

# Uživatel:DenKazeka/Pískoviště

= table of contents

- 1. привет
  - как дела?

привет

как дела?

привет

как дела?

## Etiologie a patogeneze karcinomu žaludku

Se liší podle histologického typu nádoru. Intestinální typ je nejčastěji zapříčiněný infekcí *H. pylori*, expozicí kancerogenům z potravy, tabakového kouře a mnoha dalšími faktory. Ačkoliv adenokarcinom žaludku je v náprosté většině případů sporadický, existují také formy familiární, spojené hlavně s difúzním typem. <sup>[1]</sup>

### Etiologie

Mezi hlavní **rizikové faktory** patří:

- kouření a konzumace tvrdého alkoholu,
- karcinogeny přijímané v potravě (uzení, solení, nitrosaminy, PAU),
- chronická onemocnění:
  - atrofická gastritida,
  - Menetrierova nemoc,
  - achlorhydrie,
  - perniciózní anémie,
  - gastroesofageální reflux,
- resekce žaludku II. typu (zejména oblasti anastomóz).
- polypózní adenomy,

Žaludeční polypy, pokud nemají viliózní struktury, nejsou považovány za prekancerózy, nicméně se doporučuje všechny polypy větší než 2 cm odstranit, neboť s velikostí stoupá riziko výskytu viliózních struktur a tedy i malignizace.

- infekce *H. pylori*,

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Role Helicobacter pylori v patogenezi karcinomu žaludku.*

### Patogeneze intestinálního typu

Pelayo Correa ukázal, že patogeneze žaludečního karcinomu **intestinálního typu** má poměrně zřetelná stádia, která lze prokázat histologicky. Vývoj směřuje od histologicky zcela normální žaludeční stěny přes akutní zánět, chronický zánět, atrofickou gastritidu, intestinální metaplázii a dysplázii až k adenokarcinomu s případnou metastatickou diseminací. <sup>[2]</sup>

<b>Akutní gastritida</b>	Projevuje se infiltrací mukózy a submukózy lymfocyty, lze pozorovat ložiska polymorfonukleárů doprovázená mírnými slizničními defekty a edémem.
<b>Chronická gastritida</b>	Dlouhodobě aktivní zánět s výraznými slizničními defekty, rozšířením žláz a mineralizací.
<b>Atrofická gastritida</b>	Chronický zánět s ložiskovou fibrózou a kompletní ztrátou parietálních a hlavních buněk.
<b>Intestinální metaplázie</b>	Buňky žaludečního epitelu se prodlužují a dochází k produkci mucinů.
<b>Dysplázie</b>	Charakterizuje se porušenou glandulární strukturou, cytologickými atypiami, abnormální diferenciací buněk. V časných stádiích může být zaměněna s reaktivními změnami epitelu (akutní gastritida, pooperační hojení).
<b>Karcinom žaludku</b>	Vyznačuje se invazí pod bazální membránu.

2) Vážený uživateli Jiří Beneši, děkuji Vám za Váš článek *Spalničky* a za Vaši snahu o rozšíření studijních materiálů pro infekčního lékařství. Všiml jsem si, že (výše zmíněný) článek se zdá být totožným s kapitolou o spalničkách v učebnici BENEŠ, Jiří, et al. Infekční lékařství. 1. vydání. Galén, 2009. Chtěl bych Vás upozornit, že WikiSkripta

zakládají na dodržování autorských práv. Obávám se, že tento článek nelze ponechat ve Wikiskriptech, pokud nemáte souhlas autorů textu k těmto účelům. V případě, že je autor obeznámen s použitím jeho díla a souhlasí, rád bych Vás požádal o jeho zaslání emailem na [redakce@wikiskripta.eu](mailto:redakce@wikiskripta.eu). Věřím, že se tento problém brzy vyřeší a těším se na další spolupráci s Vámi.

S pozdravem, -- Denis Kazeka -- redakce WikiSkript 21. 7. 2016, 17:14 (CEST)

7) Vážený uživateli Jungmanne, oceňujeme Váš zájem o zvýšení kvality našich článků. Snažíme se pečlivě dodržovat gramatická pravidla a články našich autorů procházejí redakční kontrolou. Však, vzhledem k velkému počtu nově vytvořených článků, nevždy se

---

## Terapie

 *Podrobnější informace naleznete na stránce [Terapie osteoporózy](#).*

Cílem léčby je zastavení nebo snížení úbytku kostní hmoty, zvýšit aktivitu osteoblastů, snížit aktivitu osteoklastů. Primární osteoporózu se obvykle nepodaří vyléčit, jen zastavit její progresi a zmírnit obtíže pacienta. Léčba musí být komplexní a dlouhodobá. Obecné zásady zahrnují podpůrné prostředky, léčba bolesti, lokální aplikace tepla, spazmolytika, rehabilitace, dietní opatření, úprava hmotnosti, fyzikální léčba, plavání. Třeba vyloučit zdvihání těžších břemen, delší stání, náhlou asymetrickou mechanickou zátěž, dlouhodobou imobilizaci. Rozumné je zvýšení fyzické aktivity nemocného a především jeho mobilizace. Doporučuje se procházková chůze, jízda na kole po rovném povrchu. Zakázány jsou sporty se skoky, zápas, box.

