

SBORNÍK ABSTRAKTŮ

XII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

2. 10. 2025

Clarion Congress Hotel České Budějovice



XII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

České Budějovice

2. 10. 2025

Sborník abstraktů

ISBN 978-80-88646-07-5

Vydavatel: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Počet stran: 77

Neprodejné

Redakční úprava: MUDr. Tomáš Hauer

Publikace neprošla autorskými korekturami a jazykovou úpravou.

XII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

2. 10. 2025

Clarion Congress Hotel České Budějovice

Kazuistický kongres BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ je společnou akcí Jihočeských nemocnic, a.s. a Zdravotně sociální fakulty JU určenou zejména pro zdravotníky Jihočeského kraje. Probíhá pod záštitou generálního ředitele Nemocnice České Budějovice, a.s. MUDr. Ing. Michala Šnorka, Ph.D. Předsedou Organizačního výboru konference je MUDr. Tomáš Hauer, lékař Cévního Centra České Budějovice s.r.o., Nemocnice České Budějovice, a.s. a Kardiologické kliniky FNKV a 3. LF UK, Praha.

Organizační výbor kongresu:

MUDr. Tomáš Hauer – vedoucí organizačního výboru, odborný garant

Mgr. Lenka Klímová, MBA – pracovní skupina pro vzdělávání, ČAS

Ing. Iva Nováková, MBA – ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Blanka Záleská

Vědecký výbor kongresu:

Předseda:

MUDr. Tomáš Hauer – Nemocnice České Budějovice, a.s., Cévní Centrum České Budějovice, s.r.o., Kardiologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Členové:

Mgr. Hana Dohnalová – zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Iveta Drábková – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, hlavní sestra, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA – Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Miloš Fiala – Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Ladislav Gergely – Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

prim. MUDr. Lukáš Havlůj, Ph.D. – Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

prim. MUDr. David Honner, FEBO – Oční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Ivo Horný – Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

prim. MUDr. Jan Hřídel – Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D. – děkanka, ZSF JU v Českých Budějovicích

prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D. – Infekční oddělení, Ředitel Úseku interních oborů, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Lenka Klímová, MBA – pracovní skupina pro vzdělávání, ČAS, Praha

prim. doc. MUDr. Martin Kloub, Ph.D. – Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Vít Lorenc, MBA – Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Ing. Iva Nováková, MBA – ředitelka úseku komunikace a péče o zaměstnance, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D. – Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice

prim. MUDr. Marie Pešková – Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Petr Pták, Ph.D. – Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Marie Schusterová – vrchní sestra, Rehabilitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Richard Tesařík – Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D. – Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Tekutinová kolekce malé pánve

Varga L..... 10

Překvapení v retroperitoneu

Strnad D..... 11

Disekce aorty na více způsobů

Lengyelová I. 12

Melanom, kde byste ho nečekali

Kellnerová D., Nikolov O..... 13

NGS kardiopanel – naše srdeční záležitost

Reichensdörferová D., Dušková P., Šimková Z., Prušáková D., Scheinost O..... 13

Maligní melanom nosní dutiny

Kračková D., Střihavka P., Svoboda M. 14

Nové nemoci mladých a mladistvých v interních oborech

Coufalová R, Viličková L. 15

Když infekce vyhrává, ale duch ani tým to nevzdává

Koníčková T..... 16

Delabeling alergie na penicilin v praxi

Muška M. 17

Když starý známý způsobí nový problém

Příhodová E. 18

Morbus Hailey-Hailey

Vorlová N., Beranová G..... 18

Boj o místo na cytochromu

Kaňková K., Dvořák J..... 19

Ztraceni v diferenciální diagnostice

Pilousová M..... 20

Intoxikace, jak ji neznáme

Lonský E. 21

Skrytá spojení mezi orgány

Korčáková K..... 22

Když se předoperační EKG protáhne až k PET/CT

Randák D., Malina P..... 22

Pozdně recidivující GIST – anémie jako klíč

Nepeřená N., Hyblová M. E.....22

Komplikovaný pacient s břišní katastrofou

Kuncová S..... 23

Operace bezoáru žaludku u dětí

Keprta D., Hanák R., Dohnal P..... 24

Nesmrtelnej děda

Bouzekri M. 25

Kde se vzala cirhóza?

Renč J..... 25

Wilkie syndrom. Syndrom horní mesenterické tepny

Khrystyna L., Havlůj L..... 27

LCHCE při dislokaci LAMS

Balcar J., Mach K..... 27

Střevní odysea pod rouškou mikrocytární anemie

Skřivanová V., Mičánová E. 28

Stroke-like

Janotová K. 29

Na Hrubý pytel, krevní záplata

Hrubý R..... 31

Inovativní možnosti terapie u pacientů po dekompresní kraniektomii

Jašková K., Vik M. 32

Bilaterální uveitida jako projev systémového onemocnění

Faměrová A., Kristen P..... 33

Konzervativní dekomprese orbity

Khomenko V., Svoboda M., Musilová J. 34

Bolestivá cesta ke zlepšení u pacientů s náhle vzniklým strabismem

Racek V..... 34

Opakované iCMP jako projev vaskulitidy CNS

Hanišová A. 35

Když jedna diagnóza nestačí

Štěpanyová M., Dušek J.....36

Není všechno zlato, co se třpytí Hejdušková A.	37
Intrakraniální infekce po klovnutí kohoutem Skamene S.	38
Když se voda ztrácí – diabetes insipidus u novorozence Gajdošová V.	38
Když tělo neposlouchá mozek, aneb funkční poruchy hybnosti Bejblová N.	39
Diagnostické výzvy neuroboreliózy Rytířová A.	40
Když běžná infekce odhalí vzácnou diagnózu Helmová M.	40
Juvenilní dermatomyositida bez kožního projevu Antolík J.	41
Rekonstrukce mandibuly volným lalokem, volná fibula Ghosh T.	42
Komplikovaná popálenina předloktí a možnosti rekonstrukční chirurgie – aneb od kožních štěpů k volnému laloku Přibáň V., Vodička P.	42
Trakční metoda v léčbě bolesti zad Jindra M.	43
Měchožil? Bárta P.	43
Chronická ruptura Achillovy šlachy – rekonstrukce vlastní technikou Dudek M.	44
Boj o nohu Soukupová V., Chalupa R.	45
Každý je strůjcem svého štěstí Papík J., Nesnídal P., Grubhoffer M.	46
Když jedna totálka nestačí aneb nekonečný příběh Šebestík D., Musil D.	46

DCD dárci orgánů v nemocnici Tábor

Abdurakhimov R.U.L., Plašilová S., Pokorná E. 48

Xarelto a nůž

Kálal A. 48

Oportunní infekce u imunokompromitovaných pacientů

Vacková K. 49

Maligní neuroleptický syndrom po aplikaci depotního Fluanxolu

Borčín V. 50

Stroke mimic syndrome

Kříž J. 51

Když mozek zastaví srdce

Bláhová B., Sovová M. 51

Z plného zdraví do bezvědomí ve 12 letech!

Matoušová K., Bejvlová M., Chytrý K. 52

Nebezpečná komplikace po frakturách dolních končetin

Kopecká T. 53

Endometrióza ureteru – tichý zabiják ledvin

Eschner A., Šuhajdová M. 54

Porod v týdnu gravidity 44+0

Dunovská T. 55

Vetřelec. Diagnosticko-terapeutické dilema akutní bolesti břicha ve 3. trimestru gravidity

Janáčková E., Knetlová K. 56

Nezkrotná placenta

Vaňo R., Gilani D. 58

Jako zabít ptáčka

Le Thu Huong, Šefránek J. 59

CEUS: Nečekaný záchránce

Švecová J., Troupová M. 60

Síla multidisciplinárního týmu Prášková M.....	61
Od skřípnutého nervu k duálnímu výboji Filipová K., Brabec J.	61
Intravaskulární horor – pravdivý příběh jedné kanyly Vrbová A., Papoušková V.	62
POCUS není pokus – základní ultrasonografické vyšetření v před/nemocniční péči Procháška P.	62
Řešení otevřené zlomeniny tibie se ztrátou kostní hmoty u adolescenta Stehlíková L.	63
Psychogenní dysfagie: proces somatizace psychických potíží Kubík T.....	64
Od meningoencefalitidy až k thorakoperitoneálnímu shuntu Růžičková K., Ottenschlägerová D.	65
Porucha „softwaru“ aneb funkční porucha hybnosti z pohledu sestry Bohdalová H., Vojčová L., Táborská Ž.....	66
Funkční porucha hybnosti a botulotoxin Najmanová Ryšavá L.....	67
Naděje Fabiánová M., Pochová T.....	68
Ze dne na den sestra v paliativní péči Bendíková I., Pokorná J.....	68
Aspirační pneumonie u pacienta se zavedeným PEG Skříšovská M.....	69
Návrat do aktivního života Cinádrová P.	70
Stomie a SBS na interním oddělení Bísek M.....	74
Cesta k břišní katastrofě, aneb co se stane, když pacient nedodrží doporučení Janků J.	75
Komplikovaná ileostomie Chlebúchová E.....	75

Sekundární hojení rány u obézní pacientky se stomií

Janochová J...... 76

Domácí dialýza v pobytovém zařízení

Rakoušová M. 76

Když pacienta zlobí PEG

Skříšovská M., Raková M......77

Sál LÉKAŘI 1 – Varia 1

Tekutinová kolekce malé pánve

Varga L.

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

varga.lukas@nemcb.cz

Úvod

Prezentujeme kazuistiku pacienta vyšetřovaného pro renální insuficienci, ledvinné cysty a objemnou cystickou formaci malé pánve.

Vlastní kazuistika

70letý pacient s anamnézou 2x spontánního odchodu urolitiázy, neléčenou arteriální hypertenzí; žádnou medikaci neužívá, dle ECHO srdce těžká plicní hypertenze; v únoru 2025 odeslán na nefrologickou ambulanci praktickým lékařem pro náhodně zjištěnou renální insuficienci a polycystózu ledvin k dovyšetření. Vstupní vyšetření na nefrologické ambulaci – biochemie séra – kreatinin 170 $\mu\text{mol/l}$, urea 8,5 mmol/l , mineralogram v normě. UZ močového měchýře ani ledvin neprovedeno. Pacientovi bylo doporučeno objednat se na UZ. Uzavřeno jako chronická renální insuficience G3b na podkladě cystické přestavby ledvin. Následně v dubnu 15. 4. proveden ultrazvuk ledvin a malé pánve se závěrem – polycystóza ledvin. V pánvi objemná tekutinová kolekce táhnoucí se vpravo do oblasti mezogastria, dosahující až k pravé ledvině, velikosti cca 21x10cm. Po vymočení se velikost této kolekce nemění, dif dg přeplněný močový měchýř či méně pravděpodobné, cysta dosahující k pravé ledvině. Doporučeno CT dovyšetření.

17. 4. Provedeny náběry cestou praktického lékaře, kde nález progresu renální insuficience. Kreatinin 237 $\mu\text{mol/l}$, urea 19,2 mmol/l . 22. 4. kontrolní vyšetření cestou nefrologické ambulance. Palpačně zjištěna elastická rezistence v pravé polovině abdomenu a kontrolní biochemie séra s výsledkem další progresu renální insuficience – kreatinin 251 $\mu\text{mol/l}$, urea 26,6 mmol/l , draslík 5,23 mmol/l a hemoglobin 105 g/l. Subjektivně udává pacient obtíže s močením.

22. 4. v 17 hod. provedeno CT vyšetření se závěrem – polycystóza ledvin. V tomto terénu těžce rozlišitelná dilatace dutého systému obou ledvin, oboustranně dilatované uretery na 1 cm. Močový měchýř je objemný, s retencí, dosahuje do mesogastria k blízkosti dolního pólu pravé ledviny, je vychýlen doprava. Stěna močového měchýře je trabekulárně zesílená. Prostata zvětšená.

V 18 hod. odeslán pro nález dilatace dutého systému na urologickou ambulanci k dalšímu dovyšetření a terapii. Vstupně pacient udává dlouhodobé mikční obtíže, močí slabým proudem. Na naší ambulanci provedeno vstupně UZ vyšetření ledvin a močového měchýře s objemnou retencí moče. Zavádíme permanentní močový katétr a frakcionovaně vypouštíme 2300 ml čiré moči. Následně je pacient přijat na urologické oddělení k terapii akutního poškození ledvin post-renální etiologie. Během hospitalizace zajištěna drenáž moči permanentním močovým katétrem, zajištěna infuzní terapie a suplementace draslíku během polyurické fáze akutního renálního poškození. Během několika dní tekutinová bilance vyrovnána. Hemodialýza nebyla indikována. 25. 4. dimitován do domácí péče v kardiopulmonálně kompenzovaném stavu s PMK.

5. 5. provedena kontrolní biochemie séra – mineralogram v normě, kreatinin 159 $\mu\text{mol/l}$, urea 17,1 mmol/l . Cestou urologické ambulance následně provedena extrakce permanentního močového katétru s přetrvávající evakuační poruchou pro subvezikální obstrukci prostatou. I při případném provedení desobstrukce není jisté, zda se evakuace moči spontánně obnoví. Po domluvě s pacientem a s ohledem na jeho preference byl pacient převeden na čistou intermitentní katetrizaci 5–7x denně. V dalším plánu je urodynamické vyšetření a dle výsledku event. desobstrukční operace cca 100 ml prostaty.

Podněty k diskusi, závěr

Postrenální selhávání při subvezikální obstrukci vzniká na podkladě přenosu tlaku při selhání vezikoureterální junkce. Postrenální selhávání je nutné včas identifikovat, zajistit derivaci močových cest, a to buď přirozenou cestou močovým katétrem, perkutánní epicystostomií nebo punkční nefrostomií, poté ve vhodné době odstranit vlastní překážku. Dlouhotrvající retence moči i s klinickým obrazem paradoxní ischurie má za následek přestavbu stěny močového měchýře a ztrátu kontraktility stěny. Desobstrukční výkon proto neindikujeme akutně.

Překvapení v retroperitoneu

Strnad D.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

Dav.Strnad@seznam.cz

Úvod

Následující kazuistika pojednává o případu pacientky přeložené na naše interní oddělení z psychiatrie pro suspektní respirační infekci. Další průběh hospitalizace a dovyšetření ukázalo, že potíže, které pacientka udávala, jsou způsobené úplně odlišnou patologií.

Vlastní kazuistika

Pacientka, 74 let, byla přeložena z psychiatrického oddělení (kde hospitalizována kvůli syndromu závislosti na benzodiazepinech) pro dušnost, kašel, zvýšené zánětlivé parametry. V osobní anamnéze mimo jiné st.p. opakovaných kolapsech, st.p. extrakci močového stentu vlevo (ten zaveden pro hydronefrozu při stenose pyeloureterální junkce, nabízené operační řešení pacientka odmítla), st.p. akutní divertikulitis sigmoidea. Vstupně klinicky přítomna mírná dušnost, kašel s expektorací bílého sputa, chronické intermitentní bolesti břicha. Laboratorně dominují vysoké zánětlivé parametry (CRP 318 mg/l, leukocyty 20 000 μ l), mírná normocytární anémie, mírně zvýšené GGT a ALP. Na RTG plic popsán zastřený vlevo bazálně s přilehlým fluidotoraxem. Na RTG břicha bez patologie, na UZ břicha popsána hydronefroza 4. stupně vlevo, močový sediment nezánnětlivý, kreatinin chronických hodnot. Nasazen cefotaxim, infúzní terapie. Pro nález kvasinek ve sputu z indikace mikrobiologa přidána do medikace přechodně i antimykotika (anidulafungin). V dalším průběhu hospitalizace undulující hodnoty CRP i leukocytů, bez významného poklesu, dále postupný pokles hemoglobinu (96...92...88 g/l). Doplněno SONO pleur a CT hrudníku s nálezem pleurálního výpotku a plicní atelektázy vlevo, bez nálezu zánětlivé infiltrace. Pro nejasný nález (prosáknutí) na CT hrudníku v retroperitoneu vlevo doplněno CT břicha, kde kromě levostranné hydronefrosy popsáno rozsáhlé tekutinové ložisko nad m. iliopsoas sinister, další v levé jámě kyčelní. Vysazen cefotaxim a nasazen ciprofloxacin a metronidazol parenterálně. Provedena diagnostická punkce fluidotoraxu vlevo (mírně zkalený, charakteru exudátu, mikrobiologie negativní, bez záchytu nádorových buněk). Po konzultaci s chirurgem doplněno další den kontrolní CT břicha, které zobrazuje dvě tekutinové kolekce, obě nasycené kontrastní látkou, charakteru urinomů. Pacientka byla proto přeložena na urologické oddělení dle spádu k dalšímu řešení nálezu.

Podněty k diskusi, závěr

Urinom je definován jako opouzdřená kolekce moči vznikající únikem mimo močové cesty. Může vznikat spontánně či posttraumaticky. U naší pacientky urinomy vznikly s velkou pravděpodobností při iatrogením poškození močových cest při vyjmutí ureterálního stentu, je i možnost spontánní ruptury močových cest při vzniku hydronefrosy nad stenosou pyeloureterální junkce. Vzhledem k jejich pozdní diagnóze mohly být urinomy infekčním fokusem. Pracovní diagnóza v úvodu byla bazální levostranná pneumonie, ta však nebyla prokázána na zobrazovacích metodách. Po nálezem tekutinových kolekcí v retroperitoneu byly chirurgem v diferenciální diagnóze zvažovány kromě urinomu i hematomy, dále abscesy při spondylodiscitis či divertikulitis. Diagnóza urinomu je pro internistu velmi vzácná, k výsledku jsme došli s velkým přispěním zkušeného chirurga, který indikoval opakované CT vyšetření břicha s odstupem právě pro potvrzení této diagnózy.

Disekce aorty na více způsobů

Lengyelová I.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

ivana.lengyelova@gmail.com

Čistě statisticky patří disekce aorty mezi relativně vzácné život ohrožující akutní stavy, s kterými se lékař urgentního interního příjmu v rámci své praxe setká. V literatuře je náhlé vzniklá, intenzivní ostrá bolest na hrudi uváděna jako nejčastější, charakteristický příznak. Avšak řada nemocných může, v závislosti na lokalizaci a rozsahu postižení, přicházet s jinými vedoucími příznaky. Vzhledem k závažnosti stavu a riziku až fatálních komplikací při nerozpoznání disekce, je na místě nezapomínat i na tuhle méně častou diagnózu.

Práce postupně představí sedm pacientů, kteří byli v první polovině nynějšího kalendářního roku vyšetřeni na našem pracovišti. I přes rozdílnou symptomatologii, a někdy rozdílné pracoviště prvního kontaktu v naší nemocnici, všechny pacienty spojuje jedno; a to konečná diagnóza disekce aorty. U šesti pacientů se jednalo o disekci typu Stanford A, typ Stanford B jsme prokázali pouze u jediného nemocného. Příznaky u pacientů, dohromady 3 ženy a 4 muži, byli výrazně variabilní a v práci budou jednotlivý nemocní postupně představeni. V chronologické postupnosti kontaktu s naším pracovištěm bude popsán vstupní stav, provedená vyšetření, včetně představení výsledků zobrazovacích metod a krátce shrnout další osud jednotlivých pacientů. V úvodu bude 63letá pacientka s až „učebnicovým“ klinickým obrazem náhlých intenzivních bolestí na hrudi a dušností, kdy bedside echokardiografie, jako jedno z prvních provedených vyšetření, vedlo k vyslovení a následně cestou CT angiografie aorty potvrzení diagnózy. Pacientka byla poté neprodleně převezena na vyšší pracoviště k operačnímu řešení. Dále bude představena nemocná, která byla pro rychle progredující neurologický deficit s těžkou poruchou vědomí směřována přímo do iktového centra našeho zařízení. Vstupně provedenou zobrazovací metodou byla určena rozsáhlá disekce jako etiologie vzniklého klinického stavu. Nemocná byla proto okamžitě směřována na vyšší pracoviště. Následovat bude 71letý pacient, také vstupně představen cestou iktového programu s pracovní diagnózou TIA pro přechodnou, přibližně 60 min trvající, hemiparézu. Zde bylo v prvním kontaktu provedeno bedside UZ karotid, se zřetelnou disekující pravostrannou karotickou arterií. Diagnóza disekce aorty typu Stanford A potvrzena na CT angiografii, pacient referován na vyšší pracoviště. Dále bude popsán případ 75letého muže, hospitalizovaného na interním oddělení s, pro aortální disekci kompletně atypickou, prezentací – elevace zánětlivých parametrů, kašel a subfebrilie. Disekce aorty nebyla v tomto případě do vyšetření zobrazovacími metodami v rámci diferenciální diagnostiky ani zvažována. Jako pátý bude představen pacient, u kterého se vstupně objevili mírné tlakové bolesti na hrudi při recentně zaléčeném infektu dolních cest dýchacích. Bedside echokardiografie a následné CT vyšetření vedlo k převozu pacienta na vyšší pracoviště k dalšímu terapeutickému postupu pro disekci typu Stanford A. Krátce bude popsán případ 79leté nemocné, u které se také rozvinul charakteristický obraz – náhle vzniklé bolesti na hrudi, u uvedené pacientky s dušností. Neprodleně provedené zobrazovací metody potvrdili diagnózu disekce aorty typu A. Při čekání na převoz na vyšší pracoviště se ale u pacientky rozvinula obávaná komplikace, a to akutně vzniklá srdeční tamponáda. Soubor bude zakončen nemocným, u kterého jsme jako u jediného na našem pracovišti v tomto roku prokázali disekci typu Stanford B; 82letý nemocný, vyšetřen neurologem v iktovém programu pro přechodnou hemiparézu.

Cílem práce je připomenout, jak pestrá může být klinická manifestace disekce aorty, a obecně, jak důležité je v rámci diferenciální diagnostiky nezapomínat i na čistě statisticky raritnější diagnózy. V období předchozích deseti let jsme na našem pracovišti v průměru zachytili výše uvedenou diagnózu jednou, maximálně dvakrát ročně, dokonce byli roky, kde jsme nemocného s disekcí aorty nezaznamenali ani jednoho. Sedm pacientů v rozmezí šesti měsíců představuje pro naše pracoviště nestandardní incidenci. Tenhle soubor je přirozeně příliš malý na jakékoliv statisticky významné závěry. Je však na místě si diskusně položit otázku, jestli se jedná o čistě náhodný jev, nebo jestli obdobný trend zaznamenali i jiná pracoviště. Průkazný obecný nárůst incidence by pak zvědavější povahy mohl navést k další rozvaze o původu tohoto jevu; s ohledem na předchozí roky se nabízí spojitost s COVID19 asociovanou aortitidou, ale důvodů a rizikových faktorů může být několik. Uvedená práce by proto mohla motivovat kolegy z dalších, vzdálených pracovišť k poohlédnutí se na proběhlé období a zhodnocení četnosti výskytu disekce na jejich domovském pracovišti.

Melanom, kde byste ho nečekali

Kellnerová D., Nikolov O.

Patologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kellnerova.dominika@seznam.cz

Úvod

Maligní melanom je neuroektodermový nádor vznikající nádorovou proliferací melanocytů v kůži, vzácněji v oku a ve sliznicích. Nejčastější příčinou jeho vzniku je expozice UV-A záření.

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o 32leté pacientce, která byla hospitalizována pro dva týdny trvající dušnost a bolesti břicha. Dále pacientka uváděla dva týdny trvající bolesti hlavy, diplopii, rozmazané vidění, zvracení, antibiotiky přeléčený zánět močového měchýře. V osobní anamnéze pacientky budí pozornost před dvěma lety diagnostikovaný nodulární melanom na nártu pravé nohy, stadium pT3b (tloušťka nádoru dle Breslowa 3,2 mm, Clark V, dle histologického vyšetření kompletně odstraněný). Pacientka podstoupila CT vyšetření břicha, kde byl zjištěn suspektní maligní rozsev. Dále byla provedena punkce objemného perikardiálního a pleurálního výpotku, jejichž cytologické vyšetření prokázalo četné maligní nádorové elementy s ložiskově patrným hrubozrným pigmentem hnědé barvy, dle cytomorfologie a imunohistochemického profilu (pozitivní průkaz imunohistochemických markerů Melan A a S100) charakteru metastatických elementů maligního melanomu. Pacientka dva dny po přijetí do nemocnice náhle zemřela pod obrazem srdečního selhání. Při nekroptickém vyšetření byly prokázány metastázy maligního melanomu do mozku, mozkových plen, srdce, sleziny, jater, pankreatu, močového měchýře, cervixu dělohy, vagíny, obou ovaríí, lymfatických uzlin retroperitonea.

Závěr

Maligní melanom je agresivní typ tumoru, který může metastazovat lymfogenně i hematogenně nejen na kůži, ale do kteréhokoliv orgánu. Biologické chování maligního melanomu je variabilní. Metastázy maligního melanomu se mohou projevit i klinickými symptomy jako je například dušnost či rozmazané vidění. Důležitá jsou preventivní opatření, vyhledávání rizikových pacientů, přesná diagnostika, odpovídající chirurgická léčba a dispenzarizace pacientů.

NGS kardiopanel – naše srdeční záležitost

Reichensdörferová D., Dušková P., Šimková Z., Prušáková D., Scheinost O.

Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s.

reichensdorferova.dominika@nemcb.cz

Úvod

Důraz na genetická vyšetření v současné kardiologii roste. Uplatnění nalézá u kardiovaskulárních onemocnění jako jsou kardiomyopatie, dědičné formy arytmiických syndromů, aortální syndromy a některé vrozené vývojové vady. Tato onemocnění se dědí ve většině případů autosomálně dominantně, tedy přenos mutace je nezávislý na pohlaví a příímí příbuzní mají 50% pravděpodobnost nosičství pro danou variantu. Vzhledem k tomu, že společným jmenovatelem všech zmíněných skupin onemocnění je náhlá srdeční smrt, je důležitou součástí vyšetření stratifikovaná péče o příbuzné a pozůstalé. Pro klinického genetika je pak zásadním úkolem provést fenotypizaci onemocnění, sestavení rodokmenu a následně kaskádový kardiologický screening v rodině. Je proto velkou výhodou, že Laboratoř molekulární biologie a genetiky v současné době disponuje NGS kardiogenetickým panelem, který obsahuje přes 250 genů, klíčových v otázkách kardiovaskulárních onemocnění, pojivových onemocnění a hypercholesterolémií.

Vlastní kazuistika

Na celkem čtyřech vybraných kazuistikách bude nastíněna vysoká komplexita kardiogenetických vyšetření a jejich překvapivé a jindy méně překvapivé výsledky. Prvním případem je pacientka s negativní rodinnou anamnézou, zdravá, kardiologicky nevyšetřovaná, tolerující fyzickou zátěž. Pro náhlou bolest zad zůstala doma a v poledne byla nalezena mrtvá. Příčinou smrti byla disekce aorty. Nález pravděpodobně patogenní sekvenční varianty c.3766_3768del v genu MYH11 je v souladu s úmrtí diagnózou a její rodina bez syndromických známek poruch pojiva bude vyšetřena pro tuto mutaci. Druhou kazuistikou je pacient s opět negativní rodinnou anamnézou, zdravý, v dospívání vyšetřen pro šelest a susp. rozšíření aorty, myopie -14D, 178cm, kloubní hypermobilita, habitus méně nápadný, ale suspektní. Po sportovní zátěži disekce RICA, dle CTAG nápadné vinutí karotid, podezření na poruchu pojiva. U pacienta byla nalezena patogenní sekvenční varianta c.394C>T v genu SLC2A10 v homozygotním stavu, která odpovídá důvodu vyšetření a odpovídá syndromové poruše pojiva. Pacient je sledován v rámci komplexní dispenzární péče, obdobné jako u Marfanova syndromu, má zvýšené riziko nejen dilatace a disekce velkých tepen, ale i jejich segmentálních stenóz. Třetí kazuistikou je pacient s vyšším cholesterolem ze strany matky, bez manifestace časných kardiovaskulárních onemocnění v rodině, bez léčby, nesportoval, s nadváhou, nekuřák, běžnou fyzickou zátěž toleroval. Bez nemoci náhlé úmrtí, etiologie pitvou nezjištěna, pouze věku nepřiměřená ateroskleróza cév, bez vztahu k úmrtí, uzavřeno jako náhlá koronární smrt. Genetická analýza příčinu smrti neobjasnila, patogenní nálezy v genech APOB c.10580G>A a APOE c.388T>C jsou spojené s hypercholesterolémií a vysvětlují nález na cévách a související rodinnou anamnézu. Poslední, čtvrtou, kazuistikou je pacient s částečně známou rodinnou anamnézou, matka se cca od 40 let léčila se srdcem, zemřela v 67 letech, příčina nejasná. Sám zdravý, cca 3 roky pozoruje plíživé zhoršování výkonnosti, dušnost, obraz hypertrofie myokardu nejasné etiologie. U pacienta byla nalezena pravděpodobně patogenní sekvenční varianta c.1224-19G>A v genu MYBPC3. Smůla je, že při závěrečné konzultaci je jasné, že výsledek vyšetření nesdělí zbytku rodiny i přesto, že má dva dospělé syny a sourozence. V péči o pacienta se t.č. při nálezů této sekvenční varianty moc nemění, proto jedním z hlavních důvodů genetického vyšetření má být využití výsledku ke stratifikované péči rodinných příslušníků, avšak někdy slouží výsledky za desítky tisíc pouze k vyšperkování chorobopisu.

Podněty k diskusi, závěr

Prezentované kazuistiky ukazují, že genetické vyšetření hraje v současné kardiologii zásadní roli. Pomáhá nejen při objasnění etiologie onemocnění, ale také umožňuje cílenou stratifikaci rizika, odhalení predispozice u příbuzných a včasnou prevenci závažných komplikací. Vysoká komplexita výsledků současně ukazuje, že interpretace genetických nálezů musí být vždy zasazena do širšího klinického kontextu a vyžaduje úzkou spolupráci kardiologa, klinického genetika a dalších specialistů. Jen tak lze využít potenciál moderní genetiky k individualizaci péče a zlepšení prognózy pacientů i jejich rodinných příslušníků.

Maligní melanom nosní dutiny

Kračková D., Střihavka P., Svoboda M.

Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a.s.

krackova.dita@nemcb.cz

Úvod

Maligní melanom v oblasti nosní dutiny a paranazálních dutin je vzácný, avšak agresivní nádor. Kazuistika prezentuje případ pacienta s pokročilým sinonazálním melanomem s infiltrací orbity a představuje postup v jeho léčbě s multioborovou spoluprací.

Vlastní kazuistika

V prosinci roku 2022 byl na doporučení ambulantního specialisty odkázán k vyšetření na našem pracovišti v té době 69letý pacient bez závažných komorbidit s několika měsíci trvající zhoršenou nosní průchodností a intermitentní jednostrannou epistaxí. Rinoendoskopické vyšetření odhalilo tumorózní infiltrát vyplňující levou dutinu nosní, z něhož byla odebrána biopsie. Dle vstupního

rinoendoskopického nálezu a zhodnocení CT VDN provedeného cestou ambulantního specialisty bylo vysloveno podezření na maligní melanom. Vzhledem k suspekci na agresivní nádor bylo již při vstupním vyšetření objednáno celotělové PET/CT k vyloučení vzdálených metastáz a doplněno MRI mozku a VDN ke zhodnocení šíření nádoru do měkkých tkání a okolních struktur, včetně orbity a baze lebny. Tyto faktory hráli důležitou roli ve strategii následné terapie. Pro infiltraci orbity bylo doplněno oftalmologické vyšetření, které odhalilo diplopii při pohledu vlevo a zvýšený nitrooční tlak levého oka. Histopatologické vyšetření odebraného vzorku následně potvrdilo diagnózu primárního sinonazálního maligního melanomu. PET/CT neodhalilo vzdálené metastázy. MRI zobrazila rozsáhlý nádor levostranné nosní dutiny s propagací do maxilárního a ethmoidálního sinu a infiltrací levé orbity s dislokací mediálního okohybného svalu, bez známek intrakraniálního šíření. Po mezioborové dohodě (ORL, neurochirurgie, oftalmologie, melanomový tým) byla zvolena rinoendoskopická resekce nádoru se zachováním levého oka. Pacient zpočátku neměl náhled na závažnost svého onemocnění a odmítal plánovaný termín operace s žádostí posunutí termínu o 3 měsíce, což představovalo riziko progresu tumoru do inoperabilního stadia s možností metastatického postižení. Po opakovaných konzultacích nakonec souhlasil s výkonem naplánovaným na začátek ledna 2023, který musel být nakonec však odložen z důvodu akutní herpetické infekce. Výkon následně proběhl o dva týdny později. Endoskopická endonasální resekce tumoru s použitím navigace se uskutečnila v druhé polovině ledna roku 2023. Tumor destruoval mediální stěnu orbity a adheroval k periorbitě. V oblasti stropu očnice infiltrace zasahovala téměř do poloviny orbity. Vzhledem k vysokému riziku poškození n. opticus nebylo možné dosáhnout radikální resekce. Pooperačně došlo k vymizení diplopie a normalizaci nitroočního tlaku. Histologie potvrdila maligní melanom s imunohistochemickým profilem Melan-A+ / S100+, BRAF a NRAS negativní. Staging T4aN0M0. Melanomový tým následně indikoval adjuvantní imunoterapii – konkrétně monoterapii nivolumabem. Při dosavadních kontrolách pacient hodnocen jako stabilizovaný, bez známek lokoregionální recidivy nádorového onemocnění.

Podněty k diskusi, závěr

Předložený případ podtrhuje význam efektivní mezioborové spolupráce při stanovení optimálního terapeutického postupu u pacientů s pokročilými nádory oblasti nosní dutiny. Endoskopická resekce v tomto případě umožnila zachování funkce oka bez nutnosti mutilujícího výkonu, a to i za cenu nejisté radikality operačního výkonu. Tento přístup významně přispěl ke kvalitě života pacienta a současně vytvořil prostor pro účinnou navazující onkologickou léčbu. Případ dále zdůrazňuje důležitost adekvátní edukace pacienta a jeho aktivní spolupráce v léčbě, neboť opožděné rozhodnutí o operaci mohlo vést k progresi onemocnění do inoperabilního stadia.

Nové nemoci mladých a mladistvých v interních oborech

Coufalová R, Viličková L.

Interní ambulance, Nemocnice Prachatice, a.s.

radkacoufalova23@gmail.com

Prezentovaná kazuistika pojednává o exogenní alergické alveolitidě (EAA) neboli hypersenzitivní pneumonitidě. Je to difúzní postižení plicního parenchymu, které může být vyvolané opakovanou dlouhodobou inhalační expozicí především organickým antigenům u predisponovaných jedinců. Nejčastěji jde o plísň, bakterie, živočišné a rostlinné bílkoviny, pracovní expozici. Přestože je expozice častá, klinicky manifestní onemocnění se rozvíjí jen u malé části jedinců – odhadem <10 % exponovaných. Typické projevy zahrnují kašel, dušnost, subfebrilie a únavu, u chronických forem pak postupnou fibrotizaci plic s rozvojem respirační insuficience.

V kazuistice chci představit případ mladé slečny, věk 22 let, kuřačka cca od 16 let 5–10 cigaret denně, přechodně e-cigarety. Zaměstnaná jako dělnice v hale pracující s ložisky namočenými v oleji. Přijata k nám do nemocnice pro dvoudenní anamnézu námahové a klidové dušnosti s hemoptýzou, bez febrilií. Na RTG/CT nález rozsáhlých splývavých infiltrátů v obou plicních křídlech,

převážně denzity mléčného skla, podezření na atypickou etiologii. Vstupní laboratorní vyšetření bez závažné leukocytózy. CRP nízké, PCR a antigenní testy na respirační patogeny negativní. Pouze o 3 dny později od přijetí přes nasazená ATB a oxygenoterapii došlo k progresi hypoxémie s nutností eskalace na HFNO, následně pro desaturaci a hemoptýzu při normální koagulaci indikována UPV. Nález na CT plic: obraz oboustranné alární intersticiální pneumonie s denzními splývajícími opacitami GGO. Pro další zhoršení stavu pacientka napojena na ECMO a přeložena do všeobecné fakultní nemocnice. Zde hospitalizace komplikována těžkou ztrátou svalové hmoty, trombózou vena jugularis a potřebou tracheostomie. Podávána antikoagulační, antibi-otická a kortikoidní terapie. Postupná stabilizace stavu a pacientka odpojována od přístrojové podpory, zlepšení výživy i kondice díky intenzivní rehabilitaci. Na kontrolním CT průkaz úplné re-grese plicních změn. Po propuštění byla pacientka odeslána na pracovní lékařství pro podezření, že nemoc mohla být vyvolána profesní expozicí olejovým parám.

Kazuistika představuje vzácný případ těžkého průběhu exogenní alergické alveolitidy a ukazuje, že i mladá žena bez závažných komorbidit může mít takto těžký průběh s rychlou progresí on-emocnění, které obvykle bývá plíživé. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit atypickou pneu-monii infekční etiologie a intersticiální plicní procesy. Rovněž bych do diferenciální diagnostiky zahrnula abususe e-cigaret a možnou chemickou pneumonitis. Tento případ zdůrazňuje důležitost významu pracovní anamnézy, která může odhalit klíčový faktor v příčině nemoci a také důležitost role pracovního lékařství při dalším sledování pacientky.

Když infekce vyhrává, ale duch ani tým to nevzdává

Koníčková T.

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

t.konickova@gmail.com

Infekční spondylodiscitida je závažné zánětlivé postižení páteře způsobené infekčními patogeny, nejčastěji bakteriemi, méně často mykotickými agens. Nejčastější cestou vzniku je hematogenní šíření, kdy se patogen dostává do meziobratlové ploténky krevní cestou, například při septickém průběhu pyelonefritidy či infekční endokarditidě. Klinicky dominují bolesti zad, febrilie a neurolog-ický deficit dolních končetin, který může progredovat až k paréze či plegiím. Základem terapie je dlouhodobá, často několikaměsíční antibiotická léčba, doplněná o chirurgický zákrok dle klinické situace.

Prezentujeme kazuistiku 71letého pacienta s anamnézou fibrilace síní, ischemické choroby dol-ních končetin a arteriální hypertenze, který byl opakovaně hospitalizován v letech 2024–2025 pro komplikovaný průběh spondylodiscitidy. Postižení s rozsahem od L1–L5 s rozsáhlými abscesy m. psoas major. V průběhu léčby podstoupil více než deset operačních výkonů v celkové anestezii, včetně opakovaných revizí. Hospitalizační průběh byl komplikován závažnými život ohrožujícími stavy, například akutním krvácením do gastrointestinálního traktu či akutním tepenným uzávěrem. Spondylodiscitida představuje nejen vysoké riziko mortality a trvalého neurologického postižení, ale i značnou psychickou a fyzickou zátěž pro pacienta. Dlouhodobá hospitalizace, opakované operační výkony, intenzivní rehabilitace a opakované pobyty na jednotce intenzivní péče kladou mimořádné nároky na pacienta a ošetřující personál. Tato kazuistika poukazuje na význam nejen adekvátní antibiotické a chirurgické léčby, ale i multidisciplinárního přístupu, vytrvalosti a týmové spolupráce, které se často stávají klíčovými faktory v úspěšném zvládnutí takto náročných případů.

Sál LÉKAŘI 1 – Varia 2

Delabeling alergie na penicilin v praxi

Muška M.

Laboratoř klinické mikrobiologie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

muska.miroslav@nemcb.cz

Úvod

Alergie na penicilin je vysoce nadhodnocena a může značně komplikovat antimikrobiální terapii hospitalizovaných i ambulantních pacientů, zhoršuje celkovou prognózu a riziko výskytu multi-rezistentních kmenů. Na základě dostupných studií a zkušeností nemocnic, především zdravotnických zařízení ve Velké Británii ale i Fakultní nemocnice Bulovka byl vypracován postup, který umožňuje identifikovat nízkorizikové pacienty s vysokou pravděpodobností falešné diagnózy alergie na penicilin. U těchto pacientů může být za hospitalizace nebo ambulantně pomocí přímého expozičního perorálního testu ověřena správnost údaje o alergii. Prezentace je zaměřena na popis delabelingu a jeho krátký příklad v praxi.

Vlastní kazuistika

Až 10 % hospitalizovaných pacientů udává v anamnéze alergii na penicilin, přičemž skutečná prevalence této alergie je výrazně nižší – kolem 1 %. Závažná, anafylaktická reakce je přítomna pouze u minima těchto případů. Typicky vzniká nesprávná diagnóza alergie na penicilin v dětském věku, často v souvislosti s virovou infekcí provázenou exantémem, který je mylně přisuzován podanému antibiotiku. U dospělých dochází k záměně alergie za nežádoucí účinky léčby (například gastrointestinální potíže nebo cefalea), což vede k perzistenci nesprávné diagnózy často po celý život.

Přítomnost diagnózy alergie na penicilin je spojena s vyšší mortalitou, prodloužením hospitalizace, rizikem nutnosti pobytu na jednotce intenzivní péče, zvýšeným rizikem indukce multirezistentních kmenů i s vyššími náklady na léčbu. Delabeling dle našeho postupu může být proveden dvěma základními cestami: jednak na základě podrobné a správně odebrané alergické anamnézy, která často umožní alergii vyloučit již administrativně, jednak pomocí přímého expozičního perorálního testu s penicilinem. Tento test zahrnuje zavedení periferního žilního vstupu a následné podání 500mg amoxicilinu p.o. vhodně vybranému pacientovi s monitorací vitálních funkcí po dobu 60 minut (měření tepové frekvence, TK, saturace O₂ ve 20minutových intervalech). Při absenci reakce lze diagnózu alergie sejmout; v případě výskytu symptomů je k dispozici podrobný algoritmus zvládnutí reakce.

Pro výběr nízkorizikových pacientů je využíván skórovací systém PEN-FAST (mdcalc.com), který hodnotí stáří záznamu o alergii, charakter reakce a nutnost léčby. Pacienti se skóre 2 a nižším jsou po pečlivém klinickém zhodnocení vhodní k provedení přímého perorálního testu. V současné době v rámci zkušební doby provádíme delabeling pouze na infekčním odd. V plánu po prezentaci ATB týmu je rozšíření do ostatních interních i chirurgických oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

V kazuistice je krátce popsán delabeling pacienta přijatého na traumatologické oddělení s infektem po extrakci osteosyntetického materiálu na pravé dolní končetině. Kultivačně ze zaslaných stěrů i perioperačních materiálů *Staphylococcus aureus* citlivý na oxacilin. V anamnéze pacienta je údaj o alergii na Azepo (Cef I.gen, společný základní penicilinový kruh s penicilinem). Dle PEN-FAST skóre s nízkým rizikem anafylaktické reakce. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem a infektoлогом proveden přímo na traumatologickém oddělení úspěšně delabeling cíleně s podáním flucloxacilinu bez reakce na podané ATB. Na této terapii pacient propuštěn domů k pokračující ambulantní léčbě.

Podněty k diskusi, závěr

Penicilin má stále své nezastupitelné místo v léčbě mnoha infekčních stavů a my nemusíme k alergii na penicilin přistupovat jako k informaci vytesané do kamene. Pár správných otázek na historii a charakter alergie může být klíčový pro další vývoj terapie.

Když starý známý způsobí nový problém

Příhodová E.

Oční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prihodova.eliska@nemcb.cz

Úvod

Akutní retinální nekróza (ARN) je vzácné, ale závažné virové onemocnění typicky způsobené členy skupiny herpes virů – nejčastěji varicella-zoster virus, méně často herpes simplex virus, velmi vzácně cytomegalovirus. I přes moderní možnosti terapie často dochází k rychlé progresi onemocnění a významnému ohrožení zraku, především při opožděné diagnóze. Kazuistika prezentuje klinický průběh ARN u pacienta s anamnézou onkologického onemocnění. Velmi dobře nám ilustruje náročnost péče o tyto pacienty.

Vlastní kazuistika

49letý pacient byl přijat na naše pracoviště pro čtyřdenní zhoršené, mlhavé vidění na pravém oku doprovázené mírnou bolestivostí. Osobní anamnéza je zatížena především v r. 2023 léčbou glioblastomu, v r. 2024 léčbou seminomu varlete a již proběhlá herpetická keratitida levého oka se známou trvale sníženou centrální zrakovou ostrostí na levém oku. Při vstupním vyšetření byla patrná hyperemie spojivek obou očí a přítomnost špekovitých precipitátů a buněk v přední komoře obou očí. Především však dominovala bělavá ložiska retinální nekrózy s ojedinělými hemoragiemi na sítnici pravého oka. Sítnice levého oka ukazovala pouze drobné hemoragie bez známek nekrózy. Laboratorně byla potvrzena aktivní infekce virem varicella – zoster (pozitivní IgM protilátky, PCR z komorové vody). Byla zahájena antivirová terapie perorálním Valaciklovirem a lokálními kortikosteroidy. Pro rychlou progresi klinického nálezu byla léčba změněna na intravenózní Aciklovir a následně doplněna chirurgickou intervencí – pars plana vitrektomií s endolaserovou fotokoagulací a aplikací silikonového oleje do sklivcového prostoru. V rámci další péče byl nasazen systémový kortikosteroid s postupnou deeskalací. Po dvou týdnech bylo fluorescenční angiografické vyšetření bez známek ischemie sítnice. Pacient byl po třech týdnech propuštěn v kompenzovaném stavu s následnou intenzivní ambulantní léčbou. V nadcházejících měsících pacient podstoupil plánovanou evakuaci silikonového oleje a operaci katarakty. Přibližně dva měsíce poté však došlo ke komplikaci ve formě odchlípení sítnice, která si vyžádala opětovnou vitrektomii.

Závěr

Kazuistika podtrhuje závažnost ARN, která i při včasné diagnostice a intenzivní léčbě může vést k riziku trvalé ztráty zraku. Průběh je rychle progredující a bez adekvátní léčby může vést k poškození i původně nepostíženého druhého oka. Zároveň ukazuje důležitost mezioborové spolupráce, flexibilní úpravy terapie podle vývoje stavu a potřebu dlouhodobého sledování těchto pacientů. Z klinického hlediska je ARN výzvou nejen pro oftalmology, ale i pro další obory.

Morbus Hailey-Hailey

Vorlová N., Beranová G.

Kožní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Natalie.vorlova@seznam.cz

Úvod

Předkládám kazuistiku 62letého muže, u něhož byl histologicky verifikován tzv. Morbus Hailey-Hailey (benigní familiární pemfigus), vzácné chronické hereditární kožní onemocnění charakterizované opakujícími se bolestivými erozemi a puchýři. Onemocnění má autosomálně dominantní dědičnost s variabilní expresivitou, je způsobeno mutací genu ATP2C1, která vede k poruše intracelulárního transportu vápníku a následné defektní adhezi keratinocytů. Kazuistika poukazuje na popis choroby, její příznaky a postup léčby.

Vlastní kazuistika

Projevy typu puchýřů s čirou tekutinou se u pacienta začaly tvořit v roce 2003, načež byl hospitalizován na kožním oddělení ve FN Motol, kde se poprvé provedla biopsie kůže se závěrem morbus Hailey-Hailey. Během tamní hospitalizace došlo ke zhojení a celková terapie prozatím zindikována nebyla. Při exacerbacích onemocnění, ke kterým docházelo zejména po oslabení organismu a nastávaly minimálně 4x ročně, se nasazovaly celkově krátkodobě KS a antihistaminika. Na naše oddělení se pacient poprvé dostavil k hospitalizaci v březnu 2015 pro výrazné zhoršení onemocnění po viróze a pro impetiginizaci projevů. Kromě četných puchýřů až bul navíc s projevy lichenifikace, suchostí a exkoriacemi v kubitách, macerací, erytémem a rhagádami v tříslech a pokolení a onychomykózou na horních i dolních končetinách. Při této příležitosti byla zopakována probatorní excize na přímou imunofluorescenci, která diagnózu Hailey-Hailey potvrdila. Zcela poprvé se tedy nasadila systémová terapie Medrolem 16 mg s postupnou detrakcí dávky, ale vždy ponechána na určité udržovací dávce až do roku 2021, kdy již na této terapii nedocházelo k uspokojivým výsledkům. Stran systémové terapie došlo v průběhu let několikrát ke změně pro její neefekt. Od roku 2021 do roku 2023 se nasadil Imasup, u něhož se navýšila denní dávka z 50 mg až na 200 mg, přičemž při větších exacerbacích se do medikace přidával Medrol. Pro následné výrazné klinické zhoršení choroby, které již nereagovalo na stávající léčbu, se provedl switch na Methotrexát 20 mg/týden, jež se opět po 2 měsících pro neefekt nahradil Cellceptem 3g/den. Tento byl pacientem po pár měsících užívání samovolně vysazen pro výrazné GIT potíže. Poslední změna v systémové terapii spočívala v nasazení Neotigasonu v dávce 50 mg/den, na kterou pacient reaguje již 2 roky přívětivě a tohoto času je integumentum zcela zhojeno. Lokální terapie KS, ATB či antimykotickými externy zůstává samozřejmě nedílnou součástí léčebného postupu po celou dobu.

Podněty k diskuzi, závěr

Morbus Hailey-Hailey představuje vzácné hereditární kožní onemocnění s chronickým a recidivujícím průběhem, jehož diagnostika i terapie může být značně náročná. Z terapeutického hlediska je zajímavý zejména postupný switch systémové terapie přes řadu imunomodulačních a imunosupresivních přípravků až po acitretin (Neotigason), který vedl ke stabilizaci stavu. Dlouhodobá remise dosažená tímto způsobem, zejména po předchozích léčebných selháních, podtrhuje individualizovaný přístup k terapii. V diferenciální diagnostice bylo nutné zvažovat zejména jiné puchýřnaté dermatózy, včetně pemfigu vulgaris, dále morbus Darier, intertriginózní formy psoriázy, případně kandidózy nebo bakteriálně podmíněné dermatitidy. K definitivnímu potvrzení diagnózy přispěla histopatologie a přímá imunofluorescence, která pomohla odlišit MHH od autoimunitních puchýřnatých onemocnění.

Boj o místo na cytochromu

Kaňková K., Dvořák J.

Lékárna, Pracoviště klinické farmacie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kankova.katerina@nemcb.cz

Úvod

Léčba infekce vyvolané *Mycobacterium tuberculosis* se sestává z dlouhodobého užívání multi-kombinace antibiotik – obvykle v první linii rifampicin, pyrazinamid, ethambutol a isoniazid. Rifampicin, který tvoří základní antibiotikum v léčbě tuberkulózy, je silným induktorem jaterního metabolismu na oxidázovém systému CYP 450 – konkrétně na isoformě 3A4, kde se metabolizuje asi 70 % všech užívaných léčiv. Současné užívání rifampicinu s jinými léky může tedy vést k výraznému snížení účinnosti léčby až k jejímu selhání.

Vlastní kazuistika

Pacientka, 41 let, na biologické léčbě pro Bechtěrevovu chorobu (Cimzia – certolizumab) a suspektní Idiopatický střevní zánět je přijata pro tři týdny trvající bolesti hlavy, zvracení, horečky a vertigo. Na magnetické rezonanci byly popsány periventrikulární infiltráty/ edém a dilatace

postranních komor. V prvním sledu byla řešena derivace likvoru s následným zavedením zevní komorové drenáže (a s odběrem biopsie postranní komory), následně pro progresi dilatace nutnost zavedení drenáže i vlevo. Během hospitalizace proběhlo několik epizod obstrukce drenáže s nutností znovuzavedení.

Diagnóza pacientky je opakovaně vyšetřována veškerými dostupnými metodami, konzultováno na několika pracovištích – biopsie neprokázala malignitu, sarkoidózu, vyhodnocena spíše jako infekční etiologie. Nález z rezonance opakovaně vyhodnocován jako basilární meningitida, proto nasazena multikombinace antituberkulotik jako terapeutický pokus (*Mycobacteria tuberculosis* ale nebyla zachycena). Pro pozitivní kultivaci vankomycin rezistentního enterokoka z moku byl nasazen linezolid – vzhledem k naindukovanému metabolickému prostředí s nutností terapeutického monitorování hladin, které naše pracoviště dosud neměřilo. Překvapivě první odběry LNŽ vykazovaly hodnoty nad terapeutickým rozmezím, až při dalších došlo k jejich poklesu.

Podněty k diskusi, závěr

Příčinou byla zřejmě vzájemná interakce mezi linezolidem, rifampicinem a ondansetronem, kdy ondansetron má zřejmě vyšší afinitu k CYP3A4 a tím vytěsňuje linezolid z vazby na metabolický enzym a dočasně zvýší jeho plasmatickou hladinu i přes naindukované prostředí (vysvětlovalo by to i nutnost opakovaného podání antiemetik, která se rovněž metabolizují přes CYP). Následný pokles pak může souviset s dalším nepodáním antiemetické léčby. Interakce mezi ondansetronem a linezolidem (mimo zvýšené riziko serotoninerního syndromu) není popsána, avšak vzhledem k situaci pacientky a její medikaci, zřejmě i vzájemné vytěsňování a boj o vazebné místo na metabolickém enzymu může mít klinický význam. Zároveň sdělení má ukázat zavedení terapeutického monitorování linezolidu v naší nemocnici a popsat u jaké skupiny pacientů by mělo být prováděno.

Ztracení v diferenciální diagnostice

Pilousová M.

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

pilousovam@gmail.com

Ani v době moderní diagnostiky a zapojení umělé inteligence není každý případ snadno rozluštitelný.

Prezentuji kazuistiku 50letého pacienta bez významných interních komorbidit, přijatého do Nemocnice Český Krumlov pro náhlé zhoršení stavu s horečkami a dušností při známkách kardiální dekompenzace. Akutní koronární syndrom a plicní embolie byly vyloučeny, avšak CT angiografie odhalila rozsáhlou mediastinální a hilovou lymfadenopatii s nodulárním procesem nejasné etiologie a hepatosplenomegalii; periferní uzlina vhodná k extirpaci nebyla nalezena. Echokardiografie byla bez známek infekční endokarditidy. Laboratorně dominovala elevace CRP (až 346) a proteinurie 3,4 g/den. Po diuretické a empirické antibiotické terapii (cefotaxim, klaritromycin) byl pacient přeložen na naše oddělení již kardiálně kompenzován. Následovala rozsáhlá diferenciální diagnostika. Imunologický panel ani průtoková cytometrie neprokázaly patologii, s výjimkou zvýšeného poměru CD64/16. Byly vyloučeny virové (HIV, klíšťová encefalitida, HHV-6, hantaviry), bakteriální (syfilis, tularémie, mykoplasmata, leptospiróza, listerióza, bartonelóza, chlamydie, borelióza, anaplazmóza, TBC) i mykotické/parazitární etiologie (cryptococcus, aspergillus, candida, toxoplasma, toxocara). Pomýšleli jsme i na sarkoidózu (ACE nízké) či lymfo- a myeloproliferace (FLC, LDH, beta-2-mikroglobulin byly v normě). K rozšíření úvahy jsme využili umělou inteligenci, která přehledně strukturovala hlavní možnosti, avšak nepřinesla nové podněty. Zlom nastal po změně antibiotika na doxycyklin, kdy došlo k výraznému klinickému i laboratornímu zlepšení. Za klíčové jsme považovali provedení bronchoskopie s EBUS a PET/CT. V době čekání na vyšetření se však stav zlepšil natolik, že pacient naléhal na dimisi bez stanovené diagnózy a provedení bronchoskopie s odběrem vzorku. PET/CT provedené po dimisi ukázalo regresi uzlinového nálezu v mediastinu a plicních hilech při přetrvávající hypermetabolické aktivitě, ústup nodularit plic a nejasné ložisko za jazylkou. Hladina chitotriosidázy byla vysoká, což

podporuje diagnózu sarkoidózy.

Tento případ ukazuje, že i při intenzivním diagnostickém úsilí a využití moderních technologií může uniknout pozornost klinickému vývoji pacienta a že i zdánlivě malý terapeutický krok, jako změna antibiotika, může vést k dramatickému zlepšení. Připomíná, že lymfadenopatie představuje pouze klinický projev s mimořádně širokým diferenciálně diagnostickým spektrem. Zároveň zdůrazňuje, že v honbě za rozšířenou diferenciální diagnostikou bychom neměli ztratit ze zřetele samotného pacienta a jeho reakci na léčbu.

Intoxikace, jak ji neznáme

Lonský E.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

erichlonsky123@gmail.com

Úvod

Intoxikace novými psychoaktivními látkami (NPS) představuje rostoucí problém jak urgentní, tak interní medicíny, zejména u mladých lidí. Kratom, HHC (hexahydrokanabinol), amfetaminy a jejich kombinace s alkoholem jsou snadno dostupné a mohou vést k závažným stavům, včetně komatu a úmrtí.

Vlastní kazuistika

Kazuistika prezentuje dva případy mladých mužů (22 a 21 let) hospitalizovaných pro akutní poruchu vědomí po užití psychoaktivních látek. Oba negovali recentní užití kratomu, nicméně jeho přítomnost v moči svědčila pro opak, i vzhledem k relativně krátkému poločasu této látky.

První pacient, diabetik 1. typu, byl přijat na Interní JIP v komatu s těžkou hyperglykemií (60 mmol/l), ketoacidózou, hyperkalémií a akutním renálním selháním. V moči byl potvrzen kratom a slabá pozitivita na THC, pacient následně přiznal užití HHC bonbonu. Po intenzivní léčbě (inzulin, bikarbonát, infuze, antibiotika) došlo k postupnému zlepšení.

Druhý pacient, bez chronických onemocnění, byl přijat pro somnolenci až sopor po kombinaci alkoholu a kratomu. V moči bylo potvrzeno THC a kratom, ostatní látky prokázány nebyly. Po infuzní terapii a symptomatické léčbě, došlo také k úpravě stavu.

Podněty k diskusi a dif. dg.

Diferenciálně diagnostické úvahy zahrnovaly zejména odlišení metabolických poruch (např. diabetická ketoacidóza, hyperosmolární stavy) od primární toxické encefalopatie, epileptických stavů či infekčních příčin poruchy vědomí. V případě diabetika bylo nutné urgentně řešit minerálový rozvrat a renální insuficienci, přičemž intoxikace HHC se projevila atypicky – protrahovaným komatózním stavem bez jasné korelace s dávkou. Výjimečnost kazuistiky spočívá v kombinaci několika rizikových faktorů – chronické onemocnění, mladý věk, experimentování s látkami dostupnými v běžných obchodech (CBD produkty).

Závěrem

Oba případy poukazují na rizika užívání kratomu a HHC, a to i v relativně malém množství (jeden HHC bonbon, běžná dávka kratomu), kdy došlo k atypicky těžké poruše vědomí. Kratom je běžně považován za stimulant, ale ve vysokých dávkách může působit tlumivě. U mladých pacientů, zejména s chronickým onemocněním, může kombinace těchto látek vést k život ohrožujícím stavům až úmrtí. Edukace, rychlá diagnostika a multidisciplinární přístup jsou pro pacienta klíčové.

Skrytá spojení mezi orgány

Korčáková K.

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

korcakova.katerina@nemcb.cz

Představujeme kazuistiku 65leté pacientky s hepatomegalií a intersticiálním plicním procesem nejasné etiologie, která přichází pro několik měsíců progredující obtíže, včetně bolestivých ulcerací různých velikostí a lokalizací, depigmentací a otoků drobných kloubů rukou, alopetických ložisek ve kštici. Dosavadní terapie v rámci spádového pracoviště byla bez efektu. Zvažovaná porfyria cutanea tarda je dermatohistologicky vyloučena, biopsie kůže prokázala spíše známky interface dermatitidy, suspektní pro kolizi vitiliga a systémového autoimunitního onemocnění (SLE/dermatomyositida).

Laboratorně je přítomna výrazná elevace cholestatických jaterních enzymů, pozitivita ANA protilátek, polyklonální hypergamaglobulinémie. Elastografie potvrzuje cirhotický obraz hepatomegalie, MRCP nesoudí na primární sklerozující cholangitidu, jaterní biopsie prokáže difúzní velkokapénkovou steatózu. Zároveň se rozvíjí ostitida II. prstu pravé ruky s nutností zvažované amputace. Histologické i laboratorní nálezy však nadále nevedou k jednoznačnému závěru, navzdory nasazené terapii hydroxychlorochinem a prednisonem přetrvávají aktivní kožní defekty a progreduje plicní nález.

Kapilaroskopie ukazuje jasný patologický obraz. Revmatologem je zdůrazněna diskrepance mezi vysokým titrem ANA a negativitou ENA panelu. Následně provedené specializované imunologické vyšetření v Revmatologickém ústavu stanovuje definitivní diagnózu: anti-MDA5 pozitivní hypomyotrofická dermatomyositida s postižením kůže, plic a jater. Pro nedostatečný efekt cyklofosfamidů je indikován terapeutický switch na rituximab s následnou výraznou klinickou odpovědí – zhojením defektů, regresí intersticiálního postižení plic a zachováním II. prstu pravé ruky.

Tato kazuistika ilustruje diagnostickou složitost a terapeutické výzvy vzácné formy dermatomyositidy, význam mezioborové spolupráce a důležitost specializovaných imunologických vyšetření při nejasných systémových symptomech.

Když se předoperační EKG protáhne až k PET/CT

Randák D., Malina P.

Oddělení klinické biochemie, Nemocnice Písek, a.s.

randak.david@gmail.com

Úvod

Maligní melanom je vysoce agresivní nádorové onemocnění s rizikem brzkého metastazování. Primární ložisko a časná metastázy bývají často přehlédnuty vzhledem k nespecifičnosti fyzikálního nálezu a laboratorních vyšetření.

Vlastní kazuistika

Muž, 64 let, léčený pro DM 2. typu a s negativní onkologickou anamnézou, se dostal do kontaktu s naší ambulancí v rámci rutinního vyšetření před plánovanou TEP pravé kyčle. Při kontrole dokumentace nás zaujal nález dlouhodobě přetrvávající leukocytózy, trombocytózy, anemie a elevace CRP, které dosud nebyly blíže vyšetřeny. Před operací bylo v rámci pátrání po jejich etiologii doplněno mimo jiné i CT hrudníku, břicha a pánve. Zde prokázány zvětšené, suspektně infiltrované uzliny v axilách a tříslech. Biopsie odhalila metastázy maligního melanomu (BRAF negativní). Pacient zahájil imunoterapii nivolumabem, nicméně po první dávce byla přerušena pro artritidu velkých kloubů.

Podněty k diskusi, závěr

Případ dokumentuje náhodný pozdní záchyt metastatického melanomu při předoperačním vyšetření. Zdůrazňuje nutnost komplexního přístupu a řádné diferenciálně diagnostické rozvahy u pacientů s přetrvávajícími patologickými výsledky laboratorních vyšetření a varuje před bagatelizací patologických hodnot i při jejich opakovaném zjištění při rutinních prohlídkách.

Sál LÉKAŘI 1 – Gastroenterologie a chirurgie**Pozdně recidivující GIST – anémie jako klíč****Nepeřená N.¹, Hyblova M. E.²**¹Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., ²Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.neperena.natalie@nemcb.cz, hyblova.marie@nemcb.cz**Úvod**

Recidiva GIST onemocnění po téměř 10letech od vyřazení z dispenzární péče, pro pokročilost tumoru nález již inoperabilní.

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o případě 71leté pacientky, u které byl v roce 2010 zjištěn gastrointestinální stromální tumor (GIST) žaludku při pátrání po příčině nově zjištěné normocytární anémie (Hb 73 g/l). Vstupní vyšetření, včetně endosonografie (EUS) a výpočetní tomografie (CT), odhalilo submukózní tumor vycházející z lamina muscularis propria žaludku bez známek malignity. Histologické vyšetření původně nález hodnotilo jako benigní leiomyom. Po radikální excizi byla pacientka předána do péče praktického lékaře. Následně však doplňující imunohistochemické vyšetření zpětně potvrdilo diagnózu GIST a pacientka byla zařazena do dispenzární péče gastroenterologické poradny. Po pěti letech sledování bez známek recidivy byla pacientka z onkologické dispenzarizace vyřazena.

V roce 2024 byla pacientka opětovně vyšetřena pro celkové zhoršení zdravotního stavu, bolesti břicha, hmatnou rezistenci v epigastriu a výrazný váhový úbytek (30 kg během posledního roku). Doplňující vyšetření (CT břicha, EUS) potvrdila recidiva GIST.

Na základě klinických obtíží a nálezů byla pacientka indikována k radikálnímu chirurgickému zákroku. Operace byla však vzhledem k rozsahu onemocnění ukončena jako explorativní laparotomie bez možnosti radikálního řešení. S ohledem na pokročilý nález a celkový stav pacientky nebyla indikována systémová onkologická terapie. Pacientka byla následně předána do péče paliativního týmu.

Podněty k diskuzi, závěr

Význam dispenzární péče a časné (re)diagnostiky. Možnosti prevence recidivy?

Komplikovaný pacient s břišní katastrofou**Kuncová S.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kuncova.s237@gmail.com

Kazuistika pacienta, kde se medicína střetla s fyziologií, komplikacemi i lidským faktorem.

Prezentujeme případ pacienta s anamnézou opakovaných ileózních stavů již od dětství. V dospělosti podstoupil několik laparotomií, přičemž průběh hospitalizací se pohyboval od standardního až po výrazně komplikovaný. Péči opakovaně komplikovala výrazná nonkompliance pacienta.

V průběhu hospitalizace díky opakované operativě došlo k rozvoji rozsáhlé břišní katastrofy s enterokutánními píštělemi, dehiscentní ránou a nutností založit jejunostomii. Přistoupili jsme ke kombinované terapii: parenterální výživě, podtlakovému systému (VAC) za účelem zvládnutí obtížného lokálního ošetřování enterokutánních píštělí. Byla nezbytná důsledná suplementace minerálů a kalorií neboť pacient ztrácel cca 5 litrů tekutin a nutrientů přes píštěle. Po zlepšení

stavu nutrice bylo indikováno chirurgické uzavření píštělí střeva v maximálním možném rozsahu a zanoření jejunostomie, což vedlo ke stabilizaci stavu i lokálního nálezu. Další hospitalizace s příznivým hojením ran, v další době umožněna také rekonstrukce břišní stěny plastickým chirurgem krytím pomocí meshovaným štepem.

Kazuistika ilustruje nejen medicínskou komplexitu takto komplikovaného případu, ale i limity léčby v kontextu lidské spolupráce, nabízí prostor k diskusi o možnostech a mezích současné chirurgické a nutriční podpory. Zároveň dokazuje nenahraditelnost fyziologické funkce střeva, kterou nelze ani nejmodernější výživou plně nahradit.

Operace bezoáru žaludku u dětí

Keprta D., Hanák R., Dohnal P.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

keprta.david@nemcb.cz

Úvod

Bezoáry jsou tělesa v gastrointestinálním traktu, která se vytváří z nahromaděných nestravitelných zbytků. Dle složení rozlišujeme trichobezoáry (vlasy), vzácněji fytobezoáry (rostlinného původu), farmakobezoáry či lithobezoáry. Trichobezoáry se nejčastěji nachází v žaludku, někdy s přesahem dlouhého copu do tenkého střeva, podle kterého se onemocnění pojmenovává jako syndrom zlatovlásky (Rapunzel syndrom). Jedná se o velmi vzácné onemocnění, které známe spíše jako zajímavost v učebnicích chirurgie. U nás v nemocnici se nám poštěstilo zachytit dva případy v průběhu jednoho roku.

Vlastní kazuistika

Na dětské oddělení přichází šestiletá dívka k plánovanému odstranění cysty nad P obočím. Při příjmu však byla náhodně zjištěna objemná rezistence v L hypochondriu. V rámci dovyšetření bylo provedeno nativní CT břicha s nálezem zmnoženého solidního obsahu žaludku. Při následné gastroskopii byl zjištěn tuhý odlitkový trichobezoár, který částečně zasahoval do pyloru. Nebylo možné provést endoskopickou extrakci ani rozmělnění. Proto byla pacientka indikována k chirurgické revizi. Výkon byl proveden z horní střední laparotomie za pomoci alexis retraktoru a extrakce gastrotomií. Současně doplněna plánovaná excize cysty nad P obočím. Pooperační průběh standardní. Zpětně matka přiznává zvyk požívání vlasů u své dcery. Během hospitalizace bylo doplněno psychiatrické konzilium a pacientka plně zatížena perorální stravou byla dimitována 5. den po operaci. Druhá kazuistika se zabývá 16letou dívkou přijatou pro 4 dny trvající bolesti břicha a občasné zvracení. Jednalo se o pacientku s Turnerovým syndromem a závažnou zrakovou vadou. V anamnéze bylo zachyceno požívání vlasů při celkové deprivaci. Při příjmu bylo provedeno CT břicha s nálezem trichobezoáru žaludku zasahujícího až do duodena. Pro rozsáhlý nález byla zcela vyloučena možnost extrakce cestou gastroskopie a indikována chirurgická revize. Tentokrát se jednalo o obtížnou extrakci bezoáru, který byl ve dvou porcích, gastrické a duodenální. Výkon proveden opět z gastrotomie, ze které se nám daří extrahovat i duodenální porci bezoáru. Pooperační průběh byl komplikován druhý den zhoršením celkového stavu, kdy pro příznaky peritoneálního dráždění byla indikována urgentní chirurgická revize. Peroperačně nález reaktivní peritonitis, bez zn. Insuficience provedené gastrotomie či jiné technické příčiny, provedena laváž a drenáž dutiny břišní, zavedena jejunální sonda. Komplikaci přisuzujeme rozsahu a obtížnosti provedeného operačního zákroku. Další průběh byl u pacientky již nekomplikovaný.

Závěr

Jedná se o velmi vzácné onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u mladých dívek. Skládá se z trichotillomanie (trhání vlasů) a trichofagie (požívání vlasů). Onemocnění je zpočátku asymptomatické. Projevuje se až v rozvinutých stádiích hmatnou rezistencí, bolestmi břicha, zhoršeným perorálním příjmem, výrazným zápachem z úst či zvracením. Včasná diagnóza je zásadní pro

předcházení komplikací, mezi které patří obstrukce trávicího traktu, vřed žaludku, u rozsáhlých forem až obstrukce Vaterské papily a vznik akutní pankreatitidy. Existuje několik terapeutických postupů. Nejčastěji se přistupuje k otevřené operaci, u menších bezoárů je možné endoskopické vyjmutí či laparoskopická operace. U pacientů je nutností psychiatrické dovyšetření, popřípadě sledování. Onemocnění může až v 20% případů recidivovat. Důležité je na diagnózu pomýšlet a cíleně se na ni dotazovat.

Nesmrtelnej děda

Bouzekri M.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

bouzekri@nemopisek.cz

Úvod

Následující kazuistika pojednává o těžké enterokolitidě u polymorbidního pacienta s nutností opakované chirurgické revize.

Vlastní kazuistika

85letý polymorbidní pacient byl přijat na interní oddělení pro probíhající gastroenteritidu. Na zavedené léčbě došlo ke zhoršení stavu, rozvoji výrazných bolestí břicha s elevací zánětlivých markerů, klinicky se známkami peritoneálního dráždění. Doplněno CT břicha s nálezem zánětlivého infiltrátu v ileocekální oblasti. Pacient byl indikován k operační revizi pro susp. akutní appendicitidu. Peroperačně nález klidného appendixu, ovšem na 40 cm terminálního ilea pokračující až k transverzu obraz těžké enteritidy, bez přesvědčivých známek ischemie. Vzhledem k nálezu zvažována pravostranná hemikolektomie, nicméně pro oběhovou nestabilitu provedena appendektomie a drenáž dutiny břišní.

Pooperačně nutná intenzivní péče na ARO. Následující den doplněno CTAG, kde neprokázána ischemie, pouze obraz polysklerotického řečiště. Po stabilizaci stavu na ARO pacient přeložen na interní oddělení k doléčení bronchopneumonie, klinický nález na břiše zcela klidný. 12. pooperační den ovšem na interní JIP rozvoj febrilií a sterkorální sekrece z rány. Pacient indikován k revizi z vitální indikace. Peroperačně nález nekrózy 40 cm terminálního ilea s četnými perforacemi. Provedena resekce postiženého úseku a vyvedena ileostomie a mukózní píštěl s laváží a drenáží dutiny břišní. Pooperačně opět ARO péče. Podávána čtyřkombinace ATB, na ránu hojící se per secundam naložen VAC. Na zavedené léčbě pacient stabilizován a přeložen na chirurgickou JIP, kde průběh onemocnění komplikován další pneumonií s nutností změny ATB. 25. pooperační den mohl být pacient přeložen na standardní oddělení, odkud následně odchází na oddělení následné péče k rehabilitaci.

Podněty k diskusi, závěr

Navzdory všem nepříznivým okolnostem, ať už věk, polymorbidita či peroperační komplikace v podobě pneumonie, pacient vše přežil a v poměrně dobrém stavu mohl být přeložen na oddělení následné péče k rehabilitaci. Diferenciálně diagnostické úvahy v několika větách, poukaz na výjimečnost publikovaného případu.

Kde se vzala cirhóza?

Renč J.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

jirkarenc@seznam.cz

Úvod

Kazuistika popisuje případ 64letého pacienta hospitalizovaného na interním oddělení Nemocnice Písek v květnu 2025 pro jaterní cirhózu nejasné etiologie a parciální trombózu v. portae. V rámci dovyšetření byla pomocí CT angiografie jater zjištěna chronická forma Budd-Chiariho syndromu,

uzávěr v. linealis s kolateralizací a hraniční zúžení subrenální aorty způsobené nástěnnou trombózou. Hematologické vyšetření odhalilo přítomnost několika prokoagulačních stavů – anamnesticky již známou zvýšenou hladinu faktoru VIII, pozitivitu autoprotilátek proti lupus antikoagulans, nově pak Leidenskou mutaci v heterozygotním stavu, přítomnost antifosfolipidových protilátek a mutace V617F v genu JAK2, která je spojena s myeloproliferativním onemocněním.

Vlastní kazuistika

Představujeme případ 64 letého muže dosud léčeného s arteriální hypertenzí a hyperlipidemií. V rodinné anamnéze se objevuje jaterní a plicní karcinom u obou rodičů. V dubnu 2024 bylo v rámci interního předoperačního vyšetření před plánovanou cholecystektomií zjištěno prodloužení a PTT. Operace byla tedy zrušena a pacient byl odeslán na hematologii. Hematologické dovyšetření odhalilo mírnou pozitivitu autoprotilátek proti lupus antikoagulans, zvýšenou hladinu faktoru VIII, která vede k prokoagulačnímu stavu. Genetické vyšetření UHKT zjistilo heterozygotní mutaci v exonu 2 genu SRPINC 1 spojenou s nedostatkem antitrombinu, a tudíž zvýšeným rizikem vzniku trombózy.

V květnu 2025 byl pacient odeslán praktickým lékařem na chirurgickou ambulanci pro obstrukční ikterus. Provedeno CT břicha s kontrastní látkou, které ukázalo výrazný ascites, dále suspekci na rozvíjející se obtékaný trombus ve v. portae, hepatomegalii a splenomegalii, játra nehomogenní, nízké denzity, přítomny portokavální spojky při portální hypertenzi, bez dilatace žlučových cest.

Klinicky udával pacient chřipkové onemocnění trvající 14 dnů, na jehož konci se objevilo nechutenství, proto navštívil PL. Praktický lékař odhalil zhoršené jaterní testy. Zhruba rok pacient pozoroval nárůst objemu břicha, nechutenství k alkoholu. Anamnesticky byla zjištěna dlouhodobá mírná konzumace alkoholu (1–2 piva denně), bez expozice toxickým látkám. Provedena probatorní punkce ascitu, kde mikroskopicky prokázány elementy krevní řady, mezotelie, žádné maligně vyhlížející nádorové buňky, onkologicky nález negativní, biochemicky charakteru transudátu.

Laboratorně CRP: 86,5 mg/l, Na 129 mmol/l, BILT 91 (C- 57, U- 34 umol/l), ALT 2,81, AST 3,4, GGT 6,75, ALP 8,72 kat/l. Další odběry: hemochromatoza negativní, autoimunitní hepatitidy nepravděpodobné- IgG, IgA v normě, virové hepatitidy- jen očkování na hepatitidu A, sérologicky anamnestické protilátky proti EBV, CMV, onkomarkety pouze vyšší Ca 125. Gastroskopie odhalila velké jícnové a žaludeční varixy (GOV 2), portální gastropatii. Byla provedena ligace jícnových varixů a nasazena farmakoterapie (diuretika, neselektivní betablokátor, PPI, LMWH). Další hematologické vyšetření odhalilo přítomnost mutace Leiden v heterozygotním stavu a našlo mutaci V617F v genu pro JAK 2, s podezřením na myeloproliferativní onemocnění. CT angiografie v IKEM prokázala cirhózu při chronickém Budd-Chiariho syndromu, hepatomegalii, difuzní hepatopatii, známky portální hypertenze, vícečetné portosystémové kolaterály, včetně jícnových varixů, mohutný ascites, st.p. uzávěru vena lienalis s kolateralizací, fokální maximálně hraniční zúžení aorty subrenálně na podkladě nástěnné trombózy. Pacient byl zařazen na waiting list k transplantaci jater, která byla úspěšně provedena v červnu 2025.

Podněty k diskusi, závěr

U našeho pacienta byl diagnostikován chronický Budd-Chiariho syndrom, který představuje poměrně vzácnou příčinu jaterní cirhózy s incidencí přibližně 0,8/1 000 000 obyvatel ročně. Vzhledem k neobvyklé etiologii jaterního postižení byla provedena rozsáhlá diferenciálně diagnostická rozvaha, která vedla k odhalení několika prokoagulačních stavů. U pacienta byla potvrzena přítomnost myeloproliferativního onemocnění na podkladě pozitivní mutace JAK2 V617F. Dále byla zjištěna Leidenská mutace v heterozygotním stavu. V minulosti byla zaznamenána pozitivita lupus antikoagulans, při kontrolním vyšetření již negativní, pozitivita antifosfolipidových protilátek se vzestupnou tendencí. Výjimečnost případu dále podtrhuje anamnesticky známá zvýšená hladina faktoru VIII, a přítomnost heterozygotní mutace v exonu 2 genu SRPINC 1, která je spojena s nedostatkem antitrombinu. Případ je výjimečný nejen samotnou diagnózou chronického Budd-Chiariho syndromu, ale zejména nahromaděním několika vzácných a významných trombofilních stavů, které společně výrazně zvyšují riziko trombóz v netypických lokalizacích.

Wilkie syndrom. Syndrom horní mesenterické tepny**Khrystyna L., Havlůj L.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

lyutykkristina@gmail.com

Wilkieho syndrom je vzácné onemocnění gastrointestinálního traktu, které vzniká kompresí dvanáctníku horní mesenterickou tepnou. Jeho nespecifické symptomy, jako jsou chronické dyspeptické obtíže horního typu, pocity plnosti, tíhy v nadbřišku, nauzea až zvracení, často vedou k pozdní diagnóze.

Popisujeme případ mladé pacientky, u níž se dlouhodobě projevovaly dyspeptické potíže, nevolnost a úbytek hmotnosti. Po řadě neúspěšných vyšetření byla provedena CT angiografie břicha, která odhalila typický obraz komprese duodena. Stav pacientky a výsledky vyšetření byly projednány, a jelikož konzervativní léčba nebyla dostatečně účinná, bylo přistoupeno k operaci, která vedla ke zmírnění symptomů.

Tento případ poukazuje na význam diferenciální diagnostiky u pacientů s chronickými a nevysvětlitelnými zažívacími potížemi. Wilkieho syndrom by měl být zvažován i u mladých pacientů, což může vést k včasné a účinné léčbě, a tím zabránit závažným komplikacím.

LCHCE při dislokaci LAMS**Balcar J., Mach K.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

balcar.chir@gmail.com**Úvod**

Cílem této práce je vypracování podrobné kazuistiky chirurgického řešení komplikace buried stent syndromu a migrace Hot AXIOS stentu do stěny žaludku po vnitřní drenáži žlučníku.

Vlastní kazuistika

Kazuistika 65letého pacienta, jež byl v říjnu 2024 hospitalizován na chirurgickém oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec pro akutní cholecystitis, dle SONO hydropický žlučník s možným abscesem v lůžku. Vzhledem k anamnestickým údajům a pokročilosti nálezů zvolen konzervativní přístup s i.v. ATB terapií. Za hospitalizace stav komplikován rozvojem obstrukce žlučových cest, vyžadující EUS a následně ERCP s extrakcí choledocholithiasy. Vzhledem k insuficientní odpovědi na ATB terapii provedena 4. den hospitalizace vnitřní drenáž LAMS – Hot AXIOS stentem 10x10 mm + zaveden koaxiální plastový double pigtail stent 7 Fr 5 cm z gastrické pozice těsně prepyloricky vzhledem k malpozici k drenáži v poloze bulbární. Po drenáži nastala rychlá symptomatická úleva s regresí klinického a laboratorního nálezů, následovala dimise 9. den hospitalizace. Pacient indikován k odložené LCHCE začátkem ledna 2025. K plánované extrakci stentu 2 týdny před operací se však nedostavil. V novém termínu koncem ledna 2025 absolvoval nakonec GDSK za hospitalizace s cílem extrakce stentu 2 týdny před elektivní odloženou LCHCE. Endoskopicky však zastižen obraz buried stent syndromu, tedy nález submukózní resistance kompletně kryté hyperplastickou sliznicí. Skiaskopické vyšetření potvrdilo dislokovaný Hot AXIOS stent, migrovaný do stěny žaludečního antra, bez možnosti endoskopické extrakce. Byl stanoven nový termín operace na 18.2.2025 s plánovanou laparoskopickou revisí, odloženou LCHCE, eventuální konverzí na open přístup s extrakcí migrovaného stentu. Kontrolní sono preoperačně 7.2. popisuje svaštělý žlučník 31x15 mm s drobnou cholecystolithiasou s v.s. residuálním pericholecystickým abscesem do 10mm. Příjem pacienta proběhl den před operací, profylaxe TEN Clexane 0,4 ml s.c. á 24h ve 20:00, po konzultaci s oddělením lékařské mikrobiologie nasazena peroperačně ATB i.v. terapie Taximed 2 g.

Při operaci za standardního založení kapnoperitonea při incisi a insuflaci Veressovou jehlou in-

fraumbilikálně, proveden zvyklý placement trokarů jako při standardní LCHCE. Při laparoskopii průkaz svraštělého žlučníku pevně narostlého viscerální plochou na antrum žaludku. Postupně ostře uvolňována stěna žaludku, částečný průnik do lumen žlučníku, kde patrný distální konec stentu. Ten extrahován ze stěny žlučníku. Po kompletním uvolnění žaludku od žlučníku dokončena preparace a extrakce stentu ze stěny žaludku bez patrného transmurálního defektu stěny žaludku a bez známek žaludeční sekrece z defektu. Následně provedena extrakce stentu 10 mm portem. Stěna žaludečního antra přešita dvěma safilovými seromuskulárními Z stehy hermeticky, zavedena NGS. Poté pokračováno v LCHCE, dopreparování krčku svraštělého žlučníku, ozřejmění Calotova trojúhelníku preparací částečně od krčku, částečně retrogradně, bezpečné přerušení a. cystica a discise d. cysticus, který značně tlustostěnný, tedy exprese cysticolithiasy z centrální části cystiku a její extrakce a odsátí, centrálně 2x klip. Dokončení obtížné LCHCE v těžce fibroticky změněném terénu svraštělého žlučníku, extrakce žlučníku epigastrickou incisí. Redon drén zaveden do podjaterní krajiny. Délka operace 107 minut, krevní ztráty minimální. Pooperačně pacient přeložen k observaci na chir. JIP s medikací PPI Pantoprazole i.v. 40 mg á 12 h, Taximed 2 g á 8 h celkově 6 dní. NGS a redon drén extrahovány 2. pooperační den s překladem na standardní oddělení. Následný pooperační průběh bez komplikací, s dobrou tolerancí zátěže dietou. Dimise 5. pooperační den s ambulantní kontrolou za 2 dny s příznivým klinickým nálezem a kontrolním sonografickým vyšetřením.

Podněty k diskusi, závěr

Vnitřní drenáž žlučníku pomocí ECE-LAMS je na poli konzervativního řešení chirurgicky neřešitelné/ těžké cholecystitis poměrně novou metodou (poprvé provedena v roce 2015), přinášející celou řadu benefitů pro pacienta a představuje tedy metodu volby oproti konvenčním drenážním metodám na pracovištích s dostatečnou endoskopickou erudicí. Metoda je stále populárnější, a ačkoliv již máme poměrně přesvědčivá data o její účinnosti, výhodách oproti alternativám a míře komplikací, stále narážíme na fakt, že méně objemný vzorek pacientů či poměrně krátká doba zavedení do praxe limituje možnosti současného poznání této problematiky, včetně zavedení konsensuálních chirurgických guidelines, neb jen část pacientů dospěje k odložené LCHCE a z nich pouze zlomek rozvine komplikaci, kterou je nutno operačně řešit. Na druhou stranu je zjevné, že s popularizací a rozšířením této metody, budou její komplikace vzhledem k vyššímu množství provedených výkonů představovat pro chirurgy narůstající výzvu. Otázkami, na které je třeba si odpovědět v budoucnu, například jsou: jaký je optimální timing odložené LCHCE po drenáži? Jaký je optimální timing extrakce stentu před LCHCE, zdali vůbec? Jaké jsou šance na přerůstání či migraci LAMS a rozvoj dalších komplikací při drenáži z odlišných pozic a jaký má vliv pozice drenáže na obtížnost chirurgického řešení případných komplikací?

Střevní odysea pod rouškou mikrocytární anemie

Skřivanová V., Mičanová E.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

skrivanova.veronika@nemcb.cz

Úvod

V posledních letech se zvyšuje incidence Crohnovy choroby v dětském věku. Onemocnění může postihovat kteroukoliv část gastrointestinálního traktu. Tuto chorobu demonstruje kazuistika dívky opakovaně hospitalizované na přelomu roku na dětském oddělení.

Vlastní kazuistika

Na dětské oddělení je přijata 17letá dívka pro jeden den rozvíjející se bolesti břicha, opakované zvracení. V odběrech známky zánětu a mikrocytární anemie pro níž je dívka léčena praktickým dětským lékařem již několik měsíců. Na UZ břicha patrný známky akutní apendicitidy. Dívka je indikována k laparoskopické operační revizi. Nalezen rozšířený appendix se známkami flegmonózního zánětu, v jehož okolí je serózní výpotek. Histologicky popsána akutní katarálně hnis-

avá apendicitida. Pooperační průběh je zpočátku nekomplikovaný, ale po týdnu dochází u dívky k progresi bolestí břicha, elevaci markerů zánětu. Přechodně je snaha o ambulantní řešení, je nasazena ATB terapie. Pro klinicky nelepšící se stav a pokračující elevaci zánětlivých parametrů je dívka přijata na dětské oddělení. Vstupně přetrvává hypochromní mikrocytární anemie, na UZ břicha je patrný výrazný prosak střevních klíček. Doplněno CT břicha, které vyjadřuje podezření na abscesové ložisko. Dívka je indikována k laparoskopické revizi dutiny břišní. Nález křehkého ileocekálního infiltrátu a zkalené tekutiny mezi klíčkami vyžaduje laváž a drenáž Douglasova prostoru. Nasazena ATB terapie. Laboratorně vychází pozitivní protilátky ANA a ASCA, dále významná elevace kalprotektinu. Pro suspektní Crohnovu nemoc je zahájena exkluzivní enterální výživa. Během hospitalizace dochází dále k poklesu zánětlivých parametrů, klinicky dochází ke zlepšení stavu, dle UZ břicha přetrvává infiltrace stěny term. ilea, v okolí ale bez volné tekutiny. Dívka je propuštěna domů s výhledem časného provedení koloskopie. Nicméně třetí den po propuštění se dívka vrací po kontrole u PLDD pro opětovnou výraznou elevaci zánětlivých markerů a nevolnost při exkluzivní enterální výživě. Na UZ břicha vyjádřeno podezření na perforaci terminálního ilea, proto doplněno CT vyšetření, které tuto suspekci vyvrací. Zahájena kortikoterapie, indikována koloskopie. Ta prokazuje v okolí anu výskyt strážních hrbolků a dále stenózu Bauhinské chlopně, histologicky je potvrzena Crohnova choroba. Je zahájena biologická a imunosupresivní léčba, pokračuje parciální exkluzivní enterální výživa a dívka je dimitována domů. Po dvou dnech je přivezena RZP pro klinicky suspektní ileozní stav. Indikována k operačnímu řešení. Chirurgická revize odhaluje těžkou ulceroflegmonózní kolitidu a terminální ileitidu s transmurální perforací, jenž vyžaduje ileocekální resekci s end-to-end anastomózou. Po komplexní pooperační péči se stav dívky postupně stabilizuje. Nyní je v remisi díky účinné biologické léčbě. Laboratorně trvale bez známek zánětu, metabolismus železa i krevní obraz je nyní v normě.

Podněty k diskusi, závěr

Při komplikovaném průběhu po appendektomii je nutné myslet nejen na chirurgické komplikace, ale zvažovat i jiné příčiny, včetně zánětlivých onemocnění střev. Jejich včasné rozpoznání může zásadně ovlivnit další léčbu a prognózu pacienta. Kazuistika ilustruje agresivní povahu onemocnění, zejména v dětském věku. Zdůrazňuje potřebu vysoké klinické bdělosti a interdisciplinární spolupráce mezi chirurgy, gastroenterology a pediatry v diagnostice a léčbě takto složitých případů.

SÁL LÉKAŘI 1 – Neurovědy

Stroke-like

Janotová K.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

janotova.kristyna@nemcb.cz

Úvod

V iktových centrech v České republice je meziročně vyšetřeno až 30 % pacientů s akutně vzniklými neurologickými příznaky, kdy ale příčinou není cévní mozková příhoda. Tyto případy se nazývají stroke mimics. Představují širokou skupinu náročnou na diferenciální diagnostiku. Některé stroke mimics jsou časté a snadno rozpoznatelné, jako je např. epileptický záchvat, migréna, intoxikace, metabolická porucha či periferní vestibulární syndrom. Některé jsou ale vzácné, a jejich odhalení představuje diagnostickou výzvu s nutností rozsáhlého vyšetření a mezioborové spolupráce.

V této kazuistice bych Vám chtěla představit pacientku se vzácným mitochondriálním onemocněním, které se projevuje epizodami podobnými akutní cévní mozkové příhodě.

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o 52leté ženě, která je již v invalidním důchodu pro progresivní bilaterální senzorickou nedoslýchavost. Prodělala parciální thyreoidektomii a nyní je na substituci. Dále má v osobní anamnéze astma bronchiale, chronickou pansinusitis a chronickou migrénu bez aury.

Z rodinné anamnézy je podstatné, že její matka trpěla také na oboustrannou nedoslýchavost a měla bolesti hlavy.

V roce 2024 je pacientka hospitalizována na neurologickém oddělení okresní nemocnice pro náhle vzniklou poruchu řeči. Na vstupním CT mozku není nalezena ložisková patologie. Proto je doplněno vyšetření likvoru a EEG, které jsou ale také bez nálezu vysvětlující etiologii. Pacientka je propuštěna z hospitalizace s lehkou afázií, je zvažována CT negativní mrtvice.

Za týden však dochází k zhoršení neurologických příznaků. Nově jsou přítomny i pravostranné hemiparestezie končetin i obličeje, subjektivně udává i zhoršení sluchu. V okresní nemocnici je provedeno kontrolní CT i MR mozku, které jsou opět negativní. Dále je domluven překlad do komplexního cerebrovaskulárního centra v rámci krajské nemocnice k dovyšetření pacientky a stanovení diagnózy.

Zde jsou zopakovány zobrazovací metody. Na CT mozku jsou patrný poischemické změny vlevo temporoparietálně, a nález na MR mozku také odpovídá demarkaci a vývoji ischemických změn v této oblasti, navíc jsou zde i ischemické změny temporobazálně vpravo. Na EEG je abnormita temporooccipitálně vpravo. V rámci dovyšetření etiologie iktu jsou indikovány laboratorní odběry na vaskulitidy a protrombofilní stavy, které jsou ovšem negativní. Na transesofageální sonografii je potvrzen nález foramen ovale patens (FOP) velikosti 10 mm. Vzhledem k přítomnosti ischemií ve více povodích je etiologicky zvažována kardioembolizace v rámci pravolevého srdečního zkratu, a proto je FOP indikován ke katetrizačnímu uzávěru. Pacientku, před nástupem na kardiologii k intervenci, propouštíme s diagnózou vícečetných CMP. O dva dny později, při příjmu na kardiologické oddělení, je zjištěn další neurologický deficit. Nově má pacientka poruchu visu v pravém zorném poli, zároveň došlo i k progresi fatické poruchy a objektivně je přítomen značný kognitivní deficit. Je doplněna akutní MR mozku, kde je patrné nové ložiskové postižení vlevo okcipitálně kortikálně. Pro abnormální EEG jsou do medikace zařazena antiepileptika. V kontrolní lumbální punkci je patologický pouze zvýšený laktát, z doplněné imunologie jsou oligoklonální pásy pro autoimunitní demyelinizační onemocnění negativní. Pro nález zvýšené hodnoty laktátu v moku je odebrán arteriální ASTRUP po fyzickém zatížení pacientky po rehabilitaci. Je potvrzena mírná laktátová acidóza.

Vzhledem k dostupným výsledkům vyšetření a atypickým klinickým projevům onemocnění, kdy dochází během krátkého období k mrtvicovým příznakům vedoucím k invalidizaci pacientky, je vysloveno podezření na MELAS – tedy syndrom mitochondriální encefalomyopatie, laktátové acidózy a „stroke-like“ epizod. Je realizováno genetické vyšetření, které o několik měsíců později potvrzuje diagnózu MELAS. Pacientka je poté předána do specializované péče v centru pro dědičná metabolická onemocnění ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Závěr

Syndrom MELAS je vzácné multisystémové mitochondriální onemocnění, které vykazuje maternální dědičnost. Ve většině případů je způsoben bodovou mutací v genu mitochondriální DNA, který kóduje tRNA pro leucin. V mozku dochází následkem mutace k spongioformní encefalopatii. Klinický obraz se manifestuje již před 40. rokem života. Zahrnuje mrtvici podobné epizody, encefalopatii s projevy epileptických záchvatů, demence, hypakuze, záchvatů bolestí hlavy migrenózního charakteru, a mitochondriální myopatii s laktátovou acidózou. Incidence je odhadována na 1:4 000, avšak lze zřídka nalézt u více než 1 člena rodiny plně rozvinutý syndrom. Vzhledem k rozdílnému patofyziologickému procesu není MELAS vzácnou příčinou mrtvice, ale spadá do kategorie „stroke mimics“. Encefalopatické změny vedou k postupné a trvalé invalidizaci pacientů. Z následující kazuistiky vyplývá, že u pacientů s recidivujícími příznaky mrtvice či s progresivním neurologickým deficitem je potřeba intenzivně pátrat po příčině a etiologii onemocnění. Cílená a časná diagnostika vede ke snížení zátěže pacienta nesprávnou léčbou, opakovanými intervencemi a ke snížení počtu hospitalizačních pobytů. Po správné diagnostice pacienti také profitují z dispenzarizace v centrech, kde se specializují na dané vzácné onemocnění a lze tak lépe řešit, či předcházet progresivnímu multisystémovému postižení.

Na Hrubý pytel, krevní záplata

Hrubý R.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

hruby.rostislav@nemcb.cz

Úvod

Spontánní intrakraniální hypotenze (SIH) je syndrom způsobený únikem mozkomíšního moku při netěsnosti tvrdé pleny v oblasti páteřního kanálu. Roční incidence je odhadována na 5/100 000 [1]. Hlavními příznaky jsou bolesti hlavy, nevolnost, závratě, meningismus, tinitus a kognitivní nevykonnost [1, 2, 3]. Charakteristicky se příznaky vyskytují ve vertikální poloze a v horizontální poloze se mírní či odeznívají. Perioda do rozvoje ortostatických příznaků v akutní fázi je individuální a pohybuje se od jednotek minut až po 2 hodiny [2]. U chronických, neléčených případů může vymizet typický ortostatický charakter a příznaky jsou setrvalé. Mezi komplikace neléčené SIH patří riziko subdurálního krvácení, mozkové žilní trombózy, superficiální siderózy. Rozvoj SIH není předcházen úrazem páteře ani iatrogenním poškozením tvrdé pleny (např. lumbální punkce, operace páteře). Etiologicky jsou přepokládány 3 důvody vzniku 1.) diskogenní osteofyt, 2.) ruptura kořenové cysty, 3.) likvoro-venózní fistula. Diagnostika je založena na typických příznacích a magneticko-rezonančním nálezu. Na MR mozku s k.l. jsou známkami intrakraniální hypotenze 1.) rozšíření žilního systému a sycení mening, 2.) sestup mozečkových tonsil kaudálně, 3.) anterokaudální sestup mozkového kmene [4]. Na MR páteře můžeme detekovat spinální epidurální kolekci mozkomíšního moku. Místo úniku většinou není možné z MR spolehlivě určit. Přímé měření otevíracího tlaku mozkomíšního moku lumbální punkcí je méně spolehlivé a může zhoršit příznaky. K pátrání po přesném místě úniku moku je možné využít perimyelografii a CT myelografii s k.l., které však představují další invazivní metodu s potenciálem zhoršení příznaků [5]. Konzervativní léčba spočívá v klidovém režimu vleže a hydrataci. Dlouhodobý efekt konzervativní léčby s šancí na spontánní uzávěr netěsnosti je kolem 28 % [1]. Léčebnou metodou první volby je necílená epidurální krevní záplata s aplikací 20–40 ml krve pacienta [1, 2]. Výkon je možné opakovat. Při nezdaru necílené záplaty je možné přistoupit ke snaze o identifikaci zdroje úniku pomocí perimyelografie/CT myelografie s aplikací jodové k.l. intrathékálně. Při identifikaci zdroje je možné provedení cílené záplaty pod RTG či CT navigací, případně ošetření místa operativně [5]. Fistulu je možné embolizovat radiointervenčně. Po úspěšném ošetření místa úniku moku se doporučuje dodržovat relativní klidový režim po dobu 4–6 týdnů s vyloučením aktivit vedoucích ke zvýšení nitrobřišního tlaku [2].

Vlastní kazuistika

Chtěl bych se s Vámi podělit o osobní zkušenost s relativně vzácným onemocněním. Tato kazuistika tedy bude psána trochu netradiční formou v první osobě. Vše začalo vcelku nevinně bolestí v oblasti beder vzniklé po rotaci trupu doleva a mírné extenzi trupu v sedu na židli. Druhý den ráno byla bolest v bedrech intenzivnější, akcentovaná zejména vsedě. Následně se přidala bolest hlavy a nevolnost. V průběhu dne se příznaky zhoršovaly, přidala se vegetativní symptomatika, meningismus a závrativost. Asi i trochu podvědomě jsem objevil, že vleže v horizontální poloze obtíže po pár minutách odeznívají a opět progredují ve vertikální poloze. Zahájil jsem tedy konzervativní terapii spočívající v klidu na lůžku a hydrataci, která bohužel nevedla k dlouhodobé úlevě. Šestý den jsem podstoupil MR mozku a kraniospinální osy s gadoliniovou kontrastní látkou. Nález na mozku odpovídal likvorové hypotenzi s rozšířením žilního systému a sycením mening. V oblasti celého páteřního kanálu byla epidurální kolekce likvoru v dorzální části, ventrálně pouze v oblasti bederní. Oblast úniku mozkomíšního moku nebylo možné spolehlivě identifikovat. 7. den jsem podstoupil krevní záplatu s 20 ml autologní krve aplikované epidurálně v prostoru L4/5. Bez klinického efektu. 10. den jsme přistoupili k opakování záplaty, tentokrát s větším množstvím 40 ml krve. Efekt druhé záplaty byl pouze částečný. 15. den jsem podstoupil 3. záplatu opět s aplikací 40 ml krve v prostoru L1/2, tentokrát s významným efektem. Mírné bolesti hlavy, nevolnost a závrativost ještě přetrvávaly asi 10 dnů po třetí záplatě, neměly však již typický ortostatický charakter. 22. proběhlo kontrolní MR vyšetření ve stejném režimu s vymizením epidurální likvorové kolekce i nepřímých známek sestupu mozku při likvorové hypotenzi.

Podněty k diskusi, závěr

Bezesporu se jedná o poddiagnostikovanou jednotku v rámci bolestí hlavy, u které máme možnost účinné léčby. Dlouhodobě neléčená SIH pak představuje riziko chronifikace obtíží a riziko rozvoje závažných komplikací. Ve světle aktuálních poznatků by se měla naše praxe posunout od léčby symptomatické (úleva od příznaků) ke snaze o léčbu kauzální (plný uzávěr místa úniku).

Zdroje:

- [1] D'ANTONA, Linda; JAIME MERCHAN, Melida Andrea; VASSILIOU, Anna; WATKINS, Laurence Dale; DAVAGNANAM, Indran et al. Clinical Presentation, Investigation Findings, and Treatment Outcomes of Spontaneous Intracranial Hypotension Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. Online. JAMA Neurology. 2021, vol. 78, no. 3, s. 329. ISSN 2168-6149. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.4799>. [cit. 2025-08-18].
- [2] CHEEMA, Sanjay; ANDERSON, Jane; ANGUS-LEPPAN, Heather; ARMSTRONG, Paul; BUTTERISS, David et al. Multidisciplinary consensus guideline for the diagnosis and management of spontaneous intracranial hypotension. Online. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2023, vol. 94, no. 10, s. 835-843. ISSN 0022-3050. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2023-331166>. [cit. 2025-08-18].
- [3] CALLEN, Andrew L.; FRIEDMAN, Deborah I.; PARIKH, Simy; RAU, Jill C.; SCHIEVINK, Wouter I. et al. Diagnosis and Treatment of Spontaneous Intracranial Hypotension: Role of Epidural Blood Patching. Online. Neurology Clinical Practice. 2024, vol. 14, no. 3. ISSN 2163-0402. Dostupné z: <https://doi.org/10.1212/cpj.0000000000200290>. [cit. 2025-08-18].
- [4] DOBROCKY, Tomas; GRUNDER, Lorenz; BREIDING, Philippe S.; BRANCA, Mattia; LIMACHER, Andreas et al. Assessing Spinal Cerebrospinal Fluid Leaks in Spontaneous Intracranial Hypotension With a Scoring System Based on Brain Magnetic Resonance Imaging Findings. Online. JAMA Neurology. 2019, vol. 76, no. 5, s. 580. ISSN 2168-6149. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4921>. [cit. 2025-08-18].
- [5] RAJPAL, Simran; NAMBIAR, Mithun; CASTANELLI, Damian; KHABAZA, Ali; ASADI, Hamed et al. Spontaneous Intracranial Hypotension and Spinal Epidural CSF Leaks: Diagnosis and Management. Online. Journal of Clinical Neuroscience. 2023, vol. 111, s. 46-56. ISSN 0967-5868. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2023.03.005>. [cit. 2025-08-18].

Inovativní možnosti terapie u pacientů po dekompresní kraniektomii

Jašková K., Vik M.

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

jaskova.kristyna@nemcb.cz

Úvod

V rámci kazuistiky prezentujeme inovativní možnost ošetření po dekompresní kraniektomii s pomocí 3D tisku.

Vlastní kazuistika

63letá pacientka je nalezena doma dcerou a přivezena RZS, klinicky s levostrannou hemiparézou, nauzeou, cefaleou, odpovídá pouze jednoslovně. Provádíme CT vyšetření mozku s nálezem subarachnoideálního krvácení po ruptuře aneurysmatu na střední mozkové tepně vpravo, H-H3, WFNS 3, Fisher IV. Vzhledem k nálezu indikujeme pacientku k emergentnímu operačnímu řešení formou zaklipování aneurysmatu přístupem z pterionální kraniektomie vpravo. Na kontrolním zobrazení CT následující den je pooperační nález příznivý. O dva dny později však dochází ke zhoršení klinického stavu a je indikováno nové vyšetření CT s nálezem progresivního intracerebrálního hematomu frontotemporoparietálně vpravo s výrazným edémem a přesunem středočárových struktur doleva o 12 mm. Indikujeme revizi se zvětšením pterionální kraniektomie na dekompresní kraniektomii, odsátí intracerebrálního hematomu a uschování kostní ploténky do tkáňové banky. Druhý pooperační den je provedeno kontrolní CT vyšetření s příznivým nálezem. V průběhu následujícího týdne dochází k rozvoji těžké levostranné hemiparézy a na transkranální

dopplerovské ultrasonografii detekujeme vazospasmy. Během těchto dní absolvuje pacientka několik diagnostických angiografií s aplikací Corotropu i.a. Na konci hospitalizace dochází k ústupu vazospasmů a klinicky se též lepší levostranná hemiparéza akcentovaná na levé horní končetině. Při plánované ambulantní kontrole, přibližně měsíc od operace, provádíme kontrolní CT vyšetření s nálezem vpadlé kraniotomie, vhodné pro návrat kosti. Kranioplastiku provádíme incizí v původní ráně s návratem vlastní kostní ploténky pomocí samořezných vrutů a dlažek. Klinicky je pacientka již schopna komunikace, vertikalizace s doprovodem, zůstávají poruchy jemné motoriky. O pět let později přichází pacientka na kontrolu do neurochirurgické ambulance klinicky s reziduální levostrannou hemiparézou, rozvojem sekundární epilepsie a částečně resorbovanou kostní ploténkou, což potvrzujeme pomocí CT vyšetření. Pacientku indikujeme ke kranioplastice pomocí tzv. bone form palacos. Tato metoda využívá inovativní přístup pomocí 3D tisku dle CT pacienta a nabízí tudíž možnost zcela personalizované přípravy náhrady kostních plotének. Užití nových technologií pro přípravu 3D formy náhrady kostní ploténky spolu s přípravou kostního cementu přímo na operačním sále je budoucností pro mnoho pacientů, u kterých došlo ke vstřebání jejich vlastní kosti či při nemožnosti využít jejich vlastní kost. Pacientce odstraňujeme resorbující se kost pomocí resekčního guidu vytvořeného 3D tiskem a vytváříme přesný model její vlastní kosti s využitím zobrazovacích metod. Pomocí samořezných vrutů a dlažek připevňujeme k její vlastní kosti.

Závěr

Kranioplastika je metodou volby u pacientů, kterým byla odebrána jejich vlastní kostní ploténka po provedení dekompresní kraniektomie. Pokud je to možné, navracíme pacientům jejich vlastní kost.

Prezentovaný případ však dokumentuje, že ne vždy je metoda stoprocentní. Díky mezioborové spolupráci s radiology a specialisty na 3D tisk nyní můžeme pacientům umožnit stejnou péči, jako v případě náhrady vlastní kostí.

Bilaterální uveitida jako projev systémového onemocnění

Faměrová A., Kristen P.

Centrum péče o zrak, Nemocnice Strakonice, a.s.

radovananna@gmail.com

Úvod

Kazuistika pojednává o padesátiletém pacientovi, který byl vyšetřován pro přetrvávající febrilie a otitidu na interní ambulanci. Na naši ambulanci byl referován k dovyšetření náhle vzniklého rozmazaného vidění.

Vlastní kazuistika

Z oční anamnézy byl pacient hypermetrop, byla přítomna anizometropie a mírná tupozrakost levého oka. Doposud nebylo známo, že by nemocný prodělal v minulosti uveitidu. U pacienta z této kazuistiky byla diagnostikována oboustranná přední uveitida, po třech měsících se objevila i neuritida zkrakového nervu. Z osobní anamnézy se jednalo o polymorbidního pacienta – byl sledován na nefrologii pro proteinurii s malou erytrocyturií a chronickou renální insuficíencí CKD G2A2, etiologicky se uvažovalo o IgA nefropatii, což nebylo bioticky verifikováno, dále nemocný trpěl arteriální hypertenzí, DM 2. typu, hypercholesterolémií a dalšími onemocněními. Z laboratorních vyšetření byla zjištěna elevace CRP s normální hladinou prokalcitoninu. V krevním obraze byla přítomna eosinofilie a v močovém sedimentu proteinurie a hematurie.

Podněty k diskusi, závěr

Bilaterální uveitida je vzácné onemocnění, které na rozdíl od jednostranného postižení zasluhuje důslednější objasnění etiologie, protože se za touto chorobou může skrývat systémové onemocnění. Může se jednat o autoimunitní etiologii nemoci – sarkoidózu, m. Behcet, ankylozující spondylitidu, juvenilní idiopatickou artritidu, revmatoidní artritidu, Vogt-Koyanagi-Harada

syndrom, syndrom tubulointersticiální nefritidy a uveitidy, sympatickou oftalmii. Z infekční etiologie: tuberkulóza, toxoplasmosa, syfilis, cytomegalovirová uveitida, nebo uveitidy polékové. Diferenciální diagnostika je široká a tato kazuistika podtrhuje důležitost mezioborové spolupráce.

Konzervativní dekomprese orbity

Khomenko V.¹, Svoboda M.¹, Musilová J.²

¹Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a.s.

²Oční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

khomenko.vladyslava@nemcb.cz

Indikace k dekompresi orbity, zejména u tyreogenní orbitopatie, jsou různorodé. Způsob provedení zákroku se volí dle rozsahu postižení – v současné době převažuje endoskopický přístup.

Prezentujeme případ pacienta s tyreogenní orbitopatií, u kterého jsme zvolili konzervativní přístup k dekompresi orbity. Operační technika zahrnovala endoskopickou dekompresi mediální stěny orbity. V kazuistice je přiložen videozáznam operace.

Případ ukazuje efektivitu konzervativního přístupu v indikovaných případech tyreogenní orbitopatie. Diferenciálně diagnosticky je třeba vyloučit jiné příčiny orbitopatie, které mohou imitovat tyreogenní původ. Kazuistika zároveň poukazuje na technickou proveditelnost a bezpečnost šetrné dekomprese s minimálním rizikem poranění okolních struktur.

Bolestivá cesta ke zlepšení u pacientů s náhle vzniklým strabismem

Racek V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

racek.vojtech@nemcb.cz

Kazuistika se věnuje dvěma případům s podobnou počáteční anamnézou, přesto výrazně rozdílnou výslednou diagnózou a managementem.

Sedmiletý chlapec, dosud bez významné nemoci, je ambulantně vyšetřován a později i hospitalizován pro náhle vzniklý konkomitantní strabismus s diplopií, progredující poruchu zrakové ostrosti. Základní pediatrické, oční, neurologické ani laboratorní vyšetření nenalezá patologii. Vzhledem k tomu, že přetrvává podezření na neurologické autoimunitní nebo geneticky vázané onemocnění, je pokračováno v diagnostickém procesu. Lumbální punkce kromě IgM positivity borelií nepřináší odpověď, magnetická rezonance CNS ukazuje pouze hyperplazii sliznic vedlejších nosních dutin. Pobyt v nemocnici způsobuje nozokomiální rotavirovou gastroenteritidu, chlapec je empiricky léčen glukokortikoidy ve snaze tlumit autoimunitní proces, antibiotiky pro diskutabilně prokázanou neuroboreliozu. Zlepšení stavu nakonec přináší až pohovor s psychologem a rehabilitace, uzavíráme jako psychosomatické potíže.

V protikladu stojí případ dvouleté dívky, u které mnohem diskrétnější subjektivní potíže stojí na počátku vyšetřovacího postupu s podobnými rysy: vyšetření specialisty, laboratorní testy, lumbální punkce, zobrazení magnetickou rezonancí. V tomto případě ale diagnostický závěr vede k implantaci VP shuntu a výraznému zlepšení životní prognózy pacientky.

Kazuistiky se zabývají otázkou, kam až zajít s vyšetřovacím procesem, pokud se etiologicky mohou uplatnit, jak "prostá" psychosomatika, tak závažná onemocnění.

Otázkou je, který z případů je závažnější ve smyslu prognózy kvality života i v kontextu současných možností jejího ovlivnění.

Opakované iCMP jako projev vaskulitidy CNS

Hanišová A.

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

ahanisova@seznam.cz

Úvod

Vaskulitidy jsou různorodou skupinou onemocnění s rozmanitými klinickými projevy. V případě postižení mozkových tepen se mohou manifestovat jako akutní ischemická cévní mozková příhoda, atypická roztroušená skleróza či obraz akutní encefalopatie. Na této kazuistice pacientky, která byla vstupně přivezena do nemocnice s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou, bych chtěla představit postupný vývoj nálezů na zobrazovacích metodách, který nakonec vedl k diagnóze primární vaskulitidy CNS.

Vlastní kazuistika

V 8/2023 žena věku 51 let ráno přivezena záchrannou službou na urgentní příjem Nemocnice České Budějovice pro podezření na CMP. V anamnéze stav po plicní embolii, již bez antikoagulační léčby. Dle příjmového protokolu si dlouhodobě stěžuje na únavu, od předchozího večera pociťuje slabosti levostranných končetin, pokles levého koutku, mravenčení obličeje, LHK a LDK a dysartrie. Při příjmu je již bez lateralizace, přetrvává zpomalené psychomotorické tempo. Je provedeno CT vyšetření (iktový protokol), kde patrna hypodenzita v bazálních gangliích vpravo charakteru starých poischemických změn, na perfuzních mapách a CTA nález bez pozoruhodností. V diferenciální diagnostice zvažována TIA z povodí RICA nebo fokální epiparoxysmus. Pacientka je přijata k observaci a dovyšetření, naplánováno kontrolní CT po 24 hodinách, MR a EEG vyšetření. Nález na kontrolním CT vyšetření neprokázal novou patologii. Na MR vyšetření v obou mozkových hemisférách patrný vícečetné okrsky s restrikcí difuze svědčící pro subakutní ischemické změny. EEG bez patologického nálezu. Vzhledem k vícečetným ischemickým ložiskům pomýšleno na paradoxní embolizaci, TCD bubble test však vyloučil pravo-levý zkrat. Monitorace EKG bez záchyty arytmií. Nasazena duální protidestičková léčba, po měsíci přechod na monoterapii kyselinou acetylsalicylovou. Pacientka objednána na transezofageální echokardiografii, tato bez patologického nálezu. Dále objednána třicetidenní transtelefonní monitorace EKG. V 9/2023 pacientka opět přivezena záchrannou službou pro podezření na recidivu CMP, pociťuje slabost a parestezie PDK. Proveden CT iktový protokol, na kterém stacionární nález ve srovnání s předchozím vyšetřením. Doplněno MR vyšetření mozku a MR angiografie, v levé hemisféře zobrazeny čerstvé okrsky ischemizace, tepny v MR obraze bez patologie. Dále provedeny odběry k vyloučení vaskulitidy a hyperkoagulačních stavů, kontaktována ambulance genetiky. Nepotvrdila se Leydenská mutace ani mutace protrombinového genu. V 11/2023 pacientka přivezena záchrannou službou opět pro recidivu CMP v levostranném povodí. Dle CT iktového protokolu na nativním vyšetření nově patrný poischemické změny v bazálních gangliích vlevo a na CTA patrný vícečetné stenózy úseků předních mozkových tepen oboustranně a úseků střední mozkové tepny vpravo, změny patrné i na perfuzních mapách. Provedeny odběry mozkomíšního moku a DNA k dalšímu dovyšetření. Provedeno panangiografické vyšetření mozkových tepen, kde patrná difuzní postižení tepen Willisova okruhu na podkladě vaskulitidy. Zahájena kortikoterapie. Zároveň se u pacientky nově objevil kožní výsev na pravé dolní končetině, dle kožního konzilia nejspíše kožní vaskulitida, provedená biopsie však tuto diagnózu nepotvrdila. Pacientka dále vedena pod diagnózou primární vaskulitidy CNS. V 12/2023 pacientka opět přivezena záchrannou službou pro podezření na CMP. Iktový protokol s nově rozvinutými ischemickými ložisky, změny na perfuzních mapách a mnohočetné stenózy tepen Willisova okruhu (progrese nálezu). Dle EEG suspektní nekonvulzivní status epilepticus, zahájena léčba levetiracetamem, stav se upravil. Revmatologický screening bez nálezu, v plánu zahájení terapie cyklofosfamidem. Během oběda aspirace, hyposaturace, překlad na ARO, zahájena UPV. Na CT mozku rozvoj ischemických změn. Dle konzultace revmatologa nasazena terapie kortikoidy. Pacientka přeložena do nemocnice ve spádu. Poslední vyšetření na našem oddělení v 2/2024 – MR vyšetření mozku a MRA, kde patrná progrese ischemických změn, známky atrofizace mozku a rozšiřování komorového systému.

Podněty k diskusi, závěr

Vzhledem k opakovaným iCMP s kryptogenní etiologií bylo u pacientky pomýšleno na paradoxní embolizaci pravo-levým zkratem, paroxysmální fibrilaci síní či hyperkoagulační stavy. Avšak TCD bubble test, jícnová echokardiografie, MDT ani screening hyperkoagulačních stavů žádnou z těchto diagnóz nepotvrdily. V takovém případě je vhodné pomýšlet na diagnózu vaskulitidy. Přestože jsou vaskulitidy vzácným onemocněním, je vhodné na ně myslet kvůli možnosti cílené léčby, která zlepšuje jejich prognózu a snižuje riziko následků v podobě ischemie mozkové tkáně či krvácení při ruptuře mozkové cévy. V tomto konkrétním případě byla nakonec vaskulitida diagnostikována pomocí panangiografie mozkových tepen, angiografické potvrzení je jedním z hlavních kritérií stanovení diagnózy primární vaskulitidy CNS. Naneštěstí v tomto případě byl stav pacientky významně komplikován následky aspirace jídla a hypoxickými změnami mozku.

Sál LÉKAŘI 2 – Pediatrie a neurologie

Když jedna diagnóza nestačí

Štěpanyová M., Dušek J.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

m.stepanyova@seznam.cz

Úvod

Arteriální hypertenze v novorozeneckém věku je definována jako opakované naměření systolického nebo diastolického tlaku nad 95. percentil. Jedná se o poměrně vzácnou problematiku s incidencí odhadovanou na 0,2–3 %. Měření se provádí buď přímo pomocí arteriálního katetru nebo nepřímo oscilometrickými přístroji. Nejčastěji se jedná o sekundární hypertenzi, jejíž primární příčina může být renální, endokrinní, plicní, ale také kardiální, především koarktace aorty, nebo neurologická, např. intrakraniální hypertenze. Pro diagnostiku se provádí fyzikální, laboratorní a zobrazovací vyšetření. Terapií je především léčba primární příčiny. Antihypertenziva jsou indikována v případě hypertenze s postižením cílových orgánů nebo střední a těžké hypertenze.

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o chlapci narozeném v okresní nemocnici druhorodičce po nekomplikované graviditě, která byla ukončena akutně per s.c. v 37 +5 g.t. pro insuficienci placenty, patologické CTG a oligohydramnion. Při porodu byla matka febrilní, se známkami respiračního infektu. Chlapec po porodu s dobrou adaptací vážil 3360 g, ASC 9/10/10, pup. pH 7,39. Krátce po narození byl u dítěte pozorován mírný hypotonus a třes, který spontánně vymizel. Pro časný rozvoj novorozeneckého ikteru (ve 20. hodině) byla zahájena fototerapie. 3. den života na základě USG vyšetření mozku byly zjištěny známky intraventrikulárního krvácení a chlapec byl přeložen na naše pracoviště.

Po přijetí chlapce byla ultrazvukem potvrzena IVH II. stupně vlevo a III. stupně vpravo již s významnou dilatací komor. Pro rychlou progresi hydrocefalu bez klinických projevů bylo kontaktováno neurochirurgické oddělení a 9. den života proběhlo zavedení Ommaya rezervoáru. Během výkonu odtékal hemoragický likvor pod velkým tlakem. V rámci pooperační monitorace byl změřen nepřímo opakovaně vysoký krevní tlak na pravé horní končetině, který jsme zpočátku přisuzovali stresovému pooperačnímu stavu, bolesti a pokračovali v důsledné analgetické terapii paracetamolem.

1. pooperační den však hypertenze perzistovala, proto byl doplněn krevní tlak i na dolní končetině, který byl t.č. bez významného rozdílu. USG ledvin neobjevil žádnou patologii a na ECHO srdce byla popsána pouze stopová Botallova dučej. Odlehčovací punkce likvoru byla bez efektu. 2. pooperační den se začala projevovat oslabená pulzace aa. femoralis a byla zjištěna výrazná diference mezi tlaky na horních a dolních končetinách. Kardiologické vyšetření záhy potvrdilo diagnózu koarktace aorty. Pacient byl akutně přeložen do FN Motol k operačnímu řešení.

Závěr

U výše popsaného klinického případu byla arteriální hypertenze jako možný projev pooperační stresové reakce či intraventrikulární hemoragie a mohla snadno překrýt život ohrožující koarktaci aorty. Proto je velmi důležité v rámci diferenciální diagnostiky vždy zvažovat i ostatní příčiny onemocnění a pacienta podrobit náležitým vyšetřením. Přestože arteriální hypertenze mohla být společným symptomem pro obě diagnózy, příčinná souvislost mezi nemocemi je spíše nepravděpodobná.

Není všechno zlato, co se třpytí

Hejdušková A.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

heiduskova.anna@nemcb.cz

Úvod

Rádi bychom prezentovali kazuistiku novorozence s rozvojem supurativní sialadenitidy jejímž původcem byl *Staphylococcus aureus*.

Vlastní kazuistika

Kazuistika popisuje lehce nezralého hypotrofického novorozence narozeného v perinatologickém centru Nemocnice České Budějovice akutní sekci pro alteraci ozev plodu v 36+6 g.t. Od porodu dlouhodobě přetrvávala dependence na výživě nazogastrickou sondou, pokusy o nácvik kojení či krmení z lahve byly opakovaně neúspěšné. 17. den života se preaurikulárně na pravé tváři objevuje otok bez zarudnutí, po mírné kompresi je patrná hnisavá sekrece z pravého ductus parotideus. Chlapec t.č. bez jiných známek celkové infekce. Hnisavý sekret ze žlázy byl odeslán na bakteriologické vyšetření, byly provedeny krevní odběry včetně hemokultury a bylo domluveno akutní ORL konzilium. V nátěrech se objevily elevované zánětlivé parametry CRP 65mg/l, IL6 299ng/l, leukocytóza $29,2 \times 10^9/l$ s 60 % neutrofilních segmentů, IT 0,13. Na UZ se pravá glandula parotis jevila zvětšená se sníženou echogenitou. Vzhledem k nálezům byla nasazena ATB terapie vankomycin + piperacilin/tazobactam. Z hemokultury i z hnisu vyšel pozitivní *Staphylococcus aureus* a dle citlivosti byla ATB terapie po 3 dnech změněna na oxacilin. Dále jsme doplnili MRI hlavy a krku, která vyloučila přítomnost abscesového ložiska či šíření zánětu do okolí. Na základě typických nálezů byla stanovena diagnóza akutní hnisavé parotitidy vpravo. ATB terapie byla doplněna pravidelnými výplachy dutiny ústní actimaris roztokem a masáží glandula parotis 3 x denně. Vzhledem k časně nasazené terapii došlo k rychlému zlepšení stavu a antibiotika byla po 10 dnech vysazena při negativních zánětlivých parametrech.

Závěr

Hnisavý zánět příušní žlázy u novorozence je velmi vzácné onemocnění, jehož nejčastějším původcem bývá *Staphylococcus aureus*. Rizikovými faktory jejího vzniku jsou zejména prematurita, nízká porodní hmotnost, dehydratace, závislost na nasogastrické výživě, snížená tvorba slin, obstrukce slinných vývodů, lokální trauma a mužské pohlaví. Klinicky se obvykle projevuje především jednostranným bolestivým otokem a zarudnutím v preaurikulární oblasti a hnisavým výtokem ze Stensenova vývodu slinné žlázy. Pro stanovení diagnózy je zásadní nález uvedených příznaků a mikrobiologický průkaz patogenu v hnisavém sekretu. K potvrzení diagnózy a zejména k vyloučení abscesu se rutinně provádí ultrazvukové vyšetření příušní žlázy. Základem léčby je včasné nasazení antibiotik účinných proti vyvolávajícím bakteriím. Při adekvátní terapii dochází k rychlému zlepšení a ústupu obtíží. Prognóza onemocnění je při správné léčbě velmi dobrá a vážné komplikace či trvalé následky jsou vzácné.

Intrakraniální infekce po klovnutí kohoutem

Skamene S.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

skamene.stanislav@nemcb.cz

Následkům napadení drůbeží podlehně v ČR přibližně 0 lidí ročně. Nechybělo mnoho a rok 2025 by byl v tomto ohledu nadprůměrný.

Kazuistika pojednává o 20měsíčním chlapci, který si jako host na svatbě na farmě hrál s místními slepicemi, čímž se znelíbil jejich kohoutovi, byl klovnut do hlavy a došlo k rozvoji masivního intrakraniálního abscesu.

Kazuistika sleduje pacienta a jeho postupný rozvoj symptomů, cestu k diagnóze, jeho radiologické snímky, terapii, současný stav a publikace útoků kohoutů jinde ve světě.

Když se voda ztrácí – diabetes insipidus u novorozence

Gajdošová V.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

viktoria.gajdosova23@gmail.com

Hydrocefalus jakožto progresivní městnání mozkomíšního moku v komorovém systému mozku, je v neonatologii často řešenou problematikou s incidencí až 1:1000 novorozenců. Dle patofyziologie mezi hlavní typy patří kongenitální (nejčastěji způsobený vrozenými malformacemi mozku), postinfekční a posthemoragický hydrocefalus. O to vzácnější je rozvoj endokrinologické problematiky v souvislosti s hydrocefalem a onemocněním mozku. V naší kazuistice prezentujeme případ novorozence s prenatálně vzniklým intrakraniálním krvácením, jehož důsledkem byl vznik těžkého 4komorového hydrocefalu. Náhle vzniklá pooperační porucha vnitřního prostředí, nereagující na běžný postup léčby, nás vedla k vzácné diagnóze novorozeneckého věku – centrální diabetes insipidus.

Kazuistika představuje případ novorozence matky z třetí nekomplikované gravidity. Ve 37. gestačním týdnu při registraci v porodnici zachycen patologický UZ mozku plodu s těžkou dilatací komor. Gravidita indikována k okamžitému ukončení. Narozen hraničně zralý eutrofický novorozenec, Apgar skóre 6/8/8. Postnatální UZ nález potvrdil. Indikován okamžitý překlád na Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice. Po porodu lehká porucha adaptace dechu, přechodně dechová podpora formou HFNC, tu možno rychle vysadit. Provedena akutní MR mozku s nálezem 4komorového posthemoragického hydrocefalu, jehož příčinou bylo rozsáhlé krvácení v oblasti thalamu vedoucí k vzniku hydrocefalu. 3. den života proveden neurochirurgický výkon se zavedením Ommaya rezervoáru. 2. pooperační den zachycena zvýšená osmolalita séra s hypernatrémii 156 mmol/l. Navýšen perorální příjem až na 170 ml/kg, i přes to hypernatrémie trvá i další den. Zároveň pozorována zvýšená diuréza a váhový úbytek. V rámci diferenciální diagnostiky se uvažovalo o hormonální etiologii hypernatrémie. Provedeny širší odběry včetně reninu, aldosteronu, kortizolu a 17-OH progesteronu. Ultrazvukové vyšetření ledvin a nadledvin bylo bez patologie. Doplněn sběr moči, kde byla zjištěna hypoosmolární moč (max osmolalita 139 mmol/kg). Vysloveno podezření na diabetes insipidus. Po konzultaci s endokrinologem nasazen desmopresin. Po desmopresinu zaznamenán pokles natrémie a osmolality séra, zároveň snížena diuréza a váhový přírůstek. Následující den proveden terapeutický test s odnětím desmopresinu. Po jeho vysazení opět stoupá natrémie a diuréza. Nález potvrzuje diagnózu centrálního diabetu insipidu. Následně pravidelně monitorováno vnitřní prostředí a titrace dávek desmopresinu, v kontrolních odběrech natrémie i osmolalita séra dále v normě. Pacient po celou dobu ventilačně i neurologicky bez obtíží. V dalších dnech rozvoj infekčních komplikací Ommaya rezervoáru. Zavedena zevní komorová drenáž, nicméně pro opakované obtíže s terapií hydrocefalu pacient 59. den života přeložen s nasazenou hormonální substituční léčbou do FN Motol k další neurochirurgické léčbě hydrocefalu.

Závěr

Diabetes insipidus patří v novorozeneckém věku mezi vzácné příčiny hypernatrémie. Centrální forma tohoto onemocnění je způsobena lézí v hypotalamo-hypofyzární oblasti mozku se širokou etiologií, u novorozenců převládá hypoxicko-ischemické poškození, hemoragie, trauma, infekce či vrozené malformace mozku. V našem případě bylo nejpravděpodobnější příčinou rozsáhlé krvácení s následným vznikem těžkého hydrocefalu. Periferní (nefrogenní) diabetes insipidus je u novorozenců raritnější, zde rozlišujeme genetické formy, kde je příčinou vrozená mutace vazopresinových receptoru a získanou formu, které mají souvis s chronickým onemocněním ledvin. Hlavní rozdíl mezi centrální a periferní formou je v terapii - u centrální formy na rozdíl od periferní je zde terapeutická odpověď na dodávání antidiuretického hormonu. I když v novorozeneckém věku jasně převládá hypernatrémie při nedostačením příjmu tekutin převážně v prvních dnech života, po navýšení perorálního příjmu se upraví. Na vzácnější příčiny je nutno pomýšlet u hypernatrémie bez odpovědi na korekci příjmu tekutin, obzvláště v souvislosti se zvýšenou diurézou a váhovým úbytkem.

Když tělo neposlouchá mozek, aneb funkční poruchy hybnosti

Bejblová N.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

bejblova.nikol@nemcb.cz

Úvod

Funkční poruchy hybnosti představují klinicky významnou podskupinu funkčních neurologických poruch, při nichž dochází k poruše motoriky či senzitivity bez průkazu strukturální léze CNS. Jejich diagnostika může být obtížná a zdoluhavá, neboť příznaky často napodobují organická onemocnění. Následující kazuistika demonstruje, jak je správná diagnóza důležitá k efektivní terapii choroby.

Vlastní kazuistika

Třináctiletá dívka, která je dlouhodobě sledována se skoliózou, přichází pro postupně se zhoršující poruchu rovnováhy. U pacientky došlo k eskalaci problémů v posledních 4 dnech, kdy dívka již není schopná samostatné chůze, je nutná neustálá opora pro pocit podlamujících se nohou. Dívka je vyšetřena dětským neurologem, který popisuje paraparézu dolních končetin s asymetrií nálezu, bilaterálně neocerebelární syndrom a nejspíš i paleocerebelární syndrom vzhledem k sedu dívky. Je doporučeno akutní zobrazení mozku a krční páteře magnetickou rezonancí a také lumbální punkce. Na magnetické rezonanci se nejeví žádná patologie, která by vysvětlovala příčinu potíží dívky. V lumbální punkci je pouze nález s hraniční intrathékální tvorbou IgG, ani v laboratoři Topelex není ožřejmena příčina. V běžných laboratorních náběrech a v toxikologii je vše v mezích normy. Vychází pouze pozitivní infekce SARS-CoV2 ve stěru z nosohltanu, s čímž ovšem nekoreluje klinický stav dívky.

Pro nejistotu příčiny a toho času nedostupné veškeré výsledky je zahájena terapie intravenózními imunoglobuliny, na které přesto dochází k další progresi. Dívka již není schopná chůze, popisuje navíc hypestezie a parestezie od pupku dolů. Eskalujeme terapii a přidáváme kortikosteroidy. Doplnujeme magnetickou rezonanci hrudní a bederní páteře, kde není prokázána žádná patologie. Opakujeme magnetickou rezonanci mozku, lumbální punkci, ani to nám nepomáhá, opět bez nálezu patologie. V kontrolní laboratoři dochází k mírné elevaci jaterních enzymů a hypokalcémii, kterou upravujeme pomocí p.o. terapie. Pro nejasnost diagnózy doplňujeme vyšetření rehabilitačním lékařem, který vznáší podezření na diagnózu funkční poruchy hybnosti. Pro možnost psychogenního podílu na onemocnění doporučuje dovyšetření psychologem, který shledává pacientku v dobrém psychickém stavu s lehce úzkostnějším prožíváním a oslabením pozornosti. Zahajujeme intenzivní rehabilitaci a psychoterapii. U dívky postupně dochází ke zlepšování cití a hybnosti, dívka se postupně vertikalizuje, zvládá chůzi s podporou. S vidinou potřeby dlouhodobého sledování psychologem, fyzioterapeutem a neurologem dívku propouštíme do domácí péče.

V následujících 5 měsících dívka pravidelně dochází na psychoterapie, při nichž se pomocí KBT snaží zvědomovat své pocity a myšlenky. Chodí na pravidelné rehabilitace a neurologické kontroly. Přesto po 5 měsících dochází k relapsu. Tentokrát je dívka hospitalizována v Brně na Klinice dětské neurologie. Je zde znovu podrobena psychologickým sezením a fyzioterapeutickému zácviku. Závěr této hospitalizace nejlépe vystihuje podstatu problému u naší pacientky: „U pacientky se jedná o funkční poruchy hybnosti s disociativními projevy (charakteru disociativního stuporu a PNES). Projevy patrné v terénu osobnostního ladění a reakce na stres a zátěž v běžném životě. Dále patrná vztahově-reaktivní komponenta a tendence k agravaci potíží.”

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika poukazuje na to, že i když nejsou funkční poruchy hybnosti u dětí časté, mají v diferenciální diagnostice své místo, zejména při nálezů motorického deficitu bez korelace v laboratorních či zobrazovacích metodách. Vždy je ale nutné nejprve vyloučit organické příčiny, zde například autoimunitní encefalitidu, tumor, poliomyelitidu či Guillain-Barrého syndrom.

Je zcela jasné, že farmakologická léčba působící na periferii je u této diagnózy nefunkční a je potřeba mezioborové spolupráce k uzdravení pacientů postižených touto chorobou.

Diagnostické výzvy neuroboreliózy

Rytířová A.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

rytirova.anna@nemcb.cz

Neobvyklá forma neuroboreliózy u pacientky s izolovanou intratekální protilátkovou odpovědí. Šestiletou dívku přijímáme pro týden trvající cefaleu. Vstupní laboratorní vyšetření, zahrnující i sérologii borrelií, je zcela bez patologického nálezu. Neurologické vyšetření včetně EEG neprokaže abnormality. Klinicky i radiologicky je přítomen lehký blok krční páteře. Oční vyšetření s fyziologickým nálezem. Po zahájení rehabilitace dochází postupně k ústupu obtíží. Pacientku dimitujeme. Krátce po propuštění dochází k relapsu bolestí hlavy, nově se objevují febrilie a periferní paréza obou větví n. facialis vpravo. Pacientku rehospitalizujeme. Laboratorní parametry nadále zcela bez nápadností. Pro hraniční meningeální nález indikujeme lumbální punkci. Nález v likvoru odpovídá serózní meningitidě s narušenou hematolikvorovou bariérou, sérologickou pozitivitou borrelií (CLIA, WB) a významně zvýšenou tvorbou CXCL13. Zahajujeme intravenózní antibiotickou terapii, kortikoterapii, lokální oční terapii, vitaminoterapii a rehabilitaci obličejového svalstva. CLIA sérologie z krevního odběru zůstává nadále negativní, avšak doplněný western blot potvrzuje pozitivitu několika borreliových antigenů. Během hospitalizace sledujeme postupné klinické zlepšení, antibiotickou léčbu dále vedeme ambulantní cestou. Případ dokumentuje průběh neuroboreliózy s velmi netypickým laboratorním nálezem. Podtrhuje význam komplexního klinického hodnocení i v situacích s nevýraznými laboratorními hodnotami.

Když běžná infekce odhalí vzácnou diagnózu

Helmová M.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

misa.helmova@gmail.com

Úvod

Gaucherova choroba je dědičné lysosomální stádavé onemocnění způsobené genetickým defektem lysosomálního enzymu glukocerebrosidázy. Tato neobvyklá diagnóza byla odhalena na pozadí infekce *Mycoplasma pneumoniae*.

Vlastní kazuistika

Kazuistika 4 leté dívky, která je odeslána na dětské oddělení pro mykoplasmovou pneumonii a k dovyšetření roky sledované splenomegalie nejasné etiologie. Do ambulance přichází bledá dívka,

kteřou doprovázející babička popisuje jako “nedochůdce od malička”. Je sledována ambulantním alergologem pro atopický ekzém a alergie a dětským kardiologem pro srdeční šelest. Dle osobní anamnézy byla opakovaně vyšetřována pro trombocytopenii společně se splenomegalií již od dvou let věku. V klinickém obraze při přijetí mimo signifikantní poslechový plicní nález a srdeční šelest 2/6 dominuje slezina hmatná k pupku a játra hmatná 2 cm pod žeberní oblouk. V laboratorních odběrech trombocytopenie společně s hypochromní anemií, stimulovanými retikulocyty a prodlouženými koagulačními časy. Pozitivní EBV VCA IgM protilátky. Na UZ břicha popsána hepatosplenomegalie, játra i slezina normální echogenity. Byla zahájena standardní terapie mykoplasmové pneumonie. V rámci diferenciální diagnostiky byl odeslán materiál k vyšetření metabolických vad, kde byla enzymologickým vyšetřením odhalena stádavá lysosomální porucha – Gaucherova choroba. Dívka byla odeslána na specializované pracoviště, kde byla zahájena ERT – enzymová substituční terapie velaglucerasou. Dívka terapii dobře toleruje, rodina ji shledává výrazně aktivnější, dochází k regresi splenomegalie. V současnosti dochází na pravidelnou i.v. terapii na hematologický stacionář našeho oddělení.

Podněty k diskusi, závěr

Tento případ ukazuje nezbytnost zvažovat v rámci diferenciální diagnostiky i vzácnější onemocnění. Přestože některé klinické obtíže dívky mohly být vysvětleny pozitivitou serologie EBV, právě širší uvažování vedlo k odhalení vzácné stádavé choroby. Včasný záchyt a zahájení specifické terapie zásadně snižují riziko rozvoje komplikací a zlepšují prognózu dítěte a tím i celé rodiny

Juvenilní dermatomyositida bez kožního projevu

Antolík J.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Antolik.josef@nemcb.cz

Úvod

Juvenilní dermatomyositida (JDM) je vzácná autoimunitní idiopatická zánětlivá myopatie dětského věku, charakterizovaná svalovou slabostí, typickými kožními projevy a možným systémovým postižením. Prezентujeme případ desetiletého pacienta s iniciálními atypickými projevy, u kterého byla diagnóza potvrzena cíleným imunologickým vyšetřením a svalovou biopsií.

Kazuistika

Desetiletý chlapec původem z Ukrajiny byl přijat k dovyšetření pro postupně se zhoršující bolesti a slabost proximálních svalových skupin dolních i horních končetin, edémy a celkovou únavu. Kožní projevy typické pro JDM nebyly přítomny. Laboratorně byly prokázány výrazné elevace svalových enzymů (CK, LDH, AST, myoglobin), nízká zánětlivá aktivita a normocytární hypochromní anémie. MRI potvrdilo rozsáhlou polymyozitidu. Imunologický panel prokázal pozitivitu anti-NXP-2 protilátky. Svalová biopsie ukázala perifascikulární atrofii s depozity MAC a HLA-1 overexpresí, což podpořilo diagnózu zánětlivé myopatie charakteru dermatomyositidy/myositidy. Vyšetření orgánového postižení odhalilo lehkou mitrální regurgitaci a nespecifický plicní nález (CT – noduly s ground-glass opacitami, drobný fluidotorax). Polykací test byl normální. U pacienta zahájena léčba kortikosteroidy, metotrexátem a opakovanými infuzemi IVIG (2 g/kg), s výrazným klinickým zlepšením – ústup svalové slabosti, normalizace mobility, absence bolestí, výrazné snížení tvorby hematomů. Při poslední kontrole pacient bez febrilií, s normálním příjmem potravy, stále bez kožních projevů.

Závěr

Případ zdůrazňuje nutnost myslet na JDM i při atypické prezentaci kdy chybí kožní projevy, zejména u dětí s rychlým rozvojem proximální svalové slabosti a elevací svalových enzymů. Pozitivita anti-NXP-2 protilátky může být klíčovým diagnostickým vodítkem. Včasná kombinovaná imunosupresivní terapie umožnila rychlou klinickou remisi.

Sál LÉKAŘI 2 – Traumatologie a chirurgie**Rekonstrukce mandibuly volným lalokem, volná fibula****Ghosh T.**

Oddělení plastické chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

ghosh.thierry@nemcb.cz

Prezentujeme kazuistiku pacientky se středně diferencovaným dlaždicobuněčným karcinomem levé retromolární oblasti s infiltrací mandibuly. Po určení stagingu byl indikován radikální chirurgický výkon spočívající v parciální resekci postižené části mandibuly a selektivní krční disekci spádových lymfatických uzlin. Pro následnou rekonstrukci defektu dolní čelisti byla zvolena rekonstrukce volným lalokem, volnou fibulou. Rekonstrukce byla provedena za použití operačního mikroskopu s cílenou anastomózou cév na příjemci v oblasti krku. Rekonstrukce umožnila obnovení kontinuity mandibuly a dosažení uspokojivého estetického výsledku. Příklad dokumentuje efektivitu mikrochirurgických rekonstrukčních metod v léčbě pokročilých nádorových lézí oblasti hlavy a krku.

Komplikovaná popálenina předloktí a možnosti rekonstrukční chirurgie – aneb od kožních štěpů k volnému laloku**Příbáň V., Vodička P.**

Oddělení plastické chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

v.priban.jr@gmail.com**Úvod**

Pacientka v této kazuistice byla léčena pro tři roky nehojící se defekt popáleniny levého předloktí. Nyní přichází akutně k ošetření pro bolestivý otok levého předloktí, flekční kontrakturu prstů i zápěstí a poruchu cití.

Vlastní kazuistika

Pacientka – diabetička na PAD – se v červnu 2022 opařila horkou párou a způsobila si hlubokou popáleninu levého předloktí v rozsahu 5x8 cm. Po iniciální nekrektomii a zdánlivě klidném lokálním nálezu byl na defekt aplikován kožní štěp ze stehna. Přes cílenou antibiotickou terapii, úpravu antidiabetické léčby (nasazení insulinoterapie) a opakované chirurgické nekrektomie s aplikacemi kožních štěpů se však defekt nepodařilo zhojit – uprostřed defektu přetrvávala píštěl. V prosinci 2024 přichází pacientka náhle pro subfebrilie, zarudnutí a bolestivý otok levého předloktí v místě původní popáleniny. Současně byla přítomná omezená hybnost levé ruky a porucha cití.

Pro klinický obraz rozvinutého kompartment syndromu byla doporučena operační revize, pacientka si ji však nejdříve nepřála. S hospitalizací a operací souhlasila až za další 3 dny. Byla provedena fasciotomie předloktí, uvolnění karpálního tunelu a nekrektomie z oblasti povrchových flexorů třetího a čtvrtého prstu levé ruky. Další operace proběhla 3. 1. 2025 – provedena revize všech uvolněných kompartmentů předloktí a odstranění již demarkované nekrotické části povrchového flexoru pro III. a IV. prst. Očekávaný přetrvávající otok po proběhlém kompartment syndromu neumožnil primární uzávěr rány. Využití volného laloku ALT (anterolateral thigh flap) bylo proto indikováno kvůli obnažení šlach a k zajištění zhojení defektu tkání s vlastním cévním zásobením.

Podněty k diskusi, závěr

Příčinou špatného hojení rány byly nejspíše málo důrazné nekrektomie při hlubším poškození měkkých tkání předloktí. Jistou roli v poruše hojení mohl hrát i diabetes mellitus. Neodkladná

fasciotomie při známkách kompartment syndromu byla zásadním krokem k uchování funkce končetiny. Mikrochirurgická rekonstrukce umožnila krytí rozsáhlého defektu autologní tkání s vlastním cévním zásobením. Operace docílila zhojení defektu a v kombinaci s rehabilitací i výrazné zlepšení hybnosti levé ruky.

Trakční metoda v léčbě bolesti zad

Jindra M.

Rehabilitační oddělení, Nemocnice Český Krumlov, a.s.

jindra@nemck.cz

Úvod

Bolesti zad patří k nejčastějším obtížím a jedná se o multioborovou problematiku. Cílem této kazuistiky je ukázat přínos přístrojové trakce jako součásti komplexní rehabilitační léčby.

Vlastní kazuistika

Dvaadvacetiletý pacient s anamnézou hypertenze byl neurologem odeslán do naší rehabilitační ambulance pro bolesti v bederní oblasti. Začátkem letošního roku byl vyšetřen praktickým lékařem kvůli bolestem bederní a krční páteře. V březnu se doplnila magnetická rezonance, která potvrdila chondrózu disků L4/5 a L5/S1 a lehkou protruzi disku L5/S1, jež zužovala pravostranné intervertebrální foramen. Na krční páteři byly popsány dorzální osteofyty a zúžení levostranných intervertebrálních foramin. Následně pacienta vyšetřil neurochirurg, který neindikoval operační řešení. Při našem vyšetření pacient udával subjektivně dlouhodobé bolesti bederní páteře s intenzitou VAS 6/10 s radiací do pravé kyčle, třísla a po dorzální straně stehna až do paty, bez neurodeficitu nebo sfinkterových obtíží. Objektivně byla omezená pohyblivost v sagitální rovině a pozitivní Lasègueova zkouška oboustranně – vlevo 70 stupňů a vpravo 30 stupňů. Trakční test byl negativní. Pacient byl edukován o zásadách školy zad, byl mu vydán bederní pás a indikována trakce na trakčním stole. Pacient se dostavil za měsíc na kontrolu. Subjektivně uvedl výrazné zmírnění bolestí do pravé dolní končetiny a mírné zlepšení bolestí bederní páteře – VAS 5/10. Objektivně přetrvávala omezená hybnost bederní páteře, avšak Lasègueův test se na obou stranách zlepšil.

Diskuze

Bolestmi zad trpí ročně přibližně 38 % populace, přičemž častěji postihují ženy než muže. Prognóza těchto obtíží je však ve většině případů příznivá, a to i navzdory faktu, že se často nepodaří přesně určit samotnou příčinu bolesti. Terapie zahrnuje farmakologické, nefarmakologické i operační metody. Rehabilitační intervence využívá pasivní i aktivní metody, přičemž trakce je jednou z nich. Tato metoda je dlouhodobě známá a využívá mechanické síly k protažení měkkých tkání a k oddálení kostních struktur. Tím dochází ke snížení tlaku na meziobratlové ploténky a nervové kořeny. Trakce se rozděluje na manuální a přístrojovou, pro kterou se používá speciální trakční stůl. Před zahájením terapie je nezbytné provést trakční zkoušku, aby se vyloučilo možné zhoršení pacientových obtíží. Účinnost této metody v odborné literatuře často diskutována.

Měchožil?

Bárta P.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

barta.petr@nemcb.cz

Úvod

Případová studie mladé pacientky s objemným cystickým útvarem jater indikovaným k operačnímu řešení s překvapivým výsledkem definitivní histologie.

Vlastní kazuistika

Mladá pacientka, 30 let, bez komorbidit, aktivně sportující, vyšetřována pro náhodně zjištěný cystický útvar levého laloku jater. Pro charakteristický obraz na zobrazovacích metodách a

rozšíření výskytu echinokoka v okolí bydliště pacientky bylo primárně pomýšleno na parazitární etiologii. Pacientka byla serologicky vyšetřena, výsledkem byla subklinická hladina protilátek proti echinokokům. Následně byla pacientka indikována k operačnímu řešení, předoperačně absolvovala kúru albendazolem. Vzhledem k objemu cysty a perioperačnímu nálezu tumoru v SII provedena levostranná lobektomie jater, tedy výkon radikálnější než prosté odstranění cysty.

Dle definitivní histologie poněkud překvapivě mucinosní cystická neoplazie. Mucinosní cystická neoplazie jater (MCN-L) spolu s intraduktální papilární mucinosní neoplazií (IMPN-B) zaujímají jen 5 % cystických lézí jater. Obě jsou považovány za prekancerózy a jsou indikovány k chirurgickému odstranění. Perioperačně náhodně zjištěný tumor bylo dle histologie fokální nodulární hyperplazie.

Pakliže by byla bývala provedena prostá resekce cysty, jež je v případě parazitární cysty dostačující, s definitivní diagnózou MCN by bylo nutné doplnit radikální výkon a zatížit tak pacientku další operací.

Pooperační průběh byl u pacientky bez komplikací, po stabilizaci stavu a zhojení ran byla v dobrém stavu dimitována.

Podněty k diskusi, závěr

Výskyt cystických neoplazií jater je sám o sobě spíše raritní. Tento případ je navíc zajímavý svou diferenciální diagnostikou, kdy se jevila jako pravděpodobná parazitární cysta, tedy onemocnění s významně odlišným léčebným postupem. Ilustruje obtížnost předoperačního určení charakteru cystických a multicystických jaterních lézí, k čemuž s jistotou poslouží až definitivní histologie. Současně je v této případové studii dobře patrná nutnost multidisciplinárního přístupu k diagnostice i léčbě v rámci této problematiky.

Chronická ruptura Achillovy šlachy – rekonstrukce vlastní technikou

Dudek M.

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

dudish.12@seznam.cz

Úvod

Insuficience Achillovy šlachy po ruptuře, achylodynie, rekonstrukce Achillovy šlachy volným štěpem šlachy dlouhého peroneu, další využití volného štěpu dlouhého peroneu, plastika předního zkříženého vazů šlachovým štěpem peroneu.

Vlastní kazuistika

Případ 51letého muže, který byl pro bolesti a omezenou funkci Achillovy šlachy vyřazen z pracovního režimu. U pacienta došlo k ruptuře Achillovy šlachy v roce 2017. Následovala RHB a návrat do běžného režimu včetně pracovní zátěže. Po 7 letech dochází k oslabení funkce Achillovy šlachy, projevující se bolestivostí nohy, oslabením odvíjení nohy od podložky, nižší schopností zátěže DK. MR nám dokresluje obraz – mikrotrhliny v místě původní ruptury a indurace v okolí šlachy svědčící pro zánět. U pacienta jsem k rekonstrukci šlachy použil techniku, která v této indikaci nebyla nikdy popsána, a to volným štěpem šlachy musculus peroneus longus. Štěp šlachy peroneus longus jsme na našem pracovišti začali používat od roku 2024, primárně k plastice předního zkříženého vazů kolena. Dobré výsledky s použitím štěpu při rekonstrukci LCA, jednoduchost odběru, minimální pooperační bolesti a drobná jizva, to vše mě vedlo k zamyšlení nad další možností využití štěpu.

Další možnosti využití štěpu? Plastika LCA, rekonstrukce LFTA.

Závěrem je třeba zmínit, že jde o krátkodobé sledování případu. Nicméně prozatímní zkušenost se šlachou dlouhého peroneu při rekonstrukcích a výsledek u pacienta jsou velice dobré.

Boj o nohu**Soukupová V., Chalupa R.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

veronika.soukupova21@gmail.com**Úvod**

Komplexní trauma nohy se vyskytuje v rámci polytraumatů či izolovaně. Je způsobeno vysokoenergetickým mechanismem a jsou postiženy jak měkké tkáně, tak kosti a klouby. Pacient s tímto poraněním by měl být zdravotnickou záchrannou službou jako triage pozitivně standardně směřován do traumacentra. Primární ošetření, které zahrnuje hlavně včasnou repozici a stabilizaci, je v případě potřeby možné provést i mimo traumacentrum a poté realizovat sekundární transport do traumacentra k definitivnímu ošetření a ke komplexní multioborové péči. Léčba tohoto typu poranění je časově náročná, vyžaduje multioborovou spolupráci, může být provázena celou řadou komplikací.

Kazuistika

Naše kazuistika je případ 56letého muže, který v předchorobí léčen jen s arteriální hypertenzí. 4.8.2022 sražen z kola projíždějícím nákladním vozem, poraněna izolovaně levá noha. Rychlou zdravotnickou službou transport na základě konzultace s traumacentrem do naší nemocnice. Pacient je přijat k hospitalizaci a provedena klinická i paraklinická vyšetření (RTG, CT, laboratorní odběry), kterými je zřejmý charakter poranění a zároveň vyloučeno jiné trauma. Následně rekonultováno traumacentrum s doporučením provést primární ošetření na našem pracovišti. Po nutné přípravě, obsahující pasivní očkování proti tetanu, dvojkombinaci antibiotické terapie, podání nízkomolekulárního heparinu a titrované analgetické terapie, přistupujeme neprodleně k operačnímu řešení. Provádíme repozici pod skiaskopickou kontrolou, stabilizaci fraktur pomocí Kirschnerových drátů, následně ošetření měkkých tkání, adaptační suturu a drainage. Po operačním výkonu pokračujeme v komplexní terapii s denními převazy. V dalším období nedochází k rozvoji obávaného compartment syndromu, hojení však komplikuje vývoj nekróz kůže a podkoží na dorzu nohy. Antibiotická terapie upravována dle doporučení antibiotického centra a výsledků kultivací. Pacient opakovaně referován v traumacentru dle místa jeho bydliště, bohužel s negativním výsledkem.

Po dalších konzultacích klinického stavu a vývoje se daří alespoň pacienta přeložit k léčbě hyperbaroxií do FN Plzeň. V rámci této hospitalizace na Chirurgickém oddělení FN Plzeň pro vývoj nekrózy nutné provedení amputace IV. a V. prstu a zahájena podtlaková terapie (NPWT). Po dokončení série hyperbarické oxygenoterapie pacient přeložen zpět na naše pracoviště. Pokračujeme v zavedené léčbě včetně NPWT a pravidelných převazech s výměnou podtlakového systému. 14. 9. 2022 pacienta dimitujeme do domácího ošetřování, nadále pravidelně dochází ke kontrolám a převazům do poradny pro vlhké hojení chronických ran. Postupně extrahován osteosyntetický materiál. 3.10. 2023 je defekt zcela zhojen a pacient poraněnou končetinu plně zatěžuje a vrací se postupně do sociálního i pracovního zařazení jako před traumatem bez větších omezení.

Podněty k diskuzi

Tato kazuistika dokumentuje závažnost izolovaného komplexního traumatu nohy, nutnou roli traumacentra, multioborovou spolupráci, dlouhodobou léčbu s řadou možných komplikací jako například vznik compartment syndromu, infekční komplikace, poruchy hojení a mnoho dalších, které je nutno po dobu hojení řešit. Dále nutnost opakovaných chirurgických intervencí včetně amputačního řešení, a poté důležitou roli protetiků. Poslední, ale neméně důležitý faktor, je návrat pacienta po tomto poranění do běžného života a kvalita života pacienta.

Závěr

Přestože takovýto pacient patří primárně do traumacentra, realita je někdy složitější a naše kazuistika je dokladem, že i v režii menšího pracoviště při spolupráci s dalšími odbornostmi lze dosáhnout dobrého výsledku s návratem pacienta do běžného života v uspokojivé kvalitě.

Každý je strůjcem svého štěstí**Papík J., Nesnídal P., Grubhoffer M.**

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

jpapik55@gmail.com**Úvod**

V rámci kazuistiky prezentujeme pacienta s opakovanými úrazy končetin a páteře, ze kterých se nepoučil a po rizikovém chování v opilosti si způsobuje další závažný úraz.

Kazuistika

41letý pacient s anamnézou opakovaných traumat končetin a páteře v posledních 20 letech, často ve spojitosti s ebriitou. Před 17 lety podstoupil první operaci krční páteře pro herniaci meziobratlového disku C5/6 s plnou úpravou neurologických obtíží. V rizikovém chování však pokračoval nadále. Před třemi lety v alkoholovém opojení nasedl na záda kamaráda, spadl na znak a udeřil se hlavou o zem. Po pádu došlo k rozvoji poruchy hybnosti a cití horních i dolních končetin. Při příjmu na oddělení úrazové chirurgie byl kvadruparetický, na dolních končetinách až paraplegický. Provedená CT a MR vyšetření verifikovaly luxační zlomeninu v segmentu krčních obratlů C6–7 s míšní kompresí. Pacient byl indikován k operačnímu řešení. Po stabilizaci stavu a předoperační přípravě byla provedena v celkové anestezii komplexní stabilizace zlomeniny – repozice, dekomprese páteřního kanálu v rozsahu C6–7, posterolaterální dýza a stabilizace obratlů C5–C7 z předního i zadního přístupu. V následujícím pooperačním období probíhala u pacienta pravidelná intenzivní rehabilitační péče. I přes trauma krční míchy došlo postupně k úpravě poruchy močení, neurogenního střeva a obnově motorických funkcí. Po dvou letech od úrazu přetrvává reziduální parestezie a monoparéza levé horní končetiny. Pacient chodí bez nutnosti opory.

Závěr

Úrazy páteře s kompresí míchy jsou závažné stavy s vysokým rizikem trvalého neurologického deficitu. Prezentovaný pacient nebral v potaz oslabení své páteře předešlými operacemi a způsobil si nebezpečný úraz, který se jen díky vysoké profesionalitě operačního týmu a mezioborové spolupráci podařilo úspěšně zvládnout.

Když jedna totálka nestačí aneb nekonečný příběh**Šebestík D., Musil D.**

Ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

dan.sebe@seznam.cz**Úvod**

Implantace náhrady celé stehenní kosti a kyčelního i kolenního kloubu jako řešení řady komplikací, které v průběhu let provázely nyní 82letou pacientku.

Vlastní kazuistika

Nyní 82letá pacientka, která se léčí s revmatoidní artritidou a osteoporózou, absolvovala v průběhu let několik operací pravého kolene. V roce 1999 jí byla implantována TEP pravého kolene v Nemocnici Tábor. V roce 2019 došlo ke komplikaci – periprotetické fraktuře distálního femuru, která byla řešena OS dlahou. Ještě téhož roku došlo k selhání OS – zlomení dlahy. Stav byl řešen implantací TEP typu RHK s dlouhými dříky, OS dlahou a cerkláží. V roce 2023 opět selhání – fraktura na rozhraní proximální a střední třetiny diafýzy femuru, uvolnění dlahy a šroubů. Pacientka tehdy již přeložena do Nemocnice České Budějovice, kde provedena extrakce TEP, OS materiálů a distálního femuru a poté implantována náhrada distálního femuru včetně TEP kolene RHK. Stav komplikován pozitivní kultivací *St. Epidermidis* z peroperačně odebraných tkání. Pacientka poté zajištěna Vankomycinem, který následně změněn na Cotrimoxazol a Benemycin po dobu 3 měsíců od operace. V roce 2025 přichází na pravidelnou kontrolu s obtížemi

– CRP 89mg/l, bolesti stehna. Byla provedena scintigrafie skeletu, kde byl prokázán zvýšený kostní metabolismus v oblasti komponent TEP. Dále doplněna scintigrafie značenými leukocyty pro podezření na septické uvolnění, která vyšla však negativní. Pacientka hospitalizována k dovyšetření, provedeno CT, kde nález periprotetické fraktury proximálního femuru. Vzhledem k složitě řešitelné situaci indikována operace – extrakce proximálního femuru a náhrada proximálního femuru včetně implantace TEP kyčelního kloubu. Tímto došlo ke konverzi na náhradu Total femur – náhrada kyčelního kloubu, femuru a kolenního kloubu. Z punktátu kyčelního kloubu, který byl odebrán peroperačně, byl kultivačně prokázán *St. Epidermidis*. Nasazen Vancomycin a Benemycin, později změněn na Flucloxacilin. Po operaci dále pro bolesti L lokte proveden RTG, kde nález fraktury distálního humeru, která dále řešena konzervativně. Nicméně pro bolest lokte znesnadněna rehabilitace pacientky. V pooperačním období stav komplikován močovou infekcí, nasazen Ciprofloxacin. Dále stav komplikován hematemézou, která byla řešena gastrokopicky. Ciprofloxacin poté vysazen a vzhledem ke špatné toleranci flucloxacilinu nasazen oxacilin. Pacientka přeložena do Tábora. Při kontrole na ambulanci operátora 6 týdnů od operace je pacientka bez bolestí, schopna vertikalizovat o chůdtku, trvale zajištěna ATB. Nyní již pakloub lokte by byl řešitelný TEP lokte, kterou si pacientka nepřeje.

Podněty k diskusi, závěr

Vzhledem k neustálým komplikacím bylo pacientce nabídnuto v tuto chvíli nejlepší možné řešení. Nicméně můžeme si klást otázky, jako například co dál v případě selhání současného řešení? Pomohlo by operační řešení pakloubu lokte k lepší rehabilitaci? A mnoho dalších. Pacientka bude pravidelně sledována a věříme v její úspěšnou rehabilitaci k obnovení soběstačnosti.

Sál LÉKAŘI 2 – ARO**DCD dárci orgánů v nemocnici Tábor****Abdurakhimov R.U.L.¹, Plašilová S.¹, Pokorná E.²**¹Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Tábor, a.s., ²Oddělení odběrů orgánů a transplantačních databází, Transplantcentrum, IKEM, Praharustik9722@outlook.com**Úvod**

Zkušenost s odběrem orgánů u pacienta s nezvratnou zástavou krevního oběhu v prostředí okresní nemocnice.

Vlastní kazuistika

Prezentace se zaměřuje na realizaci odběru orgánů od možného dárce s nezvratnou zástavou oběhu na půdě okresní nemocnice: tedy v prostorech, které k takovým zákrokům nejsou primárně přizpůsobené. Navíc DCD dárci v současnosti tvoří pouze minoritu, která by ovšem mohla příznivě ovlivnit nepoměr mezi počtem pacientů čekajících na transplantaci a skutečným počtem dárců. Prezentace tak představí organizační i medicínské aspekty celého procesu, včetně spolupráce s koordinačním centrem IKEM, zapojení jednotlivých zúčastněných oddělení a zajištění etického a důstojného přístupu k dárci samotnému spolu s pozůstalými. V kazuistice je proto primárně kladen důraz na specifika odběru v podmínkách regionální nemocnice a na praktické výzvy, se kterými se tým zdejších lékařů během případu setkal – a to od první myšlenky při vytipování možného dárce, až do předání pacienta do péče realizačního týmu z pražského IKEM. Cílem prezentace je sdílení zkušeností, podpora dárcovství orgánů a motivace dalších zdravotnických zařízení k aktivní účasti v transplantačním programu.

Slovo závěrem: Tato zkušenost ukazuje, že i okresní nemocnice může sehrát klíčovou roli v procesu dárcovství orgánů. Věříme, že sdílení našich poznatků může inspirovat další pracoviště k aktivnímu zapojení do transplantačního programu.

Xarelto a nůž**Kálal A.**

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kalaladam89@gmail.com**Úvod**

Kazuistika pacienta na dlouhodobé terapii Rivaroxabanem s významným krvácením po sebevražděném poranění s nutností urgentního řešení

Vlastní kazuistika

Prezentujeme kazuistiku muže s polymorbiditou, dlouhodobě léčeného Rivaroxabanem pro fibrilaci síní, stav po opakovaných elektrických kardioverzích a RFA, s trombofilním stavem, který se pokusil o sebevraždu kombinací požití vysoké dávky Rivaroxabanu a mnohočetných bodných a řezných ran v oblasti krku, hrudníku, břicha a horních končetin. V průběhu urgentního příjmu a akutní péče bylo nutno opakovaně řešit významné krvácení, a to i přes podání Fibrinogenu, Prothromplexu a krevních derivátů. Navzdory přítomnosti významné hladiny Rivaroxabanu nebylo indikováno podání antidota (Andexanet alfa). Kazuistika diskutuje rozhodující proces při život ohrožujícím krvácení u pacienta na DOAC, indikace podání antidota, interpretuje výsledky Clotpro, Quick testu, anti-FXa aktivitu a další laboratorní parametry, a podtrhuje význam mezioborové spolupráce při rozhodování a terapii v akutní situaci

Podněty k diskusi, závěr

Postup při život ohrožujícím krvácení u pacientů na DOAC, indikace specifických a nespecifických antidot, interpretace koagulačních testů a význam mezioborové spolupráce v akutní péči.

Oportunní infekce u imunokompromitovaných pacientů

Vacková K.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

kristyna.vackova.1@gmail.com

Úvod

Imunokompromitovaní pacienti představují vysoce rizikovou skupinu pro rozvoj oportunních infekcí, které mohou mít závažný až fatální průběh. Typickým příkladem závažné oportunní infekce je pneumocystová pneumonie (PJP) s rizikem rozvoje významné respirační insuficience. Další významnou infekční komplikací může být herpetická encefalitida, nejčastěji vyvolaná virem herpes simplex typu 1 (HSV-1), která může u imunokompromitovaných jedinců probíhat fulminantně s rychlou progresí strukturálního poškození mozku. Včasně rozpoznání a zahájení cílené léčby jsou zásadní pro zlepšení prognózy, avšak i přes intenzivní terapii může být výsledek nepříznivý.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme případ 63leté pacientky po resekci maligního glioblastomu a následné chemoradioterapii, dlouhodobě léčené vysokodávkovanou kortikoterapií pro peritumorózní edém mozku. Pacientka byla přijata na interní oddělení pro respirační selhání při bilaterální pneumonii, pro progresi respirační insuficience byla posléze přeložena na oddělení ARO. CT plic ukázalo rozsáhlé oboustranné poškození plicních křídel s četnými infiltracemi a konsolidacemi. Z BAL byla potvrzena *Pneumocystis jirovecii*, byla zahájena léčba vysokodávkovaným trimetoprim-sulfamethoxazolem s postupným zlepšováním stavu a úspěšným odpojením od UPV s překladem pacientky na interní JIP. Za několik dní došlo ke zhoršení stavu pacientky s progredující poruchou vědomí a rozvojem status epilepticus s opětovným překladem na ARO. Na základě MR mozku bylo vysloveno podezření na herpetickou encefalitidu s následným potvrzením PCR nálezem HSV v mozkomíšním moku, byla zahájena intravenózní léčba acyklovirem. Na kontrolní MR mozku s odstupem čtyř týdnů byl i přes intenzivní antivirotickou terapii popsán výrazně progredující obraz komplikované meningoencefalitidy s rozsáhlým edémem prakticky všech laloků, s vícečetnými abscesy a hemoragiemi, se známkami obstrukčního hydrocefalu. S ohledem na již vyčerpané terapeutické možnosti, infaustní strukturální poškození CNS a trvající poruchu vědomí byla pacientka po dvou měsících intenzivní terapie převedena do režimu paliativní péče, téhož dne došlo k úmrtí.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika reflektuje komplexní průběh oportunních infekcí u imunokompromitovaných onkologických pacientů, upozorňuje na význam včasné diagnostiky oportunních infekcí u imunosuprimovaného pacienta. Význam této problematiky potvrzuje i fakt, kdy o pouhé 3 měsíce později byla na naše oddělení přijata další pacientka s anamnézou HG glioblastomu po chemoterapii a radioterapii, s progredující respirační insuficiencí s následně potvrzenou pneumocystovou pneumonií s infaustním průběhem a úmrtím i přes cílenou ATB terapii.

Maligní neuroleptický syndrom po aplikaci depotního Fluanxolu**Borčín V.**

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Vladimir.Borcin2@seznam.cz**Úvod**

Maligní neuroleptický syndrom (MNS) je vzácná, život ohrožující komplikace léčby antipsychotiky. Jeho diagnostika bývá obtížná vzhledem k variabilnímu klinickému obrazu a nutnosti odlišení od jiných stavů s extrapyramidovou symptomatikou.

Kazuistika

Prezentujeme 21letého pacienta s lehkou mentální retardací, premorbidně chodícího a mluvícího, u něhož došlo krátce po aplikaci depotní formy flupentixolu (Fluanxol Depot) k rozvoji extrapyramidových příznaků. Podle vyjádření konzultovaných psychiatrů bylo právě podání depotních antipsychotik pravděpodobným spouštěčem stavu.

Pacient byl přijat pro suspektní dystonii hlavy a bulbů s febrilií 38 °C. CT mozku provedené při přijetí prokázalo normální nález, pouze menší arachnoidální cystu v zadní jámě. EEG vykazovalo suspektní nález, proto byl nasazen levetiracetam. Po krátkodobé stabilizaci následovala rehospitalizace pro recidivu obtíží, s dobrou odpovědí na diazepam. MR mozku ukázala atrofické změny a cystu v zadní jámě, bez ložiskové patologie.

O několik dní později došlo k náhlému zhoršení stavu – celková rigidita, febrilie 39,5 °C, CK 54, myoglobin 594 – vyslovena suspekce na MNS. Pacient byl přeložen na ARO, kde byla zahájena UPV, volumoterapie s forsírovanou diurézou, alkalizace moči, podání amantadinu, později klonazepamu a dexmedetomidinu. Postupně se podařilo pacienta odpojit od UPV a dekanylovat. Přetrvávala porucha polykání a mírná rigidita, CT mozku a krku již bez patologie. Ke dni 26. 1. byl pacient při vědomí, spolupracující, schopen chůze s dopomocí, avšak s výraznou dysfagií.

Závěr

Kazuistika ukazuje riziko časného rozvoje MNS po aplikaci depotní formy antipsychotik a zdůrazňuje význam časně diagnostiky, intenzivní podpůrné terapie a mezioborové spolupráce. Správně vedená léčba může vést k postupné stabilizaci i u těžkých průběhů tohoto potenciálně fatálního syndromu.

Stroke mimic syndrome

Kříž J.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kriz.jiri@gmail.com

Úvod

Diabetická ketoacidóza (DKA) je akutní život ohrožující komplikace diabetu mellitu 1. typu, která se typicky projevuje hyperglykemií, acidózou a dehydratací. Vzácně se může manifestovat neurologickými symptomy napodobujícími cévní mozkovou příhodu, tzv. stroke mimic syndrom. Tyto případy představují diagnostickou výzvu a vyžadují rychlé rozlišení mezi metabolickou a cévní etiologií.

Vlastní kazuistika

Muž, 48 let, DM 1. typu na inzulinoterapii, dlouhodobě nedostatečně kompenzovaný a s anamnézou opakovaného vynechávání dávek inzulinu, byl nalezen spolubydlíci v bytě s poruchou řeči a celkovou alterací chování. Během dne došlo k progresi stavu až k bezvědomí. Posádka ZZS našla pacienta ležícího na zemi, nereagujícího na oslovení ani bolestivý podnět, GCS 7, s normálními zornicemi. Byla zajištěna žilní linka, podán kyslík, provedena intubace a pacient byl transportován na ARO NEMCB. Vstupně byla zjištěna těžká hyperglykémie (>33 mmol/l), metabolická acidóza (pH 6,95; BE -24 mmol/l; bikarbonát 4 mmol/l), hyperkalémie (6,7 mmol/l), hyponatrémie (128 mmol/l) a zvýšený laktát (6,5 mmol/l). CT mozku neprokázalo akutní krvácení, ale bylo popsáno hypodenzní ložisko v oblasti pravých bazálních ganglií, suspektní pro ischemii. Okamžitě byla zahájena intenzivní léčba DKA – analgosedace, umělá plicní ventilace, kontinuální inzulinová infuze s úvodní korekcí kaliémie, postupná rehydratace krystaloidy, úprava acidózy a elektrolytů. Během následujících dnů došlo k postupnému zlepšení stavu, úpravě vědomí a pátý den byl pacient extubován. Následná MRI mozku potvrdila ischemii v oblasti pravých bazálních ganglií, pravděpodobně sekundární k metabolickým a hemodynamickým změnám při DKA. Pacient byl po stabilizaci přeložen na neurologickou JIP k rehabilitaci a další péči.

Podněty k diskusi, závěr

Popsaný případ dokumentuje vzácnou souvislost mezi DKA a ischemickým postižením mozku, která se klinicky může manifestovat jako akutní CMP. Stroke mimics představují až 30 % pacientů s podezřením na cévní mozkovou příhodu a zahrnují mimo jiné hypoglykémii, epileptické záchvaty, migrénu či metabolické poruchy. Včasná diagnostika a odlišení skutečné CMP od metabolické příčiny je zásadní pro správnou volbu terapie. Tento případ zdůrazňuje význam komplexního vyšetření u pacientů s poruchou vědomí a ložiskovými příznaky a potřebu myslet na metabolické příčiny i u zjevně neurologických obrazů.

Když mozek zastaví srdce

Bláhová B., Sovová M.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

blahova.barbora@nemcb.cz

Úvod

Akutně vzniklé subdurální krvácení s následnou srdeční zástavou a nutností KPR, následované dlouhodobou oběhovou nestabilitou. Zdrojem krvácení je AV malformace u 14leté dívky.

Vlastní kazuistika

14letá dívka je se svou rodinou na cestě do kostela. Během cesty v autě se náhle rozpláče pro urputnou, nesnesitelnou bolest hlavy. Po výstupu z vozidla se již neudrží na nohou, podlamují se, následuje zvracení, ihned bezvědomí. Zahájena laická KPR, následně po příjezdu RZS profesionální KPR, po asi 15–20 minutách úspěšná. Pacientka přivezena na naše pracoviště

na ventilační podpoře, GCS 3b, anizokorie – mydriaza vlevo bez fotoreakce. Na CT mozku subdurální krvácení, přesun středočárových struktur, mozečkové tonsily sestoupilé do týlního otvoru, kde komprimují mozkový kmen. Jako zdroj krvácení popsána AV malformace okcipitálně. Provedena emergentní dekompresní kraniektomie. Během výkonu a po výkonu oběhová nestabilita s nutností vysoké noradrenalinové podpory. Pacientka přeložena letecky na KARIM FN Motol, kde provedeno celkem 6 dalších NCH výkonů za dlouhého období oběhové nestability – akutní revize s evakuací hematomu a zavedením ICP čidla, zaveden VP shunt pro hydrocefalus, resekce AV malformace, kranioplastika vlastní kostní ploténkou. Následně celková stabilizace stavu, rehabilitace, překlad na naše pracoviště k doléčení a další rehabilitaci. Při překladi hemiparéza oboustranně s tendencí ke zlepšení, pacientka v kontaktu, spontánně ventilující přes tracheostomickou kanylu, KP kompenzovaná přetrvávají sklony k hypertenzi, na antihypertenzní terapii. Na našem pracovišti strava zpočátku NGS, následně obnova plného per os příjmu, odstranění tracheostomické kanyly. Opakované kardiologické kontroly se zlepšení funkce levé komory. Intenzivní rehabilitace a logopedie, významné zlepšení – sama se posadí na lůžku, chůze v chodítku na kratší vzdálenosti. Pacientka opouští naše pracoviště ve stabilizovaném stavu na Kliniku rehabilitace a TVL FN Motol k další rehabilitaci.

Podněty k diskusi, závěr

Nešťastný příběh mladé dívky se snad šťastným koncem o tom, jak se rytmus klidného každodenního života dokáže během pár minut změnit v noční můru. Rychlá a správná dg. úvaha vedla k úspěšné léčbě. Otázky k zamyšlení – negativní rodinná anamnéza cévních mozkových příhod, dlouho přetrvávající oběhová nestabilita s dysfunkcí levé srdeční komory jako následek intrakraniálního krvácení.

Z plného zdraví do bezvědomí ve 12 letech!

Matoušová K., Bejvlová M., Chytrý K.

Dětské oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

matousova.katerina@gmail.com

Úvod

Kazuistika popisuje případ 12leté dívky přivezené RZP pro intoxikaci neznámou noxou. Dívka byla celý den se stejně starým kamarádem bez dozoru dospělých a ve večerních hodinách se náhle objevila bolest hlavy, zvracení a kolapsový stav, proto byla posádkou RZP převezena na JIP Dětského oddělení.

Vlastní kazuistika

Na naše pracoviště byla dívka přivezena lékařem RZP s kvalitativní poruchou vědomí a s podezřením na intoxikaci, t.č. neznámou látkou. Dívka i rodiče ale jakoukoli otravu negovali (alkohol, drogy, léky...), stejně jako dívčin kamarád, se kterým jsme se telefonicky spojili. Kromě poruchy vědomí klinicky dominovaly miotické zornice do 2 mm reagující na osvit, ataktické pohyby horních končetin a postupně se prohlubující klidová bradykardie až k 35 pulzům/minutu. Dívka byla spavá, ale na algický podnět probuditelná, na dotazy odpovídala celkem přiléhavě, ale jednoslovně s nápadnou dysartrií. Po příjezdu jsme dívku uložili na monitorované lůžko na JIP a zavedli druhý periferní žilní katetr s odesláním základních žilních odběrů. Pokračovali jsme v infuzní terapii krystaloidy zahájené v RZP a pro suspekci na intoxikaci akutně zavedli močový katetr, abychom odeslali odebranou moč na toxikologický screening. Ve vstupní laboratoři dominovala acidóza, hypoxémie, hyperkapnie a významná hypokalémie, jinak byla laboratoř bez nápadností. Vzhledem k poruše vědomí jsme velmi brzy po převzetí dívky do péče přivolali sloužícího neurologa, který indikoval CT angiografii a pro počínající globální respirační insuficienci a významnou bradykardii jsme přivolali ARO. Prohlubující se bradykardii jsme znormalizovali podáním atropinu a zahájili substituční infuzi s kaliem. Vzhledem k přetrvávající poruše vědomí, v tu chvíli nejasné etiologie, byl telefonicky domluven překlad se sloužícím lékařem spádového vyššího pracoviště (Nemocnice České Budějovice). Během přípravy překladi dívky se objevila poněkud překvapivá

příčina obtíží, která do té doby zcela zdravou dívku dovedla ve 12 letech k bezvědomí. Jaká příčina spojovala klinické a laboratorní projevy, proč bylo nutné dívku akutně intubovat a na UPV ji transportovat na vyšší pracoviště k akutnímu řešení?

Podněty k diskusi, závěr

Vzhledem k poruše vědomí a avizované intoxikaci jsme tuto diagnózu zvažovali na prvním místě. Kromě „běžných“ návykových látek jsme mysleli také na možnost užití látek v této době „nových“ – syntetických opioidů. Do základní diferenciální diagnostiky poruchy vědomí jednoznačně dále patřily iontové a metabolické poruchy vč. hypo-/hyperglykémie, náhodné intoxikace (CO, potravin...), trauma CNS a s ním spojené krvácení atd.

Nebezpečná komplikace po frakturách dolních končetin

Kopecká T.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kopecka.tereza@nemcb.cz

Úvod

Tuková embolie je vzácná, ale závažná komplikace fraktur dlouhých kostí. V pediatrické populaci se s ní setkáváme pouze výjimečně, což může vést k podcenění rizika a obtížím v časně diagnostice. Prezентujeme vlastní kazuistiku chlapce s tukovou embolií po fraktuře femuru a bérce.

Vlastní kazuistika

Šestnáctiletý pacient byl přivezen via RZP po dopravní nehodě, kdy při jízdě na motorce v cca 50 km/h byl sražen automobilem zprava. Při příjezdu RZP chlapec lucidní, kardiopulmonálně kompenzovaný, je patrná defigurace pravého stehna a otevřená fraktura pravého bérce. Pacient byl převezen na urgentní příjem, kde provedený FAST s normálním nálezem. Na CT nález fraktury diafýzy pravého femuru a proximálních polovin diafýz pravé tibie a fibuly, nález byl indikován k operačnímu řešení týž den. Na JIRP DEO pacient zajištěn trojkombinací ATB i.v. – Ampicilin + Sulbactam, Metronidazol a Gentamicin. Na operačním sále byla provedena revize úrazových ran bérce a ORIF tibie, současně byla provedena revize pravého femuru, který byl ošetřen metodou CRIF. Krátce po návratu ze sálu nutnost oxygenoterapie. Opakovaně byla zaznamenána hyposaturace k 88 % i přes zavedenou oxygenoterapii, proto změna z nebulizovaného O₂ na kyslíkové brýle, chlapec t.č. bez dechových obtíží. Kontrola 1. pooperační den s příznivým nálezem. V odběrech pokles HGB ze 158 g/l na 98 g/l, leukocyty 10 tis., CRP s pooperačním vzestupem na 114 mg/l, opakovaně byla neměřena febrilní špička. Pro omezenou hybnost byla zahájena profylaxe Clexanem v dávce 0,6 ml s.c. Chlapec i nadále oxygenodependentní, proto byl proveden RTG hrudníku, který bez infiltrativních či ložiskových změn. V kontrolní laboratoři HGB 89 g/l, CRP s poklesem na 82 mg/l, D dimery 4 mg/l. Etiologicky byla zvažována možnost tukové embolie, proto doplněna VP scintigrafie, s nálezem snížené perfuze v pravé plíci v interlobiu horního segmentu dolního laloku s nejasným podkladem – edém/tekutina? Na RTG hrudníku nyní již splývavé zastření v SPP a DPP vpravo, naznačené splývání i v SPP vlevo. Bylo doporučeno doplnit CTA plicních tepen, kde v obou plicních křídlech difúzně změny charakteru plicního edému při ARDS, pleurální dutiny bez výpotku, kmen a hlavní větve plicnice bez defektů v náplni. Pro pokračující anemizaci byla nutná jednorázová substituce ERD. 5. pooperační den nacházíme u pacienta petechie v axilách, v odběrech trombocyty i koagulace v normě. Nadále bylo pokračováno v symptomatické terapii, ATB monoterapii – Ampicilin + Sulbactam, pacient byl zaučen v dechové rehabilitaci a postupně vertikalizován. V průběhu hospitalizace bylo doplněno oční konzilium, chlapec t.č. bez zrakových obtíží, při vyšetření nález retinální hemoragie a vatovitého ložiska v makule pravého oka, suspektně okluze cilioretinální arterioly, doporučena vazodilatační terapie. Bylo provedeno také kardiologické vyšetření s fyziologickým nálezem, bez známek plicní hypertenze. Na zavedené terapii došlo ke zlepšení zdravotního stavu, od 10. pooperačního dne chlapec již trvale bez potřeby oxygenoterapie. Opakovaně proběhly traumatologické kontroly s příznivým klinickým nálezem. Kontrolní laboratoř s postupnou normalizací hodnot.

Chlapec byl propuštěn do domácí péče 13. den hospitalizace v celkově dobrém stavu, kardiopulmonálně kompenzovaný, schopen chůze o francouzských holích. Pacient je nadále sledován na traumatologické a oční ambulanci.

Podněty k diskusi, závěr

Syndrom tukové embolie (FES) je vzácná, ale potenciálně život ohrožující komplikace zlomenin dlouhých kostí, která je v pediatrické populaci podstatně méně častá než u dospělé populace, což může vést k opožděné diagnostice a léčbě. V praxi bychom měli na FES pomýšlet u triády příznaků: dušnost/hypoxie, CNS projevy a petechie v určitých lokalizacích, zejména pokud stavu předchází zlomeniny dlouhých kostí, rozsáhlá poškození měkkých tkání, ortopedické operace atd. Prevencí této komplikace může být časná operace zlomenin.

Sál LÉKAŘI 2 – Gynekologie a radiologie

Endometrióza ureteru – tichý zabiják ledvin

Eschner A., Šuhajdová M.

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

eschner.adam@nemcb.cz

Úvod

Endometrióza je hormonálně dependentní onemocnění, kterým trpí 10–15 % žen ve fertilním věku. Endometrióza močových cest postihuje jen přibližně 1 % všech pacientek s hlubokou infiltrující endometriózou. Může však mít významné klinické následky a vést k asymptomatické ztrátě funkce ledviny. Pouze u 10 % pacientek s endometriózou močových cest je postižen ureter. Vzhledem k malé prevalenci je tato diagnóza často opomíjená, vede k pozdnímu zachytu, a to často až ve stadiu nevratných změn.

Vlastní kazuistika

23letá pacientka přijata pro bolesti v podbřišku, neschopnost per os příjmu, 3 dny trvající, po vysazení terapie NES. Pacientka dlouhodobě s nepravidelnou menstruací, při poslední menstruaci krvácení cca 14 dní, proto obvodním gynekologem nasazena terapie NES. Po vysazení do 3 dnů přišlo krvácení, v doprovodu však silných bolestí (VAS 8) nereagujících na běžná analgetika, neúspěšné zvracení, i 15–20x za den, a neschopnosti jakkoliv udržet tuhou či tekutou stravu. Pro pacientku je toto první epizoda takto vystupňovaných obtíží, obdobné bolesti však prožívala již v minulosti.

Po příjmu na oddělení zahájena diagnostika, intravenózní rehydratační, analgetická a antiemetická terapie. Vstupní ultrazvuk transvaginální sondou však bez jasné patologie. Laboratoř s mírnou elevací kreatininu na 94 $\mu\text{mol/l}$, urea 6,6 mmol/l , bez minerálového rozvratu, bez elevace zánětlivých parametrů, bez anémie. Klinicky obtíže zdá se rychle ustupují, avšak během noci se objevuje další epizoda zvracení, tentokrát bez bolestí v gynekologické oblasti. Při doplnění ultrazvuku břicha a hledání dalších možných příčin, se jako vedlejší nálezy ukazují výrazná dilatace kalichopánvičkového systému levé ledviny. CT břicha a pánve vylučuje typické blokace ureteru či lithiázu, ukazuje však na překážku derivace moči v místě levostranných adnex a parametrií. Po doplnění MR pánve je prokázáno drobné ložisko endometriózy v oblasti levého sakrouterinního vazů s kompletní obliterací ureteru. Na expertním ultrazvukovém vyšetření zaměřeném na tuto oblast potvrzeno ložisko vel. 17x9x10 mm, nad ním dilatace ureteru v celém rozsahu. V rozhodnutí o dalším postupu probíhá přímá spolupráce s urologem. Byla provedena dynamická scintigrafie s MAG 3 a Furosemidem se závěrem kompletně afunkční levé ledviny. Dle doporučení se ale rutinní nefrektomie při asymptomatickosti neindikuje. Vzhledem k velikosti ložiska a nevratnosti změn na ledvině, nyní není indikace k chirurgické léčbě tohoto ložiska endometriózy. Pacientka dále pokračuje v dispenzarizaci cestou naší poradny pro endometriózu prozatím pouze na konzervativní terapii s dobrým efektem.

Podněty k diskusi, závěr

Endometrióza ureteru je vzácnou formou onemocnění. Tento případ pouze dokazuje, že problematika endometriózy už dávno není jen gynekologická, ale vyžaduje multioborovou spolupráci, jak při diagnostice, tak i léčbě. Každý lékař by měl při diferenciální diagnostice zejména nejasných nálezů u žen ve fertilním věku na tuto diagnózu myslet a poslat pacientku ke specializovanému vyšetření.

Porod v týdnu gravidity 44+0

Dunovská T.

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

ter.peterkova@seznam.cz

Úvod

Potermínovou graviditou obvykle označujeme těhotenství trvající déle než 42 týdnů. Po uplynutí 42 týdnů významně narůstají rizika v případě dalšího trvání těhotenství, proto je dle doporučených postupů nutné ho do 42+0 ukončit. Rizika pokračování gravidity plynou z insuficience placenty nebo z makrosomie plodu a představují možné komplikace pro matku i pro plod. Zásadní prevencí potermínové gravidity je správné stanovení termínu porodu podle ultrazvukového měření CRL (crown-rump length) v I.trimetru. Určení termínu porodu podle poslední menstruace je v dnešní době považováno za obsolentní.

Vlastní kazuistika

Kazuistika se týká 31leté, popáté těhotné ženy, v porodnické anamnéze 1 císařský řez a 3 spontánní porody. První porod císařským řezem proběhl in grav. hebd. 42+0, indikován byl pro nezdařenou indukci porodu (chlapec 3150 g), druhý porod proběhl spontánně vaginálně v domácím prostředí in grav. hebd. 40+6 (dívka 3990 g), třetí porod taktéž spontánně vaginálně mimo zdravotnické zařízení in grav. hebd. 43+1 (dívka 4230 g), čtvrtý porod spontánní v porodnici in grav.hebd. 44+1 (chlapec 3330 g). Všechny děti zdravé. Osobní anamnéza těhotné bez pozoruhodností, trvale se s ničím neléčila, v těhotenství zjištěna sideropenická anémie. GBS negativní. Genetický screening v normě, screening gestačního diabetu neproveden. CHECK-IN (předporodní vyšetření v posledním měsíci těhotenství) byl proveden na našem pracovišti in grav. hebd. 37+2, plod v poloze KP, těhotné pro sideropenickou anémii aplikován i.v. preparát Fe a poté byla dále sledována u svého OG. Na naše pracoviště opět odeslána in gr.h. 40+5 pro suspektní CTG záznam. Plod již v poloze podélné hlavičkou. Námi provedený kontrolní CTG záznam též hodnocen jako suspektní, indikována jeho další kontrola. Tu pacientka odmítla s podpisem negativního reverzu. V té době flowmetrie fyziologická, EFW 3700 g. Další dispenzarizace již probíhala na našem pracovišti, kde těhotná kontrolována 2x v týdnu. V rámci každé ambulantní poradny byl natočen CTG záznam, provedeno ultrazvukové vyšetření včetně UZ flowmetrie. Od týdne gravidity 41+1 pokaždé doporučena indukce porodu a od týdne gravidity 42+0 doporučen primární císařský řez. Námi doporučené postupy však pacientka opakovaně odmítala a svůj postoj vždy stvrdila podpisem negativního reverzu. K hospitalizaci byla přijata in grav. hebd. 43+6 pro spontánní odtok vody plodové bez kontrakční činnosti. Voda byla zkalená, pacientka afebrilní, laboratorně zánětlivé parametry negativní. Příjmový monitor fyziologický. Doporučen jí byl císařský řez, který odmítla, podepsala negativní reverz. Jako alternativní postup jí byla navržena indukce porodu, kterou též odmítla s přáním vyčkat samovolného nástupu kontrakcí. Následující den, in grav. hebd. 44+0, laboratorně zaznamenána mírná elevace zánětlivých parametrů, kontrakční činnost dělohy stále nepřítomna. Vzhledem k laboratorním známkám počínající infekce doporučena aplikace antibiotické terapie, s níž pacientka nesouhlasila, opět nesouhlasila ani s provedením císařského řezu, byly podepsány další negativní reverzy. Avšak s indukcí porodu již souhlasila. Zvolena byla metoda klasické indukce porodu – infuze s oxytocinem. Spontánní porod záhlavím proběhl týž den – in grav. hebd. 44+0, u porodu přítomna dula. Peripartální CTG záznam byl točen kontinuálně a po celou dobu byl fyziologický. Zadní voda plodová, placenta i plodové

obaly měly žluto-zelené zbarvení, porodní poranění ruptura perinei IIIA. Vzhledem k většímu porodnímu poranění jsme indikovali ATB profylaxi, pro riziko TEN LMWH profylaxi, s nimiž pacientka souhlasila. Novorozenec mužského pohlaví měl porodní hmotnost 4150g, Apgar skóre 7/9/9, vykazoval známky postmaturity (nazelenalá olupující kůže). Pro v.s. novorozeneckou sepsi byl přeložen na neonatologické oddělení Nemocnice Písek. Kultivačně ve výtěru z krku a zvukovodu prokázán *Streptococcus agalactiae*, v hemokultuře *Enterococcus faecalis*. Laboratorně přítomna výrazná elevace IL-6 (9883). Po sedmidenní kombinované i.v. ATB terapii došlo ke zlepšení jeho klinického stavu, v laboratoři poklesly zánětlivé parametry. Průběh šestinedělí rodičky byl nekomplikovaný a byla časně dimitována na neonatologické oddělení za novorozencem, společně pak byli propuštěni domů 7 dní po porodu. V histologickém vyšetření placenty prokázány regresivní změny a potvrzen akutní bakteriální zánět placenty a plodových obalů.

Podněty k diskusi, závěr

Odmítání indukce porodu je v současné době stále častější jev vzhledem k mezi rodičkami rostoucí popularitě alternativních porodů. Avšak porod v takto pokročilém stadiu těhotenství výjimečný je. Na uvedené kazuistice demonstrujeme, že i spontánní porod ve 44. týdnu gravidity nemusí mít fatální výstup. Výrazně rizikový však jednoznačně je a zároveň v takto pokročilých týdnech gravidity existuje mnoho úskalí jako například nedostupné doporučené postupy ohledně dispenzarizace nebo chybějící referenční meze k posuzování prosperity těhotenství. Do budoucna lze vzhledem k trendu alternativních porodů očekávat, že se s touto problematikou budeme setkávat stále častěji.

Vetřelec. Diagnosticko-terapeutické dilema akutní bolesti břicha ve 3. trimestru gravidity

Janáčková E., Knetlová K.

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

ejanacova@pobox.sk

Úvod

Akutní bolesti břicha v těhotenství představují častou, avšak klinicky náročnou situaci, která vyžaduje rychlou a precizní diferenciální diagnostiku. Náhlé příhody břišní se v graviditě vyskytují dle různých zdrojů s četností 1:500–635 gravidit. Vedoucí klinické příznaky se částečně překrývají s běžnými nespecifickými těhotenskými symptomy, což komplikuje rozpoznání skutečně závažných situací a představuje nebezpečí pro matku i plod. Navíc fyziologické změny v těhotenství snižují senzitivitu běžně užívaných ukazatelů zánětu či stresové reakce, a tím ztěžují interpretaci laboratorních výsledků.

Popisujeme případ pacientky ve 3. trimestru dosud nekomplikované gravidity s akutní bolestí břicha a nálezem objemného tumoru při pravé hraně děložní. V diferenciální diagnostice byla iniciálně zvažována torze/subtorze ovaria či torze myomu. Tato kazuistika zdůrazňuje diagnostické obtíže spojené s velkými nádorovými masami v graviditě a ilustruje, jak benigní útvary jako jsou leiomyomy, mohou imitovat cystické adnexální léze a s nimi související komplikace vyžadující akutní chirurgickou intervenci. Podporuje význam komplexního přístupu, individualizaci léčby a prevenci neindikovaných radikálních zákroků.

Vlastní kazuistika

31letá primigravida in gh 31+3 přijata na gynekologicko-porodnické oddělení pro akutní bolesti břicha vpravo trávající 14 dní, v den vyšetření s výrazně vyšší intenzitou, pravděpodobným zdrojem obtíží dle pacientky útvar při pravé hraně děložní, který sama nahmatala. Dosud fyziologický průběh gravidity po spontánní koncepci, anamnéza pacientky nevýznamná. Pohyby plodu cítí, nekrvácí, nepravidelné tvrdnutí břicha, plodová voda netekla. Dysurie neguje, plyny odchází, stolice v den vyšetření v normě. Objektivní nález: hemodynamicky stabilní, orientována, normotenzní, afebrilní, mobilita pro bolest omezena (chůze obtížná, bez úlevové polohy). Významná palpační citlivost břicha vpravo s maximem v pravém meso- a hypogastriu při hraně děložní, zde

hmatná dobře ohraničena pohyblivá objemná kulovitá rezistence. Děloha normotonická, velikosti odpovídá stáří gravidity, tapottement bilaterálně negativní. V laboratorním vyšetření mírná anémie, jinak bez pozoruhodností. CTG záznam fyziologický, klidový vaginální nález. Dle ultrasonografie intrauterinně 1 vitální plod mužského pohlaví, v poloze podélné hlavičkou, placenta ve fundu děložním bez známek odlučování, pohyby plodu četné, EFW 1735 g (odpovídá 37. percentilu). Vpravo vedle dělohy útvar velikosti 10x8x6 cm, anizoechogenní, hypoechogenní ložiska centrálně, s patrnou perfuzí, v diferenciální diagnostice zvažován myom a potenciálně jeho subtorze, či ovariální subtorze/torze. Vzhledem k stáří gravidity a nejednoznačnému ultrazvukovému nálezu po příjmu zahájena indukce plicní zralosti plodu a symptomatická terapie, analgetika a magnesioterapie intravenózně s rychlým efektem. Pro intermitentní přetrvávání potíží následující den provedeno MR vyšetření břicha a pánve s patrnou expanzí velikosti 11x5x5 cm a opět nejednoznačným závěrem, bez prokázání původu útvaru. Doplněn expertní onkogynekologický UZ, v diferenciální diagnostice benigní cystický útvar (v.s. luteom), torze nebo subtorze ovaria, myom děložní. Onkomarkery negativní. Opakovaně diskutován další postup, diagnostickou laparoskopii nelze pro pokročilý týden gravidity provést, rozhodujeme se mezi chirurgickou intervencí laparotomií a dále dle intraoperačního nálezu adnexektomie či myomektomie s eventuálním současným porodem plodu císařským řezem nebo pokračováním v expektaci a pečlivém monitoringu pacientky. Vzhledem k dobrému klinickému stavu, stacionárnímu laboratornímu a ultrazvukovému nálezu volíme konzervativní postup. 14. den hospitalizace pacientka subjektivně zcela bez potíží, dimitována v celkově dobrém klinickém stavu do domácí a ambulantní péče s dalším sledováním v rizikové poradně. Stav pacientky v průběhu kontrol bez progrese, gravidita prosperující, plod eutrofický. Vzhledem k nálezu tumoru neznámého původu v oblasti pravé hrany děložní indikováno ukončení gravidity primárním císařským řezem. Výkon proveden in gh 38+5 v celkové anestezii z dolní střední laparotomie, bez komplikací porozen živý novorozenec mužského pohlaví s dobrou časnou poporodní adaptací. Peroperačně identifikovány 2 makroskopicky nesuspektní útvary vycházející ze svaloviny přední stěny děložní (v.s. myomy) vel. 12x6 cm a 2x1,5 cm, adnexa bilaterálně bez zjevné patologie. Provedena nekomplikována myomektomie nástrojem LigaSure, materiál odeslán k histologické verifikaci.

Podněty k diskusi, závěr

Děložní myomy jsou benigní nádory vznikající z hladkých svalových buněk myometria a představují nejčastější nezhoubný útvar ženského genitálního traktu. Klinické projevy myomů závisí na jejich velikosti, lokalizaci a počtu, přičemž část myomů je zcela asymptomatických. Nekrotické změny uvnitř myomu (torze, infarzace či infekce) mohou vyvolat příznaky, které jsou mylně zaměněny za jiné patologie (benigní/maligní cystické útvary, torze/subtorze ovaria či adnex, ruptury ovariální cysty nebo jiné komplikace). V některých případech může být obtížné jednoznačně určit původ bolesti na základě běžně dostupných vyšetřovacích metod, i magnetická rezonance a ultrazvukové vyšetření mohou poskytnout nejednoznačné výsledky, což prodlužuje diagnostický proces a vyžaduje pečlivé vyhodnocení.

Klíčovým momentem našeho případu bylo zachování konzervativního postupu při pečlivé monitoraci vývoje klinického a laboratorního stavu pacientky. Díky individualizovanému rozhodování se podařilo prodloužit těhotenství do termínu porodu a předejít tak nejen předčasnému porodu, ale i neindikované chirurgické intervenci v akutním stadiu. Definitivní diagnóza objasněná až peroperačně potvrdila správnost zvoleného postupu.

Nezkrotná placenta**Vaňo R., Gilani D.**

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

robertvano99@seznam.cz**Úvod**

Preeklampsie je hypertenzní onemocnění způsobené patologickou invazí trofoblastu, proto postihuje výhradně těhotné ženy, případně ženy recentně po porodu. Onemocnění ve všech svých formách postihuje asi 8 % žen. Preeklampsie se projevuje vždy hypertenzí (buď preexistující nebo nově vzniklou v těhotenství), která je komplikovaná minimálně jednou z následujících patologií – signifikantní proteinurií, růstovou restrikcí plodu, laboratorními abnormalitami (elevace jaterních testů, trombocytopenie, známky intravaskulární hemolýzy, elevace markeru preeklampsie – sFlt1/PlGF). Dle období klinické manifestace se dělí na časnou a pozdní, kde hranicí je 34. týden těhotenství. Časná preeklampsie bývá závažnější a bývá spojena s výrazně horšími perinatologickými výsledky. V současné době lze v prvním trimestru na základě screeningu vyselektovat pacientky v riziku rozvoje časně preeklampsie a těmto ženám nabídnout profylaxi ve formě kyseliny acetylsalicylové. Během prenatálních kontrol je každé těhotné pacientce změřen její krevní tlak a provedeno orientační vyšetření moče na proteinurii. V případě zjištěné patologie by měla být nasazena antihypertenzní terapie a měl by být častěji monitorován růst plodu a laboratorní změny pacientky. Kauzální léčbou je pouze porod s odstraněním placenty, což, především v případě časně preeklampsie, koliduje s nízkým gestačním stářím plodu.

Vlastní kazuistika

36letá těhotná pacientka je referována registrujícím gynekologem na naše pracoviště v gestačním stáří 25+1 pro těžkou hypertenzi. Porodnická anamnéza bez nápadností – pacientka rodila třikrát vaginálně v termínu, všechny děti jsou zdravé. Při příjmu je pacientka bez výrazné symptomatologie. Vstupní krevní tlak je 217/141 mmHg. Následným ultrazvukovým vyšetřením je zjištěna těžká hypotrofie plodu – váhový odhad 420 g (0. percentil), oligohydramnion a dopplerovské známky těžké poruchy feto-maternální jednotky (patologická flowmetrie a. uterina a a. umbilicalis). V laboratoři dominují extrémní hodnoty preeklamptického markeru – 1716 (norma je do 84) a proteinurie – ACR 187 (norma do 30), zbytek laboratoře bez nápadností. V osobní anamnéze pacientky je v popředí esenciální hypertenze se suboptimální kompenzací, obezita a pozitivní screening na preeklampsii. Pacientka užívá profylakticky kyselinu acetylsalicylovou a dvojkombinaci antihypertenziv – beta-blokátor a centrální antihypertenziva. Na základě klinického, laboratorního a ultrazvukového nálezu je stav uzavřen jako těžká časná preeklampsie superponovaná na chronickou hypertenzi.

Pro těžkou hypertenzi je nasazena intravenózní antihypertenzní terapie (labetalol, následně urapidil) za současného navýšení perorální antihypertenzní medikace – navýšeno dávkování beta-blokátorů a centrálních antihypertenziv a přidán blokátor vápníkového kanálu – vše v maximálním možném dávkování. Cílem je udržet krevní tlak mezi 150–160/100–110 mmHg. Vzhledem k progredujícím otokům zajištěna periferní žíla Midline katetrem. Jako prevence eklampsie je pacientce podána současně intravenózně magnezioterapie. Stav se na terapii částečně upravuje – tlak se udržuje okolo 180/120 mmHg. Vzhledem k těžké růstové restrikci další monitoring plodu, krom sledování vitality, není prováděn. U těžké růstové restrikce s ohledem na velmi nejistou prognózu plodu je hranice viability posunuta až na 26. týden. Kvůli blížícímu se 26. týdnu jsou aplikovány kortikoidy jako indukce plicní zralosti plodu. Pacientce bylo vše vysvětleno a s postupem souhlasí. Dále observace za hospitalizace bez výrazných komplikací, postupně se ale zvyšují se nároky intravenózní terapie.

V gestačním stáří 26+0 je zachycena bradykardie u plodu a dopplerovským vyšetřením jsou již zjištěny pokročilé známky hypoxie a srdečního selhávání u plodu. Pacientka je informována o indikaci k urgentnímu ukončení těhotenství. Ta s ohledem na úspěšnou reprodukční anamnézu,

rodinou situaci a obavy z velmi nejisté prognózy pro plod akutní ukončení odmítá a souhlasí s další expektací. Během následujících několika hodin je konstatována asystolie plodu. Kvůli nestabilnímu krevnímu tlaku a obavám z komplikací při vaginálním porodu je těhotenství ukončeno císařským řezem. Je vybaven novorozenec ženského pohlaví, 450 g, bez známek života. Po porodu je pacientka observována na jednotce intenzivní péče. Postupně je vysazena intravenózní antihypertenzní léčba a optimalizována perorální medikace. Ještě za hospitalizace je provedeno echokardiografické vyšetření, kde je popsána hypertrofie levé komory, jinak bez patologie. Pacientka propuštěna s relativně stabilizovaným tlakem okolo 160/100mmHg 7. den po porodu. Pitva plodu potvrzuje známky srdečního selhání na podkladě asfyxie, jinak bez známek vrozených vývojových vad. Histopatologické vyšetření placenty potvrzuje těžkou mateřskou vaskulární malperfuzi s akutními i chronickými ischemickými změnami na podkladě poruchy fetoplacentární jednotky.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika vyzdvihuje důležitost pravidelných kontrol v těhotenství, odhaluje problematiku onemocnění preeklampsie a na druhé straně nám ukazuje i limity moderní léčby. V neposlední řadě je třeba zmínit důležitost braní v potaz nejen aktuálního zdravotního stavu, ale zasazení do kontextu celé situace pacientky i její rodiny – její úspěšná předchozí porodnická anamnéza 3 zdravých dětí – pacientku maximálně empaticky informovat o aktuální situaci, vše dostatečně probrat a najít společné řešení.

Jako zabít ptáčka

Le Thu Huong, Šefránek J.

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

gchlethi707@gmail.com

Úvod

30letá pacientka, obézní, exkuřačka s anamnézou astmatu v dětství, byla přivezena pro tři dny progredující dušnost, febrilie a kašel. Při přijetí byla v hypoxii. Přijata na JIP. Na základě klinického, laboratorního a rentgenového nálezu uzavřeno jako bilaterální pneumonie a zahájena antibiotická léčba. Klinický stav pacientky se mírně zlepšil, avšak HRCT obraz plic zůstal stacionární. Po důkladnějším odebrání anamnézy zjištěn kontakt s papoušky. Uzavřeno a léčeno jako hypersenzitivní pneumonitida (dříve exogenní alergická alveolitida).

Vlastní kazuistika

Pacientka byla přijata pro tři dny progredující dušnost doprovázenou hyposaturací (SpO₂ 79 %), tachypnoí, subfebriliemi a kašlem s bílou pěnou bez příměsí krve. V anamnéze je zajímavé, že se v dětství léčila s astmatem, je exkuřačka, minulý týden zatápěla doma a vdechla kouř. V úvodní fázi byla vyloučena plicní embolie. Při fyzikálním vyšetření byla přítomna tachypnoe a bilaterální expirační chrůpky do poloviny plicních polí. Laboratorně bylo zjištěno zvýšené CRP (115 mg/l) a pozitivní stěr z nasopharyngu na pneumokoka. Na RTG a CT hrudníku – zastření oboustranně a opacity mléčného skla v obou plicích. Byla vyslovena suspekce na infekční onemocnění dýchacích cest. Pacientka hospitalizována na oddělení JIP. Na oboustrannou pneumonii nasazena kombinovaná antibiotická léčba (Taximed, Ciprofloxacin) spolu s podpůrnou terapií. Klinický stav se mírně zlepšil, CRP kleslo na 73 mg/l. Avšak na RTG hrudníku byla naznačena progresse zastření. Po konzultaci s pneumologem byla antibiotická terapie rozšířena na trojkombinaci (Taximed, Penicilin, Klacid). Následovalo další zlepšení klinického stavu a pokles CRP na 12 mg/l. Avšak o 4 dny později na HRCT plic zůstal nález stejný – centrilobulárně uložené, neostře ohraničené noduly denzit mléčného skla s většími okrsky charakteru mléčného skla s distribucí převážně v horních a středních partiích plic (obraz typický pro hypersenzitivní pneumonitidu). Bronchoalveolární laváž potvrdila výraznou lymfocytózu, zatímco kultivace byly negativní, což nasměrovalo diagnostiku k neinfekční etiologii. Podrobnější odběr anamnézy od pacientky byl klíčový, neboť bylo zjiště-

no, že pacientka chová slepice, kachny a od konce minulého roku několik druhů papoušků. Což ozřejmilo, že došlo k expozici ptačím alergenům. Po zahájení léčby systémovými kortikosteroidy (Prednison) došlo k úplnému zlepšení klinického stavu a RTG obraz plic byl následně bez patologických změn. Vzhledem k částečnému zlepšení klinického stavu a poklesu CRP po nasazení antibiotik možnou superinfekci v počátečních fázích léčení nelze vyloučit.

Podněty k diskusi, závěr

Na základě nálezu na HRCT v diferenciální diagnóze zvažována infekční bronchiolitida, hypersenzitivní pneumonitida a respirační bronchiolitida. Tato kazuistika potvrzuje, že zlatým pravidlem medicíny je správně odebraná anamnéza. Prvotní klinický obraz naznačoval jasnou pneumonii, ale teprve detailní anamnéza odhalila skutečnou diagnózu hypersenzitivní pneumonitidy s možnou nasedající infekcí. Podobně jako v knize “Jako zabít ptáčka” platí, že první pohled může klamat a porozumění vyžaduje znát celý příběh.

CEUS: Nečekaný zachránce

Švecová J., Troupová M.

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

svecova.jana.js@gmail.com

Úvod

57letý pacient byl přijat pro febrilie, celkovou alteraci stavu a elevaci zánětlivých parametrů, sám dále udával nechutenství, řezání při močení a průjem. Následně provedenými vyšetřeními byla pacientovi zjištěna diagnóza tumoru sigmatu a na ultrazvukovém vyšetření popsány suspektní metastázy v játrech, které mělo verifikovat CT vyšetření, to však bylo negativní. V dalším postupu bylo doporučeno provést vyšetření CEUS – ultrazvuk s podáním kontrastní látky, které přítomnost metastáz potvrdilo.

Vlastní kazuistika

Pacient se bez doporučení dostavil do nemocnice pro celkové zhoršení stavu, dysurii a čtyři dny trvající řídkou stolicí. Partnerka udávala, že méně jí i pije. Dosud se léčil pouze s hypertenzí a prodělal intracerebrální krvácení v roce 2022, kdy po něm přetrvává pravostranná hemiparéza. Pacientovi původně přijatému pro gastroenteritidu byla provedena základní laboratorní vyšetření, při kterých proběhl prvozáchyt diabetu mellitu II. typu a anémie. Na základě zjištěné anémie ošetřující lékař indikoval gastrokopii a ultrazvukové vyšetření břicha. Gastroskopie důvod anemizace neobjasnila, proto bylo doporučeno koloskopické vyšetření. Na ultrazvukovém vyšetření byla popsána vícečetná hypoechogenní ložiska v terénu steatózy jater imponující jako suspektní metastatický proces a zesílená stěna sigmatu. Tato byla následně potvrzena koloskopickým vyšetřením, při kterém byl objeven stenózující tumor sigmatu neprostupný pro endoskop. Bylo objednáno celotělové stagingové CT vyšetření potvrzující tumor sigmatu a zesílenou stěnu močového měchýře v těsném kontaktu s tumorem, avšak neprokázalo maligní proces jaterního parenchymu. Po konzultaci s radioložkou bylo k další verifikaci zajištěno CEUS vyšetření, které potvrdilo vícečetný metastatický proces jater s postižením obou laloků. Pacientovi byla provedena paliativní resekce sigmatu, založení transversostomie a nasazena biochemoterapeutická léčba.

Podněty k diskusi, závěr

Pacient byl nejprve hospitalizován pro banální gastroenteritidu a podezření na infekci močových cest. Až nález anémie při rutinním laboratorním vyšetření spustil kaskádu vyšetření vedoucí k objevení závažné malignity. Unikátním prvkem tohoto případu je diskrepance mezi CT a CEUS vyšetřeními, která je mimořádně cenná, jelikož v klinické praxi je za „zlatý standard“ pro detekci metastatického postižení jater považováno CT, zatímco CEUS je často vnímán pouze jako doplňková metoda. V našem případě prokázal vyšší senzitivitu a stal se klíčovým pro definitivní stanovení rozsahu maligního procesu, což podtrhuje význam multimodálního zobrazení a důležitost zdánlivě méně preferovaných metod, které se mohou stát v konkrétní klinické situaci zásadní.

Sál NLZP – 1. přednáškový blok**Síla multidisciplinárního týmu****Prášková M.**

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod

Každý člen z multidisciplinárního týmu přináší specifické znalosti a zkušenosti, díky kterým je možné nahlížet na péči pacienta komplexně a poskytnout ji kvalitněji než při práci jednotlivce. Klíčová role je spolupráce, otevřená komunikace a respekt k rozdílným kompetencím.

Acne inversa je chronické, zánětlivé a bolestivé onemocnění kůže. Projevuje se opakovaným vznikem zánětlivých uzlů, abscesů a píštělí, nejčastěji v oblastech s kožními záhyby (podpaží, třísla, gluteální krajina). Toto onemocnění ovlivňuje kvalitu života pacientů – nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Nevýhodou tohoto onemocnění je, že přesná příčina není dosud zcela objasněna.

Kazuistika

Pacientka, 36 let, dlouhodobá biologická a konzervativní léčba s acne inversa na vnějším genitálu a v axilární oblasti. Onemocnění se u ní projevovalo opakovanými zánětlivými uzly a píštělemi v oblasti zevního genitálu a axil, s tvorbou rozsáhlých defektů kůže – asi 3 % kožního povrchu. Konzervativní terapie vedená po dobu 5 let byla neefektivní, a proto byla odeslána z kožního oddělení na gynekologicko-porodnické oddělení, stanici gynekologie, k plánovanému výkonu na vnějším genitálu. V říjnu 2024 pacientka podstoupila chirurgický výkon – ošetření rány na genitálu a transplantaci kůže. Byla zahájena antibiotická terapie dle citlivosti, dále byly prováděny pravidelné převazy, odběry kontrolních stěrů a sledování hojení. Vzhledem k charakteru onemocnění pacientka prošla komplexní léčbou napříč více odbornými pracovišti – kožním, gynekologickým, plasticko-chirurgickým a psychiatrickým.

Závěr

Pacientka prodělala dlouhodobou a komplexní léčbu, při které byla zapojena kožní, gynekologická, plasticko-chirurgická i psychiatrická péče. Díky spolupráci všech specialistů, tedy multidisciplinárního týmu, se podařilo řešit nejen fyzické, ale i psychické potíže pacientky. Nyní se pacientka cítí lépe, jak fyzicky, tak psychicky. Před ní ale stále stojí další plánovaná operace axilární oblasti, naplánovaná na listopad tohoto roku. Případ ukazuje, jak je důležitá koordinace a spolupráce různých odborníků při péči o pacientky s komplexním onemocněním, protože tak lze postupně zlepšit její celkový stav a kvalitu života.

Od skřípnutého nervu k duálnímu výboji**Filipová K., Brabec J.**

Urgentní příjem, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

karolinafilipova88@gmail.com**Úvod**

Pacient s psychickou nadstavbou přichází po své ose s bolestmi v podžebří na urgentní příjem.

Vlastní kazuistika

Pacientka přicházející v noci pro bolest v podžebří s pocitem skříplého nervu, následně bledost, opocenost a stupňující se bolest. Na urgentním příjmu pacientka komplexně vyšetřena. Náhle pacientka upadá do bezvědomí z důvodu komorové fibrilace s následnou úspěšnou resuscitací na urgentním příjmu předána na oddělení ARO k následné péči.

Podněty k diskusi, závěr

Negativní EKG s odstupem 5 minut natočeno 2. EKG s pozitivním nálezem. Negativní D-dimer. Zástava oběhu s úspěšnou resuscitací, pacientka probrouhána do plného vědomí.

Intravaskulární horor – pravdivý příběh jedné kanyly

Vrbová A., Papoušková V.

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Periferní žilní kanylace patří mezi nejčastější invazivní výkony v klinické praxi a je spojena s rizikem komplikací. Jednou z nejvýznamnějších je flebitida, která může vznikat na podkladě mechanického, chemického nebo infekčního podráždění žíly a negativně ovlivnit průběh léčby.

Prezentace se zaměří na problematiku flebitid spojených se zavedením periferní žilní kanyly. Bude představen přehled rizikových faktorů, patofyziologie a klinických projevů. Zvláštní pozornost bude věnována doporučením k prevenci, zejména otázce maximální délky zavedení periferní žilní kanyly, pravidelným kontrolám místa vpichu a indikaci k výměně. Součástí sdělení bude i přehled hodnotících škál využívaných v klinické praxi a jejich role včasné detekci komplikací.

Cílem prezentace je shrnout klíčové aspekty prevence a managementu flebitid a poukázat na význam systematického přístupu k tomuto tématu v každodenní klinické praxi.

POCUS není pokus – základní ultrasonografické vyšetření v před/nemocniční péči

Procházka P.

Oddělení urgentního příjmu, Nemocnice České Budějovice, a.s., Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Úvod

Základem Point-of-Care ultrasonografie (POCUS) je jednoduché, schematické a relativně rychlé vyšetření pacienta s akutním symptomem/syndromem. Provádí a interpretuje jej ošetřující zdravotnický pracovník v místě kontaktu s pacientem. POCUS je užitečným nástrojem při diferenciální diagnostice řady akutních stavů, jako jsou např. hypotenze, dušnost, bolest na hrudi či bolest břicha. Dále může přinést přesnější nastavení terapie a v přednemocniční neodkladné péči vede v indikovaných případech ke změně směřování pacienta.

Vlastní kazuistika

Skupina kazuistik má jako společného jmenovatele využití Point-of-Care ultrazvukového vyšetření provedeného nelékařem. Kromě odběru osobní anamnézy a fyzikálního vyšetření pacientů ilustrují všechny kazuistiky potenciál tzv. „třetího rozměru“, který POCUS nabízí. U pacienta s dušností, bolestí na hrudi či bolestí břicha vedly jednotlivé nálezy zasazené do kontextu klinického stavu pacienta v některých případech k přesnější diagnostice a jasnější terapeutické úvaze.

Podněty k diskusi, závěr

Ačkoliv je POCUS na mnohých zdravotnických pracovištích či v oblasti poskytování přednemocniční péče běžně využívanou metodou, tematicky stále přináší několik zajímavých a dosud ne zcela zodpovězených otázek. Jedná se zejména o efektivní využití POCUS (rutina vs. cílené vyšetření), hodnocení a stanovení rizik a benefitu, minimálních požadavků na zkušenost a erudici operátora a mnohé další. Racionální využívání POCUS je nepovinnou, ale prospěšnou a stále dostupnější součástí vyšetření pacienta v přednemocniční a nemocniční péči.

Zdroje:

Point of care ultrasonografie – „game changer“ v přístupu k akutním stavům v interně. Online. *Aktuální medicína*. 2023, roč. 7, č. 2, s. 29–33. Dostupné z: <https://39plus.cz/point-of-care-ultraso->

nografie-game-changer-v-pristupu-k-akutnim-stavum-v-interne/. [cit. 2025-08-26].

SPOLEČNOST VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP. *Pracovní skupina pro ultrazvuk v primární péči*. Online. Dostupné z: <https://svl.cz/odborne-pracovni-skupiny/ultrazvuk>. [cit. 2025-08-26].

<https://www.akutne.cz/res/publication/000407/1-6-skulec.pdf>. Online. In: ŠKULEC, Roman. Akutně.cz. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publication/000407/1-6-skulec.pdf>. [cit. 2025-08-26].

Řešení otevřené zlomeniny tibie se ztrátou kostní hmoty u adolescenta

Stehlíková L.

Oddělení úrazové chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kazuistika pojednává o 17letém chlapci po úrazu na motocyklu.

Došlo k závažnému poranění celé levé dolní končetiny. Jednalo se o zlomeniny diafýzy femuru, distálního femuru a nejkomplicovanější byla tříštivá, otevřená zlomenina distální 1/3 tibie. Té se věnuje naše kazuistika.

Při poranění tibie došlo ke ztrátě kostní hmoty v rozsahu 7cm. Poranění bylo řešeno fázově. V první době byl proveden radikální debridement a naložen zevní fixátor k zabránění rozvoje infekčních komplikací. V druhé části ošetření byla provedena konverze zevního fixátoru na vnitřní fixaci pomocí dlahy a defekt byl vyplněn ATB spacerem. V poslední fázi byl ATB spacer odstraněn a defekt kosti vyplněn pomocí autospongioplastiky.

Chlapec se zhojil a nyní 2 roky od úrazu končetinu plně zatěžuje a je prakticky bez obtíží.

Sál NLZP – 2. přednáškový blok**Psychogenní dysfagie: proces somatizace psychických potíží****Kubík T.**

Klinická logopedie, Nemocnice Písek, a.s.

Úvod

Obtíže při polykání se odborně nazývají dysfagie. Tato porucha může postihovat příjem slin, tekutin a pevné stravy. Definuje se jako narušený přesun bolusu z ústní dutiny do žaludku, způsobený poruchami struktur nebo funkcí, které jsou pro proces polykání zásadní. Běžně se v odborné literatuře rozlišuje několik základních typů dysfagie. Hledisko lokalizace nám pomáhá určit místo, kde v celém průběhu bolusu oro-faryngo-esofageálním traktem vzniká pravděpodobné ohnisko potíží – zde rozlišujeme dysfagii orální, transportní, faryngeální a esofageální. Z hlediska příčiny se doposud v literatuře rozlišovaly dva základní typy dysfagie – neurogenní a strukturální. Neurogenní typ je spojen s poruchami nervového systému. Nejčastěji uváděným příkladem je cévní mozková příhoda, ale i neurodegenerativní onemocnění jako jsou amyotrofická laterální skleróza, Parkinsonova choroba aj, či autoimunitní porucha nervosvalového přenosu jakou je myasthenia gravis. O strukturální dysfagii hovoříme v případech, kdy potíže s polykáním vznikají v důsledku působení novotvaru v oblasti dutiny ústní, hltanu a hrtanu nebo jsou způsobeny nějakým mechanickým poškozením těchto struktur úrazem či operačním zásahem. O psychogenní etiologii potíží při polykání se odborná literatura zmiňovala doposud jen velmi sporadicky. Tato kazuistika nepřináší pouze základní informace o této diagnostické kategorii, ale i stručný pohled na možnosti diagnostiky u poruchy polykání obecně a apeluje na nutnost mezioborové spolupráce klinické logopedie s ostatními medicínskými obory.

Vlastní kazuistika

Pacientka ve věku 46 let byla přijata na neurologické oddělení k vyšetření náhle vzniklé izolované dysfagie.

Anamnéza při přijetí:

Pacientka neměla dříve žádné vážné onemocnění a neprošla žádnou léčbou. Aktuální obtíže pacientka popsala jako skoro udušení při polykání tablety. Následně si dávala pozor a jedla opatrněji a nevyskytly se žádné další výrazné obtíže. Po několika dnech se opět objevily potíže s dáváním. Vyšetření na ORL ukázalo normální nález na hlasívkách. Pacientka neudala bolesti v krku, jiné obtíže nezaznamenala a nemá potíže s řečí. GCS 15; plně orientována osobou a místem; oro-faciální soustava v normě; bez přítomnosti dysartrie a fatické poruchy; HKK a DKK v normě – celkově bez jasné patologie.

Osobní anamnéza

Rozhovor s pacientkou naznačil, že se jedná o osobu s úzkostnou povahou, která však nikdy nevyhledala odbornou psychiatrickou péči. V poslední době pacientka procházela značným stresem, který pravděpodobně souvisí se situací v její rodině. Zdravotně pacientka nebrala žádné léky na předpis, neměla žádné chronické onemocnění, které by mělo vliv na její zdraví. Potíže s polykáním se poprvé objevily již v předchozím roce, kdy pacientka zažila náhlý incident, při kterém měla potíže s dýcháním a polykáním, což vedlo k podezření na aspiraci. Tento incident způsobil výrazné zhoršení schopnosti polykat nejen tekutiny, ale i pevnou stravu. Postupně se přidaly i potíže s polykáním slin. Tento stav vedl k hospitalizaci na neurologickém oddělení, kde probíhala řada vyšetření, ale žádná zjevná patologie nebyla zjištěna, což vyloučilo možné neurologické nebo strukturální problémy. I přesto potíže přetrvávaly, to vedlo k dalšímu omezení jídelníčku na měkkou stravu a omezený příjem tekutin. V důsledku těchto potíží zhubla pacientka přibližně 5 kilogramů.

Doplňná vyšetření:

Gastroskopie: jícen bez patologií a bez známek stenózy

RTG polykací akt: ukončen pro opakované dávení

MRI mozku: neprokázány ischemické změny ani demyelinizační změny mozkové tkáně

MRI páteře: rozsah zobrazení C1–TH4 – bez ložisek, páteřní kanál volný

CTA: tepny krku, intrakraniální tepny včetně Willisova okruhu a VB povodí uspořádány obvykle, volné, bez aneurysmat

CT hrudníku: skelet bez traumatu či maligní destrukce; thymom neprokázán

Logopedické vyšetření:

Dysartrický profil 3F: bez prokázané patologie

FEES: zcela fyziologický průběh polykání

Závěr: izolovaná dysfagie, t.č. nesplňující diagnostická kritéria pro Myastenii Gravis, dif. Dg.

Funkční porucha polykání; z neurologického a logopedického pohledu se pacientka jeví v normě

Podněty k diskusi, závěr

Na základě všech provedených vyšetření nebyly zjištěny žádné zjevné známky orofaciální dysfunkce, tedy poruchy pohybu ústních a obličejových svalů, ani motorické poruchy řeči (dysartrie) nebo neurogení dysfluence (problémy s plynulostí řeči). Všechna ostatní medicínská vyšetření vykazují normální nálezy, včetně endoskopického vyšetření FEES, které ukazuje fyziologický průběh polykání. Vzhledem k absenci organických příčin potíží je pravděpodobná psychogenní příčina problémů. Potíže tak mohou být vyvolány procesem postupné somatizace déletrvajících intenzivní psychické zátěže, akutním psychickým stresem nebo úzkostí.

Výstupní diagnosticko-terapeutický závěr

Pacientka byla edukována o správném postupu při zvládání dysfagie, tedy při potížích s polykáním. Pacientce byl vysvětlen správný mechanismus polykání a byly popsány jednotlivé fáze polykání. V současnosti jí byla doporučena perorální (ústní) výživa a hydratace, přičemž nebyla stanovena žádná další dietní omezení. