

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE

...od nemoci ke zdraví...

Preferujeme miniinvazivní techniky

říká primář urologického oddělení

MUDr. Ota KÖHLER, CSc.

Historie dnešního urologického oddělení v Ústřední vojenské nemocnici počíná rokem 1947: do té doby totiž i v armádě patřil urologický obor do širokého rámce všeobecné chirurgie. Po nemocnici na Bulovce, kde vzniklo samostatné urologické oddělení už v roce 1928, stala se Ústřední vojenská nemocnice druhým pracovištěm tohoto typu. Jeho prvním přednostou se ve Střešovicích stal MUDr. Jan Bláha. (Samostatně tehdy neexistoval urologický obor dokonce ani na Lékařské fakultě UK). Oddělení v ÚVN mělo do roku 1954 sedmadvacet lůžek; V roce 1951 se stal Bláhovým zástupcem MUDr. J. Náhlovský, jehož kniha *Úrazová urologie* je do dnešní doby jedinou českou učebnicí urologické traumatologie.

V roce 1954 byl počet lůžek zvýšen na 47. Po odchodu MUDr. Bláhy (1958) stál v čele oddělení MUDr. Josef Tuhý, jeho zástupcem byl od roku



1959 MUDr. Emil Fuchs. O zavedení plného rozsahu endoskopických urologických výkonů se zasloužil MUDr. Ferdinand Leffler, který jako první v tehdejší Československu uskutečnil v roce 1966 transuretrální resekci prostaty novým resektoskopem. Když bylo v roce 1963 urologické oddělení s konečnou platností zcela odděleno od chirurgie, získalo vlastní operační sál a možnost vybudovat specializovaná urologická pracoviště.

V čele urologického oddělení stál od roku 1977 MUDr. Lubomír Hyršl, CSc; po jeho odchodu (1994) byl do roku 1997 primářem MUDr. A. Jelínek, od roku 1997 vede urologické oddělení plk. MUDr. Oto Köhler, CSc.

MUDr. Köhler ukončil studia na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze v roce 1976 (v roce 1990 obhájil disertační práci na téma *Perkutánní operace ledvin*). Pracoval mj. na Urologické klinice 1. lékařské fakulty UK v Praze (1983-85) a Urologické klinice 2. lékařské fakulty UK v Praze-Motole. MUDr. Köhler je autorem mnoha odborných publikací, článků, statí, studií a dalších speciálních textů, videofilmů, multimediálních výukových programů atd. Věnuje se zejména problematice minimálně invazivní urologie, využívání moderních technologií,



endourologické problematice, laserovým a robotickým operacím.

Pane primáři, do oblasti urologie patří řada potíží, které sužují člověka jedenadvacátého století: u mužů zejména nezhoubná hyperplázie prostaty, u žen pak inkontinence moči. Mohl byste říci, jaká je dnes situace v léčení těchto nepříjemných poruch, resp. chorob?

U benigní hyperplazie máme v operační léčbě k dispozici několik základních technik: nejstarší je otevřená prostatektomie, která se většinou indikuje u velkých prostat nad osmdesát gramů hmotnosti prostaty. Pro malé prostaty do cca 60-80 gramů je prováděna tzv. transuretrální resekce prostaty; provádí se vysokofrekvenčním proudem a je považována za tzv. zlatý standard v operační léčbě benigní hyperplazie. Novou operační endoskopickou technikou



Operace s pomocí robota da Vinci

je enukleace prostaty holmiovým laserem. Je jako jediná z alternativních operačních technik (např. radiofrekvenční ablace, mikrovlnné terapie, léčba fokusovaným ultrazvukem atd.) uvedena v guidelines americké i evropské urologické společnosti.

Inkontinence žen je problémem, který řeší jak gynekologové, tak urologové. Používají se různé typy závěsů močové trubice, nejčastěji tzv. TVT a TOT. Volbu nejlepší techniky řešení inkontinence musí po kompletním vyšetření individuálně stanovit ošetřující lékař.

