



## ZÁPIS ZE ZASEDÁNÍ VÝBORU České gastroenterologické společnosti ČLS JEP

**Místo zasedání:** Guarant, Na Pankráci 17, Praha 4

**Datum:** 1. 4. 2014

**Přítomní členové výboru a revizní komise (bez titulů):** Julius Špičák, Radan Keil, Josef Doseděl, Karel Lukáš, Miroslav Ryska, Ondřej Urban, Milan Lukáš, Zdena Zádorová, Jiří Černoch, Jan Lata, Václav Mandys, Petr Dítě

**Hosté:** Tomáš Doruška, Martin Slavík, Štěpán Suchánek

**Guarant:** Ingrid Vojteková, Jasna Zejnilović

**Nepřítomni:** Aleš Hep, Ivana Líbalová, Stanislav Rejchrt, Miroslav Zavoral

### 1. Film o prof. Mařatkovi: manažer p. Doruška

Na schůzi byl přítomen producent filmu T. Doruška. T. Doruška: film je hotový, promítá se např. na kongresech. V tuto chvíli se žádá od ČGS ČLS JEP 90 000 Kč na distribuci DVD. Nejedná se o výtěžnou činnost. O. Urban: Jak bude vidět, že společnost poskytla prostředky? T. Doruška: ČGS ČLS JEP bude zmíněna v titulcích i ve všech propagačních materiálech. J. Špičák doporučuje finance poskytnout. Konsenzuálně bylo přijato, že částka na podporu filmu bude poskytnuta. Logistina se doladí jednáním p. Dorušky s I. Líbalovou. J. Černoch: Jak bude DVD distribuováno? T. Doruška: Distribuci plánujeme jako nekomerční, takže uvažujeme, že by Česká gastroenterologická společnost dostala 300 ks DVD a za dobrovolný příspěvek či zdarma by DVD byla k dispozici na kongresech.

### 2. Časopis: M. Lukáš

M. Lukáš - Rada vlády pro vědu a výzkum vydává seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik. Časopis původně nebyl v seznamu, nyní je jeho součástí.

2/9/2013 Byla podána žádost o zařazení indexace časopisu MEDLINE. 26/3/2014 zasedala rada, která požadavek zamítla. Pro informaci, v roce 2012 z 660 titulů akceptovaných byly pouze 4 neanglické. Byl podceněn lobbying u zahraničních členů rady a naopak v redakční radě časopisu Gastroenterologie a hepatologie je málo mezinárodně respektovaných odborníků. Špičák - je třeba zaslat M. Lukášovi jména kandidátů mezinárodní redakční rady. P. Dítě - bez podpory mezinárodních odborníků indexaci získat nelze. M. Lukáš - Financování časopisu viz minulý zápis. Ředitel Ambient Media. M. Slavík: Hlavním zdrojem financování

je inzerce. Je to i nejčistší forma. Dalším zdrojem financování je předplatné. Aby byla webová verze dostupná a jednotná, je nutné sjednotit technicky podklady pro všechny počítače, tablety atd. M. Lukáš – ve smlouvě je stanoveno, že 30 % z přebytku se převádí ČGS ČLS JEP. M. Slavík: Za loňský rok byl přebytek 110 000 Kč. Tyto peníze byly odeslány do ČLS JEP. J. Špičák, R. Keil - I. Líbalová zreviduje, zda peníze doputovaly na subkonto naší společnosti.

R. Keil žádá o zaslání přehledu zisku za poslední roky. J. Černoch žádá o totéž jako člen revizní komise o dokument. M. Slavík: požadované zašle.

### **3. Hodnocení akce kazuistiky: K. Lukáš**

K. Lukáš: Celkový počet účastníků: 120 a celkový počet sponzorů: 11. Akce úspěšná, malý přebytek. K. Lukáš navrhuje malý přebytek věnovat organizátorům (V. Brejchové), R. Keil i ostatní souhlasí.

### **4. Akce ve výhledu: PROMED, ENDO DNY, VARSKÉ DISKUZNÍ DNY: I. Vojteková, J. Špičák**

J. Špičák: PROMED – očekává se na 400 účastníků převážně s post-sovětského teritoria. Program je více méně připraven.

J. Špičák - ESGE kurz: absolvovali jsme site visit vedenou ko-organizátorem prof. S. Meisnerem. Návštěva kontrolovala přípravy zevrubně. Program se finalizuje, viz webové stránky. Mimořádným zážitkem slibuje být snídane s experty. O. Urban vidí pozitivum v této akci. Je to velký krok pro českou endoskopii.

P. Dítě oznamuje konání domácího Pankreatického klubu 20/6 v Hotelu Voroněž v Brně.

I.Vojteková - Gastroenterologické dny Karlovy Vary prosinec 2014 - akce se v tuto chvíli vyvíjí přiměřeně. Registruje dostatečný zájem vystavovatelů. R. Keil: bylo by vhodné, aby byl větší rozdíl ve výši poplatku pro člena a nečlena ČGS ČLS JEP. Členství musí být zvýhodněno.

