

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

ČAS. LÉK. ČES., 150
2011, č. 12, s. 645–704
CLC EAL 150 (12)
645–704 (2011)

INDEXED IN:
EMBASE/Excerpta Medica
MEDLINE/Index Medicus
INIS Atomindex
CHEMICAL ABSTRACTS
Excerptováno v Bibliographia
Medica Českoslovacca, Scopus

ROČNÍK 150/2011, č. 12

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.
ČLS JEP
Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Prof. MUDr. Radim Brdička, DrSc.
Ústav hematologie a krevní transfuze
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

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 00 Praha 2

MUDr. Norbert Gaier, CSc.
Farmakologický ústav 1. LF UK a VFN
Albertov 4, 128 00 Praha 2

Prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
Chirurgická klinika ÚVN
U Vojenské nemocnice 1/200, 169 02 Praha 6

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

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

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 UK
Sasinkova 4, 811 08 Bratislava, Slovenská republika

Doc. MUDr. Peter Jarčuška, PhD.
I. interní klinika FN
třída SNP 83/11, 040 11 Košice, Slovenská republika

Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.
Oddělení preventivní a sociální pediatrie LF MU
Bieblova 16, 613 00 Brno

Prof. MUDr. Jaroslav Lindner, CSc.
II. chirurgická klinika kardiovaskulární 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–Bohnice

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 Říhová, CSc.
Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK
Karlovo náměstí 40, 120 00 Praha 2

Prof. Alexander Schirger, M.D.
Mayo Clinic, Hypertension W-9
Rochester, Minnesota 55905, USA

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

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

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.
1. 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

Přehledové články

Krüger A, Ošťádal P, Neužil P. Minimálně invazivní mechanické srdeční podpory	647
Dolejší M. Nové poznatky v problematice divertikulární choroby tračniku	651

Původní práce

Hrubá D, Kodat V, Krásný J, Netuková M. Sérologické nálezy chlamydiových protilátek v České republice – kontrolní soubor pacientů vyšetřených v rámci studie: <i>Chlamydia pneumoniae</i> v etiologii keratokonjunktivitidy sicca	656
Chromá J, Slaný J. Kvalita života dětí s astmatem	660

Speciální sdělení

Kmeťová A. Vysoké zdanění tabáku = nižší náklady na zdravotní péči a přitom vyšší příjem státu – pochopíme to také v České republice? Projekt Evropské unie TobTaxy	665
---	-----

Dějiny lékařství

Mušil V, Stingl J, Kachlík D. Jesseniova kniha o jeho pražské pitvě – 410. výročí	667
Šámal M. Ranlékař František Holub	670

Abstrakta

Krajník O. 3. odborné sympozium Podřipské nemocnice (Roudnice nad Labem, 8. až 9. září 2011)	675
Vadlejchová I, Hodková I. XVI. opaňanské dny – odborná konference dětské a dorostové psychiatrie na téma Pedopsychiatrie v denní praxi (Opaňany, 23. až 24. září 2011)	685

Sjezdy

Zima T, Racek J. X. celostátní sjezd České společnosti klinické biochemie (Plzeň, 25. až 27. září 2011)	691
Rovenský J. 55. zjazd slovenských a českých revmatologů (Piešťany, 29. září až 1. října 2011)	692
Komínek P. XVII. Beskydské ORL dny – Chirurgie nosu a spodiny lebeční (Ostravice, 30. září až 1. října 2011)	692
Derner M. Ohlédnutí za IV. neuroradiologickým kongresem (Ústí nad Labem, 13. až 14. října 2011)	693
Pavlasová V. LYMPHO 2011 (Ostrava, 14. až 15. října 2011)	694
Klein L. 11. konference Odborné společnosti vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů (Hradec Králové, 18. až 19. října 2011)	695
Komínková H. XXIV. Kongres české lékařské společnosti J. E. Purkyně „Úloha gynekologie dětí a dospívajících v ochraně budoucího mateřství“ (Brno, 20. října 2011)	696
Čelakovský P, Chrobok V, Vichnar V, Pellant A. 10. česko-německé dny (Karlovy Vary, 21. až 22. října 2011)	697

Zprávy	650, 698
Osobní zprávy	699, 700
Knihy	669

Pokyny pro autory Časopisu lékařů českých	701
---	-----

Laureáti Nobelovy ceny

Čech P. Bernard Katz	703
----------------------------	-----

Rejstřík 2011	I–VIII
---------------------	--------

CONTENTS

(No. 12, 3rd December 2011) Journal of Czech Physicians

Review Articles

Krüger A, Ošťádal P, Neužil P. Mini-invasive mechanical cardiac support	647
Dolejší M. New knowledge on the diverticular disease of colon	651

Original Article

Hrubá D, Kodat V, Krásný J, Netuková M. Serological findings of Chlamydial antibodies in the Czech Republic – control group of patients examined in the study: <i>Chlamydia pneumoniae</i> in the aetiology of keratoconjunctivitis sicca	656
Chromá J, Slaný J. Quality of life of children with bronchial asthma disease	660

Special Article

Kmeťová A. High tobacco taxing = lower costs of medical care and higher income for the state – shall we understand it also in CR? Project EU TobTaxy	665
--	-----

History of Medicine

Mušil V, Stingl J, Kachlík D. Jessenius's book on his Prague dissection – 410th anniversary	667
Šámal M. Surgeon František Holub	670

Abstracts

Krajník O. 3 rd specialized symposium of Hospital Podřipská (Roudnice nad Labem, September 8 to 9, 2011)	675
Vadlejchová I, Hodková I. 16 th Opaňany Days – specialized conference on the pediatric and adolescent psychiatry on the topic of Pedopsychiatry in daily praxis (Opaňany, September 23 to 24, 2011)	685

Congresses

Zima T, Racek J. 10th National Congress of the Czech Society of Clinical Biochemistry (Plzeň, September 25 to 27, 2011)	691
Rovenský J. 55 th meeting of Slovak and Czech Rheumatologists (Piešťany, September 29 to October 1, 2011)	692
Komínek P. 17 th Beskydy ENT days - Surgery of the nose and skull base (Ostravice, September 30 to October 1, 2011)	692
Derner M. A retrospective on the 4 th Neuroradiology Congress (Ústí nad Labem, October 13 to 14, 2011)	693
Pavlasová V. 5 th LYMPHO 2011 (Ostrava, October 14 to 15, 2011)	694
Klein L. 11 th Conference of the Association of Military Physicians, Pharmacists and Veterinary Physicians (Hradec Králové, October 18 to 19, 2011)	695
Komínková H. 24 th Congress of the Czech Medical Association of J.E. Purkyně „The Role of Pediatric and Adolescent Gynecology in the Protection of Future Motherhood“ (Brno, October 20, 2011)	696
Čelakovský P, Chrobok V, Vichnar V, Pellant A. 10 th Czech-German days (Karlovy Vary, October 21 to 22, 2011)	697

News	650, 698
Personal News	699, 700
Books	669

Instruction to the Authors	702
----------------------------------	-----

Nobel Prize Laureates

Čech P. Bernard Katz	703
----------------------------	-----

Register 2011	I–VIII
---------------------	--------

<http://www.cls.cz>

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Praha 2011

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

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

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

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

Příspěvky do Časopisu lékařů českých procházejí zdvojeným recenzním řízením.

Articles Publisher in the Journal of the Czech Physicians subject to double review.

Tiskne: Tiskárna Prager – LD s.r.o., Kováků 9, 150 00 Praha 5. Rozšiřuje v ČR: Nakladatelství Olympia, a.s., Praha, do zahraničí (kromě SR): Myris Trade s.r.o., V Štíhlách 1311/3, P.O.Box 2, 142 01 Praha 4, myris@myris.cz, 234 035 205, v SR Mediaprint-Kapa Pressegrossro, a.s., oddelenie inej formy predaja, P.O.Box 183, Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3, tel.: 004212444 588 16, 00421 244 458 821, fax: 00421 244 458 819, e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Vychází: 12× ročně. Předplatné: na rok pro ČR je 1224,00 Kč, SR 59,40 € jednotlivé číslo 102,00 Kč, SR 4,95 €

Informace o předplatném podává a objednávky českých předplatitelů přijímá:

Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, tel.: 296 181 805 – J. Spalová, e-mail: spalova@cls.cz

Informace o podmínkách inzerce poskytuje a objednávky přijímá: Inzertní oddělení ČLS JEP,

tel.: 224 266 253, tel./fax: 224 266 265, e-mail: ntsinzerce@cls.cz

Registrační značka MK ČR E77.

Rukopisy zasílejte na adresu: Prof. MUDr. Jiří Horák, CSc., I. interní klinika 3. LF UK a FNKV, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, e-mail: horak@fnkv.cz

Rukopis byl předán do výroby 31. 11. 2011. Zasláné příspěvky se nevracejí.

Vydavatel získává otištěním příspěvku výlučné nakladatelské právo k jeho užití.

Otištěné příspěvky autorů nejsou honorovány, autoři obdrží bezplatně jeden výtisk časopisu.

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.

Minimálně invazivní mechanické srdeční podpory

Andreas Krüger, Petr Ošťádal, Petr Neužil

Kardiologické oddělení, Kardiocentrum Nemocnice Na Homolce, Praha

SOUHRN

Mechanické srdeční podpory patří mezi jedny z nejrychleji se rozvíjejících technologií v oblasti kardiologie. Krátkodobé srdeční podpory slouží k překlenutí akutních, život ohrožujících stavů způsobených selháním schopnosti myokardu přepumpovat dostatečné množství krve, a umožňují tím také podporu rizikových koronárních nebo elektrofyziologických intervencí. Vzhledem k tendenci ke zjednodušování těchto systémů se naskytá možnost velmi rychlého sestavení a zprovoznění celého systému; je tak možné v určitých akutních situacích, například i během probíhající resuscitace, kompletně nahradit srdce jako pumpu. V současné době má řada center k dispozici několik různých typů perkutánně zaváděných mechanických srdečních podpor. Tato práce přináší přehled v současnosti dostupných systémů perkutánně zaváděných oběhových podpor a srovnání jejich předností a záporů.

Klíčová slova: mechanická podpora oběhu, extrakorporální membránová oxygenace, kardiogenní šok, komorová tachykardie.

SUMMARY

Krüger A, Ošťádal P, Neužil P. Mini-invasive mechanical cardiac support

Mechanical cardiac support systems represent rapidly developing segment of current cardiology. Several support systems have been recently introduced into the clinical practice for the therapy of cardiogenic shock or refractory non-tolerated ventricular tachycardia, for the support of high-risk catheter interventions, and even for the support of cardiopulmonary resuscitation. These new technologies enable quick set-up and introduction even in emergency situations and may be used not only as a ventricular assist device but also as a replacement of seriously damaged heart function. At the present time, number of centers have several different mini-invasive cardiac support systems at disposal in specific patients. This paper is a brief overview of the currently available mini-invasive mechanical cardiac support systems and describes their advantages and disadvantages.

Key words: mechanical cardiac support; extracorporeal membrane oxygenation, cardiac-assist device, cardiogenic shock, ventricular tachycardia. Kr.

Čas Lék čes 2011; 150: 647–650

ÚVOD

Minimálně invazivní mechanické srdeční podpory jsou systémy, které umožňují částečně nebo i kompletně nahradit srdeční pumpu a lze je zavést miniinvazivně, často perkutánně, po punkci některé z velkých tepen nebo velkých žil.

Obecně můžeme mechanické srdeční podpory dělit na systémy aktivní, které jsou schopny částečně či úplně zajistit srdeční výdej, a na systémy pasivní, které podporují funkci srdce jako pumpy nejrůznějšími mechanismy. K pasivním systémům patří především intraaortální balónková kontrapulzace (IABK). Aktivní mechanické srdeční podpory lze dále dělit podle krevního průtoku na systémy pulzatilní, které generují tok pohybující se membránou a nepulzatilní vytvářející tok kontinuální. Podle lokalizace použití dělíme systémy na implantační a extrakorporální, z nichž řadu lze zavést minimálně invazivní technikou, i katetrizačně. Podle délky použití lze podpory dělit na krátkodobé s maximální dobou použití 14–30 dnů a dlouhodobé. Srdeční podpory lze také dělit na systémy sloužící k podpoře činnosti levé komory (LVAD – left ventri-

cular assist device), pravé komory (RVAD – right ventricular assist device) či jako podpora obou srdečních komor (BiVAD – biventricular assist device). Jako srdeční náhrady označujeme ortotopicky umístěné systémy, které plně nahrazují srdeční práci. Následující přehled je věnován krátkodobým, aktivním, minimálně invazivním srdečním podporám. Použití těchto systémů může být plánované jako podpora u některých vysoce rizikových výkonů či emergentní – u oběhových zástav, arytmiických bouří nebo akutních srdečních selhání.

Miniinvazivní mechanické srdeční podpory se dnes zavádějí zpravidla po vyčerpání „konvenčních“ možností léčby srdečního selhání; slouží k překlenutí období s nedostatečným vlastním minutovým srdečním výdejem, a umožňují tak stabilizaci oběhu a orgánových funkcí. Nejčastěji se jedná o srdeční selhání v důsledku rozsáhlého infarktu myokardu, kde konvenčními metodami včetně maximální inotropní podpory a IABK nejsme schopni zajistit adekvátní srdeční výdej (1, 2). Srdeční podpory mohou sloužit k překlenutí doby do:

- uzdravení poškozeného srdečního svalu („bridge to recovery“);
- urgentní transplantace srdce („bridge to transplant“);
- implantace dlouhodobé srdeční podpory („bridge to bridge“);
- dalšího rozhodnutí („bridge to decision“);
- dalšího intervenčního nebo chirurgického výkonu („bridge to intervention“).

Mezi hlavní indikace k zavedení srdeční podpory je obecně přijímána hodnota srdečního indexu (CI) pod 2,0 l/min/m², systolický tlak pod 90 mm Hg, tlak v zaklínění (PCWP) nad

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Andreas Krüger
Kardiocentrum, Kardiologické oddělení
Nemocnice Na Homolce
Roengenova 2, 150 30 Praha 5
e-mail: andreas.kruger@homolka.cz

20 mm Hg, těžká dysfunkce levé komory, dependence na inotropní podpoře a refrakternost k maximální farmakologické terapii; v poslední době, jak již bylo zmíněno, se stále častěji podpory využívají v indikacích dalších jako recidivující, hemodynamicky špatně tolerovaná komorová tachykardie nebo probíhající kardiopulmonální resuscitace, kdy se nedaří obnovit krevní oběh standardními postupy (3). Zavedení systému mechanické podpory oběhu dává také možnost bezpečnějšího provádění rizikových koronárních intervencí při těžkém nálezu na věnčitých tepnách, či umožňuje elektroanatomické mapování netolerované komorové tachykardie s následnou ablací, kterou by bez této podpory nebylo možné provést (4).

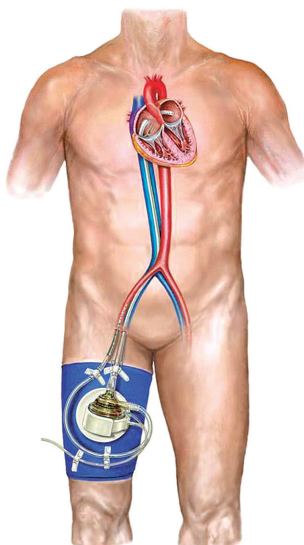
Včasné a rychlé rozhodnutí o použití některého ze systémů mechanické srdeční podpory u pacienta v akutním, život ohrožujícím stavu, může znamenat i poslední a jedinou naději na přežití.

PŘEHLED MINIINVAZIVNÍCH SRDEČNÍCH PODPOR

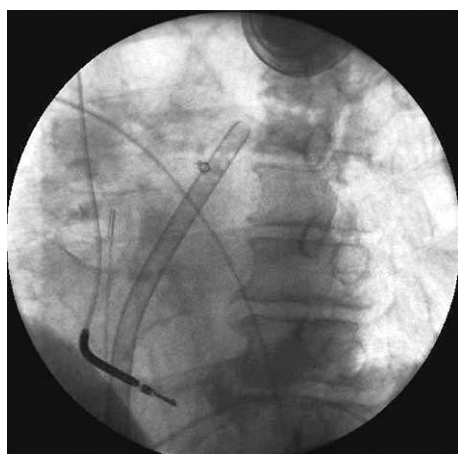
Tandem Heart

Tandem Heart (Cardiac Assist Technologies Inc, USA) je systém, sloužící ke krátkodobé kontinuální perkutánní me-

A



B



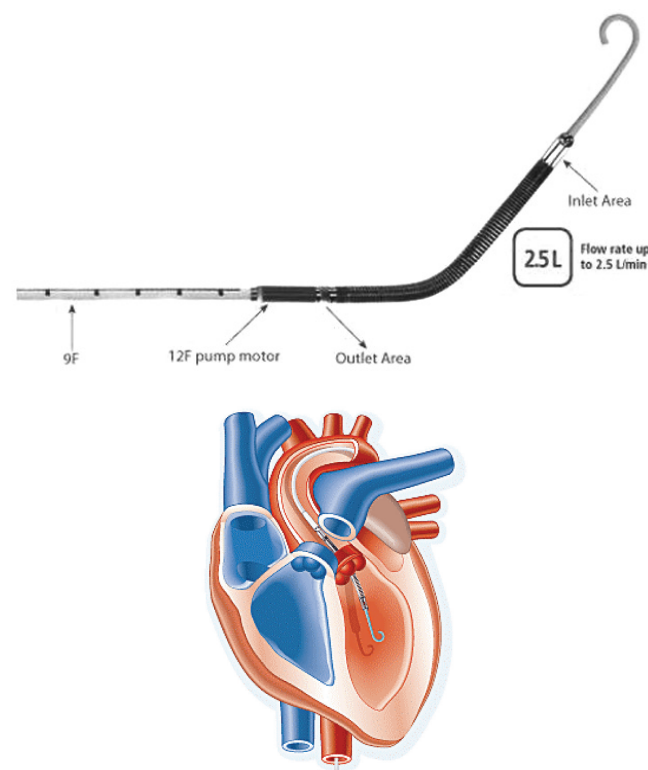
Obr. 1. A – systém Tandem Heart (schéma zapojení k levostranné podpoře) – přívodná kanyla zavedená transseptálně v levé síni, odvodná kanyla zavedena do descendentní aorty; B – skiagram hrudníku s nasávací kanylou zavedenou do levé síně, patrný průběh kardiostimulačního systému

chanické podpoře (obr. 1). Při použití jako levostranné podpory je nutnost provedení transseptální punkce, kdy nasávací kanyla je umístěna v levé síni, odkud se okysličená krev přečerpává centrifugální pumpou do kanyly umístěné v descendentní aortě. Jedná se tedy o bypass levá síň-aorta. Punkce mezišifového septa se provádí pod skiaskopickou kontrolou nebo s pomocí intrakardiálního ultrazvuku. Při stavech, kde dochází k selhání pravé komory, je nasávací kanyla umístěna v pravé síni a výdejná kanyla v plicnici. Zavedení systému se provádí punkcí femorálních cév (žíla a tepna).

Centrifugální pumpa pracuje s kontinuálním průtokem, maximální rychlost je 7500 otáček/min. Rotace čerpadla je zajištěna na principu elektromagnetického pole rotující vrtulkou volně v prostoru pumpy. Celý systém je kontinuálně proplachován heparinizovaným fyziologickým roztokem. Řídící konzole zobrazuje aktuální počet otáček a udává minutový průtok pumpou.

Impella

Systém Impella (Abiomed Inc, USA) je perkutánní mechanická podpora oběhu, vyráběná v provedení 2.5 a 5.0 L/min. Jedná se o nepulzatilní systém, který používá axilární pumpu. Impella 2.5 je zaváděna nejčastěji punkcí femorální artérie v třísele retrográdní cestou přes aortální ústí do hrotu levé ko-

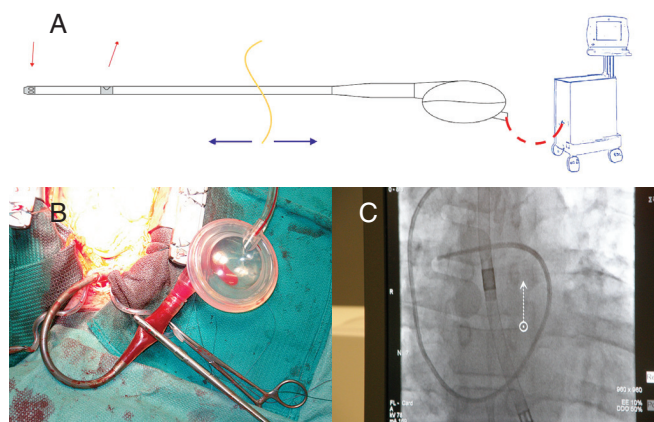


Obr. 2. Systém Impella 2.5L, katétra s vtokovou a výtokovou částí

mory (obr. 2). Konec katétru je opatřen atraumatickým pigtaillem. Mezi výhody patří možnost rychlého zavedení, punkce pouze jedné tepny; nevýhodou je limitovaný výkon pumpy. Výkonnější varianta Impelly (Impella 5.0) vyžaduje vždy preparaci cévy chirurgem.

Pulsecath (iVAC 3L)

Je krátkodobý systém pulzatilní levostranné srdeční podpory zaváděný po preparaci podklíčkové tepny chirurgem. Jedná se o 21F katétra, kdy se nasávací konec umísťuje do

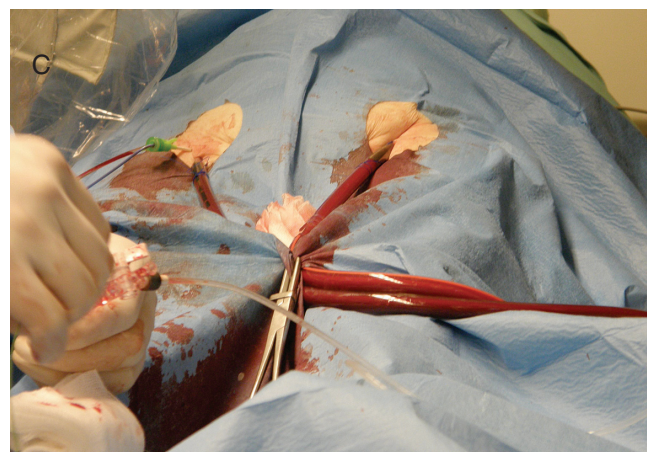
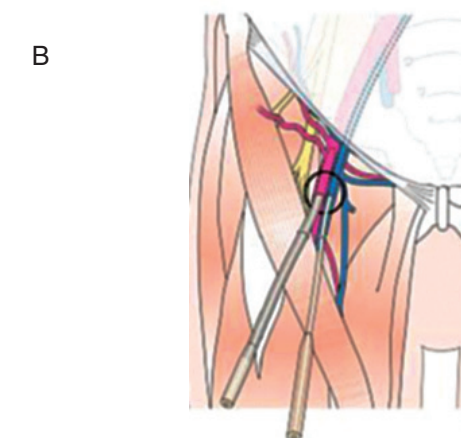


Obr. 3. A – systém PulsCath 3L, schéma zavedení, membránová pumpa napojená na řídicí kontrapulzační jednotku; B – membránová pumpa umístěná extrakorporálně; C – skiagram se zavedeným plicnicovým katétre a oběhovu podporou v levé komoře

levé srdeční komory, dvoucestný ventil je nad aortální chlopní (obr. 3). Na druhý konec katétru se připojí membránová pumpa, která je napojená na řídicí jednotku (kontrapulzační přístroj). Do diskového rezervoáru se nasává krev z levé komory a aktivně se vypuzuje do oběhu přes dvoucestný ventil rychlostí až 3 l/min. Výhodou je pulzaticí tok krve synchronizovaný s křivkou EKG, možnost zavedení i při absenci přístupu z oblasti stehenní tepny, tedy například při těžkých aterosklerotických změnách pánevního řečiště. Nevýhodou je nutnost preparace podklíčkové tepny chirurgem.

Extrakorporální membránová oxygenace (ECMO)

Krevní pumpa s vřazeným membránovým oxygenátorem (ECMO) umožňuje v případě nutnosti i kompletní náhradu funkce srdce a plic (obr. 4). V současné době jsou k dispozici systémy od několika výrobců; na našem pracovišti máme největší zkušenosti se krevní pumpou Levitronix Centrimag (Levitronix, USA), ale použili jsme i další systémy (Cardiohelp, Performer CPB a Bio-Console 560; Medtronic, USA). Systém Levitronix umožňuje relativně snadnou obsluhu, rychlé sestavení a odvzdušnění soustavy, je zde možnost srdeční podpory až 30 dnů (s ev. nutností výměny oxygenátoru při jeho zanesení). Při perkutánním zavedení, jsou jako cévní přístup používány zpravidla femorální artérie a vena, v méně častých případech je možná preparace cév v axile. Žilní kanyla je pod skiaskopickou či echokardiografickou kontrolou zavedena do pravé síně a arteriální kanyla do descendentní aorty. V závislosti na duplexním ultrazvukovém nálezu je možné provést punkci cév klasickou Seldingerovou metodou nebo po chirurgické preparaci velkých cév. Vinuté pánevní řečiště či těžké aterosklerotické postižení velkých tepen dolních končetin představují limitaci tohoto přístupu. Ischémii dolní končetiny po punkci femorální artérie je možné řešit extrakorporálním bypassem přímo z arteriální kanyly do některé z distálních končetinových tepen. Krevní pumpa pracuje na principu magnetické levitace, která dává do pohybu centrifugální planární turbínu. Žilní kanyla tedy nasává neokysličenou krev z pravé síně, dostává se do krevní pumpy, dále do oxygenátoru; již okysličená krev je vrácena zpět prostřednictvím arteriální kanyly do descendentní aorty. Rychlost průtoku mimotělním oběhem regulujeme nastavením otáček krevní pumpy na řídicí konzoli, kdy maximum je 5500 otáček/min. Minutový průtok je přímo závislý především na velikostech žilní a arteriální kanyly, ale také na žilním návratu, na arteriální rezistenci a dalších faktorech (5–7). Maximální průtok mimotělním oběhem, kterého jsme dosahovali při použití 21F žilní a 15F arteriální kanyly byl přes 6 l/min.



Obr. 4. A – krevní pumpa Levitronix Centrimag s oxygenátorem; B – schéma zavedení punkční metodou z oblasti třísla; C – běžící podpora oběhu při rizikové koronární angioplastice

ROZHODOVACÍ POSTUP PŘED ZAVEDENÍM OBĚHOVÉ PODPORY

U emergentních stavů, jako je například oběhová zástava, by k rozhodnutí použití některého ze systémů mechanické srdeční podpory měl hrát dominantní roli čas – tedy doba, za kterou jsme schopni celý systém sestavit a zprovoznit. Toto v naprosté většině eliminuje mechanické srdeční podpory, u kterých je zavedení vázáno na chirurgickou preparaci či je nutné provést transeptální punkci. Dále bychom měli v těchto emergentních stavech myslet na „velikost“ srdeční podpory, tedy na minutovém průtoku, generovaném příslušným systé-

mem, a zvážit, zda stačí částečná podpora nebo je přechodně nutná kompletní náhrada srdce jako pumpy. Stav krevního řečiště jako například těžké kalcifikace tepen představuje také limitaci pro mnoho dostupných srdečních podpor. Elektivně zaváděné srdeční podpory nám však dávají dostatek času ke správné volbě daného typu podpory, kdy můžeme vyšetřit stav krevního řečiště, posoudit možnosti přístupu z oblasti třísel eventuálně z oblasti podklíčkových tepen, vyloučit koagulopatie, adekvátně posoudit možnost heparinizace pacienta. Dále bychom při rozhodování měli brát v potaz přídatné chlopenní postižení a zvážit je nutné i plicní funkce. Za určitých podmínek můžeme s výhodou zvážit kombinaci aktivní mechanické srdeční podpory podporou pasivní, tedy IABK.

ZÁVĚR

Využití minimálně invazivních mechanických oběhových podpor se v poslední době stále rozšiřuje, a to zvláště v nemocnicích s kardiovaskulárními centry. Velmi rychlý rozvoj těchto systémů a zkrácení doby sestavení aparatur umožňuje použití i v emergentních stavech, jako je oběhová zástava. Za velmi důležité pokládáme vytvoření týmu lidí, kteří se problematikou mimotělních srdečních podpor aktivně zabývají a podílejí se na rozhodování o zavedení příslušné podpory („ECMO tým“ nebo „Tým pro oběhové podpory“). V tomto týmu by měl být přítomen intervenční kardiolog, intenzivista, perfuzionista, kardiochirurg, vhodný je i cévní chirurg. Při možnosti výběru z několika typů srdečních podpor, jako je tomu na našem pracovišti, lze především u plánovaných výkonů v rámci tohoto týmu posoudit stav nemocného a vybrat ten nejvhodnější a nejbezpečnější typ podpory pro daného pacienta. Rozhodování o typu oběhové podpory zahrnuje velmi komplexní echokardiografické zhodnocení funkce levé i pravé komory, přídatných chlopenních vad; posouzení aterosklerotických změn v cévním řečišti, posouzení plicních funkcí, ale i posouzení možnosti heparinizace.

Minimálně invazivní oběhové podpory představují významný pokrok v současné kardiologii, umožňující přežít nemoc-

ným, u kterých konvenční léčebné možnosti selhávají.

Zkratky

- BiVAD – podpora obou srdečních komor (biventricular assist device)
 CI – srdeční index
 ECMO – extrakorporální membránová oxygenace
 IABK – intraaortální balónková kontrapulzace
 LVAD – systém k podpoře činnosti levé komory (left ventricular assist device)
 PCWP – tlak v zaklínění
 RVAD – systém k podpoře činnosti pravé komory (right ventricular assist device)

LITERATURA

1. Birks EJ, Tansley PD, Hardy J, et al. Left ventricular assist device and drug therapy for the reversal of heart failure. *N Engl J Med* 2006; 355: 1873–1884.
2. Addad H, Elabbassi W, Moustafa S, et al. Left ventricular assist devices as bridge to heart transplantation in congestive heart failure with pulmonary hypertension. *ASAIO J* 2005; 51: 456–460.
3. Goldstein DJ, Oz MC. Mechanical support for post cardiectomy cardiogenic shock. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 12: 220–228.
4. Krüger A, et al. Profylaktické použití mimotělní podpory oběhu s membránovým oxygenátorem u rizikové perkutánní koronární intervence. *Cor Vasa* 2010; 52: 141–144.
5. John R, Liao K, Lietz K, et al. Experience with the Levitronix CentriMag circulatory support system as a bridge to decision in patients with refractory acute cardiogenic shock and multisystem organ failure. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 134: 351–358.
6. De Robertis F, Birks EJ, Rogers P, et al. Clinical performance with the Levitronix Centrimag short-term ventricular assist device. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25: 181–186.
7. Dang N, Topkara V, Leacche M, et al. Left ventricular assist device implantation following acute anterior wall myocardial infarction and cardiogenic shock: a two-center study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 130: 693–698.

ZPRÁVY

Plánované akce odborných složek ČLS JEP

■ PROSINEC

1. PROSINCE 2011

Regionální pediatrický seminář

Místo: Plzeň

Pořadatel: LF UK Plzeň, Sdružení PLDD, ČPS JEP, DK FN Plzeň

10. PROSINCE 2011

AORA 2011 – Analgezie a anestezie v porodnictví

Místo: Praha

Pořadatel: Sekce porodnické analgezie a anestezie ČGPS ČLS JEP ve spolupráci s Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze, Aesculap Akademií a Národním muzeem

■ LEDEN

4. LEDNA 2012

333. Pracovní schůze SNN

Místo: Praha

Pořadatel: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

4. ledna 2012

333. pracovní schůze SNN na téma Projekt NETAD a jeho spolupráce se SNN: síťování vědecko-výzkumných kapacit v oboru adiktologie a jeho souvislosti s rozvojem SNN a oboru jako celku

Místo: Praha

Pořadatel: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

9. až 11. LEDNA 2012

Třeboň 2012

Místo: Třeboň

Pořadatel: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

12. až 14. LEDNA 2012

Janskolázeňské sympozium

Místo: Janské Lázně

Pořadatel: Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu ČLS JEP, Státní léčebné lázně Janské Lázně s.p. a Klinika dětské neurologie IPVZ Praha

12. až 14. LEDNA 2011

6. janskolázeňské sympozium

Místo: Janské Lázně

Pořadatel: Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu

■ ÚNOR

2. ÚNORA 2012

Respirační kaleidoskop

Místo: Brno

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

Nové poznatky v problematice divertikulární choroby tračníku

Mojmír Dolejší

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, IV. interní klinika VFN

SOUHRN

Článek je souhrnným referátem zaměřeným na nové poznatky týkající se zejména klasifikace, diagnostiky, medikamentózní a endoskopické terapie komplikací divertikulární choroby tračníku. Je stručně uvedena problematika funkční poruchy v terénu divertikulózy, tzv. symptomatické nekomplikované divertikulární choroby tračníku. Krvácení z divertiklů je objasněno z pohledu patogeneze a diagnostiky. Problém se stanovením podílu divertikulárního krvácení na celkovém počtu krvácení do dolní části trávicího traktu je způsoben různými kritérii při výběru těchto pacientů a dvěma úrovněmi diagnostiky divertikulárního krvácení (jistou a pravděpodobnou). Je věnována pozornost divertikulární kolitidě. Jsou uvedena synonyma, endoskopická a histologická klasifikace. Hlavním endoskopickým nálezem jsou ložiska erytému, která jsou patrná na sliznici mezi divertikly. Divertikulitida je chápána jako nejvýznamnější komplikace, podrobně je rozebírána diagnostika divertikulitidy. Prvním doporučeným krokem je urgentní provedení břišní sonografie, zlatým standardem je CT vyšetření břicha a ve speciálních situacích některé další zobrazovací metody: MRI, kolonoskopie. V závěru článku je podán přehled moderních terapeutických možností v léčení divertikulární kolitidy a divertikulitidy, zejména použití antibiotik, probiotik, mesalazinu a spazmolytik. Je uveden negativní vliv NSA na průběh divertikulitidy a možnost indukce divertikulárního krvácení.

Klíčová slova: divertikulární krvácení, divertikulární kolitida, divertikulitida.

SUMMARY

Dolejší M. New knowledge on the diverticular disease of colon

The article is a summary paper aimed at new knowledge, concerning the classification, diagnostics, medication and endoscopic treatment of diverticular disease of colon. Briefly mentioned are the issues of functional disorder in the field of diverticulosis - symptomatic uncomplicated diverticular disease of colon. Diverticular bleeding is explained in terms of its pathogenesis and diagnostics. The problem with estimation the ration of diverticular bleedings in the total number of bleedings into the lower digestive tract is caused by diverse criteria for selecting patients and two levels of diagnostic of diverticular bleeding (definite and presumptive). Attention is paid also to diverticular colitis. Synonyms, endoscopic and histological classification are listed. The main endoscopic findings represent areas of erythema, which are visible on the mucosa between diverticula. Diverticulitis is seen as the most significant complication and the diagnostics of diverticulitis is discussed in detail. The first recommended step in the diagnosis is an urgent abdominal ultrasound; the gold standard is a CT examination of the abdomen, in special situations, some other imaging methods should be used: MRI, colonoscopy. The article ends with an overview of modern therapeutic options in the treatment of diverticular colitis and diverticulitis, particularly the use of antibiotics, probiotics, mesalazine and antispasmodics. Negative effect of NSAIDs on the course of diverticulitis and induction diverticular bleeding is listed.

Key words: diverticular bleeding, diverticular colitis, diverticulitis.

Do.

Čas Lék čes 2011; 150: 651–655

ÚVOD

Divertikulární choroba tračníku je velmi časté onemocnění, jeho prevalence se v České republice udává 30 % populace ve věku 40–60 let, po 60. roce věku je výskyt divertikulózy nad 50 %. Výskyt onemocnění stoupá, což se vysvětluje narůstáním věku populace a změnou složení stravy, hlavně úbytkem vlákniny ve stravě (1). Patogeneze choroby je z větší části známa a všeobecně se uznává úloha ukládání elastinu do tení střeva, což vede ke zkrácení postiženého úseku tračníku s jeho harmonikovitou deformací, tím se tvoří podmínky k protlačování sliznice mezi snopci

cirkulární svaloviny. Uplatňuje se zřejmě i viscerální střevní neuropatie, která je zodpovědná za zvyšování intraluminálního tlaku.

SYMPTOMATICKÁ NEKOMPLIKOVANÁ DIVERTIKULÁRNÍ CHOROBA TRAČNÍKU

Většina případů divertikulózy (80–85 %) probíhá asymptomaticky (2). Patnáct až dvacet procent pacientů má obtíže, hlavně bolesti nebo střevní dyspepsii, ale kromě nálezu divertiklů nemá již další anatomické změny. Tato forma choroby se nazývá symptomatická nekomplikovaná divertikulární choroba tračníku. Jedná se zpravidla o nadýmání, nepravidelnost stolice, sklon k zácpě a bolesti, které jsou lokalizovány obvykle do levého podbřišku a zhoršují se naježením a zmírňují defekací. Tyto obtíže někdy imitují symptomatologii dráždivého tračníku (3). Bolesti na funkčním podkladě jsou asi 3× častější než bolesti na podkladě divertikulitidy (2).

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Mojmír Dolejší
IV. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
e-mail: d.mojmir@quick.cz

KRVÁCENÍ Z DIVERTIKLŮ

Zvláštní samostatnou komplikací divertikulární choroby tračnicku je krvácení z divertiklů. Krvácení se projevuje obvykle závažnou enteroragií, méně často okultními krevními ztrátami s následnou anemizací. Pro manifestní krvácení je v těchto případech typická směs tekuté krve, koagul a stolice. Toto krvácení je samostatnou jednotkou, která se nesdružuje s jinými komplikacemi. Krvácí arterioly označované jako vas rectum, jejichž lokalizace je ve stěně (klenbě) divertiklu. Častěji krvácejí solitární divertikly pravého tračnicku (4, 5). Krvácení postihuje 3–5 % všech nemocných divertikulózou (6). Vzhledem k častému výskytu divertikulární choroby může být divertikulární krvácení nejčastější příčinou enteroragií u pacientů ve vyšších věkových kategoriích. V některých souborech je to téměř 42 % závažných enteroragií (7). Většina autorů udává však poněkud nižší čísla, obvykle kolem 30 %. Podle tohoto údaje lze odhadovat incidenci divertikulárního krvácení na 8/100 000 ročně (7).

Jensen se spolupracovníky se snažil stanovit výskyt divertikulárního krvácení u pacientů se zjištěnou divertikulózou a probíhající enteroragií. Nepochybné divertikulární krvácení bylo konstatováno jako příčina nejméně jedné pětiny enteroragií. Jako pravděpodobné divertikulární krvácení bylo v této studii označeno dalších 29 % krvácení konzervativně léčených, ve skupině chirurgicky léčených se tato diagnóza ovšem nevyskytla (8). Je třeba zdůraznit, že se jedná o vybrané pacienty se závažnou enteroragií. Z uvedeného vyplývá, že v některých situacích a souborech pacientů může převládat stanovení diagnózy divertikulárního krvácení nepřímo – per exclusionem, tomu odpovídá diagnóza pravděpodobné divertikulárního krvácení.

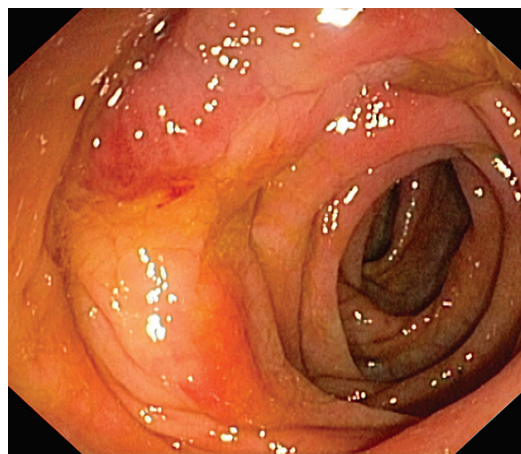
Diagnostika divertikulárního krvácení

Krvácení z divertiklů je diagnostikováno zpravidla pomocí kolonoskopie, která jako jediná metoda může prokázat nejen aktivní krvácení, ale i stigmata po krvácení v divertiklech. K lokalizaci etáže krvácení je možno použít scintigrafii (^{99m}Tc autologně značenými erytrocyty) nebo angiografii. Scintigrafické vyšetření má větší senzitivitu – daří se průkaz krvácení při menší intenzitě než u arteriografie, výhodou arteriografie je možnost současné intervenční léčby (zpravidla podání terlipresinu nebo embolizace). Scintigrafické ani arteriografické vyšetření však neznázorní divertikly a obě vyšetření jsou schopna prokázat pouze aktivní krvácení, nikoliv klidovou fázi. Také při kolonoskopii, která je v situaci nejasné probíhající enteroragie indikována, může být diagnostika divertikulárního krvácení obtížná. V době aktivního krvácení není snadné lokalizovat zdroj poměrně málo intenzivního sáknoucího krvácení. V posthemoragické fázi se hledají stigmata krvácení, v divertiklech a na jejich okrajích, která jsou často nenápadná. Pokud kolonoskopie neprokáže žádné aktivní krvácení ani stigmata, ale je prokázána divertikulóza a vyloučeno ložiskové postižení celého tračnicku, pak je divertikulární krvácení nejpravděpodobnější příčinou odeznělé enteroragie (pravděpodobné divertikulární krvácení).

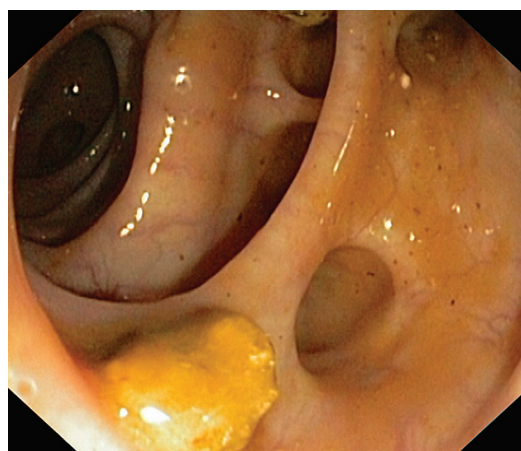
DIVERTIKULÁRNÍ KOLITIDA

Nově popsanou komplikací divertikulární choroby tračnicku je divertikulární kolitida. Tato jednotka má řadu synonymů: crescentic colitis, crescentic mucosal fold, sigmoid colitis. V poslední době se zdá, že termín „segmental colitis associated with diverticulosis“ (SCAD), který proniká z americké literatury, se prosazuje i u evropských autorů (9). Japonská škola má vlastní terminologii (10).

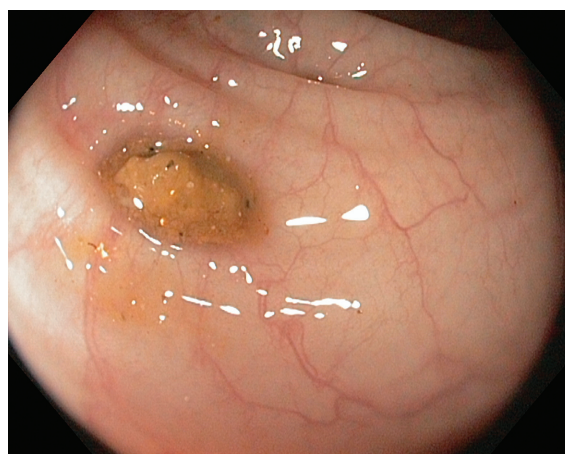
Incidence není přesně známa, výskyt se odhaduje do 1,4 % všech kolonoskopií (11), tedy málo frekventní nález. Tursi ve svém přehledném článku uvádí výsledky ještě nižší – až



Obr. 1. Divertikulární kolitida (jsou patrná plošná zarudnutí sliznice, která místy splývají; vlivem edému sliznice nejsou vidět ústí divertiklů)



Obr. 2. Těžší divertikulóza na colon sigmoideum (jsou patrné četné objemné divertikly, v lumen tračnicku je z divertiklu vypadlý fekalit)



Obr. 3. Fekalit v divertiklu

0,25% všech kolonoskopií (9). Jde o segmentální kolitidu, která vynechává rektum a postihuje zpravidla různě velký úsek sigmatu, případně orálněji uložených částí tračnicku postiženého divertikulózou. Projevuje se hlavně drobnými enteroragiemi. Při endoskopickém vyšetření se obvykle od rektosigmoidálního přechodu objevuje katarální zánět, přítomny mohou být i drobné eroze. Pro zánět jsou typická ložiska případně drobné plochy erytému (12). Problémem může být destrukce divertiklů v takto změněném úseku tračnicku, neboť při edému sliznice nemusí být patrná ústí divertiklů. Zánětlivé

změny se netýkají ústí divertikulů, ale jejich okolí (obr. 1). Zvláštní formou divertikulární kolitidy je tzv. crescentic fold disease. Makroskopické odchylky (edém, erytém a ložiska hemoragií) se v tomto případě nacházejí na zbytnělých slizničních řasách (5, 12).

Tursi (9) ve své nedávno publikované práci uvádí endoskopickou klasifikaci divertikulární kolitidy, přesněji řečeno SCAD: 1. typ: crescentic fold disease – je nejčastější (52 %), 2. typ: mild to moderate UC-like, 3. typ: Crohn-colitis-like, 4. typ: severe ulcerative colitis-like. Zvláštností této klasifikace je, že každému uvedenému typu odpovídá určitý histologický nález, takže histologické třídění má stejné kategorie. Dosavadní a často citovaná histologická klasifikace vypracovaná Goldsteinem v roce 1997 uvádí kategorie: 1. ulcerative colitis-like, 2. Crohn's disease-like a 3. prominent mucosal folds (11).

Typický histologický obraz v biopsickém materiálu divertikulární kolitida nemá. Histologické vyšetření prokazuje zánět, který může být provázen kryptovými abscesy či granulomy, takže záměna s idiopatickou proktokolitidou či Crohnovou chorobou je možná (11).

Zajímavý je rozbor přirozeného průběhu (13). Divertikulární kolitida může vymizet bez léčby, může být stacionární a výjimečně může po dlouhém průběhu vést ke stenóze sigmoida. V tomto případě je nutné uvažovat o chirurgickém léčení – resekci divertikulózou postižené části tračnicku.

DIVERTIKULITIDA

Nejzávažnější komplikací divertikulární choroby je zánět divertikulů čili divertikulitida. Tato komplikace postihuje asi 10 až 25 % pacientů s divertikulózou, roční incidence perforační formy se udává 16/100 000 (14). Zánětu divertikulů predisponují tzv. fekolity čili kousky stolice ulpívající v divertiklech (obr. 2 a 3), určitou roli hraje divertikulární kolitida, zejména její forma, která se vyznačuje tvorbou granulomů. Fekolity uvnitř divertikulů vedou mechanickou cestou k erozním a fisurám slizniční vrstvy divertikulů a v těchto místech proniká bakteriální infekce do stěny divertikulů. Obsah divertiklu podléhá změnám včetně kolikace a tvorby bublinek plynu. Jedná se o stadium mikroabscesu. Pokud se tento vyprázdí přes ústí divertiklu do tračnicku, dochází ke spontánnímu hojení. Zánět se může naopak šířit stěnou divertiklu do okolí, tedy do přilehlé tukové tkáně (15). V případě, že zánět přestoupí do okolí tračnicku (do perikolického tuku), vzniká tzv. peridivertikulitida. Splýváním ložisek peridivertikulitidy vzniká perikolitida. Infiltrát, který je podstatou perikolitidy, se může dále vyvíjet k další závažné komplikaci – perikolickému abscesu. Pokud se absces vyprázdí do dutiny břišní, vzniká purulentní peritonitida. V případě, že dojde k perforaci zánětem změněných divertikulů do dutiny břišní nebo dokonce k ruptuře stěny tračnicku, vzniká sterkorální peritonitida, což je nejobávanější komplikace s vysokou letalitou (12–24 %). Další komplikací divertikulitidy je tvorba píštělí. Píštěle vznikají provalením abscesu do okolního orgánu (nejčastěji do močového měchýře, méně často do pochvy, vzácně do střeva nebo kůže). Opakováním zánětu ve stejném úseku tračnicku vzniká jizvení ve stěně tračnicku a následkem něho dochází k zužování lumina, tedy ke stenóze. Stenóza vede k rozvoji subileózních či ileózních stavů.

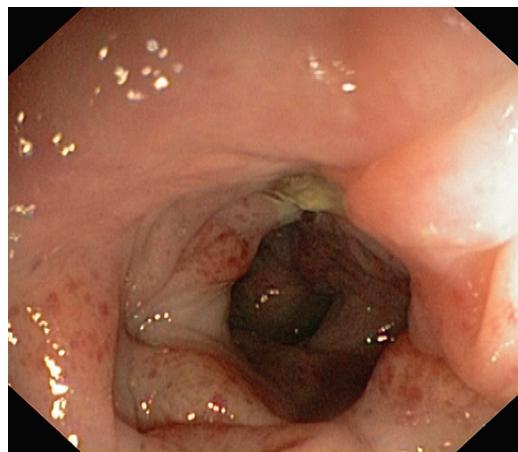
Komplikace divertikulitidy se objevují asi v 25 %, takže většina divertikulitid probíhá nekomplikovaně, ale další osud pacientů s prodělanou divertikulitidou se různí. Asi třetina pacientů zůstává trvale asymptomatická, další třetina trpí bolestmi břicha (tzv. hyperalgezie sigmatu) a u zbylé třetiny dojde k recidivě divertikulitidy (4).

Diagnostika komplikací divertikulární choroby tračnicku se v posledních letech vlivem moderní vyšetřovací techniky změnila. V **diagnostice divertikulitidy** dnes zaujímá prvořadé místo **sonografie** a CT. Sonografický obraz divertikulitidy je diagnostický. K vyšetření se používá sond s frekvencí 5 až

10 MHz. Na postiženém segmentu střeva je vidět ztlustění stěny tračnicku nad 5 mm a jsou patrné divertikly. Další známkou zánětu je hyperechogenní halo v okolí divertiklu, které odpovídá peridivertikulitidě či perikolitidě. V posledních letech je sonografická diagnostika na kvalitních přístrojích obohacena o možnost rozlišit nepostižený a zánětem změněný divertikl. Mizení centrální hyperechogenní části divertiklu a vznik homogenního hypoechogenního vzhledu divertiklu je jednou z diagnostických variant. Druhou základní variantou je vznik hypoechogenního lemu kolem hyperechogenního centra divertiklu (16, 17). Je možné též znázornit perikolický absces. Sonografie má ovšem své limitace – zejména v případě postižení aborálního sigmatu či rektosigmoidálního přechodu, tedy oblastí špatně zobrazitelných. Přístroje vybavené vysokofrekvenční rektální sondou mohou přispět k diagnostice divertikulitidy v rektosigmoidálním přechodu, a zvyšují tak výtežnost sonografie (18, 19).

CT vyšetření tračnicku je považováno za zlatý standard v diagnostice. Relativně nejčastější nález na skenech je zánětlivé postižení perikolického tuku, které se znázorňuje jako hyperdenzní lem kolem divertiklu. Zobrazitelné jsou divertikly (opět můžeme posuzovat přítomnost či nepřítomnost zánětlivých změn v nich), ztlustění stěny postiženého segmentu tračnicku, peridivertikulárně lokalizovaný vzduch či tekutina, případně volný perikolicky lokalizovaný vzduch či tekutina. Arowhead sign je dalším diagnostickým znakem divertikulitidy, jde o konické zúžení lumina tračnicku edémem (20). S větší výtežností se dají vizualizovat abscesy či píštěle, případně obstrukce lumina a ileus. CT na rozdíl od sonografie také spolehlivěji zachytí případné tumorózní postižení v lumen tračnicku a dokáže zhodnotit uzliny v mezenteriu. Příprava pacienta na CT vyšetření je často diskutována. V literatuře (18, 21) bývá uváděn požadavek na ortográdní přípravu perorální izoosmotickou laváží + tzv. trojí kontrast: perorální + perrektální + intravenózní podání. S různými variantami tohoto požadavku je třeba na RTG pracovištích počítat. Magnetická rezonance je využívána okrajově, její předností je hlavně velmi dobrá znázornitelnost píštělí. Zajímavým zdokonalením diagnostiky divertikulitidy může být PET CT. Toto vyšetření sumarizuje morfologické a metabolické informace při hodnocení úseku postiženého divertikulózou (22).

Irrigografie pomocí barya byla v minulosti v této indikaci používána, ale riziko komplikací v případě perforace (zatečení kontrastu mimo tračník) tuto metodu odsouvá do pozice kontraindikací, navíc známky prokazující divertikulitidu bez perforace jsou při irrigografii jen nepřímé: zúžení lumina edémem, spazmy, divertikly s obsahem. Je povoleno použít vodné kontrastní látky, ale diagnostická výtežnost je pak ještě nižší. **Kolonoskopie** patří v případě divertikulitidy též mezi relativně kontraindikovaná vyšetření a její nález znamená ob-



Obr. 4. Divertikulitida (na snímku je patrné zarudnutí sliznice ve směru lehké divertikulární kolitidy, edém sliznice, naznačená ústí divertikulů; na čísle 12 je v ústí divertiklu patrný zánětlivý exudát)

vykle ukončení tohoto výkonu. Divertikulitida se při endoskopickém vyšetření diagnostikuje podle přítomnosti exsudátu v divertiklech (obr. 4), poměrně častá, ale nenápadná změna je zúžení lumina vlivem edému řas. V okolí ústí divertiklů mohou být patrné zánětlivé změny ve smyslu divertikulární kolitidy. Tato se projevuje erytémem (10, 15).

Laboratorní vyšetření v diagnostice divertikulitidy mají pouze pomocnou hodnotu, záleží na rozsahu zánětu a přítomnosti komplikací. Dochází ke změnám v krevním obrazu, které svědčí pro bakteriální zánět, zvýšení sedimentace erytrocytů a CRP. Fekální kalprotektin je studován v případech divertikulitidy a kolitid pro svůj možný přínos v této problematice. Zánětlivou aktivitu lze rovněž detekovat pomocí leukocytů značených ¹¹¹indiem – tzv. leukocytárním skenem nebo PET.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Diferenciální diagnostika syndromů a komplikací spojených s divertikulózou tračníku je poměrně náročná. Symptomatickou nekomplikovanou divertikulární chorobou tračníku je třeba odlišit od dráždivého tračníku. Rozlišujícím faktorem je v tomto případě věk pacienta. Příznaky dráždivého tračníku u pacientů vyšších věkových kategorií jsou v tomto směru podezřelé, zvláště v případě, kdy kolonoskopií vyloučíme jiné organické postižení tračníku. Podobnou symptomatologii může mít však také pozánětlivá stenóza po prodělané divertikulitidě.

Další okruh problémů přináší nespecifické střevní záněty v terénu divertikulózy. Kromě možného souběhu obou chorob je třeba počítat s možností divertikulární kolitidy, jejíž histologické nálezy se mohou jevit jako idiopatická proktokolitida či Crohnova choroba. Divertikulitida a Crohnova choroba mají společnou komplikaci a tou je tvorba píštělí. Divertikulitidu je třeba odlišit od karcinomu tračníku, z toho důvodu je indikována kolonoskopie po odeznění akutní fáze onemocnění. V případě protrahovaného průběhu divertikulitidy, hlavně špatné reakci na terapii, je indikována kolonoskopie i v akutním stadiu. Výjimečně může být jako příčina protrahovaného průběhu zjištěna perforace divertiklu drůbeží kostí.

LÉČBA KOMPLIKACÍ DIVERTIKULÁRNÍ CHOROBY TRAČNÍKU

Léčba symptomatické nekomplikované divertikulární choroby tračníku

Antibiotika jsou využívána v léčbě jednotlivých komplikací častěji než v minulosti. Týká se to i léčení této formy divertikulární choroby (23). Použití antibiotika souvisí se zásahem do bakteriálního přerůstání a významně rozšiřuje léčebné možnosti.

Nově zkoušenou skupinou léků v léčbě střevních zánětů jsou probiotika. Nejsou k dispozici data v dostatečném množství, ale předpokládá se jejich použití i v případech symptomatické nekomplikované divertikulární choroby tračníku (24) a jako součást udržovací léčby po prodělané divertikulární kolitidě. Kromě kmene *Escherichia coli* Nissle 1917 jsou zkoušeny i laktobacily a probiotická směs s označením VSL#3 (25).

Léčba divertikulárního krvácení

Krvácení z divertiklů je možné kromě konzervativních léčebných postupů (infuzní a transfuzní léky, hemostyptik) stavět provedením irrigoskopie, která umožní určitou taponádu divertiklu. Naopak moderní endoskopické školy se pokoušejí toto krvácení ošetřit zpravidla pomocí hemoklipů či injektáže adrenalinu (8, 10, 15). Adrenalin ředěný 1 : 20 000 se aplikuje v dávce 1–2 ml do 4 kvadrantů divertiklu (8). Je literárně do-

ložena i řada jiných možností hemostázy včetně termokoagulace a argonové plazmakoagulace, což je však jinými autory vzhledem k anatomii divertiklu pokládáno za neúnosně rizikové. Spontánní zástava krvácení je však obvyklá – odhadem kolem 80 % (7).

Léčba divertikulární kolitidy

Aminosalicyláty (zejména mesalazin) jsou v rámci léčby akutních komplikací využívány hlavně při léčbě divertikulární kolitidy (9). Také použití antibiotik je vyzkoušeno v této indikaci (9), ale jedná se spíše o možnost druhé volby nebo o použití v kombinaci.

Léčba divertikulitidy

V léčbě nekomplikované divertikulitidy se užívají zejména fluorochinolony a metronidazol, amoxicilin klavulanát, cefalosporiny 2. generace, nebo rifaximin. Pokud se jedná o komplikovanou formu zánětu, je nutné podávat antibiotika v kombinaci a preferovat nitrožilní aplikaci. Antibiotika obvykle nelze vybírat podle výsledků kultivačního vyšetření, výjimku tvoří případy, kdy je prováděna punkce abscesového ložiska.

Kombinaci antibiotika a aminosalicylátu lze použít při léčbě nekomplikované divertikulitidy, samotné aminosalicyláty se používají jako prevence recidiv divertikulitidy s referovaným velmi dobrým efektem (25, 26). Tato forma prevence je v klinické praxi zavedena již od devadesátých let 20. století.

Je zajímavé, že metaanalýza uvedená Grossem konstatuje chybění randomizovaných a placebem kontrolovaných studií na toto téma. Zatím jsou k dispozici jen jednotlivé navzájem těžko porovnatelné práce, které neodpovídají na řadu otázek, například optimální dobu preventivního podávání mesalazinu. Ve většině studií je používáno poněkud nižší dávkování mesalazinu ve srovnání s dávkováním při léčbě idiopatických střevních zánětů, zpravidla 0,8–2,4 g/den.

Cyklické perorální podávání nevstřebatelných antibiotik jako prevence recidiv divertikulitidy je ve starší literatuře zmiňováno, ale pro recentně užívaný rifaximin nejsou k dispozici údaje.

Na závěr je vhodné se zmínit o problematice **léčby bolesti při akutní divertikulitidě**. Paracetamol a nesteroidní antiflogistika (NSA) jsou kontraindikovány vzhledem k riziku indukce divertikulárního krvácení. NSA jsou též zatíženy rizikem rozvoje divertikulitidy – hlavně perforačních příhod (27). Opiátová analgetika působí stejnou komplikaci, což souvisí se zvýšením intrakolonického tlaku po jejich podání. Ze srovnání vycházejí relativně dobře – indifferenčně – běžná neurotropní spazmolytika. Muskulotropní spazmolytika reprezentovaná blokátory kalciového kanálu (např. duspatalin) vykazují dokonce protektivní účinek ve smyslu perforačních příhod na divertiklech (27).

Chirurgická léčba se provádí v urgentních stavech – např. při známkách peritonitidy či ileu nebo plánovaně v případě 2 prokázaných atak divertikulitidy či divertikulárního krvácení, jelikož další recidivy se u těchto komplikací dají předpokládat. Indikací je rovněž píštěl nebo symptomatická stenóza.

Zkratky

NSA – nesteroidní antiflogistika

SCAD – segmental colitis associated with diverticulosis

LITERATURA

1. **Antoš F.** Divertikulární choroba tlustého střeva. In: Gastroenterologie. Mařatka Z. Praha: Karolinum 1999; 305–309.
2. **Colecchia A., Sandri L., Capodicasa S, et al.** Diverticular disease of the colon: New perspectives in symptom development and treatment. World J Gastroenterol 2003; 9(7): 1385–1389.

3. **Hollerbach S.** Diverticular disease – differential diagnosis and prognosis. In: *Diverticular Disease: Emerging Evidence in a Common Condition*. Berlin: Springer-Verlag 2006; s. 37–43.
4. **Fearnhead NS, Mortensen NJ.** Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease. *Best Practice Research Clinical Gastroenterology* 2002; 16: 577–593.
5. **Halligan S, Saunders B.** Imaging diverticular disease. *Best Practice Research Clinical Gastroenterology* 2002; 16: 595–610.
6. **Pilichos P, Bobotis E.** Role of endoscopy in the management of acute diverticular bleeding. *World J. Gastroenterol* 2008; 14: 1981–1983.
7. **Schölmerich J.** Lower gastrointestinal bleeding – search for sources. In: *Diverticular Disease: Emerging Evidence in a Common Condition*. Berlin: Springer-Verlag 2006; s. 61–66.
8. **Jensen DM, Machicado GA, et al.** Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N England J Med* 2000; 342: 78–82.
9. **Tursi A.** Segmental Colitis Associated with Diverticulosis: Complication of Diverticular Disease or Autonomous Entity? *Dig Dis Sci* 2011; 56: 27–34.
10. **Sakurai Y.** Clinical problem of diverticular disease of colon. *Gastroenterological Endoscopy* 2005; 47: 1205–1210.
11. **Haboubi NY, Khattab A, Edilbe MW.** Patterns of mucosal inflammation in diverticular disease. In: *Diverticular Disease: Emerging Evidence in a Common Condition*. Berlin: Springer-Verlag 2006; 3–16.
12. **Hadithi M, Cazemier M, et al.** Retrospective analysis of old-age colitis in the Dutch inflammatory bowel disease population. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 3183–3187.
13. **Freeman JH.** Segmental colitis associated with diverticulosis syndrome. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 6442–6443.
14. **Delvaux M.** Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 71–74.
15. **Parra-Blanco A.** Colonic Diverticular Disease: Pathophysiology and Clinical Picture. *Digestion* 2006; 73: 47–57.
16. **Hollerweger A, Macheiner P, et al.** Colonic diverticulitis: diagnostic value and appearance of inflamed diverticulography evaluation. *Eur Radiol* 2001; 11: 1956–1963.
17. **Oudenhoven L, Koumans R, Puylaert J.** Right Colonic Diverticulitis: US and CT Findings-New Insights about Frequency and Natural History. *Radiology* 1998; 208: 611–618.
18. **Hollerweger A, Rettenbacher T, et al.** Sigmoid diverticulitis: Value of Transrectal Sonography in Addition to Transabdominal Sonography. *Amer J Radiol* 2000; 175: 1155–1160.
19. **Hollerweger A.** Colonic diseases: The value of US examination. *Eur J Radiol* 2007; 64: 239–249.
20. **Rao PM, Rhea JT.** Colonic Diverticulitis: Evaluation of the Arrowhead Sign and the Inflamed Diverticulum for CT Diagnosis. *Radiology* 1998; 209: 775–779.
21. **Lohrmann Ch, Ghanem N, et al.** CT in acute perforated sigmoid diverticulitis. *Eur J Radiol* 2005; 56: 78–83.
22. **Ferda J, Mírka H, Ferdová E, Kreuzberg B.** Divertikulární nemoc. In: *CT trávicí trubice*. Praha: Galén 2006; s. 182–187.
23. **Latella G, Pimpo MT, Sotilli S, et al.** Rifaximin improves symptoms of acquired uncomplicated diverticular disease of the colon. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 55–62.
24. **Frič P, Zavoral M.** Escherichia coli Nissle 1917 prolongs remission in symptomatic uncomplicated diverticular disease of the colon. In: *Falk Symposium* 2005; 148.
25. **Tursi A.** Diverticular disease: A therapeutic overview. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2010; 6: 27–35.
26. **Gross V.** Aminosalicylates. In: *Diverticular Disease: Emerging Evidence in a Common Condition*. Berlin: Springer-Verlag 2006; s. 175–182.
27. **Piekarek K, Isrealsson LA.** Perforated colonic diverticular disease: the importance of NSAIDs, opioids, corticosteroids, and calcium channel blockers. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23(12): 1193–1197.

Psoralen a buněčné stárnutí

Buněčné stárnutí je navoditelné stresem, přirozeným a nevratným setváním buněk v klidu, což vše je součástí stáří. Předčasné stárnutí kůže je významný vedlejší efekt psoralenové fotoaktivity, která je užívána při různých kožních poruchách. Dříve bylo poukazováno, že DNA mezipruhovové křížení fotoaktivovaného psoralenu navozuje senescentní fenotyp v primárních fibroblastech, jenž je mediován mutovanou Ataxia telangiectasia – a Rad3-related (ATR) kinázou. Kontrolní kináza 1(Chk1) iniciuje kontrolní body cyklu a FANCD2 je známa, že je součástí poruchy DNA indukova-

ného arestu S-fáze příčnou opravou. V této studii autoři vyšetřili úlohu Chk1 a FANCD2 jako sestupných efektorů ATR ve stárnoucí signalizaci. Je demonstrováno, že Chk1 a FANCD2 jsou dlouhodobě aktivovány po psoralenové fotoaktivaci. Samotná kombinovaná redukce v expresi malých interferujících RNA (siRNA), předcházející iradiaci, částečně chrání iniciaci senescentního like-fenotypu, zatímco siRNA (Chk1 a FANCD2) transfekce stárnoucích fibroblastů uvolňuje buňky z růstového arestu. Autoři pozorovali Chk1 a FANCD2 signál rovnoměrně a se senescentní indukci, zatímco Chk1 a FANCD2 signál stejnoměrně přidává na stárnutí, kdežto

Chk1 je hlavně odpovědný za udržení arestu buněčného cyklu.

Závěrem, funkce Chk1 a FANCD2 snižují funkci ATR v non-redundantním způsobu pro ustavení a údržbu psoralenem indukované fotoaktivního stárnutí.

Literatura:

Hovest MG, et al. Differential roles for Chk1 and FANCD2 in ATR-mediated signalling for psoralen photoactivation-induced senescence *Experimental Dermatology* 883–889.

P. Barták

Sérologické nálezy chlamydiových protilátek v České republice – kontrolní soubor pacientů vyšetřených v rámci studie: *Chlamydia pneumoniae* v etiologii keratokonjunktivitida sicca

^{1,2}Dana Hrubá, ²Vladimír Kodat, ²Jan Krásný, ²Magdalena Netuková

¹Vidia-Diagnostika s.r.o., Praha

²Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Oční klinika FNKV

SOUHRN

Východisko. Jedním z cílů projektu IGA NS-10016 „*Chlamydia pneumoniae* v etiologii keratokonjunktivitida sicca“ bylo zhodnocení sérologických nálezů týkajících se chlamydiových infekcí u pacientů s keratokonjunktivitida sicca a porovnání těchto nálezů se sérologicky vyšetřeným kontrolním souborem. Sérologické vyšetření zahrnovalo detekci anti-LPS protilátek (rodově specifických), dále druhově specifických anti-*Chlamydia pneumoniae*, anti-*Chlamydia trachomatis* a protilátky proti chlamydiovému heat-shock proteinu – cHSP60 IgG.

Metody a výsledky. Do kontrolního souboru byli zařazováni pacienti Oční kliniky FNKV podstupující předoperační vyšetření. U těchto osob nebylo v době odběru prokázáno laboratorně či klinicky akutní oční nebo celkové onemocnění. V anamnéze neudávali léčbu antibiotiky v posledních 6 měsících, léčbu chronického zánětu dýchacího traktu a astmatu či terapii kloubního nebo kardiovaskulárního onemocnění. Do kontrolní skupiny bylo celkem zařazeno 103 osob. V naší studii jsme anamnestické protilátky proti CP detekovali u 69 % osob kontrolní skupiny, u 31 % z nich i IgA a/nebo IgM, u 45 % i pozitivitu anti-cHSP60 IgG – a to u osob bez projevů akutní infekce či zánětlivých laboratorních parametrů.

Závěry. Je zřejmé, že tato skutečnost může být při sérologickém vyšetření a jeho interpretaci velmi zavádějící, vždy je nutné hodnotit výsledky zejména v klinickém kontextu.

Klíčová slova: *Chlamydia pneumoniae*, protilátky, sérologické vyšetření, chlamydiový heat-shock protein, konjunktivitida, keratokonjunktivitida sicca.

SUMMARY

Hrubá D, Kodat V, Krásný J, Netuková M. Serological findings of *Chlamydial pneumoniae* in the Czech Republic – control group of patients examined in the study: *Chlamydia pneumoniae* in the aetiology of keratoconjunctivitis sicca

Background. One of the aims of IGA NS-10016 Project “*Chlamydia pneumoniae* in the etiology of keratoconjunctivitis sicca” was to evaluate the serologic results regarding chlamydia infections in patients affected by keratoconjunctivitis sicca, and to compare these findings with serology tests of the control group. Serologic examination comprised anti-LPS (genus specific) antibodies detection, *Chlamydia pneumoniae* and *Chlamydia trachomatis* species specific antibodies and antibodies against chlamydia heat-shock protein cHSP60 IgG.

Methods and results. The control group was formed by FNKV Ophthalmology Clinic patients who were coming for pre-operative investigation. At the time of laboratory sample acquisition or clinical investigation no acute ocular or general disease was found in these persons. During the last six months, they had neither antibiotic therapy, nor therapy of respiratory tract chronic inflammation, asthma, joint or cardiovascular disease in their personal history. The control group consisted of 103 subjects.

Conclusions. We detected anamnestic antibodies against CP in 69% of subjects in the control group, in 31% of them IgA and/or IgM were also detected in our study. In 45% of them anti-cHSP60 IgG was positive even in subjects without symptoms of acute infection or inflammatory laboratory markers. It is obvious that this finding can be misleading during serologic investigation and interpretation, and it is always necessary to evaluate results in relation to the clinical condition.

Key words: *Chlamydia pneumoniae*, antibody, serologic investigation, chlamydia heat-shock protein, conjunctivitis, keratoconjunctivitis sicca.

Hr.

Čas Lék čes 2011; 150: 656–659

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Dana Hrubá
Vidia-Diagnostika s.r.o.
Gen. Janouška 902, 198 00 Praha 9
e-mail: d.hrubá@seznam.cz

ÚVOD

Chlamydie patří k nejrozšířenějším mikroorganismům v lidské, ale i zvířecí říši. Tyto patogeny se zařazují mezi gram-negativní obligátní intracelulární bakterie. Jsou označovány jako energetičtí parazité eukaryotických (jaderných) buněk, k metabolickým procesům využívají ATP hostitelské buňky, protože vlastním systémem pro tvorbu ATP nejsou vybaveny. Jejich výskyt je kosmopolitní (1).

Dnes používaná taxonomie rozeznává jednu čeleď *Chlamydiaceae*, jeden rod *Chlamydia* a čtyři druhy: *Ch. trachomatis*, *Ch. pneumoniae*, *Ch. psittaci*, *Ch. pecorum*. V roce 1999 autoři Everett, Bush a Andersen publikovali nový návrh na taxonomické třídění založené na fylogenetických analýzách 16S a 23S rRNA genů (2). Dle tohoto návrhu bychom měli rozeznávat dva rody *Chlamydia* a *Chlamydophila* a devět druhů. I když se záhy tato nová taxonomie objevila v publikacích a je hojně používána, návrh na změnu taxonomie nebyl všeobecně akceptován a v odborných kruzích probíhá doposud debata ohledně potřebnosti a správnosti návrhu (3).

Ze všech dnes rozeznávaných druhů chlamydií se u člověka nejčastěji vyskytuje *Chlamydia pneumoniae* (CP) a *Chlamydia trachomatis* (CT) (4, 5). Mezilidský způsob přenosu těchto dvou druhů je velmi odlišný, liší se i přístup k diagnostice, terapii a odlišný je i klinický obraz.

Ch. pneumoniae je respirační agens a klinické projevy infekcí jsou vázány především na horní a dolní dýchací cesty, přesto jeden z prvních izolátů tohoto agens pochází ze stěru z oční spojivky. Tento kmen byl izolován na Tchaj-wanu v roce 1965 z oční spojivky dítěte v rámci vakcinační studie trachomu (6). Definitivní identifikace *Chlamydia pneumoniae* jako samostatného druhu se datuje až na konec devadesátých let 20. století (7) a od té doby se znalosti o tomto chlamydiovém druhu neustále rozšiřují. Vztahu *Ch. pneumoniae* k infekcím dolního dýchacího traktu (bronchitidy, pneumonie) je věnováno mnoho studií (8), ale jejich výsledky jsou mnohdy značně rozdílné. Úloha tohoto agens u onemocnění horních cest dýchacích není prozatím přesně definována, asymptomatické nosičství bez sérologického průkazu infekce je možné (9, 10). Nejasný je doposud i podíl *Ch. pneumoniae* na vzniku, příp. progresi některých chorob mimo respirační trakt, jako jsou např. kardiovaskulární choroby, onemocnění CNS (11, 12).

Ch. trachomatis (sérotypy D-K) infikuje u dospělých nejčastěji urogenitální trakt, u novorozenců oční spojivku a dýchací trakt (při průchodu infikovanými porodními cestami se mohou nakazit až dvě třetiny novorozenců). Většina urogenitálních infekcí proběhne asymptomaticky nebo s minimálními klinickými příznaky, pokud příznaky jsou, mohou připomínat až kapavku. Primárně bývá postižen epitel uretry, děložního čípku, příp. rekta, při orálním styku může dojít i k infekci faryngu. Infikována může být také oční spojivka (u dospělých obvykle autoinfekce z urogenitálního traktu) (1, 13, 14).

Výsledky výzkumného projektu IGA Ministerstva zdravotnictví České republiky NI-66811 z let 1999–2001 „Význam *Chlamydia pneumoniae* v patogenezi chronických lidských onemocnění“ ukázaly na možnou souvislost mezi chronickou folikulární konjunktivitidou chlamydiové etiologie a vznikem keratokonjunktivitidy sicca (KCS). Další projekt IGA NS-10016 „*Chlamydia pneumoniae* v etiologii keratokonjunktivitidy sicca“ zahájený v roce 2008 se již zaměřil přímo na tuto problematiku v souvislostech možné promořenosti dospělé populace touto infekcí.

VYŠETŘOVANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

Jedním z cílů tohoto projektu bylo zhodnocení sérologických nálezů týkajících se chlamydiových infekcí u pacientů s chronickou folikulární konjunktivitidou provázenou příznaky

KCS a porovnání těchto nálezů se sérologicky vyšetřeným kontrolním souborem pacientů. Cílem bylo také zhodnotit u pacientů s KCS přínos různých diagnostických metod (sérologie, detekce chlamydiových antigenů a detekce chlamydiové DNA) pro případný průkaz této infekce.

Sérologické vyšetření zahrnovalo detekci anti-LPS protilátek (rodově specifických) IgG, IgA, IgM (medac, Germany), dále druhově specifických anti-*Chlamydia pneumoniae* IgG, IgA, IgM (Savyon Diagnostics, Israel), anti-*Chlamydia trachomatis* IgG, IgA (medac, Germany) a protilátky proti chlamydiovému heat-shock proteinu – cHSP60 IgG (medac, Germany).

Do kontrolního souboru byli zařazováni pacienti Oční kliniky FNKV podstupující předoperační vyšetření z důvodu nitroočních operací v období od května 2009 do května 2010. U těchto osob nebylo v době odběru prokázáno laboratorně či klinicky akutní oční nebo celkové onemocnění. V anamnéze neudávali léčbu antibiotiky v posledních 6 měsících, léčbu chronického zánětu dýchacího traktu a astmatu či terapii kloubního nebo kardiovaskulárního onemocnění. Do kontrolní skupiny bylo celkem zařazeno 103 osob (49 mužů a 54 žen ve věku od 21 do 90 let, medián 52 let).

V tomto období bylo také vyšetřeno 37 nemocných s folikulární konjunktivitidou a doprovázejícími příznaky KCS.

VÝSLEDKY

Kontrolní soubor

Při hodnocení sérologických nálezů byla kontrolní skupina 103 osob rozdělena na tři části podle positivity anti-cHSP60 IgG – tyto protilátky byly vybrány jako hlavní marker pro srovnání případné aktivity procesu ve vzájemném vztahu k druhovým (anti-*Ch. pneumoniae*) a rodovým (anti-chlamydia) protilátkám. Mikrobiální heat-shock proteiny (HSP) jsou silné imunogeny a v průběhu jakékoliv bakteriální infekce jejich syntéza silně narůstá, infekční agens se tak snaží bránit se před imunitními mechanismy hostitele. Současně se exprimují i lidské HSP, aby ochránily humánní buňky. Vzhledem k vysoké homologii mezi proteiny může docházet ke zkříženým reakcím, což v konečném důsledku může vyústit v autoimunitní reakce.

Tři séra vykazovala pozitivitu anti-cHSP60 IgG při negativitě chlamydiových rodových i druhových protilátek ve všech imunoglobulinových třídách. Nelze tedy vyloučit, že pozitivita anti-cHSP60 IgG je v těchto případech odrazem buněčného stresu, který má jinou příčinu než chlamydiovou infekci. Tato tři séra proto nebyla do vlastního zhodnocení zařazena. Sérologické nálezy kontrolního souboru uvádí tabulka 1.

Negativní anti-cHSP60 IgG byly u 55 sér (55 %)

V této skupině mělo 20 sér negativní nález protilátek proti *Ch. pneumoniae* – 18 sér nevykazovalo žádnou pozitivitu druhových protilátek, (anti-*Ch. pneumoniae*, anti-*Ch. trachomatis*), ale u 13 z nich byla pozitivita v rodových protilátkách (anti-chlamydia IgA a/nebo IgM) a dvě séra vykazovala pozitivitu druhových protilátek pouze proti *Ch. trachomatis* (IgG).

Tab. 1. Sérologické nálezy u 100 osob kontrolního souboru

Sérologické nálezy	anti-CP NEG	anti-CP IgG	anti-CP IgA/IgM anti-chlam IgA/IgM	Celkem
anti-cHSP60 IgG NEG	20 (2× CT)	25 (3× CT)	10 (0× CT)	55 (5× CT)
anti-cHSP60 IgG +/- +	3 (1× CT)	11 (1× CT)	8 (2× CT)	22 (4× CT)
anti-cHSP60 IgG ++/+++	8 (5× CT)	2 (1× CT)	13 (9× CT)	23 (15× CT)
celkem	31	38	31	100

Dalších 25 sér vykazovalo pouze anamnestické hladiny protilátek (tj. IgG) proti CP, u šesti z nich byla ještě současná pozitivita rodových anti-chlamydia protilátek (anti-chlamydia IgA a/nebo IgM), u tří sér byla pozitivita protilátek i proti *Ch. trachomatis*.

Zbývajících deset sér vykazovalo pozitivitu protilátek proti *Ch. pneumoniae* jak v IgG, tak ve třídách IgA a/nebo IgM (v šesti případech i se současnou pozitivitou anti-chlamydia IgA a/nebo IgM). V hodnocení byla tato pozitivita u této skupiny osob bez klinických známek akutní infekce považována spíše za nálezy charakteru anamnestického významu proběhlé recentní infekce (i vzhledem k současně negativnímu nálezu anti-cHSP60 IgG).

Pozitivitu proti cHSP60 IgG vykazovalo 45 sér (45 %)

a) Hraniční až slabě pozitivní nález (index positivity do 1,8) anti-cHSP60 IgG byl u 22 sér. V této skupině byla tři séra, která nevykazovala žádnou pozitivitu druhových protilátek (anti-*Ch. pneumoniae*), u dvou z nich byla zachycena pouze pozitivita rodových protilátek (anti-chlamydia IgG) a jedno sérum vykazovalo pozitivitu druhových protilátek jen proti *Ch. trachomatis* (IgG).

Dalších jedenáct sér vykazovalo pouze anamnestické hladiny protilátek (tj. IgG) proti CP, u tří z nich byla ještě současná pozitivita rodových anti-chlamydia IgM a u jednoho séra pozitivita protilátek i proti *Ch. trachomatis*.

Celkem osm sér vykazovalo pozitivitu IgA nebo IgM v rodových (anti-chlamydia) nebo druhových (anti-*Ch. pneumoniae*, příp. i anti-*Ch. trachomatis*) protilátkách. Tyto nálezy jsme hodnotili jako suspektní aktivní infekci bez klinického významu, neboť u pacientů se neprojevovala žádná symptomatologie zánětlivého procesu spojeného se sledovaným agens. Tento fakt podporoval současně nízký index positivity cHSP60. U dvou pacientů v této skupině byla současná pozitivita IgG a IgM či IgA druhových anti-*Ch. pneumoniae* i rodových anti-chlamydia protilátek. Tento nález jsme hodnotili jako susp. aktivní infekci, a proto jsme u těchto osob provedli po 6 měsících kontrolní sérologické vyšetření.

b) Středně až silně pozitivní (index positivity nad 1,8) anti-cHSP60 IgG byly detekovány u 23 sér. V této skupině mělo osm sér negativní nález protilátek proti *Ch. pneumoniae* – tři séra nevykazovala žádnou pozitivitu druhových protilátek (anti-*Ch. pneumoniae*, anti-*Ch. trachomatis*), zachycena byla pouze pozitivita rodových protilátek (anti-chlamydia IgG a/nebo IgA, IgM), u pěti sér byla pozitivita druhových protilátek pouze proti *Ch. trachomatis* (IgG příp. i IgA).

Dvě séra vykazovala pouze anamnestické hladiny protilátek (tj. IgG) proti CP (jedno sérum i proti CT) a anti-chlamydia IgG.

Celkem 13 sér vykazovalo pozitivitu IgA a/nebo IgM v druhových (anti-*Ch. pneumoniae*) a/nebo rodových (anti-chlamydia), u devíti z nich i anti-*Ch. trachomatis* protilátkách. Nález jsme hodnotili jako suspektní aktivní infekci i vzhledem k silné či střední pozitivitě anti-cHSP60 IgG. Přesto krevní obraz i sedimentace jako součást klasického předoperačního vyšetření byly v mezích fyziologických hodnot.

Těchto 13 osob a dvě osoby z předchozí skupiny s nejvýraznějším sérologickým nálezem jsme pozvali na kontrolní vyšetření po 6 měsících, dva pacienti se nedostavili, ale u ostatních byly hladiny protilátek i po půl roce v podstatě beze změn.

Pacienti s KCS

Celkem bylo doposud vyšetřeno 37 dospělých pacientů s folikulární konjunktivitidou a příznaky KCS, u jedenácti z nich (šest žen a pět mužů ve věku 28–81 let, medián 50 let) laboratorní nález (sérologie, detekce antigenu a DNA) podpořil nasazení ATB terapie. U deseti pacientů byla zaznamenána pozitivita anti-*Ch. pneumoniae* IgA a/nebo IgM, současně byla prokázána pozitivita anti-cHSP60 IgG, u osmi nemocných i pozitivita anti-chlamydia IgA a/nebo IgM. Pozitivní stěry byly zaznamenány u šesti pacientů. U dvou léčených pacientů byl sé-

rologický nález nevýrazný, ale na infekci *Ch. pneumoniae* poukazovala pozitivita DNA *Ch. pneumoniae* v periferních leukocytech, obtíže těchto dvou pacientů byly půlroční (tj. vzhledem k ostatním pacientům relativně krátké). Podrobný rozbor klinických a laboratorních nálezů u těchto pacientů je předmětem jiného sdělení (15).

DISKUZE A ZÁVĚR

Hodnocení sérologických nálezů u chlamydiových infekcí ve vztahu ke klinickým onemocněním vyžaduje určitou opatrnost. Sérologické nálezy u osob kontrolní skupiny, tj. osob, u kterých v době odběru nebylo prokázáno laboratorně i klinicky akutní onemocnění (a anamnesticky neudávaly léčbu chronického zánětlivého onemocnění), ukazují na obtížnost této problematiky. Dvě třetiny osob (69 %) v našem souboru měly anamnestické (tj. IgG) protilátky proti *Ch. pneumoniae*. Tento nález koresponduje s výsledky sérologických přehledů publikovaných v roce 1998 (3). Ale 31 % (téměř polovina) vykazovalo i sérologické známky aktivity infekce *Ch. pneumoniae* (tj. pozitivitu IgA a/nebo IgM v druhových a/nebo rodových protilátkách).

Při rozdělení nálezů podle positivity IgG proti cHSP60 bylo pouze 55 % osob negativních, 22 % mělo hraniční až slabou pozitivitu (index positivity do 1,8) a 25 % střední až silnou pozitivitu (index positivity nad 1,8). Je celkem logické, že ve skupině se silnou pozitivitou anti-cHSP60 IgG bylo i nejvíce nálezů protilátek proti *Ch. trachomatis* (u 15 sér). Ze 45 sér s pozitivitou protilátek proti chlamydiovému heat-shock proteinu opět téměř polovina (21 sér) vykazovala sérologické známky aktivity infekce *Ch. pneumoniae* (tj. pozitivitu IgA a/nebo IgM v druhových a/nebo rodových protilátkách).

Domníváme se, že skutečnost, že u třetiny relativně zdravé dospělé populace detekujeme pozitivitu IgA či IgM (druhových či rodových) a u téměř poloviny pozitivitu protilátek proti chlamydiovému HSP, značně ztěžuje interpretaci sérologických nálezů. Diagnostika infekcí *Ch. pneumoniae* je v současné době založena především na průkazu protilátek. U chlamydiových infekcí je tvorba protilátek opožděná a nastupuje zhruba až 10. den od začátku onemocnění (druhové protilátky dokonce ještě později – až za cca 2–3 týdny, možná ještě déle). K tvorbě IgM protilátek dochází zpravidla u primoinfekcí, při reinfekci či reaktivaci dochází obvykle ke vzestupu už jen IgG a IgA protilátek. Nález samotných IgG bývá známkou prodělaného onemocnění nebo kontaktu s infekcí. Pro optimální interpretaci sérologického nálezu je ovšem nutné sledování dynamiky tvorby protilátek. Jednoznačným průkazem akutní infekce je zachycení sérokonverze nebo čtyřnásobného vzestupu protilátek v párových sérech (1. sérum na začátku onemocnění, 2. sérum za 2–3 týdny) (16). V současné době činí asi největší obtíže diagnostika „chronických“ infekcí *Ch. pneumoniae*. I když se v literatuře i v praxi mnohdy považuje dlouhodobá pozitivita IgA a IgM za průkaz chronické infekce, tak doposud nemáme k dispozici žádný ověřený sérologický marker pro průkaz chronické či perzistentní chlamydiové infekce (17). Při hodnocení sérologických nálezů je třeba vzít v úvahu i možnou polyklonální aktivaci protilátek (např. při infekci EBV nebo *Mycoplasma pneumoniae*).

Heat-shock proteiny (HSP – proteiny tepelného šoku) jsou vysoce konzervované buněčné stresové proteiny, které se v buňkách exprimují při buněčném stresu – tímto stresem může být např. zvýšená teplota, ale i zánět, infekce, toxiny, ionizující záření, nedostatek živin. Tyto proteiny se vyskytují ve všech buňkách, prokaryotických i eukaryotických, a mají pozoruhodně vysokou homologii. Homologie HSP mezi člověkem a myší je 99,9 %, mezi člověkem a bakterií cca 60 % (18). Vzhledem k vysoké homologii mezi proteiny může docházet ke zkříženým reakcím, což v konečném důsledku může vyústit v autoimunitní reakce. Test cHSP60 IgG Elisa (medac) používá jako antigen rekombinantní protein tepelného

šoku 60 (cHSP60) z CT. I když tento test zachytává převážně protilátky proti HSP60 CT, tak vzhledem k velmi vysoké homologii mezi druhy chlamydií na úrovni proteinů (95 %) je možný záchyt protilátek i proti CP (19). Nelze vyloučit, že pozitivita těchto protilátek je také odrazem buněčného stresu, který má jinou příčinu, než je chlamydiová infekce. Tato možnost je pravděpodobná u tří anti-cHSP60 IgG pozitivních sér, která jsme pro negativitu chlamydiových protilátek ze souboru vyloučili.

Detekce protilátek je nepřímá diagnostika a při interpretaci je třeba toto mít na paměti. Co se týká infekce *Ch. pneumoniae* je promořenost dospělé populace vysoká, a tudíž anamnestické protilátky proti tomuto agens detekujeme velmi často. V našem kontrolním souboru jsme u třetiny až poloviny osob detekovali i „markery pro aktivní infekci“ (pozitivitu IgA a/nebo IgM a pozitivitu anti-cHSP60 IgG). U 13 osob s nejnějnější nálezem bylo kontrolní sérologické vyšetření po 6 měsících v podstatě beze změn. Vzhledem k tomu, že se jednalo o osoby bez klinických obtíží, nebyl důvod k nasazení antibiotické terapie.

Sérologické nálezy je tedy nutné vždy posuzovat v klinickém kontextu a společně s dalšími laboratorními výsledky. Pro průkaz akutní infekce je nutné vyšetření párového odběru. Pokud je to možné, je vhodné doplnit sérologické vyšetření přímou diagnostikou (záchyt DNA). Samotná pozitivita IgA, IgM nebo pozitivita anti-cHSP60 IgG není důvodem k nasazení antibiotické terapie.

Zkratky

CP	– <i>Chlamydia pneumoniae</i>
CT	– <i>Chlamydia trachomatis</i>
HSP	– proteiny tepelného šoku (heat-shock proteiny)
IgA, IgG, IgM	– imunoglobuliny A, G a M
KCS	– keratokonjunktivitida sicca

LITERATURA

1. **Medková Z, Kalousek J, Jarčuška P.** Chlamydiové infekce. Praha: Triton 2001; 111.
2. **Everett KDE, Bush RM, Andersen AA.** Emended description of the order Chlamydiales, proposal of Parachlamydiaceae fam. nov. and Simkaniaceae fam. nov., each containing one monotypic genus, revised taxonomy of the family Chlamydiaceae, including a new genus and five new species, and standards for the identification of organisms. International Journal of Systematic and Evolutionary Bacteriology 1999; 49: 415–440.
3. Bergey's manual 2008, www.bergeys.org
4. **Sodja J.** Sérologický přehled chlamydiových protilátek. Zprávy CEM 1998; 7: příloha 1, 34–36.
5. **Mašata J, Řezáčová J, Sodja I.** Chlamydia trachomatis – epidemiologická situace. Čes Gynek 1998; 63: 217–220.
6. **Grayston JT.** Immunisation against trachoma. Pan American Health Organization Scientific Publication 1965; 147: 549.
7. **Grayston JT, Kuo CC, Wang SP, Altman J.** A new Chlamydia psittaci strain, TWAR, isolated in acute respiratory tract infections. New England Journal of Medicine 1986; 315: 161–168.
8. **Hahn DL, Azenabor AA, Beatty WL, Byrne GI.** Chlamydia pneumoniae as a respiratory pathogen. Front Bioscience 2002; 7: 66–76.
9. **Hammerschlag MR.** The Role of Chlamydia in Upper Respiratory Tract Infections. Current Infectious Disease Reports 2000; 2: 115–120.
10. **Miyashita N, Niki Y, Nakajima M, Fukano H, Matsushima T.** Prevalence of asymptomatic infection with Chlamydia pneumoniae in subjectively healthy adults. Chest 2001; 119: 416–419.
11. **Bjerrum L, Andersen M, Hallas J.** Antibiotics active against Chlamydia do not reduce the risk of myocardial infarction. Eur J Clin Pharmacol 2006; 62: 43–49.
12. **Yucesan C, Sriram S.** Chlamydia pneumoniae infection of the central nervous system. Current Opinions in Neurology 2001; 14: 355–359.
13. **Hrubá D.** Chlamydiové infekce. Postgraduální medicína 2004; 6: 395–399.
14. **Krásný J, Borovanská J, Hrubá D, Brunnerová R, Chvojková J, Bendová E, Karas J.** Primární a sekundární novorozenecká konjunktivitida z pohledu infekce *Ch. trachomatis* a *Ch. pneumoniae*. Česko-slovenská pediatrie 2003; 58: 615–620.
15. **Krásný J, Hrubá D, Netuková M, Kodat V, Pokorná J.** Keratokonjunktivitida sicca (KCS) při folikulární konjunktivitidě u dospělých pacientů s etiologií *Chlamydia pneumoniae* (souhrnná dvanáctiletá studie). Čes a slov Oftal 2011; 67: 42–50.
16. **Dowell SF, et al.** Standardizing Chlamydia pneumoniae Assays: Recommendations from the Center for Disease Kontrol and Prevention (USA) and the Laboratory Centre for Disease Kontrol (Canada). CID 2001, 33: 492–502.
17. **Kumar S, Hammerschlag M.** Acute Respiratory Infection Due to Chlamydia pneumoniae: Current Status of Diagnostic Methods CID 2007; 44: 568–576.
18. **Hightower LE.** Heat Shock, Stress Proteins, Chaperones and Proteotoxicity. Cell 1991; 56: 191–197.
19. **Huittinen T, Leinonen M, Tenkanen L, et al.** Autoimmunity to Human Heat Shock Protein 60, Chlamydia Pneumoniae Infection, and Inflammation in Predicting Coronary Risk. Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology 2002; 22: 431–437.

Podpořeno grantem IGA NS-10064.

Kvalita života dětí s astmatem

¹Jana Chromá, ²Jaroslav Slaný

¹Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

²Univerzita T. Bati ve Zlíně a Dětské lékařství Městské nemocnice Ostrava

SOUHRN

Východisko. Cílem práce bylo zjistit, jak děti s onemocněním astma bronchiale hodnotí svoji kvalitu života a jaké jsou rozdíly v jednotlivých doménách tělesného a psychosociálního zdraví v závislosti na věku a pohlaví. Tuto kvalitu života pak porovnat se zdravými dětmi a rodiči astmatických a zdravých dětí.

Metody. Výzkumný soubor tvořilo 199 dětí a 125 rodičů. Byly použity standardizované dotazníky o pediatrické kvalitě života PedsQL™ verze 4.0 a PedsQL™ verze 2.0 modul vliv na rodinu. Výzkum probíhal od září 2010 do ledna 2011 v dětských alergologických ambulancích a také ve Fakultní a Městské nemocnici v Ostravě.

Výsledky. Průměrná hodnota kvality života astmatických dětí je 74,41, byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi tělesnou (78,81) a psychosociální (72,06) dimenzí zdraví. Z analýzy vyplývá, že dívky hodnotí svou kvalitu života hůře než chlapci. Nejhorší kvality života dosahovaly děti ve věku 5–7 let. V porovnání astmatických a zdravých dětí nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v jejich kvalitě života. Mezi rodiči astmatických a zdravých dětí byl zjištěn statisticky významný rozdíl kvality života.

Závěry. Mezi astmatickými a zdravými dětmi není v hodnocení kvality života statisticky významný rozdíl. Nesmíme však opomenout kvalitu života rodičů astmatických dětí, neboť chronické onemocnění má na rodinu jako celek určitý dopad.

Klíčová slova: kvalita života, děti, astma, dotazník PedsQL.

SUMMARY

Chromá J, Slaný J. Quality of life of children with bronchial asthma disease

Background. The aim of this study was to determine how children with bronchial asthma disease assess their quality of life and to find domains of physical and psychosocial health in relation to age and gender. The quality of life compared with the healthy children and parents of asthmatic children and healthy parents.

Methods. The research sample consisted of 199 children and 125 parents. Adepts for the study were selected by standardized questionnaires on the quality of life of the pediatric version of the PedsQL™ 4.0 and questionnaires PedsQL™ 2.0 module impact on the family. The research was conducted between September 2010 and January 2011 in the pediatric allergology ambulances and physicians in the University and Municipal Hospital in Ostrava.

Results. The mean quality of life of asthmatic children is 74.41, a statistically significant difference between the physical (78.81) and psychosocial (72.06) dimensions of health. The analysis shows that girls evaluate their quality of life worse than boys. The worst quality of life was found among children in the age group 5–7 years. No statistically significant difference in the quality of life was found between the asthmatic and healthy children. Between parents of asthmatic and healthy children statistically significant difference in the quality of life was found.

Conclusions. Between asthmatic and healthy children no difference in the quality of life was found. We must not forget that the quality of life of the parents of asthmatic children is significantly influenced by the chronic disease of their children.

Key words: quality of life, children, asthma, Questionnaire PedsQL.

Chr.

Čas Lék čes 2011; 150: 660–664

ÚVOD

Astma bronchiale je jedním z nejčastějších chronických onemocnění v dětském věku, s neustále narůstající prevalencí. Odhaduje se, že astmatem trpí dnes 300 milionů osob na světě (1). V České republice má onemocnění astma bronchiale také nadále rostoucí charakter. Prevalence astmatu je odhadována na 8 %, mortalita je tradičně velmi nízká. Z celkového počtu vybraných onemocnění léčených na alergologických pracovištích v České republice bylo 51 % u osob do 19 let. V roce 2009 bylo v moravskoslezském kraji dispenza-

rizováno s diagnózou astma bronchiale 39 387 dětí ve věku 0–5 let, ve věkové skupině 6–14 let bylo dispenzarizováno 2770 dětí a v letech od 15 do 19 bylo dispenzarizováno 8352 dětí (2).

Astma bronchiale patří mezi častá a závažná onemocnění v dětském věku, která ovlivňují kvalitu života jak dětí, tak i jejich rodičů. U dětí ovlivňuje nejen zdravotní stav, ale také další aspekty života, jakou jsou školní docházka, pohybová aktivita, rodinná situace, styk zvládání zátěže, psychologické funkce jedinice a spánek (3). Mezi prediktory celkově zhoršující kvalitu života patří zvýšený počet dnů hospitalizace, zvýšený počet návštěv u alergologa, zvýšený počet zameškaných dnů ve škole a u rodičů i zvýšený počet dní pracovní neschopnosti (4). I přes to, že je astma bronchiale chronickým onemocněním, které nelze definitivně vyléčit, lze dosáhnout poměrně uspokojivé kvality života na základě dodržování veškerých doporučení a pokynů stanovených lékařem. Má-li dítě astma zcela pod kontrolou, pak ho nemusí trápit žádné denní, noční příznaky a exacerbace.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

Mgr. Jana Chromá
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence LF OU
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh
e-mail: janachroma@centrum.cz

Cílem práce je zjistit, jak děti s onemocněním astma bronchiale hodnotí svoji kvalitu života, a jaké jsou rozdíly v jednotlivých doménách tělesného a psychosociálního (vlastní pocity, vztahy s ostatními, ve škole) zdraví, tyto rozdíly pak posoudit v závislosti na věku a pohlaví. Současně porovnat kvalitu života zdravých a astmatických dětí a jejich rodičů. Zjištěné výsledky mohou přispět jak k hodnocení kvality života astmatických dětí v moravskoslezském kraji, tak i posloužit jako nová měřítko pro hodnocení kvality života dle dotazníků o pediatrické kvalitě života PedsQL.

SOUBOR NEMOCNÝCH

Výzkumný soubor tvořilo 199 dětí ve věku od 5 do 18 let, z toho bylo 108 (54 %) dívek a 91 (46 %) chlapců. Dále se do výzkumného šetření zapojilo také 125 rodičů ve věku od 28 do 50 let, z čehož bylo 105 (84 %) žen a 20 (16 %) mužů. Výzkum probíhal v období od září 2010 do ledna roku 2011 ve Fakultní nemocnici v Ostravě, Městské nemocnici v Ostravě (na alergologické ambulanci), dále ve dvou odborných alergologických ambulancích v Ostravě. Kontrolní skupina zdravých dětí (bez chronického onemocnění) a jejich rodičů byla z obce Sedlnice (okr. Nový Jičín).

Základní kritéria pro zařazení do výzkumné skupiny: děti od 5 do 18 let, děti s onemocněním astma bronchiale děti a rodiče žijící v městě Ostrava, děti a rodiče navštěvující alergologickou ambulanci v Ostravě, děti a rodiče se schopností komunikovat a rozumět českému jazyku, zdravotní stav, který umožňuje spolupráci dítěte, ústní souhlas rodičů se zapojením dítěte do výzkumu a ochota ke spolupráci. Základní kritéria pro zařazení do kontrolní skupiny: děti od 5 do 18 let, zdravé děti (bez chronického onemocnění), děti a rodiče žijící v obci Sedlnice (okres Nový Jičín), děti a rodiče se schopností komunikovat a rozumět českému jazyku, ústní souhlas rodičů se zapojením dítěte do výzkumu a ochota ke spolupráci

POUŽITÉ METODY

Ke zjištění kvality života dětí s astmatem byla použita metoda dotazníku. Po rešerši dostupných a dosud užívaných dotazníků kvality života jsme pro tento výzkum vybrali standardizované dotazníky Jamese W. Varniho, kde děti i rodiče hodnotili svou kvalitu života. Jednalo se o ověřený překlad původní verze dotazníku o pediatrické kvalitě života PedsQLTM a dotazníku PedsQLTM modul vliv na rodinu, které byly doplněny o demografické údaje.

Obecný dotazník o pediatrické kvalitě života se skládal z 23 položek a byl v souladu s definicí zdraví dle WHO rozdělen do dvou dimenzí (fyzické zdraví a psychosociální zdraví). Dimenze fyzického zdraví obsahovala osm otázek a je zaměřena na pohybovou aktivitu, každodenní činnosti, bolest a energii. Dimenze psychosociálního zdraví obsahovala 15 položek rozdělených do třech oblastí (emocionální oblast, sociální a školní oblast). Všechny tyto oblasti tvořilo pět otázek. Emocionální oblast byla zaměřena na nepříjemné pocity obav nebo strachu, smutku, hněvu, dále na potíže se spánkem a obavy z toho, co se přihodí. Druhá, sociální oblast zkoumala především sociální vztahy k ostatním dětem. Tato oblast byla zaměřena na obtíže vycházet s ostatními dětmi (nechtějí se kamarádit, utahují si) a obtíže držet s ostatními dětmi krok a schopnosti zvládat stejné věci v jejich věkové kategorii. Ve třetí, školní oblasti byly otázky zaměřeny na pozornost při vyučování, zapomínání věcí, obtíže stíhat školní povinnosti a také na absenci v rámci školní docházky z důvodů nemocnosti, návštěvy lékaře nebo nemocnice.

Dotazníky PedsQLTM modul vliv na rodinu obsahoval 36 otázek rozdělených do osmi oblastí. První oblast hodnotící fyzické funkce obsahovala šest otázek zaměřených na problémy, ja-

ko je únava, fyzická slabost, bolesti hlavy a břicha. Citové a emocionální funkce hodnotily frekvenci pocitů úzkosti, smutku, rozčílení, frustrace a bezmoci. V kategorii sociálních funkcí rodiče odpovídali na otázky ohledně pocitů izolace, problémů se získáním podpory od ostatních a dále ohledně problémů najít si čas a energii na volnočasové aktivity. Čtvrtá oblast byla zaměřena na poznávací funkce (pozornost, paměť, myšlení). Otázky hodnotící oblast zaměřenou na komunikaci byly tři a řešily těžkosti v komunikaci ohledně zdravotního stavu dítěte, těžkosti sdělit lékařům či sestřám, jak se rodič cítí. Zbývající dvě oblasti řešily situace, které by mohly být problémem pro celou rodinu. Oblasti denních aktivit, nakolik zabírají čas a úsilí, zda rodič nachází čas na domácí povinnosti a také zda se necítí unavený na to, aby tyto povinnosti mohl dokončit. Poslední kategorií bylo rodinné prostředí a vztahy obsahující otázky zaměřené na komunikaci mezi členy rodiny, konflikty, stres, napětí, řešení problémů a tvorbu rozhodnutí v rámci celé rodiny. Rodiče a děti ve věku od 8 let hodnotily kvalitu života na pětibodové Likertově škále (0 – nikdy, 1 – téměř nikdy, 2 – někdy, 3 – často, 4 – téměř vždy). Děti ve věku 5–7 let hodnotily tuto kvalitu života pomocí tříbodové škály s obličejí. Bodové hodnocení v tomto případě bylo 0 – nikdy, 2 – někdy, 4 – skoro vždy.

Vyhodnocení standardizovaných dotazníků o kvalitě života proběhlo dle předem stanovených instrukcí autora. Skóre je transformováno na stupnici 0 až 100. Položky jsou obráceny a lineárně skórovány na stupnici takto: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0. Platí, čím vyšší skóre, tím lepší kvalita života podmíněná zdravím (5).

Analýza získaných dat pomocí dotazníku byla prováděna počítačovým programem Microsoft Excel a statistickým softwarem Stata. Demografické proměnné byly zpracovány pomocí deskriptivní statistiky (průměr, směrodatná odchylka, absolutní a relativní četnosti, minimální a maximální hodnota). Pro zjištění vztahů mezi demografickými charakteristikami a hodnocenými položkami dotazníku byla použita induktivní statistika: (dvouvýběrový t-test). Pro další analýzu získaných dat bude použit statistický software SATA, prostřednictvím kterého bude vypočtena analýza rozptylu ANOVA a Bonferroniho test. Hladina statistické významnosti byla stanovena na 0,05 (5 %).

VÝSLEDKY

Hlavním cílem bylo zjistit, jak děti s onemocněním astma bronchiale hodnotí svoji kvalitu života a jaké jsou rozdíly v jednotlivých doménách tělesného a psychosociálního zdraví. Intermitentní astma bronchiale v naší skupině trpělo 70 % dětí (34 dívek a 37 dotazovaných chlapců); 25 % dětí trpělo lehkým astma bronchiale (14 dívek a 11 chlapců) a 5 % dětí s klasifikací středně těžkého astma bronchiale což zahrnovalo dvě dívky a tři chlapce. Do výzkumu se nezařadily žádné děti s těžkým perzistujícím astma bronchiale.

Na základě analýzy výpočtů byla vypočítána průměrná hodnota kvality života astmatických dětí (tab. 1). Byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi tělesnou a psychosociální dimenzí zdraví.

Tab. 1. Rozsah kvality života astmatických dětí v jednotlivých doménách tělesného a psychosociálního zdraví

Děti s astma bronchiale	AR	SM	N
tělesné zdraví a činnosti	78,81	15,450	101
emocionální zdraví	72,48	17,430	101
společenské činnosti	76,78	18,160	101
školní činnosti	66,93	17,146	101
PedsQL celkem	74,41	13,602	101

AR – aritmetický průměr, SM – směrodatná odchylka

V jednotlivých doménách tělesného zdraví byla nejlépe hodnocena položka dotazující se na obtíže při koupání či sprchování (95,55). Naopak nejnižší hodnoty kvality života (64,36) vykazovaly děti oblasti energie (cítí se unavené a nechtějí si hrát).

Na základě dalších výpočtů průměrné kvality života byla tato kvalita porovnána mezi dívkami a chlapci. Naměřená p-hodnota ($p = 0,0466$) poukazuje na statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě života mezi chlapci a dívkami. Chlapci hodnotí kvalitu tělesné dimenze lépe (82,36) než dívky (75,19). Stejně tak byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi dívkami a chlapci v emocionální dimenzi, kterou chlapci opět hodnotí lépe (77,06) než dívky (67,80). V dalších oblastech nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života mezi dívkami a chlapci.

Pro další testování astmatických dětí podle věku byla použita analýza rozptylu ANOVA a Bonferroniho test. Nejnižší průměrnou hodnotu kvality života tělesné oblasti měly děti ve věku 5–7 let. Oproti tomu děti ve věku 13–18 let hodnotily tuto kvalitu života nejlépe. Na základě výpočtu Bonferroniho testu tělesné dimenze kvality života je významný rozdíl mezi skupinou dětí ve věku 5–7 let a skupinou dětí ve věku 8–12 let.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 98 zdravých dětí (bez chronického onemocnění), které tvořily kontrolní skupinu určenou k porovnání kvality života s astmatickými dětmi (101) (tab. 2).

