

# Dnešní medicína je „dokonale“ připravena na minulé bitvy



**PhDr. Pavel Taněv**  
Edukař, Praha

*MUDr. René Vlasák atestoval v oboru chirurgie. Ta jej přivedla k fenoménu chronické bolesti a ta zase k pochopení nemoci jako bio-psycho-sociální entity, odkud byl krůček k problematice obezity a prevence. Odborné posuny dr. Vlasáka nakonec dovedly k jednomu světovému primátu, když obezitu gynoidního typu popsal jako narušení cirkulace lymfy, a jednomu organizačnímu počínu, když založil Centrum preventivní medicíny, jímž od roku 1993 prošlo více než 15 000 pacientů.*

## Pane doktore, vaše oborové přesahy napovídají, že jste prošel nějakou významnou, chce se skoro říci iniciační odbornou zkušeností...

Iniciační je krásný výraz, ten mě pro mé medicínské začátky nikdy nezapadl. Pravda je, že jsem měl to štěstí stát u počátků několika nově vznikajících medicínských oborů nebo léčebných metod, jako je např. tejpování, které se mi při mé současné hlavní profesi – lymfologii – velice osvědčilo. S tapingem mne seznámil proslulý sportovní masér Pavel Křížek v jihlavské Dukle, kde jsem si odbyval roční vojenskou prezenční službu. Po ní jsem se vracel na chirurgické oddělení OÚNZ Prahy 9 – Vysočanské nemocnice, kam jsem po promoci v roce 1980 nastoupil. Jenže místo na chirurgii jsem se octl jako závodní lékař v právě otevřeném čakovickém masokombinátu, kam mě vedení OÚNZ odeslalo na záskok s tím, že když prý mám tak rád chirurgii, budu zde mít dost pořezaných k procvičení šití.

## Pokračovala vaše iniciace i na takovém postu?

Pokračovala, protože u čakovických řežníků mě daleko více zaujaly jejich chronické bolesti kloubů a zad, o nichž jsem vedl dlouhé diskuse s přítelem a tehdy již zkušeným rehabilitačním lékařem MUDr. Františkem Neradílkem. Byl to on, kdo mě naučil vnímat rozdíly mezi bolestí jako symptomem a syndromem, jehož léčba vyžaduje jiný, komplexní léčebný přístup. Učil mě celkovému, chcete-li holistickému pohledu na lidské zdraví. Dokonce jsme se v té době mohli věnovat i akupunktuře a nikdo nás neosotočoval ze šarlatánství. Hlavně mi však dr. Neradílek ukazoval chyby, které se při léčbě bolestivých stavů dělaly, ale bohužel mnohdy dělají stále.

## Jaké chyby to byly?

Tehdy se např. váhalo s podáváním morfia či opiátů u onkologických pacientů, a to i v terminálním stadiu. Tradovala se obava, aby náhodou neupadli do závislosti. Avšak i u nenádorové bolesti, například u tzv. algodystrofického syndromu, dnes označovaného jako KBRS, bylo podávání adekvátní analgetické léčby spíše výjimkou. Doktora Neradíka nadchl přístup amerického algeziologa Johna Boniky a své nadšení pro léčbu chronické bolesti šířil i mezi nás, mladé doktory. Jeho snaha padla na úrodnou půdu, a především díky jeho nadšení vznikla „vysočanská algeziologická parta“ ve složení Neradílek, doc. Jiří Kozák, dr. Ivan Vrba a já. Krom jiného nás František učil chápat rozdílný přístup k léčbě u funkční a strukturální poruchy, a především nebát se měnit zaběhané léčebné stereotypy, resp. dogmata.