	POPLATEK VČASNÝ	POPLATEK POZDNÍ
ČLEN ČGS	1900 Kč	2400 Kč
OSTATNÍ LÉKAŘI	2900 Kč	3300 Kč
ZDRAVOTNÍ SESTRY - ČLEN	700 Kč	900 Kč
ZDRAVOTNÍ SESTRY - NEČLEN	1300 Kč	1500 Kč
MLADÍ LÉKAŘI DO 30 LET	800 Kč	1000 Kč

Společenský večer - první večer bude organizován formou recepce a koncertu, filmové představení druhý večer. Film bude vybrán na základě hlasování, které by mělo být spuštěno v květnu. Hotel Thermal je v tuto chvíli vyprodán. Počítá se s využitím hlasovacího zařízení. Registrace bude umístěna jako v loňském roce u recepce.

I. Vojteková - GASTRO KONGRES 2013 - akce je zúčtována, zisk 90 000,- Kč bude zaslán na ČLS JEP.

J. Špičák. V roce 2015 proběhne International Congress of Coeliac Disease. Vědecký program se tvoří tak, že vzniká z volných sdělení, které se doplní případnými vyzvanými přednáškami. Očekává se 600 – 1000 účastníků. Probíhají pravidelné schůzky organizátorů – J. Špičák, H. Tláskalová. Byly osloveny pacientské organizace i výrobce bezlepkových potravin.

R. Keil – Je důležité, aby „celiakie“ byla považována za gastroenterologickou akci.

J. Špičák – podněty k programu ze strany výboru jsou žádoucí.

## **5. Český a slovenský gastroenterologický kongres 2015: J. Špičák**

O. Urban a K. Lukáš přednesli prezentace. O. Urban kandidoval s konceptem akci pořádat v Ostravě, K. Lukáš ve spolupráci Z. Zádorovu a R. Keilem kandidoval za město Praha.

Výbor hlasoval tajně. Hlasování se zúčastnilo 10 členů výboru a přítomni byli 2 členové revizní komise. Revizní komise obdržela 10 hlasovacích lístků, z čehož byl 1 neplatný. Kandidatura O. Urbana získala 4 hlasy a kandidatura K. Lukáše 5 hlasů. Bylo rozhodnuto, že 33. český a slovenský gastroenterologický kongres proběhne v Praze, prezidentem kongresu je K. Lukáš.

## **6. Volby do výboru 2014: r. Keil**

R. Keil: proběhnou jednokolové volby. J. Špičák - na předešlé schůzi byli navrženi členové volební komise Dr. Králová, Doc. Jirásek a prof. Škrha. Všichni s touto funkcí souhlasili a výbor jednohlasně odsouhlasil Dr. Královou, Doc. Jirásku a prof. Škrhu jako členy volební komise.

J. Špičák je nutné vytvořit dopis pro členy společnosti, aby byli informováni. Dopis nebude signovaný nebo bude uvedeno pouze „volební komise“, aby nedocházelo k ovlivňování členů. Jména z příloženého seznamu členů se budou vpisovat do 16 políček bez pořadí. Políčka budou obsahovat křestní jméno, příjmení a město či pracoviště. Členy výboru se stanou ti, kteří dosáhnou nejvyššího počtu hlasů v pořadí 1 – 13, ti, kdo se umístili na 14-16 místě budou členy revizní komise.

## **7. Screening crc a jak je hrazen: M. Zavoral**

Na schůzi se dostavil Š. Suchánek, který v tomto bodě zastoupil M. Zavorala. Situace ohledně úhrady není dobrá. V letech 2010-2011 začalo jednání ohledně screeningů s ministerstvem zdravotnictví. Je třeba, aby byla stanovena odbornost - screening kolorektálního karcinomu. Několikrát bylo přislíbeno, ale politická situace se velmi rychle mění a tím se jedná znovu a znovu s novými a novými náměsty. Současným žhavým problémem je diskrepance mezi hodnotou screeningové a standardní polypektomie s pochopitelným negativním dopadem na screening. . Minulý týden zasedala Komise pro screening kolorektálního karcinomu MZ ČR. M. Zavoral se stal předsedou komise. Přirozeně ke nutná pozitivní

motivace tedy hrazení screeningových výkonů mimo regulaci. Členy komise jsou i zástupci VZP a zástupci ostatních zdravotních pojišťoven. Š. Suchánek - není reálné, aby to bylo dřív jak 1/1/2014

R. Keil – probíhá adresné zvaní, program běží 13 let. Není jediný důvod, proč by screeningové vyšetření stolice na okultní krvácení neměli provádět gastroenterologové.

J. Špičák – Pro fungování celospolečenského programu je nutný přátelský konsenzus.

O. Urban – zdůraznil vysoce pozitivní medicínský pohled na screening. Kdo nechce dělat screening za těchto podmínek, tak nemusí.

Š. Suchánek – probíhá reakreditace screeningových pracovišť.

R. Keil – Pracoviště jsou zahlcena požadavky na koloskopii. Nicméně jen menšina se provádí v rámci organizovaného screeningu.

J. Lata: program hodnotím velmi pozitivně. Stávající problémy jsou řešitelné.

J. Špičák – Je třeba podrobně zjistit, jak je financován screening jiných specializací. Konkrétně jakou část obratu pracovišť tvoří screeningové výkony. Obecně počet koloskopií nejsme schopni zásadně zvýšit a není to ani žádoucí. Třeba racionálně zvažovat kontrolní koloskopie, velkou roli hrají definice.

## **8. Plagiátorství**

Materiál připravili V. Jirásek a K. Lukáš a se souhlasem výboru se stal součástí zápisu.