Na základě výsledku dvouvýběrového t-testu byla stanovena p-hodnota ($p = 0,181785$), která je vyšší než hladina statistické významnosti 0,05. Z těchto výsledků vyplývá, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi zdravou populací dětí a dětmi s onemocněním astma bronchiale.

Do výzkumného šetření se zapojilo 125 rodičů ve věku od 28 do 50 let. Kvalita života rodičů byla porovnána dle dotazníku PedsQLTM modul vliv na rodinu. Byl zde zjištěn statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi rodiči zdravých dětí a rodiči dětí s onemocněním astma bronchiale (tab. 3).

Analýza dat ukazuje, že rodiče nemocných dětí nejsou unaveni v takové míře, aby nemohli dělat věci, které mají rádi, ale vykazují značnou únavu během dne (60,94) a také se cítí unaveni, když ráno vstávají (60,94). Rodiče zařazení do kontrolní skupiny se cítí nejméně fyzicky oslabeni (84, 84), naproti tomu hodnotili nejnižší hodnotou (71,72) pocity bolesti

hlavy, což znamená horší kvalitu života v této oblasti. Výsledky výpočtů emocionální dimenze kvality života ukazují, že rodiče astmatických dětí se cítí nejméně frustrováni naproti tomu nejméně rozzlobení. Ve srovnání s kontrolní skupinou je tomu podobně. Dále byla hodnocena sociální oblast, kde rodiče astmatických dětí špatně hledají čas pro volnočasové aktivity a společenský život (67,58), do jisté míry se však ve svých odpovědích cítí nejméně izolovaní od okolí (78,13).

V následující oblasti dotazníku zjišťujeme statisticky významný rozdíl v hodnocení položek v oblasti komunikace. Rodiče dětí s onemocněním astma bronchiale si myslí, že ostatní lidé nerozumí jejich rodinné situaci (66,41). Nejlepší kvalitu v oblasti komunikace vykazují při sdělování vlastních pocitů lékaři nebo sestře. Rodiče dětí s onemocněním astma bronchiale mají největší obavy, zda léky, které jejich dítě užívá, nemají nějaké vedlejší účinky. Největší problémy v rodinné oblasti se objevují spíše u rodičů astmatických dětí, a to v první poloze zaměřené na rodinné aktivity. Tyto aktivity berou mnoho úsilí a času (intervennční skupina – 65,63, kontrolní skupina – 77,46). Skupina rodičů astmatických dětí uvádí, že mezi členy rodiny je stres a napětí v nejvyšší míře (67,58).

DISKUZE

Výsledky porovnávací kvalitu života astmatických dívek a chlapců v Ostravě vykazují statisticky významný rozdíl mezi těmito pohlavími. Také i nejnovější údaje poukazují na rozdíly související s pohlavím a epidemiologií onemocnění astma bronchiale. Studie na toto téma ukazují zvýšený výskyt astmatu u dívek a žen. Kynyk (6) ve své práci uvádá, že ženy s onemocněním astma mají horší kvalitu života a zvýšeně užívají zdravotní péči. Nicméně nikdo zatím nebyl schopen plně vysvětlit důvody těchto rozdílů. Kynyk et al. se domnívají, že by tento stav mohl být ovlivněn pohlavními hormony, změnami ve vnímání obstrukce dýchacích cest, bronchiální hyperaktivitou, popřípadě také dodržováním léčebného režimu a léčebných postupů. Dodržováním doporučených léčebných postupů (adherence) u pacientů s alergickou rýmou a astmatem se u nás zabýval Rybníček (7). U všech chronických chorob je běžné, že někteří pacienti nedodržují doporučená léčebná opatření. Tato špatná spolupráce je ve značné míře zodpovědná za část potíží a příznaků spojených s onemocněním astma bronchiale. Na základě další studie věnované pohlavním rozdílům v rámci astmatu byla v Estonsku u dospívající populace hodnocena hůře celková kvalita života děvčat. Děvčata hodnotila hůře jak aspekty tělesného, tak i psychosociálního zdraví (8). V Řecku byl proveden průzkum, ve kterém se autoři zaměřili na specifické příznaky astma bronchiale (pískoty) a prevalenci tohoto onemocnění v souvislosti s pohlavím. Výsledkem bylo zjištění, že dochází k nárůstu astmatických příznaků v městském prostředí, především se zvýšil poměr chlapců oproti dívkám (9). Ve výzkumném souboru této práce existuje mezi dívkami a chlapci statisticky významný rozdíl ($p = 0,0190$) v hodnocení kvality života v tělesné oblasti. Chlapci hodnotí kvalitu tělesné dimenze lépe než dívky. Také Sorkness (10) ve své studii uvádí větší ovlivnění onemocněním astma bronchiale u dívek v mladším školním věku. Zejména u dívek ve věku 8–14 let ovlivňuje nejvíce kvalitu života jeden z příznaků onemocnění astma bronchiale, a to kašel (11). Chronický kašel způsobuje značnou zátěž pro rodiče i děti, a pokud je špatně diagnostikován a léčen může docházet k progresivním změnám na dýchacích cestách. Chronickým kašlem v dětském věku se věnuje také Chang (12), který klade důraz na optimální a spolehlivé řešení chronického kašle u dětí.

Významné rozdíly jsme zjistili i v hodnocení tělesné kvality života u dětí ve věku 5–7 let a 8–12 let. Skupina nejmladších dětí vykazuje poměrně horší hodnocení této tělesné dimenze kvality. Ve srovnání se studií od Petsiose (11) byl patrný rozdíl v hodnocení kvality života u starších dětí, a to ve věku

Tab. 2. Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a p-hodnota u zdravých a astmatických dětí hodnocené dle obecného dotazníku PedsQLTM

	Zdravé děti		Děti s AB		p-hodnota
	AR	SM	AR	SM	
tělesné zdraví	89,13	8,374	78,81	15,450	0,181785
psychosociální zdraví	81,79	10,724	72,06	14,801	
PedsQL celkem	83,63	9,142	74,41	13,602	

AR – aritmetický průměr, SM – směrodatná odchylka

Tab. 3. Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a p-hodnota u rodičů astmatických a zdravých dětí hodnocené dle dotazníku PedsQLTM modul vliv na rodinu

	Rodiče dětí s astma bronchiale		Rodiče zdravých dětí		p-hodnota
	AR	SM	AR	SM	
tělesné zdraví	66,34	15,789	78,76	13,015	0,005049
psychosociální zdraví	71,32	12,569	85,53	9,287	
rodina	68,75	16,421	83,20	12,011	
PedsQL celkem	70,22	11,074	83,88	8,698	

AR – aritmetický průměr, SM – směrodatná odchylka

8–14 let oproti naší skupině respondentů. Tyto děti uváděly, že kašel ovlivňuje jejich kvalitu života více než jiné příznaky astmatu. Existuje celá řada dalších studií za měřených na tělesnou aktivitu chronicky nemocných dětí, kam patří i astmatické děti (13, 14). Tělesná aktivita hodnocená u dětí v této práci v sobě zahrnuje veškeré denní činnosti jako např. chůzi, běh, možnosti sportu a cvičení, schopnosti či obtíže při běžné hygieně, únavu apod. Tato optimální fyzická (tělesná) aktivita může být ovlivněna jak biologickými, tak psychologickými i sociálními faktory. Omezení zasahuje do zdravotní stránky chronicky nemocné osoby, do všech činností, které tato osoba provádí a ovlivňuje tak i kvalitu života celé jeho rodiny. Přitom však fyzická aktivita přináší chronicky nemocnému dítěti mnohé výhody a pozitivita. Každé dítě s chronickým onemocněním může provádět nějakou fyzickou aktivitu, záleží však na zkušenostech, vědomostech lékaře i sestry a jejich ochotě dítěti i jeho rodičům v této oblasti poradit.

V hodnocení kvality života mezi zdravou populací dětí a dětmi s onemocněním astma bronchiale nebyl prokázán významný statistický rozdíl. To může být způsobeno neustálým pokrokem v léčbě tohoto onemocnění. V posledních letech dochází k zavádění nových strategií v prevenci, diagnostice, farmakoterapii astmatu. Farmakoterapie se stává účinnější, nejvýhodnější aplikace těchto léků je inhalační cestou formou různých aerosolů nebo pomocí inhalátoru pro práškovou formu léku (15–18). Výzkum a vývoj v onemocnění astma bronchiale přináší stále nové poznatky, nové léky, nové diagnostické a léčebné postupy a tím přispívá ke zlepšování kvality života astmatiků. Efektivní léčbou, spoluprací s ošetřujícím lékařem, dodržováním jeho doporučení a pokynů (pravidelný monitoring zdravotního stavu, pravidelné návštěvy, vedení astmatického deníku, odstranění všech možných vyvolávajících spouštěčů z prostředí a okolí, ve kterém astmatik žije) může žít astmatik plnohodnotný život bez akutních exacerbací astmatu a dalších komplikací. Astma se u nás stává především ambulanti chorobou a potřeba hospitalizací s pobyty na jednotkách intenzivní péče pro akutní astmatické stavy se významně snížila (1, 19, 20). Vondra (21) zpracovával údaje o hospitalizaci pro astma na podkladě dostupných informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Českého statistického úřadu za období 1967–2007. Průměrná doba ošetřovací doba pro astma plynule klesá na minimum. Dlouhodobý trend hospitalizace na astma má v České republice je jednoznačně příznivý. Přesto ale Kratěnová (22) uvádí prudký nástup výskytu astmatu u dětí ve věku 5, 9, 13 a 17 let, kdy tento nárůst dosáhl 8,2 % při poslední reprezentativní epidemiologické studii. Kvalitní zdravotní péče je poskytována ještě dříve, než se příznaky astmatu manifestují.

Rodiče astmatických dětí nesou primární zodpovědnost za správné řízení astmatu. V roce 2010 se této roli rodičů věnoval Brown (23). Brown, stejně jako autoři zmiňovaní již výše, klade důraz na správné pochopení podstaty astmatu. Rodiče by měli umět sledovat a adekvátně reagovat na změny zdravotního stavu svých dětí a měli by je od počátku vést k self-monitoringu a odpovědnosti za vlastní onemocnění. Astma bronchiale jako takové zasahuje do celého rodinného života. Míra vnímání kvality života u rodičů astmatických dětí je horší než kvalita života dětí samotných. Tyto výsledky odpovídají též výsledkům Varniho (5), který uvádí, že kvalita života chronicky nemocných dětí je odlišná od kvality života jejich rodičů. Jak postavení dětí, tak přístup rodičů ke kontrole astma má významné dopady na celkový management tohoto onemocnění.

Rozdílnost hodnocení kvality života nacházíme mezi rodiči zdravých i astmatických dětí ve všech hodnocených oblastech. Analýzou otázek v tělesné oblasti zjišťujeme, že rodiče astmatických dětí hodnotí nejvýznamněji pocity únavy, a to jak během dne, tak i ráno po probuzení. Větší únava u těchto rodičů může být zapříčiněna větší zátěží rodičů. Křivohlavý (24) uvádí, že rodina, v níž někdo onemocní chronickým onemocněním (dítě nebo rodič), se mění. Zvyšuje se míra celkové únavy všech členů rodiny a zároveň se zvyšují i pocity de-

prese. Jelikož jsou rodiče astmatických dětí vystaveni větším nárokům v zajištění chronicky nemocného dítěte, mohou se u nich ve větší míře projevovat pocity úzkosti, smutku, rozlobení, frustrace či bezmoci. Důležité je také věnovat pozornost kvalitě života v sociální oblasti. Rodiče astmatických dětí hledají nejhůře čas pro své volnočasové aktivity a společenský život, pokud si již tento čas najdou, potýkají se s nedostatkem energie na tyto aktivity. Důvodem vyčerpání může být celodenní nepřetržitá péče o astmatické dítě. Mnohdy rodič probdí celou noc vedle dítěte, které má astmatický záchvat.

Mandhane (25) uvádí, že až 25 % dětí s onemocněním astma bronchiale má trvalé nebo částečné příznaky astmatu, které znamenají určitou zátěž nemoci na děti i jejich rodiče. Také i Williams (26) upozorňuje na dopad astmatu na celou rodinu. Důležité je mít komplexní, dlouhodobý plán řízení bez exacerbací astmatu, který zahrnuje do péče děti i jejich primární pečovatele. Role fungování rodiny ve vztahu k závažnosti nemoci dítěte byly významnými prediktory související s kvalitou života astmatických dětí. Úroveň kontroly dítěte nad vlastní nemocí, nahromadění rodinných požadavků (zejména těch, které souvisí s nemocí a péčí o rodinu) mohou negativně ovlivnit kvalitu života dítěte. Především rodinná soudržnost se ukázala jako potenciální zprostředkující faktor, který může mít negativní účinky stresu, nedostatek kontroly nad astmatem a tím pádem může dojít k rozvoji astmatických symptomů u dítěte (27). Astma není nakažlivá ani psychická nemoc, ale může vyústit v nejrůznější psychické problémy, které ovlivní celou rodinu.

Shrnutí doporučení pro praxi:

- Motivovat děti i jejich rodiče v péči o astma bronchiale.
- Výchova dětí i rodičů v partnerství při léčbě astma bronchiale.
- Zlepšení edukace dětí, jejich rodičů i ostatních osob, které přicházejí do kontaktu s astmatiky.
- Poskytnout dostatek edukačních materiálů o astmatu dětem i jejich rodičům.

ZÁVĚR

Chronické onemocnění, jako je astma bronchiale, vždy ovlivňuje nejen nemocné dítě, ale klade také zvýšené nároky i na celou jeho rodinu. Farník, Pierchala (28) považují astma za významný problém u dětí mající vliv na jejich každodenní fungování. Astma je onemocnění postihující osoby ve všech věkových kategoriích, které si člověk nese po celý život. Záleží však na něm, zda bude pokyny a doporučení svého ošetřujícího lékaře dodržovat či nikoliv. Nejdůležitější je, aby astmatické děti i jejich rodiče byli správně motivováni k přístupu a léčbě tohoto onemocnění. Ochota přijmout určité zásady a postupy významně přispívá k lepší kvalitě života těchto dětí i jejich rodičů. Přínosem této práce jsou dostupné údaje o kvalitě života astmatických dětí a jejich rodičů v městě Ostravě (Česká republika), ale také nová měřítka pro hodnocení kvality života pomocí dotazníků PedsQL.

LITERATURA

1. **Kašák V.** Aktuální kontrola astmatu a jeho exacerbací. *Medicína po promoci 2010*. <http://www.tribune.cz>.
2. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2010. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2009*. <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenkamoravsko-slezskeho-kraje-2009>.
3. **Moonie S, et al.** Asthma Status and Severity Affects Missed School Days. *Journal of School Health*. 2006; 76: 18–24.
4. **Cerdan N.** Asthma severity in school-children and the quality of life of their parents. University of Nevada 2010. <http://gradworks.umi.com/14/72/1472402.html>.

5. **Varni JW.** PedsQL Pediatric quality of Life InventoryTM. 1998–2011. <http://www.pedsq.org/pedsq2.html>.
6. **Kynyk JA, Mastronardej G.** Asthma, the sex diference. *Pulmonary Medicine* 2011; 17, 6–11.
7. **Rybníček O.** Dodržování doporučených léčebných postupů (adherence) u pacientů s alergickou rýmou a astmatem. *Farmakoterapie* 2011. <http://www.prolekare.cz/farmakoterapie>.
8. **Viira R, Koka A.** Health-related quality of life of Estonian adolescents: reliability and validity of the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales in Estonia. *Acta paediatrica* 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
9. **Anthracopulos MB, Pandiora A, Fouzas S.** Sex-specific trends in prevalence of childhood asthma over 30 years in Patras, Greece. *Acta paediatrica* 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
10. **Sorkness RL.** Sex dependence of airflow limitation and air trapping in children with severe asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2011. <http://www.jacionline.org>.
11. **Petsios KT, Priftis KN.** Cough affects quality of life in asthmatic children aged 8-14 more than other asthma symptoms. *Allergologia et Immunopathologia* 2009. <http://www.elsevier.es/en>.
12. **Chang AB.** Can a management pathway for chronic cough in children improve clinical outcomes: protocol for a multicentre evaluation. *Trials* 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
13. **Philpott J, Houghton K, Luke A.** Physical activity recommendations for children with specific chronic health conditions: Juvenile idiopathic arthritis, hemophilia, asthma and cystic fibrosis. *Paediatrics and Child Health* 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
14. **Cory S, Ussery-Hall A.** Prevalence of selected risk behaviors and chronic diseases and conditions-steps communities, United States, 2006-2007. <http://www.cdc.gov/mmwr>.
15. **Teřl M, Rybníček O.** Astma bronchiale v příčinách a klinických obrazech. Praha: Geum 2008.
16. **Kařák V.** Aktuální kontrola astmatu a jeho exacerbací. *Medicína pro promoci* 2010. <http://www.tribune.cz>.
17. **Schad O, Hazfs A.** Astma: prevence a vhodná péče: zdraví a současnost. Praha: Olympia 2008.
18. **Feketeová E.** Inhalační systémy pro léčbu astma. Česká iniciativa pro astma 2007. <http://www.cipa.cz/informace-o-astmatu/inhalacni-systemy-pro-lecbu-astmatu>.
19. **Salajka F, et al.** Astma bronchiale: doporučený a léčebný postup pro všeobecné lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP 2005.
20. **Špičák V.** Alergie a dětské astma v roce 2010. *Medicin Club* 2010. <http://www.medicinclub.cz/cs/alergie-a-detske-astma-v-roce-2010>.
21. **Vondra V, Malý M, Holub J.** Optimistický dlouhodobý vývoj hospitalizace pro astma v České republice (1967–2007). *Alergie* 2010; 12: 9–16.
22. **Kratěnová J.** Nová epidemiologická data o alergii, astmatu a alergické rýmě. *Alergie* 2008; 1: 45–48.
23. **Brown N, et al.** The role of parents in managing asthma in middle childhood: an important consideration in chronic care. *Collegian* 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
24. **Křivohlavý J.** Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing 2002.
25. **Mandhane P, et al.** A Child's Asthma Quality of Life Rating Does Not Significantly Influence Management of Their Asthma. *Pediatric Pulmonology* 2010; 45: 141–148.
26. **Williams S, et al.** Effect Of Athma On The Quality Of Life Among Children And Their Caregivers In The Atlanta Empowerment Zone. *Journal Of Urban Health* 2000; 7: 268–279.
27. **Swartz MK.** Predictors of Health-Related Quality of Life in Asthmatic Children. *Journal of Asthma & Allergy Educators* 2010; 1: 100–108.
28. **Farník M, Pierchala W.** Quality of life protocol in the early asthma diagnosis in children. *Pediatric Pulmonology* 2010; 45: 1095–1102.

Hodnocení kožních změn při systémových chorobách

Identifikace genetické a buněčné podstaty jakékoliv choroby dovoluje opravdu cílenou topickou terapii. Autoři si to ověřili na několika diagnózách: kongenitální hemidysplazie s ichtyosiformní erythrodermií a CHILD syndromu, X-linked dominantní porucha distálního cholesterolového metabolismu. Použili terapii lovastatinem a cholesterolem. Také hodnotili nedostatečně probádanou podstatu unikátní lateralizace choroby a její kostní malformace pomocí

analýzy genové aktivity v abnormální i v nepostížené kůži. Ultrastrukturální analýza postižené kůže ukázala jak cholesterolovou depleci, tak hromadění toxických metabolitů. Topické léčení lovastatin/cholesterol (nikoliv cholesterol samotný) během 3 měsíců léze vyčistilo, v ultrastrukturálním obraze byla normalizace epidermální struktury a lipidové sekrece. Neobvyklá lateralizace abnormalit CHILD syndromu odráží selektivní klírens keratinocytů a fibroblastů, které exprimují mutantové allele z nepostížené strany. Tyto nálezy opodstatňují terapii, zakládající se na po-

skytování deficientních konečných produktů a je i prevencí akumulace toxických metabolitů, což může být užitečné v jiných syndromech s poruchou lipidového metabolismu.

Litaretura:

Paller AS, et al. Pathogenesis-Based Therapy Reverses Cutaneous Abnormalities in an Inherited Disorder of Distal Cholesterol Metabolism. *Journal of Investigative Dermatology* 2011; 131: 2242–2248.

P. Barták

Vysoké zdanění tabáku = nižší náklady na zdravotní péči a přitom vyšší příjem státu – pochopíme to také v České republice? Projekt Evropské unie TobTaxy

Alexandra Kmeťová, Eva Králíková

Centrum pro závislé na tabáku 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN a Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha

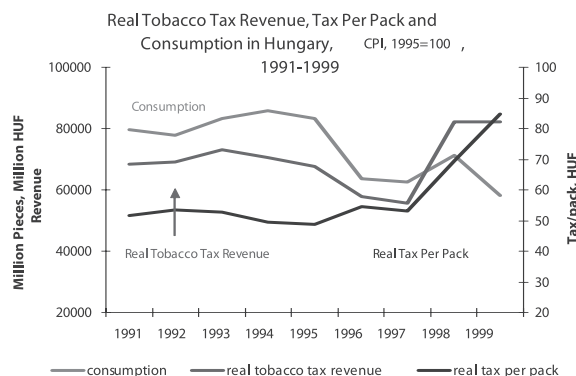
Toto téma bývá pro lékaře poněkud odtažité, ale pro ovlivnění morbidity a mortality v zemi klíčové. K tomu, abychom to pochopili, slouží TobTaxy – dvouletý projekt Evropské unie (2011–2012 „Making Tobacco TAXation Trendy – popularizace zdanění tabáku). Cílem je zvýšit orientaci zástupců vybraných profesí v 31 zúčastněných 31 evropských zemích v problematice zdanění tabáku. Projekt vedou přední světoví odborníci, za všechny jmenujme dr. Luka Joossense (BE), prof. Joy Townsend (UK), prof. Hanu Ross (USA). Projekt je určen pro účastníky nejen z oblasti veřejného zdravotnictví, ale i ekonomie, z nevládních organizací, politiky a další. Celkově je v plánu uskutečnit pět seminářů, vždy pro vybrané země daného regionu. V České republice je plánovaný seminář na květen 2012 s účastí Polska, Německa, Rakouska, Slovinska, Maďarska a Slovenska. Naprosto nový přístup spočívá v praktickém pojetí teoretických znalostí, které zahrnuje nácvik setkání se zákonodárci, sestavení akčního plánu k implementaci nové legislativy a příprava dlouhodobé strategie. Účastníci by měli být schopni reagovat na protiargumenty kvalifikovanou diskuzí s ministerstvy financí a s ostatními zákonodárci o daňových otázkách na národní úrovni. Projekt pomůže mimo jiné identifikovat specialisty z různých oblastí, kteří by byli ochotni společně pracovat na akčním plánu změny zdanění tabáku i po skončení tohoto tréninku, a tím usnadnit rozvoj advokacie plánů na vnitrostátní úrovni. Konečným výsledkem v dlouhodobém horizontu je změna fiskálních postojů s ohledem na veřejné zdraví.

Na prvním setkání k projektu začátkem června 2011 v Paříži shrnula prof. Townsendová základní fakta týkající se zdanění tabáku, jejich účel, vztah mezi cenou a spotřebou, různé daňové systémy. Byl rozebrán vztah mezi sazbou daně z tabáku a příjmem státu z tohoto zdroje, způsob odhadu podílu na ceně, měření citlivosti spotřeby na ceny a dostupnosti a problémy sociálních nerovností. Seznámili jsme se s dopadem ceny tabákových výrobků na prevalenci jejich užívání a související úmrtnost a nemocnost. Udržování nízkých cen tabákových výrobků způsobuje především manipulace tabákového průmyslu. Cena a zdanění tabáku jsou známými nejúčinnějšími nástroji k ovlivnění spotřeby tabáku – 10% zvýšení ceny sníží spotřebu tabáku o 4–8%. Cena je přitom rozhodujícím faktorem pro adolescenty a pro lidi s nízkým příjmem. Argumenty zákonodárců, že by poklesl příjem státu z daní, nejsou pravdivé, právě naopak. Dosavadní data po-

tvřují zvýšení zisků státního příjmu (obr. 1). Jinak řečeno, za méně prodaných cigaret s vyšší daní vybere stát více peněz.

V Evropské unii tvoří daň z cigaret spotřební daň a daň z přidané hodnoty (DPH). Spotřební daň má pevnou část (v roce 2010 1,07 Kč na jednu cigaretu) a valorickou (28% z této částky). Tato částka je pak zvýšena o DPH. A aby se prodejci nesažili snižovat svoji marži, a tím uměle snižovat cenu cigaret, byla zavedena i minimální daň. Od 1. ledna 2012 je plánováno zdražení na 1,12 Kč/cigareta, což v České republice sice povede ke zvýšení ceny cigaret, ale přesto budou stále jedny z nejnižších v Evropské unii (obr. 2).

Projekt se také věnuje zdanění tabáku na veřejné zdraví, na nemocnost a úmrtnost v různých zemích Evropy. Dalším velkým tématem (Luk Joossens) je nelegální obchod. Existují různé druhy ilegálního obchodu s tabákem – od pašování, přes příhraniční obchod, napodobeniny originálů pocházející zejména z Číny atd. Byly objasněny příčiny a také a důsledky nedovoleného obchodu s tabákem, jakou formou jsou pro-



Zdroj: Szilagyi, T., 2004

Obr. 1. Pokles spotřeby cigaret při zvýšení ceny tabáku vede ke zvýšení reálného příjmu z daní za tabákové výrobky Consumption = spotřeba, Real tobacco tax revenue = reálný příjem z daní za tabákové výrobky, Real tax per pack = reálná daň z balíčků cigaret

Tab. 1. Cenová dostupnost cigaret

Rok	Průměrná měsíční mzda	Cena/značka nejprodávanějších cigaret (v Kčs/Kč)	V % průměrné mzdy
1989	3 500	18 Kčs/Sparta	0,5
2004	17 500	47 Kč/Petra	0,26
2010	23 500	63 Kč/Petra	0,26

Zdroj: Ministerstvo financí ČR

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

MUDr. Alexandra Kmeťová
Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK
a VFN a Centrum pro závislé na tabáku
Karlovo náměstí 32, 121 08 Praha 2
e-mail: alexandra.kmetova@lf1.cuni.cz



Obr. 2. Cena krabičky cigaret (20 kusů) – leden 2011

váděny, jejich účinky na snížení vládních příjmů a doporučené způsoby jak tomuto obchodu čelit.

Můžeme shrnout, že zvýšením tabákových daní by stát získal vyšší příjem navzdory nižší spotřebě. Relativní cenová dostupnost cigaret v porovnání s rokem 1991 vzrostla – za průměrnou mzdu si kuřák v roce 2010 koupil dvojnásobný počet

lením získaných zdravých roků života.

Navzdory vyčerpávajícímu programu byl seminář extrémně přínosný a poskytuje nanejvýš konstruktivní řešení pro aktuální situaci.

Literatura je k dispozici u autorky.

VÝZVA REDAKCE

Apelujeme na všechny přispěvatele Časopisu lékařů českých, aby ve svých publikacích *neopomíjeli citovat domácí autory.*

Uvádění citací českých autorů je nejen v zájmu publikujících, ale v zájmu celé naší lékařské veřejnosti.

Děkujeme za porozumění a spolupráci.

Redakční rada Časopisu lékařů českých

Jesseniova kniha o jeho pražské pitvě – 410. výročí

¹Vladimír Musil, ²Josef Stingl, ²David Kachlík

¹Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Středisko vědeckých informací

²Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav anatomie

Do historie české anatomie i medicíny se nesmazatelně zapsalo pět červnových dnů roku 1600, během nichž Johannes Jessenius (1566–1621) provedl v Praze první veřejnou pitvu v Českém království. Již méně známá je skutečnost, že na letošní rok připadá 410. výročí vydání knihy, v níž Jessenius tuto pitvu velmi podrobně písemně vylíčil (1)

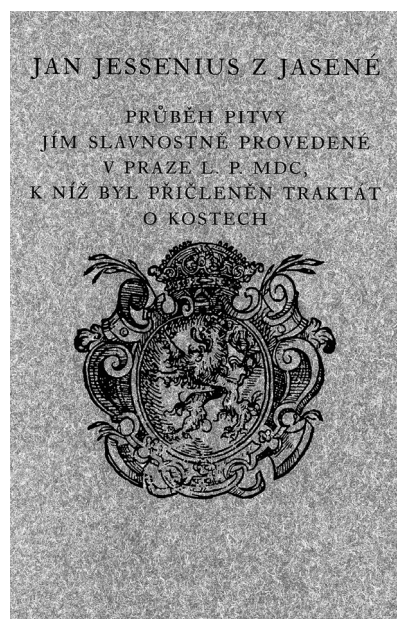


Obr. 1. Titulní list originálu Jesseniovy knihy o jeho pražské pitvě

(obr. 1). Povědomost o této publikaci nebyla v našem lékařském ani anatomickém prostředí po dlouhou dobu nijak výrazná, i když ji například již v roce 1843 celkem příznivě hodnotil i slavný anatom 19. století Joseph Hyrtl (1810–1894) ve svém článku o historii anatomie na pražské Karlo-Ferdinandově univerzitě (2). Podrobnějšímu seznámení se s obsahem a kvalitou uvedené publikace bránila v poslední době jednak nedostupnost knihy a v neposlední řadě i skutečnost, že renesanční latinu v současnosti ovládá již pouze velmi omezený okruh lidí. Autoři tohoto článku se proto rozhodli připomenout fakt, že díky několikaletému úsilí vedení České anatomické společnosti a Univerzity Karlovy se v roce 2004 podařilo Nakladatelství Karolinum vydat *faksimile* la-

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Vladimír Musil
Středisko vědeckých informací 3. LF UK
Ruská 87, 100 00 Praha 10
e-mail: vladimir.musil@lf3.cuni.cz



Obr. 2. Obálka faksimile a českého překladu Jesseniovy knihy o pražské pitvě

tinského originálu a jeho český překlad ve společném svazku (obr. 2) (3). Abychom celý obsah knihy přiblížili širšímu okruhu členů naší lékařské obce, chceme v následujících odstavcích stručně popsat obsah a strukturu Jesseniovy monografie.

V době, v níž Jessenius provedl v Praze za účasti asi 1000 diváků svoji veřejnou pitvu popraveného zločince, byl již plně erudovaným chirurgem a anatomem. Bohaté zkušenosti v obou oborech nasbíral při svých studiích ve Wittenberku (1583–1584), Lipsku (1585–1587) a v Padově (1588–1591), kde ukončil svoje studium medicíny. Brzy nato se stal ve Wittenberku profesorem chirurgie, anatomie a botaniky (1594) a v roce 1597 byl zvolen rektorem tamní univerzity. V tomto období provedl řadu pitev a uveřejnil několik publikací z oblasti medicíny a filozofie. V roce 1600 jej pozval jeho přítel Tycho Brahe do Prahy a při této příležitosti byl Jessenius vedením univerzity vyzván k provedení veřejné pitvy. Tento akt neměl být výukovou záležitostí, ale měl posloužit především ke zvýšení reputace Karlova učení, jehož lékařská fakulta tehdy vůbec nefungovala.

Knihy má rozsah 347 stránek malého formátu. Prvních 27 stran obsahuje *úvod* (pozdrav českému králi a stavům českého království), *básně* Jakoba Typotia, Tobiáše Fischera a Basilia Plinia, a *šestistránkový autorův vzkaz čtenáři* (s popisem nádhery Českého království a Prahy, vyjmenováním představitelů české šlechty, nejvyšších soudců, lékařů, vědců včetně přítele Tychona Brahe, rektorů a profesorů univerzity). Vzkaz je zakončen stručným popisem okolností pitvy, která proběhla na těle oběšence v Rečko-

vě koleji na Starém Městě pražském ve dnech 8.–12. června roku 1600 za dobrého počasí. Jako ilustraci slavnostního rázu a stylu této části knihy lze uvést závěrečnou pasáž Fischerovy básně (v překladu PhDr. Dany Svobodové) oslavující Jessenia jako anatoma a autora knihy:

„Nuže, zapísaám tě při všech Múzách
posvátných, jejichž sbor sám Phoebus řídí:
Tímto způsobem dál nás uč a pilně,
den co den se snaž medicíně přispět.
Tak Tě neminou triumf, čest a sláva,
ke hvězdám s tebou vzlétnou bílí oří...
Takto staneš až na vrcholu, příštím
věkům vsíříc bude tvoje jméno zářit.“

IN IMAGINE M
Nobilis, & Claris, viri Io-
HANN. JESSENI
à Ieffen.



Obr. 3. Jesseniův portrét, uvádějící popisnou část knihy

Anatomická část je uvedena Jesseniovým portrétem (obr. 3) a 36stránkovou předmluvou. V ní autor nejdříve popisuje Platónovo a Aristotelovo pojetí dvou hlavních částí lidské bytosti – duši a těla. Ve stejném duchu pak jsou definovány stavební a funkční součásti lidského těla (duše, pohyb, temperament, pneuma, forma, struktura, činnost, užitek), a hlavní řídicí orgány těla (mozek vládne nervům, srdce ovládá činnost tepen, játra regulují činnost žil). Popis provedené pitvy tvoří zbytek celého textu a je rozčleněn do devíti výkonů (*administrationes*), které byly postupně provedeny v následujícím pořadí:

- výkon první (30 dvoustran): celkový popis břicha, jeho kůže, podkoží, břišních svalů a pobřišnice;
- výkon druhý (10): předstěra, střeva, mezenterium a žaludek;
- výkon třetí (15): játra, žíly, slezina, žlučník, ledviny, močový měchýř;
- výkon čtvrtý (9): spermatické cévy, varlata, penis;
- výkon pátý (26): hrudník, prs, svaly hrudníku, bránice, pleura, plíce, srdce, tepny;
- výkon šestý (9): krk, brzlík, průdušnice, hrtan, jícen, krční svaly;
- výkon sedmý (13): hlava, vlasy, lebka, mozkové pleny, mozek a mozeček, mícha, hlavové a míšňní nervy;
- výkon osmý (21): oči a uši;
- výkon devátý (27): obličej, nos, jazyk, končetiny.

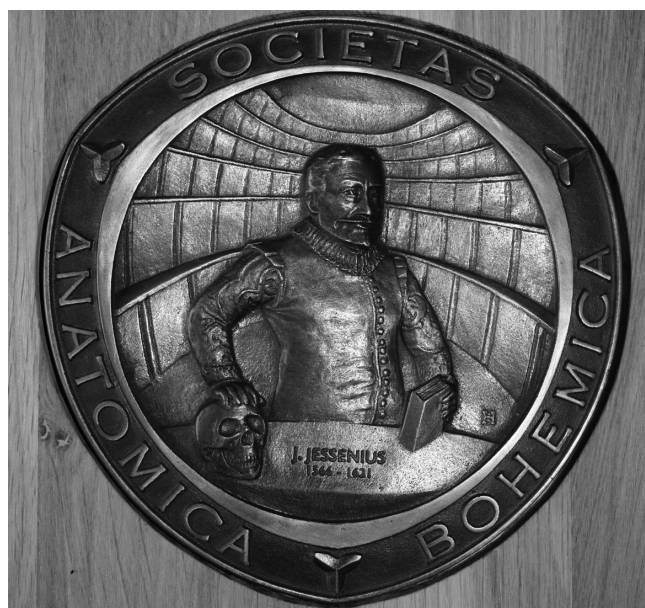
K monografii byl v originálu připojen 70stránkový „*Tractatus de ossibus*“, popisující všechny kosti lidského těla – ten nebyl k českému překladu připojen, protože byl vydán spolu se slovenským překladem již v roce 1981 v Martině (4).

Shodli jsme se v názoru, že nejuvěstičněji popsal hodnotu Jesseniovy knihy nestor poválečných československých anatomů profesor Ladislav Borovanský (1897–1971) v roce 1956 v jedné pasáži své pražské přednášky (5) (publikované *in extenso* ve formě předmluvy k českému vydání z roku 2004) při příležitosti oslav 390. výročí Jesseniova narození:

„Kniha je psána lehkou elegantní latinou, do textu jsou vsouvány bajky, citáty z bible i starých autorů, zřejmě k tomu, aby se udržela pozornost publika. Podání je tak plastické, jako by autor právě příslušné věci demonstroval. Významný je ovšem skutečný obsah. Tu je třeba říci, že z hlediska tehdejších anatomických znalostí nejsou v knize chyby, ale na druhé straně že kniha také nic nového nepřináší. Tak byla také hodnocena: Již Haller praví, že jde o výtažek z Vesala (6), řečnický dobře sestavený, s několika vlastními pozorováními. Portal, autor velké historie anatomie z 18. století, napsal: „Jessenius následoval Vesala a místy jej zkomolil.“ Při probírání hrtanu a jazyka však chválí popis vzniku hlásek. Stejně se vyjadřuje i Hyrtl. Dodává, že velmi pěkný je popis hrtanu a jazyka a nové že je jenom vyvrácení popisu membrana carnea (masité blány), jak byla popisována od dob Avicennových. Porovnával jsem proto text Jesseniův s příslušnými pracemi jeho učitele Fabricia. Popis oka i popis vzniku hlásek je z jeho díla. Zůstávala membrana carnea, která se ještě po Jesseniovi skutečně objevovala a byla dokonce i zobrazována, např. v anatomii Verheyrově (7). Bohužel, jak jsem zjistil, i zde je Jesseniův popis vzat z Vesala. Proto je třeba v Jesseniově knize spatřovat nikoliv učebnici, ale spis určený vzdělaným laikům, spis propagační, který je proto prosycen četnými vsuvkami ze starých klasiků.“

I z dnešního pohledu je možné říci, že pro současného českého nebo slovenského čtenáře, ať pochází z kterékoliv oblasti teoretické či klinické medicíny, může tato kniha velmi dobře posloužit nejen jako překvapivě bohatý a čtivý zdroj informací o starověké i středověké anatomické nomenklatuře, ale také o úrovni znalostí stavby a funkce lidského těla v období pozdní renesance.

Českým vydáním knihy tak Univerzita Karlova zcela určitě vzdala důstojný hold svému někdejšímu rektorovi. Stejný postoj pak vyznává i Česká anatomická společnost, která si do své čestné pamětní medaile, jejímž autorem je akademický malíř Mgr. Ivan Helekal z Anatomického ústavu 1. LF UK, nechala zakomponovat Jesseniovu postavu jako symbol uznání jeho zásluh o budoucí rozvoj české anatomie (obr. 4).



Obr. 4. Čestná plaketa České anatomické společnosti

PRAMENY

1. Iohannis Jessenii a lessen, Anatomiae, Pragae, Anno M.D.C. abs se solenniter administratae historia. Wittebergae: Excudebat Laurentius Seuberlich 1601.
2. Hyrtl J. Geschichte der Anatomie und ihrer Anstalt an der Carl-Ferdinands-Universität in Prag. Bar Reichenhall: Antiquar Rudolf Kleinert 1967; 87–88.
3. Jessenius J. Průběh pitvy jím slavnostně provedené L.P. MDC, k níž byl přičleněn traktát o kostech. Praha: Nakladatelství Karolinum 2004.
4. Jessenius J. Traktát o kostiach. Martin: Vydavatelstvo Osveta 1981.
5. Borovanský L. Vzpomínka na Jessenia. In: Jan Jessenius z Jasené. Průběh pitvy jím slavnostně provedené L.P. MDC, k níž byl přičleněn traktát o kostech. Praha: Nakladatelství Karolinum 2004.
6. Vesalius A. De humani corporis fabrica libri septem. Ex officina Joannis Opporini, Basileae 1543.
7. Verheyen P. Corporis humani fabrica liber primus. Coloniae: Apud Baltahazarem & Socios 1712.

Kniha

Krukenmeyer, M.G.:

KULTUR DER MEDIZIN. SPUREN, WEGE UND ZIELE (KULTURA MEDICÍNY. STOPY, CESTY A CÍLE)

Stuttgart: Schattauer 2011, s. 245, Euro 29,95. ISBN 978-3-7945-2809-7.

Autorem recenzované knihy je německý chirurg, který je v posledních letech také činný ve vedoucí funkci velké nemocnice. Jeho dřívější knižní a časopisecké odborné publikace se týkaly zejména radiologie, transplantační medicíny a endoprotetiky. Nejnovější kniha M.G. Krukenmeyera je však zcela jiného zaměření a představuje svým způsobem komplement k jeho předchozím vědeckým publikacím, neboť se týká především oblasti lékařské psychologie a lékařské etiky.

Práce sestává z třinácti přednášek přednesených na odborných fórech, studentům medicíny a pravděpodobně i laickým posluchačům. Rozsah témat je značný a různorodý: zabývá se náplní a smyslem studia medicíny, rozhovorem lékaře s pacientem, smyslem života z pohledu lékaře, pojednává o odpovědnosti lékaře, o indikacích k operačním výkonům, tematizuje rakovinu, jež stále zůstává pro lékařské vědy i praxi výzvou. V knize nalezneme i obecnější úvahy, opřené o bohatou klinickou zkušenost a věnované problematice umírání a smrti, okolnostem ohrožujících na-

še zdraví, etickým otázkám moderní medicíny a budoucnosti medicíny. Čtenářsky vděčná a zajímavá je i kapitola, v níž zúročuje svoji práci chirurga v Africe tím, že referuje o svých zkušenostech.

Recenzovaná práce se dobře čte, jelikož se jedná o upravené přednášky a slovo mluvené je zpravidla srozumitelnější než primárně psaný text. Ke srozumitelnosti přispívají i četné ilustrativní příklady. Kniha je pozoruhodná také tím, že autor témata rozvíjí odbočkami do historie medicíny, filozofie a práva, vyjadřuje se místy též v umělecké a myšlenkové zkratce prostřednictvím literárních a zejména básnických ukázek. Naše čtenáře příjemně překvapí, že problematiku dlouhověkosti dokládá pomocí obsahu Janáčkovy opery Věc Makropulos. Jedná se o práci podnětnou, psanou pérem vzdělance.

Pro přiblížení čtenářům uvedu několik autorových myšlenek a postřehů.

Cílem studia medicíny je svobodně myslící lékařská individualita odvažující se vlastního úsudku a odolávající manipulaci. Nemáme-li čas s nemocným komunikovat, ztrácíme jeho důvěru. Nemocný člověk není porouchaný stroj, nýbrž bližní, vyžadující naši pomoc a náklonnost. Lidé závislí na návykových látkách, špičkoví sportovci a manažeři dlouho nevnímají svůj často zhoubný životní styl. Lékařova touha zbohatnout mívá za následek jeho pocitové otupění a spouštění v šedé zóně mezi legalitou a ilegalitou atd.

Autor kriticky upozorňuje, že je v současné medicíně kladen jen malý důraz na prevenci poruch zdraví a také se domnívá, že náklady na léčbu (včetně léků) nejsou často racionálně zdůvodněné. Má za to, že v Německu se proto zhroutí lékařský trh a utvoří se trh nový. Poukazuje i na nežádoucí ovlivňování vědeckého výzkumu i zdravotnických norem ze strany farmaceutického průmyslu. Zdůrazňuje, že zdravotnictví by mělo řídit lékaři a také to, že ve zdravotnických zařízeních je nezbytná jasná hierarchická struktura a identifikace zaměstnanců se zařízením, v němž pracují.

Závěrem recenze a jako podnět k zamýšlení přebírám z knihy sedm sociálních hříchů lidstva dle M. Gándhího: 1. Věda bez lidskosti, 2. Vzdělání bez charakteru, 3. Náboženství bez oběti, 4. Politika bez pravidel, 5. Bohatství bez práce, 6. Požitek bez svědomí, 7. Obchod bez morálky.

Recenzovanou knížku M. G. Krukenmeyera lze jistě doporučit německy čtoucím lékařkám a lékařům, neboť pojednává o medicínské problematice a zdravotnictví v širších souvislostech: psychologických, etických a obecně společenských. Zaujme nejen kultivovaným vyjadřováním, ale i angažovaným obsahem.

prof. PhDr. Jan Vymětal
Ústav pro humanitní studia v lékařství
1. lékařská fakulta
Univerzity Karlovy v Praze
Karlovo náměstí 40, 128 00 Praha 2

Dějiny lékařství

Ranlékař František Holub

Martin Šámal

Národní muzeum – Náprstkovo muzeum asijských, afrických a amerických kultur, Praha

Osudy konkrétních lékařů působících na českém venkově v 19. století jsou většinou neznámé. Většinou je na vině nedostatek pramenů potřebných k rekonstrukci jejich života a docenění jejich působení. Určitou výjimkou je nepochybně osobnost Františka Holuba. V písemné pozůstalosti jeho syna, slavného afrického cestovatele a lékaře dr. Emila Holuba, se totiž nachází poměrně velké množství pramenů, které dokumentují život jeho otce.¹ Díky tomu máme jedinečnou příležitost seznámit se s osudem tohoto bezesporu zajímavého, byť dávno zapomenutého zdravotníka. Důležité je to nejen pro poznání jeho životních peripetií, které zároveň pomáhají lépe chápat i určité momenty ze života jeho syna Emila, ale v obecné rovině představují významný příspěvek k poznání života venkovských zdravotníků v průběhu 19. století.

František Josef Holub se narodil nedaleko Plzně v obci Štáhlavy dne 26. prosince 1809 v rodině truhlářského mistra Františka Holuba. V otcově řemesle však podle všeho pokračovat neměl. Rodiče si zřejmě přáli, aby se jejich nejstarší syn stal knězem, a dopřáli mu proto vynikajícího vzdělání.² František studoval nejprve na gymnáziu v Plzni a později, roku 1827 přestoupil na staroměstské gymnázium v Praze. Tento ústav sídlil v Klementinu a patřil za jeden z nejprestižnějších v zemi. Působil zde například Josef Jungmann. Zdejší studenti měli právo plynulého přechodu na filozofickou fakultu. Studium filozofie bylo v té době ještě jakýmsi mezistupněm mezi středním a vysokým školstvím a zároveň podmínkou dalšího studia na fakultách pražské univerzity.³

Studijní výsledky z gymnázia prokazují mimořádné všestranné nadání Františka Holuba. Byl premiantem třídy a v roce 1829 přešel na filozofickou fakultu. Po absolvování povinných dvou ročníků se zapsal nikoliv na teologii, ale na medicínu. Vynikajících studijních výsledků dosahoval i zde, velmi často se v jeho studijních záznamech dokonce objevuje hodnocení nejvyšší – eminente.⁴

Studium medicíny bylo až do roku 1873 rozděleno na vnitřní a vnější lékařství. Studenti vnitřního lékařství studovali 5 let, jejich studium bylo zaměřeno více na teoretické otázky. Absolventi získávali prestižní titul doktor medicíny a mohli působit na univerzitě, v nemocnicích apod. Studium vnějšího lékařství bylo tříleté, zaměřené více na praktickou medicínu. Absolventi odcházeli s tituly magistr či patron chirurgie.

František Holub ukončil studium v roce 1836, v matrice absolventů figuruje jako patron chirurgie. Stal se tedy tzv. chirurgem, nebo podle moderní terminologie ranlékařem.⁵ Získal diplom (obr. 1), který jej opravňoval k výkonu ranlékařství, porodnictví a očního a zubního lékařství. Je zajímavé, že neusiloval o získání doktorského titulu. Vzhledem k jeho dosavadnímu vzdělání a vynikajícím studijním výsledkům by se to přímo nabízelo. Jako budoucí ranlékař totiž nemusel absol-



Obr. 1. Univerzitní diplom ranlékaře Františka Holuba z roku 1836 (Foto Jiří Vaněk)

vat gymnázium ani studium filozofie. Průběh dosavadního studia tedy ukazuje na jiný záměr. Stranou nechme úvahy o duchovní dráze. Pokud skutečně měl někdy úmysl studovat teologii, upustil od něj nejpozději v letech 1829–1831 během studia filozofie. I vzhledem k průběhu studia na lékařské fakultě bylo jeho logickým završením získání doktorského titulu. Co tedy vedlo Františka Holuba k předčasnému ukončení?

Kratší formu studia medicíny si většinou volili studenti z ekonomických důvodů. Studium zakončené doktorátem tr-

¹Největší část je uložena v archivu Náprstkova muzea, mnoho dokumentů je uloženo také v Památku Dr. Emila Holuba v Holicích a překvapivě také v archivu Přírodovědného muzea ve Vídni. Pro dokumentaci života Františka Holuba bylo dále třeba využít fondů Národního archivu, státních oblastních a okresních archivů, Archivu Univerzity Karlovy, Státního archivu ve Vídni a dalších institucí.

²Vzpomínka Berty Novákové z roku 1928. Jedná se o jedinou zmínku, která dokládá úmysl Františka Holuba stát se knězem. Odtud ji převzala i pozdější literatura. Konkrétní doklad o Holubově záměru stát se knězem však chybí. František Holub, oproti tvrzení Berty Novákové, nebyl nikdy v semináři a nikdy nestudoval teologii. Archiv NpM, Sběrka Scrap-book, SB č. 4, s. 198 (Národní listy ze dne 9. 3. 1928).

³Ledvinka V, Pešek J. Praha: Praha: Lidové noviny 2000; s. 436.

⁴AUK, Hlavní katalogy posluchačů filozofické fakulty a lékařské fakulty.

⁵Termín ranlékař začala používat ve svých studiích v šedesátých letech 20. století Ludmila Hlaváčková. Jedná se o zdravotníky, kteří absolvovali kratší, většinou tříleté univerzitní studium a získávali titul magistr nebo patron chirurgie. Ve výkonu lékařské praxe však nebyli oproti doktorům medicíny omezeni. Hlaváčková L. Českosl. časopis historický 1969, 736.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Martin Šámal
Náprstkovo muzeum asijských, afrických a amerických kultur
Betlémské náměstí 1, 110 00 Praha 1
e-mail: martin_samal@nm.cz

valo déle, stoupaly tedy náklady na ubytování a učební texty a dražší byly navíc také zkušební taxy apod. Navzdory poměrně štedrým stipendiím a prostředkům z nejrůznějších nadací, které chudším studentům pomáhaly, byla ekonomická situace studentů zdaleka nejčastějším důvodem pro volbu kratšího studia medicíny. Finanční náročnost studia mohla být tedy jedním z důvodů i v případě Františka Holuba.⁶

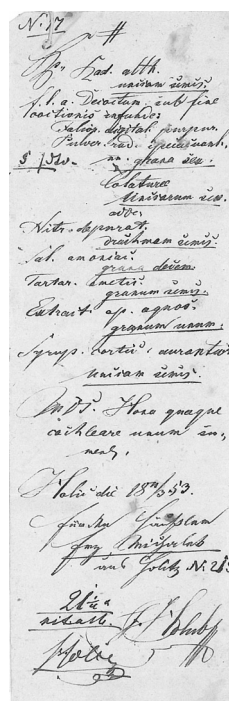
Hlavním důvodem však byl jeho osobní život. Během studií se totiž seznámil s Annou Janotovou, dcerou pražského ševce. Dnes již asi nikdo nezjistí, kdy a za jakých okolností se seznámili a zdali třeba nebyla Anna důvodem, proč se František Holub vzdal úmyslu stát se knězem. Každopádně v době, kdy František Holub studoval medicínu, Anna otehotněla. Bylo nutné uzavřít sňatek a rodinu hmotně zabezpečit. To byl zřejmě ten hlavní důvod předčasného ukončení studia. Svatba se konala začátkem listopadu 1836, tedy pouhý měsíc poté, co František Holub obdržel univerzitní diplom. Po svatbě žili manželé Holubovi v podnájmu na Novém Městě, kde Holub provozoval lékařskou praxi. Těžko říci, v jakých poměrech tehdy žili, ale patrně ve velmi skrovných, závislejících na nejistém výdělku Františka Holuba. Manželství trvalo velmi krátce a skončilo tragédií. Tři měsíce po svatbě Anna předčasně porodila mrtvá dvojčata.⁷ O dva dny později i ona sama na následky porodu a celkové vyčerpání zemřela.⁸

Pro Františka Holuba byla tato událost zřejmě nejhorším okamžikem v životě. Kvůli rodině se musel vzdát svých ambicí v profesním životě. Teď o celou svou rodinu během dvou osudných dní přišel. Zůstal sice ještě nějaký čas v Praze, ale nevedlo se mu dobře. Nedochovaly se žádné záznamy svědčící o jeho majetkových poměrech z této doby. Výdělek z lékařské praxe však byl obecně velmi nejistý, a proto se snažil získat místo s pevným platem. Ucházel se například o místo okresního ranlékaře v Haliči.⁹ Tehdy sice jeho snaha vyšla naprázdno, ale o 2 roky později měl konečně štěstí. Dne 18. dubna 1839 byl jmenován městským lékařem ve východočeských Holicích.

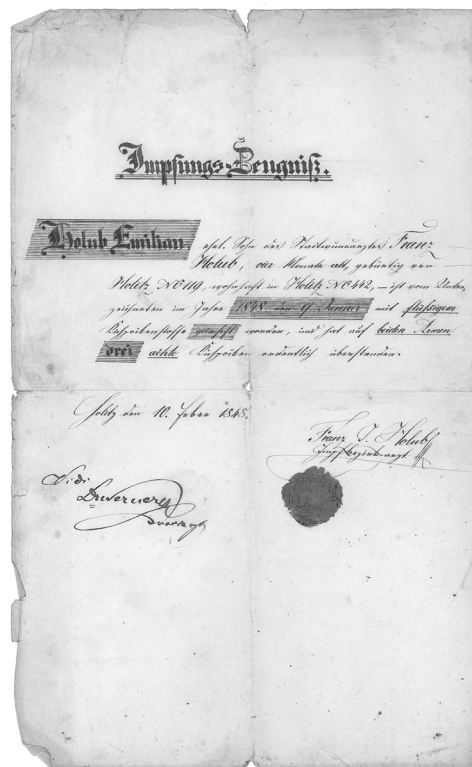
Z období jeho působení v Holicích (1839–1857) se již dochovalo více pramenů (obr. 2). Holice byly poddanským městem náležejícím komornímu statku. Holub byl do funkce jmenován vrchnostenským úřadem v Pardubicích. Byl tedy v podstatě vrchnostenským lékařem. Konečně získal vytoužený pravidelný příjem, jednalo se o roční plat 40 zlatých¹⁰, vedle finančního obnosu ještě naturální byt a výnos ze 2 měřic obecní půdy.¹¹ Holub zde vykonával, jak bylo ostatně obvyklé, více zdravotnických funkcí. Vedle funkce městského lékaře působil jako lékař soudní a očkovací (obr. 3), prováděl ohledávání mrtvol nebo prohlídku zvířat. Vedle těchto povinností bezpochyby provozoval také vlastní soukromou lékařskou praxi.

Získání místa se stálým platem mu zřejmě také umožnilo uzavřít nový sňatek. Pouhý měsíc po svém ustavení se totiž podruhé oženil. Jeho ženou se stala Anna Ebertová, dcera někdejšího krupaře a pražského měšťana Josefa Eberta. Svatba se konala na Strahově. František Holub vstupoval do svazku již jako vdovec, nevěsta se vdávala na svou dobu poměrně pozdě, ve svých 29 letech.¹²

V polovině května se manželé přestěhovali do Holic, kde bydleli v čp. 120. Jednalo se o úřednický byt, resp. spíše jen pokoj. Kromě manželů Holubových žily v tomto domě ještě rodiny městského úředníka Matěje Kučery a také hostinského Františka Šoulavého. Bydlení tedy bylo nepochybně velmi skrovné a stísněné.



Obr. 2. Lékařský recept Františka Holuba z období jeho působení v Holicích pro pana Michálka čp. 215



Obr. 3. Očkovací vysvědčení Emila Holuba z roku 1848 (očkoval jej jeho otec František Holub). Zajímavá je chyba v čp. domu, kde se Emil Holub narodil, správně má být čp. 120.

⁶Tamtéž, Svobodný P, Hlaváčková L. Dějiny lékařství v českých zemích. Praha: Triton 2004; 99.

⁷V rodě Františka Holuba to nebyl první případ narození dvojčat. Rovněž v generaci Františka Holuba se narodila dvojčata.

⁸AMP, Sběrka matrik, PMS Z 3.

⁹NA, České gubernium – všeobecná registratura, kt. 1302.

¹⁰Miněna je zde i dále konvenční měna.

¹¹SOka Pardubice, AM Holice, korespondence, kt. 10.

¹²AMP, Sběrka matrik, str. O 4.



Obr. 4. Lékařský zápisník Františka Holuba z období jeho působení v Pátku

Manželství zůstalo dlouho bezdětné, až teprve 27. září 1845 se narodila dcera Terezie.¹³ Snadno si lze představit radost z vytouženého dítěte, vždyť Anně Holubové bylo v době narození prvního potomka již 35 let! Bohužel štěstí netrvalo dlouho. Malá Terezie se nedožila ani jednoho roku, zemřela v červenci následujícího roku.¹⁴ Dne 7. října 1847 se pak narodil manželům Holubovým syn, pokřtěný Emilian Karel Jan, pozdější slavný africký cestovatel.¹⁵ Byl tedy již čtvrtým a zároveň posledním dítětem Františka Holuba. Vzdor údajně neudrživosti a slabosti přežil kritické novorozenecké období. Šťastně přestál i pozdější epidemii cholery, která v Čechách řádila na přelomu čtyřicátých a padesátých let 19. století. V Holicích musel být vzhledem k obrovskému počtu nemocných dokonce zřízen provizorní špitál, kam František Holub docházel léčit nebezpečné pacienty. Účinné prostředky ovšem v té době ještě prakticky neexistovaly.

V březnu 1848 došlo ve Vídni k revoluci, jejímž jedním z nejvýraznějších důsledků bylo mimo jiné v zrušení vrchnostenské správy a zřízení samosprávy. Kompetence vrchnostenských úřadů se přenesly na nové politické úřady a samosprávu, což mělo dalekosáhlé důsledky, mj. výrazně ovlivnilo i zdravotníky působící ve službách vrchnosti.¹⁶

Byl to i případ Františka Holuba, který v Holicích působil z vůle vrchnosti a za podmínek vrchností stanovených. Představitelé města se již od ledna 1849 pokoušeli Holuba z funkce městského lékaře svrhnout. V lednu 1849 byl obviněn z nebdalosti, neschopnosti a dokonce zmrzačení několika osob a odvolán z funkce. Záležitost bylo třeba řádně vyšetřit, o vyjádření byla požádána například pražská lékařská fakulta. Šetření trvalo prakticky celý rok. Všechna pochybení se vyvrátila, za Holuba se postavila nejen lékařská fakulta, ale i nadřízené orgány. Holubovi byl navíc po tuto dobu zadržován plat, který mu náležel. Bylo to protiprávní, protože „dle požadovaných zákonů každý veřejný i městský úředník neb služba svou služební mzdu v pádu nějakého vyšetření tak dlouho obdržovati má, až za vinného uznán a ze služby svržen jest...“ Ale navzdory stížnostem a výzvám nadřízených orgánů se nic neměnilo, Holubovi plat vyplácen nebyl a navíc vzdor

vyvrácenému obvinění trvali představitelé Holic i nadále na odvolání Františka Holuba z funkce. To však nyní nebylo de jure možné. K odvolání totiž v této době mohlo dojít jen v případě prokázání pochybení nebo neschopnosti.¹⁷

To se však brzy změnilo, když vešel v platnost nový obecní zákon. V listopadu 1850 se tedy v Holicích na základě tohoto zákona ustavil nový obecní výbor. Jestliže dříve mohlo dojít k Holubovu odvolání pouze na základě prokázání závažného pochybení, nyní byla cesta mnohem snazší. Umožňoval ji § 81 tohoto zákona, podle kterého byla zcela v kompetenci obecního výboru volba městských úředníků a služebníků. Tedy i obsazení postu městského lékaře. V květnu 1851 svolal obecní výbor veřejnou schůzi, „v níž záležitost chirurga p. Fr. Holuba znovu v poradu vzata a po dlouhém rokování jednoglasně uzavřeno jest, při výpovědi p. Fr. Holubovi od bývalé obecní rady dané, nezměnitelně setrvati. Na to byl obecním hlasováním za městského chirurga zvolen pan Václav Říha, jehož nevpínavé účinkování v okrese našeho města se všeobecným uznáním se potkalo.“¹⁸

Holub se sice i tentokrát bránil, ale jeho odpor byl už předem odsouzen k nezdaru. Volbu Václava Říhy městským lékařem v Holicích schválil ještě v květnu 1851 okresní hejtman. Zároveň se ale také Františka Holuba zastal v otázce zadržovaného platu. „Přitom nemohu opomenouti městské radě tím více odporučiti, aby dlužný požadavek ranhojiči Holubovi zapravila, an až dosaváde službu městského lékaře v pravdě zastával a jak se domnívám, nemůže se mu horlivost a dobrá vůle v dosavadním vykonávání služby odepřiti.“¹⁹

František Holub působil následně již jen jako okresní soudní lékař. Možná čekal, že se po nových volbách obecní výbor obmění a jeho situace se zase zlepší, snad jen nemohl sehnat jiné místo. Ale obecní volby se nekonalý, výbor setrval stále ve stejném složení a Holub se zde svou lékařskou praxí již zřejmě uživit nemohl. V roce 1857 se proto rozhodl s celou rodinou z Holic odejít do Pátku nad Ohří, kde přijal místo panského a obecního lékaře (obr. 4).

Zdá se, že se jednalo o řešení z nouze. Rodina Holubova se totiž v této době ocitla ve finanční tísní. Průměrné roční náklady na zaopatření rodiny se v této době pohybovaly kolem 600 zlatých. Rodina ranlékaře Holuba byla prakticky od začátku roku 1849 odkázána jen na výdělek Holubovy lékařské praxe a výnos z pronajatého pole. Ten činil v době Holubova stěhování do Pátku 30 zlatých ročně.²⁰ Z období Holubova působení v Holicích se bohužel nedochovaly žádné záznamy dokládající jeho výdělek ze soukromé praxe. Nepochybně však činila podstatnou část Holubových příjmů. Podle dostupných informací se však zdá, že po svém odvolání z funkce klesaly i tyto příjmy. Konkrétní důkaz k dispozici sice nemáme, můžeme jen odhadovat, nakoř Holubovi u holicích obyvatel uškodilo rok trvající obvinění a konflikt s představiteli města. Minimálně v jednom případě však máme doloženu snahu zvýhodnit nového městského lékaře oproti Františku Holubovi. Jednalo se o ohledávání mrtvol, které se snažili městští radní svěřit výhradně městskému lékaři. Když to okresní hejtmanskví zadrželo, představitelé města jej alespoň oproti Holubovi zvýhodnili tím, že jej vypláceli za tuto službu paušálně, kdežto František Holub za ni musel vybírat peníze od obyvatel.

Stěhování do Pátku nebyla jednoduchá ani levná záležitost. Pátek nad Ohří byl dominiem strahovských premonstrátů.

¹³SOA Zámorsk, Sběrka matrik Holice N.

¹⁴Zemřela v deseti měsících 25. 7. 1846. Tamtéž, Sběrka matrik Holice Z, folio 170.

¹⁵tamtéž

¹⁶Svobodný P, Hlaváčková L. Dějiny lékařství v českých zemích. Praha: Triton 2004; 123–124.

¹⁷Památník Dr. Emila Holuba v Holicích. Pozůstalost Dr. Emila Holuba, kt. 15.

¹⁸Tamtéž. Zajímavé je, že tato schůze není zaznamenána v zápisech holického městského výboru.

¹⁹Překlad z němčiny. Památník Dr. E. Holuba v Holicích, Holub Emil, Holice, kt. 15. Zajímavé je, že v roce 1839 se ucházel Václav Říha, stejně jako František Holub, o místo městského lékaře v Holicích. Vrchnost však dala tehdy přednost Františku Holubovi. SOA Pardubice, MÚ Holice, kt. 21.

²⁰Naturhistorisches Museum, Wien, Archiv. Pozůstalost Dr. E. Holuba. Kontrakt ze dne 24. 4. 1857, kt. 2.

S premonstráty se Holub setkával již v době svého studia na plzeňském gymnáziu, na Strahově si bral svou druhou ženu. Je možné, že právě její rodina měla ke Strahovu blízko. Nelze zcela vyloučit, že právě skrze tyto příbuzné získal František Holub místo panského lékaře v Pátku. Do jeho příchodu zde lékař nebyl. Klášter rodině Holubově poskytl k bydlení malý domek na samém kraji vesnice. Pro Františka Holuba stěhování představovalo velikou změnu, byl zvyklý spíše na městské prostředí a najednou se ocitl v malé vesničce, se kterou se nedokázal příliš sžít. Nemohl v této době ještě docenit vliv, jaký mělo právě toto prostředí a okolní krajina Českého středohoří na jeho syna. Zdá se, že si zde nenašel ani mnoho přátel, venkovské poměry mu spíše vadily, a pokud se v dopisech objevují některá jména konkrétních lidí, jedná se téměř vždy o zdejší faráře či příslušníky řádu. František Holub se nezapojil do žádných zdejších korporací nebo spolků, ostatně tak nečinil ani v Holicích.

Kromě výdajů spojených se stěhováním rodinu silně zatěžovaly také výdaje na studium syna Emila. Ten v době stěhování do Pátku končil obecnou školu a bylo třeba rozhodnout o jeho další budoucnosti. František Holub mu nepochybně toužil umožnit stejné, ne-li lepší vzdělání, jakého sám dosáhl. Snad do svého syna promítal i vlastní nenaplněné ambice. Nechal svého syna tedy studovat gymnázium v Praze, později Emil přešel do Žatce. Po jeho absolvování se zapsal na studium medicíny. O finančních poměrech nejlépe vypovídá korespondence mezi Františkem Holubem a synem Emilem z této doby. V roce 1869 se František Holub například snažil vymoci pro syna vysvědčení o nemajetnosti, zřejmě kvůli úlevám na školním nebo kvůli získání stipendia. Velmi významnou pomoc získal od páteckého provizora, který patrně ne zcela standardní cestou dopomohl Emilovi k získání prostředků na studium. Že to nebyla pomoc ledajaká, ostatně vyplývá z pozdějšího dopisu Františka Holuba synovi. „*Kdo jest hlavně příčinou, že jsi od quarty již nejen celé nadgymnázium, nýbrž i lékařská Tvá studia dokončiti mohl ... Pomysli, kdo hlavně příčinou byl, žes tolik let nadací Ferdinandovou 120 zl užívá; jedině protekce p. provizora Tobě k ní pomohla; dobrě Ti známo naše tehdejší postavení, v kterém by jsme bez velkých dluhů dělání, neb docela prodáním naší reality v Holicích nebyly s to o Tvé budoucí vzdělání se tak postarati...*“²¹

Zdá se, že František Holub své působení v Pátku nevnímal jako definitivní. Přestože Holice opustil zřejmě pod tíhou vnějších okolností, na Holice rozhodně nezanevřel. Po celý svůj život se nevzdal svých nemovitostí. Není divu, domek se zahradou a tzv. Kmentovské pole, které nadále pronajímal, představovaly vlastně jediný majetek, kterým disponoval, jedinou jistotu, na kterou se mohl ve stáří spolehnout. Celkově vlastnil v Holicích pozemky o celkové výměře 3 jitra 809 sáhů čtverečních. Po jeho smrti byla jejich cena odhadnuta na 4800 zlatých (v roce 1880).²² Zdá se, že plánoval se na stáří do Holic vrátit, možná doufal, že by celá rodina včetně syna Emila zde mohla žít. Dovědčuje to snaha o udělení domovského práva v Holicích. Získal je v roce 1869, pro syna Emila o něco později, tedy každopádně v době, kdy již více než 10 let žil v Pátku a mohl žádat o udělení domovské příslušnosti zde. Bez zajímavosti není ani skutečnost, že Holický starosta Jeřábek nabízel Emilu Holubovi krátce před ukončením jeho studia místo městského lékaře. Z těchto plánů nakonec samozřejmě sešlo a další osudy rodiny ovlivnila cesta Emila Holuba do jižní Afriky.

V životopisech cestovatele Emila Holuba se občas uvádí, že si zvolil studium medicíny po vzoru Livingstonea a s ohledem na svou budoucí cestu. Je zajímavé, že v literatuře je mnohokrát zmiňován vliv a působení otce Františka, a přesto nikde není připuštěna možnost, že Emil Holub svým vstupem na medicínu prostě jen následoval příkladu svého otce. Při-



Obr. 5. Kresba Františka Holuba ze Zoologického atlasu, který sestavil pro svého syna Emila v letech 1869–1870

tom to rozhodně není o nic méně pravděpodobné. Pokud by si totiž Emil Holub vybral medicínu jen z důvodu, že se mu toto vzdělání zdálo vhodné pro jeho plánovanou cestu, potom nemusel studovat 5 let a skládat obtížná rigoróza. Pro potřeby africké cesty se mu také hodila spíše praktická medicína, které se více věnovali studenti – budoucí ranlékaři, než teoretické předměty typické pro doktorské studium. Naopak všechny životopisy se shodují v tom, že právě František Holub stál na samém počátku vědeckých snah svého syna. Byl to on, kdo podněcoval jeho ctížádost a zároveň lásku k přírodním vědám a vědecké práci vůbec.

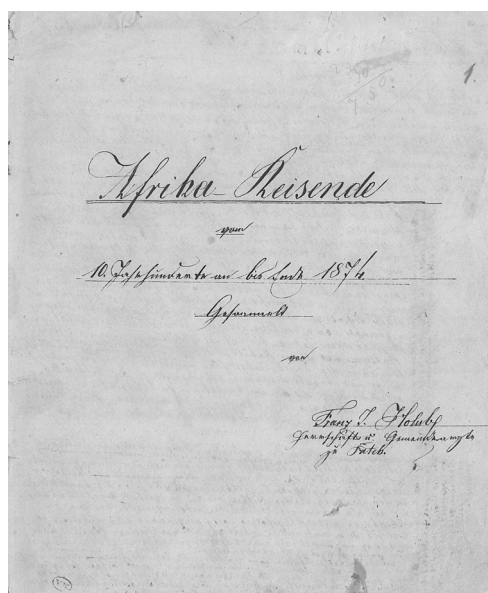
Zdá se ovšem, že vliv, vedení, ale také podpora a především důvěra ve schopnosti mladého Emila byly zřejmě daleko větší, než jsme dnes z dochovaných pramenů vysledovat. František Holub o svém synu nezapochoval ani v době, kdy mu zřejmě příliš radosti nedělal. Gymnaziální studia mladého Emila představovala těžkou zkoušku pro jeho otce. Sám neměl nikdy se studiem nejmenší problém, zatímco jeho syn se na gymnáziu doslova trápil, první rok dokonce musel opakovat a tak tak procházel do vyšších ročníků. Ale František Holub svého syna i v této době bezmezně podporoval. Na vysoké škole patřil Emil Holub k nejlepším studentům. Ale i zde mu otec velmi pomáhal. Vedle finančního zabezpečení Emilovi opisoval přednášky, snad proto, že učební texty byly velmi drahé. Z této doby se zachoval například Zoologický atlas (obr. 5), který mu sestavil a vedle obrázků vystřižených ze Schubertova atlasu jej doplnil desítkami vlastních maleb. O tom, jak těžké toto období bylo, svědčí dochovaná korespondence z konce šedesátých let.

Až do své smrti také představoval František Holub pro svého syna významnou autoritu. Sestavil dokonce pravidla, kterými se měl jeho syn na své cestě řídit, dokonce jej nabádal, ať si je každý den opakuje, aby se mu vstřípila do paměti. Se synem si korespondoval a v dopisech se často objevují různé rady, napomenutí apod. „*Opět a opět Tě co nejsnažněji prosím, by jsi se do politiky žádné zemi nepletl, nejméně do anglické a rakouské (dvakrát podtrženo), které po ukončení války a uzavření míru mezi Ruskem a Tureckem proti Rusku skrze ty opravdové a spravedlivé mírné výminky hrozivě se staví...*“²³ Podobné rady a připojený podrobný rozbor mezinárodní situace ukazují na poměrně slušný přehled, který František Holub měl. Kromě toho jeho dopisy obsahují celou

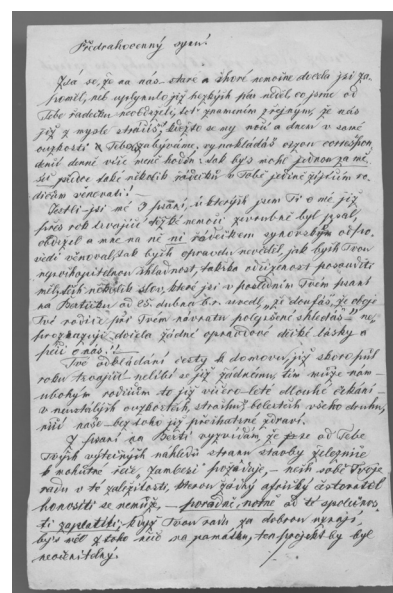
²¹NpM, Knihovna – archiv, fond Holub Emil, MD. Dopis Františka Holuba ze dne 17. 9. 1874.

²²Odpovídá to přibližně 1,83 ha. NpM, Knihovna – archiv. Sběrka Scrap-book, sv. 75, s. 1–9.

²³Tamtéž. Dopis F. Holuba synu Emilovi ze dne 9. 4. 1878.



Obr. 6. Titulní strana spisu „Afrika-Reisende“, ve kterém František Holub zpracoval přehled afrických cestovatelů od 10. století po rok 1874



Obr. 7. Poslední dopis F. Holuba synovi z 6. června 1879

řadu velmi konkrétních reflexí, napomenutí a rad k řešení zcela všedních problémů. „Jednal jsi neprozřetelně s tou vypůjčenou dvojkou, pro někoho se tak drahou věc vypůjčovatí, který si ji ani ošetřovatí nedovedl a Tobě jeho lehkovážností takovou škodu způsobil, chraň se něco podobného budoucně učiniti!“²⁴

Podpora a pomoc synovi se stala náplní závěru života Františka Holuba. Opisoval fejetony a korespondenci se svým synem a dokonce prováděl i korektury některých jeho prací. Má například zásluhu na vydání Holubova etnografického spisu „Eine Culturkizze des Marutse-Mambunda-Reiches“ z roku 1879. „Bylo to ale předobře, že jsem ji do rukou dostal, neb by velký díl přelávaného spisu tohoto (...) skrze nescíslný počet chyb (...) ani k přečtení nebyl.“²⁵ Korespondoval s celou řadou velmi významných osobností, například s českým mecenášem Vojtěchem Náprstkem, s dvorním radou Ferdinandem von Hochstetern nebo předním německým kartografem Augustem Petermannem. Velmi významné se také zasloužil o získání finančních prostředků, jež Emilu Holubovi umožnily návrat do vlasti. Neváhal přitom napsat na nejvyšší místa včetně císaři Františku Josefu I. Jeho pomoc stojí jakoby ve stínu podpory četných jiných osobností a korporací, ve skutečnosti však František Holub získal pro svého syna zdaleka největší subvenci 1000 zlatých od císaře a dále například 200 zlatých od Svatoboru.²⁶

František Holub byl vzdělaný člověk, který pěstoval všestranné zájmy a udržoval si poměrně široký rozhled v nejrůznějších oblastech. Znamé jsou například jeho opisy článků Benedikta Roetzla, ale spektrum jeho zájmů bylo daleko širší. V sedmdesátých letech si začal vést sešity výpisků z novinových článků, které se týkaly nejrůznějších oblastí, politiky, kultury, geografie, přírodovědy atd. Díky těmto sešitům tedy víme, že se u Holubů četli například Národní listy, Posel z Prahy, Weltblatt, Politik nebo Brousek.²⁷

František Holub nikdy žádnou svou práci nepublikoval. Nicméně v sedmdesátých letech, kdy jeho syn pobýval v Africe, zpracoval historii objevování Afriky. Zachovala se v rukopise pod názvem „Afrika-Reisende von 10 Jahrhunderts an bis En-

de 1874“ (obr. 6). Holub se zde pokusil shromáždit a v abecedním pořádku představit všechny africké cestovatele, kteří se zasloužili o průzkum černého kontinentu. U mnoha z nich zároveň připojil jejich stručnou charakteristiku, případně oblast, kterou prozkoumali.

Zhruba od poloviny sedmdesátých let začal František Holub stonat. Léčil se zprvu sám, později hledal pomoc v Lounech u Dr. Hieratha. Nic ovšem trvale nepomáhalo. Zlepšení svého stavu si sliboval především od pomoci svého syna, který plánoval návrat z Afriky. V každém dopise proto svého syna nabádal, aby se již vrátil. „Má mrzutost přes Tvé otálení neustálé domů se navrátití, dosáhla již nejvyššího stupně, mé celé choré tělo trpí tím od dne ke dni více a více, a možno, že té bouří dříve podlehne, nežli se zotaví ...“²⁸ (obr. 7). Nedomáhal pochopit, proč jeho syn s návratem otálí, podívoval se dokonce nad zprávami, že jeho syn, vzdor všem darům a subvencím, nemá k návratu dostatek finančních prostředků. Svého syna však již nespasil, zemřel v Pátku dne 18. července 1879 a pochován byl na hřbitově v Radonicích. Na pohřeb přijel z Prahy i Vojta Náprstek. Dr. Emil Holub dorazil do Čech až o 3 měsíce později. Smrt otce jej hluboce zasáhla. V Holubově korespondenci nacházíme několik reflexí této smutné skutečnosti. „Můj drahý tatíčku. Co nesu sebou, co jsem můj pokladek, bych Vám jej předložil, jest to sbírka nejen nyní přes 100 dopisů congratulačních, mně co cestovateli a lékaři zasláných, spojené s kritikou v novinách, takže přes 100 článků, já myslel jich na listu přilpěti a vše, co album vázané, Vám co dáreček podati. Vy již můj drahý tatíčku nejste – mi tyto poukazy lásky více netěší ...“²⁹

Snímky byly zapůjčeny ze sbírek Národního muzea – Náprstkova muzea asijských, afrických a amerických kultur v Praze. Redakce za možnost uveřejnění velice děkuje.

Článek byl připraven v rámci Interního grantu Národního muzea „Fond Dr. Emila Holuba“, který byl udělen 5. listopadu 2010 čj. NM/4652/2010.

²⁴Tamtéž. Dopis F. Holuba synu Emilovi ze dne 24. 5. 1878.

²⁵Tamtéž. Dopis F. Holuba synu Emilovi ze dne 21. 8. 1878.

²⁶Haus Hof u. Staatsarchiv Korrespondenzakten 84/866. Slovan Americký č. 27 z 22. 5. 1878, s. 1.

²⁷Dochovaly se pouze čtyři sešity, označené č. 11 (s. 553–616), č. 12 (s. 617–696), č. 13 (s. 697–768) a 20 (s. 1263–1284). Přestože poslední záznam v posledním dochovaném deníku je pořízen jen pár dní před smrtí, je zřejmé, že ještě existoval navazující sešit, který by tedy byl označen č. 21. NpM, Knihovna – archiv, osobní fond Holub Emil, MD.

²⁸Tamtéž. Dopis F. Holuba synu Emilovi ze dne 6. 4. 1879.

²⁹NpM, Knihovna – archiv. Scrap-books, s. 135, Národní listy z 25. 2. 1928.

3. odborné sympozium Podřipské nemocnice Roudnice nad Labem, 8. až 9. září 2011

Ve dnech 8. až 9. září 2011 se v Roudnici nad Labem uskutečnilo Odborné sympozium Podřipské nemocnice. Letošní třetí ročník byl mezinárodní a podle názorů vědecké rady sympozia byly letos odborné přednášky týkající se miniinvazivní chirurgie, artroskopie či úhlově stabilní dlahy velmi kvalitní. Z pořádající nemocnice přednášelo sedm lékařů a dvě zdravotní sestry, kteří se mezi více než 60 přednášejícími neztratili. Sympozia se zúčastnilo 120 zdravotníků z celé České republiky a z Německa.

Pro Podřipskou nemocnici bylo velkou ctí v městě pod Řípem přivítat vědeckou radu sympozia ve složení: prof. Michael Nerlich (Regensburg), prof. Peter Wendsche (Brno), prof. Robert Guerlich (Praha), doc. František Vyhnanek (Praha), prim. Pavel Kopačka (České Budějovice), prim. Jan Houser (Ústí nad Labem), prim. Martin Sauer (Ústí nad Labem), prim. Jan Rejholec (Děčín) a MUDr. Petr. Vališ (Brno).

Další velkou ctí bylo pro pořadatele přivítat v zámecké kapli na slavnostním koncertu v předvečer sympozia klavírní virtuosku Jitku Čechovou, která vyprodanému sálu předvedla vrcholný kulturní zážitek. Sponzorský koncert podpořila firma MEVA z Roudnice nad Labem.

Dalším kulturním vrcholem byla komentovaná prohlídka některých prostor roudnického zámku, která pro 40 zdravotníků proběhla díky povolení majitele zámku pana Williama Lobkowicze. Společenský večer s ochutnávkou roudnických zámeckých vín se uskutečnil na Slavičím ostrově na Labi v Roudnici nad Labem díky povolení ředitele závodu Dolní Labe ing. Jindřicha Zídka.

Slavnostního zahájení sympozia se zúčastnili i první náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Vladimír Pavelka a starosta města Roudnice nad Labem Vladimír Urban.

Pochvala roudnických přednášejících z úst špičkových odborníků z České republiky i ze zahraničí je tou nejlepší motivací pro mladé lékaře i zdravotní sestry, kteří se v Podřipské nemocnici připravují ke svým atestacím.

Touha dále zlepšovat odbornou úroveň Podřipské nemocnice, je tím hlavním důvodem, proč organizátoři již nyní připravují 4. ročník sympozia v roce 2014.

MUDr. Ondřej Krajník
Chirurgické oddělení PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.
Alej 17. listopadu 1101, 413 01 Roudnice nad Labem
e-mail: krajnik@seznam.cz

Úhlově stabilní dlahy – zázračná zbraň? Proč občas selhávají?

Are Locking Plates a miraculous tool?
Why they do sometimes fail?
Wendsche P.

Úrazová nemocnice v Brně

Nová generace „úhlově stabilních“ dlah neumožňuje uvolnění šroubu v dlaze, zabraňuje tak komplikacím hojení zlomenin. Šrouby jsou „uzamčeny“ v dlaze (závit). Dlahy jsou tedy považovány za „stabilnější“. Všeobecně jsou veškeré dlahy používány buď pro osteosyntézu „absolutní stability“ a/nebo „relativní stability“. Interfragmentární kompresi (principem Dynamic Compression Plate) lze aplikací této dlahy docílit pouze použitím klasických šroubů do „dynamické jednotky“ kombinovaného otvoru (mají pouze některé dlahy). Chceme-li tedy osteosyntézou dlahovou technikou docílit interfragmentární kompresi (pro „absolutní“ stabilitu-princip DCP), nelze používat zamykatelné šrouby.

Nemůžeme-li je používat samostatně pro „absolutní“ stabilní osteosyntézu a používáme-li je pro osteosyntézu „relativní stability“, musíme tedy respektovat biomechanické vlastnosti tohoto implantátu jako „přemostující dlahy“ tak, jak je respektujeme použitím zevního fixátoru. Chceme-li ale podle „Principu léčení zlomenin“ docílit „absolutní stabilitu“ (nitroklobní zlomeniny, někdy zlomeniny v oblasti metafyzární nebo u přechodu diafýzy-metafýzy), může tento biomechanický

stabilní implantát chránit izolované aplikované kompresní („tahové“) šrouby.

Zásadně tedy lze používat úhlově stabilní dlahy:

1. samostatně jako přemostující implantát – **bridging plate** (metoda „relativní stability“) nebo
2. jako chránící dlahu – **protecting plate** (metoda „absolutní stability“).

Oba principy ale mají rozličné biomechanické vlastnosti, a tím rozličné operační techniky. Každá zlomenina má svou „osobnost – personality“ a záleží na chirurgovi, jak bude tyto biologické a biomechanické podmínky zlomeniny před aplikací implantátu analyzovat. Nerespektuje-li tyto podmínky zlomeniny a nezvolí-li správný způsob použití nového (skutečně až někdy „zázračného“) implantátu, nenechá na sebe selhání osteosyntézy dlouho čekat.

Autor ukazuje ve své kazuistice, kde došlo k pochybení a kde implantát a operační metoda selhala.

Deset let zkušeností
s úhlově stabilními dlahami
Lunáček L, Krbec M, Džupa V.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Úhlově stabilní dlahy byly zavedeny do klinické praxe ve střední Evropě koncem roku 2000 na vybraných pracovištích, většinou AO klinikách. K prvnímu klinickému použití tzv. LCP dlah v České republice dochází právě před 10 lety – v srpnu 2001 na pracovišti autorů. Brzy se připojila další klinická i mimoklinická pracoviště. Zpočátku byly používány standardní im-

plantáty s jedinou konstrukční změnou – možností zamknutí hlaviček šroubu v dlaze, technicky místo původního oválného otvoru DCP dlahy byl použit tzv. kombi otvor. Současně dochází i ke změně filozofie osteosyntézy a objevuje se termín vnitřní fixátor. I když původně byl úhlově stabilní implantát vyvinut ke zlepšení fixace v porotické, méně kvalitní kosti, postupně tyto implantáty vytlačují používání DCP dlah a nahrazují je. Současně se razí termín biologická osteosyntéza s minimální invazivitou. Novou etapou bylo zavedení anatomicky předtvarovaných implantátů pro jednotlivé regiony od hlavy až k patě, tento vývoj stále trvá a na trhu se objevují stále nové typy úhlově stabilních implantátů a jejich použití – augmentace apod.

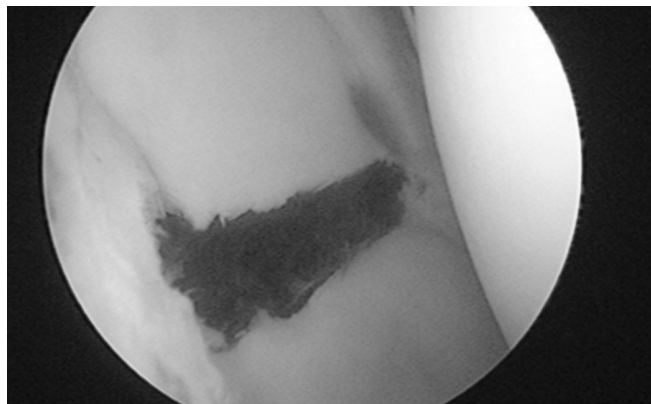
Autoři ve svém sdělení představují klinické příklady použití jednotlivých implantátů tak, jak se objevovaly na trhu, uvádějí případy typických komplikací, jejich řešení a postupně se vyvíjející zpřesnění indikací úhlově stabilních implantátů až do dnešní doby. V souhrnu nastiňují další možný vývoj dlahové osteosyntézy.

Operace ramene prováděné na našem pracovišti

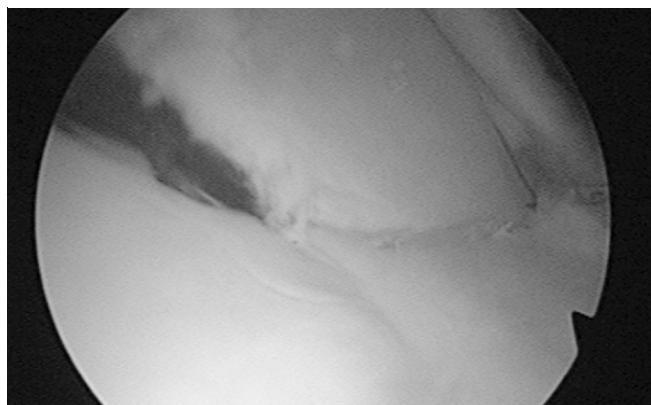
Kotrč J, Kocourek T, Přikryl P.

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Přerov

Autoři popisují a seznamují s operačními výkony na rameni, které se provádějí na jejich pracovišti. Ortopedicko-traumatologické oddělení nemocnice Přerov se zabývá jednak



Fraktura glenoidu Ideberg IV



Výsledek ASK asistované osteosyntézy

traumatologií ramene, jednak elektivní operativou. Operační výkony zahrnují osteosyntézy, arroskopické výkony (SA dekomprese, výkony na rotátorové manžetě, stabilizace), jednak TEP ramenního kloubu (resurfacing, CKP, reverzní TEP).

Přednáška popisuje indikace k operačním výkonům, vlastní zkušenosti s danými operačními technikami a následný pooperační postup včetně rehabilitace.

Současné možnosti endovenózní terapie chronické žilní insuficience

¹Julínek S, ²Malý I.

¹Palas Athéna, s.r.o., Klinika jednodenní chirurgie, Praha

²Ambulantní poradna pro všeobecnou a cévní chirurgii, Praha

Cílem tohoto článku je informovat chirurgickou veřejnost o současných miniinvazivních metodách léčby chronické žilní insuficience a prezentovat vlastní výsledky léčby s endovenózní laserovou koagulací.

Do spektra endovenózních metod patří radiofrekvenční ablace, endovenózní laserová koagulace a pěnová skleroterapie. Principem prvních dvou metod je tepelné poškození kmeňových varixů z endoluminální strany (laserový paprsek EVLA nebo bipolární proud RFA), které následně indukuje trombotizaci a fibrotizaci venózního průsvitu a přerušeni venózního toku. U pěnové skleroterapie dochází chemickou cestou po aplikaci ředěného alkoholu k alteraci žilní stěny a posléze k trombotizaci vény.

Od listopadu roku 2004 do 30. 6. 2011 jsme provedli 572 výkonů u 455 pacientů s přístrojem Ceralas D 15 firmy Biolitec s vlnovou délkou 980 nm a 1470 nm. V roce 2008 jsme začali používat nejmodernější typ laserového generátoru s vlnovou délkou 1470 nm. Pacienti stále častěji preferují miniinvazivní přístup a v roce 2010 jsme měli již 60 % pacientů ošetřených laserem. Mnoho randomizovaných studií potvrdilo, že účinnost endoluminálních metod se blíží účinnosti klasické krosectomie se strippingem. Ale pooperační komfort, kosmetický efekt a rychlý návrat do práce jasně favorizuje tyto nové technologie.

Závěr. Endovenózní metody významně přispěly ke zlepšení pooperačního komfortu a k rychlému návratu pacientu do práce. Nejvíce endovenózní metody oceňují ti pacienti, u kterých byl v minulosti proveden stripping.

Použití cílicího zařízení pro PHILOS MIPO – zkušenosti a výsledky

Skačkov A, Křivohlávek M, Lukáš R.

Traumatologicko-Ortopedické centrum, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Konvenční technika dlahové osteosyntézy z otevřeného přístupu tvoří jednu ze základních technik ošetření zlomenin horního konce kosti pažní. Miniinvazivní dlahová osteosyntéza (MIPO) v této oblasti představuje rozšíření možností operativy vedle deltoideopektorálního a laterálního transdeltoideálního přístupu. Použití LCP perkutánního cílicího zařízení pro PHILOS usnadňuje celý operační postup s využitím miniinvazivní operační techniky. Tento systém byl v České republice prvně testován a použit na pracovišti autora. V přednášce jsou shrnuty naše zkušenosti, indikace a dále operační postup ve videosekvenci.

Soubor nemocných. Soubor zahrnuje 19 pacientů s věkovým průměrem 63,5 roku (rozptyl 39–78 let). Zlomeniny v souboru jsou dle AO klasifikace od A3, B2 až po C2. Operativa byla prováděna podle principu MIPO.

Výsledky. V prezentaci prezentovaná 78letá pacientka je t.č. 6 měsíců od operace se skoro normálním rozsahem pohybu a CS 96 bodu. V souboru se vyskytly následující komplikace – 1× nezhojení zlomeniny, 1× ztráta korekce a 1× kalciфикация m. supraspinatus.

Závěr. MIPO technika v této oblasti reprezentuje stabilní fixaci s přihlédnutím k měkkým tkáním a zachováním cévního zásobení. První zkušenosti jsou velice pozitivní, avšak je nutné přihlédnout k jasným indikačním kritériím pro tuto meto-

du. Použití LCP cílicího zařízení pro PHILOS usnadňuje operační postup a takto je dosažitelný i většině operatérů. Jako kontraindikace lze považovat operace revizní, operace pakloubu, zlomeniny s luxací hlavice humeru, zlomeniny, při kterých je možno očekávat i použití techniky hemiaroplastiky. Vysoká opatrnost je nutná u zlomenin dvouúlomkových s kominucí metafýzy, kde je nutné použít dodatečné fixace mimo cílicí zařízení.

Zlomeniny proximálního humeru v souboru našich pacientů

Stuchlíková V, Krajník O.

Podřípská nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem, s.r.o.,
Chirurgické oddělení

Statistika zlomenin proximálního humeru ze souboru všech pacientů Podřípské nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem s uvedenou diagnózou v období let 2007–2011 (ke dni 30. 6.) dle pohlaví, věku, typu zlomeniny a způsobu léčby.

Osteosyntéza tříštivých zlomenin distálního humeru

Žofka P.

Ortopedicko-úrazové oddělení, Oblastní Nemocnice Kladno, a.s.

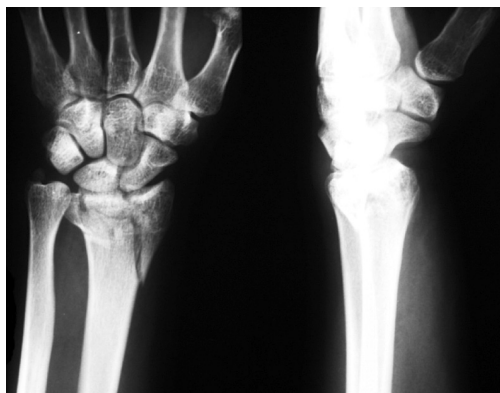
Autor na vlastním materiálu demonstruje taktiku ošetření a techniku operační léčby tříštivých zlomenin distálního humeru u dospělých pacientů. Důraz je kladen na včasnou operaci, dostatečný operační přístup a stabilní osteosyntézu umožňující časnou mobilizaci. Na pracovišti autora je preferován operační přístup s osteotomií olekranu a osteosyntéza preformovanými úhlově stabilními dlahami Synthes. V kazuistikách je zmíněna též starší osteosyntéza klasickými dlahami Poldi 5 a unilaterální osteosyntéza poměrně robustním implantátem Numelock.

ORIF fraktur distálního radia – naše zkušenosti s volárními LCP dlahami

Kocourek T, Kotrč J, Skácel P.

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Přerov

V minulosti byla operační léčba zlomenin distálního radia výrazně nedominantním terapeutickým postupem. V posledních letech se díky zvyšujícímu se věku pacientů, nárůstu high-energy traumat, ale i technickým možnostem a šíři osteosyntetických materiálů rozšiřují indikace k ORIF. Pacienti také preferují „rychlejší léčbu“ a dřívější návrat zpět do zaměstnání, na lékaře také kladou stále větší nároky na úspěšnost



Intraartikulární fraktura distálního radia



ORIF – kombinace dlahové osteosyntézy a Herbertových šroubů

léčby a minimalizaci následků. Autoři popisují jimi užívanou operační techniku a následný pooperační postup včetně rehabilitace doplněný vlastním statistickým souborem léčených pacientů.

Chirurgická léčba zlomenin metakarpu a falang na našem pracovišti

Meluzinová P, Kopp L.

Traumacentrum, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice, o.z.
Ústí nad Labem

Cíl. Podat přehled o chirurgické léčbě zlomenin dlouhých kostí ruky na našem pracovišti s důrazem na použití miniinstrumentária Compact Hand LCP 2.0.

Materiál a metody. Ve sledovaném období od ledna roku 2006 do března roku 2011 bylo na našem pracovišti u 201 pacientu provedeno 226 chirurgických ošetření zlomenin dlouhých kostí ruky. Sledované období odpovídá délce užívání miniinstrumentária Compact Hand, které je k dispozici od dubna 2006, přičemž miniinstrumentarium Compact Hand LCP 2.0 je k dispozici od ledna 2010. Operační léčba zlomenin metakarpu a falang je indikována v případě nedostatečné repositione při konzervativní léčbě, u dislokovaných intraartikulárních zlomenin, při vzniku pseudoartrózy a při ošetření otevřených zlomenin.

Výsledky. Z daného souboru 201 pacientů bylo u 115 provedeno 129 chirurgických ošetření zlomenin I.–V. metakarpu, z toho v 18 případech se jednalo o zlomeninu báze I. metakarpu a u 18 pacientů se jednalo o mnohočetné poranění metakarpu. U 86 pacientů bylo provedeno 99 chirurgických ošetření falang bez ohledu na postižený prst, z toho u 10 pacientů se jednalo o mnohočetné poranění falang. Z hlediska metody ošetření bylo v souboru 226 zlomenin 114 řešeno osteosyntézou Kirschnerovými dráty, 12 ošetřeno pomocí zevního fixátoru, 4 zlomeniny řešeny pomocí Poldi V. dlahy a 68 osteosyntéz provedeno miniinstrumentáři Compact Hand 2.0, 1.5 a LCP 2.0. V cílovém souboru pacientů ošetřených miniinstrumentáři Compact Hand se jednalo o 31 osteosyntéz tahovými šrouby, 33 dlahových osteosyntéz Compact Hand 2.0 a 1.5 a 4 dlahové osteosyntézy Compact Hand LCP 2.0. U hodnocených čtyř případů užití LCP dlah jsme u všech pacientů zaznamenali plné kostní prohojení. Rezultující funkční omezení plně odpovídalo závažnosti případu, u kterých byla indikována implantace úhlově stabilní dlahy.

Závěr. Pro jednoduchost implantace a miniinvazivitu jsou v ošetření stále nejvíce preferovány Kirschnerovy dráty. ORIF je indikována u závažnějších typů zlomenin dle stavu měkkých tkání. U zlomenin v oblasti metakarpu jsou nejčastěji používány implantáty Compact Hand 2.0 a u zlomenin falang jsou preferovány implantáty Compact Hand 1.5. Dlahová osteosyntéza Compact Hand LCP 2.0 je užívána u nejtěžších typu zlomenin dlouhých kostí ruky, tedy u tříštivých a nitrokloub-

ních zlomenin a dále k řešení paklobů při selhání konzervativní a předchozí operační léčby zlomenin.

LCP 3,5 mm u zlomenin distálního radia

Avenarius J, Obruba P.
Traumatologické oddělení, KZ, a.s., MNUL, o.z.

Autoři prezentují soubor pacientů ošetřených na traumatologickém oddělení. MNUL s diagnózou zlomenina distálního radia v letech 2001–2010 a vývoj implantátů používaných pro osteosyntézu. Autoři rozebírají soubor pacientů ošetřených dlahou LCP 3,5 mm, věnují se vývoji indikace a současnému místu tohoto implantátu v ošetřování zlomenin.

Terapie komplexních inter- a suprakondylických zlomenin distálního femuru implantátem LISS

Rypl A, Kopačka P.
Oddělení úrazové a plastické chirurgie,
Nemocnice České Budějovice, a.s.

V posledních letech se změnila léčebná strategie zlomenin distálního femuru na základě pokroku ve vývoji nových implantátů, s tím souvisejících reпозиčních technik a operačních postupů s využitím především tzv. MIO techniky (biologická osteosyntéza retrográdním hřebem, MIPPO, popř. TARPO). Vedle klasických implantátů, 95° kondylární dlahy a DCS, dnes dominuje osteosyntéza retrográdně zaváděnými hřebi a LCP dlahami pro distální femur (např. LISS). Operační terapie zlomenin distálního femuru je i přes další rozvoj implantátů a MIO techniky nadále zatížena větším množstvím komplikací, především ztrátou primární a sekundární repozice se zhojením v malpozici (varózní nebo valgózní), vývojem paklobu s nebo bez selhání osteosyntézy, a v neposlední řadě hlubokým infektem s nutností dalších revizních výkonů. V literatuře jsou uváděny další komplikace v závislosti na typu osteosyntézy – bolest kolene v místě inzerce, bolesti v oblasti distálního jištění, poranění a. femoralis profunda při proximálním jištění, zlomeniny čepu distálního jištění, únavová zlomenina či iatrogenní zlomenina. Na našem pracovišti jsou používány v zásadě dva postupy, retrográdní hřebování (DFN, Targon RF) a ošetření úhlově stabilní dlahou (LISS). Shrnujeme výsledky obou metod se zaměřením zejména na zhodnocení ztráty primární a sekundární repozice se zhojením v malpozici a vývojem paklobu.

Osteosyntéza patní kosti úhlově stabilní dlahou

Obruba P, Kopp L.
Traumatologické oddělení, Krajská zdravotní a.s.,
Masarykova nemocnice, o.z. Ústí n. L.

Cíl. Představit vlastní výsledky s používáním úhlově stabilních dlah u komplikovaných zlomenin patní kosti, porovnat dva různé implantáty.

Materiál a metoda. Autoři prezentují soubor 80 pacientů s 89 zlomeninami patní kosti stabilizovanými úhlově stabilní dlahou. Tento soubor rozdělují na skupinu operovanou v období učební křivky (24 zlomenin, 1 rok operativy) a skupinu operovanou ve stabilizovaném období (65 zlomenin, 3 roky operativy). U obou skupin uvádějí časné komplikace. V práci jsou představeny dvě konkurenční úhlově stabilní dlahy firem Synthes a Königsee, je provedeno srovnání jejich výhod a nevýhod.

Výsledky. V první skupině (24 zlomenin) došlo 10× k poruše hojení rány s okrajovými nekrotizacemi, 2× byla nutná čas-

ná revize pro hematoma pod lalokem v ráně. Jedenkrát vznikla hluboká nekróza, která si vynutila předčasnou extrakci kovu, následné hojení bylo bez komplikací, 1× se vyvinul paklob. Oba tito pacienti měli problémy se spoluprací s lékařem. U tří pacientů došlo ke zlomenině implantátu. V druhé skupině (65 zlomenin) byla povrchní porucha hojení rány 17×, hluboká infekce s nutností revize a extrakce kovu 1× – u otevřené zlomeniny při komplexním poranění zadní nohy. K jiným časným komplikacím nedošlo.

Byly porovnány dvě úhlově stabilní dlahy. CLP firmy Synthes je vyráběna ve dvou velikostech, otvory v dlaze jsou monoaxiální, ale směrově preformované, zámkové šrouby mají stejné stoupání závitu v kosti i zámku, čímž nedochází při zamknutí šroubu ke kompresi implantátu ke kosti. Dlahy je snadno tvarovatelná, servis firmy je dokonalý. Patní dlahy firmy Königsee se vyrábí v jedné velikosti, má možnost variabilního zavádění zámkových šroubů, šrouby ale při zamknutí dotahují dlahu ke kosti. V základní soupravě jsou i kanalizované spongiózní šrouby. Rovněž tento implantát je snadno tvarovatelný. Ze srovnání vyšly obě dlahy podobně. Vzhledem ke snadné tvarovatelnosti obou implantátů autoři nevidí možnou variabilitu zavádění zámkových šroubů jako nezbytnou, rovněž při nabytí zkušeností není nutné zavádění sustentakulárního šroubu kanalizovaně. Přitažení dlahy ke kosti v tříštivém terénu rovněž nepřináší technické komplikace. Cenový rozdíl není významný a závisí na množství použitých zámkových šroubů. Oba implantáty jsou tedy hodnoceny velmi dobře, jako plně použitelné pro osteosyntézu tříštivých zlomenin patní kosti.

Závěr. Otevřená repozice a osteosyntéza úhlově stabilní dlahou je po překonání učební křivky bezpečnou metodou k ošetření komplikovaných zlomenin patní kosti. To ovšem platí při dodržení inikačních kritérií (stav měkkých tkání, rizikové faktory, spolupráce pacienta).

Postnenroinfekční hyperalgický syndrom léčba atypických bolestivých stavů

Veselý K.
Chirurgie Praha

Chronické bolestivé stavy. Každý z chirurgů, ale i v jiných medicínských oborech, se zejména v poslední době setkává s případy, kdy u pacienta snadno podle typických příznaků stanoví diagnózu, navrhne standardní způsob léčby – a ten je neúčinný.

Například výron hlezenního kloubu (nemluvíme o přetržení některé z porcí deltového vazy) je standardně zaléčen za 3–6 týdnů, u rychlopraktik u vrcholových sportovců i dříve. Náš komplikovaný pacient má ale po 3 měsících stále bolesti, jsou mu provedeny steroidní obstríky, UZ, laser, následně magnetická rezonance, rázová vlna, po dalších 2 měsících je odeslán na psychiatrii, kde je nález normální, nebo alespoň nevysvětluje bolest. Pacient je odeslán do centra bolesti, kde je objednána doba nejméně 3 měsíce. Pak si na bolest buď zvykne, nebo skončí na psychiatrii – tentokrát jako řádný pacient. Podobně můžeme uvést léčbu tenisového loktu, patní ostruhy, zánětu žaludeční sliznice, břišní bolesti s veškerým kompletním negativním nálezem, vertebrogenními bolestmi a řadu dalších diagnóz. Tyto bolesti mají jedno společné. Nereagují na standardní léčbu a doba léčby, resp. obtíží, je několikanásobně delší, než je běžné. Při steroidních obstríkách, které jsou jindy u entezopatií velmi dobře účinné, nejen že nedochází ke zlepšení, ale někdy dokonce i ke zhoršení klinického stavu. Signifikantní jsou navíc zejména noční bolesti, kdy struktura není zatěžována. To již je důležitá informace. V poslední době – na rozdíl od doby před 10 a více lety – již řada lékařů odešle pacienta k vyšetření na borreliózu. To je samozřejmě chvályhodné a v 10 i více procentech se borrelióza v sérologickém vyšetření potvrdí. Zbytek pacientů je ale nadále v bezvýchodné situaci. A i ti pacienti, kteří mají

verifikovanou borreliózu ještě nemají vyhráno. Pokud je borrelióza skutečně příčinou jejich obtíží, pak jsou již akutní protilátky IgM v normě nebo v hraničních hodnotách a jsou zvýšení chronické protilátky IgG, které perzistují v imunologické liště ještě řadu let. Pacienti jsou buď odesláni na infekční oddělení, odkud jsou vráceni s tím, že se o akutní borreliózu nejedná, nebo jim ošetřující lékař sám nasadí antibiotikum tetracyklinového typu na 4 týdny. Podle mého soudu je i léčba akutního stadia borreliózy antibiotiky nesmyslná, i když se v Čechách provádí již téměř půl století, protože nemá žádné logické opodstatnění, kromě bakteriální superinfekce. Jak je všeobecně známo, antibiotika na virová onemocnění nefungují a má-li pacient prokázané zlepšení při léčbě antibiotiky, je to logicky zcela jen náhoda – klinická shoda okolností (navíc pacient s akutní borreliózou je současně léčen i radou jiných léků).* Všichni víme, že virová onemocnění mají svůj vlastní scénář, námi těžko ovlivnitelný. Tří- až čtyřdenní léčba borreliózy antibiotiky mimo akutní stadium je pak zcela jistě jednoznačnou chybou, které může pacientovi pouze vyvolat žaludeční, hepatální obtíže nebo poruchy kostní dřeně a podobně.

Co tedy přichází v úvahu. Léčba steroidy. Kromě celé řady vedlejších nežádoucích účinků, které není třeba rozvádět, je i tato léčba jen částečně účinná a prakticky jen pod trvalou clonou, a to radu měsíců. Než nabídneme možnosti léčby, je třeba vysvětlit naši hypotézu o tom, co je příčinou bolesti, jaký je její anatomický podklad a co bude tedy smyslem léčby. Ve spolupráci s prim. MUDr. Martinem Syručkem z patologie Na Homolce a konzultací s MUDr. Vojtěchem Skovajskou, CSc. z Neurologicko-elektrofyzilogické laboratoře Nemocnice Na Homolce nabízíme hypotézu onemocnění nervového systému způsobené proběhlou neuroinfekcí.