## Co máte na mysli?

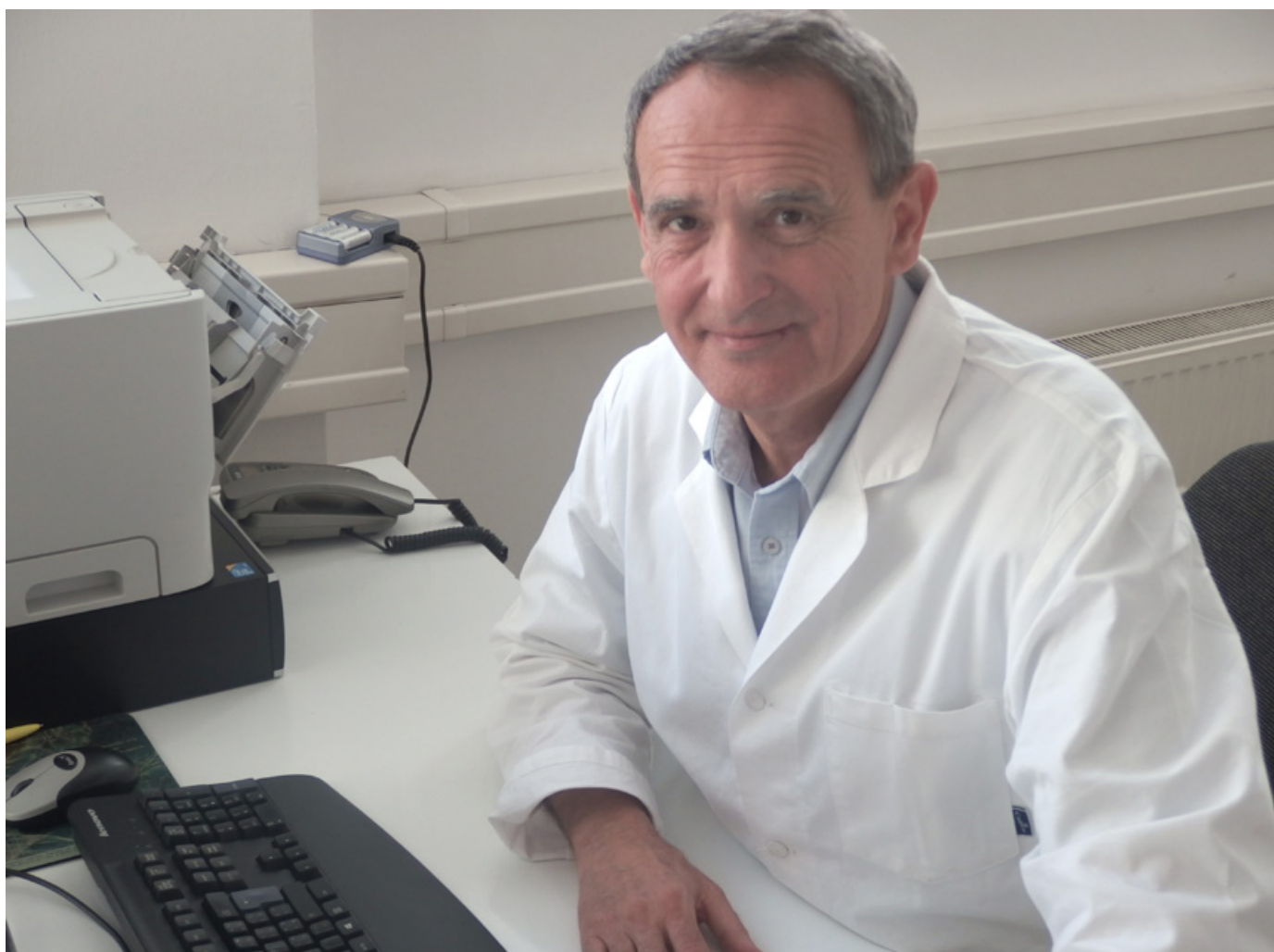
Podívejte se, bez exaktnosti a přísně hierarchického uspořádání se medicína nedá dělat, jenže tyto rysy na druhé straně přispěly k tomu, že krom jiného trpí i hříchem segmentace, kdy si každý odborník hlídá to svoje, ale s celkem nikdo zacházet neumí. V současné době nastupuje řada nových léčebných schémat, chcete-li paradigmat, ale proti nim se obřhujeme řadou dogmat, která si medicína umí udržovat po mnoho generací. Zdravotnictví má obdobný systém řízení jako armáda. Bohužel, armáda se často připravuje na války minulé a nikoliv na ty současné, o budoucích či podpoře míru ani nemluvě. S medicínou se to má obdobně.

## Našel byste pro své tvrzení typický příklad?

V dnešní době, kdy zhruba tři čtvrtiny lidstva trápí zdravotní problémy spojené s obezitou a nesprávnou výživou, lékařské fakulty rok co rok opouštějí medicí, kteří o řešení této problematiky nevědí vůbec nic. Určení BMI je při běžném lékařském vyšetření pořád spíše výjimkou, a to Česká obezitologická společnost, která má jako jedno z hlavních poslání osvětu v odborné a laické veřejnosti, vznikla v roce 1993! To není kritika obezitologů, to je upozornění na fakt, že novinky či nové přístupy k řešení evidentních problémů se mnohdy prosazují jen pozvolna a to se obávám, že jsem zbytečně výrazově korektní. Mluvíme o tzv. personalizované medicíně, kdy cílem už není primárně léčba nemocí, ale kontrola či kultivace zdraví.

## Jak jste se od problematiky bolesti dostal k obezitě?

Po nějakém čase jsem se jako odchovanec I. a II. chirurgické kliniky pražské Všeobecné fakultní nemocnice vrátil na I. chirurgickou kliniku, jíž v té době vévodil akademik Vladimír Balaš s řadou vynikajících chirurgů, mezi něž patřila také profesorka Marie Pešková, která se posléze stala přednostkou I. chirurgie. Jako jedna z prvních začala provádět – tehdy ještě otevřenou cestou – tzv. bariatrické výkony. Většinou šlo o restriktivní operace za účelem zmenšení kapacity žaludku, veřejnosti známé jako bandáže žaludku. Většinu indikací určoval známý endokrinolog a obezitolog prof. Jiří Šonka z III. interní kliniky, který s paní profesorkou úzce spolupracoval. Mimochodem, pod křídly prof. Peškové vyrostl prof. Martin Fried, dnes přednostka jednoho z největších bariatrických pracovišť nejen u nás, ale i v Evropě. Pro mne bylo podstatné, že do mého odborného zraní zasáhl prof. Šonka tím,



že byl jeden z prvních, kdo mne upozornil na určitá specifika gynoidní obezity. Zcela zásadní pro mé další směřování byl však společenský převrat v roce 1989.

#### **Jak souvisí problematika obezity s Listopadem?**

Když se otevřely možnosti pro privátní praxi, od počátku jsem se snažil, abych v ní sklouobil několik věcí: důraz na prevenci, komplexnost služeb a především orientaci na zdraví žen. Tvrdím, že zdravá žena je klíč ke zdravé společnosti. S kolegy z I. chirurgie MUDr. Zdeňkem Aujezdským a především s MUDr. Ludkem Sehrem, který věci vnímal podobně jako já, jsme se začali věnovat prevenci karcinomu prsu a prevenci obezity. Důležité pro nás bylo, že dr. Sehr měl blízký kontakt na firmu Medea, která jako jedna z prvních začala vyrábět přístroje na myostimulaci, což byl na začátku 90. let obrovský hit, od něhož si především ženy slibovaly zázračné zhubnutí. U některých se efekt dostavoval, ovšem především díky tomu, že se jim ztonizovalo stimulované svalstvo. U většiny žen gynoidního typu býval efekt mizivý. K pochopení širších souvislostí mi velmi pomohlo, že firma Medea na začátku 90. let uspořádala seminář o celulitě. Hlavní slovo na něm měl německý odborník dr. Rudolf Weyergans, jenž k pomerančové kůži přistupuje prizmatem celostní medicíny a celý problém zpracoval komplexně od metodiky přes přístroje a kosmetiku až po zavedení termínu celulita, aby se odstranila koncovka naznačující zánež. Dr. Weyergans tehdy zdůraznil důležitost lymfy v rámci hubnutí a

přišel s ukázkou prvního lymfodrenážního přístroje u nás, což byl Slide-styler. Díky zkušenostem s léčbou karcinomu prsu jsme dobře znali do té doby neřešený problém oteklých rukou, tzv. lymfedémů, u žen. Od počátků naší praxe jsme byli v kontaktu s MUDr. Miroslavem Bechyně, CSc., průkopníkem manuální lymfodrenáže u nás. To byl iniciační impuls, abych se začal víc věnovat lymfologii, ale především vztahu lymfa–tuková tkáň.