Všem členům České gastroenterologické společnosti,

v minulém roce došlo k nezvyklé a nepříjemné události, kterou lze stručně nazvat plagiátorství poměrně obsáhlého textu ve známých učebnicích vnitřního lékařství. Jelikož se množí stále dotazy, o co vlastně jde, pokládáme za vhodné odborné veřejnosti podat autentické informace. Jsme editory kapitoly Gastroenterologie v Klenerově učebnici „Vnitřní lékařství (4. vydání, 2011, Galén). Na první pohled je nápadné, že v ostatních učebnicích z tohoto oboru jsou texty kapitoly o chorobách žaludku velmi podobné, nebo zcela shodné. V těchto textech je hlavním autorem Petr Dítě. Je dobré sledovat ediční posloupnosti:

1. Autor původního textu je Václav Jirásek, který napsal kapitolu „Nemoci žaludku“ do knihy Pavla Klenera a spol. „Vnitřní lékařství“. Tato publikace vyšla ve 4 vydáních v r. 1999, 2001, 2006 a 2011. Ve 4. vydání této kapitoly se autorsky podílel ještě Karel Lukáš. Oddíl „Choroby tenkého střeva“ zpracoval Přemysl Frič.

2. Téměř stejnou kapitolou „Nemoci žaludku“ (str. 21-47) přispěl V. Jirásek do učebního textu, který vydala Masarykova universita v Brně v r. 2000. Pořadatel knihy „Gastroenterologie“ je P. Dítě.

3. Prakticky stejný text vyšel v r. 2005 v knize Vnitřní lékařství (2. vydání, MU v Brně), kapitola „Nemoci žaludku“ (str. 306-328). V obsahu je jako autor uveden P. Dítě.

4. Prakticky stejný text „Nemoci žaludku“ (str. 254-267) v knize Vnitřní lékařství (2. přepracované vydání), nakladatelství Galén 2007, hlavní autor P. Dítě.

5. V r. 2010 vyšla v nakladatelství Triton učebnice „Interna“ redigovaná Richardem Češkou. V kapitole „Onemocnění zažívacího ústrojí“ je jako autor uveden Petr Dítě

Brožované vydání stejného textu ve 3 sešitech publikovalo nakladatelství Triton ještě v r. 2012. Je zřejmé, že i zde jde opět o původní text, jen je zřetelně zkrácen.

6. V r. 2011 v nakladatelství Galén vyšlo „Vnitřní lékařství“ ve 2 dílech redigované M. Součkem. V kapitole „Vředová choroba gastroduodena a příbuzné choroby“ (str.323-336) je jako autor uveden Petr Dítě a Bohuslav Kianička

Celý problém spočívá v tom, že všechny výše zmíněné texty o chorobách žaludku, u kterých je jako autor uváděn Petr Dítě, jsou odhadem z 80-90 % identické s původním textem Václava Jiráka. Ti, kteří mohou uvedené texty porovnat, snadno se přesvědčí sami. Pro ty čtenáře, kteří nemají uvedené texty k dispozici, uvádíme jako ukázkou text (Gastritida), který je uveden v příloze 1(str. 7)

V žádném plagiovaném textu není původní autor citován, ani v použité literatuře není uveden.

Požádali jsme o vysvětlení opsaných textů Petra Dítě. Přikládáme podstatnou část dopisu, v kterém své pochybení vysvětluje:

„....Já mohu věc snad vysvětlit jen tím, že když jsem shromažďoval poklady pro napsání textu skript, měla Tvoje kapitola sloužit jako „muster“, protože v podobě, Tebou napsané, jí považuji obsahově i didakticky za vynikající. Jednotlivé kapitoly byly uloženy v počítači, realizace skript se dosti protahovala a tak, když konečně byly všechny texty shromážděny, byly staženy z počítače do jednoho celku. Já jsem sice přesvědčen, že jsem kapitolu předělal z gruntu, ale výsledek je takový, jaký nyní je...“

S žádostí o pomoc s řešením tohoto problému jsme požádali etickou komisi 1. LF UK (předseda komise prof. Dr. T. Zima, DrSc.). Etická komise 1, LF UK doporučila, aby se prof. Dítě omluvil nakladatelům uvedených učebnic, jejich autorům-editorům a děkanům fakult, kde prof. Dítě působí, což učinil.

Výbor České gastroenterologické společnosti se celou záležitostí zabýval na zasedání v Karlových Varech v listopadu r. 2013, konstatoval, že nemá dostatečné kompetence k řešení tohoto problému a doporučil přímé jednání zúčastněných.

Prof. Dítě slíbil, že rozešle omluvu (str. 16) a vysvětlení do časopisů, které se zabývají přímo nebo nepřímo gastroenterologií.

V Praze 7. 2. 2014

Václav Jirásek a Karel Lukáš

## 9. Finance: společnost, časopis, stránky

Odloženo z důvodu nepřítomnosti I. Líbalové.

## **10. Různé**

Jednohlasně byli schválení noví členové ČGS ČLS JEP.

Zdeněk Diviš  
Veronika Hrubá  
Peter Mačinga  
Martin Lukáš  
Michal Voška  
Tomáš Grega  
Martin Svoboda  
Martin Laclav  
Paulina Vojvodová  
Petra Kučerová

### **Příští jednání výboru ČGS se bude konat:**

03. 06. 2014 v 10.00 v GUARANT International

### **Zapsala:**

Jasna Zejnilović

### **Zápis doplnil a zkontroloval:**

Julius Špičák

## PŘÍLOHA:

Jsme si vědomi, že:

„Všechna práva jsou vyhrazena. Žádná část tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.“

A proto raději přepisujeme jako „citát“ jen několik typických částí plagiátu. Originály jsou pochopitelně k dispozici.

Uvádíme přehledně poslovně:

### 1. Původní text

Knih: Pavel Klener et al. „Vnitřní lékařství „

Rok vydání: **1999**

Nakladatelství: Galén a Univerzita Karlova v Praze.

Autor: doc. **Václav Jirásek**, CSc.

Kapitola: „Nemoci žaludku“ s. 448-470

#### **Citace 1:** str. 460 13.2.4.1. **Akutní gastritida**

„Akutní gastritida (resp. gastroenteritida) je v praxi stále hojně užívané, leč nesprávné označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií. Jde o termín nepřesný, zánětlivá podstata je mnohdy neprokázaná a nepravděpodobná, jindy při zánětech infekčních spíše zastírá pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy).

Většinou jde o reflexní poruchu motility....Není-li zánětlivá povaha onemocnění zřejmá, volíme raději termín méně určitý, např. akutní dyspepsie, akutní nebo alimentární indigesce.

**Etiologie a patogeneze:** ....Tolerance jednotlivých složek potravy je rozdílná, záleží na individuální odolnosti, na množství a složení potravy a na kombinaci těchto faktorů, dojde-li k hladkému zpracování nebo k digestivní poruše. ..

...Stravitelnost potravy může být modifikována řadou faktorů: nezvyklá úprava, nevhodná teplota, **koření**, nevhodné nápoje....

**Klinický obraz:** ...akutní indigesce se projevuje jako tlak v epigastriu, nechutenství až odpor k jídlu, říhání, nauzea, zvracení, nadmutí, flatulence, břišní kolika, průjem.

Objektivní nález nebývá podstatněji změněn. Břicho může být lokalizovaně (epigastrium) nebo difúzně palpačně citlivé. Důležité je opakované vyloučení známek peritoneálního dráždění. Rovněž v laboratorním nálezu by neměly být významnější odchylky.

**Průběh:** akutní obtíže trvají většinou krátce, několik hodin až několik dní s rychlou restitucí nebo pozvolným dozníváním příznaků. Teplota nepatří do obrazu, nejvýše jsou přítomny krátce trvající subfebrilie. Při těžším průběhu může být celková schvácenost, sklon ke kolapsu...“

**Citace 2:** str. 461 „**13.2.4.2 Chronická gastritida**

Chronická gastritida přestala být klinickou diagnózou. Četné práce doložily, že asi 1/3 nemocných s tzv. gastritickou symptomatologií (dyspeptické obtíže) má normální žaludeční sliznici. Mnoho lidí s pokročilou gastritidou nemá naopak obtíže vůbec, typickým příkladem jsou mnozí nemocní s perniciózní anémií. Gastritických změn přibývá s věkem; ve věku nad 50 let jen asi 20 % osob má normální žaludeční sliznici. Nebyl nalezen žádný vztah mezi anatomickým substrátem a klinickými projevy. Obtíže dříve přičítané gastritidě jsou často funkční povahy a tkví nejspíše v poruchách motility. Přes toto paušální odmítnutí chronické gastritidy jako *klinické* jednotky nelze vyloučit, že v některých případech může být exacerbace zánětlivého procesu zdrojem obtíží. Přestože chronická gastritida je jen histologickou diagnózou, má svůj zřetelný význam pro klinickou gastroenterologii....

**Diagnóza**..... Poznání gastritidy je výlučně histologické. Pro diagnózu je nezbytný odběr 2 biopsií z antra a 2 biopsií z těla žaludku.

Úsilí o endoskopickou diagnostiku je odsouzeno k nezdaru, jelikož není korelace mezi makroskopickými změnami patrnými endoskopicky a mezi histologickým nálezem. Endoskopicky je možno pouze popsat pozorované morfoloické změny jako erytém, edém, fragilita, exsudace ap.“

Citace č. 3 : str. 462 „**13.2.5. Gastropatie**

Pro některé chorobné stavy postihující žaludek je vhodnější užít nezavazující označení gastropatie než termín gastritida, neboť zánětlivá povaha a původ změn není prokazatelný. Je pravděpodobné, že nejde o nozologické jednotky s definovanou jednotnou etiologií a patogenezi. Proto ani klasifikace těchto stavů není ustálená a jednotná.

Při jejich dělení využíváme spíše morfoloické, endoskopické hledisko.“

## 2. Téměř stejný text od stejného autora

Kniha: Petr Dítě a kolektiv, „Gastroenterologie“ učební text pro studující lékařství

Rok vydání: **2000**

Nakladatelství: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta lékařská

Autor: doc. **Václav Jirásek**, CSc.



### **Citace 1:** str. 34 **AKUTNÍ GASTRITIS (AKUTNÍ GASTROENTERITIS, AKUTNÍ DYSPEPSIE)**

**V TEXTU DOŠLO K PŘEKLEPU – místo koření je uvedeno kouření.**

„Akutní gastritida (resp. gastroenteritida) je v praxi stále hojně užívané, leč nesprávné označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií. Jde o termín nepřesný, zánětlivá podstata je mnohdy neprokázaná a nepravděpodobná, jindy při zánětech infekčních spíše zastírá pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy). Většinou jde o reflexní poruchu motility....Není-li zánětlivá povaha onemocnění zřejmá, volíme raději termín méně určitý, např. akutní dyspepsie, akutní nebo alimentární indigestce.

#### **Etiopatogeneze**

....Tolerance jednotlivých složek potravy je rozdílná, záleží na individuální odolnosti, na množství a složení potravy a na kombinaci těchto faktorů, dojde-li k hladkému zpracování nebo k digestivní poruše.....Stravitelnost potravy může být modifikována řadou faktorů: nezvyklá úprava, nevhodná teplota, **kouření**, nevhodné nápoje....

#### **Klinický obraz**

Akutní indigestce se projevuje jako tlak v epigastriu, nechutenství až odpor k jídlu, říhání, nauzea, zvracení, nadmutí, flatulence, břišní kolika, průjem. Objektivní nález nebývá podstatněji změněn. Břicho může být lokalizovaně (epigastrium) nebo difúzně palpačně citlivé. Důležité je opakované vyloučení známek peritoneálního dráždění. Rovněž v laboratorním nálezu by neměly být významnější odchylky.

Akutní obtíže trvají většinou krátce, několik hodin až několik dní s rychlou restitucí nebo pozvolným dozníváním příznaků. Teplota nepatří do obrazu, nejvýše jsou přítomny krátce trvající subfebrilie. Při těžším průběhu může být celková schvácenost, sklon ke kolapsu.“

### **Citace 2:** str. 35 **„CHRONICKÁ GASTRITIS**

Chronická gastritida přestala být klinickou diagnózou. Četné práce doložily, že asi 1/3 nemocných s tzv. gastritickou symptomatologií (dyspeptické obtíže) má normální žaludeční sliznici. Mnoho lidí s pokročilou gastritidou nemá naopak obtíže vůbec. Typickým příkladem jsou mnozí nemocní s perniciózní anémií. Gastritických změn přibývá s věkem, ve věku nad 50 let jen asi 20 % osob má normální žaludeční sliznici. Nebyl nalezen žádný vztah mezi anatomickým substrátem a klinickými projevy. Obtíže dříve přičítané gastritidě jsou často funkční povahy a tkví nejspíše v poruchách motility. Přes toto paušální odmítnutí chronické gastritidy jako *klinické* jednotky nelze vyloučit, že v některých případech může být exacerbace zánětlivého procesu zdrojem obtíží. Přestože chronická gastritida je jen histologickou diagnózou, má svůj zřetelný význam pro klinickou gastroenterologii.

**Diagnóza**..... Poznání gastritidy je výlučně histologické. Pro diagnózu je nezbytný odběr 2 biopsií z antra a 2 biopsií z těla žaludku. Úsilí o endoskopickou diagnostiku je odsouzeno k nezdaru, jelikož není korelace mezi makroskopickými změnami patrnými endoskopicky a mezi histologickým nálezem. Endoskopicky je možno pouze popsat pozorované morfologické změny jako erytém, edém, fragilita, exsudace apod.“

**Citace č. 3** : str. 37 „**GASTROPATIE**

Pro některé chorobné stavy postihující žaludek je vhodnější užít nezavazující označení gastropatie než termín gastritida, ~~neboť~~ **jelikož** zánětlivá povaha a původ změn není prokazatelný. Je pravděpodobné, že nejde o nosologické jednotky s definovanou jednotnou etiologií a patogenezí. Proto ani klasifikace těchto stavů není ustálená a jednotná.

**Při V** jejich dělení využíváme spíše morfologické, endoskopické hledisko.“

### 3. Prakticky stejný text, ale již jiný autor

Knih: prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc. „Vnitřní lékařství (Druhé doplněné a přepracované vydání)“

Rok vydání: **2005**

Nakladatelství: Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta

Autor: **P. Dítě** (autoři jsou uváděni jen v obsahu)

Kapitola: „Nemoci žaludku“ s. 309-328, bez citací literatury

**Citace 1:** str. 317. 4.3.4 **GASTRITIS ...Akutní gastritis (akutní gastroenteritis, akutní dyspepsie)**

**PŘEKLEP** či chyba korektora – místo koření **kouření**. Je už bezmyšlenkovitě opisován

„**Definice.** Akutní gastritida (resp. gastroenteritida) je ~~v praxi stále hojně užívané, leč nesprávné~~ označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií. Jde o termín nepřesný, zánětlivá podstata je mnohdy neprokázaná a nepravděpodobná, jindy při zánětech infekčních spíše zastírá pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy). Většinou jde o reflexní poruchu motility....

**Etiopatogeneze**....Tolerance jednotlivých složek potravy je rozdílná, záleží na individuální odolnosti, na množství a složení potravy a na kombinaci těchto faktorů, dojde-li k hladkému zpracování nebo k digestivní poruše. Stravitelnost potravy může být modifikována řadou faktorů: nezvyklá úprava, nevhodná teplota, **kouření**, nevhodné nápoje....

### **Klinický obraz**

Akutní dyspepsie (indigesce) se projevuje jako tlak v epigastriu, nechutenství až odpor k jídlu, říhání, nauzea, zvracení, nadmutí, flatulence, břišní kolika, průjem. Objektivní nález nebývá podstatněji změněn. Břicho může být lokalizovaně (epigastrium) nebo difuzně palpačně

citlivé. Důležité je opakované vyloučení známek peritoneálního dráždění. Rovněž v laboratorním nálezu ~~by neměly být významnější odchylky~~ **nebývají**.

Akutní obtíže trvají většinou krátce, několik hodin až několik dní s rychlou restitucí nebo ~~pozvolným~~ dozníváním příznaků. ~~Teplota nepatří do obrazu, nejvýše jsou~~ **Mohou být přítomny** krátce trvající subfebrilie. Při těžším průběhu může být celková schvácenost, sklon ke kolapsu.“

## **Citace 2:** str. 318. „**Chronická gastritis**

Chronická gastritida *přestala být klinickou diagnózou.*

~~Četné práce doložily, že asi 1/3 nemocných s tzv. gastritickou symptomatologií (dyspeptické obtíže) má normální žaludeční sliznici a mnoho lidí s pokročilou gastritidou nemá naopak obtíže vůbec, typickým příkladem jsou mnozí nemocní s perniciózní anémií. Gastritických změn přibývá s věkem; ve věku nad 50 let má normální žaludeční sliznici jen asi 20 % osob. Nebyl nalezen žádný vztah mezi anatomickým substrátem a klinickými projevy. Obtíže dříve přičítané gastritidě jsou často funkční povahy a tkví nejspíše v poruchách motility. Přes toto paušální odmítnutí chronické gastritidy jako *klinické* jednotky nelze vyloučit, že v ~~některých~~ **ojedinělých** případech může zdrojem obtíží být exacerbace zánětlivého procesu.~~

Přestože chronická gastritida je jen *histologickou* diagnózou, má svůj zřetelný význam pro klinickou gastroenterologii.

## **Diagnostika**

Poznání gastritidy je výlučně histologické. Pro diagnózu je nezbytný odběr 2 biopsií z antra a 2 biopsií z těla žaludku. Úsilí o endoskopickou diagnostiku je odsouzeno k nezdaru, jelikož korelace mezi makroskopickými změnami patrnými endoskopicky a mezi histologickým nálezem **není**. Endoskopicky je možno pouze popsat pozorované morfologické změny jako erytém, edém, fragilita, exsudace apod.“

## **Citace č. 3 :** str. 319 „4.3.5 **Gastropatie**

Pro některé chorobné stavy postihující žaludek je vhodnější užít nezavazující označení gastropatie než termín gastritida, ~~neboť~~ **jelikož** zánětlivá povaha a původ změn není prokazatelný. Je pravděpodobné, že nejde o **nos**ologické jednotky s definovanou jednotnou etiologií a patogenezi.

Proto ani klasifikace těchto stavů není ustálená a jednotná.

**Př V** jejich dělení využíváme spíše morfologické, endoskopické hledisko.“

## **4. Prakticky stejný text a už stejný autor**

Knih: Petr Dítě et al. „Vnitřní lékařství (Druhé doplněné a přepracované vydání)“

Rok vydání: **2007**

Nakladatelství: Galén Praha

Autor: V obsahu je pod kapitolou 5. Gastroenterologie uveden prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., MUDr. Jiří Dolina, Ph.D, prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., MUDr. Libuše Husová, Ph.D, MUDr. Magda Kunovská, MUDr. Ivo Novotný, CSc., MUDr. Lucie Prokopová, PhD., doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.

Kapitola: „Nemoci žaludku“ s. 254-267. Literatura není citován V. Jirásek.

### **Citace 1:** str. 260 „Akutní gastritida

**Definice:** Akutní gastritida (resp. gastroenteritida) je ~~v praxi stále hojně užívané, leč nesprávné~~ označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií. Jde o termín nepřesný, zánětlivá podstata je mnohdy neprokázaná a nepravděpodobná, jindy při zánětech infekčních spíše zastírá pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy). Většinou jde o reflexní poruchu motility....

**Etiopatogeneze**.... Tolerance jednotlivých složek potravy je rozdílná, záleží na individuální odolnosti, na množství a složení potravy a na kombinaci těchto faktorů, dojde-li k hladkému zpracování nebo k digestivní poruše. Stravitelnost potravy může být modifikována řadou faktorů: nezvyklá úprava, nevhodná teplota, **kouření**, nevhodné nápoje....

### **Klinický obraz**

Akutní dyspepsie (indigestce) se projevuje jako tlak v epigastriu, nechutenství až odpor k jídlu, říhání, nauzea, zvracení, nadmutí, flatulence, břišní kolika, průjem. Objektivní nálezy nebývají podstatněji změněny. Břicho může být lokalizovaně (epigastrium) nebo **difuzně** palpačně citlivé. Důležité je opakované vyloučení známek peritoneálního dráždění. Rovněž v laboratorním nálezu ~~by neměly být~~ významnější odchylky **nebývají**.

Akutní obtíže trvají většinou krátce, několik hodin až několik dní s rychlou restitucí nebo ~~pozvolným~~ dozníváním příznaků. ~~Teplota nepatří do obrazu, nejvýše jsou~~ **Mohou být přítomny** krátce trvající subfebrilie. Při těžším průběhu může být celková schvácenost, sklon ke kolapsu.“

### **Citace 2:** str. 260 „Chronická gastritida

Chronická gastritida přestala být klinickou diagnózou.

~~Četné práce doložily, že~~ asi 1/3 nemocných s tzv. gastritickou symptomatologií (dyspeptické obtíže) má normální žaludeční sliznici **a** mnoho lidí s pokročilou gastritidou nemá ~~naopak~~ obtíže vůbec, ~~typickým příkladem jsou mnozí nemocní s perniciózní anémií.~~ Gastritických změn přibývá s věkem; ve věku nad 50 let má normální žaludeční sliznici jen asi 20 % osob. ~~Nebyl nalezen žádný vztah mezi anatomickým substrátem a klinickými projevy.~~ Obtíže dříve přičítané gastritidě jsou často funkční povahy a tkví nejspíše v poruchách motility. Přes toto paušální odmítnutí chronické gastritidy jako *klinické* jednotky nelze vyloučit, že v ~~některých~~ **ojedinělých** případech může zdrojem obtíží být exacerbace zánětlivého procesu.

Přestože chronická gastritida je jen *histologickou* diagnózou, má svůj zřetelný význam pro klinickou gastroenterologii.

**Diagnostika:** poznání gastritidy je výlučně histologické. Pro diagnózu je nezbytný odběr 2 biopsií z antra a 2 biopsií z těla žaludku. Úsilí o endoskopickou diagnostiku je odsouzeno k nezdaru, jelikož korelace mezi makroskopickými změnami patrnými endoskopicky a mezi histologickým nálezem **není**. Endoskopicky je možno pouze popsat pozorované morfologické změny jako erytém, edém, fragilitu, exsudaci apod.“

### **Citace č. 3 : str. 261 „5.3.5 Gastropatie**

Pro některé chorobné stavy postihující žaludek je vhodnější užít nezavazující označení gastropatie než termín gastritida, ~~neboť~~ **jelikož** zánětlivá povaha a původ změn není prokazatelný. Je pravděpodobné, že nejde o **nos**ologické jednotky s definovanou jednotnou etiologií a patogenezi.

Proto ani klasifikace těchto stavů není ustálená a jednotná.

Při **V** jejich dělení využíváme spíše morfologické, endoskopické hledisko.“

## **5. Téměř identický, stručnější, text, již stejný autor jako u 3 a 4**

Kniha: Richard Česka a kolektiv „Interna“ 1.vydání

Rok vydání: **2010**

Nakladatelství: Triton Praha

Autor: : P. Dítě, M. Lukáš, J. Lata (T. Vaňásek, D. Ďuricová)

Kapitola: „Nemoci žaludku“ s. 378-387. Literatura není citován V. Jirásek.

### **Citace str. 382 „Akutní gastritis**

Akutní gastritida (resp. gastroenteritida) je ~~v praxi stále hojně užívané, leč nesprávné~~ označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií. Jde o termín nepřesný, zánětlivá podstata je mnohdy neprokázaná a nepravděpodobná, jindy **u** zánětů infekčních spíše zastírá pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy). Většinou jde o reflexní poruchu motility....

### **Klinický obraz**

Akutní dyspepsie (indigestce) se projevuje jako tlak v epigastriu, nechutenství až odpor k jídlu, říhání, nauzea, zvracení, nadmutí, flatulence, břišní kolika, průjem. Objektivní nález nebývá podstatněji změněn. Břicho může být lokalizované (epigastrium) nebo dif**uz**ně palpačně citlivé. Důležité je opakované vyloučení známek peritoneálního dráždění. Rovněž v laboratorním nálezu ~~by neměly být~~ významnější odchylky **nebývají**.

Akutní obtíže trvají většinou krátce, několik hodin až několik dní s rychlou restitucí nebo pozvolným dozníváním příznaků. ~~Teplota nepatří do obrazu, nejvýše jsou~~ **Mohou být**

**přítomny** krátce trvající subfebrilie. Při těžším průběhu může být **patrná** celková schvácenost, sklon ke kolapsu.“

Pozornost si zaslouží nová jednotka: 1) difuzní **astrální** gastritida...

### **Citace 2:** s. 382 **Chronická gastritis**

Zde autor použil jen první větu: Chronická gastritida přestala být klinickou diagnózou.

Ale zcela si to vynahradil např. v odstavci nazvaném:

**DIAGNOSTIKA** Poznání gastritidy je výlučně histologické. Úsilí o endoskopickou diagnostiku je odsouzeno k nezdaru, jelikož korelace mezi makroskopickými změnami patrnými endoskopicky a mezi histologickým nálezem není. Endoskopicky je možno pouze popsat pozorované morfologické změny jako erytém, edém, fragilitu, exsudaci apod.“

### **Citace č. 3 :** str. 383 „10.2.3 **Gastropatie**

Pro některé chorobné stavy postihující žaludek je vhodnější užít nezavazující označení gastropatie než termín gastritida, ~~neboť~~ **jelikož** zánětlivá povaha a původ změn není prokazatelný. Je pravděpodobné, že nejde o nozologické jednotky s definovanou jednotnou etiologií a patogenezi.

Proto ani klasifikace těchto stavů není ustálená a jednotná.

**Při V** jejich dělení využíváme spíše morfologické, endoskopické hledisko.“

## **6. Prakticky identický text s textem původním, stejný autor jako u 3, 4, 5**

Kniha: Miroslav Souček (hlavní editor) „Vnitřní lékařství“

Rok vydání: **2011**

Nakladatelství: Grada Publishing Praha

Autor: pod kapitolou “4 Onemocnění zažívacího ústrojí“ uveden prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc. Nemoci žaludku - „4.2.3. Vředová choroba gastroduodena a příbuzné choroby (Petr Dítě, Bohuslav Kianička)“

Kapitola: „4.2.3. Vředová choroba gastroduodena a příbuzné choroby s. 323-336. Literatura není citován V. Jirásek.