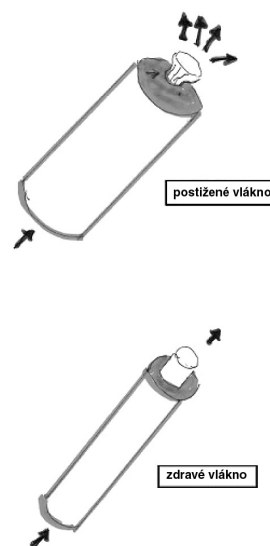
Podle klinického výzkumu s potvrzením laboratorních hodnot se skutečně, a to naprosto stoprocentně stavu bolesti účastní onemocnění borreliózou a herpesviry. Při vyšetření všech pacientů se stavem atypické bolesti byly laboratorně vždy prokázány zvýšené hodnoty IgG již s úplně nebo téměř normalizovanými hodnotami akutních protilátek IgM u borreliózy, cytomegalovirozy (CMV) a Ebsteina-Baarové virózy (EBV). Dovolil jsem si tedy skupinu těchto onemocnění označit jako neuroinfekce a následné stavy bolesti jako hyperalgický postneuroinfekční syndrom. Při přiznání etiologie bolesti těmto chorobám je ale potřeba připomenout, že jak borrelióza, tak EBV i CMV mohou v organismu perzistovat bez jakýchkoliv obtíží. Principem obtíží je to, že při některé z výše uvedených neuroinfekcí je pacient postižen ještě nějakým dalším onemocněním, které pak druhotně vnímá podstatně vyšší intenzitou a mnohem delší dobu.

Podstata stavu bolesti. Podle naší hypotézy je příčinou změněného vnímání proběhlý virový zánět na periferním nervovém systému. Nervová tkáň neobsahuje glii, a proto není schopna inflamace jako takové. Zanítí se vždy intersticiální tkáň nebo nervový obal. Zesílený nervový obal jednotlivých vláken pak komprimuje vlastní nervovou tkáň a tato pak anatomicky modifikovaná mění propustnost informací v tom smyslu, že podnět je následně vnímán neadekvátně – zvýšeně intenzivně (obr.).

To je tedy mechanické vysvětlení zvýšeného vnímání bolesti.

Dále si pak musíme uvědomit, že při léčbě chirurgických onemocnění dochází k vyhojení postižených struktur v standardní době léčby pouze na makroskopické úrovni. Například distendovaná porce deltového vazy hlezna se makroskopicky vyhojí v průměru za 3 týdny. Mikroskopické jizvy na vláknech se pak hojí nejméně jednu sezonu, ale zdravý pacient je chráněn prahem bolesti tak, že tyto podprahové bolesti již

*Pozn. redakce: S tímto tvrzením nelze souhlasit. Borrelia je rod gram-negativních bakterií z kmene *Spirochet* a léčba antibiotiky je indikována jak v časně, tak pozdní fázi (viz Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP).



nevnímá. U hyperalgického stavu se ale práh bolesti posouvá podstatně níže, takže jsou intenzivně vnímány i ty bolesti, které pocházejí z mikroskopického dohojování postižených struktur. A to po dobu úplného vyhojení, tedy například u distorze hlezna asi 1 rok. Jeden až 2 roky je tedy doba, po které se nám „obtěžující pacient“ nedaří léčit. Pak jeho obtíže spontánně mizí, pokud se neobjeví jiné, což nebývá úplně neobvyklé. Právě pro diagnózu těchto stavů ještě před sérologickým vyšetřením bývá typické, kromě nočních bolestí, ještě stěhování obtíží po těle. Často je spojena s tímto celkovou nevlíde a únavnost. Přitom je v běžném laboratorním vyšetření prakticky normální nález včetně FW, pokud je to již dostatečně dlouho od akutní fáze neuroinfekce.

Léčba hyperalgického postneuroinfekčního stavu. Při stanovení postupu léčby je třeba si uvědomit, co vlastně léčíme, co mám být smyslem léčby. Jednoznačným smyslem léčby je opětovná regenerace nervových struktur do původního stavu. To se v organismu samozřejmě děje spontánně i bez našeho zásahu, ale trvá to příliš dlouho, například u borreliózy (jak je známo) až 10 i více let. Smyslem léčby je tedy urychlení tohoto procesu a zkrácení a co možná nejkratší dobu. Jako model regenerace vazivových struktur jsme použili účinky enzymoterapie u elefantiázy při poruše mizovodu u ablaci mammy s exenterací axily. Vysoké dávky enzymu pomáhají pravděpodobně na vazivové úrovni zpřůchodňovat lymfatický systém a tento model jsme použili u léčby více než 1300 pacientů s hyperalgickým stavem.

Pro lepší finanční dostupnost jsme v naší studii používali kanadský Megaenzym, jehož cena za 90 tablet (1 balení) je od 220 do 240 Kč. Nechci tímto nijak snižovat švýcarský Wobenzym. Složení je téměř stejné. Po víceméně experimentálním dávkování jsme zjistili, že ideální pro toto léčbu je dávkování 1 tableta denně ráno nalačno u váhy do 70 kg a 2 tablety denně ráno nalačno u váhy více než 70 kg. Takže na jednu léčebnou kúru bylo potřeba jedno nebo dvě balení Megaenzymu. U tohoto preparátu od firmy Natural Factors jsme za celou dobu zjistili nesnášenlivost u dvou pacientů, ale ani u jednoho z nich pak nebyla tolerance ani švýcarského Wobenzymu. Pro korektnost je potřeba udat, že po jedné sérii enzymoterapie je vyléčeno asi 80 % pacientů po dvou sériích více než 95 %. Část ze zbývajících 5 % se podařilo doléčit 3. sérií, ale 100% úspěšnosti jsme nedosáhli. Ale i nedoléčení pacienti vykazují pod enzymatickou clonou alespoň částečnou úlevu. K léčbě je ještě třeba doplnit, že vyšší incidence a komplikovanější léčba je u pacientů s keloidním hojením a tyto pacienty je třeba upozornit na pravděpodobnost dalšího opakování léčby.

V závěru bych chtěl důrazně vyslovit, že na hyperalgický postneuroinfekční syndrom se nedá svádět každá nedovyšetřená bolestivost a i přes typické náznaky tohoto syndromu

mu musí být každý pacient řádně vyšetřen k vyloučení jiné závažnější etiologie. Nemám tím na mysli, že například u dlouhotrvající bolesti hlezna je třeba doplnit MRI, to je asi zcela jistě zbytečné, ale například u vertebrogenních obtíží je vždy třeba mít řádně vyloučenou možnou viscerální etiologii.

Vertebro Body Stenting (VBSR)

Wendsche P, Kociš J, Kelbl M.

Urazová nemocnice v Brně

Mnoho let se objevují v programech našich a zahraničních kongresů přednáškové bloky s tématy o méně invazivních metodách v úrazové chirurgii, též u úrazů páteře. Otázkou je, zda neoperujeme páteře až příliš často a zda se musí kompresivní zlomeniny obratlů (typ A) vůbec operovat. Není pochybení o tom, že instabilní zlomeniny typu B a C (poranění jak předního, tak zadního sloupce) by se mělo vždy operačně stabilizovat. Není však evidence, jaký stupeň kyfotizační komprese obratle u zlomenin typu A (pouze přední sloupec) by neměl být překročen. Všeobecně se předpokládá, že hranice je kolem 15°. Chceme-li zabránit velice invazivním výkonům, jaké jsou zadní transpedikulární stabilizace s doplňující rekonstrukcí předního sloupce páteře, nebo izolované přední výkony (torakoskopické, retroperineální, kombinované) máme v dnešní době k dispozici jako méně invazivní stabilizaci předního sloupce:

1. vertebroplastiku,
2. kyfoplastiku: Reponovat kyfózu jde pouze kyfoplastikou, která byla však v poslední době kritizována tím, že transpedikulárně aplikovaný tekutý cement je po polymerizaci volně uložen v těle obratle a při zatěžování často praskává.
3. Vertebro Body Stenting (VBS): Docílíme repozici komprimovaného těla obratle expanzí titanových košíčku, zavedených transpedikulárně z obou stran do těla, které pak doplníme tekutým cementem, který se v definovaném čase polymerizuje a tvrdne. Tím, že cement penetruje síť košíčku do zbylé spongiózy poraněného obratle, není sledován efekt „cvrknutí“ cementu. Instrumentárium a aplikační proces jsou velice sofistikované a výsledky povzbuzující.

Autoři představují zkušenosti a první středně dlouhé výsledky nevelkého souboru pacientů.

Reinserce distálního úponu m. biceps brachii pomocí kotvičky Toggleloc

Hach J.

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Mělník

Ruptura distálního úponu m. biceps brachii je poranění vyžadující operační léčbu. Dosavadní metody reinserce vesměs zahrnovaly preparaci v oblasti tuberculum radii a více nebo méně složitý transoseální steh, spojený se značným rizikem poranění velmi blízko uloženého nervu. Předkládaná metoda reinserce šlachy používá techniku, původně vyvinutou pro kotvení náhrady předního zkříženého vazů kolenního kloubu. Při operaci se nejprve pomocí vrtáku vytvoří kostěné lůžko pro vtažení odtrženého svalového úponu a poté se úpon přitáhne pomocí kotvičky zavedené ve ventrodorzálním směru, riziko poranění nervu je tedy sníženo na minimum, první výsledky jsou velmi dobré.

Frozen shoulder – Artroskopická deliberace

Rouchal M, Novák J.

Ortopedická klinika FN, Brno-Bohunice

Cíl. Nekrvavý redres ramenního kloubu je osvědčeným rutinním výkonem. Rozvoj artroskopických metod umožnil do-

plnit tuto metodu o uvolnění kloubního pouzdra miniinvazivní operací.

Metoda. Na ortopedické klinice FN Brno-Bohunice používáme techniku AS deliberace kloubního pouzdra od května 2009. V případě nálezu omezení pohybu provádíme před vlastní operací opatrně zavřený redres, ale nesnažíme se bezpodmínečně uvolnění pohybu. Operujeme v poloze na boku s trakcí v ose a kolmo na osu končetiny s využitím klasických zadních a předních přístupů (soft spot, safe triangle). Po ozřejmění poměru v kloubu zahajujeme vlastní výkon rozstřížením kloubního pouzdra cca 1 cm od glenoidu v rozsahu 3–9 hodin. Následuje ošetření dalších patologií v ramenním kloubu včetně subakromiální dekomprese. V době od května 2009 do května 2011 jsme touto metodou ošetřili 21 pacientů.

Výsledek. Provedli jsme srovnání krátkodobých výsledků těchto ošetření v porovnání s pacienty ošetřenými zavřeným redresem a následným artroskopickým výkonem ošetřenými v letech minulých. Z našeho hodnocení vyplývá, že rehabilitace k obnově pohybu u pacientů ošetřených deliberací pouzdra probíhá rychleji, a to již od prvních dní po operaci, s menší bolestivostí. V námi sledovaném souboru jsme nezaznamenali žádnou vážnou komplikaci. Ve dvou případech jsme zaznamenali rozsáhlý hematoma v oblasti paže v brzkém pooperačním období, který však neměl vliv na rychlost rehabilitaci či celkový výsledek.

Závěr. Artroskopická deliberace kloubního pouzdra se nám zdá jako vhodná, i když pro operátora složitější, varianta ošetření ramenního kloubu u diagnózy frozen shoulder.

Artroskopické ošetření přední nestability ramenního kloubu

Otaševic T, Vališ P, Rouchal M, Novák J.

Ortopedická klinika FN, Brno-Bohunice

V posledních letech neustále narůstá počet úrazu ramene, jejichž následkem vznikají luxace ramenního kloubu. Při těchto luxacích dochází nejčastěji k odtržení glenoidálního labra od okraje kloubní plochy, popř. k odlomení přední hrany glenoidální jamky. Nedokonalé zhojení takového defektu je poté příčinou opakovaných luxací.

Na naší klinice provádíme artroskopické ošetření předních nestabil ramene od roku 1999, za tuto dobu jsme odoperovali celkem 611 pacientů s Bankartovou lézí. Z toho bylo 395 mužů a 216 žen, průměrný věk pacientů činí 26 let. S relaxací po operaci jsme se setkali u 29 pacientů (4,7 %). V současné době preferujeme použití vstřebatelných kotviček. Po operaci fixujeme Dessaultovou ortézou, poté následuje intenzivní rehabilitace.

Artroskopie lokte

Kopp L.

Traumacentrum, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice, o.z. Ústí nad Labem

Úvod. Artroskopie lokte představuje poměrně šetrnou metodu řešení pouřazových a degenerativních stavů v oblasti loketního kloubu. Umožňuje extrahovat volná tělesa, ošetřovat chrupavky či resekovat osteofyty bez nutnosti rozsáhlé artrotomie.

Metoda. Ve sledovaném období od února do října roku 2010 jsme na našem pracovišti provedli 8 artroskopií loketního kloubu u osmi pacientů. Indikací byl stav po fraktuře či luxaci s omezením hybnosti, přítomností artrotických změn či volných kloubních těles. Vlastní operace proběhla v poloze na břiše v bezkreví, kde ve dvou fázích byla nejprve provedena artroskopie přední komory a následně zadní komory klasickou optikou 4,0 mm.

Výsledky. Pět mužů a tři ženy o průměrném věku 37 let byli operováni průměrně 10 měsíců od primárního úrazu. Prů-

měrná doba operace byla 50 minut, v pooperačním průběhu jsme nezaznamenali žádný případ kompartment syndromu, poruchu hojení rány či infekci. Rozsah pohybu na flexi-extenzi činil předoperačně v průměru 85 stupňů, pooperačně v průměru 108 stupňů. Ve čtyřech případech byla předoperačně porucha pronosupinace, která byla operací zcela odstraněna. Šest měsíců od operace bylo sedm pacientů se stabilizovaným rtg obrazem bez progresí kalcifikací, u jednoho pacienta došlo k progresi kalcifikací. Doba následného sledování činila průměrně 9 měsíců.

Závěr. Dle našich krátkých zkušeností lze říci, že artroskopie loketního kloubu představuje poměrně bezpečnou a šetrnou metodu řešení poraněných stavů a je vhodná zvláště k ošetření defektu chrupavek, extrakci volných niktrokloubních těles, resekci kostěných artritických změn a řešení mírnějších forem kloubní rigidity. Nehodí se k řešení těžších forem ztuhlosti loketního kloubu.

Patelofemorální poruchy

Novák J, Vališ P, Maršálek M.

Ortopedická klinika FN, Brno-Bohunice

Úvod. Patelofemorální bolestivý syndrom je označení pro širokou škálu patologických či anatomických abnormalit vedoucích k bolestem předního kolene. Možné příčiny bolestivosti předního kolene shrnuje tabulka. Jednou z vyjmenovaných je nestabilita či subluxace. Stabilita patelofemorálního skloubení je dána kombinací mnoha faktorů, jako je stav patelárních retinakul (insuficience mediálního a kontraktura laterálního retinakula), celkové osové vyvážení skeletu dolní končetiny (mira valgosity či rekurvace kolenního kloubu, antevertze krčku femuru, vnitřní rotace femuru, zevní rotace tibie), hypoplazie laterálního kondylu femuru (trochley), hypoplazie pately a její vertikální uložení (patella alta) a biomechanikou extenzorového aparátu (lateralizace úponu ligamentum patellae, odchylky orientace m. vastus medialis) a celkovou laxitou vazů. Recidivující patelární dislokace jsou následkem úrazu nebo výsledkem jednoho či kombinací výše uvedených faktorů.

Cíle. Cílem naší práce bylo zhodnotit výsledky rekonstrukce patelofemorálních retinakul technikou dle Hughstona u pacientů s bolestivou recidivující laterální dislokací pately.

Materiál a metodika. V období let 2003–2009 bylo technikou dle Hughstona operováno 28 pacientů s recidivující dislokací pately po předchozím zhodnocení laterální hyperprese, dysplazie pately dle Wiberga, Q-úhlem menším než 20° (při větším úhlu indikujeme jiné operační techniky – např. Elmslie-Trillat). Průměrná doba sledování byla 15,3 měsíce (4–48 měsíců).

Výsledky. Výborný výsledek byl u 23 pacientů (82 %), přetrvávající bolestivost u čtyř pacientů (14,5 %) a recidiva dislokace u jedné pacientky (3,5 %). Pacientka s recidivou po operaci vykazovala zvýšenou kloubní laxitu při klinickém vyšetření.

Diskuze. Terapie pacientů s patelofemorálními obtížemi zůstává nadále nejednoznačná. Ve skupině pacientů s recidivující patelární dislokací (při selhání konzervativní terapie s cílenou rehabilitací) je indikováno operační řešení zahrnující plastiku závěsného aparátu pately s další pooperační fyzioterapií extenzorového aparátu. Rozsáhlá skupina operačních technik nemá zástupce s absolutní indikací.

Závěr. Operace závěsného aparátu pately dle Hughstona se při dodržení indikačních kritérií ukázala jako vhodná metoda řešení patelární dislokace. Při nesplnění těchto kritérií je vhodné zvolit jiné operační techniky (Elmslie-Trillat, osteotomie aj.) či jejich kombinace.

Použití šablony při odběru BTB štetu

Krajník O, Stuchlíková V.

Chirurgické oddělení PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.

Otevření nových supersterilních operačních sálů umožnilo našemu oddělení operace kolenních kloubů s použitím autotransplantátu. Četností artroskopických nálezů po úrazech kolene dominují poranění menisku, chrupavek a vazů. Nestabilní koleno znemožňuje sportovcům pokračovat v kariéře. Operační řešení má za cíl návrat k plné pohybové aktivitě bez použití ortéz. Proto od roku 2008 provádíme na našem pracovišti artroskopickou plastiku LCA s použitím BTB štetu.

Nejčastějším steskem operovaných touto metodou v literatuře i v internetových diskusích jsou bolesti operovaného kolene v kleku a při tlaku na operační jizvu. Četnost těchto potíží v literatuře (až 30 % operovaných) nás při studiu navedlo na nutnost minimální traumatizace pately, lig. patellae a tibie při operaci. Proto jsme od začátku k odběru BTB štetu používali šablonu, která výkon standardizuje a dodává uniformní štepy.

Naše teoretické předpoklady se potvrdily. Zkontrolovali jsme 40 operovaných kolen v období od 1. 5. 2009 do 1. 5. 2011 s odstupem 6 měsíců od operačního zákroku a tento nejčastější stesk jsme při kontrolách nezaznamenali. Šetrný odběr BTB štetu lze dosáhnout použitím šablony při odběru BTB štetu, což v přednášce dokumentujeme videozáznamem.

Současná plastika LCA a LCP

Vališ P, Novák J, Rouchal M, Repko M, Chaloupka R, Šprláková A.

Ortopedická klinika FN, Brno-Bohunice

Radiodiagnostická klinika FN, Brno-Bohunice

Úvod. V posledních letech se setkáváme se stoupajícím počtem poranění ligamentózního aparátu kolene. Autonehody, fotbal, běh a pád na flektované koleno jsou nejčastější příčinou poranění obou zkřížených vazů. V dnešní době obvykle indikujeme jejich současnou náhradu. Autoři shrnují své zkušenosti s touto metodou a následnou rehabilitací.

Výsledky. Na plastiku obou zkřížených vazů lze použít auto BTB štěp, alo BTB štěp, STG štěp a alo štěp Achillovy šlachy. Na naší klinice používáme auto a alo BTB štepy. Doposud jsme odoperovali 14 pacientů, z toho deset mužů a čtyři ženy. Průměrný věk byl 29 let. Doba sledování od operace je průměrně 2,5 roku, a to od 2 měsíců do 8 let. Příčinou primárního úrazu byla v devíti případech autohavárie a v pěti sport. V jednom případě jsme k plastice obou zkřížených vazů připojili i implantaci solidního autologního chondrograftu. Po operaci jsme nakládali ortézu. Pacienty jsme hodnotili pomocí skóre dle Lysholma.

Závěr. Autoři považují za nutné ošetření všech poškozených v kolenním kloubu v jedné době. Dokladují to svými výsledky.

VTS (videotorakoskopie) a video-asistovaná torakoskopická chirurgie (VATS) v diagnostice a léčení onemocnění pleury, plic a mediastina

Vyhnánek F, Jirava D, Ocádlík M, Vojtíšek O, Fanta J.

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Úvod. Videotorakoskopie (VTS) a video-asistovaná torakoskopická chirurgie (VATS) má významný význam v praxi hrudní chirurgie více než 15 let. Vedle diagnostiky onemocnění pleury a plic a některých onemocnění mediastina se VTS/VATS stala postupně se rozvíjející alternativou i v léčení. Na pracovištích hrudní chirurgie se VTS stala metodou volby pro biopsie vyšetření plic při difuzním postižení, neurčených uzlíků v plicním parenchymu, infiltrátu v pleure. Dále

u postižení lymfatických uzlin mediastina, u recidivujících pleurálních výpotků nenádorové a nádorové povahy. V léčbě pak pomocí VATS jsou provedeny výkony na pleuře, plíci (resekcí) v mediastinu. První zkušenosti s VATS resekcími výkony na plíci včetně VATS lobektomie byly uvedeny již v roce 1992. VTS/VATS byla zařazena i mezi intervenční postupy v diagnostice a léčení u úrazu hrudníku. Cílem sdělení byla analýza VATS/VATS postupu za 14leté období.

Metoda. V rámci retrospektivní analýzy byly vyhodnoceny VTS a video-asistované torakoskopické výkony (VATS) u nemocných hospitalizovaných od 1.1.1997 – 31.12.2010. V tomto období bylo provedeno 441 VTS/VATS včetně resekcí plíce. Převažovaly diagnostické výkony pro recidivující výpotek, onemocnění pleury a ložiskové nebo difúzní onemocnění plíce. Z léčebných výkonů vedle VATS pro spontánní pneumotorax byla provedena pro pokročilý emfyzém volumreduktivní resekce (LVRS), neanatomická a anatomická resekce pro primární a sekundární nádory plíce. Videotorakoskopická biopsie mediastina byla indikována pro diagnostiku převážně lymfatických nádorů mediastina. U tupých traumat hrudníku byla VATS indikována pro retinovaný hemotorax anebo pouřazový empyém a u penetrujících traumat.

Výsledky. U nemocných, kde byla použita VTS pro diagnostiku byla minimální pooperační morbidita (recidivující fluditorax). Ve skupině nemocných s léčebným videotorakoskopickým výkonem (VATS) se jako pooperační komplikace vyskytoval protrahovaný únik vzduchu, recidivující výpotek a dále recidiva pneumotoraxu s časovým odstupem u nemocných operovaných pro spontánní pneumotorax. Konverze VATS v torakotomii se týkala především skupiny nemocných s 3. stadiem empyému hrudníku. Pooperační průběh byl významně pozitivně ovlivněn miniinvasivitou operace, pokud jde o dechovou funkci a pooperační bolest. Přímou ve vztahu s výkonem nedošlo k úmrtí.

Závěr. Rozvoj videoasistované torakoskopické chirurgické techniky (VTS/VATS) umožňuje pomocí minimálně invazivního postupu stanovit diagnózu u onemocnění pleury, plíc a mediastina s možností následné změny léčebné strategie zvláště u hematologických onemocnění. V terapii primárních i sekundárních nádorů plíc je VATS resekce přijatelnou alternativou z hlediska bezpečnosti a účinnosti.

První zkušenosti s plikací žaludku pro morbidní obezitu

Rejholec J, Pazdera V, Tschakert D.
Chirurgické oddělení, KZ, a. s., Nemocnice Děčín, o. z.

Cíl. Porovnat provádění bariatrické operativy technikou sleeve resekce a plikace žaludku na prvních zkušenostech.

Metoda. do souboru byli zahrnuti pacienti operovaní morbidní obezitou v období 7/2010-8/2011.

Výsledky. V této práci porovnáváme dva typy bariatrické operace – sleeve resekci a plikaci žaludku na prvních pacientech, hodnotíme efekt operace, obtížnost provedení, čas operace a ekonomické aspekty.

Laparoskopické operace GIST žaludku

Havluj L, Denemark L, Teplan V, Gürlich R.
Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Úvod. Autoři prezentují demografické údaje, vyšetřovací metody, možnosti léčby, klinické projevy a prognostické faktory GIST žaludku. Nádory vychází z intersticiálních Cajalových buněk, které se nacházejí ve stěně GIT. U většiny tumorů se nejčastěji jedná o mutaci genu KIT.

Metoda. V prezentaci je uvedena kazuistika pacienta léčeného laparoskopicky pro GIST žaludku. Základem léčby je

chirurgická resekce, význam má i chemoterapie a nově se užívá biologická léčba.

Závěr. GIST žaludku lze bezpečně a efektivně řešit miniinvasivně. Tumory s nízkým potenciálem malignity mají dobrou prognózu, maligní formy zejména EGISTu mají do 5 let smrtelnost až 80%.

Laparoskopická vs. otevřená appendektomie u pokročilé appendicitis

Galgóczyová F, Kubác M, Moravík J.
Chirurgické oddělení, PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.

Cíl. Porovnání výhod a nevýhod laparoskopické a otevřené appendektomie u pokročilých forem appendicitidy. Která z metod je metodou volby?

Metoda. Autoři zmiňují práce zabývající se tematikou volby operačního přístupu u pokročilých zánětů appendixu a následně provádí retrospektivní zhodnocení 29 pacientů operovaných v období leden 2008 – červen 2011 s pokročilým peroperačním nálezem na appendixu. Soubor pacientů je rozdělen do dvou základních skupin dle operačního přístupu – otevřeně vs. laparoskopicky. Je hodnocena délka hospitalizace, nutnost revize, délka ambulantní léčby a vzniklé komplikace.

Výsledky. Z výsledků vyplývá minimální rozdíl v délce léčby pacientů, a to ve prospěch laparoskopického přístupu, není však signifikantní.

Závěr. Vzhledem k zanedbatelným rozdílům jsou oba operační přístupy srovnatelné. Vlastní výběr závisí na zkušenostech konkrétního operátora a přístrojovém a personálním vybavení daného pracoviště.

Možnosti a limity regionálního pracoviště v miniinvasivní chirurgii

Cuba V, Fryzková H.
Chirurgické oddělení, PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.

Cílem našeho sdělení je seznámit posluchače s vývojem operativy v miniinvasivní chirurgii na našem pracovišti. V žádném případě nechceme výsledky zobecňovat, pokud však budou pro někoho inspirativní, budeme rádi. Naše data za 15leté období ukazují prudký rozvoj výkonu, které jsme schopni provádět v závislosti na našem současném personálním a technickém vybavení. Z výsledku vyplývá, že i relativně malé pracoviště může za určitých podmínek úspěšně provádět poměrně složité laparoskopické výkony.

Komplikace po laparoskopické operaci tříselné kýly – kazuistika

Teplan V, Novák L, Štefka J.
Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Laparoskopická plastika tříselné kýly pomocí sítky je v současné době standardní léčebnou metodou. S narůstajícím počtem používání alogenních materiálů lze očekávat i nárůst překvapivých komplikací a nálezů. Autoři v příspěvku uvádějí vzácnou komplikaci vycestování sítky do lumen střeva po laparoskopické operaci tříselné kýly a její řešení.

Fast track protokol v kolorektální chirurgii

Moravík J, Kubác M.
Chirurgické oddělení, PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.

Úvod. Akcelerovaná pooperační rehabilitace, fast track je zaváděna ve střevní chirurgii již od devadesátých let.

Metoda. Metodika práce vychází z poznatku EBM. Jejich zavedení do praxe mění postupy vycházející pouze ze zvyklostí daného pracoviště. Důležité je komplexní pojetí fast track protokolu zahrnující spolupráci pacienta, chirurga, anesteziologa, nutricionisty a sester. Neoddělitelné jsou etapy předoperační, perioperační i pooperační.

Výsledky. V naší práci prezentujeme základní body fast track protokolu vycházející z EBM a zkušenosti se zaváděním do praxe na chirurgickém oddělení PNsP v Roudnici nad Labem.

Závěr. Cílem je zlepšit naše výsledky v kolorektální chirurgii ve smyslu nižšího procenta komplikací, kratší délky hospitalizace, a tím rychlejšího návratu pacienta do běžného života.

Fast track v podmínkách regionální chirurgie

Kubáč M, Moravík J, Galgóczyová F.

Chirurgické oddělení, PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.

Úvod. V poslední době se na některých pracovištích uplatňuje v rámci plánované střevní operativy soubor perioperačních opatření vedoucích k lepší pooperační rehabilitaci a časnějšímu návratu pacientů do předoperační formy.

Cíl. Cílem sdělení je zhodnocení uplatnění této moderní metody na regionálním chirurgickém pracovišti.

Výsledek. Od dubna 2010 do května 2011 jsme provedli celkem 35 střevních operací, z toho u 12 pacientů jsme postupovali podle Fast track protokolu.

Závěr. Fast track lze využít i v podmínkách menšího chirurgického pracoviště. Jeho výhodou je standardizace postupu u pacientů po náročných střevních operacích.

Epidurální analgezie v břišní chirurgii – benefit pro pacienta i ekonomický úsek zdravotnického zařízení

Márová J.

ARO, PNsP Roudnice nad Labem, s.r.o.

O přínosu epidurální perioperační analgezie u velkých břišních výkonů nemá smysl v současné době polemizovat. Důkladem je celá řada studií, o než se opírají zastánci protokolu FAST-TRACK. Cílem tohoto sdělení je porovnání epidurální a systémové analgezie nejen z pohledu komfortu pacienta, ale i z pohledu ekonomické náročnosti obou postupů vyčíslením nákladu za léčiva a spotřební materiál.

SILS řešení afekcí kolorekta

Tschakert D, Rejholec J, Pazdera V.

Chirurgické oddělení, KZ, a. s., Nemocnice Děčín, o. z.

Autoři ve své prezentaci sdělují první zkušenosti s řešením kolorektálního karcinomu SILS metodou na Chirurgickém oddělení KZ, a. s., Nemocnice Děčín, o. z. Přednosti, ale i technické obtíže metody ukazují na menším souboru pacientů v období 5/2011 až 8/2011.

Radikální operace pilonidálního sinu s uzavřením defektu lalokem dle Limberga

Kmet P, Náhlík I, Konrád M.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Děčín, KZ a.s.

Pilonidální sinus jest onemocnění s incidencí 26/100 000 obyvatel, postihující především mladé pacienty v produktivním věku, více muže. Jedná se o vlasový chobot, vystlaný

dlaždicovým epitelem, nejčastěji ve střední čáře v sakrokokyceální oblasti. Etiologie není zcela objasněná, zásadní vlivy mají místní dráždění, sedavý styl života (či zaměstnání), špatná hygiena, výrazné ochlupení, hluboká interglutální rýha, zvýšené pocení, obezita. Vlivem uvedeného dochází k rozvoji zánětu a abscesu. V akutní fázi je jediným řešením incize abscesu, v chronické pak excize celého sinu s uzavřením vzniklého defektu primární suturou. Tento výkon je komplikován vysokým procentem rozpadu rány (v řádech desítek procent) s následným sekundárním hojením v rádu týdnu až měsíců.

Předmětem naší studie je operační alternativa, kdy k uzavření defektu je užit posuvný lalok dle Limberga. Dle zahraničních studií dochází při tomto postupu ke komplikacím jen v cca 2–16 % a k recidivě u méně než 5 % pacientů. Na našem pracovišti jsme od března 2011 dosud provedli 12 radikálních operací pilonidálního sinu s Limbergovou plastikou a výsledky jsme porovnávali s výsledky z období 3/2008 až 3/2011, kdy bylo provedeno 29 radikálních excizí, po nichž byl defekt buď primárně sešit, či ponechán prvotně k otevřenému hojení. Z 12 operovaných bylo devět mužů a tři ženy, průměrný věk byl 30 let. Průměrná doba hospitalizace byla 4 dny. V některých případech byli pacienti peroperačně překryti ATB, vždy byl užit Redonův drain.

U operací, při nichž jsme neuzili k uzavření defektu posuvný lalok, bylo procento komplikací (infekce, rozpad sutury, recidiva ...) cca 60 %, medián doby léčby byl 53 dnů. U pacientů operovaných posuvným lalokem došlo v 10 případech (83 %) k primárnímu zhojení, 1× došlo k drobné dehiscenci (kompletní zhojení do 4 týdnů), 1× k infektu rány s rozpadem plastiky (doba léčby 8 týdnů). Medián doby léčby byl 13 dní. Recidivu jsme zatím nezaznamenali. Ač je náš soubor pacientů zatím nevelký, již první výsledky ukazují, že radikální operace pilonidálního sinu s následným uzavřením defektu lalokem dle Limberga se jednoznačně jeví jako slibná metoda léčby tohoto onemocnění, radikálně zkracující dobu léčby, a tím i omezení pacientů v běžném životě.

Přístup chirurga k velkým hiatovým kýlám

Drahonovský V, Winkler L, Pecák P.

Klinika jednodenní chirurgie Palas Athéna, Praha

Úvod. Velké hiatové hernie jsou vzácné nálezy se zprvu nevýznamnou symptomatologií a teprve při bizarních obrazech se projevují širokým spektrem ne zcela charakteristických příznaků. Uskřínutí takové hernie je sice vzácné, ale v 50 % smrtelné.

Sestava. Prezentujeme sestavu 116 laparoskopických operací pro velké hiatové hernie typu up side down stomach. V sestavě 3585 operací pro reflux a hiatové kýly z období let 1995–2010. Obtíže nemocných jsou většinou dušnost, tlaky na hrudi, dyskomfort jídla a u třetiny nemocných byl anemický syndrom. Ke zpevnění hiátu používáme zásadně suturu hiátu, u 35 jsme použili sítku na hiatus. Vždy provádíme cirkulární fundoplikaci k prevenci refluxu.

Výsledky. Po 6–12 měsících máme zkontrolovaných 99, dvanáct operovaných z dřívějších let je nedostupných ke kontrole. Neuspěli jsme 3×, 2× jen gastropexie k prevenci uskřínutí, 1× ad klasická operace. Při kontrolách jsme našli celkem u 23 (23 %) nemocných recidivu. U osmi byla použita k primární nápravě sítko. U 11 operovaných (11,0 %) malou, nebo klinicky nevýznamnou recidivu bez indikace k nápravě. U pěti (5 %) byla klinicky významná recidiva a byli úspěšně reoperováni lapro elektivně. Sedm nemocných (7 %) mělo akutní herniaci do týdne, pět bylo úspěšně laparoskopicky reoperováno neprodleně, dva klasicky na klinice hrudní chirurgie. Jedna nemocná zemřela na sepsi 3 týdny po poranění jícnu. Při kontrole kvality života dotazníkem GIQLI u 36 operovaných byl po více než 12 měsících od operace průměrný index kvality života 116,3 bodů, in-

dex zdravé populace je 121 bodu, čili operace významně zlepšuje kvalitu života.

Závěr. V literatuře je udávána recidivnost těchto operací kolem 20 % z logického důvodu, že tlaky na bránici, brániční stres jsou extrémní při námaze, cvičení, kašli a zvracení a defekt v bránici není možné zašít zcela. Použití sítky na překrytí sutury hiátu nám nezměnilo počet recidiv. Nejen adekvátní chirurgický výkon, ale také dodržení pooperačního režimu, tělesného šetření a redukce hmotnosti operovaných je rozhodující pro trvalý úspěch. Výhodou operací je miniinvazivita laparoskopických operací, prevence uskrínutí herniovaného žaludku, zastavení anemizace a prokazatelné zlepšení kvality života.

Miniinvazivní výkony prováděné v režimu jednodenní chirurgie – výhody, rizika, mantinely

Winkler L, Fencel J, Mašek P, Maixnerová A, Pecák P,
Barnášová D, Julínek S, Drahonovský V.
Klinika jednodenní chirurgie Palas Athéna, Praha

Termín jednodenní chirurgie je v posledním desetiletí intenzivně diskutován, ale zatím bez přijatého určitého závěru. Je to logické, protože vznik termínu jednodenní chirurgie si vynutil rozvoj lékařské vědy, ekonomická situace ve zdravotnictví a zvyšující se nároky pacientů – klientů na zdravotnické služby a každý ať zdravotnický, či nezdravotnický subjekt si

termín jednodenní chirurgie vykládá po svém. Již v roce 2007 výbor ČCHS JEP vypracoval a schválil standard jednodenní chirurgie, kde jsou definovány hlavní zásady jednodenní chirurgie, přesto v České republice zatím k většímu rozvoji jednodenní chirurgie nedochází. V zahraničí je prováděno cca 65 % operačních výkonů v režimu jednodenní chirurgie, u nás není vedena přesná statistika, ale dle odhadu je to do 5 % operačních výkonů. V letošním roce výbor ČCHS JEP schválil nový seznam operačních výkonů, které bude možné provádět v režimu jednodenní chirurgie.

Mezi výhody režimu jednodenní chirurgie patří nižší procento hnisavých komplikací, vyšší specializace na úzké spektrum prováděných výkonů, menší náklady pro zdravotní pojišťovny a příjemnější průběh hospitalizace pro pacienta. K nevýhodám řadíme obtížnější návaznost na vyšší zdravotnické zařízení v případě potřeby řešit komplikace ať chirurgické, tak nechirurgické, omezené spektrum prováděných operačních výkonů a zatím trvající nejasnosti legislativní a nejasnosti jak jednodenní péči hradit z veřejného zdravotního pojištění. Na našem pracovišti jsme v roce 2010 provedli 1732 operačních výkonů v drtivé většině miniinvazivní metodou. Provádíme cholecystektomie, hernioplastiky pro tříselnou i ventrální kýlu, appendektomie, fundoplikace, operace benigních onemocnění konečnicku, operace varixu, artroskopie a plastiku předního zkríženého vazů. V prezentaci budou jednotlivé skupiny operací podrobně rozebrány a doplněny obrazovou dokumentací s naším sdělením, jak vnímáme rizika a mantinely u těchto výkonů prováděných v režimu jednodenní chirurgie.



MENINGOKOKOVÉ ONEMOCNĚNÍ

Pavla Křížová, Luděk Rožnovský

Maxdorf 2011. 272 str.
ISBN: 978-80-7345-239-1
Cena: 495 Kč
Formát: A5, váz. .

Publikace podává komplexní informace o invazivním meningokokovém onemocnění. Kniha je určena pro široký okruh specialistů, jejichž náplní je kromě jiného i invazivní meningokokové onemocnění, a kteří přicházejí do styku s nemocnými v časných stádiích onemocnění, kdy je velmi obtížné určit jeho diagnózu a dále těm, kteří se zabývají diagnostikou, léčbou a prevencí tohoto onemocnění.

Publikace je určena pro praktické lékaře pro děti a dorost, praktické lékaře, infektoLOGY, intenzivisty, mikrobiology a epidemiology.

Objednávky zasílejte e-mailem nebo poštou: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz. Na objednávce laskavě uveďte i název časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.

XVI. opařanské dny – odborná konference dětské a dorostové psychiatrie na téma Pedopsychiatrie v denní praxi Opařany, 23. až 24. září 2011



Ve dnech 23. až 24. září 2011 proběhly v Dětské psychiatrické léčebně Opařany již tradiční XVI. pedopsychiatrické dny. Celkově bylo zaregistrováno a zúčastnilo se 220 účastníků lékařských a nelékařských profesí.

Opařanské dny byly pořádány ve spolupráci s Asociací dětských a dorostových psychiatrů a pod záštitou Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP. Odborný program zahrnoval velkou nabídku přednášek, workshopů a posterů. Doprovázela ho prezentace jednotlivých pracovišť léčebny, výstavy a prohlídky.

Denní praxe ukazuje, že přibývá dětí s pedopsychiatrickou problematikou a stoupá poptávka po odborných službách, zejména ambulancích, ale i lůžkových. Mění se profil odborné problematiky.

Program opařanských dnů byl aktuální a zvolená témata se dotýkala jak diagnostiky, tak léčby (OCD, PAS, ADHD, poruchy chování a emocí, dissociativní poruchy, deprese, úzkosti). Vzpomenut byl nárůst sebevražedného chování u dětské populace, problematika sexuálního zneužívání, posttraumatické stresové poruchy, sebedestruktivního chování a následné obtížné a dlouhodobé psychoterapie.

Pozornost vzbudila přednáška o správné klinické praxi v DPA, přednáška o teorii mysli u autismu či přednášky dětských neurologů Dissociativní porucha motoriky a Motorické stereotypie u dětí. Zajímavá byla i přednáška ze sexuologie Porucha pohlavní identity v dětství i vývojové charakteristiky jednotlivých období věku. Potřebné a pro praxi nosné byly kazuistiky ukazující na často obtížnou diferenciální diagnostiku a úskalí, pokud pedopsychiatrický pacient před dosažením plnoletosti je hospitalizován na oddělení pro dospělé psychiatrické pacienty. V konkrétní kazuistice zůstal dlouho nerozpoznán Aspergerův syndrom, byly popsány zdravotní, osobní a sociální důsledky chybné diagnostiky schizofrenie a neadekvátní medikace.

Všech účastníků konference se dotýkala otázka systematické psychoterapie, ale naráží na určité limity ambulantní praxe. Zejména v diskuzích zaznělo téma moderních psychofarmak užívaných v dětském věku a také léků používaných off label.

Je potřeba reagovat a zvýšit počty pedopsychiatrů s ohledem na nárůst poruch v dětské populaci. V současnosti je přibližně v České republice 140 dětských psychiatrů. Praxe ukazuje, že není možné, aby léčbu dítěte vedl psychiatr pro dospělé, jenž je erudován pro práci s dospělou klientelou, která má jiné potřeby. Pedopsychiatr pracuje s dětským vývojem, vývojovou problematikou a psychopatologií. Obraz poruchy se s věkem dítěte a jeho vývojem mění. Pro pedopsychiatra je nezbytná znalost vývojové psychologie.

V praxi musí pedopsychiatr navíc pracovat s rodiči dítěte, komunikovat se školami, s PPP, SPC, s OSPOD, soudy a dalšími institucemi.

Úkolem současné pedopsychiatrie je cíleně informovat laickou veřejnost o poruchách a nemocích, které léčí pedopsychiatrie, o nutnosti včasného záchytu a specializované odborné péče.

Pedopsychiatrie chce rozšířit počty ambulantních pracovišť, zvýšit dostupnost odborné péče v jednotlivých regionech, nechce psychiatrizovat některé nemedicínské problémy naší doby a nadužívat lůžkovou péči.

Workshopy měly vysokou účast. U ošetrovatelské péče na téma kvality a bezpečí, v souvislosti s implementací elektronické dokumentace, v základních školách při léčebně workshop muzikoterapie s praktickými ukázkami.

Přátelská atmosféra tradičních již XVI. opařanských dnů pomohla otevření řady aktuálních témat i posílení vzájemných vztahů spolupracujících odborníků.

K příjemné atmosféře patřil i páteční společenský večer v barokním refektáři a koncert Pavla Vítka. Pořadatelům patří velké poděkování.

MUDr. Iveta Vadlejchová
Dětská psychiatrická ambulance Chomutov
e-mail: vadlejchova.iveta@email.cz
prim. MUDr. Iva Hodková
Dětská psychiatrická léčebna Opařany
Opařany 121, 391 61 Opařany
e-mail: iva.hodkova@dploparany.cz

Odborné přednášky

Diagnostika infantilního autismu v pedopsychiatrii Patricie Kollárová

Sdělení se zabývá správnou interpretací výsledků vyšetření jednak metodami klinickými, tak i metodou ADIR. Probírá diferenciálně diagnostické aspekty. Hodnotí význam chybných diagnostických závěrů pro pacienta i rodinu.

Motorické stereotypie u dětí Lydie Koumarová, Iva Příhodová

Motorické stereotypie jsou rytmické, mimovolní pohyby, které se opakují v určitém neměnném pohybovém vzorci. Vyskytují se u různých neurovývojových poruch, mentální retardace, autismu, kognitivních deficitů, sensorické deprivace, ale poměrně často se objevují i u dětí s normálním psychomotorickým vývojem (primární stereotypie).

Tyto obvykle začínají do 3 let věku a podle charakteru hybného projevu se dělí na tři skupiny, jednoduché, pohyby hlavou a komplexní motorické stereotypie. Provokujícím momentem je stres, úzkost, rozrušení, únava. I když se jedná o benigní hybnou poruchu, může v některých případech trvat až do dospělosti. Častá je pak komorbidita s ADHD (hyperaktivita a porucha pozornosti), tikovou poruchou a dalšími psychiatrickými poruchami (obsedantně kompulzivní porucha, anxieta).

Uvádíme několik videokazuistik dětských pacientů s primárními motorickými stereotypiemi.

Vliv sociálního prostředí na děti s diagnózou ADHD Martina Kratochvílová

Ke zpracování dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu, formou dotazníkové techniky. Dotazníky byly anonymní, dobrovolné a určené rodičům nebo zákonným zástupcům a učitelům ZŠ v Jihočeském kraji. Výsledkem je pohled nad zjištěním a zamyšlení se nad tím, jakým způsobem ovlivňuje vývoj dítěte s diagnózou ADHD sociální prostředí a přístupy dnešní „moderní medicíny“. Propojování pohledu ze strany rodičů a učitelů.

Součástí přednášky jsou případové kazuistiky:

- Pozitivní sociální prostředí – ambulantní léčba,
- Selhání sociálního prostředí – hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Význam diagnostické práce Josef Kříž

Nelze pochybovat o významu stanovení diagnózy pro další práci s pacientem a jeho rodinou. Vždy se však nepodaří ji stanovit při prvním vyšetření. Zejména nemusí být jasné etiologické souvislosti a příčiny. Většinou diagnózu upřesňujeme a doplňujeme při dalších kontrolách v ambulanci nebo pozorováním při hospitalizaci. Rodiče však již od počátku chtějí vědět, jak jsme obtíže jejich dětí diagnosticky zhodnotili. Naše vysvětlení jim často nestačí. Hledají poučení doptáváním u známých, na internetu, v literatuře. Některé naše diagnostické závěry jsou jim srozumitelné. Jiné jsou pro ně nejasné a některé mohou být ovlivněny aktuálním módním trendem.

Sdělení je pokusem charakterizovat diagnostické skupiny, s nimiž pracujeme v dětské a dorostové psychiatrii, z hlediska rodičů.

Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a adolescentů Eva Malá

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je těžké, chronické, handicapující a relativně časté onemocnění, začínající ve více než 70 % v dětství a adolescenci. OCD u dětí a adolescentů patří mezi tzv. internalizované poruchy, které jsou mimo jiné charakterizovány subjektivně prožívanou tenzí, nepohodou, úzkostí, pocitem strachu a obavami.

Prevalence poruchy se pohybuje kolem 3 %. U dětí je přece jen vzácnější, je častěji popisována u leváků a pohybuje se kolem 1–2 %.

Věk začátku onemocnění kolem 6 let až u 1 % dětí. Existují dva vrcholy objevení se příznaků, jeden v období kolem 12–14 let, druhý ve 20–22 letech.

Rodinné studie: Příbuzní mají zvýšenou incidenci různých psychiatrických poruch včetně OCD, u sourozenců se vyskytuje OCD asi v 9 %, u příbuzných 1. stupně ve 20 %.

Nejčastěji se u OCD objevuje pět trsů příznaků, které se různě kombinují a přecházejí jeden do druhého:

1. strach ze znečištění spojený s rituály omývání 53–83 %,
2. patologické pochyby spojené s rituály kontroly v 80 %,
3. neodbytné akty nebo myšlenky sexuální nebo agresivní se stále opakují a jejich obsah je obviňující 25 %,
4. obsese přesnosti, symetrie, pořádku, rituály uspořádávání, organizování,
5. primární obsedantní zpomalenost – je řídká obsedantní porucha vyřazující pacienta naprosto z chodu běžného fungování.

Etiologické předpoklady jsou, že u 2/3 těžkých OCD je určitý organický podklad např. porodní trauma, toxické a infekční procesy CNS, úrazy atd.. Též se uvažuje o dysfunkci bazálních ganglií, hypofunkce 5HT2 receptorů, snížení hladiny serotoninu při dopaminové hyperaktivitě.

Existuje skupina dětí s autoimunitní neuropsychickou poruchou spojenou se streptokokovou infekcí/PANDAS. Jde (dle Sweda) o nový subtyp ranného začátku obsedantně kompulzivní poruchy, který má rychlý začátek a dramatické exacerbace.

Prognóza 10–15 % případů má chronický průběh, 85–90 % je charakterizováno remisemi – někdy kompletními, jindy s mírným zhoršením sociálního fungování.

Terapie psycho- a farmakoterapie (nejlépe v kombinaci) vedou k úspěšnému ovlivnění OCD u dětí a adolescentů. U kognitivně-behaviorální terapie je úspěšnost udávána mezi 60 až 90 %. Podrobné záznamy chování u dětí vedou rodiče, kteří se na terapeutickém procesu podílejí. KBT v dětství má svá vývojová specifika, ale zatím je však v České republice málo dětských KBT psychologů. Druhá cesta je farmakologická, oficiálně FDA doporučuje pro léčbu OCD pouze clomipramin od 12 let, fluvoxamin od 8 let schválen v roce 1997 a v roce 1999 sertralin již od 6 let věku.

Referát končí probráním čtyř kazuistik a jejich léčbou včetně preparátů použitých „off label“.

K diagnostice teorie mysli u autismu Karolína Malá

Autorka se ve svém příspěvku zabývá konceptem teorie mysli (ToM, mentalizace) ve vztahu k poruchám autistického spektra a možnostem diagnostiky v této oblasti. Úvod přednášky je věnován vývojovým aspektům utváření teorie mysli u dětí a odchylkám tohoto vývoje u dětí s poruchami autistického spektra. Dále se přednáška zabývá různými aspekty ToM jako takové a známými nebo méně známými pokusy je diagnosticky uchopit.

V závěru pak autorka obrací pozornost k v odborné literatuře představené holandské metodě ToM Storybooks (Blijd-Hoogewys, 2002), která ve srovnání s dosavadními diagnos-

tickými nástroji přináší nejen komplexitu uchopení problému, ale i nadějně psychometrické parametry.

Rozvoj sociálních kompetencí žáků a prvky muzikoterapie na ZŠ při DPL Opařany Monika Mandovcová

Cílem základního vzdělávání je kromě výuky požadovaného kurikula i výchova žáka. Očekává se, že v průběhu povinné školní docházky získají žáci základy všeobecného vzdělání v rozsahu jejich předpokladů a možností, ale i že se bude kultivovat a rozvíjet jejich osobnost. Součástí kompetencí, které by měl žák získat, jsou i kompetence sociální, které jsou významné pro zapojení žáka ve škole, v rodině, v blízkém prostředí a v budoucnu i v profesním a občanském životě.

Rozvoj sociálních kompetencí je jednou z priorit na naší škole, jež vzdělává žáky, kteří jsou zároveň pacienti DPL. Cílem prezentace je seznámit účastníky s konceptem, který je zaměřen na praktický rozvoj sociálních dovedností v propojení s muzikoterapeutickými prvky. Prezentace bude představovat konkrétní postupy využívané v praxi se žáky.

Správná klinická praxe v DPA Jaroslav Matýs

Mohutný rozvoj v dětské a dorostové psychiatrii klade velké nároky na lékaře postupovat v léčbě duševních poruch dětí a dorostu „lege artis“. Realizace „správné klinické praxe“ zahrnuje mnoho aspektů a parametrů. V podmínkách ambulantní specializované pedopsychiatrické péče se lékař musí vyrovnávat s mnohými vlivy při realizaci postupu „lege artis“. V komplexu opatření „správné klinické praxe“ kromě medicínských parametrů musí zohledňovat realitu podmínek poskytování specializované pedopsychiatrické péče. V ambulantní praxi se musí pedopsychiatr vyrovnávat se specifickými pedopsychiatrie samotné (práce s rodinou, nedostatek konziliárních ambulantních spolupracovníků, limitace kapacity lůžkové péče a regionální dostupnost ...). Musí zároveň spolupracovat s institucemi a profesionály poskytující služby dětem mimo zdravotnictví, jako je školství, pracovníci a instituce sociální sítě. Důležitá je taky spolupráce s orgány činných v trestním řízení. Zásadní vliv na správnou klinickou praxi mají postoje zdravotních pojišťoven.

Autor se ve svém sdělení pokusí z tohoto pohledu ukázat na jednotlivé okruhy poskytování odborné pedopsychiatrické péče. Pokusí se nabídnout obsah a postupy v ambulantní pedopsychiatrické praxi k dodržení „správné klinické praxe“ v současných odborných, legislativních a společenských podmínkách.

Poruchy chování a emocí v pedopsychiatrické praxi Ivo Paclt

Sdělení se zabývá komplexní problematikou poruch chování: biologickými faktory, psychopatologií, psychosociálními konotacemi, diferenciální diagnostikou a optimální léčbou v podmínkách běžné ambulantní praxe.

Disociativní porucha motoriky v dětském věku Iva Příhodová, Lydie Koumarová

Disociativní porucha hybnosti se vyskytuje i v dětském věku. Může se projevat omezením nebo ztrátou schopnosti

pohybu, ataxií, dystonií, bizarní chůzí, třesem končetin nebo těla. Cesta k diagnóze bývá u dětí a dospívajících svízelná a je spojena s vyloučením řady neurologických onemocnění, která se mohou projevovat parézou nebo mimovolními pohyby. Odkrývání příčin v rámci rodinných vztahů a léčba jsou často neúspěšné. Upozorňujeme formou kazuistiky na některé charakteristické příznaky a na nutnost včasné diagnostiky.

Ziprasidon v péči pedopsychiatra Jitka Rumlová

Ziprasidon má již rok schválenou indikaci pro léčbu manických či smíšených epizod střední závažnosti u bipolární afektivní poruchy dětí a dospívajících ve věku 10–17 let.

V pedopsychiatrické praxi mezi nejrozšířenější atypické antipsychotikum náleží risperidon. Jestliže se u pacienta zvýší hladina prolaktinu nebo hmotnost, doporučuje se risperidon změnit za ziprasidon, což je antipsychotikum ze stejné skupiny – SDA.

Před nasazením ziprasidonu provedeme EKG vyšetření (sledujeme QT interval) a rodiče edukujeme o nutnosti užívat lék společně s jídlem. Pokud je ziprasidon podáván v indikaci „off label“, vždy si necháváme podepsovat rodičem souhlas s medikací.

Praktické zkušenosti se ziprasidonom v indikacích „off label“ jsou popsány ve třech kazuistikách. U dospívající dívky se smíšenou poruchou chování a emocí, u 10leté dívky s Aspergerovým syndromem s projevy ADHD a u stejně staré pacientky s obsedantně kompulzivní poruchou a ADHD.