#### **V co onen impuls vyústil?**

V poznání, že obezita je především symptom ukazující na poruchu energetické homeostázy. Tato porucha má řadu projevů, kdy jedním z nich jsou místa kumulace tukové tkáně; odtud základní dělení na dva typy – androidní, jablku podobný – a gynoidní, jež přirovnáváme k hrušce. Pro androidní obezitu je charakteristické ukládání tuku do oblasti břicha, resp. dutiny břišní. Toto tzv. viscerální ukládání je spojené se všemi zdravotními problémy, jichž se obáváme v rámci tzv. Ravenova, resp. metabolického syndromu X. Zmíněná problematika je z medicínského hlediska celkem dobře popsanou nosologickou jednotkou, u níž lze dobře predikovat rizika a při troše snahy o spolupráci na straně nemocného ona rizika korigovat. Ovšem jinak je tomu u „hruštiček“. Jejich predilekční místo ukládání tuku je v oblasti hýždí a stehén. I relativně velké množství tohoto podkožního tuku je metabolicky nezávadné, někdy mylně označované jako zdravý protektivní, což není pravda. Tento tuk sice nezvyšuje hladinu cholesterolu, glykemie



*"Vysočanská parta" (odleva): MUDr. René Vlasák, doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D., předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP, MUDr. František Neradilek, jeden z průkopníků algeziologie u nás, MUDr. Ivan Vrba, přední český algeziolog.*

ani nezvyšuje krevní tlak, avšak velice často se projevuje insuficiencí žilně-lymfatického systému s projevy, resp. symptomy otoků. Zřejmě jsem byl první, kdo tento typ začal nazývat „metabolický syndrom Y“.

#### **Z vašich slov plyne, že „hrušky“ nelze léčit stejně jako „jablka“...**

Tak lze, ale bez odpovídajícího efektu. Když „hrušky“ léčíte jako „jablka“, začnou ztrácet tuk, jenže v obličejí, na prsou a v pase. Problematické partie většinou zůstávají téměř stejné, což je pro mnoho žen frustrující a často to vede buď k jojo efektu, nebo k ukvapenému pokusu o řešení, jímž je většinou špatné načasování liposukce. Nejsem odpůrcem liposukcí, ale považuji je za kontraproduktivní, jestliže vedle samotného výkonu nedošlo zároveň k úpravě metabolických funkcí.

#### **Jaký model terapie obezity gynoidního typu tedy doporučujete?**

Pochopitelně záleží na množství nadlimitní tukové tkáně a obtížích, které především vyvolává. Důležitým faktorem je i věk. Mnohdy se dostáváme do stádia, které se někdy vzletně označuje jako „point of no return“; pak můžeme již jen symptomatologicky pomáhat. Podstatné však je restartovat metabolismus. Opět existuje vícero cest, ale naší hlavní snahou je dostat tři základní stavební složky těla, tedy vodu, tuk a svalstvo či aktivní tělesnou hmotu, do optimálních parametrů. Optimální zde neznamená „ideální figuru“, ale stav, kdy se tyto tři složky dostanou do relativně vyváženého zastoupení, aby se mohly uplatňovat samoregulační či základní homeostatické mechanismy. K těm je eventuálně možné dodat nějaká potřebná vehikula a daný stav pak musíte monito-

rovat. Je to, jako když stavíte dům a připravujete beton. Na ten potřebujete mít písek, cement a vodu, které smícháte v určitém poměru. Máte-li málo některé z ingrediencí, dobrý beton neuděláte, a začnete-li onoho nepodařence vylepšovat nějakou další ingrediencí, tak ta se kladně projeví teprve poté, co do směsi přidáte onu chybějící základní složku.

#### **Kde spatřujete největší mezery v léčbě obezity?**

Nejde o mezery, ale obrovské díry až propasti, jež musí řešit celá společnost, neboť nejsou jen problémem zdravotníků. K vlastní léčbě je nutné přistoupit v režimu, který je typický pro léčbu závislosti či nádorových onemocnění. Mimo jiné to znamená minimálně pět let sledovat efekt terapie, když se nějaký dostaví. Nic takového se však v naprosté většině případů nedělá. Problém začíná už v celém systému pregraduální výuky zdravotníků, nejen lékařů. Na fakultě nás učili, jak dobře rozpoznat infarkt a nádor či akutně zasahovat, ale nikdo nás neučil budovat a uchovávat lidem zdraví. Medicína je stále orientovaná na nemoc, nikoli na zdraví. Zdraví lidí je v podstatě to poslední, co se po nás, zdravotníků, chce. Za důležité se považuje, abychom příliš neutráceli a trvale produkovali množství zcela nesmyslných papírů.

#### **Budte konkrétní a řekněte mi, z čeho ve své praxi vycházíte.**

Vycházíme s mými kolegy z běžných dokumentů WHO, které si konkretizujeme pro vlastní potřebu. Před nějakými dvaceti lety jsem si tyto cíle sepsal do programu Prevence 2000 a tento program se krok po kroku snažím realizovat prostřednictvím stejnojmenné spo-



lečnosti. Podstatou však je, že vycházíme z běžné pyramidy prevence, již rozdělujeme na primární, sekundární a terciární. Primární prevence stojí na jídle, pohybu, redukci stresu a vůli daná pravidla dodržovat.

Někdy také hovořím o pravidlu čtyř „P“. Je to predikce rizik, předcházení zjištěným rizikům personalizovanou cestou a důležité je poslední „P“ – peníze. Kdo to zaplatí? Utratit můžete jakoukoliv částku. Ale pozor, já primárně nevolám po větší spolupráci, já vyzývám k větší zodpovědnosti. Ovšem i to má háček. Abyste mohl být za něco zodpovědný, musíte o tom něco vědět. Proto musí být čtvrtý pilíř prevence složen z edukace, motivace a bonifikace čili odměny. V polovině 90. let jsme přišli s programem Kilo za kilo, kdy jsme u našich klientů začali proplácet zredukované kilo jednou stokorunou. Nedělo se to v penězích, ale v poukázkách, které bylo možné směnit ve vybraných obchodech a podnicích služeb. Celou akci jsme dělali ve spolupráci se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a ukázala nám řadu ošidností daného postupu. První spočívala v tom, že jsme bonifikovali redukci a nikoliv dlouhodobé udržení redukce.

### Jaké byly další?

Drtivá většina lidí, kteří hubnou, to bere jako trest, žijí s pocitem, že někde pochybili, a proto musí být potrestáni určitým omezením. Potřebnou redukci berou jako vítězství, ale především jako konec trestu, kdy už si zase můžou dělat, co chtějí. Dalším problémem byla naše navíta. Hodně poukázek se nám vracelo z prodejny ovoce a zeleniny. Byl jsem proto pyšný, jak nám edukace funguje, ovšem jen do doby, než jsem si promluvil s majitelem krámků, který mi řekl: „Doktore, nebudte blběj, ty lidi si sem chodí hlavně pro víno a cigára.“ Další zádrhel ukázala až bioimpedanční měření, z nichž vyplynulo, že mnoho lidí redukuje hmotnost, ale nikoliv v tukové tkáni, ale, jak jsem říkal už u „hruštiček“, často v místech, kde to nepotřebují.

### Co by se podle vás muselo stát, aby váš program bezproblémově fungoval?

Celosvětově se prosvihla výchova ke zdraví. Lidé sice postupně přijali obecné hygienické návyky – myjí si ruce, sprchují se –, ale aby věděli, co a v jakém množství jíst, o tom neexistuje takřka žádné povědomí. Příjem stravy je přitom stejný hygienický návyk jako čištění zubů, není však vůbec zafixovaný. Velkým úkolem naší současnosti je promyslet a realizovat onu fixaci. Jenže ani odborníci nevědí, od čeho začít, jedni by počítali kalorie, druzí honili lidi po kopcích, další vidí problém v sacharidech. Musí nejdřív vzniknout nějaký společenský konsensus o makroživinách, vitamínech, pohybu, spánku, resp. regeneraci. Celá společnost, především producenti potravin, ale i rodiče či prarodiče pak přestanou do mladé generace pod tlakem fedrovat cukr, resp. sacharózu; a lékaři nebo všichni ti, kdo se léčbou a prevencí obezity zabývají, přestanou polemizovat o metodách, ale budou předkládat výsledky své práce. Bohužel, nahlíženo z dlouhodobého hlediska jsou všeobecně mizerné. Zhubnout někoho lze snadno, ale udržet výsledky je problém.