Citace str. 329 : „**Akutní gastritida (akutní gastroenteritida, akutní dyspepsie)**

### **Definice**

Akutní gastritida (resp. gastroenteritida) je ~~v~~praxi stále hojně užívané, ~~leč nesprávné~~ označení pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční (a střevní) symptomatologií. Jde o termín nepřesný, zánětlivá podstata je mnohdy neprokázaná a nepravděpodobná, jindy **u** záněťů infekčních

spíše zastírá pravou podstatu onemocnění (např. salmonelózy). Většinou jde o reflexní poruchu motility....

**Etiopatogeneze**....Tolerance jednotlivých složek potravy je rozdílná, záleží na individuální odolnosti, na množství a složení potravy a na kombinaci těchto faktorů, dojde-li k **hladkému fyziologicky probíhajícímu** zpracování nebo k digestivní poruše.... Stravitelnost potravy může být modifikována řadou faktorů: nezvyklá úprava, nevhodná teplota, **kouření**, nevhodné nápoje....

### **Klinický obraz**

Akutní dyspepsie (indigestce) se projevuje jako tlak v epigastriu, nechutenství až odpor k jídlu, říhání, nauzea, zvracení, nadmutí, flatulence, břišní kolika, průjem. Objektivní nález nebývá podstatněji změněn. Břicho může být lokalizovaně (epigastrium) nebo **difuzně** palpačně citlivé. Důležité je opakované vyloučení známek peritoneálního dráždění. Rovněž v laboratorním nálezu by neměly být významnější odchylky. Akutní obtíže trvají většinou krátce, několik hodin až několik dní s rychlou restitucí nebo pozvolným dozníváním příznaků. ~~Teplota nepatří do obrazu, nejvýše jsou~~ **Mohou být přítomny** krátce trvající subfebrilie. Při těžším průběhu může být **patrná** celková schvácenost, sklon ke kolapsu.“

**Citace 2:** str. 329, „**Chronická gastritida** (návrat k původnímu textu)

### **Definice**

Chronická gastritida přestala být klinickou diagnózou.

Četné práce doložily, že asi 1/3 nemocných s tzv. ~~gastritickou~~ **gastrickou** symptomatologií (dyspeptické obtíže) má normální žaludeční sliznici. Mnoho lidí s pokročilou gastritidou nemá naopak obtíže vůbec. typickým příkladem jsou mnozí nemocní s perniciózní anémií.

Gastritických změn přibývá s věkem; ve věku nad 50 let jen asi 20 % osob má normální žaludeční sliznici. Nebyl nalezen žádný vztah mezi anatomickým substrátem a klinickými projevy. Obtíže dříve přičítané gastritidě jsou často funkční povahy a tkví nejspíše v poruchách motility. Přes toto paušální odmítnutí chronické gastritidy jako klinické jednotky nelze vyloučit, že v ~~některých~~ **ojedinělých** případech může být exacerbace zánětlivého procesu zdrojem obtíží.

Přestože chronická gastritida je jen histologickou diagnózou, má svůj zřetelný význam pro klinickou gastroenterologii.

**Diagnostika:** ~~poznání~~ **Diagnostika** gastritidy je **založena** výlučně **na** histologickém **vyšetření**.

Pro diagnózu je nezbytný odběr 2 biopsií z antra a 2 biopsií z těla žaludku. Úsilí o endoskopickou diagnostiku je odsouzeno k nezdaru, jelikož není korelace mezi makroskopickými změnami patrnými endoskopicky a mezi histologickým nálezem. Endoskopicky je možno pouze popsat pozorované morfológické změny jako erytém, edém, fragilita, exsudace apod.“

**Citace č. 3 :** str. 330 „4.2.3.5 **Gastropatie**

Pro některé chorobné stavy postihující žaludek je vhodnější užít nezavazující označení gastropatie než termín gastritida (**gastritis**), ~~neboť~~ **jelikož** zánětlivá povaha a původ změn není prokazatelný. Je pravděpodobné, že nejde o nozologické jednotky s definovanou jednotnou etiologií a patogenezí. Proto ani klasifikace těchto stavů není ustálená a jednotná. ~~Při~~ **V** jejich dělení využíváme spíše morfologické, endoskopické hledisko.“

### **7. Knihu jsme zatím neměli možnost prostudovat**

Kniha: Richard Česka a kolektiv „Interna“ 3 svazky

Rok vydání: **2012**

Nakladatelství: Triton Praha

**Bude text stejný jako ve vydání z roku 2010?**

7.2.2014

Václav Jirásek a Karel Lukáš



## OMLUVA

V monografii Vnitřní lékařství autorů P. Dítě a kol. / Galen 2005, 2007/ došlo neúmyslně k záměně autorství kapitoly o chorobách žaludku . Správně mělo být uvedeno, že autorem kapitoly je pan doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc. Tato chyba se bohužel opakovala i v monografii Interna autorů R. Češka a kol. , /Triton 2010/ a v monografii M. Souček a kol. Vnitřní lékařství, / Grada 2011/. Za toto závažné pochybení se panu docentovi omlouvám.

Prof.MUDr.Petr Dítě, DrSc.