Komplikovaná diagnostika Aspergerova syndromu (kazuistiky) Jana Schmidtová

Autorka se zabývá ve svém kazuistickém příspěvku psychickými symptomy, diagnostickým procesem a komplikovanou diferenciální diagnostikou pacientů s Aspergerovým syndromem.

Aspergerův syndrom (AS) je závažné onemocnění patřící do poruch autistického spektra. Toto onemocnění patří mezi vývojové poruchy, je celoživotní a příznaky tohoto onemocnění se postupně objevují již od útlého dětství. Navzdory tomu, že rodiče jsou si již v předškolním věku vědomi odchylek ve vývoji jejich dítěte, často i několik let hledají odbornou pomoc a uplyne dlouhá doba od vyhledání první odborné pomoci ke stanovení diagnózy AS.

Jednotlivé symptomy AS se mění v čase. V různých časových obdobích vývoje dítěte se objevuje určitá symptomatologie typická pro toto období a pak vymizí a současně základní charakteristiky poruchy prostupují celoživotně a pervazivně ovlivňují neustále kvalitu života pacienta.

V předškolním věku je přítomno nejvíce typických autistických symptomů, které jsou pro diagnostiku poruchy klíčové a zároveň v tomto období jsou změny ve fungování postiženého jedince někdy méně nápadné.

Ve školním věku dítěte je tato typická autistická symptomatika již méně nápadná, a tak může uniknout pozornosti při klinickém vyšetření psychiatra, a to i tehdy jsou-li změny ve fungování postiženého jedince více nápadné. V některých případech není diagnóza AS stanovena vůbec a pacient je veden pod jinou diagnózou. Nejkomplikovanější je rozpoznání poruchy v období adolescence a v dospělosti.

Diagnostikování poruchy může být také složitější u předčasně narozených dětí či při přítomnosti komorbidních poruch, jako např. smyslové vady. Jedním z výrazných projevů dětí s AS je problémové chování, někdy spojené s projevy ADHD, které ještě více zesilují problémovost dítěte. Těmto dětem pokud není rozpoznána diagnóza AS je velmi často nařizována

ústavní výchova a jsou odebírány od rodiny (i přes nesouhlas rodičů).

V adolescenci jsou nezřídká děti s AS uzavírány jako poruchy schizofrenního okruhu, jsou dlouhodobě psychiatricky hospitalizovány a léčeny neúměrně vysokými dávkami neuroleptik.

Časná diagnostika AS je velmi důležitá z hlediska dalšího fungování postiženého jedince a jeho rodiny zejména proto, že při brzkém a správném odhalení této poruchy je možné zvolit adekvátní vzdělávací program pro dítě a edukovat rodinu o nemoci, a zabránit tak následné traumatizaci dítěte i rodinných příslušníků. Rodiče dítěte s nerozpoznaným AS se velmi často cítí bezmocní, mají pocit, že jim nikdo nedokáže pomoci, navštěvují různé odborníky bez cílené pomoci, při problémovosti dítěte i různé instituce a úřady.

Pokud se diagnóza nestanoví včas, častým důsledkem je šikana dítěte vrstevníky a v některých případech dokonce učiteli. Jedinci postižení AS jsou si vědomi odlišnosti od ostatních vrstevníků, zároveň však velmi obtížně projevují své emoce. Proto prvním projevem dekompenzace těchto jedinců nezřídká bývá těžké regresivní chování, izolované psychotické symptomy, suicidální proklamace a tendence, sebevražedné pokusy.

Psychoaterapeutický program u mnohočetně traumatizovaných dívek v DPL Opařany

Jana Schmidtová, Petr Štěpánek

Dětská psychiatrická léčebna Opařany má celorepublikovou působnost a jsou do ní většinou přijímány dívky, které mají již delší historii psychiatrické péče včetně i několikaměsíčních, někdy i opakovaných hospitalizací v jiných zařízeních akutní péče. Tyto dívky jsme zařadili do psychoaterapeutického programu (skupinové, individuální a rodinné PT), režimové léčby a také cílené farmakoterapie. Při podrobné analýze psychických potíží dívek a jejich anamnézy jsme zjistili, že většina z nich má opakované traumatické zkušenosti.

V příspěvku prezentujeme souhrnné údaje o více než 60 mnohočetně traumatizovaných dívkách, jež byly do terapeutického programu v průběhu 2 let zahrnuty, především však o rozličných typech jejich traumatických zkušeností (fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání a jiné sexuální traumatizace, náhlé ztráty rodiče, svědectví násilných trestných činů, dlouhodobé závažné konflikty v rodině s fyzickým násilím a agresivitou, emocionální zanedbávání atd.). Dále budeme diskutovat diferenciatně diagnostické a farmakoterapeutické rozvahy.

Tyto dívky na základě těžké traumatizace trpí širokou varietou závažných psychiatrických symptomů (nezřídká splňují kritéria pro PTSD, mají úzkostné, depresivní prožívání a četné disociativní symptomy, projevy PPP, problémové chování někdy spojené s auto- i heteroagresivitou, realizovaly v minulosti opakované závažné suicidální pokusy, pravidelně se sebepoškozují, nadužívají návykové látky, ojedinele jsou pozorovány i psychotické dekompenzace atd.). Závažnost fenoménu mnohočetné traumatizace detailně ilustrujeme na vybraných kauzistikách.

Životní zkušenost dívek je díky mnohočetné traumatizaci inkoherentní, obtížně sdělitelná, plná ohrožujících zážitků a vzpomínek. Základními cíli komplexního terapeutického programu je nejen redukce či modifikace nežádoucích symptomů (regulace afektů, stabilizace, tvorba bezpečného terapeutického vztahu atd.), ale dále především zpracování a integrace těžkých traumatických zážitků do životní zkušenosti. Hlavním terapeutickým úkolem je skrze otevřenou komunikaci postupné zpracování nevědomého odehrávání traumatických vzpomínek nevhodnými projevy chování (impulzivními, agresivními, sebepoškozujícími, sexualizovanými, manipulativními atd. a disociací). Ve skupinové (jež se skládá ze dvou částí: interaktivních psychosociálních her a ver-

bální psychoanalyticky vedené skupinové psychoterapie), dále v individuální a případně rodinné psychoterapii dochází k emocionálnímu a kognitivnímu zpracování nepříjemných životních zkušeností a k tvorbě funkčnějších, bezpečnějších, otevřenějších mezilidských vztahů. Takto pojatý terapeutický proces poskytuje prostor pro externalizaci nevyslovitelných, nesdělitelných, ohrožujících zážitků a vzpomínek. Tím může dojít k jejich verbalizaci, reflexi a ke zpětnému včlenění do životní zkušenosti, neboť konzistentní životní zkušenost je nezbytná pro uzdravení.

Traumatické zkušenosti se objevují jako zkušenosti v těle „zakotvené“ a zviditelňují se v sociálních interakcích s ostatními lidmi a především v terapeutickém vztahu, což vede k závažným obtížím při této terapeutické práci. Tyto obtíže (silné afektivní reakce, opozice či agresivita vůči terapeutům, zvýšená úzkostnost, nevhodné odehrávání sex. projevů, přenos a protipřenos atd.) se v příspěvku snažíme reflektovat.

Naše klinické zkušenosti diskutujeme a porovnáváme se současnou odbornou zahraniční literaturou.

Člověk se rodí jako tvor sexuální

Jana Spilková

Dětství není asexuální životní období. Psychosexuální vývoj probíhá v určitých etapách, každá má svoji specifickou problematiku. Sexuální identifikace se utváří již v době, kdy dítě začíná mluvit. Děti jsou schopné sexuálních emocí. Následují bouřlivé změny v pubertě.

Často se setkáváme s tím, že okolí (rodiče, učitelé, vychovatelé) je zaskočeno „nestandardním chováním“ dítěte. Genitální exhibice je třeba posuzovat jako součást dětských her.

Sexuální porucha se může projevit na úrovni sexuální identifikace, sexuální preference či sexuální reaktivity. Poruchy v sexuálním chování mohou vznikat vlivem rodinného prostředí, výchovy i v důsledku prožitých traumat.

Workshopy

Práce ve škole při dětské psychiatrické léčebně

Jarmila Drátovská, Hana Němcová

Rádi bychom diskutovali o práci ve škole při DPL. Jaké je postavení školy při dětské psychiatrické léčebně v systému škol – výhody x nevýhody x možná řešení. Jakou funkci plní škola při DPL a jaké jsou výsledky její práce.

Co znamená pro pedagoga pracovat ve škole při DPL, jak probíhá spolupráce mezi školou a DPL, jak probíhá spolupráce mezi kmenovými školami žáků a školou při DPL, organizace pedagogické práce ve škole při DPL a další otázky kolem školy při DPL.

Elektronická dokumentace – zvýšení kvality, bezpečnosti a efektivity v ZZ

Jarmila Mikešová, Olga Fuková

Co bylo impulzem pro zavedení elektronické ošetřovatelské dokumentace.

Jak probíhala implementace. Jaké údaje evidujeme. Jak změny ve vedení ošetřovatelské dokumentace přijaly sestry. Výměna zkušeností s jinými zdravotnickými zařízeními.

Postery

Muzikoateliér

Jarmila Drátovská, Hana Němcová

Cílem je seznámit s prostředím interiéru muzikoateliéru a jeho vybavením. Prostor ateliéru je navržen tak, aby vycházel ze způsobu práce a zároveň působil dojmem měkkosti a bezpečí. Důležité je, že se muzikoateliér odlišuje od většiny místností, se kterými se žáci do této doby setkali, a tím je již samotný příchod do této místnosti připravuje na odlišný způsob práce.

Veškeré vybavení je umístěno tak, aby se stalo součástí vnitřního prostoru pouze ve chvíli, kdy se stává cíleným prostředkem práce. V aktivní muzikoterapii mají nejširší využití lehce ovladatelné rytmické nástroje, díky nimž mohou hudbu vytvářet všichni žáci. V našem ateliéru jsou k dispozici různé nástroje z Orfova instrumentáře i různé etnické nástroje, např. bongu, djembe, ocean drum, deštné hole, tibetské mísy apod.

I prostředí má vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče

Olga Fuková, Jarmila Mikešová

Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je důležité i prostředí, ve kterém pacientovi péči poskytujeme, protože i prostředí je lékem. Snižuje stres, podporuje pacienty psychicky a stimuluje je i fyzicky.

Jde hlavně o vybavení, pěkný vzhled, barevnost, estetizaci prostředí – provonění, světlý a tepelný komfort pro pacienty. Interiéry by měly co nejlépe sloužit pacientům.

Pacient není zcela schopen posoudit úroveň léčby, ale v jeho možnostech je zhodnotit kvalitu prostředí a pohodlnost vybavení.

Moderní prostředí v dětské psychiatrii v širším kontextu

Iva Hodková

Autorka prezentuje důležitost důstojného, kvalitního, bezpečného prostředí a zázemí na lůžkové dětské psychiatrii.

Jeho přímý vliv na pacienty a personál, nepřímý, ale rozhodující vliv na rodiče, odbornou veřejnost, laickou veřejnost a firemní kulturu samotného zdravotnického zařízení.

Pedopsychiatrie bez rozdílu od jiných medicínských oborů potřebuje pro své pacienty, jejich rodiče a profesní zájmy důstojné a funkční prostředí.

Pouhou vnější změnou prostředí, vybavení nelze mluvit kvalitě a bezpečí. Jedná se o širší kontext včetně zejména vnitřní proměny prostředí, kde neodmyslitelnou část sehraává změna myšlení od jednotlivce, k týmu a k celému systému daného zdravotnického zařízení a interpersonálních vztahů uvnitř a vně instituce.

Naplňování Úmluvy o právech dítěte a Právo hospitalizovaného dítěte.

Publicity plán – Norské fondy.

Naše práce začínala v roce 1988 snahou přijít na to, jaký vliv má prostředí nemocnice na hospitalizované děti. Na počátku jsme vnímali především prostředí předmětné, měli jsme pocit, že kdyby bylo nemocniční oddělení hezké, byl by pobyt na něm pro dětské pacienty snazší.

Blízký osobní kontakt s nemocnými dětmi (i s jejich rodiči) nám ale záhy ukázal, jak je takovýto předpoklad iluzorní. Krása věcí stojí hluboko pod kvalitou vztahů, a to, jak děti prožívají nemoc a hospitalizaci, je prvotně určováno tím, koho mají okolo sebe, s jakými lidmi se setkávají a jací vůči nim tyto lidé jsou; a zcela klíčové pak je, zda pobyt v nemocnici znamená odloučení od rodičů či jiných blízkých lidí, nebo ne.

V uplynulých letech se poněkud módním tématem stala humanizace nemocnic: jenže humanizace znamená především změnu vztahů mezi lidmi a změnu základních hodnot, jež naše zdravotnické instituce vyznávají. Veselé obrázky, barevně vymalované stěny a herny plné hraček nejsou žádným projevem humanizace, ale pouhou estetizací; a estetizace je sice efektivní a nekonfliktní, ale bez skutečné vnitřní proměny prostředí také zcela samoúčelná, ba škodlivá – definuje totiž prostředí jinak, než odpovídá jeho podstatě a stavu.

Naší snahou tak časem začala být především proměna sociálního prostředí – jednak změnou pojetí stávajících rolí (zejména role rodiče, dále dětského pacienta, ale i sestry a lékaře – ve vzájemném kontaktu), jednak zaváděním rolí nových (herní specialista, nemocniční kaplan, dobrovolník v pravém smyslu slova – nikoliv v oné zplodštělé a vykleštěné podobě, jakou mu některé dnešní instituce, ať státní či neziskové, přisuzují). Stručně řečeno, začali jsme si uvědomovat, že chceme především podporovat pohyb směrem k ideálu, který se na Západě označuje termínem family centred care – péče zaměřená na celou rodinu.

Navíc, nemocné dítě má i svůj svět mimo nemocnici – svět, kde mnohé ztrácí i nalézá, svět, odkud do nemocnice přišlo a kam se chce vrátit. Ovšem těžce nemocné děti a děti dlouhodobě hospitalizované se vracet změněnou svou novou bolestnou zkušeností. Doba nemoci a hospitalizace není nějakou odbočkou na životní pouti, je její podstatnou součástí. A často je v rukou nás dospělých, aby se nemocné děti necítily se svou novou zkušeností mezi ostatními jako malí cizinci.

Cvičný byt

Kamil Krejčí, Jarmila Drátovská

Seznámení s nově vznikajícím projektem, který chce ZŠ při DPL, Opařany 160 realizovat společně s DPL Opařany.

Cvičný byt by měl být multifunkčním zařízením. Probíhaly by zde nejen nácviky péče o domácnost, příprava pokrmů, praní, žehlení, úklid ..., žáci by se učili hospodařit – podpora finanční gramotnosti.

Byt by představoval zázemí, kde se mohou žáci vzájemně navštěvovat, kde mohou přijímat návštěvy, kde by mohli realizovat společenské aktivity a možná trávit víkendy se svými příbuznými.

Nácviky sociálních a komunikačních dovedností u žáků s PAS

Jarmila Drátovská, Jana Kováčová

Představení nového projektu realizovaného v ZŠ při DPL, Opařany 160.

Zvyšující se počet žáků s diagnózami PAS ve škole při DPL Opařany vyvolal potřebu hlouběji vzdělávat pedagogické pracovníky v oblasti péče o tyto žáky. Vytvořili jsme projekt, jehož cíle jsou zaměřeny na zavádění nových výukových metod práce, tvorbu a inovaci individuálních vzdělávacích plánů u žáků s poruchami autistického spektra. Tato opatření budou sloužit k odstraňování bariér bránících rovnému přístupu ke vzdělávání, zlepšení sociálního klimatu školy a třídy a k podpoře úspěšnější integrace žáků do tříd naší školy. Projektem bude zároveň řešena otázka úspěšnějšího návratu žáků do kmenových škol.

Problematika šikany v lůžkové péči, její projevy a prevence Zuzana Kukačová

Charakteristika šikany, znaky šikany, druhy a formy šikany, skupinová dynamika šikanování, stadia šikanování, protagonisté šikany, následky šikany, metody vyšetření, specifika šikany v dětském zdravotnickém zařízení, prevence.

Rozvoj vlastního potenciálu a psychosomatické pohody fyzioterapeutickými přístupy v pedopsychiatrické rehabilitaci v DPL Opařany

Kutálková Aneta, Málková Zdenka

Možnosti využití fyzioterapeutických metod u pedopsychiatrických pacientů. Cílené ovlivňování somatických změn, způsobených psychiatrickou dysabilitou, prostřednictvím vhodně zvolené pohybové a fyzikální terapie.

Záměrné poškozování teenagerů – první česká populační studie Eva Vaníčková

Předmětem sdělení je prezentace první české populační studie zaměřené na identifikaci vybraných epidemiologických dat záměrného sebepoškozování u teenagerovské generace.

Pracovní hypotéza studie vycházela z dat školních studií realizovaných opakovaně v UK a USA svědčících o stoupajícím trendu, zejména záměrného sebepoškozování teenagerů a dovolila předpoklad prevalence záměrného sebepoškozování vyšší 10 % u teenagerů v České republice.

Metodou práce byla realizace epidemiologické deskriptivní studie mezi teenagery formou jejich dobrovolného vyplnění anonymního dotazníku obsahujícího 38 otázek s uzavřenou volbou odpovědí. Data byla matematicko-statisticky zpracována. Na sběru dat se podílel Národní parlament dětí a mládeže.

Sledovaný soubor tvořilo celkem 951 teenagerů, z toho 411 chlapců (43,2 %) a 540 dívek (56,8 %) z celé České republiky; konkrétně byly zastoupené tyto kraje ústecký, olomoucký, severomoravský, jihomoravský, pardubický a hlavní město Praha. Část respondentů v počtu 214 (22,5 %) navštěvovala základní školu a větší část respondentů 737 (77,5 %) navštěvovala střední školu. Věk teenagerů se pohyboval v pásmu 13–18 let.

Analýza výsledků potvrdila pracovní hypotézu. Prevalence, definici naplňujícího, záměrného sebepoškozování, je 10,9 %.

Součástí populační studie byla také idea sběru dat zaměřeného na identifikaci záměrného působení formou psychické bolesti, která má stejný účel jako tělesná bolest, pod rouškou záměrného sebepoškození. Takové chování lze do jisté míry vnímat jako „jistou šedou“ zónu nárazníku, která pro některé teenagery může znamenat jen přestupnou stanicí k záměrnému sebepoškozování a sebevražednému chování; pro jiné může naplňovat roli záměrného sebepoškození a může být sama o sobě patologií a u některých osob znamenat přímý přechod k sebevražednému chování a z tohoto pohledu ji nelze podceňovat, ale věnovat ji pozornost a tuto skupinu teenagerů označit jako rizikovou z pohledu duševního zdraví.

Záměrně si působí bolest 21,2 % respondentů (více dívek než chlapců); téměř polovina souboru teenagerů vypovídajících způsobování si bolesti (48 %) – statisticky významně více dívky – uvedla osobní zkušenost se záměrným způsobováním si psychické bolesti. 36,9 % uvedlo, že si záměrně působí psychickou i tělesnou bolest a sebepoškození své tělesné integrity referovalo 15,2 % respondentů – signifikantně více chlapců než dívek. Lze tedy konstatovat, že definici záměrného sebepoškození naplňuje chování 52 % respondentů této podskupiny. Grafy znázorňují četnost záměrného sebepoškozování dle forem a vyhodnocení bylo podřízeno terminologii, která se v České republice pro definici záměrného sebepoškozování konsensuálně používá. Pro praxi je důležité zjištění, že minimálně pětina teenagerů má hluboké psychické problémy, které zvládá pomocí sebepoškozování a každý desátý teenager má osobní zkušenost s jednou z jasně definovaných forem záměrného sebepoškozování.

X. celostátní sjezd České společnosti klinické biochemie Plzeň, 25. až 27. září 2011

Ve dnech 25. až 27. září 2011 se v plzeňském Parkhotelu konal jubilejní X. celostátní sjezd České společnosti klinické biochemie (ČSKB) ČLS JEP. Organizátoři vybrali osm aktuálních témat a garantům jednotlivých bloků se podařilo získat skutečné odborníky v daných oblastech. Na přednáškách se podíleli i odborníci z ostatních laboratorních oborů a řada kolegů – kliniků. Přednášky vyvolaly bohatou diskuzi. K té ostatně vybízely i další problémy, kterými náš obor žije; namátkou jmenuji akreditaci, vzdělávání, personální zajištění či aktualizaci seznamu výkonů. Odborný program doplnily tři plenární přednášky předních odborníků z České republiky i ze zahraničí, téměř padesát plakátových sdělení a tradičně i výstava téměř třiceti firem nabízejících produkty pro laboratorní medicínu a četné firemní workshopy. Abstrakta přednesených či vystavených prací obdrželi účastníci sjezdu jako součást třetího čísla časopisu *Klinická biochemie a metabolismus*.



Průčelí Parkhotelu s informací o sjezdu

Sjezd zahájila plenární přednáška prof. Josefa Hyánka, v níž seznámil posluchače s problematikou diagnostiky a léčby hypercholesterolemie u dětí a zároveň poutavým způsobem zavzpomínal na rozvoj oboru, s nímž je jeho život nerozlučně spjat. Sjezd pokračoval blokem zabývajícím se odlišností laboratorního vyšetřování v neonatologii a u seniorů. Následovaly přednášky ukazující pojetí kvality jako integrované činnosti lékařů, analytiků, laborantů a vedení zdravotnických zařízení.

Druhý den zahájil blok přednášek, v němž přední odborníci v klinické i laboratorní medicíně seznámili přítomné s novými markery kardiovaskulárního rizika. V plenární přednášce hovořil doc. V. Kožich o patogenezi, léčbě a diagnostice dědičných metabolických poruch; byl zároveň garantem dalšího bloku, který ukázal úzkou spolupráci mezi genetiky a klinickými biochemiky a věnoval se hlavně screeningovým programům. Analytickou problematiku řešil blok týkající se perspektivy „omických“ metod, a to nejen ve výzkumné oblasti. Druhý den tradičně ukončila plenární schůze ČSKB.

Závěrečný den zahájil blok o problematice anémií u dospělých i dětí, a představil tak oblast, kde obory klinické biochemie a hematologie mají mnoho styčných ploch. Ná-

sledovala poslední plenární přednáška, v níž hovořil prof. K. Pacák z Bethesdy (USA) o laboratorní diagnostice neuroendokrinních nádorů. Další blok se týkal laboratorního vyšetření v neurologii; přednášející se soustředili zejména na nové možnosti v diagnostice, založené na analýze mozkomíšního moku. Sjezd zakončilo fórum mladých odborníků, které ukázalo, že se zajímají o postavení lékaře v oboru, jeho klinickou práci a jsou schopni i vědecké činnosti.

Konání sjezdu bylo také příležitostí ocenit významné osobnosti oboru, které přispěly a přispívají k dobrému jménu ČSKB doma i ve světě. Prof. MUDr. Josef Hyánek, DrSc., obdržel za celoživotní práci nejvyšší vyznamenání ČSKB – Hořejšího medaili. Čestné členství v ČSKB obdrželi prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc., RNDr. Ludmila Nováčková in memoriam a zdravotní laboranti Jitka Švecová



Předsednictvo X. celostátního sjezdu ČSKB (zleva): Mgr. Martina Bunešová – předsedkyně sekce zdravotních laborantů ČSKB, Ing. Jaroslava Vávrová, Ph.D. – místopředsedkyně a vědecká sekretářka, prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc. – předseda a prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc. – místopředseda výboru ČSKB

a Jiří Hlaváč. Ocenění ČSKB za nejlepší publikaci v oboru získal kolektiv vedený prof. MUDr. Martou Kalousovou, Ph.D. za práci o vlivu karotenoidů na přežití dialyzovaných nemocných; cenu za nejlepší edukační dílo v oboru klinické biochemie obdržel ing. Jiří Kukačka, Ph.D. s kolektivem autorů za skripta o bioanalytických metodách.

Sjezd se stal důležitým místem nejen pro odborné bloky a přednášky, ale také pro společenská setkání a neformální diskuze s kolegy a přáteli. Společenský program v krásných prostorách secesní budovy Měšťanské besedy, ve kterém vystoupila skupina The Beatles Revival Band, přispěl k přátelské a kolegiální atmosféře. Věříme, že X. „plzeňský“ sjezd se zařadí k úspěšným akcím České lékařské společnosti JEP a jeho účastníci na něj budou dlouho vzpomínat.

*prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., předseda ČSKB ČLS JEP
prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc.
předseda organizačního výboru X. sjezdu ČSKB,
vedoucí Ústavu klinické biochemie a hematologie
LF UK a FN v Plzni
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
e-mail: racek@fnplzen.cz*

55. zjazd slovenských a českých reumatológov Piešťany, 29. září až 1. října 2011

Společné zjazdy slovenských a českých reumatológov majú svoju bohatú tradíciu, čo potvrdil aj tento 55. jubilejný ročník, a je úspechom našich spoločností, že v tejto tradícii pokračujeme s úmyslom udržať dobrú úroveň reumatológie ako základného odboru.

Pokrok v reumatológii je výrazný nielen v diagnostike, ale aj v liečbe. Biologická liečba priniesla pozitívny zvrät nielen pri zápalových reumatických ochoreniach, ale aj sa postupne presúva na oblasť metabolických chorôb, ako je dna, a systémových chorôb spojiva, ako je SLE.

Ulohou zjazdu bolo poukázať na ťažký priebeh reumatických chorôb, najmä reumatoidnej artritídy a systémových chorôb spojiva. Preto sme sa spolu s Českou reumatologickou spoločnosťou zamerali na niektoré aktuálne problémy systémových chorôb spojiva, biologickej liečby, význam biomarkerov pri hodnotení aktivity a prognózy zápalových reumatických chorôb, diagnostiku, prirodzený priebeh a liečbu monoartritíd, otázku včasnej diagnostiky psoriatickej artritídy a jej liečby, infekčných a reaktívnych artritíd a v neposlednom rade aktuálnych problémov liečby SLE. Dôležitou súčasťou reumatológie sú aj metabolické artropatie a artropatie pri endokrinných chorobách, preto sme považovali za potrebné aj týmto chorobám venovať v rámci zjazdu zvýšenú pozornosť.

V rámci spoločného zjazdu bola aj prezentácia pediatrickej reumatológie a tiež prednášky zdravotníckych pracovníkov a zástupcov sociálnych líg.

Okrem bohatých prednáškových aktivít prezidenti a vedeckí sekretári oboch spoločností ocenili dve posterové zdelenia,

z ktorých sa jedno týkalo expresie HSP₇₀ genov lokalizovaných MHC, ktoré sú asociované s myozitídou, a druhé posterové zdelenie prezentovalo zvláštnosti artropatie u pacientov s Downovým syndrómom.

Počet registrovaných účastníkov bol vyše 380 zo Slovenska a z Českej republiky.

V úvode zjazdu odovzdali prezident zjazdu a vedecký sekretár zjazdu striebornú medailu Slovenskej lekárskej spoločnosti riaditeľovi Revmatologického ústavu v Prahe prof. MUDr. Karlovi Pavelkovi, DrSc. a prezidentovi Českej reumatologickej spoločnosti prof. MUDr. Jiřímu Vencovskému, DrSc. Zároveň boli ocenení zlatou medailou Slovenskej lekárskej spoločnosti nestori slovenskej reumatológie doc. MUDr. Tibor Urbánek, CSc. a emeritný primár MUDr. Viliam Švec, CSc. Za dlhoročnú prácu vedeckého sekretára Slovenskej reumatologickej spoločnosti a k životnému jubileu bol zlatou medailou Slovenskej lekárskej spoločnosti ocenený doc. MUDr. Jozef Lukáč, PhD.

Vedenie výborov oboch spoločností sa rozhodlo usporiadať budúci – už 56. zjazd českých a slovenských reumatológov 19. až 22. září 2012 v Olomouci.

*prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP
riaditeľ ústavu a predseda SReS
Národný ústav reumatických chorôb
Nábřeží I. Krasku 4, 921 12 Piešťany, SR
e-mail: rovensky@nurch.sk*

XVII. beskydské ORL dny – Chirurgie nosu a spodiny lebeční

Ostravice, 30. září až 1. října 2011

Již 17. ročník nadregionální akce „Beskydský ORL den“ pořádáný ORL klinikou FN Ostrava se tradičně konal v krásném prostředí rekreačního areálu Sepetná v Ostravici. Zúčastnilo se jej na 190 lékařů a sester z celé České republiky.

Setkání bylo zahájeno vystoupením dětí folklórního souboru Grúnik při Základní škole v Ostravici. Odborný program probíhal formou panelu, který moderoval doc. P. Komínek (ORL klinika FN, Ostrava). Členy panelu byli dále prof. I. Šlapák (ORL klinika, Brno), doc. J. Klozar (ORL klinika, Praha-Motol), dr. R. Lipina (Neurochirurgická klinika FN, Olomouc), dr. P. Čelakovský (ORL klinika, Hradec Králové), dr. M. Šteffl (ORL odd., Brno-Bohunice), dr. P. Matoušek a dr. T. Pniak (ORL klinika FN, Olomouc) a ing. J. Rosický z firmy ING ve Frýdku-Místku (nejedná se o peněžní ústav ale protetickou firmu). Kosturu semináře tvořily krátké přednášky a především celá řada kazuistik k tématu, ke kterým se bohatě diskutovalo (cca 2/3 času bylo věnováno diskuzi), což zajistilo pozornost nejen členů panelu, ale především všech posluchačů.

O vyšetřovacích metodách nosu referoval dr. Pniak. Zdůraznil roli zobrazovacích metod, zvláště pak CT a MRI, které jsou v dnešní době kromě endoskopie nosu u všech „chronických“ stavů základním vyšetřením. Další přednášky byly věnovány benigním (B. Gál) a maligním nádorům (dr. Klozar). Diskutovány byly otázky přístupu – zevních a endonazálních



Panelová diskuze

(dr. Čelakovský). Endonazální endoskopické přístupy mohou být při řešení řady nádorů – především pak v oblasti čichových sklípků, nosohltnanu, čelistní dutiny, stejně radikální jako přístupy zevní. Umožňují naopak v indikovaných případech mnohem šetrnější přístup. U dětí se nádory PND a nosu vyskytují zcela výjimečně (dr. Šlapák).

Širokou diskuzi vyvolaly přednášky týkající se spodiny lebeční. O operaci hypofýzy referoval dr. Šteffl. Zdůraznil, že je nezbytná dobrá spolupráce s neurochirurgy. O rozvíjející se spolupráci mezi neurochirurgickou a ORL klinikou ve FN Ostrava referoval dr. Lipina. Spolupráce se neomezuje pouze na operace hypofýzy, ale také při řešení nonpituitárních lézí. Operace „pro čtyři ruce“ prováděné přes nosní dírký krom kosmetického efektu mohou v některých indikacích zcela nahradit transkraniální přístupy. Základním problémem u radikálního řešení je potřeba resekce dury a jejího zakrytí (náhrady), což má při endonazálním přístupu své limity. Pro krytí těchto defektů užívají nazoseptální laloky. Význam mezioborové spolupráce byl vyzdvihnut i v přednášce dr. Matouška o chirurgii oční. Je zřejmé, že celá oblast přední jámy lebny a možností endoskopického řešení jejích lézí je „tématem současnosti“.

Velmi zajímavý byl příspěvek ing. Rosického, který referoval o možnostech výroby silikonových epitéz a protéz u pacientů, u nichž po úrazu či po mutilující operaci (obvykle z dů-

vodu nádoru) vznikne v oblasti obličeje kosmetický efekt. Výhodou silikonových protéz je „lepší kontrola“ defektu u pacientů po operaci (a mnohdy po radioterapii) oproti stavům, kdy je defekt kryt fasciokutánními či muskulokutánními laloky. Ideální je, pokud jsou pacienti před plánovanou mutilující operací odesláni na protetické pracoviště ještě před operací (možnost naskenování obličeje), je to důležité i z důvodů lepší motivace pacienta.

Cílem semináře bylo seznámit účastníky se současnými možnostmi chirurgického řešení nádorů nosu a PND a nádorů spodiny lebeční. Z tohoto pohledu seminář splnil očekávání většiny účastníků.

Organizátoři se těší na XVIII. beskydský ORL den, který se bude konat ve dnech 2. až 3. listopadu 2012.

doc. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA

ORL klinika FN

17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

e-mail: pavel.kominek@fno.cz

Ohlédnutí za IV. neuroradiologickým kongresem Ústí nad Labem, 13. až 14. října 2011

Dne 12. října večer proběhla schůze výboru neuroradiologické společnosti, kde byly stanoveny termíny a program schůzí v roce 2012, diskutováno hospodaření společnosti. Jako pořadatel V. neuroradiologického kongresu v roce 2013 se přihlásilo RDG oddělení ÚVN Střešovice.



Letošní IV. kongres byl zaměřen na dvě základní témata – diagnostika a léčba CMP, která byla náplní 13. října, a diagnostika a léčba mozkových tumorů, která se diskutovala 14. října. 2011. Vzhledem k uvedenému obsahu se do neuroradiologické problematiky zapojili i kliničtí, a zejména z regionu Ústeckého kraje.

Snahou organizátorů bylo oslovit co nejvíce posluchačů, proto bylo zapůjčeno hlasovací zařízení, které se velmi osvědčilo nejen pro zpestření, ale i určitou orientaci, co se kde a jak dělá. Tak bylo například zjištěno, že 20 % MR pracovišť nemá v základním vyšetřovacím protokolu mozku zařazenu DWI sekvenci, a naopak, že 65 % MR pracovišť s návazností na neurochirurgii provádí rutinně jak funkční MRI, tak traktografii.

Většina přednášejících dodržovala časový limit, takže byl dostatek prostoru na diskuzi, kterou výborně podněcoval prof. MUDr. Pavel Eliáš CSc.

Společenský večer se konal 13. října v Pivovaru na Rych-

tě, kde nezapomenutelně hrála skupina Hájsí kohouti z Ústavu sociální péče Háj u Duchova. O kulturní doplněk během celého kongresu se postarala MUDr. Lenka Mrázková, jejíž básnickou prvotinu Levný mozek si účastníci kupovali hned u prezentace.



Kvízové případy připravené prof. MUDr. Janem Žízkou, Ph.D. způsobovaly tlačenice u negatoskopů a byly tak zajímavé, že udržely ještě v pátek večer nebývalé množství posluchačů v sále. Vítězem se stal po zásluze MUDr. Jan Balák z Nemocnice Na Homolce, který obdržel cenu (ECR Vídeň 2012) od generálního partnera kongresu firmy NyCOMED-BRACO s.r.o.

Cíle organizátorů kongresu byly ryze praktické. V prvním dni si vyjasnit, jak zachránit při CMP co největší část mozku, ve druhém dni se pokusit nastínit možné standardy při vyšetřování a léčbě mozkových tumorů. Soudě dle ohlasů kolegů radiologů, neurologů i neurochirurgů se tyto cíle podařilo naplnit.

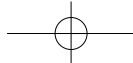
prim. MUDr. Milouš Derner

Radiodiagnostické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. –

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Sociální péče 3316 /2A, 401 13 Ústí nad Labem

e-mail: milous.derner@mnul.cz



LYMPHO 2011

Ostrava, 14. až 15. října 2011

Ve dnech 14. až 15. října 2011 se jako každoročně konalo setkání všech lymfologů a lymfoterapeutů, tentokrát v prostorách Vysoké školy báňské – Technické univerzity Ostrava.



Po slavnostním zahájení prezidentem kongresu MUDr. Petrem Zajícem, MBA, náměstkem primátora Statutárního města Ostravy Ing. Tomášem Petříkem a předsedou České lymfologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Oldřichem Eliškou, DrSc., se rozběhl nabitý program, který musel uspokojit české i zahraniční účastníky.

V deseti sekcích zaznělo 37 zajímavých sdělení, proběhly velmi úspěšně workshopy a samozřejmě i ukázky manuálního ošetření lymfedému, které jsou již léta evergreenem kongresu. Letos byly zajímavé zvláště srovnáním německé a české školy lymfodrenáže.

V prvním bloku přednášek vystoupil tradiční host kongresu Dr. Med. Franz-Josef Schingale, vedoucí lékař Lympho-Opt GmbH kliniky v Německu, který souhrnně a zcela precizně shrnul všechny důvody bolesti dolních končetin v terénu lymfedému. Následovalo detailní předvedení topografického uspořádání a průběhu povrchového i hlubokého lymfatického systému dolních končetin v podání předního znalce lymfatického systému prof. MUDr. Oldřicha Elišky, DrSc. Právě znalost anatomie lymfatického systému je základním předpokladem úspěšnosti komplexní péče.

MUDr. René Vlasák z Centra preventivní medicíny Praha ve svých vystoupeních upozornil na novinky v přístupu k pacientům, zejména se soustředil na nejčastější metabolické onemocnění současnosti – obezitu – jako častou komorbiditu ve skupině pacientů s lymfedémem. Úkolem všech terapeutů a lékařů na poli lymfologie je působit v celém bio-psycho-sociálním komplexu. S tím úzce souvisí i téma další přednášky, kterou přednesla doc. PhDr. Marcela Bendová na téma psychosomatiky. Základem toho, aby snaha lymfologů byla úspěšná, je spolupracující, řádně motivovaný pacient, u kterého je zajištěna psychická rovnováha a vyloučena deprese.

Tématem další sekce sdělení byl primární lymfedém u dětí v podání MUDr. Naděždy Vojáčkové a syndrom kongenitálních strikčních pruhů MUDr. Věry Pavlasové. Účastnice ze Slovenska MUDr. Eva Husarovičová

a Mgr. Marta Poláková přednesly možnosti léčby lymfedému u pacientů v paliativním stadiu onemocnění. Doc. MUDr. František Žernovický se zabýval komplikacemi lymfedému, především lymfatickými vředy.

V následném bloku firemních sdělení zaujala zejména přednáška MUDr. Marty Honzíkovej na téma farmakoterapie lymfedému, v níž zazněla jasná preference přípravků obsahujících proteolytické enzymy.

V dalším programu si našly místo i právní problémy v lymfologické praxi, právní odpovědnost zdravotníků či hrozby při práci s informačními technologiemi. V přednášce JUDr. Pavla Zajíce „Právní problémy v lymfologické praxi a jejich řešení“ zazněly poutavým způsobem doporučení a rady jak předcházet konfliktům v právní oblasti při poskytování lymfologické péče včetně modelových příkladů z praxe.

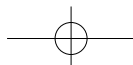
Celým dnem zaznívaly zajímavosti z lymfologické praxe, nové přístupy a také nové metody, jako je například lymfotejpování.

Všichni se právem těšili na novinky v chirurgických technikách a zkušenosti ze sledování pacientů po chirurgických zákrocích za poslední roky. MUDr. Martin Wald, Ph.D., předvedl nejen indikace a kontraindikace k chirurgickým výkonům, ale zdůraznil především nutnost správného načasování chirurgického zákroku u řádně vyšetřeného a připraveného pacienta. Mikrochirurgické výkony se naproti tomu zaměřují na lymfo-venózní či lymfo-lymfatické anastomózy, přičemž rozhodujícím faktorem k provedení mikrochirurgického zákroku je stav lymfatických kolektorů a žilního systému v místě plánované operace.

Stěžejní témata byla na programu jednání i v sobotu. Prof. MUDr. Karel Benda, DrSc., představil *Projekt evidence specializovaných lymfocenter garantovaných ČLyS* jako výsledek jakési cechovní pospolitosti a záruku garantované kvality pro jednání nejen s pacienty, ale především se zdravotními pojišťovnami.

Právě přístup pojišťoven, zejména VZP, a platnost nové metodiky preskripce zdravotnických prostředků byl jedním z faktorů vzniku standardu, který excelentně představila MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D. Věcný rámec standardu definuje zevní kompresi, její účinek, charakteristiku použitých materiálů, jejich indikaci i kontraindikaci. V procesu péče pak dokument přesně popisuje zásady správné komprese, techniku jejího provedení, a to jak v jednoduché, tak ve vícevrstevné kompresi. Zvláštní pozornost je věnována indikaci kompresivních elastických pomůcek na míru pacienta. Na předvedení standardu léčebné péče navazovalo seznámení s aktuální situací v předepisování pomůcek na míru a s metodikou VZP, která tuto preskripci od 1. 7. 2011 upravuje.

Velmi důležitou součástí kongresu byly i workshopy firem vyrábějících kompresivní elastické návleky technikou plochého pletení. Představitelé společnosti Maxis a.s. předvedli precizní měření návleku na horní končetinu a upozornili na možná úskalí tohoto měření, především v oblasti prstů a ramene. Společnost G.P.S. Ofa s.r.o. zorganizovala workshop na měření dolní končetiny. Všichni účastníci obou uvedených workshopů získali certifikát o absolvování, což je jedna z podmínek VZP pro zařazení do seznamu pracovišť, která jsou oprávněna předepisování pomůcek z plochého úpletu provádět. Po splnění této podmínky již nic nebrání tomu, abychom se o naše pacienty s lymfedémem v různém stadiu postižení mohli starat a léčit je podle platných standardů léčebného plánu.



Na závěrečné plenární schůzi České lymfologické společnosti ČLS JEP zaznělo pozvání všech účastníků na další ročník kongresu LYMPHO 2012 do Brna.

Kongresu se zúčastnilo celkem 247 odborníků, z toho 118 lékařů a 129 fyzioterapeutů a sester. Vědecký program doplnila doprovodná výstava 14 odborných firem.

MUDr. Věra Pavlasová
primářka kožního oddělení
Nemocnice Třebíč p.o.
Purkyňovo náměstí 133/2, 674 01 Třebíč
e-mail: vpavlasova@nem-tr.cz

11. konference Odborné společnosti vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů Hradec Králové, 18. až 19. října 2011

Ve dnech 18. až 19. října 2011 se v Hradci Králové na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany uskutečnila již 11. konference Odborné společnosti vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů (SVLFVL) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Hlavními tématy konference byly pokroky v diagnostice a léčbě v činnosti vojenských praktických lékařů a v nemocničních zařízeních, aktuální problémy organizace, řízení a velení vojenské zdravotnické služby, vědecká činnost a výzkum ve vojenském zdravotnictví, nejnovější zkušenosti ze zahraničních misí a zajímavé kazuistiky.

Odeznělo celkem 23 ústních sdělení, vystaveno bylo 13 posterů. Pozornost všech účastníků upoutala sdělení týkající se tvorby a rozvoje soudobé koncepce zdravotnické služby Armády ČR (AČR), zejména v podmínkách ekonomických restrikcí veřejných rozpočtů a reformy AČR. Navazující blok týkající se vzdělávání základního i specializačního v jednotlivých odbornostech ukázal na současné problémy i legislativní opatření, která by měla situaci zlepšit. Mimořádně zajímavé byly sekce, v nichž referovali účastníci probíhajících zahraničních misí. Mezinárodní spolupráce v Afghánistánu – v současné době s francouzskými vojenskými zdravotníky – se dobře osvědčila a pokračuje. Naši lékaři, sestry i ostatní personál se dobře zapracovali a stali se integrální součástí mezinárodního týmu. Získané zkušenosti především v problematice chirurgické léčby střelných a střepinových poranění, jednotlivých nebo sdružených při polytraumatech, jsou mimořádně cenné. Přednášky analyzující systém přípravy do misí i psychologické aspekty ve vztahu k tzv. burn-out syndromu vhodně doplnily tuto problematiku. Série dalších sdělení, zejména z oblasti klinických oborů (chirurgie, interna), dokumentovala realizaci výzkumu v klinické praxi se zaměřením pro aplikaci do podmínek vojenské medicíny v polních podmínkách (např. vývoj zevních fixátorů pro léčbu zlomenin pánve apod.). Mladí lékaři prezentovali rozbor zajímavých kazuistik ze své praxe. V plakátových sděleních byly prezen-



Obr. 1.

továny výsledky vědecko-výzkumné práce především z oblasti vojenské toxikologie, ale i letecké a hyperbarické medicíny, metabolismu a výživy a dalších disciplín. V rámci konference byl vytvořen dostatečný prostor pro bohaté a živé diskuze, které byly žádoucím vyvrcholením odborně velmi zdařilé konference.

Příští konference se uskuteční v říjnu 2012 opět v Hradci Králové.

doc. MUDr. Leo Klein, CSc.
předseda OS VLFVL ČLS JEP
Chirurgická klinika LF UK a FN,
Katedra válečné chirurgie FVZ UO
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
e-mail: klein@fnhk.cz

XXIV. kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně „Úloha gynekologie dětí a dospívajících v ochraně budoucího mateřství“ Brno, 20. října 2011



Dne 20. října 2011 se v rámci každoročně pořádaného mezinárodního veletrhu Medical Fair na brněnském výstavišti konal již **XXIV. kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně**. Letošním tématem se stala problematika gynekologie dětí a dospívajících, která má svá specifika a která nepochybně tvoří významnou součást komplexní péče o mladou generaci. Proto byly přednášky určeny nejen odborným lé-

a splyváním Müllerových parametrických vývodů a jejich derivátů, se kterou se v praxi může setkat pediatr či praktický lékař pro děti a dorost. I přesto, že se jedná o vady projevující se až v období dospívání s nástupem menarche, je možné je odhalit již mnohem dříve, a to v krátké době po narození.

MUDr. Dana Ondrová z Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc pronesla pár slov o synechia vulvae



kařům, ale především praktickým dětským lékařům a jejich spolupráci s dětskými gynekology.

Odbornou garanci kongresu převzal prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP, a MUDr. Zuzana Nižňanská, PhD., předsedkyně Sekce gynekologie dětí a dospívajících Slovenskej gynekologicko-pôrodnicej spoločnosti.

Účastníky akce přivítal slavnostním projevem jeden z prezidentů kongresu prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., předseda ČLS JEP. Prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc., prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti, se bohužel ze zdravotních důvodů kongresu nemohl zúčastnit, takže přednášejícím a pořadatelům akce poděkoval pouze prostřednictvím zasláného dopisu.

Odborný program se skládal celkem ze čtyř bloků se zaměřením na tato hlavní témata:

- vrozené vývojové vady,
- výtok v dětském věku a v dospívání,
- bolesti břicha a záněty vnitřních rodidel,
- ultrazvukové vyšetření dětí a dospívajících,
- hormonální antikoncepce a rizika TEN,
- menstruační cyklus a jeho poruchy v dospívání,
- cysty ovaria a jejich management,
- nádory rodidel,
- novinky v očkování proti HPV.

Úvodní přednáška patřila zahraničnímu hostu kongresu. Prof. Tamás Csermely z Pécské univerzity v Maďarsku, který je také prezidentem Evropské asociace gynekologie dětí a dospívajících (EURAPAG), se ve svém projevu zaměřil na problematiku amenorey v období dospívání a její vliv na vznik osteoporózy.

První blok věnovaný vrozeným vývojovým vadám rodidel pak otevřel prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc. Ve své přednášce vyzdvihl zejména diferenciální diagnostiku poruchy průchodnosti

infantum. Ač se nejedná o vrozenou vadu, incidence tohoto onemocnění narůstá, a je tedy třeba v rámci prevence dbát zejména na důkladnou hygienu rodidel malých děvčátek, o čemž je zapotřebí informovat především matku. Z FN Olomouc, konkrétně z dětské kliniky, na kongres zavítala také doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, která se ve své prezentaci věnovala Turnerovu syndromu, jakožto jedné z nejčastějších chromozomálních vad u dívek spojenou nejen s dysgenetickými gonádami, ale též s dalšími vrozenými vadami (zejména kardiovaskulárního aparátu) a přidruženými chorobami. Závěrem prvního bloku promluvil o výskytu endometriózy u stále zvyšujícího se počtu mladších pacientek přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV v Praze doc. MUDr. Eduard Kučera, CSc.

Následující blok přednášek byl věnován zánětlivým onemocněním zevního a vnitřního genitálu, které patří mezi jedny z nejčastějších důvodů návštěv dětského gynekologa. Zástupci z ADC Sanatoria v Praze, MUDr. Miroslav Havlín a MUDr. Hana Kosová se snažili prostřednictvím svých prezentací upozornit nejen na chyby a omyly v diagnostice a léčbě vulvovaginitid dětského věku, ale i na adnexitidu, na kterou se často v tak raném věku nemyslí vzhledem k necharakteristické symptomatologii, s jakou se gynekolog setkává u dospělé ženy. Na jejich slova pak navázal MUDr. Antonín Gregor z Anenských slatinných Lázní Bělohrad o významu balneoterapie v dětské a dorostové gynekologii.

Po přestávce na předcházející odborný program navázal blok třetí, zaměřený na onkologickou problematiku včetně HPV prevence. V této části programu dostal slovo náměstek ministra zdravotnictví Martin Plíšek, který zdůraznil význam očkování proti HPV infekci jakožto prevenci rakoviny děložního čípku a uvedl, že by vakcína měla být od příštího roku hrazena z veřejného zdravotního pojištění, konkrétně od 1. dubna 2012. Prostřednictvím svých přednášek se první tři

přednášející MUDr. Vladimír Dvořák (Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno), prof. MUDr. David Cibula (Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze) a MUDr. Michal Mihula (gynekologicko-porodnické odd., Městská nemocnice Ostrava) snažili ozřejmit preventivní význam HPV vakcín v jednotlivých případech onemocnění způsobené HP viry. Vzhledem k tomu, že každý upřednostňoval jiný druh očkovací látky (bivalentní vs. tetravalentní) zvedla se v sále bohatá diskuze, která pokračovala ještě i v kuloárech.

Endokrinologické problematice a antikoncepci patřil poslední blok programu. V úvodu měli účastníci kongresu možnost vyslechnout prezentaci MUDr. Elišky Hronkové z Gynekologicko-porodnické kliniky LF UK a FN Plzeň o poruchách menstruačního cyklu v adolescenci. Zbývající části věnované antikoncepci se ujala MUDr. Zuzana Nižňanská, PhD., která pohovořila o užívání hormonální antikoncepce u rizikových

skupin adolescentek, a pak opět MUDr. Miroslav Havlín, který zdůraznil rizika tromboembolické nemoci v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce. V úplném závěru celého kongresu ještě vtipně zaujal publikum svou poslední přednáškou o antikoncepci NuvaRing pro adolescentky a ženy „unavené“ pravidelným bráním prášků.

XXIV. kongres České lékařské společnosti J. E. Purkyně zakončili pořadatelé poděkováním všem přednášejícím a návštěvníkům za hojnou účast, zároveň vyjádřili spokojenost s průběhem akce i její organizací a věří, že si zúčastněná odborná veřejnost odnesla nové poznatky i postřehy do své praxe.

MUDr. Hana Komínková
absolventka LF UK Brno
e-mail: hana.kominkova@atlas.cz

10. česko-německé dny Karlovy Vary, 21. až 22. října 2011

Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Hradci Králové, Pardubicích a Praze Motole společně s ORL oddělením v Karlových Varech uspořádaly jubilejní 10. česko-německé dny, které se konaly v krásném prostředí hotelu Thermal, tradičním místě Filmového festivalu v Karlových Varech. Hlavními tématy semináře, kterého se účastnilo poprvé v historii Česko-německých dnů přes 100 účastníků, byly poruchy sluchu a rovnováhy a varia.

Páteční program byl zahájen přednáškou primáře Radko Vichnara z pořádajícího pracoviště o historii lázeňské léčby v Karlových Varech. Následovala diskuze u kulatého stolu na téma chronického zánětu středního ucha a jeho chirurgickým řešením, kterou vedl prof. Viktor Chrobok z ORL kliniky v Hradci Králové. Po té zaznělo celkem 20 volných sdělení na téma poruch rovnováhy.

Sobotní program byl opět zahájen diskuzí u kulatého stolu. Moderátorem byl doc. J. Müller z Gery a téma bylo akustické vlastnostech převodního systému. Sobotní program pokračoval volnými sděleními na téma rinologie a onkologie, prezentováno bylo 11 volných přednášek.

Na závěr vědecký výbor semináře vyhodnotil volná sdělení. Nejlepší práce z německé strany byla od M. Finkensieper et al. „Botulinum toxin to treat involuntary stimulation of the facial nerve by cochlea implant“ a byla oceněna možností účasti na preparačním kurzu chirurgie nosu a vedlejších nosních dutin v Brně. Nejlepší práce českého autora bylo sdělení Syrovátka J. a kol. The role of extraesophageal reflux in

otitis media, odměněná účastí na endoskopickém kurzu dýchacích cest a tracheostomie v Jeně. Veškeré přednášky, diskuzní příspěvky i kuloárová jednání proběhly v anglickém jazyce bez tlumočení.

Celý seminář byl po organizační a odborné stránce velmi dobře připravený. Byl doprovázen možností bohatého sociálního vyžití – společenský večer ve vyhlídkové restauraci Diana, možnost návštěvy továrny na výrobu skla (Moser), organizovaná prohlídka Karlových Varů včetně podzemní části pramenů, výlet do historického města Loket. Tradiční fotbalový zápas se bohužel pro nedostatek německých kolegů nekonal. V průběhu semináře byla diskutována i organizace dalšího ročníku Česko-německých dnů, které by se měly konat příští rok v Lipsku 12. až 13. října 2012.

MUDr. Petr Čelakovský, Ph.D.,
prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.
Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
LF UK a FN, Hradec Králové
prim. MUDr. Radko Vichnar
ORL oddělení, Karlovarská krajská nemocnice a.s.
Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary
e-mail: radko.vichnar@kkn.cz
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Slavnostní předání cen za nejlepší knižní publikace za rok 2010



Z rukou předsedy ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslava Blahoše, DrSc. převzal za publikaci Interna cenu prof. MUDr. Richarda Češka, CSc. (vlevo).