**Dovolím si malé shrnutí: medicína jako celek se koncentruje na nemoc, nikoli na zdraví, lidé nemají potuchu o tom, co mají jíst, a lékaři nemají jasno, jak systematicky pracovat s obézními pacienty. Vidíte z této situace nějaké východisko?**

Jestliže je zdraví v medicíně naprosto imaginární pojem, je nejprve třeba si jeho obsah v rámci odborné obce ujasnit, nato jej začít srozumitelně a soustavně předávat patientské veřejnosti, přičemž se primární prevence začne stávat věcí lidí samotných, v čemž musí sehrát rozhodující roli pojišťovny. Tak jako se běžně pojišťuje dům, teprve když se jasně prokáže, že si jej klient zamyká a má míže na oknech, měly by zdravotní pojišťovny pojišťovat lidi, až bude zjevné, že mají v krvi primární prevenci. Na takovýchto základech zbudovaná personalizovaná medicína pak zvítězí díky výraznému ekonomickému úspěchu, jež nelze jako dnes generovat na kosmetice či odoperovaných plastikách řader a nosů. První, co musí medicína udělat, aby se personalizovala, je návrat k principům čínské medicíny, kdy si lidé budou doktora platit za prostředky budující a udržující zdraví, za primární prevenci, za zabezpečovací systém. Postavit medicínu na prevenci je stará záležitost, zásady typu nepřecpávat se platí už od starověku, a kdyby se dodržovaly, byl by dnes průměrný věk dožití sto dvacet let.

### Co musí ke starým dobrým zásadám přidat dnešní moderní doba?

Odborné poznatky a statistiku. Energie potřebná k životu vzniká v mitochondriích. Jejich přirovnání k elektrárnám je případné, protože těch je více druhů – atomové, uhelné, větrné – a každá potřebuje jiný režim. Proto každý jedinec potřebuje vědět, na co je ta jeho elektrárna nastavená, což se dá zjistit geneticky. Nepříliš drahý test každému prozradí, v jakém poměru má mít bílkoviny, tuky, sacharidy, vodu a další složky a jak to udělat, aby je v daných poměrech do sebe dostával. Metabolická typologie tedy řekne, v jakém poměru namíchat životní beton na základy. Poměry složek jsou u každého jedince trochu jiné, zvláště u žen se díky hormonům a jiným vlivům mění. Čas od času je tedy nutná určitá korekce. Lékař pak vše dlouhodobě hlídá a statisticky zpracovává udržování klientova zdraví.

### Nejsou vaše představy o přebudování systému příliš náročné na organizaci?

Ani trochu. Soudobý systém zdravotní péče by mohl systém primární prevence velice dobře absorbovat, zavedení ani fungování by nebyly drahé, zásadní roli by zde sehrály IT technologie. Je zde spousta lidí, kteří prošli nějakým nutričním vzděláním. Nechci zabřednout do problému jeho kvality, ale tito lidé představují potenciál pomocníků, jejichž hlavním cílem musí být nutriční pomoc směřující k obnově energetické homeostázy a nikoliv zbohatnutí na prodeji předražovaných přípravků, nejlépe v multilevlovém systému. Tito pomocníci by mohli spolupracovat s lékaři. Nemusí to být jen praktik, může to být odborník fungující přes Facebook nebo nějaký snadno ovladatelný program, který lze uzamknout, aby do osobních údajů nikdo jiný nemohl. Takováto telemedicína nebo e-health, chcete-li, bude představovat přechod z pasivního do aktivního zdravotního managementu. V jeho rámci to není pacient, kdo přichází s problémem k lékaři, ale právě tento lékař predikuje a ptá se klienta: „Nemáte takové a takové potíže, nebolí vás tohle a tohle? Jak to, že vás tohle nezlobí, když už takovou dobu zcela zanedbáváte pohyb?“ Predikovat lze s vysokou mírou pravděpodobnosti ze složení těla a uložení tuku. Když mám navíc podrobnější anamnézu a výsledky biochemie, mám o to lepší výchozí pozici pro predikci možných potíží.

