MENT	7-methyl,19-nortestosteronem
MPA	medroxyprogesteronacetát
RISUG	kontrolovaná reverzibilní inhibice spermií (reversible inhibition of sperm under guidance)
STI	sexuálně přenosné infekce
WHO	Světová zdravotnická organizace

Literatura

1. **Zvěřina J.** Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Akademické nakladatelství CERM 2003.
2. **Anderson RA.** Male steroidal contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care 2004; 9(Suppl 1): 27.
3. **Lishko PV, et al.** The control of male fertility by spermatozoan ion channels. Annu Rev Physiol 2012; 74: 453-475.
4. **Shukla KK, et al.** Ion channels in sperm physiology and male fertility and infertility. J Androl 2012; 33(5): 777-788.
5. **Zheng LP, et al.** Sperm-specific ion channels: targets holding the most potential for male contraceptives in development. Contraception 2013; 88(4): 485-491.
6. **WHO.** Task force on methods for the regulation of male fertility. Lancet 1990; 336: 955-959.
7. **Kamischke A, et al.** Progress towards hormonal male contraception. Trends Pharmacol Sci 2004; 25: 49-57.
8. **Weiss P, et al.** Sexuologie. Praha: Grada Publishing 2010.
9. **Pasqualotto FF, et al.** Trends in male contraception. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 2003; 58(5): 275-283.

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

- 70. Merigiola MC, et al.** A review of androgen-progestin regimens for male contraception. *J Androl* 2003; 24: 466–483.
- 71. Lohiya NK, et al.** Perspectives of contraceptive choices for men. *Indian J Exp Biol* 2005; 43(11): 1042–1047.
- 72. Rajalakshmi M, et al.** Evaluation of the ability of levonorgestrel butanoate alone, or in combination with testosterone buciclate, to suppress spermatogenesis in the bonnet monkey (*Macaca radiata*). *Int J Androl* 2000; 23(2): 95–105.
- 73. Wang C, et al.** Male hormonal contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: S60–68.
- 74. Kanwar U, et al.** The effect of nifedipine, a calcium channel blocker, on human spermatozoal functions. *Contraception* 1993; 48: 453–470.
- 75. Benoff S, et al.** Fertilization potential in vitro is correlated with head-specific mannose-ligand receptor expression, acrosome status and membrane cholesterol content. *Hum Reprod* 1993; 8: 2155–2166.
- 76. Driák D, et al.** Blokáda vápníkových kanálů – perspektiva mužské antikoncepce? *Čes Gynek* 2013; 78(2): 216–220.
- 77. Naz RK, et al.** Recent advances in contraceptive vaccine development: a mini-review. *Hum Reprod* 2005; 20: 3271–3283.

- 78. Chaudhury K, et al.** Studies on the membrane integrity of human sperm treated with a new injectable male contraceptive. *Hum Reprod* 2004; 9(8): 1826–1830.
- 79. Guha SK, et al.** Phase II clinical trial of a vas deferens injectable contraceptive for the male. *Contraception* 1997; 56(4): 245–250.
- 20. Mishra PK, et al.** Status of spermatogenesis and sperm parameters in langur monkeys following long-term vas occlusion with styrene maleic anhydride. *J Androl* 2003; 24(4): 501–509.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Daniel Driák, Ph.D.

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK
a Nemocnice Na Bulovce
Budínova 2, 180 81 Praha 8
e-mail: driak@seznam.cz

2. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU 4. POSTGRADUÁLNÍ KURZ SPOLEČNOSTI PRO GASTROINTESTINÁLNÍ ONKOLOGII ČLS JEP



Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte, abych Vás jménem organizačního výboru srdečně pozval k účasti na druhém českém kongresu věnovanému problematice kolorektálního karcinomu. Tato akce vznikla jako společná iniciativa pěti odborných společností České lékařské společnosti JEP, ale přesahuje i do dalších specializací. Cílem je dosáhnout multidisciplinární spolupráce v oblasti časné diagnostiky a léčby pacientů s tímto zhoubným onemocněním.

Kongres je koncipován ve formě dvou paralelních sekcí (postgraduální kurz a symposia), doplněných o prezentaci posterů. Pozvání přijali přední tuzemští odborníci v oblasti prevence, diagnostiky i terapie tohoto zhoubného onemocnění.

Věřím, že kongres pro Vás bude přínosný a že získané poznatky bude možné využít ke zlepšení péče o pacienty s kolorektálním karcinomem.

Těšíme se na setkání s Vámi!

Za organizátory
prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.
Prezident kongresu

Kongres se koná pod záštitou Nadace Václava a Dagmar Havlových VIZE 97, European Society of Digestive Oncology (ESDO), předsedy senátu Milana Stěcha a Leoše Hegera, bývalého ministra zdravotnictví ČR v letech 2010–2013.

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT AKCE
GUARANT International, Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444, fax: +420 284 001 448, E-mail: crc2013@guarant.cz

! Upozornění – všechna volná sdělení budou z kapacitních důvodů přijímána pouze formou posteru.

6.–7. 12. 2013

Clarion Congress Hotel Prague
www.crc2013.cz

POŘÁDAJÍ

- Společnost pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP
- Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
- Česká chirurgická společnost ČLS JEP
- Česká onkologická společnost ČLS JEP
- Česká radiologická společnost ČLS JEP

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

- prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. (*prezident kongresu*)
- prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.
- prof. MUDr. Miloslav Duda, DrSc.
- doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.
- prof. MUDr. Markéta Hermanová, Ph.D.
- prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.
- doc. MUDr. Marcela Kopáčková, Ph.D.
- as. MUDr. Daniel Langer
- prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.
- prof. MUDr. Stanislav Rejchrt, Ph.D.
- prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
- doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- as. MUDr. Štěpán Suchánek
- prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA
- prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.
- prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

Odložené rekonstrukce prsu – chirurgie duše?

¹Tomáš Kydlíček, ¹Inka Třešková, ²Vladislav Třeška, ³Luboš Holubec

¹Oddělení plastické chirurgie Fakultní nemocnice, Plzeň

²Chirurgická klinika Fakultní nemocnice, Plzeň

³Onkologické a radioterapeutické oddělení Fakultní nemocnice, Plzeň

Čas. Lék. čes. 2013; 152: 267–273

SOUHRN

Východisko. Ztráta či mutilace prsu v důsledku chirurgické léčby nádorového onemocnění vždy představuje zásah do psychiky ženy negativně ovlivňující kvalitu jejího dalšího života. Cílem práce bylo zavést v západočeském regionu odložené rekonstrukce prsu do rutinní praxe a obecné lékařské povědomosti, a přiblížit se tak zemím, kde je to již dlouhou dobu normou. Současně jsme chtěli objektivizovat vliv úspěšné rekonstrukce tělesné integrity na kvalitu života ženy zhodnotit vybrané rekonstrukční metody.

Metody a výsledky. K rekonstrukci prsu byly indikovány ženy po radikální mastektomii v remisi nádorového onemocnění. Mezi lednem 2002 a prosincem 2012 byla odložená rekonstrukce prsu provedena celkem ve 204 případech u 190 žen průměrného věku 46,1 roku (Me 47) v rozmezí 29–66 let. Nejvyužívanější rekonstrukčními metodami bylo použití prsního gelového implantátu

aplikace Beckerova expandér/implantátu – 61 (29,9 %) a 40 (19,6 %), či jejich kombinace s laterálním thorakodorzálním lalokem (37 – 18,1 % a 51 – 25 %); rekonstrukce pomocí volného DIEP laloku byla provedena 12krát (5,9 %). Komplikace se vyskytly u 21 operací (10,4 %) s převahou zánětu a perikapsulární fibrózy, v subjektivním hodnocení převažovala spokojenost s výsledkem rekonstrukce a zvýšení kvality života po rekonstrukci.

Závěr. Trvale narůstající počty odložených rekonstrukcí prsů, spokojenost žen s výsledkem a pozitivní vliv obnovené tělesné integrity na pocit životní spokojenosti a kvalitu života povyšují rekonstrukce prsů na vyšší úroveň a přeneseně dovolují hovořit o chirurgii duše.

KLÍČOVÁ SLOVA

Beckerův expandér/implantát – areolomamillární komplex – laterální thorakodorzální lalok – DIEP

SUMMARY

Kydlíček T, Třešková I, Třeška V, Holubec L. Deferred breast reconstruction – soul surgery?

Background. The loss or mutilation of a breast as a result of surgical treatment of neoplastic disease always represents a negative impact on a woman's psyche and negatively influences the quality of the woman's remaining life. The goal of our work was to implement deferred breast reconstruction into routine practice and the objectification of the influence of reconstruction on bodily integrity, quality of life, and the feeling of satisfaction in women.

Methods and results. Women in remission from neoplastic disease after a radical mastectomy were indicated for breast reconstruction. Between January 2002 and December 2011 deferred breast reconstruction was carried out 174× on 163 women, with an average age of 49.2 and an age range of 29–67 years. The most frequently used reconstructi-

on method was a simple gel augmentation of the breast or a Becker expander/implant – 51 (29.3%) and 37 (21.3%), or in combination with a lateral thoracodorsal flap (31; 17.8% and 47; 27%); reconstruction using a free DIEP flap was carried out 7× (4%). Complications occurred in 19 operations (10.9%) with a dominance of inflammation and pericapsular fibrosis, in a subjective analysis, satisfaction with the results prevailed, along with an increased quality of life after reconstruction.

Conclusion. A growing number of deferred breast reconstructions, women's satisfaction with the results, the positive influence of renewed bodily integrity on the feeling of life satisfaction and the quality of life have elevated breast reconstructions to a qualitatively higher level.

KEYWORDS

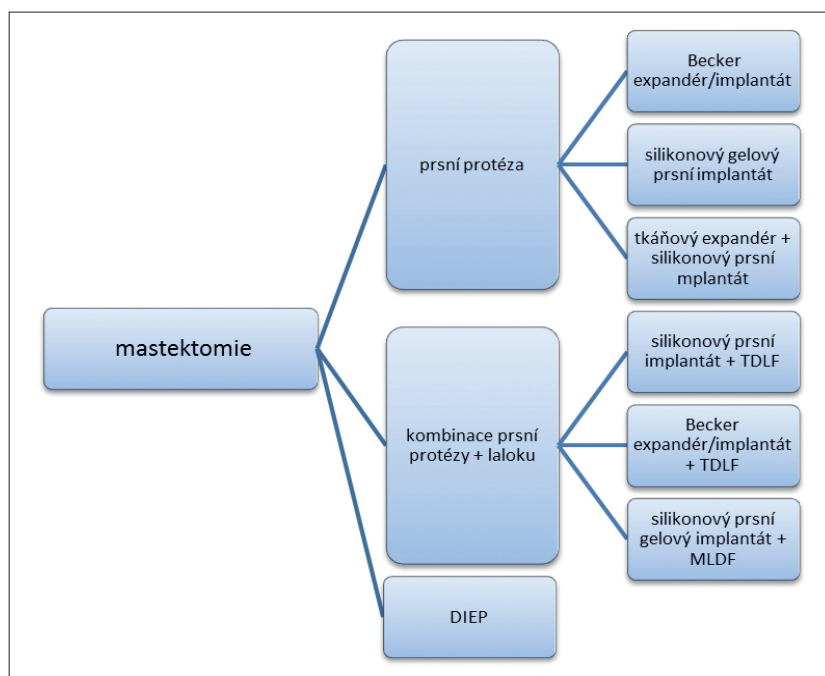
Becker expander/implant – nipple-areola complex – lateral thoracodorsal flap – DIEP

ÚVOD

Nádorové onemocnění prsu, spojené s jeho mutilací, či ztrátou je závažným zdravotním a socioekonomickým problémem. Trvale stresovaná a psychicky alterovaná žena nemůže být považována ve smyslu definice WHO za zdravou, i kdyby nádorové onemocnění vykazovalo dlouhodobou remisi; v tomto ohledu rekonstrukci prsu považujeme za regulérní součást léčby nádorového onemocnění. V důsledku zájmu o rekonstrukce prsů v sedmdesátých a zejména

osmdesátých letech 20. století došlo k intenzivnímu rozvoji rekonstrukčních metod, kde přelomovými momenty byla výroba silikonových implantátů (Cronin, 1963), Beckerova expandér/implantátu (1984), rozvoj mikrochirurgických technik a identifikace nových svalových laloků vhodných k rekonstrukcím. V současnosti je k dispozici celá škála rekonstrukčních metod a postupů, ze kterých jsme vybrali ty, které dovolují rekonstruovat prs s minimální operační zátěží a relativně rychle. Filozofie našeho přístupu spočívá

PŮVODNÍ PRÁCE



Obr. 1 Vybrané rekonstrukční metody

v dokonalém zvládnutí užšího spektra operací, kterým zcela pokryjeme potřebu rekonstrukcí a pomocí kterých dosáhneme žádaného efektu (obr. 1).

Cílem naší práce bylo zavést v západočeském regionu rekonstrukci prsu do léčebného konceptu tak, aby na ně bylo v indikovaných případech nahlíženo jako na integrální součást léčby nádorů prsu, a tím i pozitivně ovlivnit kvalitu života nemocných žen. Naší snahou bylo tedy zakomponovat tento modus operandi do léčebného protokolu a rutinní praxe tak, aby byl běžně dostupný a vešel v regionu do povědomí odborné i laické veřejnosti s ohledem na spádovou oblast našeho pracoviště.

Splnění cílů bylo podmíněno týmovou spoluprací v rámci mammologického centra Chirurgické kliniky, Oddělení plastické chirurgie, RTO, kliniky zobrazovacích metod FN Plzeň a Šiklovým patologicko-anatomickým ústavem LF v Plzni UK v Praze.

SOUBOR NEMOCNÝCH A POUŽITÉ METODY

Do souboru bylo zahrnuto 204 odložených rekonstrukcí prsu, které byly provedeny mezi lednem 2002 až prosincem 2012 celkem u 190 žen; 176 žen (86,3 %) podstoupilo rekonstrukci jednostrannou, 14 (13,7 %) oboustrannou jednodobou (tab. 1).

V průběhu sledovaného období došlo k pozvolnému, nicméně trvalému nárůstu prováděných rekonstrukčních operací (graf 1).

Průměrný věk operovaných žen činil 46,1 roku v rozsahu 29–66 let (Me 47), nejvyšší incidenci vykazovala 5. dekáda života (41–50 let) – 74 (38,9 %), následovaná 6. dekádou (51–60 let) – 58 (30,5 %), ostatní dekády vykazovaly incidenci menší: 4. dekáda (31–40 let) – 49 (25,8 %), 7. dekáda (61–70 let) – 7 (4,3 %), 3. dekáda (21–30 let) – 2 (1,1 %) (graf 2).

Důvodem k předcházející mastektomii byla u 178 (87,2 %) rekonstrukcí anamnéza nádorového onemocnění prsu, u 15 (7,4 %) se jednalo o benigní onemocnění mléčné žlázy a u 11 (5,4 %) se jednalo o prevenci (graf 3).

Šest rekonstrukcí (2,9 %) bylo provedeno dříve než rok po předcházející mastektomii, naprostá většina však – 133 (65,2 %) s odstupem 1–4 roky, ostatních 65 (35,1 %) v odstupu výrazně delším než 4 roky (interval 8–20 let) (graf 4).

Rekonstrukce pomocí silikonového gelového prsního implantátu byla provedena u 61 (29,9 %) operací, Beckerův expandér/implantát (BEI) byl využit 40krát (19,6 %); kombinace prsního gelového implantátu s doplněním měkkých tkání prsní krajiny v oblasti zevních kvadrantů pomocí laterálního thorakodorzálního laloku (TDLF) byla provedena celkem 37krát (18,1 %), kombinace BEI + TDLF 51krát (25 %). Ve dvou případech (1,0 %) byla zvolena kombinace tkáňového expandéru a silikonového gelového prsního implantátu. Doplnění měkkých tkání prsní krajiny pomocí muskulo-

kutárního laloku z m. latissimus dorsi v kombinaci s prsním gelovým implantátem byla využita 1krát (0,5 %), mikrochirurgicky přenesené DIEP 12krát (5,9 %) (tab. 2).

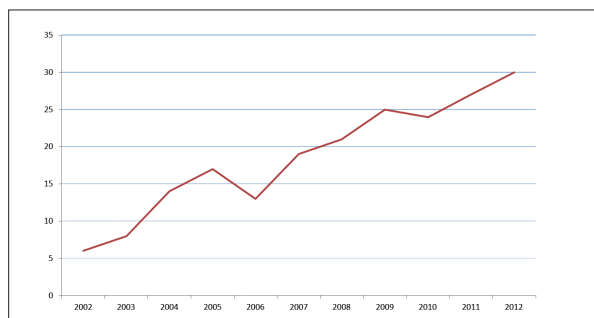
Základními podmínkami indikace rekonstrukční operace bylo realistická přání a očekávání pacientky, kladný závěr onkologického vyšetření a adekvátní celkový zdravotní stav. Metoda rekonstrukce byla stanovena po zvážení výše uvedených momentů a místních anatomických podmínek, důraz byl kladen na minimalizaci zátěže nemocné při zachování estetických nároků na výsledek.

V případech augmentace byly používány kulaté i anatomické gelové silikonové implantáty značek CUI a Laboratoires Eurosilicone, v případě Beckerova expandér/implantátu byly použity Siltex Becker 25 Cohesive I, Siltex Becker 50 Cohesive I a Siltex Becker Contour Profile Becker 35 Cohesive II od Mentor corp.

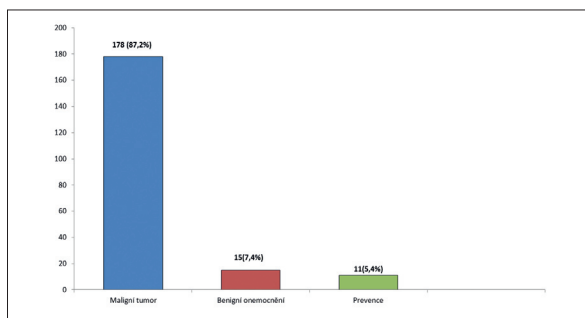
Následné výkony byly prováděny jak na rekonstruovaném prsu (rekonstrukce AMK, korekce jizev, korekce laloku apod.), tak na prsu kontralaterálním (redukce, modelace) pomocí standardních metod a postupů. Rekonstrukce dvorce

Tab. 1 Základní charakteristiky souboru

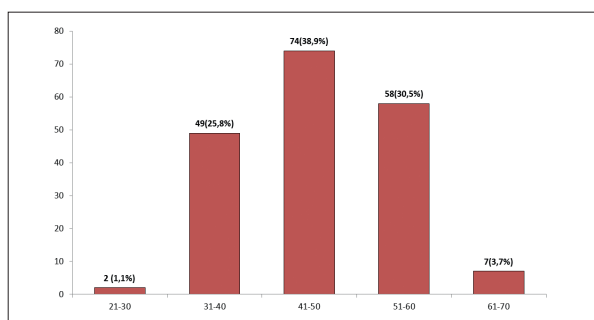
Základní charakteristika	Počet
celkem rekonstrukcí	204
celkem žen	190
věkové rozpětí	28–66
věk – medián	47
průměrný věk	46,1
jednostranné rekonstrukce	176 (86,3 %)
oboustranné rekonstrukce	14 (13,7 %)



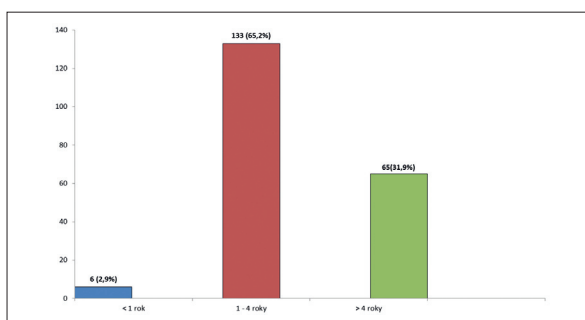
Graf 1 Odložené rekonstrukce v letech 2002–2012



Graf 3 Kausalita mastektomie



Graf 2 Věkové rozdělení po dekádách života



Graf 4 Timming rekonstrukce (8 měsíců až 20 let)

Tab. 2 Vybrané metody rekonstrukce

Rekonstrukční metoda	Počet
prsni silikonový gelový implantát	61 (29,9 %)
Beckerův expandér/implantát	40 (19,6 %)
tkáňový expandér + implantát	2 (1,0 %)
implantát + TDLF	37 (18,1 %)
Beckerův expandér/implantát + TDLF	51 (25 %)
MLDF + implantát	1 (0,5 %)
DIEP	12 (5,9 %)

TDLF – laterální thorakodorzální lalok, MLDF – svalově-kožní lalok z m. latissimus dorsi, nebo také svalově-kožní lalok ze širokého zádového svalu
DIEP – perforátorový lalok z a. epigastrica inferior, nebo také perforátorový lalok z dolní epigastrické arterie

byla prováděna pomocí tetování, eventuálně autotransplantace štěpu z kontralaterálního dvorce, méně autotransplantací sliznice z malých stydkých pysků, rekonstrukce bradavky pak buď autotransplantací části kontralaterální bradavky, metody místní laloků (např. star flap, wrap around flap), nověji pak metodou two-step purse string, která současně rekonstruovala dvorec pomocí kožní autotransplantace.

V hodnocení byl kladen na subjektivní a individuální názor klientky, proto byl hodnotícím kritériem úspěchu zvolen subjektivní názor pacientek – jejich spokojenost se samotným výsledkem rekonstrukce, pocit obnovené blíže nespécifikované životní spokojenosti a kvalitativní změny

v oblasti socioekonomické a psychosexuální, v partnerském vztahu, v úrovni sebevědomí a v životním stylu v porekonstrukčním období.

Data byla sbírána osobním pohovorem, kladeny byly stručné, jasně formulované otázky, k hodnocení byly použity pětistupňové a třístupňové škály (stupeň 1 = nejlepší). Ve všech případech subjektivního hodnocení byl kladen mimořádný důraz, aby nedocházelo k rušivé komparaci se stavem v předchorobí.

Dispenzarizace operovaných žen probíhala 12 měsíců po dokončené rekonstrukci, kdy bylo provedeno také konečné zhodnocení a následně byly ženy předány do péče ošetřujícího onkologa.

VÝSLEDKY

Hlavním hodnotícím kritériem úspěchu rekonstrukce je dle našeho názoru míra spokojenosti ženy s vlastním výsledkem rekonstrukce, míra pocitu blíže nespécifikované subjektivní životní spokojenosti a míra zlepšení kvality života ve vybraných oblastech. Všechna níže uvedená hodnocení vztahující se k subjektivním kvalitám byla relativizována k předrekonstrukčnímu období, nikoliv k předchorobí; žádná z oslovených klientek rozhovor a spolupráci neodmítla.

Úplnou spokojenost s výsledkem udávalo 137 žen (72,1 %), převažující spokojenost 44 (23,1 %), výsledek jako dobrý hodnotily tři ženy (1,6 %), převažující nespokojenost byla zjištěna u šesti žen (3,7 %); vyslovená nespokojenost zaznamenaná nebyla (tab. 3).

PŮVODNÍ PRÁCE

Tab. 3 Subjektivní spokojenost nemocné s výsledkem rekonstrukce

	1	2	3	4	5
Hodnocení	137 (72,1 %)	44 (23,1 %)	3 (1,6 %)	6 (3,2 %)	0

1 = nejlepší

Tab. 4 Míra nespecifikovaného pocitu životní spokojenosti

	1	2	3	4	5
Spokojenost	105 (55,3 %)	72 (37,9 %)	11 (5,8 %)	2 (1,0 %)	0

1 = nejlepší

Tab. 5 Změny kvality života

Kvalita života	1	2	3
socioekonomická	37 (19,5 %)	121 (63,7 %)	32 (16,8 %)
psychosexuální	134 (70,5 %)	53 (27,9 %)	3 (1,6 %)
partnerský vztah	15 (7,9 %)	158 (83,2 %)	17 (8,9 %)
sebevědomí	176 (92,6 %)	11 (5,8 %)	3 (1,6 %)
sebehodnocení	141 (74,2 %)	49 (25,8 %)	0
životní styl	21 (11,1 %)	168 (88,4 %)	1 (0,5 %)

1 = nejlepší

Na otázku, zda by žena rekonstrukci podstoupila v případě potřeby opět, odpovědělo „ANO“ 172 (95,3 %) žen, „NE“ pět (2,6 %) a „NEVÍM“ celkem 13 (6,8 %) pacientek.

Pocit bližší nespecifikované životní „spokojenosti“ po rekonstrukci ve srovnání s obdobím před ní udávalo 105 (55,3 %) žen, „převažující spokojenost“ 72 (37,9 %), životní spokojenost jako „dobrou“ udávalo jedenáct (5,8 %) pacientek a „dostatečnou“ dvě (1,0 %) ženy. S jednoznačnou nespokojeností se životem jsme se v souboru nesetkali (tab. 4).

Jednotlivé kvality života a jejich změny byly sledovány v šesti vybraných oblastech, hodnoceny pomocí třístupňové škály a komparovány s obdobím před vlastní rekonstrukcí, tedy k období mezi mastektomií a rekonstrukcí.

V oblasti socioekonomické většina žen neudávala žádné změny – 121 (63,7 %), přibližně stejné množství udávalo zlepšení 37 (19,5 %) a zhoršení 32 (16,8 %). Kvalita partnerských vztahů nebyla dokončenou rekonstrukcí nijak výrazněji ovlivněna. Sto padesát osm (83,2 %) žen je hodnotily jako nezměněné, jen 15 (7,9 %) jako zlepšené a 17 (8,9 %) udávalo jednoznačné zhoršení. Oba hodnocené parametry – socioekonomická úroveň a partnerské vztahy jsou ovlivňovány širokým komplexem faktorů, často těžko postižitelných, mimo jiné i jejich kvalitou v předchorobí.

Pozitivní vliv rekonstrukce byl sledován v psychosexuální oblasti – 134 (70,5 %) žen udávalo zlepšení, 53 (27,9 %) nezaznamenalo žádnou změnu a jen tři (1,6 %) udávaly zhoršení.

Sebevědomí je obnovením tělesné integrity ovlivněno výrazně kladně. Sto sedmdesát šest (92,6 %) žen udávalo jeho zlepšení, jedenáct (5,8 %) nepozorovalo žádnou změnu sebevědomí a jen tři (1,6 %) jednoznačně zhoršení. S podobnou situací se lze setkat u sebehodnocení, kde 141 (74,2 %) žen udávalo jeho zlepšení a jen 49 (25,8 %) nepozorovalo žádnou změnu. Zhoršení sebehodnocení jsme v souboru nezjistili.

Životní styl nebyl rekonstrukcí prsu nijak výrazně ovlivněn. Největší počet 168 (88,4 %) jej hodnotilo jako nezměně-

ný, 21 (11,1 %) jako zlepšený a pouze jedna (0,5 %) žena udávala zhoršení kvality životního stylu (tab. 5).

Sledovaný soubor vykazoval poměrně nízkou frekvenci komplikací. Bylo zjištěno celkem 21 (10,4 %) místních komplikací, žádná celková (např. embolie plicnice, flebotrombóza DK apod.). Největší frekvenci vykazovala perikapsulární fibróza III. stupně dle Bakera (IV. stupeň zaznamenán nebyl) – 7 (3,4 %), následována hematodem a seromem okolo implantátu – 3 (1,5 %) a okrajovou nektrózou laloku – 3 (1,5 %). Ostatní komplikace – absces okolo implantátu s nutnou následnou explantací či absces v ráně bez explantace, stejně jako komplikace v dárcovské lokalitě u volného DIEP laloku byly zjištěny po dvou případech (1,0 %) spontánní deflace BEI a idiopatická chronická bolest v rekonstruovaném prsu byly zjištěny po jednom (0,5 %).

V období jednohočinné dispenzarizace byla zaznamenána velice nízká mortalita – 1 (0,5 %), a to s odstupem 8 měsíců po rekonstrukci prsu; taktéž jsme se nesetkali s generalizací nádorového onemocnění.

Následně operace podstoupilo 181 žen (95,3 %), jednalo se především o korekci asymetrie tvaru a velikosti prsů modelací či redukcí kontralaterálního prsu se současnou rekonstrukcí AMK.

DISKUZE

Karcinom prsu je ve vyspělých zemích světa civilizační nemocí, je nejčastějším zhoubným nádorem žen s meziročně narůstající incidencí o 1–2 %. (1–4). Vzhledem k tomu, že prs je významným sekundárním pohlavním znakem, prvkem ženského archetypu a v euroamerické kultuře i významným erotickým a estetickým symbolem, stala se rekonstrukce prsu logicky součástí léčebného konceptu. Dle našeho přesvědčení hlavním cílem rekonstrukce prsu musí být zvýšení kvality života ženy ve srovnání s životem po radikální mastektomii, restaurace pocitu tělesné komplexnosti a integrity a minima-

lizace či odstranění stresu vyplývající z předchozí mutilace či ztráty prsu. V tomto bodě konsenzus týkající se problematiky rekonstrukcí prsů obvykle končí. Již otázka, zda prs rekonstruovat bezprostředně či odloženě, budí diskuze, stejně jako výběr indikačních podmínek, rekonstrukčních metod apod. (5). Situaci v západočeském regionu před zahájením programu rekonstrukcí prsu ještě výrazně zhoršoval konzervativní přístup lékařské veřejnosti k rekonstrukcím, takže tyto byly prováděny pouze na přání informovaných pacientek a nebyly jim aktivně nabízeny – nebyly totiž chápány jako integrální součást komplexní léčby. S vědomím složitosti problematiky bylo k řešení zadání přistoupeno mezioborově a týmově; máme za to, že jinak nelze problematiku uspokojivě řešit.

Zásadní otázkou je, kdy lze již prs bezpečně rekonstruovat (6-7). Dříve udávaný odstup nad 2 roky je dnes již dlouho obsoletním názorem a ve shodě s většinou pracovišť máme za to, že k rekonstrukci lze přistoupit v okamžiku, kdy se již neomezí léčba, neztíží z nějakých důvodů dispenzarizace a nemocná je v celkově dobrém stavu (8). I když lze diskutovat o možnosti rekonstruovat prs před případnou radioterapií (9, 10), rekonstrukci raději provádíme až po jejím ukončení. S rekonstrukcí však není vhodné zbytečně dlouho vyčkávat, a to s ohledem na stres, vyplývající z tělesné mutilace, který často umocňuje stres vyvolaný nádorovou anamnézou. Tento stres může mít i fatální následky v podobě suicidiálních pokusů (11), což jen poukazuje na složitost problematiky. Výše udávané zlepšení kvality života v oblasti psychosexuální, ve sféře sebevědomí toto jen podtrhuje a nepřímo zdůrazňuje deprivaci nemocné před vlastní rekonstrukcí (12, 13). Údaje doporučujeme relativizovat k období mezi mastektomií a rekonstrukcí, nikoliv k předchorobí, což by znesnadnilo hodnocení, které by bylo zatíženo řadou vedlejších faktorů, často stěžejních.

Sbírání a hodnocení dat, která pomohou hodnotit tak citlivé oblasti, jako jsou např. pocit životní spokojenosti, vnímání kvalitativních změn sebevědomí apod., jsou citlivou otázkou, na kterou neexistuje jednoznačná odpověď. Je proto otevřenou otázkou, do jaké míry lze získané údaje verifikovat, a zejména hodnotit, jedná se o oblasti dynamických změn, proto hodnocení vztahujeme vždy k danému okamžiku, kterým bylo vyřazení z dispenzarizace, kdy lze již předpokládat jistou míru stabilizace.

V současnosti máme široké spektrum rekonstrukčních metod, kterých je možné využít dle aktuální situace. Nejedná se o však o metody navzájem si konkurující, ale spojitě spektrum možností, z kterých je možné si vybrat dle potřeby (14, 15). Výběr vhodné rekonstrukční metody však nemusí být vždy jednoznačný (16), a stává se proto také častým předmětem odborných diskuzí (17). S ohledem na uvedenou trvale stoupající incidenci nádorového onemocnění ženského prsu, a tím i stoupající počty rekonstrukčních operací se do popředí dostávají i otázky ekonomické (18).

V naší koncepci dáváme, je-li to možné jednoznačně přednost postupům s co nejkratší dobou operačního výkonu, s co nejmenší zátěží nemocné a s co nejmenšími riziky; z těchto důvodů jsme upřednostňovali prostou augmentaci silikonového gelového implantátu či použití BEI, a to všude tam, kde to dostatek kvalitní tkáně, tělesná konstituce a subjektivně představa nemocné o cílové velikosti prsu a tvaru prsu dovolovaly. V případě gelových prsních implantátů či BEI jsme stejnou měrou užívali implantáty kulaté i anatomické, výrazné rozdíly ve tvaru rekonstruovaného prsu jsme ale nezaznamenali (19, 20). Výraznější vliv na výsledný tvar proto přisuzujeme konečnému objemu implantátu.

Všude tam, kde se jevila prostá augmentace gelového prsního implantátu jako méně perspektivní s ohledem na anatomii prsní krajiny, avšak anatomická situace si ještě nevyžadovala použití kombinace implantátu a místního laloku, byl využit BEI (21, 22). Naše zkušenosti potvrzují jeho výhodnost, a to i přes menší ochotu žen ve srovnání s gelovými prsními implantáty. Vysvětlením pro tento jev může být větší povědomost žen o gelových prsních implantátech, známých jim z estetické optativy, či nutnost perkutánního doplňování implantátu a postupné expanze. BEI však považujeme za velmi výhodné řešení, zejména když nebyly v naší sestavě zaznamenány ani ruptury či komplikace vyplývající z doplňovacího portu a pouze jedna spontánní deflace implantátu (23). Jistou slabinou metody je vyšší výskyt perikapsulární fibrózy.

V situacích, kde byl zjištěn absolutní nedostatek kvalitních tkání prsní krajiny, či tam, kde krajina vykazovala výrazné postradiační změny, nemocná trvala na velkém objemu rekonstruovaného prsu, odmítala použití implantátu jako exogenního materiálu či odmítala jiné, méně invazivní metody bez bližšího udání důvodu, byl použit mikrochirurgický transfer DIEP laloku (24). Výhody tohoto řešení jsou možnost rekonstrukce prsu vlastní tkání v nekalitním terénu, přirozenost a dostatečný objem rekonstruovaného prsu při minimalizaci funkčních ztrát svalové vrstvy přední stěny břišní. Je to také poslední možnost jak rekonstruovat prs v případě předchozích neúspěšných rekonstrukcí nemikrochirurgickými postupy či v případě neuspokojivého kosmetického výsledku předchozí rekonstrukce (25).

Mezi oběma výše uvedenými skupinami rekonstrukčních technik se nalézají postupy, které poskytují jisté kompromisní řešení. Za nejvhodnější nyní považujeme kombinaci místního TDLF laloku a implantátu či BEI (26). Kombinovat lze i muskulokutánní lalok m. latissimus dorsi a implantát či BEI. Na tyto kombinované přístupy lze nazírat z různých úhlů – ztrácí se zde výše oceňovaná jednoduchost a rychlost, ovšem je zde stále zachována určitá nenáročnost. Do rozvahy vstupují i další momenty, které činí indikační rozvalu složitější, např. omezená životnost implantátu. Za zmínku stojí vlastnost muskulokutánního laloku z m. latissimus dorsi, který je sice zdrojem kvalitního tkáňového bloku a který, zdá se, je poměrně rezistentní k aktinoterapii. Tato vlastnost by snad umožňovala přistoupit k rekonstrukci dříve, ještě před dokončením onkologické terapie. Nabízí se tedy úvaha, které řešení je výhodnější, zda technicky náročný DIEP, či jednodušší lalok s m. latissimus dorsi, který by mohl být navíc vhodnou rekonstrukční metodou ještě před dokončením léčby (9, 27).

Dříve často uváděný a i hojně užívaný muskulární, či muskulokutánní lalok z m. rectus abdominis (jednostranný, či oboustranný, homolaterální, či kontralaterální), stopkovaný na a. epigastrica superior (tzv. stopkovaný TRAM) také představuje jistý kompromis mezi mikrochirurgickými výkony a nemikrochirurgickými postupy s pomocí implantátů a expandérů (28). Tato metoda s sebou ovšem přináší významné oslabení svalové vrstvy přední stěny břišní a vyšší morbiditu dvorské lokality, což jsou tak významné nevýhody, které využitelnost této metody silně omezily.

Následně výkony jako např. redukce a modelace kontralaterálního prsu, korekce jizev či rekonstrukce AMK mají za úkol optimalizovat a dokončit výsledek rekonstrukce a docílit co nejpřirozenějšího vzhledu a spokojenosti s výsledkem (29, 30) a jsou pro nemocnou velice důležité – dovršují „normalizaci“ novotvořeného prsu.

ZÁVĚR

V průběhu období mezi lednem 2002 až prosincem 2012 se odložené rekonstrukce prsů v západočeském regionu staly integrální součástí léčebného protokolu mammologického centra chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni a vešly i do podvědomí lékařské veřejnosti jako součást komplexního přístupu k léčbě nádorového onemocnění prsu. Tímto byla léčba onkologických onemocnění prsu mléčné žlázy na západě Čech rozšířena o významný kvalitativní prvek; při hodnocení vlivu rekonstrukčních operací na kvalitu života a duševní stav nemocných byl zaznamenán jednoznačně pozitivní vliv. Obnovení tělesné integrity pozitivně ovlivnila především pocit životní spokojenosti, hodnocení kvality života, oblasti psychosexuální, kvalitu sebevědomí a sebehodnocení. Lze konstatovat, že při malé zátěži, malé incidenci komplikací a přijatelných ekonomických nákladech se léčba závažného onkologického onemocnění stává komplexnější a dopadem na psychiku nemocné ženy, na její osobní život a kvalitu života se rekonstrukční plastická chirurgie dostává na vyšší úroveň a lze jí bez nadsázky označit za chirurgii duše ve smyslu medicínského „per corporem ad animam“, skrze tělo k duši.

Zkratky

AMK	areolomammilární komplex
BEI	Beckerův expandér/implantát
DIEP	deep inferior epigastric artery perforator flap
DK	dolní končetina
Me	medián
MLDF	musculus latissimus dorsi flap
TDLF	thoracodorsal lateral flap

Literatura

- Dražan L, Měšťák J.** Rekonstrukce prsu po mastektomii. Praha: Grada Publishing 2006; 23.
- Miller JW, King JB, Joseph DA, Richardson LC; Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Breast cancer screening among adult women – Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61(Suppl): 46–50.
- Akinyemiju TF.** Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the world health survey. *PLoS One* 2012; 7(11): e48834. doi: 10.1371/journal.pone.0048834. Epub 2012 Nov 14.
- Biglia N, Peano E, Sgandurra P, Moggio G, Pecchio S, Maggiorotto F, Sismondì P.** Body mass index (BMI) and breast cancer: impact on tumor histopathologic features, cancer subtypes and recurrence rate in pre and postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29(3): 263–267. DOI: 10.3109/09513590.2012.736559. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2012.736559>.
- Kinoshita S, Nojima K, Takeishi M, Imawari Y, Kyoda S, Hirano A, Akiba T, Kobayashi S, Takeyama H, Uchida K, Morikawa T.** Retrospective comparison of non-skin-sparing mastectomy and skin-sparing mastectomy with immediate breast reconstruction. *Int J Surg Oncol* 2011; 2011: 876520. Epub 2011 Aug 14.
- Roostaeian J, Sanchez I, Vardanian A, Herrera F, Galanis C, Da Lio A, Festekjian J, Crisera CA.** Comparison of immediate implant placement versus the staged tissue expander technique in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2012; 129(6): 909e–918e.
- Lee J, Lee SK, Kim S, Koo MY, Choi MY, Bae SY, Cho DH, Kim J, Jung SP, Choe JH, Kim JH, Kim JS, Lee JE, Yang JH, Nam SJ.** Does Immediate Breast Reconstruction after Mastectomy affect the Initiation of Adjuvant Chemotherapy? *J Breast Cancer* 2011; 14(4): 322–327. Epub 2011 Dec 27.
- Koch N, Delaloye JF, Raffoul W.** Indications and techniques of reconstruction after mastectomy. *Rev Med Suisse* 2012; 8(359): 2003–2004, 2006.
- Aristei C, Falcinelli L, Bini V, Palumbo I, Farneti A, Pettito RP, Gori S, Perrucci E.** Expander/implant breast reconstruction before radiotherapy: Outcomes in a single-institute cohort. *Strahlenther Onkol* 2012; 188(12): 1074–1079. DOI: 10.1007/s00066-012-0231-z. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00066-012-0231-z>.
- Durkan B, Amersi F, Phillips EH, Sherman R, Dang CM.** Postmastectomy radiation of latissimus dorsi myocutaneous flap reconstruction is well tolerated in women with breast cancer. *Am Surg* 2012; 78(10): 1122–1127.
- Nasseri K, Mills PK, Mirshahidi HR, Moulton LH.** Suicide in cancer patients in California, 1997–2006. *Arch Suicide Res* 2012; 16(4): 324–333.
- Andrzejczak E, Markocka-Mączka K, Lewandowski A.** Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology* 2013; 22(7): 1653–1657. DOI: 10.1002/pon.3197. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.3197>
- Bober SL, Giobbie-Hurder A, Emmons KM, Winer E, Partridge A.** psychosexual functioning and body image following a diagnosis of ductal carcinoma in situ. *J Sex Med* 2013; 10(2): 370–377. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02852.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1743-6109.2012.02852.x>
- Ho Quoc C, Delay E.** Breast reconstruction after mastectomy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2012; pii: S0368-2315(12)00257-8. doi: 10.1016/j.jgyn.2012.09.019.
- Petit JY, Rietjens M, Lohsiriwat V, Rey P, Garusi C, De Lorenzi F, Martella S, Manconi A, Barbieri B, Clough KB.** Update on breast reconstruction techniques and indications. *World J Surg* 2012; 36(7): 1486–1497.
- Bodin F, Zink S, Lutz JC, Kadoch V, Wilk A, Bruant-Rodier C.** Which breast reconstruction procedure provides the best long-term satisfaction? *Ann Chir Plast Esthet* 2010; 55(6): 547–552. Epub 2010 Oct 30.
- Beahm EK, Walton RL.** Discussion. Patient satisfaction with mastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plast Reconstr Surg* 2010; 125(6): 1596–1598.
- Atherton DD, Hills AJ, Moradi P, Muirhead N, Wood SH.** The economic viability of breast reconstruction in the UK: comparison of a single surgeon's experience of implant; LD; TRAM and DIEP based reconstructions in 274 patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011; 64(6): 710–715. Epub 2010 Nov 26.
- Macadam SA, Ho AL, Lennox PA, Pusic AL.** Patient-Reported Satisfaction and Health Related Quality of Life Following Breast Reconstruction: A Comparison of Shaped Cohesive Gel and Round Cohesive Gel Implant Recipients. *Plast Reconstr Surg* 2013; 131(3): 431–441. DOI: 10.1097/PRS.0b013e31827c6d55. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
- Gahm J, Edsander-Nord A, Jurell G, Wickman M.** No differences in aesthetic outcome or patient satisfaction between anatomically shaped and round expandable implants in bilateral breast reconstructions: a randomized study. *Plast Reconstr Surg* 2010; 126(5): 1419–1427.
- Goh SC, Thorne AL, Williams G, Laws SA, Rainsbury RM.** Breast reconstruction using permanent Becker(TM) expander implants: An 18 year experience. *Breast* 2012; 21(6): 764–768. doi: 10.1016/j.breast.2012.03.007. Epub 2012 Apr 10.
- Scuderi N, Alfano C, Campus GV, Rubino C, Chiummariello S, Puddu A, Mazzocchi M.** Multicenter study on breast reconstruction outcome using Becker implants. *Aesthetic Plast Surg* 2011; 35(1): 66–72. Epub 2010 Jul 30.
- Yanko-Arzi R, Cohen MJ, Braunstein R, Kaliner E, Neuman R, Brezis M.** Breast reconstruction: complication rate and tissue expander type. *Aesthetic Plast Surg* 2009; 33(4): 489–496. Epub 2008 Jun 6.
- Cubitt J, Barber Z, Khan AA, Tyler M.** Breast reconstruction with deep inferior epigastric perforator flaps. *Ann R Coll Surg Engl* 2012; 94(8): 552–558.
- Mohan AT, Al-Ajam Y, Mosahebi A.** Trends in tertiary breast reconstruction: Literature review and single centre experience. *Breast* 2013; 22(2): 173–178. DOI: 10.1016/j.breast.2012.06.004. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960977612001166>

26. Halström H, Lossing C. The lateral thorakodorsal flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1986; 77(6): 933–943.

27. Lindegren A, Halle M, Docherty Skogh AC, Edsander-Nord A. Postmastectomy breast reconstruction in the irradiated breast: a comparative study of DIEP and latissimus dorsi flap outcome. *Plast Reconstr Surg* 2012; 130(1): 10–18.

28. Chiu WK, Lee TP, Chen SY, Li CC, Wang CH, Chen SC. Bilateral breast reconstruction with a pedicled transverse rectus abdominis myocutaneous flap after subcutaneous mastectomy for symptomatic injected breasts. *J Plast Surg Hand Surg* 2012; 46(3–4): 242–247. doi: 10.3109/2000656X.2012.696263.

29. Egeberg A, Rasmussen MK, Ahm Sørensen J. Comparing the donor-site morbidity using DIEP, SIEA or MS-TRAM flaps for breast reconstructive surgery: A meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012; 65(11): 1474–1480. doi: 10.1016/j.bjps.2012.07.001. Epub 2012 Jul 27.

30. Momoh AO, Colakoglu S, de Blacam C, Yueh JH, Lin SJ, Tobias AM, Lee BT. The impact of nipple reconstruction on patient satisfaction in breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2012; 69(4): 389–393.

31. Cigna E, Ribuffo D, Sorvillo V, Atzeni M, Piperno A, Cal PG, Scuderi N. Secondary lipofilling after breast reconstruction with implants. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16(12): 1729–1734.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Tomáš Kydlíček

Oddělení plastické chirurgie FN
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
e-mail: kydlicek@fnplzen.cz

XXXIV. imunoanalytické dny, XIII. mezinárodní konference CECHTUMA (Central European Tumor Markers) a IV. workshop prediktivní, preventivní a personalizované medicíny

Plzeň, 14. až 16. dubna 2013

Konference a workshop v hotelu a kongresovém centru Primavera pořádala sekce imunoanalytických metod České společnosti nukleární medicíny ve spolupráci s Českou endokrinologickou společností, Českou společností klinické biochemie, sekci laboratorní imunologie České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP. Spolupředatelkami byly i zahraniční organizace: European Group for Tumor Markers (EGTM) a European Association of predictive, preventive and personalized medicine (EPMA).

Ideovou osou spojující akce byly biomarkery; imunoanalytické dny – současné pojetí biomarkery, využití biomarkery pro prevenci, diagnostiku, optimalizaci a monitoraci léčby, zejména v onkologii, endokrinologii, biomarkery v tělních tekutinách, v gynekologii a porodnictví, CECHTUMA – biomarkery v onkologii, důvod jejich stanovení a workshop personalizované medicíny – individuální přístup k členě léčbě pacienta.

Hlavní tematické bloky: Biomarkery a personalizovaná medicína, Personalizovaná medicína, Management laboratoře a kontrola kvality, Biomarkery v onkologii, Biomarkery v endokrinolo-

gii, Biomarkery v gynekologii a porodnictví, Neobvyklé tekutiny pro stanovení biomarkerů a preanalytika, Molekulární biologie a Ranní diskuzní bloky (zaměřené na nádorové markery, statistiku, molekulární biologii, publikace a přednášení, vitamin D a endokrinologii).

Vědecký výbor konference tvořila i řada zahraničních expertů: prof. V. Barak (Jeruzalém), prof. R. Molina (Španělsko), prof. M. J. Duffy (Irsko) a prof. O. Wolfe (USA). Výbor se snažil zařadit co největší počet sdělení, zejména přehledových, edukativního charakteru, výsledky vlastních klinických studií i jednotlivé kazuistiky.

Úvodní přednášky byly zaměřeny na postavení biomarkerů v personalizované medicíně, druhý blok se zabýval problematikou farmakogenetiky a farmakogenomiky a odpolední program uzavíraly přednášky k managementu laboratoře a kontroly kvality. Druhý den konference byl věnován biomarkerům v onkologii, k nimž přispěli i zahraniční přednášející: prof. Duffy – použití biomarkerů ve screeningu rakoviny, prof. Barak – klinické využití biomarkerů pro zhoubné nádory oka a kožní melanomy a prof. Molina – klinické využití cirkulujících hladin

HER-2/neu onkoproteinu u rakoviny prsu. Blok přednášek s problematikou biomarkerů v endokrinologii zahrnoval např. příčiny obezity u dětí, problematiku kalcifikace aortálních chlopní, vliv antiepileptik na kostní metabolismus apod. V bloku Molekulární biologie byla diskutována problematika exprese kódujících a nekódujících RNA u nádorových onemocnění, mikroRNA u zářlivých onemocnění srdce, plic a karcinomu prostaty; přínosné bylo sdělení dr. Eignera z ústavu jaderné fyziky AV ČR v Praze Řeži o molekulárním zobrazování a kvalifikaci a kvantifikaci biologických procesů.

Poslední den zazněly přednášky ke stanovování biomarkerů v neobvyklých biologických tekutinách, o biomarkerech v gynekologii a porodnictví zaměřených na screening Downova syndromu v ČR.

doc. RNDr. Judita Kinkorová, CSc.

Technologické centrum AV ČR
Ve Struhách 27, Praha 6
e-mail: kinkorova@tc.cz

prof. MUDr. Ondřej Topolčan, CSc.

FN Plzeň
e-mail: topolcan@fnplzen.cz

První zkušenosti s personalizovaným posuzováním stupně závislosti pro účely příspěvku na péči

Libuše Čeledová, Rostislav Čevela, Alena Ornerová

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Odbor lékařské posudkové služby

Čas. Lék. čes. 2013; 152: 274–277

SOUHRN

V posudkovém lékařství začala být personalizovaná medicína uplatňována poprvé při posuzování invalidity od roku 2010. Až o 2 roky později se změnilo i posudkové medicínské paradigma posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Od ledna 2012 došlo ke sloučení 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti do deseti základních životních potřeb, jimiž jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. V současné době tak již bylo ověřeno na více než 150 000 posudcích, že personalizované posuzování funkčních postižení představuje významný posun

v individualizovaném přístupu ke všem klientům sociálního zabezpečení. Nárůst počtu osob s uznaným stupněm závislosti III a IV pak potvrzuje, že moderní funkční posuzování je přínosem zejména pro osoby s nejtěžším zdravotním postižením. Personalizovaná posudková medicína je snahou o lepší posudkové medicínské zhodnocení funkčního postižení klienta

KLÍČOVÁ SLOVA

lékařská posudková služba – stupeň závislosti – základní životní potřeby – personalizovaná medicína

SUMMARY

Čeledová L, Čevela R, Ornerová A. First experience with the personalised dependence degree assessment for the purposes of care allowance

Personalised medicine in disability assessment was first implemented in 2010. It was not until two years later that the medical assessment paradigm used for dependence degree assessment for the purposes of care allowance was transformed. Since January 2012, there has been an aggregation of the 36 self-care and self-sufficiency tasks into ten basic living needs, i.e. mobility, orientation, communication, food intake, putting on clothes and shoes, body hygiene, using the toilet, health care, personal activities, and household cleaning. Until the present moment, more than 150 thousand asse-

ssment cases have confirmed that personalised assessment of functional disabilities represents a significant improvement in the individualised approach to all clients of the social security system. The increase in the number of patients with confirmed dependence degrees III and IV has demonstrated that modern functional assessment is beneficial especially for patients with the most severe health impairments. Personalised medical assessment service represents the pursuit of an improved medical assessment of clients' functional disabilities.

KEYWORDS

medical assessment service – dependence degree – basic living needs – personalised medicine

ÚVOD

Systém posuzování stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách byl od 1. 1. 2007 spjat s posuzováním 36 úkonů – 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti, které byly vymezeny celkem 129 činnostmi, z nichž řada neměla každodenní charakter, a některé činnosti se poněkud překrývaly. V procesu posuzování nebyly dostatečně zohledněny zachované schop-

nosti s možností využívat různé běžně dostupné vybavení, prostředky a pomůcky k usnadnění sebeobsluhy. Po více než čtyřleté praktické aplikaci bylo potřebné posuzování nejen zpřehlednit, ale i akcentovat celostní přístupy a nové řešení učinit uživatelsky transparentním a srozumitelným (1-3).

Principem nového posudkového řešení účinného dle zákona o sociálních službách od 1. 1. 2012 se stalo nejen zpřehlednění a zjednodušení dosavadního systému posuzo-

vání stupně závislosti, ale zejména uplatnění objektivního nastavení personalizovaného přístupu ke klientům. Vlastní posudkový proces spojený s posuzováním stupně závislosti agregoval úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti do deseti vyšších celků. Jedná se o základní životní potřeby, jimiž jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Uvedené skutečnosti vycházejí z obecných principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a z mezinárodně používaného systému ADL (activities of daily living) (4–6). Byly zpřesněny zásady hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zohledněna specifika mimořádné péče v případě osob do 18 let věku. Byly odstraněny tzv. věkové hranice, které neumožňovaly uznat vyšší stupeň závislosti u malých dětí. Zůstal dosavadní čtyřstupňový model příspěvku na péči a čtyřstupňové řešení stupně závislosti s vymezením jednotlivých stupňů závislosti podle počtu nezvládaných základních životních potřeb.

POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI DLE PRINCIPŮ A ZÁSAD HODNOCENÍ ZÁKLADNÍCH ŽIVOTNÍCH POTŘEB

Nově navržená kritéria byla doplněna o obecně závazné posudkové zásady a postupy jako např. existenci příčinné souvislosti dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti zvládat základní životní potřeby v přijatelném standardu, hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby s „facilitujícími prostředky“. Posudkově medicínská kritéria jsou založena na osmi principech a dvanácti zásadách, ze kterých musí každé posouzení občana s disabilitou vycházet (7).

Posouzení závislosti občana s disabilitou vychází z osmi následujících principů:

1. Schopnost zvládat základní životní potřebu péče o zdraví se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem.
2. Schopnost zvládat základní životní potřebu péče o domácnost se nehodnotí u osob do 18 let věku.
3. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS) na schopnost zvládat základní životní potřeby. Přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
4. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu.
5. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.
6. U osob do 18 let věku se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a při hodnocení potřeby mimořádné péče porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku.

7. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.
8. Mimořádnou péčí se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku.

Současně se posuzování dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na funkční stav opírá o následujících dvanáct zásad:

1. Hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby obsahuje hodnocení jednotlivých aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze vyhlášky.
2. Hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby.
3. Hodnocení tělesných struktur a tělesných funkcí ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností (duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, funkce hlasu, řeči a kůže).
4. Vymezení neschopnosti zvládat základní životní potřeby jako stavu, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání „facilitačních pomůcek a prostředků“ nelze zvládnout životní potřeby v přijatelném standardu.
5. Stanovení, že za neschopnost zvládat základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu.
6. Hodnocení, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnutí základní životní potřeby.
7. Hodnocení, zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby.
8. Přihlížení, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.
9. Hodnocení stavů, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování, kdy funkční schopnost zvládat základní životní potřeby se stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.
10. Stanovení, že neschopnost zvládat aspoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze vyhlášky, zakládá neschopnost zvládat příslušnou základní životní potřebu, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
11. Stanovení odchylek v postupu u osob 1–18 let věku.
12. Při hodnocení základních životních potřeb pro účely stanovení stupně závislosti se základní životní potřeby, u nichž bylo zjištěno, že je osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat, sčítají (8, 9).

VÝSLEDKY POSUZOVÁNÍ DLE NOVÉHO PARADIGMATU

Během roku 2012 bylo vypracováno celkem 130 678 posudků o stupni závislosti. Tabulka 1 uvádí výsledky celkového posuzování stupně závislosti dle jednotlivých stupňů a v procentním rozdělení za roky 2009–2012, tedy bez rozlišení dětí a dospělých. Pro lepší statickou přehlednost používáme údaje za ukončené kalendářní roky.

Nový způsob posuzování stupně závislosti přinesl v roce 2012 oproti roku 2011 nárůst podílu osob se stupněm závislosti III a IV, celkem o 2,8 % a mírný pokles podílu osob se stupněm závislosti I a II celkem o 1,2 %. V roce 2011 při aplikaci nové metodiky sociálního šetření jsme zaznamenali pokles příznaných stupňů závislosti ve všech stupních. Naopak v roce 2012 se nový personalizovaný přístup posudkových lékařů při hodnocení základních životních potřeb promítl především do navýšení příznaných závislostí osobám s nejtěžším zdravotním postižením. Z uvedených dat lze však i dovodit potřebnost užší spolupráce posudkových lékařů a sociálních pracovníků při hodnocení závislosti osob s disabilitou.

Následující kazuistika ukazuje příklad posouzení stupně závislosti dle kritérií platných do konce roku 2011 a dle nového paradigmatu aplikovaného od ledna 2012.

Kazuistika (žena, 80 let)

Ze zdravotnické dokumentace: Těžká artróza kolen IV. stupně, artróza kyčlí, bolesti páteře při degenerativních změnách, korigovaná hypertenze, kompenzovaná ischemická choroba srdeční, snížená funkce štítné žlázy substituovaná, zvrátě, po operaci meningeomu parasagitálně vlevo 1998 a 99 sekundární epilepsie na terapii kompenzovaná. Obezita, BMI 39.

V objektivním nálezu: Výška 160 cm, váha 100 kg, dobře orientovaná, paměť přiměřená, zrak a sluch přiměřené věku, řeč hůře srozumitelná pro defektní chrup. HK – omezení hybnosti ramen bilaterálně do krajních poloh, snížená jemná motorika, jinak v normě. DK – snížená svalová síla, v Ming. samovolný pád, lymfatické otoky, porucha statiky a dynamiky páteře. Stoj krátce s dopomocí nestabilní pro slabost, chůze nelze ani s dopomocí.

Do 31. prosince 2011: Nezvládá, nebo zvládá s pomocí nebo dohledem z úkonů péče o vlastní osobu: podávání a porcování stravy, mytí těla, koupání nebo sprchování, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, stání a schopnost vydržet stát, přemísťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu.

Z úkonů soběstačnosti nevládá, nebo zvládá s pomocí nebo dohledem: obstarávání osobních záležitostí, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření a ohřívání

jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péči o prádlo, přepírání drobného prádla, péči o lůžko, manipulaci se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Na základě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebovala každodenní pomoc nebo dohled při 11 úkonech péče o vlastní osobu a 12 úkonech soběstačnosti, celkem při 23 úkonech. Šlo o osobu, která se podle §8 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění, považovala za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost).

Od 1. ledna 2012: V souvislosti se změnou právních předpisů při totožném zdravotním stavu potřebovala každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby při mobilitě, oblékání a obouvání, tělesné hygieně, výkonu fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivitě a péči o domácnost, tj. při zvládnutí 7 základních životních potřeb. Šlo o osobu, která se podle §8 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění zákona č. 366/2011 Sb., považovala za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III (těžká závislost).

DISKUZE

Moderní pojmy, jako je personalizovaná medicína, nesplyvají pouze s individualizovaným diagnostickým či terapeutickým přístupem (10). Personalizace medicíny představuje i citlivější přístup k pacientům při posuzování jejich funkčního zdraví pro účely sociálního zabezpečení. I proto byla prvním krokem ke změně pohledu na hodnocení potřeb a kvality života žadatelů o příspěvek na péči změna ust. §25 odst. 1 zákona o sociálních službách, v účinnosti od 1. ledna 2011. Podle ní úřad práce provádí pro účely posouzení stupně závislosti sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Sociální pracovník zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí dle šesti základních okruhů sociálního šetření: schopnost péče o vlastní osobu, výdělečná činnost/školní povinnosti, rodinné vztahy, sociální vztahový rámec, domácnost a prostředí. Těchto šest potřeb bylo vydefinováno dle standardizovaného dotazníku WHODAS II, který vznikl ve spolupráci Světové zdravotnické organizace (WHO) a následujících organizací v USA – Národního úřadu duševního zdraví (NIMH), Národního úřadu pro zneužívání alkoholu (NIAAA) a Národního úřadu pro zneužívání drog (NIDA). Na změnu přístupu k sociálnímu šetření pak navázala o rok později změna lékařského posuzování stupně závislosti, jehož nezbytným podkladem jsou právě závěry sociálního šetření (11). Změna paradigmatu posuzování závislosti, jehož základem je přetvoření hodnocení aktivit denního života (ADL) a principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) do medicínsko-posudkových kritérií, přinesla užívání funkční diagnózy pro účely posu-

Tab. 1 Počet a podíl uznaných stupňů závislosti v jednotlivých stupních a celkem v letech 2009–2012

	SZ I	%	SZ II	%	SZ III	%	SZ IV	%	Celkem	%
2009	38 374	31,5	36 133	29,6	27 746	22,7	19 688	16,1	121 941	100
2010	40 726	33,9	34 600	28,8	24 686	20,6	19 869	16,6	119 881	100
2011	37 440	32,7	36 090	31,6	23 311	20,4	17 543	15,3	114 384	100
2012	42 115	32,2	38 200	29,3	29 289	22,4	21 074	16,1	130 678	100

zování zdravotního stavu pro sociální zabezpečení. Sloučení 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti (129 činností) do deseti základních životních potřeb – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost – přinesla významné funkční hledisko do posuzování zdravotního stavu pro účely sociálních služeb. Cílem modernizace posuzování stupně závislosti bylo postavit posudkově medicínská kritéria na posouzení funkčního postižení. Nárůst počtu osob s uznaným stupněm závislosti III. a IV. stupně potvrzuje, že změna způsobu posuzování je přínosná pro osoby s těžším zdravotním postižením. Jak uvádí Jerie (2010), pacienti jsou a budou i nadále individuálně odlišní. Budeme-li se držet paušálních schémat ve výzkumu, v praxi i ve výuce, musíme počítat s nárůstem nejasností, rozporů, kontraindikací i komplikací. Personalizovaná medicína je snahou o lepší klinické rozhodování (12). Obdobně můžeme přistoupit i k posudkově medicínským přístupům, neboť i v posudkovém procesu nelze považovat všechny klienty se stejnou diagnózou za identické. Personalizovaná posudková medicína je snahou o lepší posudkově medicínské zhodnocení funkčního postižení klienta. Ostatně i cílem prosazení personalizovaného posuzování invalidity bylo zohlednění funkčních postižení klienta na základě sladění posudkově medicínských kritérií s pokroky lékařské vědy, terapie a moderními lékařskými postupy (13).

ZÁVĚR

Personalizované posuzování stupně závislosti, tedy hodnocení deseti základních životních potřeb přineslo pokračování posouzení funkční poruchy. Navázalo tak na již na třetí rok prováděné personalizované posuzování invalidity. Nová posudkově medicínská kritéria vycházejí z již desetiletí existujícího systému a v praxi osvědčeného hodnocení aktivit denního života (ADL) a současně z principů klasifikace MKF. Promítnutí ADL a MKF do nových posudkově medicínských kritérií pro posuzování stupně závislosti tak přispělo ke změně pohledu zdravotnické veřejnosti na zdravotní postižení a zajistilo lepší propojenost mezi oblastí zdravotní péče, následné nebo dlouhodobé péče a oblastí sociální. Začleněním prvků MKF, která v sobě obsahuje všechny složky lidského zdraví a některé složky životní pohody, do nových posudkově medicínských kritérií pro posuzování stupně závislosti se tak mění pohled odborné veřejnosti na zdravotní postižení. Nedílnou součástí podkladů pro posouzení stupně závislosti jsou nejen výsledky lékařských vyšetření a zprávy ošetřujících lékařů, ale i sociálního šetření, které popisuje schopnost života klienta v jeho přirozeném sociálním prostředí. Hodnocení zvládnutí základních životních potřeb v přijatelném standardu vychází z toho, co je v daném sociokulturním prostředí v dané oblasti očekáváno. Cílem modernizace posuzování stupně závislosti bylo postavit posudkově medicínská kritéria na funkčním posouzení zdravotního stavu. Mírný nárůst počtu osob s uznaným stupněm závislosti III a IV potvrzuje, že změna způsobu posuzování podporuje uplatnění personalizované posudkové medicíny. V současné době je možné personalizovanou medicínu chápat jako novou filozofii, při které se jedná se o nový komplexní přístup v péči o pacienta, který je zaměřen na jedince se všemi jeho specifickými vlastnostmi a charakteristikami (14). Změna posuzování stupně závislosti však přinesla od roku 2012 i další zcela novou filozofii v přístupu ke klientovi

lékařské posudkové služby, filozofii funkčního hodnocení jakožto moderního hodnocení zdravotního stavu pro účely kompenzace zdravotního postižení ze systému sociálního zabezpečení. Personalizovaná posudková medicína je snahou o lepší a objektivnější posudkově medicínská kritéria.

Zkratky

ADL	aktivity denního života (activities of daily living)
DK	dolní končetina
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
HK	horní končetiny
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
NIAAA	Národní úřad pro zneužívání alkoholu (USA)
NIDA	Národní úřad pro zneužívání drog (USA)
NIMH	Národní úřad duševního zdraví (USA)
WHO	Světová zdravotnická organizace

Literatura

1. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
3. Čeledová L, Čevela R. Nové medicínské paradigma posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Čas. Lék. čes. 2011; 150(10): 550–553.
4. Čeledová L, Čevela R. Úloha posudkového lékaře a sociálního pracovníka v řízení o příspěvku na péči. Kontakt 2011; 13(1): 48–53.
5. Kalvach Z, Čeledová L, Holmerová I. a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing 2011.
6. Kalvach Z, Zadák Z, Jirák R. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008.
7. Čeledová L, Čevela R. Proč měnit posudkově medicínská kritéria pro posuzování stupně závislosti. Prakt. Lék. 2011; 91(5): 337–340.
8. Čeledová L, Čevela R. Health technology Assessment (HTA) v principech a zásadách posuzování stupně závislosti. Prakt. Lék. 2012; 92(5): 267–269.
9. Seifert B, Čeledová L, Čevela R. a kol. Základní pojmy praktického a posudkového lékařství. 1. vyd. Praha: Karolinum 2012.
10. Campř V. Problematika personalizované medicíny v hematologii – pohled patologa. Čas. Lék. čes. 2010; 149(10): 464–467.
11. Čevela R, Čeledová L. Nové posuzování stupně závislosti dle principů mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Kontakt 2011; 13(3): 308–314.
12. Jerie P. Personalizovaná medicína a snaha o lepší klinické rozhodování. Kardio Rev 2010; 12(3): 108.
13. Čevela R, Čeledová L, Ornerová, A. Zkušenosti s personalizovanou medicínou při posuzování invalidity u duševních poruch a poruch Čas. Lék. čes. 2013; 152(3): 135–138.
14. Kinkorová J. Evropská asociace pro preventivní, prediktivní a personalizovanou medicínu. Personalizovaná medicína v evropské unii. Čas. Lék. čes. 2011; 150(7): 402–404.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

doc. MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.

Odbor posudkové služby MPSV
Na Poříčním právu 1, 128 00 Praha 2
e-mail: libuse.celedova@mpsv.cz

XIX. sympozium o morfologii a funkci střeva

Staré Splavy u Máchova jezera, 25. až 27. dubna 2013

Ve dnech 25. až 27. dubna 2013 proběhla ve Starých Splavech u Máchova jezera tradiční akce – již 19. ročník Symposia o morfologii a funkci střeva. Přestože tentokrát do tohoto tradičního termínu bylo naplánováno mnoho dalších akcí – např. Hradecké gastroenterologické dny, mezinárodní kurz Domácí parenterální výživy a další – našlo si mnoho lékařů i sester cestu i tentokrát právě do Starých Splavů. Odměnou jim byl jak zajímavý odborný program, tak program doprovodný, své místo měla i rozšiřující se posterová a sesterská sekce.

Hned v první sekci mohli lékaři nahlédnout do fyzikální podstaty jednotlivých gastroenterologických vyšetření a rozdílů, které nastaly v technice jednotlivých metod (jako např. RTG vyšetření, CT vyšetření, ultrasonografické vyšetření, endoskopie a další) v průběhu let. Profesor Jiří Beneš je již tradičním přednášejícím bravurně ovládajícím jak fyzikální podstatu, tak medicínské aspekty. Asistent Jiří Drábek seznámil přítomné s technikou a využitím nových instrumentárií – OTSC klipů, profesor Josef Sýkora s nejnovějšími poznatky o využití probiotik v gastroenterologické pediatrii. Poslední byla přednáška docenta Pavla Drasticha o nové metodě – fekální transplantaci – a jejímu potencionálnímu využití, v koreferátu docent Pavel Kohout zmínil praktické aspekty a zkušenosti z jejího prvního provedení v Praze u pacientky s recidivující klostridiovou postantibiotickou kolitidou.

Sekci Racionální a sporné diagnostické a léčebné postupy u idiopatických střevních zánětů a celiakie měl na starosti docent Vladimír Zbořil a byla rozdělena do 2 dnů. V úvodní přednášce rozebral racionální podklad provádění endoskopických metod v diagnostice Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy, ve druhé skórovací systémy a jejich využití. Docent Pavel Kohout se věnoval problematice diety a umělé výživy u idiopatických střevních zánětů a docent Jiří Bronský ozřejmil rozdíly využití exkluzivní enterální výživy u dětských pacientů s Crohnovou chorobou.

Další den rozebral doktor Hustý podobným způsobem radiologickou diagnostiku, problematiku CT a MR vyšetření

a jejich využití, asistentka Zuzana Šerclová přítomným gastroenterologům zdůraznila správný timing indikace operačního řešení idiopatických střevních zánětů a nutnost operačního řešení v centrech zabývajících se touto problematikou. Poslední dvě přednášky této sekce se věnovaly problematice osteopatií – doktorka Dujsíková z hlediska gastroenterologa u idiopatických střevních zánětů a doktorka Lenka Franeková z hlediska osteologa u pacientů s celiakií.

Asistent Petr Kocna a asistentka Zdislava Vaníčková prezentovali ve svých sděleních problematiku laboratorního screeningu u gastroenterologických chorob a zvláště u malabsorpce. Dr. O. Daum seznámil účastníky s nástupem morfologické diagnostiky u Lynchova syndromu a dr. M. Dušek seznámil přítomné s hodnocením uzlin v resekátech střeva s kolorektálním karcinomem.

Po odborné stránce měly všechny sekce bohatou diskuzi, na kterou je na tomto sympoziu již tradičně velký prostor a která navazuje na odkaz prof. Zdeňka Mařátky, tradičního účastníka této akce.

V posterové sekci byla probána nutričně onkologická problematika – nutriční podpora u pacientů s karcinomem tenkého střeva a u pacientů s karcinomem jícnu, kterou připravily a v diskuzi odprezentovaly dr. J. Hornová a dr. D. Čermáková. Další dva postery byly připraveny kolegy doc. Janem Pánkem a as. D. Chrpovou z Potravinářské fakulty Vysoké školy chemicko-technologické a hodnotily vznik rizikových látek při smažení olejů a možnosti ovlivnění.

Tradičně úspěšná byla i sesterská sekce, kterou měla na starosti Petra Soukupová a připravila bohatý program z deseti přednášek s bohatou diskuzí.

Tato tradiční akce se v příštím roce dočká svého 20. pokračování a již nyní je možné pozvat zájemce o gastroenterologii a výživu jak na odborný, tak na doprovodný program.

doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.
e-mail: kohoupav@seznam.cz

LÉKAŘSKÁ SEKCE

Využití techniky v gastroenterologii

J. Beneš

Ústav biofyziky a informatiky a IV. interní klinika
1. LF UK, Praha

Technika poskytuje nové možnosti a lékaři již není pasivním příjemcem, ale volbou parametrů se na terapii či diagnostice aktivně podílí.

První aplikace techniky v gastroenterologii bylo využití rentgenu. Kontrastní vyšetření trávicí trubice zavedené více než před 40 lety je dosud nezastupitelné. Endoskopie měla čtyři posuny: vynález zdroje světla (1879), vláknové optiky (1957), provedení papilotomie (1972) a zavedení CCD čipu (1974). Přes odlišnost posunů každá tato změna představovala klinické zlepšení. Endoskopie diagnostická ustupuje a narůstá terapeutických výkonů.

Diagnostiku GIT doplňují endoskopické kapsle, manometrie, pH-metrie, vyšetření motility magnetickými tabletami a zobrazení izotopová. Dominantní je především ultrazvukové vyšetření umožňující cílené biopsie. Endoskopická sonografie (endosonografie) zobrazuje vrstvy stěny trávicího traktu.

U CT přístrojů se zrychlilo zpracování dat a objevila se změna snímání, že jsou možná třírozměrná zobrazení, nebo CT kolografie, která má prezentaci již podobnou endoskopii. Nevýhodou spirálních CT je radiační zátěž (až 5 mSv). Pokrok by se zde mohl očekávat od magnetické rezonanční kolografie, která poskytuje tři různé obrazy bez ionizačního záření. Tyto nové diagnostické metody však nenahradí například polypektomii při koloskopii nebo chirurgický výkon. Technika tedy na jedné straně rozšiřuje možnosti, na straně druhé ubývá některých výkonů, ve kterých pak klesá erudice lékařů. I zde pomáhá technika vývojem trenažérů a prostorového 3D zobrazení endoskopického přístroje. Zvláštní význam má vyšetření PET/CT, které je v některých indikacích přesnější než dosud prezentované techniky.

Technika v gastroenterologii radikálně zlepšila diagnostiku a umožňuje i provádět terapeutické výkony. Přesto nesmí vymizet a být opomíjen osobní přístup k nemocnému, který je na lůžku a ne v datovém médiu či v trojrozměrné datové matici, jak nám jej technika může nabízet.

Využití OTSC klipů k řešení píštělí a perforací GIT – soubor pacientů

J. Drábek, R. Keil, J. Šťovíček, J. Lochmannová
Interní klinika FN Motol, Praha

Úvod: Systém OTSC klipů (Over-The-Scope-Clip), byl původně vyvinutý pro NOTES jako metoda k uzavěru transluminálního přístupu, se postupně prosazuje do běžnější endoskopické praxe. Byla publikována již celá řada prací popisujících použití OTSC v různých indikacích: k uzavěru traumatických a iatrogenních perforací, dehiscencí anastomóz, píštělí, krvácení do GIT i označení patologické léze před operací.

Cíl: Cílem sdělení je prezentovat vlastní dosavadní zkušenosti s tímto systémem v klinické praxi, včetně popisu možných indikací, přínosů OTSC i možných komplikací této metody a jejich řešení.

Výsledek: OTSC klip by v období od dubna do září 2012 použit na našem pracovišti u šesti pacientů v těchto indikacích: dehiscence anastomózy (3krát), iatrogenní perforace (2krát), píštěl tlustého střeva (1krát). V pěti případech se podařilo úspěšně klip založit a perforaci, respektive dehiscenci uzavřít – v případě řešení píštěle tlustého střeva však uzávěr nebyl dostatečný a ve druhé době musel být pacient operován. V případě iatrogenní perforace jícnu v terénu benigní stenózy jícnu se nepodařilo OTSC klip založit, řešením pak bylo zavedení pokrytého metalického self-expandibilního stentu.

Ve většině případů dojde po čase k odloučení klipu. Nevyřešený zůstává problém eventuálního odstranění perzistujícího OTSC klipu, pokud působí mechanickou překážku. Hypoteticky je zde možnost rozrušení a uvolnění klipu pomocí APC koagulace, které se však na animálním modelu ukázalo jako komplikované. V našem souboru v jednom případě perzistuje klip v jícnu, kde pacientovi ovšem nepůsobí zásadní obtíže.

Závěr: OTSC klip je novým a efektivním nástrojem výrazně rozšiřujícím možnosti terapeutické endoskopie. V řadě případů může být alternativou chirurgického řešení. Metoda s sebou přináší i rizika komplikací – proto je vhodná pro centra s návazností na chirurgická pracoviště vyššího typu a vyžaduje erudovaný personál. Výcvik na animálním modelu je v tomto případě velmi vhodný.

Probiotika – současný pohled dětské gastroenterologie

J. Sýkora

Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni, Dětská klinika FN, Plzeň

Výživa je nejdůležitější faktor vývoje dětského organismu jak po stránce kvantitativní (energie), tak kvalitativní (makronutrienty, mikronutrienty). Vliv výživy na vyvíjející se dětský organismus se uplatňuje v různých oblastech s řadou odlišností od dospělých. Hlavní úlohou výživy je zajistit metabolické potřeby a růst. V posledních desetiletích je snaha zajistit výživou nejen nutriční nároky, ale pomocí výživy ovlivnit také vývoj dětského organismu, snížit riziko vzniku a/nebo také ovlivnit léčbu chorob dětského věku. Potenciálně zdraví prospěšné účinky a vliv probiotik na dětský organismus v dětské gastroenterologii v prevenci a léčbě byl zkoumán v různých situacích, ale pouze některé byly studovány v prospektivních, randomizovaných kontrolovaných studiích. V současnosti nejsou k dispozici studie o vztahu mezi definovanou dávkou probiotik a jejich účinkem u chorob trávicího traktu, vzhledem k tomu, že u probiotik chybí farmakokinetické studie. Dávky používané v prevenci a léčbě se proto velmi liší. Denní dávka 10^6 a 10^9 CFU se považuje za minimální účinnou dávku pro terapeutické účely. Preventivní nebo léčebný účinek probiotik byl prokázán v současnosti jen u několika onemocnění (rotavirové infekce, průjemové choroby spojené s podáváním ATB, alergické choroby), v ostatních případech nejsou dosud závěry jednot-

ABSTRAKTA

né a příznivý účinek dosud nebyl jasně prokázán. Existuje řada metodicky různých studií (zvířecí model, studie *in vitro*, nekontrolované studie, jednotlivé klinické případy atd.) s ohledem na příznivý efekt. Účinek však nelze považovat za jednoznačně prokázaný u řady chorob v dětské gastroenterologii. V tomto sdělení jsou uvedeny choroby a problematika dětské gastroenterologie, kde informace o účinku jsou založeny alespoň na jedné publikované randomizované, dvojité slepé, kontrolované studii. Účinek probiotik byl objektivně u dětí u akutních infekčních průjmů, v prevenci průjmů po podání antibiotik, nekrotizující enetrokolitidy, infekce *Helicobacter pylori* a pouchitida. Aktuálně jsou nevyřešené otázky jaké druhy a kmeny probiotik používat, účinnost kombinace probiotik, jaká probiotika a u jakých stavů podávat, dávkování, doba aplikace, vedlejší účinky a ekonomická stránka. Současné závěry výboru Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) pro výživu a podání probiotik jsou zatím opatrné a shrnují, že dosud máme jen nedostatečné publikované informace, omezené údaje o bezpečnosti a klinické účinnosti a dlouhodobém prospěchu preparátů obsahující probiotické bakterie ve výživě dětí a jejich použití v dětské gastroenterologii.

Fekální transplantace v léčbě klostridiové kolitidy

P. Drastich
IKEM, Praha

V poslední době se v literatuře objevily nové studie zabývající se fekální transplantací. Bylo prokázáno, že tento způsob léčby je v případě rekurentní infekce *Clostridium difficile* mnohem účinnější než běžně užívaná antibiotická léčba. Navíc se otevírají velké možnosti tohoto nekonvenčního přístupu v léčbě obezity, metabolického syndromu nebo i potravinové alergie, dráždivého tračníku a mnoha dalších. První zmínky o „léčbě stolicí“ pochází ze 4. století z čínské medicíny. I když není dosud znám přesný mechanismus, který vede k vyléčení nemocného, má se za to, že hlavní princip spočívá v obnovení mikrobiální diverzity. Stolica ze zdravých dárců obsahuje bohatý a komplexní sortiment mikroorganismů, které vyvinuly prospěšný, symbiotický vztah s lidským orga-

nismem během milionů let evoluce. Tyto bakterie ovlivňují lidský metabolismus, imunitní systém, svalové funkce, ale i náladu. Fekální transplantace je jednoduchá metoda, kdy filtrovaný koktejl stolice dárce je vpraven do těla příjemce nazogastrickou sondou nebo kanylou při kolonoskopickém vyšetření. Dárce, (nejlépe partner, nebo rodinný příslušník) je vyšetřen s cílem zábrany přenosu některých onemocnění. Metoda je šetrná s minimem nežádoucích účinků.

Endoskopické metody v racionální diagnostice a terapii idiopatických střevních zánětů

V. Zbořil

Interní gastroenterologická klinika FN, Brno-Bohunice

Endoskopie patří k souboru objektivních morfologických metod, kterých můžeme využít v diagnostice terapii idiopatických střevních zánětů (ISZ) vedle histomorfologie, radiologických metod a scintigrafie značenými leukocyty. Racionální a efektivní využití endoskopie spočívá ve třech oblastech:

1. primární diagnostika ISZ,
2. hodnocení léčebné efektivity ISZ,
3. terapeutická endoskopie.

Primární diagnostika ISZ

Kvalitní primární diagnostika Crohnovy nemoci (CN) a ulcerózní kolitidy (UC) představuje úplné a dostatečné vyšetření trávicí trubice tak, aby mohla být provedena správná klasifikace obou chorob. V případě UC je to montrealská klasifikace (1), uvedená v tabulce 1 a její podmínkou je úplná koloskopie, optimálně se zavedením přístroje to terminálního ilea.

Tab. 1 Klasifikace ulcerózní kolitidy podle lokalizace nemoci

Postižení rekta – proktitida	E1
Postižení rekta + sigmatu + descendens – levostranný tvar	E2
Postižení orálně od ileální flexury – extenzivní tvar	E3

Tab. 2 Klasifikace Crohnovy nemoci

	Vídeňská	Montrealská
Věk při stanovení diagnózy	A1 = věk < 40 let	A1 = věk < 16 let
	A2 = věk > 40 let	A2 = věk 17–40 let
		A3 > 40 let
Lokalizace	L1 = terminální ileum	L1 = terminální ileum
	L2 = kolon	L2 = kolon
	L3 = ileokolon	L3 = ileokolon
	L4 = horní GIT	L4 = horní GIT
Charakteristika nemoci	B1 = nestenózující, neperforující – zánětlivý typ	B1 = nestenózující, neperforující – zánětlivý typ
	B2 = stenózující typ	B2 = stenózující typ
	B3 = perforující typ	B3 = perforující typ
		B4 = perianální postižení

Tab. 3 Blackstoneova endoskopická klasifikace CN

a) klidové stadium	vymizelá slizniční kresba, granularita
b) lehká aktivita	fokální nebo difúzní erytém
c) střední aktivita	aftoidní nebo malé (do 5 mm) vředy méně než 5 vředů/10 cm segment
d) silná aktivita	mnohočetné velké vředy (nad 5 mm) více než 5 vředů/10 cm segment

Tab. 4 SES-CD Simple Endoscopic Score – Crohn's Disease

	Skóre 0	Skóre 1	Skóre 2	Skóre 3
rozměr ulcerací	ne	0,1–0,5 cm	0,5–2,0 cm	> 2,0 cm
% ulcerací	ne	< 10	10–30	> 30
% postižení	ne	< 50	50–75	> 75
charakter ulcerací	ne	jednotlivé, mohou být přechodné	mnohočetné, mohou být přechodné	mnohočetné, trvalé

Při prvotní diagnostice CN využíváme klasifikace vídeňské (2) nebo montrealské (1), které se liší pouze v detailech (tab. 2). V případě CN je nezbytná úplná koloskopie, podle technické dostupnosti spojená s intubací terminálního ilea a dále gastrofibroskopie. Orální lokalizace CN je sice relativně vzácná a uvádí se od 0,5 do 3,0 %, nicméně nezbytná pro kvalitní terapii a podle některých informací zásadní z hlediska prognostického (3). Primodiagnostika CN v lokalizaci tenkého střeva dává přednost radiodiagnostickým postupům (ultrasonografie střev, CT enterografie, MR enterografie, enteroklyza) a doplňujeme ji enteroskopií až cíleně na základě výsledků radiologických metod. Hlavním důvodem tohoto postupu je náročnost techniky enteroskopie, její nižší dostupnost zvláště v případě dvoubalonové metody a v neposlední řadě zátěž, kterou toto vyšetření představuje pro pacienta. Alternativou je využití kapslové enteroskopie, kterému opět musí předcházet kvalitní radiologická diagnostika vylučující významnou stenózu lačnicku. V opačném případě hrozí komplikace v podobě uváznutí endoskopické kapsle orálně od stenózy. V diagnostice perianální CN je důležité využití rektální endosonografie, korelované s výsledky magnetické rezonance, eventuálně CT pánve. Cílem je co nejpřesnější morfologický popis perianálního postižení, který v případě píštělí má využít Parksovy klasifikace.

Součástí primární diagnostiky ISZ je histomorfologické vyšetření vzorků sliznice odebraných v průběhu endoskopických vyšetření a dále vyhodnocení slizničních změn podle určitých klasifikačních schémat (4–6). Nejčastěji používané v klinické praxi jsou při CN klasifikace Blackstoneova (tab. 3), Mayo subscore a SES-CD (tab. 4). Poměrně složitý pro klinickou praxi je index CDEIS (tab. 5).

Při hodnocení endoskopického obrazu UC se využívají obvykle Blackstoneovy klasifikace (tab. 6), Mayo subscore nebo Mařatkova klasifikace (tab. 7).

Hodnocení léčebné efektivity ISZ

Hodnocení léčebné efektivity zvolené terapie ISZ je nejpodstatnějším bodem léčebné strategie. Při hodnocení výsledků farmakoterapie (včetně nutriční) je podstatné vycházet z různé doby nástupu účinku jednotlivých léčebných modalit. Vlastní hodnocení má část klinickou, při které

můžeme využívat různých indexů aktivity, laboratorní a konečně morfologickou. Její součástí je také hodnocení vývoje endoskopického nálezu. V posledních letech se do popředí nejen endoskopického hodnocení dostává problematika slizničního hojení, o němž dnes víme, že u ISZ:

- Snižuje riziko hospitalizací, chirurgických intervencí, riziko neoplastických změn (7, 8).
- Ovlivňuje příznivě dobu trvání remise nemoci (9, 10).

Zároveň však nesmíme význam slizničního hojení přeceňovat z následujících důvodů:

- Není k dispozici platná definice slizničního hojení (11, 12).
- Je nedostatek korelace mezi výsledky klinických metod a slizničního hojení (13).
- Hojení není při CN stejné ve všech úsecích trávicí trubice (14, 15).

Naše vlastní zkušenosti nás vedou ke strážlivému hodnocení významu slizničního hojení při CN vzhledem ke skutečnosti, že při srovnání s výsledky radiologických metod jsme registrovali neshodu až v 29 %.

Při sledování pooperační rekurence CN po resekčních výkonech je vhodné využít Rutgeertsovy klasifikace z roku 1990 (tab. 8).

Tab. 8 Endoskopická klasifikace rekurence CN podle Rutgeertse

Skóre 0	bez lézí
Skóre 1	méně než 5 aftózních lézí
Skóre 2	více než 5 aftózních lézí – skip léze nebo dlouhé léze – léze méně než 1cm v linii anastomózy
Skóre 3	difúzní aftózní ileitida
Skóre 4	difúzní ileální vředy, noduly

Terapeutická endoskopie ISZ

K základům terapeutické endoskopie ISZ patří zejména dilatace stenóz a eventuálně zavádění stentů, zejména bio-

ABSTRAKTA

Tab. 5 CDEIS – Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity

Část	Nevyšetřeno	Vyšetřeno	Hluboké vředy – č. 7	Povrchové vředy – č. 6	Postižená část povrchu v % (č. 1-9)	Ulcerózní změny – postižení v % (č. 5, 6, 7, 9)
rektum						
sigmoideum/descendent						
transversum						
ascendens/caecum						
ileum						
součet						
			X 12 =	X 6 =	: 10	: 10
celkem						
počet vyšetřených segmentů						
celkově: počet vyšetřených segmentů =						
+ přítomnost ulcerózní stenózy (ano = 3, ne = 0)						
+ přítomnost neulcerózní stenózy (ano = 3, ne = 0)						

Legenda: 1. pseudopolyp, 2. zhojené ulcerace, 3. erytém sliznice, 4. edém sliznice, 5. aftózní ulcerace (2–3 mm), 6. povrchní vředy, 7. hluboké vředy, 8. neulcerózní stenóza, 9. ulcerózní stenóza

Tab. 6 Blackstonova klasifikace endoskopického obrazu ulcerózní kolitidy

a) klidová kolitida	vymizelá slizniční cévní kresba, granularita
b) lehce aktivní kolitida	erytém, křehkost, krvácení dotykem
c) středně aktivní kolitida	mukopurulentní exsudát, ojedinělé nebo mnohočetné vředy o průměru do 5 mm méně než 10/10 cm segment
d) těžká kolitida	velké vředy o průměru více než 5 mm, více než 10/10 cm segment, spontánní krvácení

Tab. 7 Mařatkova klasifikace endoskopického obrazu ulcerózní kolitidy

A. stadium floridní	
1. stadium krvácivé	prosáklá, zduřelá sliznice s krevními výrony, fibrinové nálety
2. stadium hnisavé	stadium krvácivé + žlutý hustý hnis
3. stadium vředové	mnohočetné mapovité vředy, zachovaná sliznice mezi nimi vytváří ostrůvky nebo můstky
4. stadium ulcerózně-polypózní	ze zbytků sliznice se tvoří pseudopolypy, které mohou napodobovat stopkaté i přisedlé polypy
B. stadium klidové	
1. stadium granulované	sliznice jemně zrnitá, křehká, dotykem krvácí, chybí cévní kresba
2. stadium úpravy	sliznice makroskopicky takřka či zcela normálního vzhledu
3. stadium polypózní	sliznice makroskopicky normálního vzhledu s přítomností polypózních změn
4. stadium jiných následných změn	zúžení, deformace, výhřezy, jizvy, fisury, hemeroidy

degradabilních (4, 5). Dominantní využití této techniky se soustředí na pooperační stenózy v anastomozách, je však aplikovatelná i na jiné úseky trávicí trubice (3).

Obtížnou součástí terapeutické endoskopie je přístup k polypóze trávicí trubice, zejména kolon v terénu ISZ.

Podle různých autorů jsou adenomy v terénu ISZ vzácné, přičemž jsou častější v zánětem nepostiženém úseku, zatímco při lokalizaci v terénu zánětu je obtížné jejich odlišení od DALM lézí. Kitiyakarova sestava (16) prokázala výskyt polypů v terénu UC až u 40 % postižených, nicméně

adenomy byly registrovány pouze v 1,3 %. Postup při zejména masivní polyypóze v terénu ISZ je součástí ožehavé diferenciální diagnostiky rizika vzniku dysplazií a neoplazií v terénu ISZ, zejména UC. Jako rizikové skupiny, u nichž je proto vhodné obzvláště pečlivě endoskopické sledování jsou označeny:

- vznik UC v dětském věku,
- extenzivní tvar UC,
- trvání ISZ 10 a více let; riziko dysplazie/neoplazie se odhaduje v závislosti na době trvání nemoci následovně: 10 let = 2 %, 20 let = 8 %, 30 let = 18 %,
- přítomnost primární sklerozující cholangitidy; podle našich vlastních zkušeností je tento faktor prakticky nejzávažnější,
- familiární forma výskytu ISZ, kde se odhaduje interval rizika kratší o 1–2 decenia.

Z praktického hlediska je při koloskopii s nálezem polypoidních lézí důležité rozlišení mezi tzv. DALM a ALM lézí. Zatímco ALM je možné řešit polypektomií, v případě závažné DALM léze v terénu UC je vhodné zvážit kolektomii.

Dieta a umělá výživa v primární a podpůrné léčbě dospělých s idiopatickými střevními záněty

P. Kohout, D. Čermáková
Interní oddělení TN, Praha

Zvýšení incidence idiopatických střevních zánětů ve druhé polovině 20. století je mimo jiné vysvětlována změnou výživových zvyklostí a způsobu života. Z dietních změn je nejčastěji obviňován zvýšený přísun volných cukrů, především rafinovaného řepného cukru, dále zvýšený přísun tuků a jejich nevhodná skladba na úkor vlákniny. Další podstatnou změnou se zdá být snížená diverzita střevního mikrobiomu v souvislosti se sníženým přísunem bakterií, konzumací sterilovaných a konzervovaných potravin namísto potravin čerstvých, sušených či zakysaných. Problematický je i kojení a režim dítěte v 1. roce života, kdy se rozhoduje o toleranci jak potravinových, tak bakteriálních antigenů a typu reakce na ně v celém dalším životě jednotlivce. U geneticky disponovaných může proto strava s nízkým množstvím stimulů v 1. roce života vést následně k porušení způsobu reakce na tyto běžné bakterie a potravinové antigeny.

Změna dietních opatření je také první léčebnou modalitou, kterou sami pacienti při obtížích zvolí. Výsledkem jsou často bizarní kombinace potravin s odstraňováním potravin, které jim skutečně nebo domněle působí obtíže. Na internetových fórech si potom zkušenosti předávají, výsledkem jsou často výrazně karenční diety s nedostatkem základních živin i mikronutrientů. Také doporučení lékařů velmi často nejsou dostatečně kompetentní. U pacientů v klidovém stadiu obou chorob je doporučována racionální dieta s minimálním omezením potravin a postupů, které danému pacientovi působí obtíže. Tak zvaná šetřící dieta, ve které je odstraněna pouze hrubá (tedy nerozpustná) vláknina, nadýmavé potraviny, technologie jako smažení či grilování, je určena pouze pro floridní stadia obou chorob (jak Crohnovy choroby, tak ulcerózní kolitidy) a pro Crohnovu chorobu se stenózujícími postižením střeva. Vždy je vhodné konzultovat s nutričními

terapeuty zastoupení hlavních živin a dalších makro- i mikronutrientů v dietě tak, aby nedocházelo k malnutrici, jiným karencím či hypovitaminózám. Sestavení takového jídelníčku rozhodně nepatří do rukou výživových poradců nebo jiných laiků.

U pacientů ve floridním stadiu ISZ je častá malnutrice, kterou je třeba řešit úpravou diety, její fortifikací nebo nějakou z forem umělé výživy – sippingem či jiným způsobem aplikace enterální výživy. Parenterální výživa je určena pouze pro pacienty, kteří z jakýchkoliv důvodů netolerují výživu do střeva nebo ji nemohou dostat.

Bowel rest, tedy vyloučení perorálního příjmu běžné stravy a její nahrazení enterální nebo parenterální výživou je modalita, která je užívána v indukční léčbě u dětí a u mladých dospělých. Mezi jednotlivými druhy arteficiální výživy prakticky není rozdíl, je účinná jak parenterální, tak enterální polymerní či elementární výživa. Při indukci remise zlepšuje jakákoliv forma umělé výživy rychlost nástupu remise a snižuje množství kortikoidů a délku jejich podávání.

Enterální výživa v indukci remise Crohnovy nemoci u dětí

J. Bronský, K. Zárubová, J. Ohem
Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

K indukci remise Crohnovy nemoci u dětí lze užít exkluzivní enterální výživu, kortikosteroidy nebo biologickou léčbu. Dle doporučení Pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu ČPS je metodou volby při indukční léčbě všech forem Crohnovy nemoci u dětí enterální výživa včetně léčby relapsů. Na rozdíl od dospělých pacientů byla u dětí v této indikaci prokázána účinnost exkluzivní enterální výživy, která je srovnatelná s kortikosteroidy při minimálních nežádoucích účincích. Exkluzivní enterální výživa působí pozitivně nejen na zánětlivě změněný střevní sliznici, ale také celkově podporuje zlepšení nutričního stavu pacienta s Crohnovou nemocí a obnovení lineárního růstu. Exkluzivní enterální výživa se podává perorálně (ve formě sippingu) nebo nazogastrickou sondou (u dětí, které p.o. podávání netolerují). Sondovou enterální výživu lze podávat bolusově (stříkačkou do nazogastrické sondy) nebo kontinuálně (gravitačním enterálním setem nebo pumpou pro enterální výživu). Není rozdíl v účinnosti při použití polymerní, oligomerní nebo elementární enterální výživy. Doporučená délka podávání exkluzivní enterální výživy je 6–8 týdnů, avšak nejsou-li známky odpovědi po 2–3 týdnech, je třeba zvážit jiný druh terapie (obvykle kortikosteroidy). Podává se 120 % kalorií vypočtených na ideální hmotnost pacienta k výšce pro umožnění růstu a hmotnostních přírůstků. K prodloužení efektu enterální výživy i v době remise onemocnění (jako prevence relapsů) lze použít i doplňkovou cyklickou enterální výživu. Výživa je dětmi obvykle velmi dobře tolerována. Přednáška podává přehled odborné literatury prokazující účinnost enterální výživy u dětských pacientů s Crohnovou nemocí a také popisuje zkušenosti našeho pracoviště z období posledních několika let, kdy je tato léčebná modalita u nás používána.

Podpořeno VZ FNM 64203/6001.

ABSTRAKTA

Úloha a význam laboratorního screeningu v gastroenterologii

P. Kocna, Z. Vaničková

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK, Praha

Význam screeningu v gastroenterologii se mění s ohledem na technologický vývoj metodik v laboratorní diagnostice. Screening kolorektálního karcinomu, který je druhou nejčastější malignitou v Evropě je nyní umožněn kvantitativní imunochemickou analýzou hemoglobinu ve stolici (FIT) s téměř 95% přesností. Celiakie ovlivňuje téměř 1% populace, ale zůstává velmi často nediodagnostikována. Doporučenou metodou pro cílený screening je nyní kombinace protilátek IgA tTGA a IgG DGP. Diskutována je nyní otázka screeningu atrofické gastritidy při infekci *Helicobacter pylori* s rizikem rozvoje karcinomu žaludku. Specifickými markery stavu žaludeční sliznice jsou především pepsinogeny I a II, resp. jejich vzájemný poměr. Detekce stabilního izotopu uhlíku ¹³C v dechovém testu ¹³C-UBT se značenou močovinou je při spolehlivosti nad 95 % považována za zlatý standard v diagnostice infekce *Helicobacter pylori*. Stanovení calprotectinu ve stolici je dalším screeningovým testem, který je nyní zvažován pro specifický screening v indikaci kolonoskopií při podezření na IBD, především u dětských pacientů.

Technologický rozvoj laboratorní techniky umožňuje již nyní stanovení několika analytů, markerů ve stolici na automatických analyzátoch, např. kombinace hemoglobinu, haptoglobinu, transferrinu, calprotectinu nebo *Helicobacter pylori* specifického antigenu. Vzorek stolice z pohledu primárního vzorku pro analyzátoch je pro screening v gastroenterologii ideální, neinvazivní variantou.

Laboratorní screening a potvrzení malabsorpce

Z. Vaničková, P. Kocna

ÚLBDL VFN a 1. LF UK, Praha

Malabsorpce je patologický stav, který se týká poruch transportu živin, trávení a/nebo vstřebávání především v tenkém střevě. Nejčastějšími příznaky jsou průjem, steatorrea a malnutrice.

Malabsorpce může být způsobena buď poškozením střevní mukózy, nebo změnami v trávení základních živin. Některé mechanismy vedou k narušení vstřebávání všech živin, jiné jsou více selektivní. V zásadě v patofyziologii malabsorpce hrají roli tři základní skupiny mechanismů: premukózní, mukózní a postmukózní. Premukózní mechanismy vedou k maldigesti, mukózní a postmukózní k malabsorpci v užším smyslu slova.

Nejčastější onemocnění spojená s malabsorpcí jsou: celiakie, Crohnova choroba, laktózová intolerance, lymfom tenkého střeva, žaludeční a jaterní onemocnění, chronická pankreatitida a systémová onemocnění.

V diagnostice se kombinují zobrazovací metody a laboratorní vyšetření.

Z nich se uplatňují především testy globální, screeningové, testy zaměřené na poruchy trávení jednotlivých makronutrientů a specifické diagnostické testy.

Nástup morfologické diagnostiky Lynchova syndromu

O. Daum

Biopická laboratoř, Plzeň

Lynchův syndrom (dříve hereditární nepolypózní kolorektální karcinom) je nejčastější příčinou familiárního výskytu kolorektálního karcinomu se známým molekulárně genetickým podkladem. Tradičně se jeho frekvence odhaduje na 2 % všech kolorektálních karcinomů, v současné době však odhady dosahují až 5 %. Vzhledem k této poměrně vysoké četnosti, absenci premorbidního fenotypu a průměrné věkové prezentaci spadající do produktivního věku se z jeho diagnostiky stává problém nejen medicínský, ale i socioekonomický. Bohužel, Bethesda guidelines, natož Amsterdamská kritéria nejsou dostatečně senzitivní. Ukázalo se, že vyšší senzitivitu vykazují morfologická detekce karcinomů se znaky nestability mikrosatelitů (MSI). Jedna pětina těchto případů by měla být podmíněna Lynchovým syndromem. Pacienti s tímto podezřením vysloveným na základě patologického vyšetření by měli být klinikem dále vyšetřeni na možnost germinální mutace způsobující tento syndrom. Bohužel tato klíčová fáze celého diagnostického procesu se v současné době ukazuje jako kritická a obtížně splnitelná.

Hodnocení lymfatických uzlin v resekátech tlustého střeva s kolorektálním karcinomem

M. Dušek, A. Chlumská, P. Mukenšabl, M. Zámečník

Šiklův anatomický ústav FN a LF UK v Plzni,

Biopická laboratoř, Plzeň

Optimální staging kolorektálního karcinomu má zásadní význam pro odhad prognózy a adekvátní léčbu nemocných. Kromě velikosti karcinomu a hloubky nádorové invaze ve stěně střevní je pro určení stágingu rozhodující stav lymfatických uzlin. Z tohoto důvodu se při histologickém vyšetřování resekátů tlustého střeva s kolorektálním karcinomem klade důraz na detekci a vyšetření maximálního počtu lymfatických uzlin. Jejich počet je závislý na mnoha okolnostech. Ve 120 resekátech tlustého střeva s kolorektálním karcinomem jsme se zaměřili na faktory, které mohou množství perikolických lymfatických uzlin ovlivňovat. Kromě individuálních rozdílů ovlivňuje množství perikolických lymfatických uzlin lokalizace karcinomu v tlustém střevě, rozsah resekované perikolické tukové tkáně, věk nemocných, délka resekovaného tlustého střeva a u nemocných s karcinomem rekta předoperační aktinochemoterapie.

Metabolické osteopatie při idiopatických střevních zánětech – od diagnostiky k terapii

H. Dujsíková, V. Zbořil, L. Prokopová, M. Mišejková
Interní gastroenterologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

Mezi nejčastější metabolické osteopatie ve vztahu ke gastrointestinálnímu traktu patří osteopenie, resp. osteoporóza a osteomalacie. Osteoporóza je progresivní systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem kostní hmoty a poruchami mikroarchitektury kostní tkáně s následným zvýšením fragility kostí a tendencí ke zlomeninám. Vzniká důsledkem nerovnováhy mezi kostní formací a resorpcí. Osteomalacie je defektní mineralizace kostní matrix, což vede k hromadění špatně nebo málo mineralizovaného osteoidu na površích jak kortikální, tak trabekulární kosti.

Výskyt osteoporózy u pacientů s IBD je 20–50 %, vyšší riziko osteoporotických fraktur mají pacienti s Crohnovou chorobou. Osteomalacie se vyskytuje spíše u pacientů s rozsáhlým postižením lačnicku či po rozsáhlých resekcích výkonech na lačnicku, jež jsou spojeny s projevy malabsorpce a porušeným vstřebáváním vitamínu D a kalcia.

Mezi rizikové faktory pro vznik kostní demineralizace patří věk pacienta, kouření, lokalizace choroby a v neposlední řadě také kortikoidní terapie a proinflatorní cytokiny při protrahovaném chronickém průběhu střevního zánětu.

V diagnostice kostních změn používáme zobrazovací metody (denzitometrie, která poskytuje informace o kostní denzitě – BMD) a základní biochemické vyšetření séra – stanovení hladiny vápníku, hořčíku, fosforu, vitamínu D a moči se stanovením odpadů vápníku, hořčíku a fosforu za 24 hodin. V rámci diferenciativní diagnostiky osteopatií pak rozšiřujeme vyšetření o stanovení specifických parametrů.

Osteopenie je dle WHO hodnocena jako skelet s nízkou kostní denzitou, a tedy hodnota BMD je mezi -1 až $-2,5$ SD ve srovnání s mladými jedinci. Osteoporóza je WHO hodnocena jako snížení kostní denzity pod $-2,5$ SD ve srovnání s mladými jedinci.

Základními medikamenty v léčbě kostních změn jsou vitamin D a kalcium. Doporučený denní příjem kalcia činí 1–1,5 g/den, u vitamínu D pak 800–1200 IU. Další terapie – hormonální léčba, bisfosfonáty, stroncium ranelát, parathormon, denosumab – je podávána po individuálním posouzení každého pacienta.

Zvláštní terapeutickou skupinou jsou pacienti s Crohnovou chorobou a rozsáhlým postižením tenkých kliček, četnými resekcemi výkony s plastickými změnami v dutině břišní a pacienti se syndromem krátkého střeva po četných resekcích. U těchto skupin je vlivem omezené absorpční plochy velmi obtížná substituce vitamínem D i kalcium a efekt další terapie bývá mnohdy minimální.

Osteoporóza při celiakii

L. Franeková
Revmatologické a rehabilitační oddělení, Osteocentrum Thomayerovy nemocnice, Praha

Snížení denzity kostního minerálu (osteopenie a osteoporóza) je častým nálezem u pacientů s neléčenou celiakií (až u 70 %), které vystavuje pacienty zvýšenému riziku zlomenin při minimálním traumatu. V patogenezi úbytku kostní hmoty (a tedy i kostního minerálu měřitelného DXA denzitometrií) se uplatňuje malabsorpce kalcia a vitamínů rozpustných v tuku (D a K), chronický zánět s uvolňováním prozánětlivých cytokinů (IFN- γ , IL-6, ...) aktivujících osteoklastickou resorpci, pokles hladiny leptinu, pohlavních a růstových hormonů, u některých pacientů i laktózová intolerance. Nepotvrdil se nález protilátek proti osteoprotegerinu v séru pacientů s celiakií. Po zavedení bezlepkové diety se v optimálním případě do 1 roku normalizuje vstřebávání kalcia a vitamínu D a do 2 let se normalizují hodnoty denzity kostního minerálu (BMD). Tento průběh lze očekávat u dětských pacientů, proto u dětí s nekomplikovanou celiakií diagnostikovanou před nástupem puberty není potřeba BMD měřit. Pokud je diagnostikována celiakie v adolescentním věku, ve kterém klade rostoucí skelet největší nároky na příjem vápníku, vzniká obava, že tito jedinci do 30 let nedosáhnou své maximální vrcholové kostní denzity (peak bone mass), což u nich zvyšuje pravděpodobnost osteoporózy v období těhotenství, laktace a postmenopauzálním období u žen a ve věku nad 65 let u mužů. U celiakie diagnostikované v dospělém věku po zavedení bezlepkové diety dochází k rychlému nárůstu BMD, často však nedojde k úplné normalizaci. Zatím nejsou k dispozici doporučené postupy ohledně měření BMD, intervalu opakování a ani suplementace kalcia a vitamínu D. Racionální postup u dospělých je proto následující: provést denzitometrii, stanovit kalcémii, ALP a hladinu 25-OH vitamínu D v době stanovení diagnózy celiakie.

Někteří autoři doporučují vyšetření pouze vysoce rizikových pacientů pro vznik osteoporózy, tj. s laktózovou intolerancí, nízkým BMI, postmenopauzálních žen, mužů nad 65 let věku a pacientů s přetrvávajícími symptomy či sérologickou aktivitou i přes dodržování bezlepkové diety. Osteomalacie se v dnešní době vyskytuje jen zřídka. V případě zjištěného deficitu vitamínu D (pod 50 nmol/l) je vhodné suplementovat vitamin D a u pacientů s osteoporózou či hlubší osteopenií suplementovat kalcium (1000 mg/den) současně s vitamínem D (800–2000 IU, při průjmech i 3000 IU), po roce zopakovat odběry (kalcium, 25-OH vitamin D, cílem je dosažení hladiny 75–100 nmol/l) a za 2 roky opakovat denzitometrii i s odběry. Součástí sdělení je návod jak provádět suplementaci a monitorovat její účinnost a bezpečnost. Pokud i přes suplementaci klesá BMD či dojde ke vzniku zlomeniny při minimálním traumatu, měl by být pacient odeslán do osteologické ambulance k důkladnější diferenciativní diagnostice snížené denzity kostního minerálu a eventuálnímu nasazení antiresorpční léčby.

POSTEROVÁ SEKCE

Nutritional support during chemotherapy treatment in a patient with small intestine cancer

J. Hornová¹, D. Čermáková², P. Kubánková¹, P. Kohout², Z. Beneš², T. Büchler¹, J. Abrahámová¹

¹Department of Oncology, Thomayer Hospital and First Faculty of Medicine, Charles University, Prague

²Department of Internal Medicine, Thomayer Hospital, Prague

Introduction: The incidence of malignant diseases in the Czech Republic has been increasing over the past years and in 2009 more than 78.000 patients were newly diagnosed with cancer. Many patients with malignancy present with malnutrition at diagnosis or become malnourished during intensive cancer treatments such as chemotherapy, biological therapy, or radiation therapy.

Malnutrition not only has an adverse effect on the survival, but also compromises the quality of life and increases the incidence of complications related to cancer therapy. Maintaining the nutritional status is an important part of complex oncological care. It includes dietary counseling, enteral nutrition such as oral nutritional supplements or enteral tube feeding, and parenteral nutrition. Nausea, vomiting, diarrhea, constipation, and mucositis are common side effects of chemotherapy and can influence the nutritional status. Several retrospective analyses have shown an increased rate of toxicity from chemotherapy in patients with reduced calorie intake.

Case report: A 37-year old female patient with no significant past medical history developed upper abdominal pain and back pain during her last three months of pregnancy. After the delivery the pain temporarily resolved but six weeks later the patient presented again with abdominal pain and vomiting. She was referred to an internal medicine unit. During subsequent work-up, enteroclysis and enteroscopy showed a tumor of the small intestine, with luminal stenosis. Diagnosis of locally advanced adenocarcinoma of jejunum was made following biopsy and staging. A nasogastric feeding tube was inserted to prepare the patient for surgery but was poorly tolerated and parenteral nutritional support had to be started. The patient underwent surgery followed by 12 cycles of chemotherapy with 5-fluorouracil and oxaliplatin. Restaging was carried out after the 1st line of chemotherapy showing a local relapse. Another surgical intervention was planned. Due to the weight loss and anorexia, a nutritional intervention was carried out to optimally prepare the patient for the surgery.

Unfortunately, the tumor was found unresectable during the surgery. The recovery after the operation was slow and the patient developed pressure sores on her heels with poor healing progress. She continued to be monitored closely by the nutritional specialist team. Daily food intake was planned by a nutrition specialist, with the total energy intake of 1620-2400 kcal/day and 55-84 g/day of protein. At this stage, the patient was taking oral nutrition supplements. There was an improvement in the healing of the pressure sores and a second-line biochemotherapy was started. However, the systemic treatment was poorly tolerated with profound nausea and vomiting, and poor nutritional intake despite high doses of antiemetic

drugs. The patient was indicated for parenteral nutritional support that was usually given for 4-5 days between the cycles of chemotherapy until the restoration of full oral intake.

The parental nutrition helped the patient to maintain her nutritional status after each cycle of chemotherapy and was crucial for maintaining the targeted dose-intensity of the treatment.

Conclusion: Patients with nausea and vomiting refractory to combination antiemetic therapy may benefit from short term application of parenteral nutrition between the cycles of chemotherapy. Maintaining good nutritional status leads to better tolerance of multimodal cancer treatment, helps to maintain the desired dose-intensity of chemotherapy as well as good performance status and quality of life. These patients should be sent early for a nutritional intervention. In the Czech Republic in 2010 there were 139 adult patients on home parenteral nutrition, 37% of them had an oncological diagnosis.

We gratefully acknowledge grant no. GA AV KAN208130801for financial support to this work.

This poster was created with the support of Operational program Entrepreneurship and Innovations within the program Potential and the project VIK RADANAL, project no. 4.2 PT03/126.

Nutriční podpora u pacientů s karcinomem jícnu

D. Čermáková, J. Hornová, M. Pokorná, P. Kohout, Z. Beneš, T. Büchler, J. Abrahámová
Thomayerova nemocnice, Praha

Incidence karcinomu jícnu v České republice v roce 2010 byla 5,6/100 tisíc osob při mortalitě 4,4/100 tisíc osob. Dysfágie je poměrně pozdním příznakem ezofageálních nádorů a objeví se až při 80-90% obstrukci lumen jícnu karcinomem - nicméně často právě tento symptom spolu s nevysvětlitelným hubnutím přivádí nemocného poprvé k lékaři. Výběr terapeutické strategie nádorů distálního jícnu se řídí stadiem onemocnění. U stadia T1 N0 M0 je léčbou první volby resekce. V případě pokročilejšího onemocnění (stadium T2 nebo vyšší, jakékoliv N) je indikována předoperační terapie - chemoradioterapie nebo (jen u adenokarcinomu) perioperační (neoadjuvantní a adjuvantní) chemoterapie. Protože předoperační léčba trvá obvykle 2-3 měsíce a pacienti často již vstupně nejsou v optimálním nutričním stavu, je podpůrná nutriční terapie nezbytnou částí multimodální léčby. V našem souboru bylo 37 pacientů s tumorem jícnu a kardie za rok 2011-2012, 30 mužů, sedm žen, průměrný věk mužů 64,6 let, průměrný věk žen 61,7 let.

Celkem dva pacienti s tumorem proximální části jícnu - řešeno chirurgicky, RCHT, nutričně pouze úprava stravy, sipping dva pacienti s tumorem střední třetiny jícnu - nutričně řešeno úpravou stravy. Tumory distální části jícnu a kardie - 33 pacientů, v době diagnostiky sedm pacientů indikováno k zavedení stentu a paliativní léčbě, nutričně úprava stravy a sipping, dva pacienti indikováni k zavedení PEG před plánovanou RCHT a chirurgickým řešením, dva pacienti indikováni k zavedení NJS před RCHT, nenásledovalo chirurgické řešení pro progresi nálezu, 22 pacientů se sippingem během RCHT a přípravě na operační řešení. Všichni pacienti s tumorem jícnu byli během léčby nutričně zajištěni.

Rizikové látky vznikající při oxidaci smažicích olejů

J. Pánek, M. Sabolová, I. Roubíčková, D. Chrpová
Ústav analýzy potravin a výživy, VŠCHT, Praha

Zvýšený příjem smažených pokrmů s sebou přináší několik potenciálních výživových rizik:

- zvýšený příjem tuků, jejichž kvalita není vždy optimální;
- zvýšený příjem chloridu sodného (většina spotřebitelů solí smažené pokrmy poněkud více než pokrmy ostatní);
- příjem látek, které vznikají při reakcích samotného tuku nebo reakcích degradačních produktů tuku se smaženou potravinou.

Těkávé reakční produkty se do smažené potraviny dostávají v minimálním množství a pro konzumenta nepředstavují významné zdravotní riziko. V určitých případech ale mohou být rizikové pro obsluhu. Netěkávé reakční produkty zůstávají částečně ve smažicím mediu, částečně jsou ale inkorporovány do smažené potraviny (spolu s nedegradovaným tukem) a v některých případech mohou představovat zdravotní riziko pro konzumenta. Nejvýznamnější z těchto produktů jsou karbonylové sloučeniny, oxidované polymery a oxidační produkty sterolů. Tyto látky mohou významným způsobem zvyšovat riziko oxidačního a karbonylového stresu v organismu, zejména ve střevě. Kromě toho mohou být smažené potraviny významným zdrojem karcinogenního akrylamidu.

Použití některých aromatických bylin ke stabilizaci smažicích olejů

D. Chrpová^{1,2}, I. Roubíčková¹, M. Sabolová¹, J. Páneki¹
¹Ústav analýzy potravin a výživy VŠCHT, Praha

²Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola (VOŠZ a SZŠ) 5. května, Praha

Schopnost listů vybraných bylin čeledi *Lamiaceae* – dobromysli obecné (*Origanum vulgare* L.), šalvěje lékařské (*Salvia officinalis* L.), tymiánu obecného (*Thymus vulgaris* L.) a saturejky horské (*Satureja montana* L.) a čeledi *Apiaceae* – kopru vonného (*Anethum graveolens* L.) a koriandru setého (*Coriandrum sativum* L., var. *Cilantro*) inhibovat oxidaci řepkového a slunečnicového oleje při jejich skladování po smažení se sledovala pomocí Schaalova testu při teplotě 60 °C. Podmínky pokusu v podstatě imitují běžný způsob použití smažicích a fritovacích olejů v domácnosti. Pro porovnání byly použity syntetické antioxidanty BHT a propylgallát. Tymián a šalvěj velmi významně zvýšily oxidační stabilitu smažicích olejů během jejich následného skladování. Jejich účinnost byla srovnatelná jako účinnost propylgallátu. Aktivita saturejky, kopru a koriandru byla slabší, ale ještě významná. Oregano a BHT byly v ochraně proti oxidaci smažicích olejů neúčinné.

Některé z těchto bylin (zejména saturejka) současně zvyšují intenzitu senzorického vnímání slané chuti. Toto umožňuje snížení množství soli použité do pokrmu, což může být významné zejména u stravování seniorů.

STÁRNUTÍ, OMLAZOVÁNÍ A CHEMOTAXINY

Titul článku zařazený do oddílu Clinical Implications of Basic Research je uveden ohlednutím na starou léčebnou praxi známou od Hippokrata, Galéna až po W. Oslera – totiž venesekci u těžce nemocných, zejména starých pacientů, jež vedla často k úlevě. Uvádí tak zamyšlení nad dosud nezodpovězenou otázkou, proč dochází k progredujícímu zhoršení stavu u pacientů se srdeční insuficiencí se zachovalou ejekční frakcí přes veškeré terapeutické snahy, které se osvědčují při systolickém selhání levé komory. Nejčastěji jde o poruchu komorové compliance vázané na vysoký – nebo alespoň vyšší – věk. Upozorňuje nás na výsledky pokusů na myších při heterogenní parabióze, tj. propojení cirkulace starého a mladého zvířete. Ukázalo se, že u starých myší dochá-

zí ke snížení hmotnosti srdce a signifikantní redukci velikosti kardiomyocytů. Bylo nalezeno 13 proteinů, které odlišují staré myši od mladých. Jeden z nich – GDF 11 – se vyskytuje jen u mladých jedinců a při stárnutí ho ubývá. Ve stáří přibývá naopak jiného chemotaxinu – eotaxinu, který vede k hypertrofii kardiomyocytů. Mezi proteiny regulující velikost buňky kosterního svalstva patří myostatin. Je možné, že tyto molekulární geneticky podmíněné diference podmiňují rozdíly komorové compliance a mohou vysvětlovat individuálně pozměněný průběh srdeční slabosti a její reaktivní léčbu. „Humorální“ vlivy patří do molekulární biologie – a mohou být dědičné!

Marginální poznámka: Před 100 lety zjistili biologové, že velikost led-

viny vyjádřená vztahem její hmotnosti k celkové hmotnosti tělesné stoupá u savců od čistých býložravců přes masožravce k všežravcům. A u obratlovců sleduje tento vztah i hmotnost jater. Experimentální fyziologové o tom patrně vědí více.

Literatura:

Rando TA, Finkel T. Cardiac aging and rejuvenation – A sense of humors? *New Engl J Med* 2013; 369: 575–576.

Magnan A. Le poids relatif des reins chez les mammifères. *Comp Rend Soc Biol* 1912; 73: 614–615.

Pavel Jerie

Mezinárodní konference AWHP 2013

Praha, 17. září 2013

Katedra lékařských a humanitních oborů Fakulty biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze a Společnost pro radiobiologii a krizové plánování České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně uspořádaly 17. září 2013 již 3. ročník mezinárodní konference věnované multioborovému přístupu k problematice krizového řízení, odstraňování následků katastrof, medicíny katastrof, urgentní medicíny, psychickým aspektům traumatu a komplexní zdravotní péče v rámci následné rehabilitační péče s názvem *Aspekty práce pomáhajících profesí – AWHP 2013*.

Letošní ročník přivedl do hotelu Olympik v Praze 8 téměř dvě stovky vysokoškolských učitelů, odborníků z praxe, konzultantů a studentů. Lákadlem letošního ročníku byly nejen obsahové otázky, spojené s ústředním tématem, ale také program bohatý na zajímavé přednášky, kterých ve dvou sekcích bylo prezentováno 52.

Kongresový sál tentokrát hostil celou řadu významných osobností, například genmjr. v. z. Ing. Miroslava Štěpána, náměstka ministra vnitra České republiky pro evropské fondy, bezpečnostní výzkum a policejní vzdělávání, brig. gen. MUDr. Božetěcha Jurenku, ředitele Agentury vojenského zdravotnictví Armády České republiky, brig. gen. Ing. Jaromíra Žunu, Ph.D., MSc., ředitele Agentury logistiky Armády České republiky, genmjr. v. z. Ing. Jiřího Halašku, Ph.D., proděkana FBMI ČVUT v Praze, který byl zároveň jedním z hlavních organizátorů, doc. MUDr. Miroslava Tichého, CSc., děkana Fakulty zdravotnických studií, Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., předsedu Společnosti pro radiobiologii a krizové plánování České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, MUDr. Josefa Štorka, Ph.D., předsedu Společnosti krizové připravenosti zdravotnictví České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a celou řadu dalších erudovaných odborníků z České a Slovenské republiky.

Mezinárodní konferenci zahájil prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., děkan Fakulty biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze, který ve svém úvodním slovu ocenil záměr organizátorů vytvořit odbornou platformu pro setkávání se odborníky ze všech oblastí, které participují na uceleném přístupu k řešení krizových a mimořádných situací, včetně odstraňování jejich následků a poskytování komplexní odborné péče přeživším a obětem v rámci všech složek pomáhajících profesí.

V dopoledním bloku přednášek byla pozornost upřena především na problematiku krizového řízení, odstraňování následků mimořádných událostí, poskytování přednemocniční péče v polních podmínkách v rámci zahraničních misí Armády České republiky a zdravotní péči. Posluchači se mohli seznámit s indikátory bezpečnosti regionů, systémem „MEDEVAC“, s problematikou spojenou se stažením vojenských sil z Afghánistánu, léčbou hemoragicko-traumatického šoku po teroristickém útoku, specifickými léčby



v polní nemocnici Armády České republiky ROLE II v Kábulu. Opomínána nebyla ani spolupráce sester české a francouzské armády v rámci mezinárodní nemocnice ROLE III Kaia v Kábulu, specifika anestezie v polních podmínkách či rehabilitace u vybraných poranění skeletu pletence ramenního. Pozornost posluchačů si vyžádalo i sdělení věnované balistické simulaci nepřímých účinků malorážových střel na kostní tkáň člověka.

Odpolední blok přednášek byl rozdělen do dvou sekcí. První sekce byla tematicky zaměřena na problematiku urgentní medicíny a medicíny katastrof. Druhá sekce se věnovala problematice poskytování zdravotní péče včetně psychických a etických aspektů trauma a následné rehabilitační péči. V rámci odpolední části zazněly přednášky nejen dlouholetých odborníků, ale také byl vytvořen prostor pro možnost aktivního vystoupení úspěšných absolventů bakalářských zdravotnických studijních oborů Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze.

Vzhledem k tomu, že úspěšně proběhl již 3. ročník této mezinárodní konference, oběma organizacím se tak podařilo založit nejen tradici, jejímž cílem je, aby se sešli odborníci i zájemci o dané obory, ale také vytvořili rovněž prostor pro vzájemnou výměnu teoretických poznatků a praktických zkušeností, které se bezprostředně týkají nás všech. S ohledem na spokojenost účastníků s přínosem konference počítají organizátoři s uspořádáním akce i v dalších letech a věří, že zájem odborné veřejnosti bude, s ohledem na řešenou problematiku, trvale vzrůstat. Všechny informace o Mezinárodní konferenci AWHP 2013 lze najít na webové stránce: www.awhp.cz.

Konference byla pořádána s částečnou podporou operačního programu EU: CZ.1.07/2.4.00/31.0224. Vzdělávání pro konkurenceschopnost. Název projektu: Ochrana obyvatelstva a řešení krizových a mimořádných událostí. Informační stránky projektu. <http://www.projektooo.cz/cz/>.

PhDr. et Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.
předsedkyně organizačního výboru konference
e-mail: ralboreb@fbmi.cvut.cz

Setkání lékařů seniorů členů ČLS JEP v Lékařském domě

Na pozvání vedení ČLS JEP se v Lékařském domě se dne 9. října 2013 sešlo přes 60 seniorů. Naší motivací k této akci byla snaha ukázat našim starším kolegům, že na ně nezapomínáme, a umožnit jim setkání po letech opět v našem lékařském prostředí. Zaplněný sál Lékařského domu potvrdil, že tato naše snaha byla přijata s radostí a setkání přátel ze všech koutů republiky bylo vpravdě dojemné.

Spolu s ředitelkou sekretariátu paní Evou Ponocnou jsme v úvodu přivítali dva vzácné hosty, kteří dodali setkání důstojný ráz. Byli to Jeho Eminence Dominik kardinál Duka a pan profesor ing. Rudolf Zahradník, DrSc., emeritní prezident Akademie věd České republiky.

V kratičkém úvodu jsem poznamenal, že se spolu vracíme do dávných let, kdy elitou obce byli lékaři, kněz a učitel, tehdy i v dnešním zastoupení i zde v Lékařském domě.

Pan kardinál zaujal účastníky svojí úvahou o vztahu těla a duše a zdůraznil etické postuláty naší profese i vlastní zkušenosti s lidskou dimenzí medicíny ve vědě i v praxi.

Pan profesor spojil biologické děje s jejich fyzikálně chemickou podstatou a jako rozený řečník klasického typu poukázal velmi srozumitelně na jejich vliv na fyziologické i patologické děje v těle člověka. Část jeho sdělení se týkala i vlivu chemikálií na lidské zdraví.

Oba příspěvky byly odměněny dlouhým potleskem, který nás ujistil, že jsme pro úvod měli šťastnou ruku ve volbě národních velikánů.

Po obou řečnících jsem seznámil účastníky s aktuálním stavem ČLS JEP, s jeho strukturami i funkcemi a poděkoval jsem jim za to, že to byli oni, v jejichž práci jsme pokračovali v duchu odkazu J. E. Purkyně. Jen stručně jsem se jim zmínil o jejich medicínských zkušenostech, které spolu s důkazy (EBM) byly stejně hodnotné v jejich praxi. Byli reprezentanty vskutku humánní medicíny.

Poděkoval jsem jim za zájem účastnit se tohoto našeho prvního setkání. Je to příkladem i pro mladší kolegy, u nichž se poněkud vytrácí ona kolegiální soudržnost a přátelské intelektuální posezení, které zpomaluje utíkající čas. U mno-



hých účastníků jsme obdivovali zájem i přes vzdálenost, odkud přijeli, a někdy v ne úplně zdravém stavu. Ten zájem byl ale důkazem obdivuhodné mladistvosti duševní.

Důstojným závěrem bylo nádherné vystoupení mladých tubačů - Pražští tubači, řízené panem JUDr. Petrem Vackem, právníkem ČLS JEP, doprovázené jeho komentářem ke třem předneseným skladbám starých českých mistrů, a to Adama Michny, Leopolda Koželuha a Jiřího Ignáce Linka.

Materiální podporou byly knižní dárky účastníkům od Mladé fronty a.s. a skvělé občerstvení od kavárny B. Braun. Hladký průběh zajistil personál sekretariátu, hospodářské správy ČLS JEP a provozovatelé místního bufetu.

Kolegové odcházeli s díky za tento počín a navrhli každoroční pořádání setkání.

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš DrSc.

předseda ČLS JEP

Eva Ponocná

ředitelka sekretariátu ČLS JEP



O činnosti Spolku českých lékařů v Praze

Spolek lékařů českých v Praze je nejstarším odborným sdružením českých mluvících a smýšlejících lékařů. Byl založen v červnu 1862 skupinou vedenou Janem Evangelistou Purkyněm. K zakladatelské skupině patřili např. i tehdy mladí kolegové Bohumil Eiselt či Eduard Grégr. Jako hlavní náplň práce byly stanovami určeny: 1. vzájemné povzbuzování a ožívování vědecké činnosti a pěstování vědy vůbec 2. zdokonalování a upotřebování jazyka českého v umění lékařském. V té době také začal vycházet Časopis lékařů českých a konaly se pravidelné spolkové odborné schůze.

Spolek byl první českou a tehdy jedinou vědeckou lékařskou společností, která se velmi zasadila o vznik české části Karlovy univerzity (1882). Tento specifický vztah k akademické obci je dále pěstován a program pravidelných pondělních večerů zajišťují z velké části pražské univerzitní kliniky. Byla zavedena tradice přednášek k 17. listopadu, které zabezpečuje vedení Univerzity Karlovy. Na první lékařské fakultě byl zaveden volitelný předmět „Přednášky Spolku českých lékařů v Praze“, kterému jsou přiděleny EC kredity, celkem 5 za oba semestry. Pro studenty je účast na nich zcela výjimečnou příležitostí seznámit se průřezem aktuální špičkové medicíny v podání reprezentantů prakticky všech lékařských odborností.

Druhým specifickým vztahem je spolupráce s Českou lékařskou komorou, která má též dlouhou tradici. Již v roce 1876 se Spolek vyslovil pro zřizování lékařských komor podle zemí tehdejší monarchie i pro povinné členství lékařů v nich. Odborné schůze Spolku jsou velmi vhodné pro účastníky postgraduálního vzdělávání stejně jako náplň celoživotního vzdělávání. Účast je hodnocena 2 kreditními body ČLK.

Spolkové večery jsou také populární mezi lékaři-seniors. Z jejich pohledu se jedná o jakousi specifickou univerzitu třetího věku.

Jsme velmi rádi, že naše tradiční spolupráce s akademickou obcí i profesními organizacemi pokračuje v oblasti vědecko-vzdělávací i v současné době. Všichni bychom jistě měli přispívat i ke druhému tradičnímu úkolu Spolku v širším slova smyslu, tedy v kultivaci nejen jazykové kultury, ale společenského prostředí v medicínské obci i celé společnosti. Tradiční historická ukotvenost Spolku českých lékařů k tomu jistě bude nadále přispívat.

Těšíme se na setkávání s Vámi.

Za výbor Spolku českých lékařů v Praze

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Za prof. MUDr. Radanou Königovou, CSc. (31. 7. 1930 – 20. 9. 2013)



Osobnost, ne, to je slabý výraz. Mimořádná osobnost československého a českého zdravotnictví.

James Laing Memorial Essay Prize (1987), G. Whitaker International Burns Prize (1993), nominace na titul „Žena Evropy“ za ČR (1994), Pamětní medaile k 650. výročí Univerzity Karlovy (1998), členka Tord Skoog Society of Plastic Surgeons v Akademiska

Sjukhuset, členka Board of Regents of the International Association for Humanitarian Medicine „Brock Chisholm“ při WHO. Pamětní zlatá medaile UK (2000), Rytířka českého lékařského stavu (2004), medaile za Zasluzhy o stát v oblasti vědy (2004), Zvláštní uznání za mimořádný přínos pro české zdravotnictví od MZ ČR (2005), Medaile Josefa Hlávky (2011), Cena J. E. Purkyně (2013). To je neúplný výčet ocenění prof. Königové. Nejvyšší ocenění ale dostávala od svých pacientů. Dokázala celý svůj nejenom pracovní, ale i rodinný život organizovat tak, aby na prvním místě byl pacient. Vedla a rozvíjela oddělení popálenin Kliniky plastické chirurgie,

z pověření prof. Burianem, až do vzniku samostatného pracoviště – Kliniky popáleninové medicíny, jehož se stala první přednostkou. Byla habilitována docentkou a hned následně profesorkou v oboru plastická chirurgie, ale také již samostatného oboru – Popáleninová medicína. Profesorský titul převzala v roce 1992 z rukou prezidenta V. Havla.

Profesorka Königová zásadně přispěla k rozvoji oboru popáleninová medicína v České republice. Po vzniku Společnosti popáleninové medicíny v rámci ČLS JEP se stala její první předsedkyní a od roku 2008 se stala doživotní čestnou předsedkyní.

Vedle své práce chirurga se významně věnovala výuce jak pregraduální, tak i postgraduální. Její přednášky byly vždy hojně navštěvované, její přednes byl velmi sugestivní. Osobně se zabývala etickými otázkami medicíny, např. kdy musí rozhodovat, zda pokračovat v léčbě, nebo ji naopak zastavit.

Odešla osobnost, která svým přístupem k pacientovi byla velkým vzorem pro nastupující lékaře.

Čest její památce.

prim. MUDr. Ludomír Brož

přednosta Kliniky popáleninové medicíny FNKV

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Vydává Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně
Vedoucí redaktor
prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.

Ročník 152
2013

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. EV. PURKYNĚ, PRAHA

AUTORSKÝ REJSTRÍK

Úvodník

Blahoš J, Horák J. Úvodník	3
Brdička R, Šváblová M. Hold a vzpomínka na zakladatele stomatogenetiky u nás	171
Kuklík M. Historie výuky stomatogenetiky z pohledu klinického genetika	172
Šváblová M. viz Brdička R.	

AKTUÁLNÍ TÉMA

Holčík J. Zdraví a obchodní společnosti	259
---	-----

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Bienertová-Vašků J. viz Drábová K.	
Brůha R. viz Šmalcová J.	
Demlová R. viz Drábová K.	
Drábová K, Bienertová-Vašků J, Lokaj P, Dubská L, Obermannová R, Greplová K, Demlová R, Valík D, Štěřba J.	
Vitamin D – jeho fyziologie, patofyziologie a význam v etiopatogenezi nádorových onemocnění	20
Driák D, Sehnal B. Význam infekcí způsobených lidskými papilomaviry	15
Driák D, Švandová I. Perspektivy mužské antikoncepce	263
Dubská L. viz Drábová K.	
Dvořák K. viz Lukáš K.	
Greplová K. viz Drábová K.	
Hejčlová H. viz Lukáš K.	
Hrubá D, Šikolová V, Kunzová Š, Kašíková K.	
Úloha kouření v epigenetické modifikaci fenotypu: nejnovější poznatky o patologických procesech vyvolaných kouřením	31
Kašíková K. viz Hrubá D.	
Kuklík M. Rozštěpové vady	185
Kunzová Š. viz Hrubá D.	
Lokaj P. viz Drábová K.	
Lukáš K, Dvořák K, Novotný A, Hejčlová H, Mišutková J.	
Diferenciální diagnostika onemocnění ilea	4

Lukáš K, Mandys V. Mikroskopické záněty tlustého střeva	59
Mandys V. viz Lukáš K.	
Marková M. viz Šváblová M.	
Mišutková J. viz Lukáš K.	
Novotný A. viz Lukáš K.	
Obermannová R. viz Drábová K.	
Pavelka T. viz Weisová D.	
Racek J. viz Šváblová M.	
Salášek M. viz Weisová D.	
Sehnal B. viz Driák D.	
Šikolová V. viz Hrubá D.	
Šmalcová J, Brůha R. Kardiovaskulární změny u jaterní cirhózy	123
Štěřba J. viz Drábová K.	
Šváblová M, Racek J, Marková M. Dědičnost ortodontických anomálií	180
Šváblová M, Velíšková E. Studie na dvojčatech ve stomatologii	175
Švandová I. viz Driák D.	
Valík D. viz Drábová K.	
Velíšková E. viz Šváblová M.	
Weisová D, Salášek M, Pavelka T. Zlomeniny horního konce stehenní kosti	219

PŮVODNÍ PRÁCE

Burešová Z. viz Mravčík V.	
Bužgová R, Šmotková Š. Porovnání kvality života pacientů na dialýze a po transplantaci ledviny	233
Gürlich R. viz Teplan V jr.	
Holubec L. viz Kydlíček T.	
Hulejová H. viz Teplan V jr.	
Chourová I. viz Racek J.	
Janík V. Ireverzibilní elektroporace: lokální, non-termální, ablační léčba maligních nádorů	67
Kydlíček T, Třešková I, Třeška V, Holubec L. Odložené rekonstrukce prsu – chirurgie duše?	267
Miovský M. viz Mravčík V.	