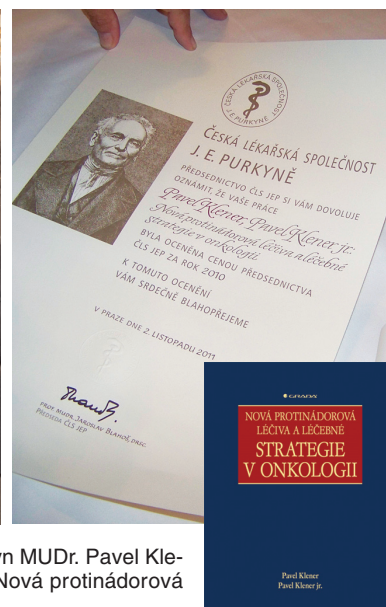
Dne 2. listopadu 2011 byly v historických prostorách Valdštejnského paláce již popáté předávány Ceny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) za nejlepší knižní publikace za rok 2010. Záštitu nad slavnostním setkáním již tradičně převzal Milan Štěch, předseda Senátu ČR.

Za rok 2010 byly předány ceny za tři publikace: **Interna** kolektivu autorů pod vedením prof. MUDr. Richarda Češky, CSc., **Hepatologie** autorského kolektivu včele s prof. MUDr. Jiřím Ehrmannem, CSc. a prof. MUDr. Petrem Hůlkem, CSc., a publikace **Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii** prof. MUDr. Pavla Klenera, DrSc. a MUDr. Pavla Klenera, Ph.D.

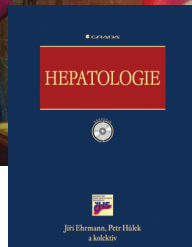
Ocenění lékařům předávali členové předsednictva ČLS JEP – předseda prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., místopředseda prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c. a vědecký sekre-



Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc. (zprava) a jeho syn MUDr. Pavel Klener, Ph.D., získali ocenění ČLS JEP za publikaci Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii.



Profesorům MUDr. Petru Hůlkovi, CSc. (zleva) a MUDr. Jiřímu Ehrmannovi, CSc. předával ocenění místopředseda ČLS JEP prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.



21. století, tedy chronickým chorobám, metabolickým, kardiovaskulárním, onkologickým, imunopatiím, muskuloskeletálním i psychosomatické problematice a chorobám stárnoucí populace. Dílo je cenné i přiměřenou informací o nových technických možnostech, které mají lékaři pomoci, nikoli však zastoupit ho. Styk s pacientem musí zůstat osobní, přímý, nikoli neosobní prostřednictvím počítače. Lékař musí zůstat doktorem, nikoli inženýrem medicíny s titulem Ing. Med. Obsah díla svědčí o tom, že stimulem k jeho sepsání bylo poskytnout lékařům i studentům přiměřenou, rozumnou, pedagogicky vhodnou míru informací v použitelné formě“ ...

Text a foto Helena Glezgová

Prof. MUDr. Max Wenke, DrSc., FCMA – k pětaosmdesátinám jednoho z poválečných greenhornů a tvůrců československé farmakologie

Termínem „greenhorni“ častovala ve svých historizujících vzpomínkách prof. MUDr. Helena Rašková, DrSc. (zásadní tvůrkyně nejen tuzemské poválečné farmakologie, ale i internacionální farmakologické asociace) nadšené budovatele tzv. československé farmakologické školy, která se v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století stala uznávaným mezinárodním pojmem. V plejádě citovaných pionýrů naší (a nejen naší) novodobější farmakologie, rozsetých v různých koutech světa, patří profesor Wenke mezi tu úplně první generační kaskádu. Z jeho životního curricula se dá vyčíst, že mládí prožil v Klatovech, kde se 9. září 1926 narodil a kde absolvoval reálné gymnázium. Maturoval těsně po osvobození naší vlasti od německé okupace v roce 1945. Měl tedy štěstí, že se mohl bezprostředně – bez studijního přerušení, které postihlo stovky či tisíce o něco starších maturantů – zapsat do prvého ročníku obnovené pražské lékařské fakulty. Patří tak k pamětníkům tehdejších „tzv. lucernovských“ studijních medicínských improvizací (díky šesitiletému uzavření našich vysokých škol se nahromadilo tolik posluchačů, že se přednášelo ve velkém sále pražské Lucerny). Odbornou asistenturu na mateřském farmakologickém ústavu, si však začal namlouvat již před tím jako studentský demonstrátor. Byl vůbec prvním z farmakologických elévů, který byl přijat do tehdy nově zřizované institucionální vědecké přípravy (vědecké aspirantury). Odbornou asistenturu na mateřském farmakologickém ústavu (na Lékařské fakultě Karlovy univerzity, později přejmenované na Fakultu všeobecného lékařství, a ještě později na 1. lékařskou fakultu UK) získal v roce 1953. Kandidátskou dizertaci obhájil v roce 1955 a brzy po té byl pověřen vedením Ústavu (po skonu dosavadního přednosty profesora MUDr. Bohuslava Poláka). Po habilitaci v roce 1960 byl potvrzen jako oficiální šéf ústavu. V jeho čele stál nepřetržitě až do svého odchodu do důchodu v roce 1990, čili unikátních 35 let. Doktorát věd obhájil v roce 1964, řádné profesury farmakologie dosáhl v roce 1965. Zahraniční vědecký „vandř“ absolvoval na univerzitách v americké Filadelfii a v německém Mainzu. Bylo to po celosvětovém farmakologickém kongresu, konaném v roce 1963 v Praze, který naši farmakologii natolik zviditelnil, že se – přes tehdejší politickou železnou oponu – hrnuly jmenovité nabídky zahraničních špičkových pracovišť na dlouhodobé stipendijní stáže pro nejednoho českého a slovenského farmakologa.

Mladý představitel našeho nejstaršího farmakologického ústavu velmi záhy osvědčil svou výzkumnou předvídatost a zachytil (již v padesátých letech) jednu z tehdy rezentně nastartovaných zásadních problematik obecné farmakologie – farmakon-receptorovou teorii. V jejím duchu koncepčně stmelil svěřený kolektiv na zkoumání vytypovaných interakčních mechanismů látek ovlivňujících vegetativní nervový systém. Postupně se mu tak podařilo vytvořit vědeckou školu, mezi jejíž významné výsledky patří například prioritní popisy postsynaptického výskytu adrenergických α_2 receptorů



(konkrétně v tukové tkáni nejen experimentálních primátů, ale i u člověka) nebo identifikace zvláštního charakteru adrenergických β -receptorů v tukové tkáni (pamatují se na Wenkeho iniciativu označovat je jako adrenergní γ -receptory; později byl pro ně prosazen název β_3 -receptory). Svým autorstvím či spoluautorstvím se podepsal na více jak dvoustovce statí publikovaných ve významných periodikách, a to až již ve formě koncizních faktologických experimentálních výsledků nebo širších přehledů. Rozvážností a cílevědomostí dokázal svůj pracovní tým dlouhodobě nejen stabilizovat, ale i „jak jen to šlo ochraňovat před vnějšími rušivými vlivy“. Bezprostředních vědeckých žáků, kteří vyšli z jeho laboratoří, je nemálo. Tři z nich obhájili doktorát věd, devět jich habilitovalo, jedenáct obhájilo kandidaturu věd. Napadlo mě využít této statí a pokusit se o jejich jmenovitý seznam. Mohl bych však některého neúmyslně opomenout, vzpomenu tedy alespoň Wenkeho nejbližšího spolupracovníka, již nežijícího doc. MUDr. Mirka Mráze, DrSc. (1923–2004).

V paměti generaci vysokoškoláků nejméně jednoho čtvrtstoletí, kteří byt jen na chvíli přičichli k farmakologii, se Max Wenke zafixoval především jako hlavní autor jednak opakovaně vydávané moderně pojaté farmakologické učebnice a jednak šířeji pojaté dvoudílné farmakologie. Měl jsem tu čest tato díla recenzovat, takže už při jejich tvorbě jsem si uvědomoval, jaké to pro něho bylo téměř sisyfovské martyrium koordinovat a ohýbat autorské kolektivy jednotlivých kapitol, složené ze zástupců farmakologických institucí od Šumavy až po zatatranství. Jedním z formálních výrazů neformálně uznávané vědecké autority profesora Wenkeho, daleko překračující farmakologické mantinely, bylo jeho zvolení členem České lékařské akademie v roce 2004.

Z relativně strohé faktologie jubilatova života-běhu se zdá, jakoby to byla přímočará procházka růžovým sadem podle rčení „veni, vidi, ...“, to „vici“ se pro vědu moc nehodí, tak bych v souvislosti s profesorem Wenkem Plutarchův citát Caesara modifikoval: „Přišel jsem, viděl jsem a udělal jsem, co jsem mohl“.

Na mezioborových seancích jsem se občas setkal s bonmotem, že farmakologové se dožívají vysokého věku, protože toho o lécích hodně vědí, a proto je neuvízají. Na příkladu

nedávno zemřelé profesorky Raškové (1913–2010) a jednoho z praotců české farmakologie, Purkyňova žáka profesora Karla Chodounského (1837–1931) se zdá, že je to spíše jedinečnost činnostního „spiritus movens“ neutuchajícího bez závislosti na věku. O tom, že i v tomto aspektu je profesor Wenke jejich důstojným pokračovatelem svědčí přehršle aktivit, do kterých se pustil i po svém odchodu z domovského ústavu. Farmakologickou kondici si nepřestal udržovat nejprve jako konziliář a pedagog na Psychiatrické klinice a v Patolo-fyziologickém ústavu 1. lékařské fakulty a na pražských farmakologických ústavech jak 2., tak 3. lékařské fakulty, a později jako výtečný překladatel zahraničních učebních textů (nejznámější z nich: H. Lüllmann, K. Mohr, M. Wehling: Farmakologie a toxikologie, 1999). Někdy okolo roku 1996, když už se po přesídlení do rodných Klatov pohyboval mimo laboratoře, zkusil dávat přednost svým „mimovědeckým“ af už literárním, nebo výtvarným koníčkům. Ty literární psal při své příslušné skromnosti „do šuplíku“ jen pro své nejbližší. Jedinou výjimkou jsou pohádkové glosy pro dospělá „Balada o hradu Blážištejně“, které pod tlakem těch, které nadchly, a i díky jejich parafrázování některých soudobých „absurdistů“ vyšly v roce 2009 knižně. Podobně ani Wenkeho výtvarné počiny nezůstaly utajeny. Ke zveřejnění došlo právě v letošním roce, když jeho západočestí umělečtí přátelé iniciovali v Klatovech jeho soubornou výstavu. Nazvali ji „Sochy do vánku“ (s podtextem: mezi vědou a sněním). Pár ukázek jsem viděl přes internet. Do úlohy erudovaného kunst-posuzovatele mám daleko, obdivuji tedy alespoň nejen fantasi ale i zručnost, s jakou se dá pro ztvárnění nápadu či víze ohnout, přetavit, přilepit, ... nejrůzněji vybraný materiál.

Na závěr tohoto holdu se neubráním několika hodně subjektivních řádků. Vzpomínám, jak jsem se na postu studentské vědecké síly probojoval na začátku padesátých let do tlupy farmakologů v pražském Purkyňově ústavu a jak mně tehdy padl do oka pan asistent Wenke nejen pro své vědecko-asketické vzezření, ale i pro střízlivé diskuzní kontradikce v tehdejších složitých celospolečenském klíse, které by – bez obšáhlejšího barvitého komentáře – současní vědečtí mladíci těžko chápali. V mezilidském slalomu té doby byl tak pro mě jedním z příkladů. Mnohem později jsme se vzájemně svěřili (a bylo to pro mě významné), že jsme ve svých „já“ naladění na hodně podobné noty. Svého času jsem se v jednom popularizujícím článku vyjádřil, že víc než plná almara metálů mě zahřeje, když občas vidím, jak se povedl některý z mých následovníků. Vzpomněl jsem si na tenhle citát jako na paralelu, když jsi mně, milý Maxi, nedávno napsal, že si víc než titulů ceníš, když tě někdo popláca po rameni a řekne, jaký jsi býval anebo jaký jsi pašák.

Vážený příteli a farmakologický spolubojovníku, Ty jsi nejen byl, ale věčně budeš pašák!

Tvůj Kytka, alias

prof. RNDr. Dr.h.c.
Jaroslav Květina, DrSc.

Rudolf Linc – 90 let

Dne 15. prosince se dožívá docent MUDr. Rudolf Linc 90 let. Morfologové mívají vysoký věk: Antonín Fingerland 99, Erickson Kent 95, Dagmar Benešová 94, Frederico Ruyschi 93, James Winslow 91, Antoni van Leeuwenhoek 91, patologický anatom Rudolf Vaněček překročil 95 roků. Mezi českými lékaři se Josef Švejcar dožil 100 roků, Helena Rašková 97, Vilém Laufberger 96, Jiří Král 96, Václav Tošovský 94, Zdeněk Mysliveček 93, Zdeněk Mařatka 96, Karel Hübschmenn 91, František Herles 91, Gabriela Divišová 91. V roce 1921 byla střední délka života 49,7 roků.

Doc. MUDr. Rudolf Linc se narodil 15. prosince 1921 ve Znojmě jako druhé dítě. Jeho rodiče byli putující herci, otec se stal ředitelem Moravského oblastního divadla, matka hrála ve Vinohradském divadle, starší sestra Libuše byla učitelka, bratr Vladimír defektolog, bratr Karel byl herec u E. F. Buriana a později ředitel Kladenského divadla. Tam někde byly geny pro vynikající mimořádnou paměť našeho oslavence. Vyrůstal ve skromných poměrech, vychovával ho dědeček, který jako námořník procestoval celý svět. R. Linc maturoval v Praze na gymnáziu v Libni v roce 1941 s výtečným prospěchem. Pedagogickou dráhu začal jako student dávající kondice z latiny svým vrstevníkům. Získal široké základy vzdělání, v oblasti historie, filozofie a kultury. Před studiem medicíny byl vybaven jazykově a v obecné biologii. Za okupace byl totálně nasazený do uhelných skladů. Za revoluce v roce 1945 stavěl barikádu na Libeňském mostě.

Studovat medicínu začal v legendárním roce 1945, kdy se improvizovaně přednášelo v masovém měřítku. Byla to horečná doba naplněná nadějami. Na medicíně byl velikou osobností tohoto období profesor anatomie Ladislav Borovanský, který skvěle přednášel, demonstroval v pitevně, zkoušel a podobně jako jiní profesori psal skripta. Pan Stanislav Macháček vytvářel v té době obrovské barevné anatomické obrazy, aby na ně bylo vidět i z dálky. Linc odhodil své záliby, téměř asketicky horečně studoval, zkoušky skládal s výtečným prospěchem. Studium ukončil v roce 1949, za neuvěřitelné za 4 roky, byl první z poválečných začínajících mediků. Již na samém začátku studia mu učarovala anatomie. Jeho zkouška se stala fakultní legendou, jedním řezem našel nervus peroneus, na mozku provedl šikmý řez, kde popsal jádra i mozkové komory.

Jeho znalosti byly tak vynikající, že mu profesor Borovanský ihned nabídl placenou funkci demonstrátora. Rudu jsem poznal při demonstraci. Měl před sebou mozek, dlouhý nůž, kterým mozek předpisově rozřezával, do toho na nás chrtil termíny, které jsme nestačili ani zachytit. Skončil svoji produkci jak houslový virtuos. V oné pohnuté době se stal ještě jako medik asistentem. Plně se zapojil do procesu pedagogického i badatelského. V té době z ústavu odchází Josef Zrzavý, Jaroslav Kos a Jaroslav Fleischmann. R. Linc byl ustanoven jako první asistent. Přednášel paralelně systematickou anatomii, na tabuli



dokonale kreslil barevnými křídami, zkoušel. Vedl prvé kroky pozdějších profesorů, jako byl Milan Doskočil, Ludmila Puzanová, Radoomír Čihák a Jiří Heřt. Oblíbený byl u dam i u mas. Spolupracoval s profesorem chirurgie Jiřím Divišem, který ocenil jeho syndrom neurenterochordální adheze, s profesorem Jaromírem Kurcem provedl operaci anomálie slzného aparátu, neurolog profesor Kamil Henner ho ocenil jako morfologického konzultanta, krátce spolupracoval i s chirurgem profesorem Arnoldem Jiráskem. Jeho aktivity směřovaly k habilitačnímu řízení. Byl v té době beze sporu nejlépe vybavený. Záludností kariéristů, kteří zneužili své funkce v KSČ, se podařilo Lince dostat mimo lékařskou fakultu. Hlavní strůjce Hrubý se později znemožnil svoji neschopností odbornou i lidskou.

V roce 1952 byl R. Linc pověřen prestižními přednáškami z plastické anatomie na Akademii výtvarných umění a na VŠUP, kde za první republiky přednášel profesor Karel Weigner, po revoluci v roce 1945 profesor Josef Zrzavý.

Na Akademii výtvarných umění působil 50 let na tři generace výtvarníků až do roku 2010, což je ve vysokoškolské výuce zcela ojedinělé. Pro výtvarníky sepsal učebnici „Technika figurální kresby“ (již dvě vydání) a připravil film „Plastika lidského těla“. Znalost reliéfu lidského těla vyžaduje hluboké znalosti. Absolventi uměleckých škol takové dřívě měli, samozřejmě uměli nakreslit či vymodelovat končetiny, dnes u tzv. konceptuálního umění, kdy se umění dematerializuje, jsou takové dovednosti podceňované, je tu přesun od fyzického k mentálnímu, „umělec“ může být obdařen totální dyschirií.

Linc vždy usiloval, aby poznatky anatomické a kineziologické byly využívány v praxi. Od roku 1953 vedl s profesorem chirurgie Václavem Davidem praktika z chirurgické a topografické anatomie. Linc začal přednášet s Fleischmannem v Ústavu pro vzdělávání profesorů tělesné výchovy, který byl později přeměněn na Institut tělesné výchovy a sportu. Linc se přihlásil na konkurz, který vypsal na docenturu anatomie a kineziologie děkan nově vzniklé FTVS, po posudku profesora Borovanského mu byla

docentura v roce 1959 udělena. Začala náročná výuka rehabilitačních pracovníků. Linc navázal na novém pracovišti na ontogenetické práce Borovanského a Otakara Hněvkovského, kteří před válkou sepsali monografii „K problematice růstu mládeže“.

V Kladruších byla zahájena výuka, pro kterou sepsal R. Linc příručku s vlastními ilustracemi. Ve výzkumu studoval řadu anatomických otázek, např. sezamské kůstky, arterii carotis interna, variace arteriae ophthalmicae, ve spojitosti s operacemi veny pulmonální. Řada prací byla antropologického charakteru. Setkávali jsme se v antropologické společnosti, témata si volil náročná, namnoze ontogenetického charakteru.

Linc suverénně zvládl kineziologii výborně využitelné při studium tělesné výchovy a baletu. Sepsal na padesát monografií (bližší údaje v knihovně FTVS). Pozoruhodná a dodnes používaná je hutná, fakty nabitá „Nauka o pohybu“, ve které ve spolupráci s malíři Bohuslavem Kutilem a Danuší Tichou vznikly vynikající didakticky cenné ilustrace. V Italském překladu „Anatomia umana applicata“ byla v roce 1981 oceněna jako kniha roku. Spolu s Fleischmannem sepsali české anatomické názvosloví, které se uplatňuje v soudních řízeních.

Napsal na 50 knih. Jeho knihy byly přeloženy do italštiny, chorvatštiny, ruštiny, slovenštiny. Rudolf Linc získal za svůj život řadu ocenění, jmenujme Čestné členství anatomické společnosti, Medaili FTVS, Zlatou medaili Akademie výtvarných umění, ale největšího ocenění se mu dostává od jeho vděčných žáků. Linc vzdělal stovky mediků, tisíce fyzioterapeutů, stovky výtvarníků, kteří dodnes vzpomínají na jeho lekce.

V posledních dvaceti letech našeho života se naše cesty protály, vznikla pracovní i lidská chiazma. Ruda jako konzultant se aktivně podílel na projektech historických lékařských výstav v Bruselu, v Národním muzeu, na historických publikacích, spolupracuje na připravovaném anatomickém slovníku. Jako „volontér“ přichází na katedru anatomie a biomechaniky FTVS, kde s mladickým zápalem uplatňuje své letité zkušenosti pedagogické při praktických demonstracích na preparátech.

Ruda není příkladem aktivního stáří, je příkladem aktivního života, který běží bez ohledu na kalendářní věk. Osobně je skromný, nenáročný, nekuřák, nikdy neholdoval alkoholu, má výraznou heterosexuální orientaci, při výšce 176 cm si udržuje přiměřenou hmotnost, vždy je pečlivě upravený, rázuje pěšky přes Nuselský most, je spolehlivě dochvilný, navštěvuje schůze lékařských společností, knihovny, výstavy svých žáků, každý den má naplněný diář akcemi.

Má samozřejmou moudrost danou zkušenostmi, je obdařen strídým optimismem, má smysl pro humor. Nelítá v oblacích, nemá rád ušlechtilé proklamace, akcentuje věci pozitivní, konkrétní, hmatatelné, nesporně prospěšné.

„Na letícím kameni mech nenaroste.“

prof. MUDr. Antonín Doležal, DrSc.
Gynekologicko-porodnická klinika
1. LF UK a VFN, Praha

Pokyny pro autory Časopisu lékařů českých

Časopis lékařů českých zpoplatňuje publikaci článků s dedikací grantového či jinak finančně podporovaného výzkumu a vývoje z veřejných zdrojů. Cena jedné černobílé tiskové strany v časopisu je 1800 Kč, barevné strany 2000 Kč včetně DPH a potřebnou částku lze čerpat z prostředků na tento výzkum.

Pokud si autor článku přeje uveřejnit dedikaci grantu, výzkumnému záměru apod. zašle na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, k rukám Marcely Havlíkové (tel./fax: 224 266 226, e-mail: havlikova@cls.cz) písemnou objednávku k publikaci práce, kterou je možné stáhnout z www.cls.cz – adresa: http://www.cls.cz/dokumenty/objednavka_publicace.doc. Částka bude fakturována ve fázi korektury a daňový doklad bude autorovi zaslán po zveřejnění článku. Rukopisy s dedikací bez objednávky budou sice redakci posuzovány, ale autor bude upozorněn na nutnost zaslání objednávky publikace. Pokud ani pak NTS objednávkou neobdrží, bude dedikace v korektuře vyškrtuta.

Na stejné [www stránce](http://www.cls.cz/dokumenty/prohlášení_autoru.doc) (adresa [adresa http://www.cls.cz/dokumenty/prohlášení_autoru.doc](http://www.cls.cz/dokumenty/prohlášení_autoru.doc)) naleznou autoři i prohlášení autorů, které podepsané všemi zúčastněnými autory zašlou na výše uvedenou adresu NTS. Prohlášení autorů je třeba poslat ke každému odbornému příspěvku do časopisu.

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Je vydáván Českou lékařskou společností J. Ev. Purkyně. Je časopisem interdisciplinárním a přísně vědeckým, publikujícím přehledové články a původní vědecké práce ze všech oborů medicíny. Přináší rovněž informace z jednání, sjezdů, abstrakta, recenze nejnovějších knih, kapitoly z dějin medicíny, osobní zprávy, kazuistiky, články o pre- i postgraduálním vzdělávání lékařů, odpovídá na odborné dotazy čtenářů aj.

Tyto Pokyny pro autory jsou v souladu s „Jednotnými požadavky na úpravu rukopisů určených k publikaci v lékařských a biologických časopisech“ (3. revize, 1988, Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals – publikovanými v plném překladu v Čas Lék čes 2000; 139(1): 31.

OBEČNÉ POŽADAVKY NA ÚPRAVU RUKOPISŮ

K publikaci v Časopisu lékařů českých může být přijat pouze **příspěvek, který nebyl a nebude publikován v jiném časopisu**. Výjimku tvoří pouze abstrakta vědeckých konferencí. **Rukopisy zasílejte pouze v elektronické formě. Soubory větší než 5 Mb pošlete na adresu vedoucího redaktora (viz níže) na elektronickém nosiči. Text v elektronické podobě graficky neupravujte!** Kromě emailové adresy korespondujícího autora uvádějte také telefonní číslo.

Při autorské korektuře není dovoleno měnit ani doplňovat text. **Korektury vracejte obratem, nejpozději však do 8 dnů od data odeslání z redakce.** Na pozdější autorské korektury nemůže být brán z časových důvodů zřetel.

MÍRY, HMOTNOSTI, JEDNOTKY

Výsledky chemických, fyzikálních i klinických vyšetření se uvádějí v jednotkách SI normy (Système international d'unités). Hodnoty pulzu, teploty a krevního tlaku je možné uvádět v konvenčních jednotkách.

NÁZVY LÉČIV

U léčivých specialit je nutné vedle výrobního názvu uvést i generický název.

ZKRATKY A SYMBOLY

Pokud je použita zkratka, musí před jejím prvním použitím v textu předcházet plný název. **V nadpisu a souhrnu zkratky nepoužívejte.** Na závěr příspěvku uveďte seznam zkratek s jejich vysvětlivkami v abecedním pořadí.

TABULKY

Rozsáhlé tabulky přeplněné daty nebudou přijaty. Každá tabulka musí být opatřena popisem, vysvětlivkami a symboly statistického hodnocení. **Odkaz na číslo tabulky** musí být uvedeno na příslušném místě v textu.

OBRAZOVÁ DOKUMENTACE

Obrázky, fotografie musí mít profesionální úroveň. **Pérovky, fotografie a výstupy z přístrojů přijímá redakce ve formátech tif, eps a jpg, grafy v programu Excel zpracované pro jednobarevný tisk.** Pokud jsou obrázky ve formátu jpg, je třeba užít velkého rozlišení (nejlépe kompresní poměr 10–12) z důvodů kvality. Názvy obrázkových souborů musí vycházet ze jména autora a čísla obrázku (např. MACEK1.tif). **Autor je povinen zbavit dokumentaci osobních iniciál pacienta.** Odkaz na číslo obrázku (grafu) musí být uvedeno na příslušném místě v textu.

V průvodním dopisu při zaslání rukopisu vedoucímu redaktorovi je nutné přesně uvést, **kteří obrázky mají být barevné**, a na výše uvedenou adresu NTS zaslat **písemný souhlas s platbou. Barevné strany** bez ohledu na to, kolik obsahují barevných obrázků, **autoři hradí z vlastních zdrojů** (2000 Kč za jednu tiskovou stranu). Je třeba uvést přesnou adresu plátce, v případě právnické nebo podnikající fyzické osoby také IČ a DIČ. **Obrazová dokumentace, která nebude mít tyto náležitosti, bude automaticky publikována černobíle.**

KLÍČOVÁ SLOVA

Tři až deset klíčových slov uveďte pod souhrnem/abstraktem. Užívejte termínů/hesel z Index Medicus (thesaurus MeSH).

LITERATURA

Smí obsahovat jen skutečné prameny, tj. publikace, na něž se autor v textu odvolává. Nesmějí se uvádět práce jen z důvodů formálních. **Citace uvádějte v pořadí, v jakém se vyskytují v textu.** V textu citace vyznačte číslem v závorce, např. (1). Vyhybejte se odkazům na abstrakta; tzv. „nepublikovaná pozorování“ a „osobní informace“. Správnost odkazu (citace) by měla být ověřena. **Při citacích upřednostňujte domácí autory a publikace před zahraničními.**

Příklady citací monografické publikace (1), příspěvku v monografické publikaci (2), ve sborníku (3), článku v časopisu (4), na internetu (5):

1. Dominik J, Žáček P. Chirurgie srdečních chlopní (... nejen pro kardio-

chirurgie) ve 200 vyobrazeních. Praha: Grada Publishing 2008.

2. Jiskra J. Autoimunitní polyorgánové syndromy. In: Límanová Z, et al. *Trendy soudobé endokrinologie, Štitná žláza*. Praha: Galén 2006; 227–237.

3. Dunovský J. Umluva o právech dítěte a práva dětí v České republice. In: *Sborník z 1. mezinárodní konference o dětských právech*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU 2003; 5–15.

4. Goetz P, et al. Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky. *Čas Lék čes* 2008;147: 159–161.

5. Horák J. Standardní diagnostický a terapeutický postup u genetické (hereditární) hemochromatózy. [http://www.ceska-hepatologie.cz/index.php? node=43](http://www.ceska-hepatologie.cz/index.php?node=43)

POUŽITÍ CIZÍCH MATERIÁLŮ

Materiály (schémata, obrázky, grafy aj.) převzaté z jiných pramenů/publikací mohou být publikovány pouze s písemným souhlasem osoby/nakladatelství, které mají příslušné autorské/nakladatelské právo (copyright ©). Vyžádejte si svolení i od autorů prací v tisku, nepublikovaných dat, příp. osobního sdělení. Písemné potvrzení zašlete NTS spolu s prohlášením autorů (viz výše).

ETICKÉ ASPEKTY

Je-li referováno o pokusech na lidech, přiložte čestné prohlášení, že studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. **Zásadně neuvádějte na ilustrujícím materiálu jména nebo iniciály nemocných nebo nemocniční či protokolová čísla.** U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat, nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu místní etické komise.

KONFLIKT ZÁJMŮ

Autor má povinnost oznámit redakci podporu firmy, jejíž produkt v práci použil. Předpokládá se, že autoři přehledových farmakoterapeutických článků nejsou finančně zainteresováni (nebo konkurenti) ve společnosti/firmě, o jejímž výrobku v článku referují. Všechny informace tohoto druhu, které budou redakci svěřeny, budou drženy v tajnosti.

PRÁVO K UVEŘEJNĚNÝM PŘÍSPĚVKŮM

Česká lékařská společnost má k uveřejněným příspěvkům výlučné nakladatelské právo. Za informování autorů v tomto smyslu zodpovídá vedoucí redaktor.

ÚPRAVA JEDNOTLIVÝCH TYPŮ ČLÁNKŮ

AKTUÁLNÍ TÉMA, PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK, FARMAKOTERAPIE, KAZUISTIKA, SPECIÁLNÍ SDĚLENÍ

Titulní strana: krátký, výstižný název práce; celá jména autora/ů; úřední název pracoviště, město, popř. země.

Souhrn: česky a anglicky, max. rozsah 200 slov bez vnitřního členění, zakončeno 3–10 klíčovými slovy.

Vlastní text – seznam použitých zkratek – literatura.

Adresa pro korespondenci: celé jméno s tituly, adresa, fax a e-mail prvního autora.

PŮVODNÍ PRÁCE, VYŠETŘOVACÍ METODY

Titulní strana: krátký, výstižný název práce; celá jména autora/ů; úřední název pracoviště, město, popř. země.

Strukturovaný abstrakt: česky a anglicky, max. rozsah 200 slov s následujícím členěním:

Východisko: 2–4 věty charakterizující stav problému, 2–3 věty udávající cíl práce.

Metody a výsledky: charakteristika sledované skupiny, použité metody. Nejvýznamnější výsledky, vyjádřené numericky s udáním statistické významnosti. Závěry: co z dané studie vyplývá.

Klíčová slova: 3–10 slov.

Vlastní text – metody – výsledky – diskuze – seznam použitých zkratek – literatura.

Adresa pro korespondenci: celé jméno s tituly, adresa, fax a e-mail prvního autora.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ

Všechny rukopisy typu původní práce a vyšetřovací metody jsou od 1. ledna 2008 redakci přijímány pouze s anglickým překladem, který dodá autor. Článek v angličtině podléhá stejným požadavkům recenzentů jako článek v češtině a po proběhlém recenzním řízení a případných úpravách bude uveřejněn v anglické mutaci časopisu na internetu. Redakce překlady nezařizuje, vyhrazuje si však právo nekvalitní překlad vrátit autorovi k přepracování.

ZPRÁVY ZE SJEZDŮ, DĚJINY LÉKAŘSTVÍ, DOPISY REDAKCI, DISKUZE

Titulní strana: krátký, výstižný název práce; celá jména autora/ů; úřední název pracoviště, město, popř. země.

Vlastní text

Adresa pro korespondenci: celé jméno s tituly, adresa, fax a e-mail prvního autora.

U VŠECH FOREM RUKOPISŮ

Pod seznam použité literatury se uvádí informace o případné podpoře grantem (plný název agentury a číslo grantu), dále přesná adresa pracoviště.

Každý rukopis je hodnocen redakcí a prochází zdvojeným recenzním řízením. Nepřijaté práce jsou na vyžádání vráceny zpravidla do 3 měsíců.

Redakce nepřijímá práce: které neodpovídají uvedeným požadavkům; které byly nepříznivě posouzeny recenzenty; jestliže redakce v poslední době práci stejného tématu přijala nebo již publikovala; není-li v záměru redakce a posláním časopisu danou problematiku publikovat; pokud k článku charakteru původní práce či vyšetřovacích metod není přiložen anglický překlad.

Rukopisy vyhovující uvedeným požadavkům zasílejte na adresu vedoucího redaktora: prof. MUDr. Jirí Horák, CSc.

I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, e-mail: horak@fnkv.cz

Instruction to the Authors the Journal of Czech Physicians

Journal of Czech Physicians charges publication of articles with a dedication to a grant or otherwise supported research and development from the public sources. One page of the black-white journal page costs 1800 CZK, the colour page 2000 CZK, including VAT which can be drawn from the specified public sources.

If authors wish to publish the grant support, research plan support, etc., they should send a written order (available at address: http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych?&confirm_rules=1) to the address: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, Marcela Havlíková (tel./fax: 224 266 226, e-mail: havlikova@cls.cz). The invoice will be send with the proofs; the tax certificate will be send after the issue is printed. Manuscripts with the dedication but without the accompanying order will be evaluated by the editorial board, but the author will be notified about the obligation to send the order. If publisher does receive the order, the dedication will be erased during proofreading.

At the same www page (http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych?&confirm_rules=1) authors can find **Authors' statement** which should be signed by all authors and send to the address of the publisher. **Authors' statement** should be attached to each scientific article.

JOURNAL OF CZECH PHYSICIANS

Is published by the Czech Medical Association of Jan Evangelista Purkyně. It is a multidisciplinary journal, strictly scientific which brings review articles and original contributions from all fields of medicine. It also brings information on the meetings, congresses, abstracts, book reviews, chapters from the history of medicine, personal information, casuistics, articles about the pre- and postgradual medical education, answers for specialized questions of readers etc.

This Instructions for Authors are in accordance with "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (3rd revision, 1988, Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals – published in full translation in *Čas Lék čes* 2000; 139(1): 31.

GENERAL REQUIREMENTS FOR THE LAYOUT OF THE MANUSCRIPT

Accepted for publication in the Journal of Czech Physicians can be only the **manuscript not simultaneously being considered by other journals**. Exception is the abstract from scientific conferences.

Manuscript should be submitted only in an electronic form. Files larger than 5 Mb should be mailed to the Editor in Chief (address see below) using an electronic medium. Electronic text should not be graphically formatted. Along with e-mail address of the corresponding author, the phone number should be added.

During proofreading authors cannot change or extend the text. **The corrected proofs should be send immediately (not later than the 8th day) back to the Editorial Office.** Retarded proofs cannot be considered.

UNITS OF MEASUREMENT

Results of the chemical, physical and clinical examination should be reported in SI form units (Système international d'Unités). Values of the heart rate, temperature, and blood pressure can be reported in conventional units.

NAMES OF DRUGS

Drugs should be referred to by their brand names along with their generic names.

ABBREVIATIONS AND SYMBOLS

When an abbreviation is first used, the word in full, followed by the abbreviation in parentheses should be given. Avoid using abbreviations in the title and abstract. Alphabetical list of abbreviations along with their explanation should be given at the end of manuscript.

TABLES

Extensive tables with many data will not be accepted. Include table title, footnotes and symbols of statistical evaluation. Tables should be numbered and the number should be referred in the corresponding part of the text.

FIGURES

Illustrations and photographs should reach the professional level. **Line drawings, photos and instrument outputs are acceptable only in file formats: TIF, EPS, JPG, and graphs from the Excel program processed for single-coloured print.** To preserve the quality, figures in JPG format should be of the highest resolution (the best is the compression rate 10-12). Titles of figure files should root from the author's name and the figure number (e.g. MACEK1.tif). **Names and initials of the referred patients have to be erased. Figures (graphs) should be numbered and the number should be referred in the corresponding part of the text.**

In the accompanying letter to the Editor in Chief, author has to state which figures should be in colour and for the above given Editor's address the written consent with the payment must be send. **Colour pages**, regardless how many figures they include, **must be covered by authors** (2000 Kc for a single printing page). The exact address of the payer should be included and payers of the physical or legal entity have to include their personal or VAT identification number. Figures not fulfilling the requirements will be published in blacked-white mode.

KEY WORDS

Three to ten key words for indexing purposes should be supplied below the abstract. Use terms/phrases taken from Index Medicus (thesaurus MeSh)

REFERENCES

Only authentic sources referred to in text can be cited. No formal references should be included. **In the text, references should be cited using Arabic numerals in parentheses in the order in which they appear.** Avoid references to abstracts, unpublished data and personal communications. Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for the correct text citation.

Examples of reference styles: from a book (1), chapter in a book (2), proceedings (3), journal article (4), online article (5).

1. **Domínek J, Záček P.** Chirurgie srdečních chlopní (... nejen pro kardiologii) ve 200 vyobrazeních. Praha: Grada Publishing 2008.

2. **Jiskra J.** Autoimunitní polyorgánové syndromy. In: Límanová Z, et al. Trendy soudobé endokrinologie, Štitná žláza. Praha: Galén 2006; 227–237.

3. **Dunovský J.** Úmluva o právech dítěte a práva dětí v České republice. In: Sborník z 1. mezinárodní konference o dětských právech. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU 2003; 5–15.

4. **Goetz P, et al.** Hrozí zneužití – diskreditace lékařské genetiky. *Čas Lék čes* 2008;147: 159–161.

5. **Horák J.** Standardní diagnostický a terapeutický postup u genetické (hereditární) hemochromatózy. <http://www.ceska-hepatologie.cz/index.php?node=43>

THE USE OF FOREIGN MATERIAL

Material (diagrams, figures, graphs) taken from another sources/publications can appear only with a written consent of the author/publisher who is in possession of the copyright (copyright ©). Ask the authors of papers in print, unpublished data or personal communications for the consent. Send their written approval to the publisher together with the Authors' statement (see above).

ETHICAL ASPECTS

To all manuscripts reporting data from studies involving human participants, approval of an appropriate institutional ethics committee must be added. **In the presented material names, initials of patients, hospital or protocol numbers should be avoided.** When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed or include the statutory declaration on the institutional review body's approval

CONFLICT OF INTEREST

Author must disclose any funding from a company whose products were used in the study. Authors of the review articles on pharmacotherapy are expected not to have any financial interests (or a concurrency) in the company whose products are referred. All information provided to the Editors will be kept confidential.

REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPT FORMATS

CURRENT TOPICS, REVIEW ARTICLE, PHARMACOTHERAPY, CASUISTICS, SPECIAL CONTRIBUTIONS

Title page: short concise name of the article, full name of author/authors; institutional affiliations, city and country.

Summary: identical Czech and English versions, maximal extend 200 words, no internal division, should be followed by 3 to 10 key words.

Text of the article – list of abbreviations – references.
Address of the corresponding author: full name and titles, address, fax number, e-mail address.

ORIGINAL ARTICLE, EXAMINATION METHODS

Title page: short concise name of the article, full name of author/authors; institutional affiliations, city and country.

Structured abstract: identical Czech and English versions, maximal extend 200 words, with the following headings:

Objective: 2 to 4 sentences providing the context or background for the study, 2 to 3 sentences characterizing the aim of the study

Methods and results: characteristics of the studied cohort, methods used, principal results expressed in the numeric form, the level of significance

Conclusions: should include an evaluation of the study and areas for further research

Key words: 3 to 10.

Text of the article – methods – results – discussion - list of abbreviations – references.

Address of the corresponding author: full name and titles, address, fax number, e-mail address.

IMPORTANT NOTICE

Since January 1, 2008 Editorial board will accept all manuscripts of the primary studies type and examination methods only with English translation supplied by the author. English manuscript should follow the requests of reviewers similarly as the Czech version and after the editorial procedure and corrections it will be published in the English version of the journal at Internet. Editors do not provide translations but they reserve the right to return translations of the inferior quality for revision.

INFORMATION FROM CONGRESSES, HISTORY OF MEDICINE, LETTERS TO THE EDITOR, DISCUSSION

Title page: short concise name of the article; full name of author/authors; institutional affiliations, city and country.

Text of the article

Address of the corresponding author: full name and titles, address, fax number, e-mail address.

IN ALL MANUSCRIPT CRIPTFORMATS

In all types of manuscripts after the references information on the grant support (full name of the agency, number of the project) should be given together with the full address of the affiliate institution.

Each manuscript is evaluated by the editorial board and reviewed by two expert reviewers. Not accepted manuscripts are commonly returned within 3 months.

Editors can refuse the manuscript that does not correspond to the published instructions; those negatively reviewed; when editors recently accepted or published another manuscript in the same topics; if the studied subject does not meet the aims of the Journal or editors.

All manuscripts meeting the given requirements should be send for the address of the Editor in Chief:

prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.
I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
e-mail: horak@fnkv.cz

Laureáti Nobelovy ceny

V roce 1970 získali Nobelovu cenu za fyziologii nebo medicínu tři badatelé v oblasti nervového přenosu – britský biofyzik Bernard Katz, švédský fyziolog a farmakolog Ulf Svante von Euler a americký biochemik Julius Axelrod.

BERNARD KATZ

(1911–2003)

V běloruském Mogilevu se v roce 1882 narodil Morduch alias Max, jedno z 15 dětí ze druhého manželství židovského obchodníka s kožešinami Davida Katze. Po otcově vzoru začal i Max obchodovat s tímto artiklem, ale už v roce 1904 odešel na Západ, usadil se v Lipsku, tehdy světovém středisku obchodu s kožešinami, a na Nikolaistrasse 31 otevřel svůj podnik. V roce 1909 se ve Vídni oženil s dvacetiletou rodačkou z Varšavy Eugenií, dcerou Bernharda Rabinowitze, a 26. března 1911 se stal otcem jediného dítěte, rovněž Bernharda. Rodina bydlela v patře nad pekárnou v domě č. 13 na lipské König-Johann-Strasse.

Max Katz zůstal poddaným ruského cara Mikuláše II., za první světové války tedy pro Německo nepřátelským cizincem, to však nebránilo jeho podnikání a nic ho proto nenutilo podstupovat v Německu složitou proceduru naturalizace. Po říjnové revoluci v roce 1917 rodina ruské občanství ztratila, když o sovětské nepožádala. Později získali Katzovi tzv. Nansenův pas pro uprchlíky.

Maxův a Eugeniin syn Bernhard prožil v rodném Lipsku celé dětství. V letech 1917–1921 tu navštěvoval základní školu, v roce 1921 složil s vynikajícím výsledkem přijímací zkoušku na Schillerovo reálné gymnázium, nebyl však přijat s výmluvou, že při velkém návalu přihlášek nemohou brát cizince. Vystudoval pak chlapecké Gymnázium krále Alberta čili Albertinum. Mnoho času přitom strávil v lipských kavárnách nad šachovnicí, přesto byl ve třídě nejlepší – jeden ročník dokonce přeskočil – a přitom zůstal skromný a zdvořilý. Tehdy začal ve škole vnímat své postavení Žida, navíc z Východu, bral je však věcně jako součást života, aniž tušil, že občanem se stane až ve 30 letech a v Německu to nebude.

Po maturitě v roce 1929 pomýšlel zpočátku na studium filozofie a literatury i na únik před antisemitismem do nějakého palestinského kibucu. Nakonec se zapsal na lékařskou fakultu v Lipsku, ale emigraci ani pak z hlavy nepouštěl a vstoupil do studentského sionistického spolku haTikva (Naděje). Anatomii a histologii ho učil prof. Hans Held, obhájce hypotézy syncytia nervové soustavy proti Cajalově neuronové doktríně. Fyziku přednášel Nizozemec prof. Peter Debye, pozdější laureát No-

belovy ceny za chemii pro svůj přínos poznání stavby molekul. Nejráději však Bernhard docházel do Sigeristova Ústavu dějin lékařství a do Fyziologického ústavu, jehož přednosta prof. Georg Eduard Martin Gildemeister zkoumal místní podráždění myelinizovaných nervových vláken.

Bernhard se v Gildemeisterově ústavu brzy zapojil do výzkumu. V roce Hitlerova převzetí vlády 1933 si zde vysloužil cenu Siegfrieda Gartena za fyziologickou práci podepsanou árijsky znějícím pseudonymem Johann Müller, načež Gildemeister mušel udělení ceny neárijskému studentovi veřejně odvolat a peněžní obnos mu předat tajně. Katz byl tehdy předsedou haTikvy, ale vedení univerzity ho donutilo vzdát se činnosti ve spolku. Na fakultě ubývalo slušných lidí. Held, který nevstoupil do NSDAP, byl v roce 1934 předčasně penzionován.

Tehdy bylo v univerzitní knihovně ještě možné číst britský časopis *Nature*. Bernhard tam našel článek laureáta Nobelovy ceny profesora Archibalda Viviana Hilla, odsuzující pronásledování jeho kolegů v Německu nacistickým režimem, i následnou Hillovu polemiku s nacistickou vědeckou veličinou Starkem, a umínil si, že udělá všechno, aby mohl pracovat v Hillově londýnské laboratoři. V létě 1934 proto s turistickou propustkou na 24 hodiny zajel do Československa, v karlovarském hotelu vyhledal chemika a předáka sionistického hnutí Chaima Weizmanna a po dlouhém rozhovoru odjížděl s jeho příslibem finanční podpory pro začátek pobytu v Londýně. V listopadu 1934 složil státní zkoušky a u Gildemeistera dopsal doktorskou práci o sezonní variaci permeability membrány žabiho svalu, měřené Wheatstoneovým můstkem (Jahreszeitliche Einflüsse auf Permeabilität und Stoffwechsel des Kaltblütermuskels. *Pflügers Arch* 1934; 234: 492–509) – jedinou žádost o reprint mu poslal jistý Ulf von Euler z Hillovy laboratoře. Od konce roku 1934 se Katz v Eitingonově židovské nemocnici cvičil v interně a chirurgii a v únoru 1935 s doporučujícím dopisem od Gildemeistera a 4 librami v kapse rodné Lipsko i Německo s jeho norimberskými zákony opustil.

Přistání v anglickém Harwichi prožíval jako znovuzrození. Nazířel byl profesorem Hillem v biofyzikálním oddělení Fyziologického ústavu londýnské University College přivítán velmi srdečně, a přestože svůj zájem o práci u něho neměl čím doložit, Hill ho „pokusně“ přijal. Nový život začal Katz i pravopisnou úpravou jména – Bernhard se stal Bernardem (pro přátele však prostě BK).

V roce 1935 se na zasedání Fyziologické společnosti v Cambridgi spřátelil s oxfordským Johnem Ecclesem. Ten se pak v srpnu 1937 vrátil do rodné Austrálie jako přednosta oddělení sydneyského Kanematsu Memorial Institute for

Pathology, brzy nato se ozval s pozváním a Katz, poté co v roce 1938 získal doktorát filozofie a stipendium a v roce 1939 se mu podařilo dostat rodiče z Německa, odplul s nimi v létě téhož roku do Austrálie. Nedlouho předtím přišel z Vídně k Ecclesovi Stephen W. Kuffler, a tak vznikla skvělá trojice výzkumníků nervosvalového přenosu, v níž Eccles hájil elektrickou hypotézu a Katz hypotézu chemického přenosu (Electric Potential Changes Accompanying Neuro-Muscular Transmission. *Biological Symposia* 1941; 3: 349–370; s Ecclesem a Kufflerem).

Jako cizinec bez státní příslušnosti byl BK odmítnut, když chtěl v roce 1940 vstoupit do řad Královského australského letectva. O rok později britské občanství získal, ale teprve po japonském útoku na Pearl Harbor, po japonské invazi do Malajsie a pádu Singapuru byl konečně do armády přijat. Čerstvý doktor věd londýnské univerzity pak od října 1942 do března 1943 na Goode-noughově ostrově u Nové Guinee velel dvacítku mužů pohyblivé radarové jednotky střežící prostor nad Papuou a severní Austrálií, načež až do podzimu 1945 pracoval v radiofyzikální laboratoři univerzity v Sydney na vývoji radarového transpondéru a k tomu na částečný úvazek i v Kanematsu Memorial Institute for Pathology s Kufflerem, poté co Eccles byl povolán jako profesor fyziologie na novozélandskou otažskou univerzitu.

Dne 27. října 1945 se BK oženil se čtyřiaadvacetiletou redaktorkou rozhlasového vysílání pro děti Marguerite Penlyovou z Cremorne v Novém Jižním Walesu, kterou poznal na cremornském tenisovém kurtu. Brzy nato, právě když zvažoval nabídku docentury fyziologie na Melbournské univerzitě, pozval ho profesor Hill zpátky do Londýna jako svého zástupce pro biofyzikální výzkum. BK se účastnil budování nového biofyzikálního ústavu a v Mořské biologické laboratoři v Plymouthu zahájil plodnou spolupráci s Alanem Hodgkinem a Andrewem Huxleyem na výzkumu iontových proudů tvořících akční potenciál v obřím axonu olivně (Ionic Currents Underlying Activity in the Giant Axon of the Squid. *Arch Sci Physiol* 1949; 3: 129–150; s Hodgkinem a Huxleyem). V Londýně zpočátku obývali manželé Katzovi horní patro Hillova domu, od roku 1948 pak bydleli v Kenton Gardens při téže lince metra jako University College. Marguerite alias Rita dala manželovi dva syny: praktického lékaře Davida (1947) a klasického filologa Jonathana (1950).

Po odchodu profesora Hilla na odpověď v roce 1952 byli za kandidáty na jeho nástupce považováni Hodgkin, Huxley a BK. Hodgkin však chtěl zůstat v Cambridgi a Huxley byl příliš mlád, a tak profesorem biofyziky londýnské Univerzity College byl jmenován Bernard Katz. Pod jeho vedením se Biofy-

zikální ústav stal vrcholným střediskem biomedicíny, v němž se BK obklopil výjimečnými spolupracovníky, jako byli Fatt, del Castillo, Thesleff a Miledi.

S Paulem Fattem BK už na jaře 1950 **objevil, že oblast nervosvalové ploténky kosterního svalu je místem spontánní elektrické aktivity působené uvolňováním multimolekulárních kvant acetylcholinu z nervového zakončení, zároveň tak objevil kvantovou povahu uvolňování mediátoru** (Membrane Potentials at the Motor Endplate. *J Physiol* 1950; 111: 46–47P; s Fattem), v dalších pracích předkládal alternativní hypotézy k vysvětlení kvantového efektu: s Fattem **vyslovil hypotézu aktivní zóny** (Spontaneous Subthreshold Activity at Motor Nerve Endings. *J Physiol* 1952; 117: 109–128; s Fattem) a **hypotézu exocytózy** (ibidem), s Josém del Castillem **měchyřkovou hypotézu** (Action, and Spontaneous Release, of Acetylcholine at an 'Inexcitable' Nerve-Muscle Junction. *J Physiol* 1954; 126: 27–37; s del Castillem), se Stephenem Thesleffem **navrhl model pro desenzibilizaci receptoru** (A Study of the 'Desensitization' Produced by Acetylcholine at the Motor Endplate. *J Physiol* 1957; 138: 63–80; s Thesleffem). Během čtvrtstoletí spolupráce s Ricardem Miledim se vrátil k uvolňování mediátoru ve studiích s fokální kalciovou pipetou, **prokázal, že v nepřítomnosti extracelulárního vápníku prochází nervový vzruch do zakončení nervu, ale nedokáže spustit uvolňování mediátoru, tudíž prokázal klíčovou roli vápníku v procesu uvolňování** (The Effect of Calcium on Acetylcholine Release from Motor Nerve Terminals. *Proc R Soc Lond B* 1965; 161: 496–503; s Miledim). S Ricardem Miledim **objevil, že membránový šum působený acetylcholinem odráží otvírání a zavírání jednotlivých kanálků v membráně ploténky** a nepatrné stochastické fluktuace membránového potenciálu při stejnoměrné aplikaci acetylcholinu plynou z okamžitých variací počtu otevřených kanálků. Analýzou spektrální hustoty šumu odvodil základní vlastnosti iontových kanálků otevřených acetylcholinem a jeho analogy (Membrane Noise Produced by Acetylcholine. *Nature* 1970; 226: 962–963; s Miledim).

V roce 1970 dostali Nobelovu cenu za fyziologii nebo medicínu Bernard Katz, švédský fyziolog a farmakolog Ulf Svante von Euler a americký biochemik Julius Axelrod „za své **objevy týkající se humorálních přenašečů v zakon-**

čeních nervů a mechanismu jejich skladování, uvolňování a inaktivace“.

Na slavnostním shromáždění ve Stockholmu 10. prosince 1970 je představil profesor farmakologie Karolinského institutu a člen Nobelova výboru Börje Uvnäs. Řekl, že jejich dílo má počátek v již dříve oceněném Daleově a Loewiho objevu chemické povahy přenosu nervových vzruchů, vedoucím ke zrodu neurochemie a neurofarmakologie i nových otázek a k jejich zodpovězení zásadně přispěl každý z trojice laureátů: Katz zaměřený na elektrické děje při indukci svalového stahu vzruchy v motorickém nervu prostřednictvím nervosvalové ploténky prokázal objevem miniaturních ploténkových potenciálů, že přenašeč vzruchů mezi motorickým nervem a nervosvalovou ploténkou – acetylcholin – je z nervových zakončení uvolňován v malých kvantech. Euler při studiu sympatického nervstva určil, že adrenergním přenašečem je noradrenalin, s Nils-Åkem Hillarpem později prokázal, že noradrenalin je v nervech syntetizován a skladován v granulech o průměru jedné desetitisíciny milimetru, a významně přispěl ke studiu vlastností těchto tělísek. Axelrod, který zkoumal hlavně osud noradrenalinu po uvolnění z nervových zakončení, objevil a studoval enzymatickou inaktivaci přenašeče metylací a především prokázal reabsorpci noradrenalinu nervovými zakončeními jako rychlý, účinný a hospodárny způsob zkrácení účinku nervového vzruchu. Základním výzkumem podstaty chemického procesu nervového přenosu se trojice badatelů zasloužila o významný pokrok v teoretické medicíně i v léčebné praxi u nervových chorob periferního i centrálního původu. Dne 12. prosince 1970 měl Bernard Katz nobelovskou přednášku (On the Quantal Mechanism of Neural Transmitter Release. Nobel Lecture 1970. In: *Les Prix Nobel*. Stockholm: Almquist and Wiksell International 1970; 485–492).