## Čím se dnes, pane doktore, po odborných peripetiích, jimiž jste prošel, zabýváte?

Zařízení, které vzniklo v roce 1993 v Italské ulici v Praze na Vinohradech, nyní sídlí v Londýnské a je jedním z největších lymfologických ambulantních pracovišť u nás. Denně jím projde zhruba stovka pacientů, kdy gró naší činnosti představuje komplexní péče o nemocné s chronickými otoky. V naprosté většině jde o tzv. hyperosmolární otoky, charakterizované nadbytkem vody a bílkoviny v intersticiu, s častou závažnou reakcí v podkoží. Podle etiologie tyto otoky dělíme na lymfedém, flebedém a lipedém. Lymfedém vzniká na podkladě zhoršené lymfatické drenáže, kdy je cesta lymfy buď úplně přerušena, třeba na základě operací, nebo se nevyvinula. Mluvíme o sekundárním nebo primárním lymfedému. Mnoho našich pacientů má flebedémy, což jsou otoky vzniklé na podkladě žilní insuficience. Naší specialitou jsou lipedémy, otoky vzniklé na podkladě útlaku lymfatických cest tukovou tkání. Když jsme v devadesátých letech s lymfologií začínali, tak 90 % klientely tvořily ženy s otoky rukou po ablaci prsu. Dnes řešíme celé spektrum chronických otoků, kdy vyvolávající příčina bývá multifaktoriální a nejčastější komorbiditou je pochopitelně obezita. V posledních letech se však množí relativně nový problém, a to jsou chronické otoky u gerontologických pacientů, vyžadující speciální přístup k organizaci léčby.

## S jakým „náradím“ pracujete?

Lymfologie je postavena především na nefarmakologické léčbě. Za lege artis postup považujeme komplexní dekongestivní terapii (KDT). Jde o léčebnou metodu s širokou perspektivou multidisciplinárního léčebného využití, která vrací do dnešní atomizované medicíny komplexní – holistický – pohled na péči o chronicky nemocného člověka. Naše intervence se odehrává v celém bio-psycho-sociálním komplexu, se snahou o maximálně možné zabezpečení kvality života, resp. funkčního zdraví. Základní pracovním nástrojem je lymfodrenáž, a to manuální, za niž vděčíme dánskému lékaři dr. Emilu Vodderovi a jeho manželce, nebo přístrojová, označovaná také jako presoterapie. Touto technikou umožňujeme odtok lymfy z povrchu do mizních kmenů a tudíž do žilní krve. Po odtoku lymfy, resp. otoku, je třeba oblast stabilizovat či komprimovat, a to kompresí nebo bandáží. Kompresivní pomůcky či různé typy bandáží tvoří další z pilířů naší léčby, kam řadíme také relativní novinku, již je taping. Lymfologie má i svou farmakologickou část, kdy vedle veno-lymfo farmak musíme často používat antibiotika. Každý z nás lymfologů řešil problém erysipelu. Specifikou našeho oboru je využití proteáz a řady dalších léků, například v péči o kůži. Postupně se rozvíjí též lymfochirurgie, jejímž hlavním představitelem u nás je doc. MUDr. Martin Wald, Ph.D. Úspěšně se rozvíjí i „lázeňská lymfologie“, naše pracoviště například velice úzce spolupracuje s lymfocentrem ve Františkových Lázních.