*Vedle nezhoubného zbytnění ovšem mužům různého věku hrozí i **karcinom prostaty**. Jaké jsou výsledky léčby tohoto život ohrožujícího onemocnění?*

V léčbě karcinomu prostaty je dosahováno stále lepších výsledků. Významné jsou preventivní prohlídky mužů, doporučené od 50 let věku jedenkrát ročně. Základem těchto prohlídek je palpační vyšetření prostaty a stanovení hladiny PSA v krvi. Při podezření na karcinom je provedena biopsie prostaty, většinou pod ultrazvukovou kontrolou. To umožňuje v mnoha případech odhalit karcinom v počátečním stadiu, kdy je možná radikální léčba. Nejúspěšnější je operační léčba; pokud nelze operaci provést, je možné prostatu ozářit.

Z operačních technik se běžně provádí otevřená radikální prostatektomie, od roku 2005 i robotická radikální prostatektomie. Proti otevřené operaci je šetrnější, má méně komplikací a je jí dosahováno lepších onkologických výsledků. Také udržení moče po operaci a návrat erekce po operaci je podstatně rychlejší a lepší. Zavedení robotického systému do operativy je zlomovým krokem v současné urologii, neboť operátor není přímo u operačního stolu, ale ovládá na dálku robotický systém z tzv. konzoly pomocí joysticků. Tímto způsobem je možné celé zařízení ovládat i na velkou vzdálenost třeba přes půl zeměkoule! Rozhodujícím faktorem je však i v tomto systému člověk, bez jehož pokynů robot nic neprovede. A tak i zde platí, že nejmodernější technika je plně využitelná jen v případě dokonale vytrénovaných chirurgů. Na našem pracovišti máme v současné době zkušenosti s více než dvěma sty robotických urologických operací, které provádějí dva plně vycvičené operační týmy. Laparoskopická operace prostaty se v naší republice nerozšířila; bylo provedeno jen několik desítek operací s nepříliš dobrými výsledky.

K tomu, aby bylo dosaženo excelentních výsledků při laparoskopické operaci, je třeba provést několik set operací, což vyžaduje léta výcviku. To je také hlavním důvodem, proč tento

typ zákroku provádělo jen několik málo center ve světě. Nejlepších výsledků dosáhli francouzští urologové, kteří také tyto operace prováděli v USA, kde se laparoskopická operace nerozšířila a představovala z celkového počtu operací pro karcinom prostaty jen asi dvě procenta. Zbytek operací byl prováděn otevřenou cestou. Zavedení robotické techniky způsobilo v USA obrovský rozvoj této minimálně invazivní operace. Dnes se už více než polovina všech radikálních operací prostaty provádí roboticky, zbytek otevřeně, a laparoskopicky jen kolem 1 až 1,5 procenta... V Evropě je postup robotiky pomalejší, i když v posledních letech počet robotických operací stoupá.

Při hodnocení operačních technik se srovnává celá řada parametrů. Hlavním onkologickým pametrem je počet, resp. procento tzv. pozitivních okrajů, které se u většiny světových pracovišť se pohybuje mezi deseti až dvaceti procenty (Pozitivním onkologickým výsledkem je kompletní odstranění prostaty, po němž je odstraněn veškerý nádor). Z funkčních parametrů jsou nejdůležitější udržení moči a návrat erekce. V současné době je současně s rostoucími zkušenostmi z robotických operací dosahováno stejně dobrých onkologických výsledků jako u otevřených operací, ale při zachování minimálně invazivního a tedy mnohem šetrnějšího přístupu k nemocnému. U funkčních výsledků dokonce robotické operace přinášejí podstatně rychlejší návrat kontinence i erekce.

Rozdílná kultura v Evropě a USA poněkud znesnadňuje srovnání výsledků různých operačních postupů. Ve Spojených státech nejsou většinou k operační léčbě indikováni nemocní s vyšším PSA a pokročilejším onemocněním, kde je preferovanou léčbou ozáření. V Evropě jsou k operaci indikováni i tito nemocní, což v konečném součtu zkresluje statistické výsledky. Na druhou stranu dává tento postup naději na kompletní vyléčení i části nemocných s pokročilejším onemocněním.

(ed)

Druhou část rozhovoru s MUDr. Oto Köhlerem přineseme v lednovém čísle VELESLAVINA 39