Z Biofyzikálního ústavu londýnské Univerzity koleje, jež učinil světovým střediskem fyziologie a biofyziky, odešel BK v roce 1978 na odpočinek jako profesor emeritus. Když jeho nástupce Ricardo Miledi po 5 letech zamířil do Kalifornie a slavný ústav po 31 letech zanikl, sešla se v Londýně stovka Katzových přátel a žáků z let 1952–1984 k projevu vděčnosti za vše, co se u něho v Biofyzikálním ústavu naučili. BK pak spolupracoval hlavně se Semirem Zekimem a často přednášel ve světě, většinou doprovázen Ritou. Jejich poslední společ-

ná cesta o prázdninách 1994 vedla do Schwarzwaldu. Půvabným příspěvkem rozmnožil BK řadu neurovědeckých autobiografií (Sir Bernard Katz. In: Squire LR. (ed.) *The History of Neuroscience in Autobiography*, volume 1. Washington, DC: Society for Neuroscience 1996; 348–382).

V roce 1997 byla paní Katzová převezena do pečovatelského ústavu v neďalekém Stanmore. BK za ní denně dojížděl autobusem, aby jí předčítal z románů Jane Austenové. Po Ritině skonu 7. ledna 1999 ztratil zájem o mnohé ze svého dosavadního programu, nadále však několikrát týdně docházel do Fyziologického ústavu za Semirem Zekimem i dalšími. Ve svém domě v Kenton Gardens žil profesor Katz sám až do ledna 2003, kdy byl hospitalizován u sv. Vincenta v Londýně a tam 20. dubna 2003 zemřel.

LITERATURA

1. **Bennett M.** Obituary: Sir Bernard Katz (1911–2003). *J Neurocytol* 2003; 32: 431–436.
2. **Colquhoun D.** Professor Sir Bernard Katz. Biophysicist Who Arrived in England with £4 and Went on to Win a Nobel Prize. *The Independent* 2003; Saturday 26 April: 19.
3. **Cull-Candy S, Jenkinson D.** Bernard Katz 1911–2003: Obituary. *Nat Neurosci* 2003; 6(7): 659–660.
4. **Heuser J.** Retrospective. My Little Spontaneous Blips. *Science* 2003 May 23; 300(5623): 1248.
5. **Katz B.** Sir Bernard Katz. In: Squire LR. (ed.) *The History of Neuroscience in Autobiography*, volume 1. Washington, DC: Society for Neuroscience 1996; 348–381.
6. **McMurray EJ. (ed.)** Notable Twentieth-Century Scientists. New York: Gale Research Inc. 1995; 2: 1071–1072.
7. **Nicholls JG, Hill OW.** Bernard Katz: His Search for Truth and Beauty. *J Neurocytol* 2003; 32(5–8): 425–430.
8. **Sakmann B.** Bernard Katz. 26 March 1911 – 20 April 2003. *Biogr Mem Fell R Soc* 2007; 53: 185–202.
9. **Sodomka L, Sodomková Magd., Sodomková Mark.** Kronika Nobelových cen. Praha: Euromedia Group k. s. – Knižní klub 2004; 336–337.
10. **Wasson T. (ed.)** Nobel Prize Winners. New York: The H. W. Wilson Company 1987; 536–538.

MUDr. Pavel Čech
Kabinet dějin lékařství 3. LF UK
Ruská 87, 100 00 Praha 10
e-mail: pavel.cech@lf3.cuni.cz

REJSTŘÍK

ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Vydává Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně

Vedoucí redaktor

prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.

Ročník 150
2011

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. EV. PURKYNĚ, PRAHA

AUTORSKÝ REJSTŘÍK

ÚVODNÍK

Bartoš V. IKEM – odborné, politické a další souvislosti vzniku a dosavadního vývoje	5
Čáp P. Úvodník – Dvacet let Nemocnice na Homolce	207
Dbalý V. Nemocnice na Homolce – dvacet let špičkové medicíny	208
Horák J.	371
Malý J. IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny – na prahu páté dekády úspěšné existence	3

AKTUÁLNÍ TÉMA

Brdička R. viz Franková V.	
Franková V, Těšínová J, Brdička R. Národní databáze genotypů – etické a právní aspekty	372
Holčík J. Perspektivy péče o zdraví a zdravotnictví	475
Těšínová J. viz Franková V.	

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Adamec M. viz Hyánková O.	
Bartůněk M. viz Kolombo I.	
Benešová M. Antitrombotická terapie po operacích chlopní – současná doporučení a budoucí trendy	229
Beránek M. viz Dubská L.	
Bóday A. viz Dubská L.	
Burša F, Olos T, Pleva L, Kula R, Jahoda J, Procházka V, Kopáček I. Sledování metabolismu v intenzivní péči pomocí mikrodialýzy	605
Czinner P. viz Šlais M.	
Černohorský S. viz Kolombo I.	
Čihák R. viz Peichl P.	
Dbalý V. viz Malíková H.	
Demlová R. viz Dubská L.	
Dolejší M. Nové poznatky v problematice divertikulární choroby tračnicku	651
Doubek M. viz Tvarůžková Z.	
Drábek J. viz Dubská L.	
Drastíková M. viz Dubská L.	
Dubská L, Vyskočilová M, Nenutil R, Valík D, Knoflíčková, Fabian P, Kocáková I, Demlová R, Beránek M, Drastíková M, Vošmiková H, Bóday A, Horká K, Šimová J, Drábek J, Ehrmann J ml., Hajdúch M, Matějčková M, Šíma R, Tvrdlík D, Povýšil C, Ryška A. Vyšetření mutačního statutu genu KRAS jako součást algoritmu léčby metastatického kolorektálního karcinomu	321
Dušková J. viz Krechler T.	
Dvořáček L. viz Šlais M.	
Dvořáček L. viz Štádl P.	
Ehrmann J ml. viz Dubská L.	
El Samman K. viz Štádl P.	
Fabian P. viz Dubská L.	
Fišar Z, Hroudová J, Raboch J. Biochemické mechanismy účinků antidepressiv	531
Fixa B. Úvahy o poklesu prevalence infekce <i>Helicobacter pylori</i> a vředové choroby v posledních dvou dekáдах	91
Fraňková S. viz Kieslichová E.	
Gál P. viz Perželová V.	
Geryk E. viz Štampach R.	
Hajdúch M. viz Dubská L.	
Haluzík M. viz Kotulák T.	
Hanuš T. viz Sobotka R.	
Horká K. viz Dubská L.	
Hořejš J. viz Krechler T.	
Hrnčiarik M. viz Hrnčiariková D.	
Hrnčiariková D, Hrnčiarik M. Vliv víry na prožívání nemoci u seniorů, dotazníky spirituality	327
Hrnčíř Z, Laco J. Klinický význam nemoci spojené s imunoglobuliny IgG4	438
Hroudová J. viz Fišar Z.	
Hyánková O, Ročeň M, Kieslichová E, Mixa V, Prchlík M, Kotalová R, Špičák J, Adamec M, Trunečka P. Specifika perioperační péče o pediatrické pacienty podstupující transplantaci jater	31
Chmelařová M, Palička V. Nejčastěji využívané metodiky k analýze DNA metylačních změn	442
Chytka T. viz Kollová A.	
Jahoda J. viz Burša F.	
Jech R. viz Urgošík D.	

Jirsa M. Molekulární diagnostika dědičných forem intrahepatální cholestázy a familiárních hyperbilirubinemií	7
Kalina M. viz Malíková H.	
Kalinová E. viz Kubešová J.	
Katuchová J, Radoňak J. Súčasná možnosti chirurgickej liečby chronickej pankreatitídy – literárny prehľad	378
Kautzner J. viz Peichl P.	
Kieslichová E, Ročeň M, Fraňková S, Trunečka P. Akutní selhání jater: současná doporučení	24
Kieslichová E. viz Hyánková O.	
Klener J, Tomáš R, Šetlík M. Aplikace moderní mikroneurochirurgie a současných technologií při řešení nádorových a cévních onemocnění mozku	209
Knoflíčková D. viz Dubská L.	
Kocáková I. viz Dubská L.	
Kodydková J. viz Macásek J.	
Kollová A, Liščák R, Šimonová G, Vladyka V, Urgošík D, Chytka T. Význam radiochirurgie v léčbě meningiomů	250
Kolombo I, Poněšický J, Toběrný M, Kříž R, Zemanová I, Weichert J, Vymazal J, Černohorský S, Bartůněk M. Karcinom ledviny v éře nastupujících robotických technologií	215
Kopáček I. viz Burša F.	
Kořistková Z. viz Šlais M.	
Kotalová R. viz Hyánková O.	
Kotulák T, Říha H, Haluzík M. Hyperglykémie a její kontrola u dospělých pacientů v intenzivní péči	20
Krechler T, Hořejš J, Ulrych J, Zeman M, Macásek J, Dušková J, Žák A. Současný stav diagnostiky karcinomu pankreatu	587
Krüger A, Ošťádal P, Neužil P. Minimálně invazivní mechanické srdeční podpory	647
Kříž R. viz Kolombo I.	
Kubešová J, Toběrný M, Kalinová E. Psychologická péče jako součást interdisciplinární přípravy pacienta k bariatrické operaci	240
Kula R. viz Burša F.	
Laco J. viz Hrnčíř Z.	
Liščák R. viz Kollová A.	
Liščák R. viz Malíková H.	
Liščák R. viz Šimonová G.	
Liščák R. viz Urgošík D.	
Lukáš K. Idiopatické střevní záněty – predikce průběhu a včasná léčba	315
Lukáš K. Pooperační rekurence Crohnovy nemoci	594
Macásek J, Zeman M, Vecka M, Vávrová L, Kodydková J, Tvrzická E, Žák A. Reaktivní kyslíkové a dusíkové sloučeniny v klinické medicíně	423
Macásek J. viz Krechler T.	
Malíková H, Liščák R, Vojtěch Z, Procházka T, Marečková I, Dbalý V, Vymazal J, Kalina M, Vladyka V. Temporální epilepsie dospělých a možnosti neurochirurgické léčby: úloha magnetické rezonance	254
Marečková I, Vojtěch Z, Procházka T. Současná farmakoterapie epilepsie	278
Marečková I. viz Malíková H.	
Marečková I. viz Vojtěch Z.	
Matějčková M. viz Dubská L.	
Matějovič M. viz Průcha M.	
Matouš P. viz Štádl P.	
Mayer J. viz Tvarůžková Z.	
Městecký J, Raška M. Strategické prvenství slizničního imunitního systému v obraně a toleranci	480
Mixa V. viz Hyánková O.	
Nagy I, Vinklerová V. Význam kojení ve výživě dítěte	94
Nenutil R. viz Dubská L.	
Neužil P. viz Krüger A.	
Neužil P. viz Šimon J.	
Olos T. viz Burša F.	
Ošťádal P. viz Krüger A.	
Palička V. viz Chmelařová M.	
Pavelka T. viz Salásek M.	
Pavlová Š. viz Tvarůžková Z.	
Peichl P, Čihák R, Wichterle D, Kautzner J. Katetrizační ablace fibrilace síní	14
Perželová V, Slezák M, Toporcerová S, Gál P. Úloha estrogénů v regulácii biologických procesů zapojených do hojení rán – literární přehled	599
Pleva L. viz Burša F.	
Pokorná E. Zemřelí dárci orgánů k transplantacím	34
Poněšický J. viz Kolombo I.	

Pospíšilová Š. viz Tvarůžková Z.	
Povýšil C. viz Dubská L.	
Prchlík M. viz Hyánková O.	
Procházka T. viz Malíková H.	
Procházka T. viz Marečková I.	
Procházka T. viz Vojtěch Z.	
Procházka V. viz Bursá F.	
Průcha M, Matějovič M, Sedláčková L. Diagnostika sepse ...	283
Raboch J. viz Fišar Z.	
Radoňák J. viz Kafuchová J.	
Raška M. viz Městecký J.	
Ročeň M. viz Hyánková O.	
Ročeň M. viz Kieslichová E.	
Růžicka E. viz Urgošík D.	
Růžicka F. viz Urgošík D.	
Ryška A. viz Dubská L.	
Ríha H. viz Kotulák T.	
Salášek M, Pavelka T. Současné možnosti léčení poranění pánevního kruhu	433
Sedláčková L. viz Průcha M.	
Slezák M. viz Perželová V.	
Sobotka R, Hanuš T, Zemanová M. Zásadní význam chirurgické léčby u karcinomu ledvin, možnosti biologické léčby	156
Šedivý P. viz Štádl P.	
Šedý J. Neurogenní plicní edém	147
Šetlík M. viz Klener J.	
Šíma R. viz Dubská L.	
Šimon J, Neužil P. Syndrom časné repolarizace a idiopatická fibrilace komor	236
Šimonová G, Liščák R. Význam radiochirurgie v léčbě mozkových metastáz	273
Šimonová G. viz Kolombo I.	
Šimová J. viz Dubská L.	
Šlais M, Czinner P, Kořistková Z, Vitásek P, Dvořáček L, Štádl P. Pedální bypass a jeho role v záchraně kriticky ischemické končetiny	289
Šlais M. viz Štádl P.	
Špičák J. viz Hyánková O.	
Štádl P, Šedivý P, Dvořáček L, Šlais M, Vitásek P, El Samman K, Matouš P. Minimálně invazivní výkony v cévní chirurgii	244
Štádl P. viz Šlais M.	
Štampach R, Geryk E. Mezinárodní databáze zdravotních statistik a jejich dostupné údaje	384
Toběrný M. viz Kolombo I.	
Toběrný M. viz Kubešová J.	
Tomáš R. viz Klener J.	
Toporcerová S. viz Perželová V.	
Trunečka P. viz Hyánková O.	
Trunečka P. viz Kieslichová E.	
Tvarůžková Z, Pavlová Š, Doubek M, Mayer J, Pospíšilová Š. Lymfoproliferativní onemocnění u pacientů s autoimunitními a infekčními onemocněními: význam antigenní stimulace a zánětlivých procesů	161
Tvrdlík D. viz Dubská L.	
Tvrzická E. viz Macášek J.	
Ulrych J. viz Krechler T.	
Urgošík D, Jech R, Růžicka E, Růžicka F, Liščák R, Vladyka V. Hluboká mozková stimulace u extrapyramidových poruch pohybu – pražská zkušenost	223
Urgošík D. viz Kolombo I.	
Valík D. viz Dubská L.	
Vávrová L. viz Macášek J.	
Vecka M. viz Macášek J.	
Vinklerová V. viz Nagy I.	
Vitásek P. viz Šlais M.	
Vitásek P. viz Štádl P.	
Vladyka V. viz Kolombo I.	
Vladyka V. viz Malíková H.	
Vladyka V. viz Urgošík D.	
Vojtěch Z, Procházka T, Marečková I. Nekonvulzivní status epilepticus	260
Vojtěch Z. viz Malíková H.	
Vojtěch Z. viz Marečková I.	
Vošmiková H. viz Dubská L.	
Vymazal J. viz Kolombo I.	
Vymazal J. viz Malíková H.	
Vyskočilová M. viz Dubská L.	
Weichet J. viz Kolombo I.	
Wichterle D. viz Pechl P.	
Zeman M. viz Krechler T.	
Zeman M. viz Macášek J.	
Zemanová I. viz Kolombo I.	
Zemanová M. viz Sobotka R.	

Žák A. viz Krechler T.
Žák A. viz Macášek J.

PŮVODNÍ PRÁCE

Adamec M. viz Janoušek L.	
Adamec M. viz Janoušek L.	
Adamec M. viz Rokošný S.	
Adamec M. viz Trunečka P.	
Ambrošová P. viz Bielačková K.	
Baláz P. viz Janoušek L.	
Baláz P. viz Rokošný S.	
Bandúr Š. viz Viklický O.	
Berková M. viz Marek D.	
Berková Z. viz Saudek F.	
Bielaková K, Weber P, Matějovská-Kubešová H, Ševčíková A, Vrba M, Kolářová M, Ambrošová P, Korbelova-Nagyová M. Onemocnění vyvolané <i>Clostridium difficile</i> u geriatrických nemocných	334
Bobek V. viz Saudek F.	
Bürgelová M. viz Viklický O.	
Csémy L. viz Sovinová H.	
Čeledová L, Čevela R. Zájem lékařů o práci v lékařské posudkové službě	398
Černý Š. viz Popelová J.	
Červený V. viz Mraček J.	
Čevela R. viz Čeledová L.	
Číhalík Č. viz Marek D.	
Číhalová E. viz Saudek F.	
Danč R. viz Trunečka P.	
Dezortová M. viz Hájek M.	
Dorazilová Z. viz Netuka I.	
Dovolilová E. viz Saudek F.	
Drastich P. viz Trunečka P.	
Drastichová M. viz Viklický O.	
Fiala M. viz Marek D.	
Fraňková S. viz Honsová E.	
Fraňková S. viz Trunečka P.	
Gebauer R. viz Popelová J.	
Girman P. viz Saudek F.	
Gottfriedová H. viz Trunečka P.	
Habart D. viz Saudek F.	
Hájek M, Dezortová M, Wagnerová D, Voska L, Hejlová I, Trunečka P. Stanovení obsahu jaterního tuku metodou 1H MR spektroskopie	68
Hanzal V. viz Viklický O.	
Hejlová I. viz Hájek M.	
Hoch J. viz Seemanová E.	
Holečková I. viz Mraček J.	
Holub J. viz Homolka J.	
Homolka J, Krejbič F, Holub J. Tuberkulóza v České republice v roce 2009	330
Honsová E, Lodererová A, Fraňková S, Oliverius M, Trunečka P. Glypican-3 immunostaining significantly improves histological diagnosis of hepatocellular carcinoma ..	37
Honsová E. viz Trunečka P.	
Honsová E. viz Viklický O.	
Hrubá D, Kodat V, Krásný J, Netuková M. Sérologické nálezy chlamydiových protilátek v České republice – kontrolní soubor pacientů vyšetřených v rámci studie: <i>Chlamydia pneumoniae</i> v etiologii keratokonjunktivitidis sicca	656
Chlupáč J. viz Janoušek L.	
Chromá J, Slaný J. Kvalita života dětí s astmatem	660
Janoušek L, Adamec M, Oliverius M, Trunečka P, Kučera M. Transplantace jater u pacientů s trombózou portální žíly	72
Janoušek L, Marada T, Chlupáč J, Lipár K, Baláz P, Rokošný S, Matia I, Adamec M. Everzní endarterektomie arterie carotis interna: hodnocení výsledků po změně operační techniky	41
Janoušek L. viz Rokošný S.	
Janoušek L. viz Trunečka P.	
Janoušek L. viz Viklický O.	
Jehlička P. viz Popelová J.	
Kettner J. viz Netuka I.	
Kieslichová E. viz Trunečka P.	
Koblas T. viz Saudek F.	
Kodat V. viz Hrubá D.	
Kolářová M. viz Bielačková K.	
Korbelova-Nagyová M. viz Bielačková K.	
Krásný J. viz Hrubá D.	
Krejbič F. viz Homolka J.	
Kříž J. viz Saudek F.	
Kučera M. viz Janoušek L.	
Kučera M. viz Trunečka P.	
Lánská V. viz Trunečka P.	

Lavička P. viz Mraček J.	
Lažanská R. viz Viklický O.	
Límanová Z, Springer D. Současné zkušenosti s vyšetřováním tyreopatií v graviditě – výsledky pilotního projektu	389
Lipár K. viz Janoušek L.	
Lipár K. viz Saudek F.	
Lodererová A. viz Honsová E.	
Lukl J. viz Marek D.	
Machala L. viz Vondráčková H.	
Malý J. viz Netuka I.	
Malý J. viz Trunečka P.	
Malý J. viz Viklický O.	
Marada T. viz Janoušek L.	
Marek D, Sovová E, Berková M, Fiala M, Lukl J, Číhalík Č. Korelace intraatriálních elektrických potenciálů a tlaků s morfoloickými a funkčními ukazateli přetížených síní stanovenými echokardiografií	610
Marková I. Možnosti vyšetření zdravotního stavu mladých mužů v České republice	100
Matějovská-Kubešová H. viz Bielaková K.	
Matia I. viz Janoušek L.	
Matl I. viz Viklický O.	
Mindlová M. viz Saudek F.	
Mork J. viz Mraček J.	
Mraček J, Holečková I, Lavička P, Mork J, Štěpánek D, Štruncová P, Červený V. Vliv neuroprotektce na mozkové metabolické parametry při karotické endarterektomii	489
Netuka I, Malý J, Říha H, Szarszoi O, Dorazilová Z, Skalský I, Turek D, Urban M, Kettner J, Pirk J. Přínos dlouhodobé pulzatilní mechanické srdeční podpory u multiorganově selhávajících pacientů v terminálním srdečním selhání	44
Netuková M. viz Hrubá D.	
Oliverius M. viz Honsová E.	
Oliverius M. viz Janoušek L.	
Oliverius M. viz Saudek F.	
Oliverius M. viz Trunečka P.	
Pavel P. viz Popelová J.	
Pektorová L. viz Saudek F.	
Peregrin J. viz Saudek F.	
Peregrin J. viz Trunečka P.	
Perlík F. viz Vondráčková H.	
Pirk J. viz Netuka I.	
Pokorná E. viz Trunečka P.	
Popelová J, Černý Š, Gebauer R, Pavel P, Jehlička P. Šestileté zkušenosti s operacemi vrozených srdečních vad u dospělých	293
Ročeň M. viz Trunečka P.	
Rokošný S, Baláž P, Wohlfahrt P, Janoušek L, Adamec M. Vliv chirurgických komplikací na funkci transplantované ledviny	75
Rokošný S. viz Janoušek L.	
Říha H. viz Netuka I.	
Saudek F, Girman P, Kříž J, Berková Z, Zacharovová K, Koblas T, Pektorová L, Vávrová E, Habart D, Peregrin J, Lipár K, Oliverius M, Dovolilová E, Číhalová E, Bobek V. Léčba diabetu transplantací izolovaných Langerhansových ostrůvků	49
Seeman P. viz Seemanová E.	
Seemanová E, Hoch J, Seeman P. Heterozygotie slovanské mutace 657del5 NBN genu u pacientů s kolorektálním karcinomem	97
Skalský I. viz Netuka I.	
Slanař O. viz Vondráčková H.	
Slaný J. viz Chromá J.	
Slatinská J. viz Viklický O.	
Sovinová H, Csémy L. Subjektivní zdraví, nemocnost a spotřeba zdravotní péče u rizikového, škodlivého a problémového pití alkoholu	394
Sovová E. viz Marek D.	
Springer D. viz Límanová Z.	
Staňková M. viz Vondráčková H.	
Szarszoi O. viz Netuka I.	
Ševčíková A. viz Bielaková K.	
Šperl J. viz Trunečka P.	
Špičák J. viz Trunečka P.	
Štěpánek D. viz Mraček J.	
Štruncová P. viz Mraček J.	
Teplan V. viz Viklický O.	
Trunečka P, Adamec M, Špičák J, Honsová E, Kieslichová E, Lánská V, Peregrin J, Kučera M, Janoušek L, Oliverius M, Drastich P, Ročeň M, Danč R, Gottfriedová H, Šperl J, Pokorná E, Vítko Š, Malý J. Výsledky dlouhodobého sledování prvních 500 pacientů po transplantaci jater provedených v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze	60

Trunečka P. viz Hájek M.	
Trunečka P. viz Honsová E.	
Trunečka P. viz Janoušek L.	
Turek D. viz Netuka I.	
Urban M. viz Netuka I.	
Urbanová M. viz Viklický O.	
Vávrová E. viz Saudek F.	
Viklický O, Slatinská J, Bürgelová M, Vítko Š, Urbanová M, Lažanská R, Hanzal V, Bandúr Š, Teplan V, Matl I, Janoušek L, Honsová E, Drastichová M, Malý J. Transplantace ledviny v IKEM	56
Vítko Š. viz Trunečka P.	
Vítko Š. viz Viklický O.	
Vondráčková H, Staňková M, Machala L, Perlík F, Slanař O. Naše zkušenosti s maraviroem u HIV pozitivních pacientů	447
Voska L. viz Hájek M.	
Vrba M. viz Bielaková K.	
Wagnerová D. viz Hájek M.	
Weber P. viz Bielaková K.	
Wohlfahrt P. viz Rokošný S.	
Zacharovová K. viz Saudek F.	

KAZUISTIKY

Burša F. viz Olos T.	
Čejka P. viz Drlík L.	
Drlík L, Čejka P. Posttraumatická pannikulitida (dekubitus ?) prsu – klinický případ	546
Eberlová L, Tolar J, Mikuláš J, Valenta J, Kočová J, Hirmerová J, Fiala P. Variabilita hlubokých žil stehna	344
Fiala P. viz Eberlová L.	
Futas J. viz Chandoga I.	
Gřegeř R. viz Olos T.	
Hirmerová J. viz Eberlová L.	
Holeš D. viz Olos T.	
Chandoga I, Futas J, Petrovič R, Chandoga J. Hypofosfatázia – biochemické a klinické prejavy, molekulovo-genetická podstata	541
Chandoga J. viz Chandoga I.	
Karetová D. viz Ručka D.	
Klapková E. viz Tesfaye H.	
Kočová J. viz Eberlová L.	
Komárek V. viz Tesfaye H.	
Linhart A. viz Ručka D.	
Lubanda JC. viz Ručka D.	
Mikuláš J. viz Eberlová L.	
Mrázek V. viz Ručka D.	
Olos T, Burša F, Gřegeř R, Holeš D. Problematika rozmístění a použití automatizovaných externích defibrilátorů v České republice	494
Petrovič R. viz Chandoga I.	
Ručka D, Lubanda JC, Karetová D, Skalická L, Vařejka P, Mrázek V, Linhart A. Exulcerovaný karotický plát	106
Skalická L. viz Ručka D.	
Tesfaye H, Klapková E, Tesfayeová A, Komárek V. Antiepileptic drug interactions: A clinical case demonstration	451
Tesfayeová A. viz Tesfaye H.	
Tolar J. viz Eberlová L.	
Valenta J. viz Eberlová L.	
Vařejka P. viz Ručka D.	

SPECIÁLNÍ SDĚLENÍ

Csémy L. viz Nešpor K.	
Čáp P. Využití vydechovaného oxidu dusnatého v diagnostice astmatu	297
Čeledová L, Čevela R. Nové medicínské paradigma posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči	550
Čevela R. viz Čeledová L.	
Donát J. Česko-slovenská nemocnice v Ugandě v letech 2009–2010	173
Evropská Komise připravuje návrh zaměřený biomedicínského výzkumu s výhledem do roku 2020	502
Fialová L, Špaček M, Vychytil P. Střet zájmů v medicíně: stanovisko Světové lékařské asociace	554
Filip S, Slováček L, Švecová D, Milka D, Kopecký J, Priester P, Petera J, Svoboda V. Ambulance paliativní onkologické péče	169
Kinkorová J. Evropská asociace pro preventivní, prediktivní a personalizovanou medicínu	466
Kinkorová J. Příprava 8. rámcového programu Evropské unie – priorit Health	502

<i>Kmeťová A, Králíková E.</i> Nové zkušenosti s léčbou závislosti na tabáku díky spolupráci s Mayo Clinic, Nicotine Dependence Center, Rochester, MN, USA	110
<i>Kmeťová A, Králíková E.</i> Vysoké zdanění tabáku = nižší náklady na zdravotní péči a přitom vyšší příjem státu – pochopíme to také v České republice?	
Projekt Evropské unie TobTaxy	665
<i>Kopecký J.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Králíková E.</i> viz <i>Kmeťová A.</i>	
<i>Králíková E.</i> viz <i>Kmeťová A.</i>	
<i>Milka D.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Munzarová M.</i> Důstojnost člověka a lékařská etika	499
Nad knihou Erlinga Norrbyho: „Nobel Prizes-Life Sciences“	506
<i>Nešpor K, Csémy L.</i> Hazard u dětí a dospívajících	457
<i>Nešpor K, Scheansová A.</i> Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika	339
Personalizovaná medicína v Evropské unii	402
<i>Petera J.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Priester P.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Scheansová A.</i> viz <i>Nešpor K.</i>	
<i>Schneiberger F.</i> viz <i>Slaný J.</i>	
<i>Slaný J, Schneiberger F.</i> Babyboxy v České republice – jak dál?	616
<i>Slováček L.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Svoboda V.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Špaček M.</i> viz <i>Fialová L.</i>	
<i>Svecová D.</i> viz <i>Filip S.</i>	
<i>Vonka V.</i> O Nobelových cenách, ale nejen o nich	506
<i>Vychytil P.</i> viz <i>Fialová L.</i>	

KOMENTÁŘE

<i>Macek M. ml.</i> Vyjádření Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP k článku „Národní databáze genotypů – etické a právní aspekty“	376
<i>Věry Frankové a kol.</i>	
<i>Nonnemann F.</i> Vyjádření Úřadu pro ochranu osobních údajů k článku „Národní databáze genotypů – etické a právní aspekty“	376

DĚJINY LÉKAŘSTVÍ

<i>Hlaváčková L.</i> Čtyřnásobné jubileum Bohumila Eiselta (1831–1908)	619
<i>Hlaváčková L.</i> Kolegové profesora Josefa Thomayera v jeho zápiscích z let 1905–1918	178
<i>Kachlík D.</i> viz <i>Musil V.</i>	
<i>Kohoutová M.</i> 100. výročí založení Ústavu biologie a lékařské genetiky 1. LF UK a VFN	560
<i>Musil V, Stingl J, Kachlík D.</i> Jesseniova kniha o jeho pražské pitvě – 410. výročí	667
<i>Stingl J.</i> viz <i>Musil V.</i>	
<i>Surá A.</i> Hygiena ženy I. Péče ženy o své tělo v období pozdního středověku	405
<i>Surá A.</i> Hygiena ženy II. Doba rudolfínská	461
<i>Surá A.</i> Hygiena ženy III. Druhá polovina 17. století a 18. století	519
<i>Surá A.</i> Hygiena ženy IV. 19. století	558
<i>Surá A.</i> Hygiena ženy V. První republika	624
<i>Šámal M.</i> Ranlékař František Holub	670
<i>Vymětal J.</i> Sto let od založení první psychologické laboratoře v českých zemích	347
<i>Záhejský J.</i> Kapitoly z dějin české dermatovenerologie. Obor dermatologie v poválečných obdobích po 1. a 2. světové válce	112

MEZIOBOROVÝ KONSENZUS

<i>Brandtl P, Lukáš K, Turzíkova J, Chlumský J, Sedlák V, Vydrová J, Zeleník K, Vojtíšková J, Seifert B.</i> Extraesofageální refluxní choroba	513
<i>Chlumský J.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Lukáš K.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Sedlák V.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Seifert B.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Turzíkova J.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Vojtíšková J.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Vydrová J.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	
<i>Zeleník K.</i> viz <i>Brandtl P.</i>	

ABSTRAKTA

<i>Hladík M.</i> Pediatrický den Kliniky dětského lékařství Fakultní nemocnice v Ostravě (Ostrava, 17. září 2011)	627
<i>Krajník O.</i> 3. odborné sympozium Podřipské nemocnice (Roudnice nad Labem, 8. až 9. září 2011)	675

<i>Kuželka I.</i> XLVII. dny nukleární medicíny (Havlíčkův Brod, 8. až 10. září 2010)	114
<i>Pleva L, Dvořáček I.</i> 3. trilaterální sympozium s mezinárodní účastí (Rožnov pod Radhoštěm, 25.–27. května)	562
<i>Trenčiansky V.</i> Janskolázeňské sympozium (Janské Lázně, 13. až 15. ledna 2011)	349
<i>Tvrzická E.</i> Ateroskleróza 2010	185
<i>Vadlejchová I, Hodková I.</i> XVI. opařanské dny – odborná konference dětské a dorostové psychiatrie na téma Pedopsychiatrie v denní praxi (Opařany, 23. až 24. září 2011)	685

DISKUZNÍ PŘÍSPĚVEK

<i>Hirt M.</i> Problémy s impakt faktorem	358
---	-----

SJEZDY

<i>Brdička R.</i> Konference Human Genome Meeting 2011 (Dubaj, 13.–17. března 2011)	361
<i>Brdička R.</i> Molecular Diagnostic Europe (Hannover, 4. až 7. října 2010)	79
<i>Büchler T.</i> 18. urologicko-onkologicko a 14. mamologické sympózium (Praha, 24.–26. listopadu 2010)	136
<i>Bureš J.</i> 15. hradecké gastroenterologické a hepatologické dny (Hradec Králové, 11. a 12. března 2011)	360
<i>Bzdúch V.</i> Mezinárodní konference o lyzozómových poruchách (Praha, 2.–4. december 2010)	196
<i>Čelakovský P, Chrobok V, Vichnar V, Pellant A.</i> 10. česko-německé dny (Karlovy Vary, 21. až 22. října 2011)	697
<i>Derner M.</i> Ohlédnutí za IV. neuroradiologickým kongresem (Ústí nad Labem, 13. až 14. října 2011)	693
<i>Dítě P.</i> Brněnský pankreatologický den (Brno, 25. března 2011)	409
<i>Dlouhá B.</i> Konzultační den – pracovní lékařství a hygiena práce (Praha, 17. března 2011)	408
<i>Duchoň R.</i> 11. dny mladých chirurgů – Onkologická chirurgie, ambulanci a jednodenní chirurgie (Bratislava, 9.–10. júna 2011)	576
<i>Ettler K.</i> 19. lipovské dermatovenerologické fórum (Lipová, 7. až 9. ledna 2011)	301
<i>Fajkusová L.</i> 26. pracovní dny – Dědičné metabolické poruchy (Mikulov, 11.–13. května 2011)	465
<i>Halouzková J.</i> IX. valtické kurzy abdominální a gastrointestinální radiologie (Valtice, 1. až 4. září 2011)	635
<i>Hladík P.</i> Harrachovské chirurgické hry (Špindlerův Mlýn, 2.–3. června 2011)	575
<i>Horák P.</i> XXX. dny mladých internistů České a Slovenské republiky (Olomouc, 2.–3. června 2011)	522
<i>Cholevík D, Nemčanský J, Mašek P.</i> XIX. výroční sjezd České oftalmologické společnosti ČLS JEP (Ostrava, 22. až 24. září 2011)	639
<i>Indrák K, Faber E.</i> XXV. olomoucké hematologické dny s mezinárodní účastí (OHD) – krátké ohlédnutí od historie po současnost	523
<i>Jurečka M.</i> 12. beskydské alergologické a imunologické dny (Malenovice, 19. a 20. listopadu 2010)	195
<i>Kinkorová J, Zeman J.</i> Konference Biomedicínský výzkum s podporou evropských zdrojů v nemocnicích (Ústí nad Labem, 14.–15. dubna 2011)	412
<i>Kinkorová J.</i> Evropské perspektivy v personalizované medicíně (Brusel, 12.–13. května 2011)	466
<i>Kinkorová J.</i> XXXII. imunoanalytické dny, XI. mezinárodní konference CECHTUMA (Central European Tumor Markers) a II. workshop prediktivní, preventivní a personalizované medicíny (Karlovy Vary, 8. až 10. dubna 2011)	362
<i>Klein L.</i> 11. konference Odborné společnosti vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů (Hradec Králové, 18. až 19. října 2011)	695
<i>Klein L.</i> XIII. Bedrnův den – chirurgický kongres s mezinárodní účastí v Hradci Králové (Hradec Králové, 28.–29. dubna 2011)	413
<i>Kohoutová M.</i> Kaprasův den (Praha, 30. března 2011)	410
<i>Komárek P.</i> XXXIII. pracovní dny sekce radiofarmacie (Rožnov pod Radhoštěm, 1.–3. června 2011)	521
<i>Komínek P.</i> XVII. beskydské ORL dny – Chirurgie nosu a spodiny lebeční (Ostravice, 30. září až 1. října 2011)	692
<i>Králíková E, Kmeťová A.</i> Co nového ve výzkumu nikotinu a tabáku? (Antalya, 8. až 11. září 2011)	635
<i>Králíková E.</i> European Network for Smoking and Tobacco Prevention (Brusel, 8.–9. listopadu 2010)	135
<i>Králíková E.</i> Konference Tabák a zdraví po jedenácté v Lékařském domě (Praha, 5. listopadu 2010)	81
<i>Kuklík M, Mařík I.</i> 16. Kubátův podologický den: Nové trendy v diagnostice a léčení chorob pohybového ústrojí (Praha, 26. března 2011)	573

Lisá M. Sympozium z dějin farmacie a veterinární medicíny (Brno, 7. října 2010)	194
Lisá M. Sympozium z historie farmacie a veterinární medicíny (Praha, 9. března 2011)	408
Litvik R. Seminář o HIV (Ostrava, 16. září 2010)	133
Lukáš M. Biologická léčba IBD v roce 2011 (Praha, 9. září 2011)	637
Mlčák P. 12. Vejdovského olomoucký vědecký den (Olomouc, 26. března 2011)	410
Neumanová R. Onkologie v gynekologii a mammologii (Brno, 7. až 8. ledna 2011)	300
Nevoralová Z. Konference akné a obličejové dermatózy (Brno, 5. listopadu)	134
Nevoralová Z. Krajský dermatovenerologický seminář (Rytiřsko u Jihlavy, 9. září 2011)	636
Nevšimalová S. 45. česko-slovenské dny dětské neurologie (Plzeň, 26.–28. května 2011)	521
Novotná B. Profesní problematika v alergologii (Praha, 11. listopadu 2010)	194
Papežová H. 8. mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy a obezitě (Praha, 3.–5. března 2011)	407
Pavlasová V. LYMPHO 2011 (Ostrava, 14. až 15. října 2011) ..	694
Pavličková N. XI. jihočeské Timrovy dny (Hluboká nad Vltavou, 21.–22. dubna 2011)	463
Pecka M. X. a XI. česko-slovenská konference laboratorní hematologie (Hradec Králové, 2. a 3. prosince 2010)	299
Rabišková M. Pokroky v lékových formách (Praha, 18. ledna 2011)	304
Rovenský J. 55. zjazd slovenských a českých revmatologů (Piešťany, 29. září až 1. října 2011)	692
Slaný J. Ostravský den preventivní pediatrie (Ostrava, 1. dubna 2011)	411
Soumarová R. 8. kongres radiční onkologie (Nový Jičín, 16. až 17. září 2011)	638
Ševčík P. VI. symposium o léčbě bolesti (Brno, 29. a 30. dubna 2011)	464
Taláb R. 24. český a slovenský neurologický sjezd (Hradec Králové, 24. až 27. listopadu 2010)	299
Vančátová L. Brněnské výstaviště hostilo XI. ročník Motilitního symposia (Brno, 23. června 2011)	576
XXIV. kongres České lékařské společnosti „Úloha gynekologie dětí a dospívajících v ochraně budoucího mateřství“ (Brno, 20. října 2011)	696
Zima T, Racek J. X. celostátní sjezd České společnosti klinické biochemie (Plzeň, 25. až 27. září 2011)	691
Žampach P. Mezioborový seminář Třeboň '11 (Třeboň, 10. až 12. ledna 2011)	303

ZPRÁVY

Celostátní sjezd Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP a 44. výroční cytogenetická konference (aol)	493
Co se stane, když zakážeme hazard? (Nešpor K.)	99
Hodnocení kožních změn při systémových chorobách (Barták P.)	664
Noví členové Odborné společnosti vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů ČLS JEP (Klein L.)	415
Opět je v módě boj o dlouhověkost (Barták P.)	618
Plánované akce odborných složek ČLS JEP	30, 137, 177, 214, 222, 259, 292, 326, 333, 416, 456, 498, 549, 553, 623, 650
Přehled akcí pořádaných v Lékařském domě v říjnu 2011 (sek)	545
Psoralen a buněčné stárnutí (Barták P.)	655
Slavnostní předání cen za nejlepší knižní publikace za rok 2010 (Glezková H.)	698
Spolek lékařů českých v Praze v březnu 2011 (gk)	155
Spolek lékařů českých v Praze v dubnu, květnu a červnu (gk)	307
Spolek lékařů českých v Praze v lednu, únoru a březnu 2011 (gk)	83
Spolek lékařů českých v Praze v listopadu a prosinci 2011 (gk)	609
Spolek lékařů českých v Praze v únoru a březnu 2011 (gk) ..	137
Spolek lékařů českých v Praze v září a říjnu 2011 (gk)	479
Udělení ceny Jana Evangelisty Purkyně (Rampír P.)	446
Volební sjezd delegátů ČLS JEP	200

OSOBNÍ ZPRÁVY

Doc. MUDr. Milan Jaroš, CSc. – osmdesátiletý (Rychlík I.) ...	305
Docent Radim Kočvara šedesátníkem (Hanus T.)	306
Dvacet let po odchodu prof. MUDr. Jana Dobiáše, CSc.	

a deset let po odchodu prof. MUDr. Vladimíra Študenta, DrSc. (Zvolský P.)	198
Eugen Strouhal – 80. let (Říhová M.)	197
K nedožitým devadesátinám prof. MUDr. Jiřího Šonky, DrSc. (Sucharda P., Svačina Š.)	132
K životnímu jubileu farmakologa prof. MUDr. Vladimíra Geršla, CSc. (Květina J.)	577
K životnímu jubileu prof. MUDr. Jany Pařízkové, DrSc.	364
Prof. MUDr. Aleš Žák, DrSc. Šedesátníkem (Bartůňek P.)	415
Prof. MUDr. Max Wenke, DrSc., FCMA – k pětáosmdesátinám jednoho z poválečných greenhornů a tvůrců československé farmakologie (Květina J.)	699
Prof. MUDr. Václav Čepelák, DrSc. osmdesátníkem (Mach M.)	82
Profesor MUDr. František Boudík, DrSc. (1927–2011) (Kolář J.)	364
Rudolf Linc – 90 let (Doležal A.)	700
Zemřel MUDr. Zdeněk Rychter (1924–2011) (Ošťádal B.)	579
Zemřel prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc. (Svačina Š.)	578

KNIHY

Angenendt G., Schütze-Kreilkamp U., Tschuschke V. Psychoonkologie v praxi (psychoedukace, poradenství a terapie) (Vymětal J.)	139
Campbell TC, Campbell MT. Čínská studie (nejobsáhlejší studie o výživě a jejím významu pro dlouhodobé zdraví) (Fiala O.)	581
Häcker HO, Stapf K-H. (Hrsg.) Dorsch psychologisches wörterbuch (Vymětal J.)	488
Hartl P, Hartlová H. Velký psychologický slovník (Vymětal J.)	359
Homolka P. a kol. Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy (Petráček J.)	282
Jurga LM. a kol. Klinická a radiční onkologie (Dienstbier Z.)	641
Krukenmeyer, M.G.: Kultur der Medizin. Spuren, Wege und Ziele (Vymětal J.)	669
Mareš J, Vachková E. a kol. Pacientovo pojetí nemoci II (Chrobák L.)	468
Strouhal E, Vachala B, Vymazalová H. Lékařství starých Egyptanů. I. Staroegyptská chirurgie, péče o ženu a dítě (Blahoš J.)	84
Strouhal E, Vachala B, Vymazalová H. Lékařství starých Egyptanů. I. Staroegyptská chirurgie, péče o ženu a dítě (Klír P.)	201
Tschuschke V. Psychoonkologie – Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs (Vymětal J.)	397

LAUREÁTI NOBELOVY CENY

Čech P. Alfred Day Hershey	583
Čech P. Bernard Katz	703
Čech P. George Wald	310
Čech P. Haldan Keffer Hartline	203
Čech P. Har Gobind Khorana	419
Čech P. Charles B. Huggins	87
Čech P. Masrshall Warren Nirenberg	471
Čech P. Max Ludwig Henning Delbrück	527
Čech P. Ragnar Arthur Grait	143
Čech P. Robert William Holley	367
Čech P. Salvador Edward Luria	643

OBRAZOVÁ PŘÍLOHA

Alfred Day Hershey	3. strana č. 10
Bernard Katz	3. strana č. 12
George Wald	312
Haldan Keffer Hartline	3. strana č. 3
Har Gobind Khorana	3. strana č. 7
Charles B. Huggins	3. strana č. 1
Masrshall Warren Nirenberg	3. strana č. 8
Max Ludwig Henning Delbrück	3. strana č. 9
Ragnar Arthur Grait	3. strana č. 2
Robert William Holley	3. strana č. 6
Salvador Edward Luria	3. strana č. 11

Pokyny pro autory Časopisu lékařů českých	85, 141, 202, 309, 366, 417, 469, 526, 582, 642, 701
---	--

VĚCNÝ REJSTŘÍK

A					
ADL	550	FICA	327	léčba (hazard)	457
AIDS	446	fokální kortikální dysplazie	451	léčba tuberkulózy	330
aktivace lymfocytů	161	FT4	389	léčebná péče v Ugandě	173
akutní selhání jater	24	G		léčebný efekt	273
alkalická fosfatázie	541	gama nůž	250	lékařská etika	499
alkohol	394	genomika	283	Lékařská posudková služba	398, 550
amputace	289	geriatrický pacient	334	lékařské instituce	554
analýza nákladů a přínosů	169	glypican-3	37	léky na refrakterní epilepsii	451
anti-EGFR terapie	321	H		lidská důstojnost	499
antiagregace	228	hazard	457	lymfom	161
antidepresivum	531	<i>Helicobacter pylori</i>	91	M	
antiepileptika	260, 278	hemoragický šok	605	magnetická rezonance	254
antigeny	161	hepatocelulární karcinom	37	maraviroc	446
antikoagulace	228	heterozygotní mutace 657del 5	97	mateřská a perinatální úmrtnost	
antioxidanty	423	HIV	446	v Ugandě	173
Arcidiecézní charita Praha	173	hluboká mozková stimulace	223	mechanická podpora oběhu	647
astma	297, 660	hluboké žíly	344	mechanická srdeční podpora	44
ateroskleróza	106, 423	hyperglykémie	20	mechanické chlopenní náhrady	228
AUDIT	394	hypofosfatázie	541	MELD skóre	60
autoimunitní onemocnění	161	Ch		meningiom	250
automatizovaný externí defibrilátor	494	chirurgická léčba chronickéj		metabolický syndrom	68
azathioprin	594	pankreatitidy	378	metastazektomie	156
B		chirurgické komplikace	75	metylace DNA	442
babybox	616	chirurgie	254	mikrodialýza	605
bariatrická chirurgie	240	<i>Chlamydia pneumoniae</i>	656	mikroneurochirurgie	209
biologická (cílená) léčba	156, 215	chlamydiový heat-shock protein	656	mimonemocniční srdeční zástava	494
biologická agens	594	chronická lymfocytární leukémie	161	miniinvasivní přístup	433
biomarkery	283	chronická pankreatitida	378	minimálně invazivní operace	244
bioprotézy	228	I		MKF	550
C		IARC	384	mladá mužská populace	100
C-svorka	433	idiopatická fibrilace komor	236	mladí dospělí a alkohol	394
CCR5 inhibitory	446	idiopatické střevní záněty	315	modifikace hydrogensířčitanem	442
celková anestezie	489	IgG4 asociovaná choroba	438	mortalita	293
cementoplastika	215	IgG4+ plazmatické buňky	438	mozkové metastázy	273
cílená léčba	156, 315, 321	imunita	94	mozkový metabolismus	489
citová vazba	94	imunosuprese	56, 60	MS-MLPA	442
<i>Clostridium difficile</i>	334	imunoterapie	156	MSP	442
Crohnova nemoc	315, 594	indikace	60	multiorganové selhání	44
cytoredukční nefrektomie	156	infanticidie	616	N	
Č		inhibitory m-TOR kinázy	156	nádorový trombus	156
časná repolarizace	236	intrakardiální tlak	610	náhlá srdeční smrt	236
Česko-slovenská nemocnice v Ugandě	173	intraoperační magnetická rezonance	209	návykové látky	339
český lékařský spolek a časopis	619	inzulin, imunosuprese	49	NBN gen	97
D		inzulinová rezistence	20	nefrakcionovaný heparin	228
databáze genotypů	372	J		nekonvulzivní status epilepticus	260
deprese	531	jaterní steatóza	68	nemocnost	394
diabetes mellitus	423	jehlové biopsie	37	neonatologie	616
diabetes mellitus 1. typu	49	K		neoplastická transformace buňky	161
diagnostika	283	k-ras	321	nephron sparing surgery	156
divertikulární kolitida	651	karcinom ledviny	215	neploidnost	339
divertikulární krvácení	651	karcinom pankreatu	587	nestabilní karotický plát	106
divertikulitida	651	kardiogenní šok	647	neurodegenerativní a psychiatrická	
dlouhodobé výsledky	250	kardiochirurgie	293	onemocnění	423
dospělí	293	karotická endarterektomie	106, 489	neurogenní plicní edém	147
dotazník PedsQL	660	katetrizační ablace	14	neuronavigace	209
Dubin-Johnsonův syndrom	7	keratokonjunktivitida sicca	656	neuroplastická	531
dystonie	223	klinická praxe	554	neuroprotektce	489
E		klinické studie	502	neurotransmitter	531
E174K	541	klinické vyšetření	100	nitrolební hypertenze	24
echokardiografie	610	kolaterály	344	nízkomolekulární heparin	28
elektrický intrakardiální potenciál	610	kolorektální karcinom	97, 321	O	
elektroencefalografie	260	komezální mikrobiota	480	-omics	502
embolie	228	komerční společnosti	554	obezita	240
endarterektomie a. carotis interna	41	komorová tachykardie	647	OECD	384
endoskopická ultrasonografie	587	komplikace diabetu	49	onkologie	169
endovaskulární léčba	244	komplikace imunosuprese	56	orální tolerance	480
enzyme linked fluorescent assay	334	koncentrace IgG4 v séru	438	8. rámcový program EU	502
epidemiologie tuberkulózy	330	konjunktivitida	656	osteomalácie	541
epilepsie	278	kontinuální jedení	240	oxid dusnatý	297
epileptochirurgie	278	kritický nemocný pacient	20	P	
epitelové buňky	480	kvalita života	660	paliativní péče	169
etika	372	kyselina acetylsalicylová	228	Parkinsonova nemoc	223
Eurostat	384	L		péče o zdraví	475
everzní technika	41	laická resuscitace	494	pedální bypass	289
extrakorporální membránová		laktát	605	perioperační péče	31
oxygenace	647	Langerhansovy ostrůvky	49	personalizovaná medicína	283
F		laparoskopické techniky	244	plastiky chlopní	228
fibrilace síní	14	laparoskopie	215	počítačová tomografie	587

poranění pánevního kruhu	433	robotická kardiologie	293	transplantace	49
post-menopauzální období	599	roboticky asistované cévní operace	244	transplantace jater	24, 60, 72
poškození plodu	339	rodinná terapie (hazard)	457	transplantace jater u dětí	31
právní rámec v České republice	372	RONs	423	transplantace ledvin/y	56, 75
predikce	315	Rotorův syndrom	7	transplantace srdce	44
prediktivní molekulární onkologie	321	S		transplantační zákon	34
prehľad literatúry		sekreční IgA	480	traumatická panniculitida	546
(chronická pankreatitída)	378	selektivní embolizace	215	tremor	223
prevence (hazard)	457	selhání ledviny	56	trombóza	228
primární prevence	100	senioři a víra	327	trombóza v. portae	72
priorita Health	502	sepsa	283	TSH	389
prognostické faktory	273	sérologické vyšetření	656	tuberkulóza	330
progressivní familiární intrahepatální		sjezdy českých lékařů	619	tyrozinkinázové inhibitory	156
cholestáza	7	slinivka břišní	49	U	
proteomika	283	slizniční imunitní systém	480	Uganda	173
protilátky	656	slizniční tolerance	480	ulcerózní kolitida	315
protokolární biopsie	60	slovanská mutace 657del5	97	Univerzální deklarace lidských práv	
prožívání nemoci	327	smrt mozku	34	(OSN 1948)	499
předpokládaný souhlas	34	sociální determinanty zdraví	475	V	
předsíně	610	sociální pediatrie	616	v. profunda femoris	344
přenašeč	531	spektroskopie 1H MR	68	variety	344
přežití bez progresu	273	srdeční selhání	44	vertebroplastika	215
přežívání pacientů	60	standardizace diagnostických procesů	321	vnitřní fixace	433
přežívání štěpu	60, 75	stanovení triglyceridů	68	vrozené srdeční vady	293
přidělování zdravotnických služeb	475	starnutie	599	vředová choroba	91
přirozená výživa	94	stenóza karotické tepny	106	Všeobecná zdravotní pojišťovna	389
příspěvek na péči	550	stereotaktická radiochirurgie	250	výuka interní medicíny v češtině	619
pseudomembranózní enterokolitida	334	stereotaxe	223, 254	výzkum	554
pseudotumorózní zvětšení	438	steroidné hormóny	599	význam kojení	94
psychodiagnostické vyšetření	240	steroidní léčba	546	vzdělávání	554
psychogenní záchvatovité přejídání	240	stratifikované biomarkery	502	W	
R		střet zájmů	554	warfarin	228
radikál oxidu dusnatého	423	superoxidový anion	423	WHO	384
radikální nefrektomie	156	svalová tkáň	605	Z	
radikály	423	sympatický nervový systém	147	zámeny aminokyselín – T83	541
radiofrekvenční ablace	215	syndrom diabetické nohy	289	zánět	161, 297
receptor	531	syndrom nočního přejídání	240	zápal	599
regenerácia a reparácia tkaniva	599	Š		Zdraví 2020	475
rekurence	594	škodlivé pití	394	zdravotní databáze	384
rekurentní intrahepatální cholestáza	7	štítná žláza	389	zdravotní gramotnost	475
renální karcinom	156	T		zdravotní indikátory	384
responzivita na glukokortikoidy	438	těhotenská intrahepatální cholestáza	7	zdravotní statistiky	384
restenóza	41	těhotenství	389	zdravotnictví	475
retrakce mozku	209	temporální epilepsie	254	zemřelý dárce orgánů	34
ribotyp O27/NAP1/B1	334	termokoagulace	254	změny prevalence	91
rituximab	438	těsná kontrola glykémie	20	zobrazovací metody	587
riziko malignity	97	TPOAb	389		
rizikové faktory	293				
robotická chirurgie	215				