<i>Mravčík V, Burešová Z, Popov P, Miovský M.</i> Záchytné stanice v České republice v kontextu obdobných služeb o akutně intoxikované v Evropě 129	<i>Tesařová D.</i> Marcus Tullius Cicero a lékařství 83
<i>Popov P.</i> viz <i>Mravčík V.</i>	
<i>Racek J, Švábová M, Chourová I.</i> Ortodontické anomálie a sekulární trend v utváření orofaciální oblasti 192	ABSTRAKTA
<i>Stránská P.</i> Možnosti hodnocení dentální patologie na archeologickém kostrovém materiálu: prevalence zubního kazu od pravěku po novověk 196	<i>Brdička R.</i> 16. celostátní konference DNA diagnostiky (Brno, 28.-30. listopadu 2012) 92, 139
<i>Šenolt L.</i> viz <i>Teplan V jr.</i>	<i>Duchková H.</i> 13. dermatologické sympozium „Jak léčím já“ (Ústí nad Labem, 20. října 2012) 37
<i>Šmotková Š.</i> viz <i>Bužgová R.</i>	<i>Kohout P.</i> XIX. sympozium o morfologii a funkci střeva (Staré Splavy, 25.-27. dubna 2013) 278
<i>Štollová M.</i> viz <i>Teplan V jr.</i>	<i>Tvrzická E.</i> Ateroskleróza 2012 (Praha, 12.-14. září 2012) ... 86
<i>Švábová M.</i> viz <i>Racek J.</i>	
<i>Teplan V jr., Šenolt L, Hulejová H, Teplan V, Štollová M, Gürlich R.</i> Dynamika změn sérového visfatinu po abdominálním chirurgickém výkonu: nový proinflamační marker v časně diagnostice? 226	SJEZDY
<i>Teplan V.</i> viz <i>Teplan V jr.</i>	<i>Beran J.</i> XV. Liberecké osteologické dny (Liberec, 8. a 9. listopadu 2012) 46
<i>Třeška V.</i> viz <i>Kydliček T.</i>	<i>Berka J.</i> Co a jak budeme léčit v příštích letech? (Praha, 18. ledna 2013) 160
<i>Třešková I.</i> viz <i>Kydliček T.</i>	<i>Berka J.</i> Vědecká schůze České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP (Praha, 18. ledna 2013) 107
	<i>Büchler T.</i> 20. onkologicko-urologické sympozium a 16. mammologické sympozium (Praha, 21.-23. listopadu 2012) 47
KAZUISTIKY	<i>Čáp P.</i> Odborné setkání alergologů (Praha, 14. února 2013) 161
<i>Čeledová L, Čevela R, Ornerová A.</i> Zkušenosti s personalizovanou medicínou při posuzování invalidity u duševních poruch a poruch chování 135	<i>Fajfrlík K.</i> Aktuální problémy lékařské parazitologie (Velké Karlovice, 24.-26. dubna 2013) 212
<i>Čevela R.</i> viz <i>Čeledová L.</i>	<i>Gkalpakiotis S.</i> SNOWDERM 2013 (Počátky, 9. a 10. února 2013) 110
<i>Karbanová H.</i> viz <i>Nešpor K.</i>	<i>Hašto J.</i> Psychotraumatologie – Attachment – Psychoterapia, bio-psycho-sociálne aspekty (Trenčín, 8. novembra 2012) 45
<i>Matanelli O.</i> viz <i>Nešpor K.</i>	<i>Hrazdára I.</i> XXXVI. Dny lékařské biofyziky (Lázně Bělohrad, 29.-31. května 2013) 246
<i>Nešpor K, Matanelli O, Karbanová H.</i> Vlekly problém se závislostí na návykových látkách a jeho řešení 76	<i>Chvála V.</i> Konference psychosomatické medicíny v Liberci (Liberec, 10.-12. října 2012) 43
<i>Ornerová A.</i> viz <i>Čeledová L.</i>	<i>Chytilová K.</i> Olomoucké onkologické dny (Olomouc, 7. a 8. února 2013) 109
	<i>Jurečka M.</i> XIV. Beskydské alergologické a imunologické dny (Malenovice, 23. a 24. listopadu 2012) 48
SPECIÁLNÍ SDĚLENÍ	<i>Kinkorová J.</i> Konference Otevřené inovace pro zdraví: strategie do roku 2020 – INNOVAHEALTH v rámci předsednictví Kypru Evropské Unii (Kypr, 11.-13. října 2012) 44
<i>Čeledová L, Čevela R, Ornerová A.</i> První zkušenosti s personalizovaným posuzováním stupně závislosti pro účely příspěvku na péči” 274	<i>Kinkorová J, Topolčan O.</i> XXXIV. imunoanalytické dny, XIII. mezinárodní konference CECHTUMA (Central European Tumor Markers) a IV. workshop prediktivní, preventivní a personalizované medicíny (Plzeň, 14.-16. dubna 2013) 273
<i>Čevela R.</i> viz <i>Čeledová L.</i>	<i>Kinkorová J, Zeman M.</i> Biomedicínský výzkum s podporou evropských zdrojů v nemocnicích, 4. ročník národní konference se zahraniční účastí (Ústí nad Labem, 23.-24. května 2013) 245
<i>Kinkorová J.</i> Joint Programming, Společné programování – nový nástroj intenzivní spolupráce v oblasti biomedicínského výzkumu v Evropě 79	
<i>Kinkorová J.</i> První výsledky účasti České republiky v prioritě Health 7. rámcového programu EU na roky 2007–2013 206	
<i>Kmeťová A.</i> Certified Tobacco Treatment Specialist (CTTS) – edukace specialistů pro léčbu závislosti na tabáku na Mayo Clinic 36	
<i>Králíková E, Kmeťová A.</i> Kouření je politická nemoc 240	
<i>Ornerová A.</i> viz <i>Čeledová L.</i>	
DĚJINY LÉKAŘSTVÍ	
<i>Hlaváčková L.</i> Před 130 lety byla zahájena výuka na české lékařské fakultě” 243	

Kohoutová M, Veselá K. 13. Kaprasův den na téma klinická genetika (Praha, 13. února 2013).....	161	K významnému životnímu jubileu prof. MUDr. Jana Kvasničky, DrSc. (Penka M.).....	248
Králíková E. 13. konference Tabák a zdraví v Lékařském domě (16. listopadu 2012)	106	Prof. MUDr. Jaroslav Páv, DrSc., přední osobnost české diabetologie (Škrha J.).....	50
Krejčíková J. AMEE konference o lékařském vzdělávání opět v Praze (Praha, 24.-28. srpna 2013).....	247	Prof. MUDr. Pavel Barták, CSc. (*9. září 1927 †4. února 2013) (Arenberger P.)	114
Mlčák P. 14. Vejdovského olomoucký vědecký den (Olomouc, 23. března 2013)	211	Prof. MUDr. Vlastimil Víšek, DrSc. (*19. srpen 1928 †28. leden 2013) (Anděl M.)	116
Mlčák P. 3. Zirmův olomoucký diskuzní den (Olomouc, 17. listopadu 2012)	46	Sto let od narození farmakoložky prof. MUDr. dr.h.c. Heleny Raškové, DrSc. (*2. 1. 1913 †13. 4. 2010) (Květina J.)	250
Ralbovská R. Mezinárodní konference AWHP 2013 (Praha, 17. září 2013)	288	Za prof. MUDr. Radanou Königovou, CSc. (31. 7. 1930 – 20. 9. 2013) (Brož L.)	290
Schneiderka P. Biochemická a molekulárně-biologická vyšetření v onkologii (Olomouc, 13. února 2013)	110	Zemřel bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace (Jasarevic T.)	56
Vyskočil F. Fyziologické dny v Praze 2013 (Praha, 5.-7. února 2013).....	108	Zemřel farmakolog a člen redakční rady Časopisu lékařů českých MUDr. Norbert Gaier, CSc. (Perlík F.)	114
ZPRÁVY		KNIHY	
BCC a jeho anamnéza (Barták P.)	85	Hirt M. Dopravní nehody v soudním lékařství a soudním inženýrství (Štefan J.)	78
EFMA Forum 2013	49	Hirt M. Tupá poranění v soudním lékařství (Štefan J.)	82
O činnosti Spolku českých lékařů V Praze (J. Raboch)	290	Illich I. Limity medicíny (Jerie P.)	51
Paramagnetická rezonance v diagnostice melanomu (Barták P.)	116	Matoušek O. a kol. Encyklopedie sociální práce (Vymětal J.)	296
Plánované akce odborných složek ČLS JEP	75, 179, 205, 210, 254, 295	Mydlík M, Vajó J. (eds.) História univerzitnej nemocnice Louise Pasteura v Košiciách (Blahoš J.)	164
Prof. MUDr. Radana Kónigová, CSc. oceněna Cenou J. E. Purkyně (Stožický A.)	213	Pavlovský P. a kol. Soudní psychiatrie a psychologie (Vymětal J.)	52
Setkání lékařů seniorů členů ČLS JEP v Lékařském domě (Blahoš J, Ponocná E.)	289	Rokyta R, Kršiak M, Kozák J. (eds.) Bolest, přepracované, doplněné vydání (Kalvach P.)	117
Slavnostní předávání cen za nejlepší knižní publikaci za rok 2012 (heg)	3. strana obálky č. 6	Zadák Z, Květina J. a kol. Metodologie předklinického a klinického výzkumu v metabolismu, výživě, imunologii a farmakologii (Norková O.)	251
Slibný model terapie plicní rakoviny (Barták P.)	14	Zprávy o knihách a nejen o nich (Chalupský J.)	252
Spolek českých lékařů v dubnu 2013.....	30	LAUREÁTI NOBELOVY CENY	
Spolek českých lékařů v listopadu a prosinci 2013.....	242	Čech P. Baruch Samuel Blumberg	167
Stárnutí, omlazování a chemotaxiny (Jerie P.)	287	Čech P. Daniel Carleton Gajdusek	215
Špatné výhledy na prevenci nemelanomové kožní rakoviny (Barták P.).....	14	Čech P. Howard Martin Temin	119
Terapie dominantně negativní epidermální fragility(Barták P.).....	19	Čech P. Renato Dulbecco	54
UNICEF a Světová zdravotnická organizace odsuzují útoky na zdravotnické pracovníky v Nigérii (Jasarevic T.).....	85	Čech P. Roger Charles Louis Guillemin	255
OSOBNÍ ZPRÁVY		Obrazová příloha	
Doc. MUDr. Jan Malý, CSc., sedmdesátníkem (Hořejší J.)	163	Baruch Samuel Blumberg	3. strana obálky č. 3
Dr. Alexander Schirger – Rochester (Moore D.)	115	Howard Martin Temin	3. strana obálky č. 2
		Renato Dulbecco.....	3. strana obálky č. 1
		Pokyny pro autory Časopisu lékařů českých	
		53, 118	

REJSTŘÍK

VĚCNÝ REJSTŘÍK

- A** abdominální chirurgie 226
adalimumab 59
aktivování české univerzity
a její lékařské fakulty 1883 243
alkohol 130
aminosalicyláty 59
Anonymní alkoholici 76
areolomammilární komplex 267
azathioprin 59
- B**
Beckerův expandér/implantát 267
blokáda kalciových kanálů 263
- C**
Cicero M. Tullius 83
Ciceronovy spisy *De natura deorum*
a Cato Maior De senectute 83
Crohnova nemoc 4
- Č**
česká lékařská fakulta 243
- D**
dědičnost 185
dědičnost malokluzí 180
dědičnost orofaciálních
anomálií 175
dědičnost ortodontických
anomálií 180
dialýza 233
DIEP 267
dlahová osteosyntéza 219
doba bronzová 196
dotazník WHOQOL-BREF 233
drogy 130
duševní poruchy a poruchy
chování 135
dvojčecí studie ve stomatologii 175
- E**
elektrofyzilogické
abnormality 123
- empirická rizika
a prekoncepční péče 185
End Game 240
eozinofilní kolitida 59
epigenetické mechanismy 31
etiologie 185
evropské programy 79
- F**
femorální hřeby 219
fetální programování 31
- G**
genitální bradavice 15
geny 31
- H**
hyperdynamická cirkulace 123
- I** idiopatický střevní zánět 4
ileitida 4
infekční enteritida 4
intoxikace 130
ireverzibilní elektroporace 67
- J**
jaterní cirhóza 123
- K** karcinom děložního hrdla 15
karcinom jícnu 15
karcinom orofaryngu 15
karcinom penisu 15
karcinom vagíny 15
karcinom vulvy 15
kardiomyopatie 123
kolagenní kolitida 59
konec hry 240
koordinace národních
programů 79
kortikoidy 59
kouření 31, 240
kvalita života 233
kyčelní kloub 219
- L**
laryngeální papilomatóza 15
laterální thorakodorzální
lalok 267
léčba závislosti
na psychoaktivních látkách 76
lékařská posudková služba 274
lékařské termíny
(arteria, stomachus) 83
lidský papilomavirus 15
lymfocytární kolitida 59
- M**
maligní nádory 67
malokluze 192
mediánní rozštěp patra 185
metabolismus vitaminu D 20
mikroskopická kolitida 59
mužská antikoncepce 263
- N**
nádorová onemocnění 20
NanoKnife 67
O obchodní společnosti 259
oslavy otevření české
lékařské fakulty říjen 1883 243
osteoporóza 219
- P**
personalizovaná
medicína 135, 274
postinfekční dráždivý
tračník 59
posudkové lékařství 135
pražská univerzita 243
prevence recidiv závislosti
na psychoaktivních látkách 76
priorita Health 206
proinflamační cytokiny 226
protinádorové působení
vitaminu D 20
proximální femur 219

R	T	Z
reverzibilní vazektomie 263	tabák 240	záchytná stanice 130
rozdělení univerzity 1882 243	termoablační léčebné metody 67	základní životní potřeby 274
rozštěp páteře 185	transplantace 233	závislost na psychoaktivních látkách 76
rozštěp rtu, patra a čelisti 185		zdraví 259
S 7. rámcový program 206	U ulcerózní kolitida 4	zdravotní determinanty 259
sekulární trend 192	V veřejné zdravotnictví 259	zdravotní stav chrupu 196
srdeční selhání 123	viscerální obezita 226	zdravý životní styl 79
stárnoucí populace 79	visfatin 226	zlomeniny 219
stavba lebky 192	vitamin D 20	
stupeň závislosti 274		
suprese spermiogeneze 263		

ANKETA ČTENÁŘŮ ČASOPISU LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Vážení čtenáři,

od ledna 2013 došlo ke změnám ve vydávání a distribuci Časopisu lékařů českých. Po roce připravila redakční rada malou anketu, která jí má poskytnout zpětnou vazbu o tom, jak současný časopis vnímají jeho čtenáři. Anketní otázky naleznete na adrese: <http://prolekare.cz/anketa-clc> a jednoduše na ně odpovíte online. Doba potřebná pro vyplnění ankety činí přibližně 3 minuty.

Anketa bude otevřena do 5. ledna 2014. Prosíme, abyste se ankety zúčastnili v co největším počtu. O výsledcích ankety vás budeme informovat.

S poděkováním za spolupráci
prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.
vedoucí redaktor Časopisu lékařů českých

PLÁNOVANÉ AKCE SLOŽEK ČLS JEP

PROSINEC

11. prosince 2013

Regionální adventní seminář okresu Kladno na téma

- Geneticky podmíněné ortopedické vady
- Kašel z pohledu alergologa

Místo: Kladno-Rozdělův

Pořadatel: OSPDL

17. prosince 2013

Regionální seminář v oboru klinická biochemie

Místo: FN Hradec Králové

Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP

LEDEN

9. ledna 2014

Moderní laboratorní imunologická diagnostika

Místo: Lékařský dům v Praze

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

10. ledna 2014

14. celostátní konference fetální medicíny s mezinárodní účastí

Místo: Praha, Nemocnice Na Homolce

Pořadatel: Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP

Škola anafylaxe

14. ledna 2014 - Praha

22. ledna 2014 - Brno

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

21. až 22. ledna 2014

Poruchy řízení příjmu potravy a jejich klinické důsledky - kurz

Místo: Fyziologický ústav 1. LF UK

Pořadatel: Česká fyziologická společnost ČLS JEP

Matoušek O. a kol.

ENCYKLOPEDIE SOCIÁLNÍ PRÁCE

Praha: Portál 2013, s. 570, Kč 989. ISBN 978-80-262-0366-7.

Encyklopedie je systematický výklad poznatků z určité oblasti (byť zcela původně znamenala „vševědění“), jež má tradici mnoha set let. V relativně novější době 18. století se tento publikační útvar dále odvíjí od tzv. francouzských encyklopedistů a osvícenských filozofů (D. Diderot ad.). Také u nás vychází v průběhu let více encyklopedií (naučných slovníků), a to těch „vševědoucích“, tak i tematizujících jen určitou oblast lidského poznání a vědění. Nejnověji patří do druhého zmíněného typu i Encyklopedie sociální práce, již pečlivě (jedná se o mimořádně náročnou editorskou práci) připravil psycholog doc. PhDr. Oldřich Matoušek, CSc. Kolega Matoušek patří mezi psychology, kteří před převratem v roce 1989 pracovali v klinické praxi a po společenské změně se postupně etablovali na univerzitách a vysokých školách. Dodnes působí na Filozofické fakultě UK v Praze. V odborném světě je respektovanou autoritou v klinické psychologii, psychoterapii a sociální práci, kde se m. j. zabýval výzkumem mládeže a organizací programů pro rizikové děti a mládež.

Sociální práce, jež je tématem této encyklopedie, je profesí a akademickou disciplínou, která je zaměřena na uplatnění společenských teorií a výzkumů při studiu a zlepšování kvality života lidí, sociálních skupin a celé společnosti (volně dle české verze Wikipedie). Konkrétně ve zdravotnictví se tato pomáhající profese osvědčuje kupříkladu při práci v zařízeních hospicového typu, při práci s rodinou, se seniory, chronicky nemocnými a lidmi s handicapem. Je zřejmé, že možnosti jejího uplatnění a pozitivní vliv jsou značné.

Doc. PhDr. Oldřich Matoušek, CSc. si ke spolupráci na encyklopedii přizval 84 odborníků a odborníků ze zpracovávaného oboru i oborů příbuzných (filosofie, teologie, psychologie, pedagogika, právo). Zpracovali 208 hesel, která jsou tematicky uspořádaná dle určitého systému (nikoliv abecedně), přičemž řazení postupuje od teorií sociální práce, přes její širší kontexty (společenský, náboženský ad.), metody, ohrožené skupiny až ke konkrétním službám, programům a výzkumu. Za každým heslem jsou odkazy k dalším heslům, použita a doporučená literatura. Ke konci encyklopedie vidíme stručnou zmínku o 33 významných osobnostech sociální práce – z našich jsou zde kupříkladu uvedeni Přemysl Pitter a Alice Masaryková, která v roce 1919 založila Československý červený kříž. Závěrem celé publikace nalezneme věcný rejstřík, abecední seznam hesel (zde bychom uvítali i čísla stránek, kde se vyskytují) a soupis autorek a autorů recenzované encyklopedie.

Pro přiblížení celého díla uvedu jeho základní členění a vždy několik ilustrujících hesel:

1. Teorie a přístupy (Psychodynamické teorie, Systémová teorie, Sociobiologie, Kriminologické teorie, Sociálně-ekologické teorie, Aktivační přístup, Terapeutický přístup...)

2. Náboženský, filosofický a společenský kontext (Praktická teologie a sociální práce, Etika sociální práce, Lidská práva jako východisko sociální práce, Veřejná politika, Veřejné zájmy...)
3. Historie sociální práce (Sociální práce do počátku novověku, Sociální práce od doby reformace do 19. století, Sociální práce v době současné, Domácí historie sociální práce...)
4. Klíčové pojmy (Humanita, Solidarita, Důstojnost, Pomoc, Moc, Normalita, Kvalita života, Sociální vyloučení a sociální začleňování, Sociální riziko, Sociální ochrana, Sociální intervence...)
5. Trendy veřejné politiky (Flexicurity, Manažerismus, Participativní vládnutí, Praxe založená na důkazu, Harmonizace práce a rodiny, Sociální ekonomika...)
6. Metody a techniky (Krizová intervence, Případová práce, Sociální terapie, Vedení rozhovoru, Případová konference, Vyjednávání, Mediace, Rodinné skupinové konference, Sociální akce, Organizace dobrovolnictví...)
7. Ohrožené skupiny/náročná situace (Nezaměstnanost, Chudoba, Předlužení, Bezdomovecství, Prostituce, Imigranti, Extremistické skupiny, Riziková mládež, Rozvod/ rozchod dospělých partnerů, Psychické trauma u dětí, Lidé s demencí, Lidé ohrožení závislostí na sektách, Umírající...)
8. Služby a programy (Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, Kontaktní centrum, Ústavní zařízení pro děti a mládež, Chráněné bydlení, Psychiatrické léčebny, Terapeutické komunity, Azylové domy pro matky s dětmi, Dluhové poradenství, Pěstounská péče, Vězeňství, Probační programy...)
9. Profese (Sociální pedagogika a sociální práce, Vzdělávání v sociální práci, Supervize, Kompetence v sociální práci, Kultura organizace...)
10. Výzkum (Metody a techniky výzkumu, Hodnocení průběhu intervence, Hodnocení ekonomické stránky intervencí, Případová studie, Etické otázky výzkumu...)

Encyklopedie sociální práce je úctyhodným dílem. Reflektuje domácí vývoj oboru v evropském kontextu a zohledňuje i širší mezinárodní zřetel. Jednotlivá hesla srozumitelně popisují daný jev a jeho historii, hodnotová východiska, aplikační možnosti a výzkum.

Recenzovaná encyklopedie je počinem nejen odborným, nýbrž i všeobecně kulturním. Rozhodně ji doporučuji k pozornosti naší lékařské veřejnosti a zejména té v klinické praxi. Nalezne zde inspiraci i poučení při každodenní léčebné péči o nemocné a pro spolupráci s pracovníci a pracovníky sociální práce.

prof. PhDr. Jan Vymětal

Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK
Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2