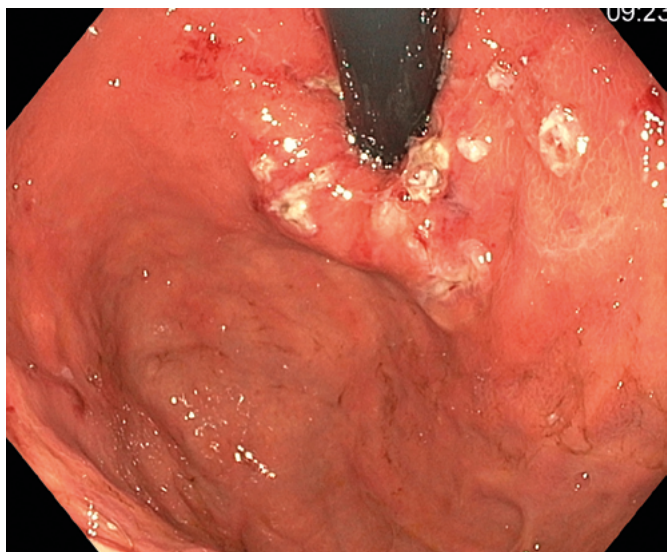


Obr. 2. Endoskopický pohled na kardii z retroverze po tzv. Stretta proceduře

fluxem, bez jasně prokázané hiátové hernie (hernie menší než 2 cm) (14, 15).

Výsledky klinických studií hodnotících účinnost této metody jsou rozporuplné. Dle některých výsledků může Stretta výrazně zlepšit kvalitu života pacientů a snížit jejich závislost na inhibitech protonové pumpy (PPI). Několik randomizovaných a observačních studií potvrdilo její účinnost po dobu 12 měsíců, s pokračujícím zlepšením až do deseti let po zákroku (16–18). Procedura není spojena se závažnějšími komplikacemi, většina pacientů ji toleruje a byly hlášeny pouze případy krátkce trvajících bolestí na hrudi nebo přechodné dysfagie či gastroparéza (19). Ve srovnání s laparoskopickou fundoplikací ukazují některé studie srovnatelnou efektivitu v kontrole refluxních symptomů a snížení spotřeby PPI, jiné naznačují nižší efektivitu endoskopické metody Stretta (19).

Přestože pacienti cítí často po zákroku subjektivně zlepšení obtíží, objektivní ukazatele (zvýšení tlaku dolního jícnového svěrače, normalizace pH jícnu) při vyhodnocení randomizovaných studií často neukazují výraznější změny (20). Tato zjištění vedla k hypotéze, že Stretta procedura může způsobovat lokální hyposenzitivitu a tak vést k falešnému pocitu zlepšení symptomů refluxu. Navíc, poměrně recentně publikovaná sham-kontrolovaná, randomizovaná studie (62 pacientů) neprokázala žádnou účinnost Stretta metody při léčbě refrakterní RCHJ, pokud jde o úlevu od symptomů nebo spotřebu PPI (21). Stretta terapie tak může být účinná u specifické skupiny pacientů, avšak její celková efektivita a vhodnost jako standardní léčby RCHJ zůstává předmětem odborné debaty.

Fyzioterapie s návikem bráničního dýchání

Brániční dýchání je součástí respirační fyzioterapie, jejímž cílem je zlepšení expanzivity hrudníku, clearance dýchacích cest a posílení respiračních svalů (22, 23). Jedním z nejdůležitějších respiračních svalů je bránice, přičemž zejména její krurální část představuje významnou součást antirefluxní bariéry (24). Krurální bránice a dolní jícnový svěrač tvoří ezofagogastriickou junkci a společně s motilitou jícnu zabraňují dlouhodobému kontaktu žaludečního obsahu s jícnovou sliznicí. Aktivita bránice se promítá nejen do bazálního tonu EGJ, ale i do schopnosti

Obr. 3. Ukázka náviku bráničního dýchání (tzv. 3měsíční pozice; nejčastější pozice pro návik s optimálním postavením trupu a zapojením bránice)

DJS se relaxovat. Její aktivita nepřímo ovlivňuje i jícnovou kontraktilitu a podílí se tak na jícnové clearance. Řada pacientů s RCHJ má prokázanou dekonkci bránice, proto zlepšení celkové fyzické zdatnosti (včetně funkcí bránice) by mělo být nedílnou součástí komplexního léčebného postupu u pacientů s RCHJ (25).

Respirační fyzioterapie může mít řadu podob. Využívá nejčastěji různých rehabilitačních technik vedoucích ke změně dechového stereotypu z hrudního na břišní typ dýchání. K tomu je většinou potřeba vedení specializovaným fyzioterapeutem, neboť značná část pacientů s RCHJ má vadné držení těla (nejčastěji tzv. syndrom přesýpacích hodin či syndrom otevřených nůžek) a korekce postavení trupu v úvodu náviku je nezbytná ke správnému zapojení všech svalů a zajištění co největšího rozsahu pohybu bránice (Obr. 3). Respirační fyzioterapie zahrnuje i techniky viscerální manipulace s ovlivněním myofasciálních tkání a tím zlepšení funkce i ostatních součástí trávicí soustavy, jako například evakuace žaludku či střevní peristaltiky. Ke zvýšení funkce respiračních svalů lze cíleně používat také dechové trenažery.

Velké spektrum možných fyzioterapeutických technik vede k omezené možnosti systematické analýzy efektu bráničního dýchání na RCHJ a stanovení jednotného doporučeného postupu. Klinické studie, které byly v posledních 20 letech publikovány, prokázaly efekt fyzioterapie na zlepšení jak refluxních potíží, tak funkce antirefluxní bariéry (26). V současnosti probíhá první klinická studie i v České republice, která si klade za cíl přinést objektivní důkazy o efektu bráničního dýchání na přítomnost a tíži gastroezofageálního refluxu.

Surveillance karcinomu pankreatu u osob s vysokým rizikem onemocnění

Karcinom pankreatu (CP) je onemocnění s vysokou mortalitou a narůstající incidencí. V USA se podílí 3 % na celkovém počtu karcinomů, 8 % na karcinomové mortalitě a předpokládá se, že se nejpozději v roce 2030 stane 2. nejčastější příčinou úmrtí na karcinom. V České republice onemocní ročně asi 2 400 osob.

Procento relativního pětiletého přežití se od 70. let minulého století velmi pozvolna zvyšuje a v letech 2016–2020 dosáhlo v USA 12,8 %. Procento případů podle stadií je uváděno 11 %, 30 % a 52 % pro lokalizované, regionální a pokročilé stadium, v 7 % není konkrétní stadium určeno. Korespondující pětileté relativní přežití je pro jednotlivá stadia uváděno ve 41,6 %, 14,6 %, 3 % a 6,5 % případů (27). Vzhledem k dia-