- Kalcium – významným zdrojem kalcia je potrava (mléko, sýr, mák); pro terapii 1000–1500 mg elementárního kalcia denně – tlumí osteoresorpci.
- Vitamin D – i jeho metabolity zřejmě zvyšují střevní resorpci kalcia; je možné podávat preparáty p.o. nebo injekční, kde obcházíme resorpci vitaminu D střevem (Calciferol, Vigantol), doporučený denní přívod je 800 j. (20 ug) vit. D denně.
- Kalcitonin – inhibuje osteoresorpci snížením aktivity osteoklastů, injekční nebo nazální kalcitonin; k dispozici je syntetický kalcitonin lidský a lososí.



## Hormonální substituční terapie

Prevence a léčba postmenopauzální osteoporózy, odstraňuje i další obtíže spojené s menopauzou označované jako klimakterický syndrom. Léčba by měla trvat 5–7 let, podávání více než 10 let zvyšuje riziko karcinomu endometria a prsu. Estrogeny chrání kost tím, že tlumí kostní resorpci, stimulují syntézu DNA v osteoblastech, účinně snižují riziko zlomenin krčku femuru až o 50 %, snižuje výskyt kardiovaskulárních chorob a mortalitu na ně až o 60 %. U žen s intaktní dělohou navrhujeme vždy estrogeno-gestagení léčbu.

- cyklická, sekvenční léčba – menstruovat bude; 17β-estradiol 1.–25.den, gestagen 16.–25.den, po 25. dnu – krvácení z vysazení;
- kontinuální léčba – menstruovat nebude, podáváme současně estrogeny a gestageny, děložní sliznice zůstává atrofická.

Před zahájením je třeba podrobné vyšetření interní, gynekologické, vyšetření prsou, mamografický náález musí být negativní; vyšetření se opakují po 6 měsících. Dlouhodobé podávání estrogenů je spojeno s rizikem karcinomu endometria, prsu, cévními komplikacemi, tromboembolickou chorobou, jaterní lézí.

## Bisfosfonáty

Bisfosfonáty jsou syntetické látky, blokátory osteoresorpce, snižují osteoklastickou resorpci přímým účinkem na apoptózu osteoklastů – pamidronát , alendronát . Mají účinek i na novotvorbu trabekulární kosti; vynikající účinky při steroidní osteoporóze.

## Anabolické steroidy

Anabolické steroidy jsou deriváty androgenů; zvyšují osteogenezi, tlumí osteoresorpci. Obměnou základní struktury steroidu jsou potlačeny virilizační účinky, a zachovány účinky anabolické, mají analgetické účinky.

## Fluoridy

NaF – zvyšují novotvorbu kostní hmoty a kostní denzitu v axiálním skeletu. Aktivní stimulátor aktivity osteoblastů, dávka 15–25 mg denně by neměla být podána méně než 2 roky, ne více než 5 roků. Léčba (se současným podáváním  $\text{Ca}^{2+}$ ) nevede k tvorbě nových kostních trámců, pouze zesiluje tránce už existující. Léčba může mít nepříjemné příznaky v GIT a vyvolat zvýšenou bolestivost kloubů. Pro resorpci v GIT je výhodnější monofluorofosfát.

## Teriparatid

Teriparatid  je využívá výrazného osteoanabolického efektu endogenního fragmentu PTH<sup>[3]</sup>

## Biologická léčba

V současní době probíhají studie na protilátky proti sklerostinu – protein, který má katabolické účinky na kost<sup>[4]</sup>.

1. DAY, D. W., J. R. JASS a A. B. PRICE, et al. *Morson and Dawson's Gastrointestinal Pathology*,. 4. vydání. Malden, Massachusetts, USA. : Blackwell Science Ltd, 2003. s. 32-33. ISBN 9780470755983.
2. CORREA, P. A Human Model of Gastric Carcinogenesis. *Cancer Res* [online]. 1988, vol. 13, no. 48, s. 3554-3560, dostupné také z <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3288329>>. ISSN 1538-7445.
3. **Cite error: Invalid <ref> tag; no text was provided for refs named Klener**
4. KRAUSE, Carola, Olexandr KORCHYNSKYI a Karien DE ROOIJ, et al. Distinct modes of inhibition by sclerostin on bone morphogenetic protein and Wnt signaling pathways. *J Biol Chem* [online]. 2010, vol. 285, no. 53, s. 41614-26, dostupné také z <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3009889/?tool=pubmed>>. ISSN 0021-9258 (print), 1083-351X.