## Co lymfolog ve své podstatě dělá?

Rád přirovnávám otoky k záplavám v přírodě, které jsou projevem ekologické nerovnováhy. Podobně jsou otoky v těle příznakem poruchy homeostázy především extracelulární tekutiny a často jsou spojeny s omezením lymfatické drenáže. Naším úkolem je udržovat funkční cirkulaci či oběh extracelulární tekutiny u našich, nerad říkám, pacientů, protože to je z latinského pati – trpět. Klient také není vhodný výraz, protože podstatou naší práce je pomáhat nemocným zvládat otok a naučit je se o otok, resp. končetinu, která byla otokem postižená, starat. Často to bývá celoživotní řehole, kde mým úkolem je pomáhat nemoc-

ným tuto řeholi zvládat, aby byla zachována optimální kvalita jejich života. Často si připadám jako správce říčního povodí, který předpovídá záplavy, následně jim čelí a poté odstraňuje napáchané škody. Jde o určitý druh environmentální činnosti, kdy rozhodující je koloběh vody, v našem případě extracelulární tekutiny. Lymfologie je týmová práce. Základní funkční jednotkou je lymfolog-lékař a lymfoterapeut. Úkolem lymfologa je vedle diagnostiky onemocnění vedení a organizace celé KDT. Realizací léčby je pověřen lymfoterapeut.

## Při léčbě obezity je podle vás základem snaha o vyváženost základních stavebních složek těla, které jste přirovnal k betonu. Stavebnictví zná různé chytré přísady do betonu, zlepšující jeho kvalitu, jak je tomu v těle?

Mluvil jsem o poměrech makroživin, nikdo však nepochybuje o nezbytnosti mikroživin, jako jsou vitaminy, minerály, stopové prvky atd. Nikdo také nepochybuje o nezbytné vyváženosti, resp. homeostáze. Dlouho se zabývám problematikou oxidačního stresu a volných radikálů. Mám tu čest spolupracovat s našimi předními odborníky v dané oblasti, algeziologem prof. Richardem Rokytou a biochemikem dr. Václavem Holečkem. Jsou mi blízké myšlenky fyziologické regulační medicíny, protože se domnívám, že korespondují s námi prosazovanou filozofií homeostázy. Vedle klasických směsí antioxidantů medicína dlouho používá různá protektiva. Nyní se například začínají objevovat i v humánní medicíně látky označované jako bioprotektiva. Vedle klasických perorálních forem lze použít i infuzní podání, které má řadu předností. Jsem trochu konzervativní a trvá mi nějakou dobu, než nějaký přípravek zařadím do svého terapeutického portfolia. Proto zatím u mne věvodí infuzně podávaný vitamin C a glutathion.

## Jak konkrétně pomáhají vitamin C a glutathion pacientům s narušenou funkcí lymfy?

Vše nasvědčuje, že při otocích může docházet k narušení glykokalyxu, což je specifický ochranný oligosacharidový plášť endotelových buněk, který je chrání před mechanickým a chemickým poškozením. Když se tato vrstvička naruší, dochází nejen k většímu úniku tekutiny do intersticia, ale rozbíhá se celý zánětlivý patologický proces. Znalosti patofyziologie glykokalyxu jsou relativně nové, ale ukazuje se, že patologie cév, resp. endotelu, začíná dřív, než se v minulosti myslelo. Nikdo sice dosud přesně neví, jak narušení glykokalyxu léčit, ale nikdo nezpochybňuje antioxidantní léčbu a snahu o opětovné nastolení homeostázy. Zdá se, že intersticiu představuje základní informačně-regulační oblast, chcete-li kyberprostor našeho těla, který jistě reaguje na daleko jemnější nástroje než na ty, které jsme byli zvyklí používat.

## Jakou roli tedy hrají ony jemné nástroje v celku vaší praxe?

V tradiční čínské medicíně (TCM) se vyváženost organismu vyjadřuje silou čchi, pomocí působení principů jin a jang. Ač jsem fanda TCM, je mi bližší pojetí homeostázy, což je dynamická rovnováha, která také vyžaduje vyvažování či balancování. Je to jako jet na plachetnici a využívat vítr tak, že za kormidlem zůstává jen rovná čára, kdy je energie využita optimálně ve své veškeré potenci. Fyziologická regulační medicína umí jemně zacházet s kormidlem a plachtou. Umění je právě udržet rovnováhu, což se děje pomocí jemných nástrojů, a čím jemnější, tím lepší. Doufám, že tyto nástroje budou v mé praxi hrát větší a větší roli.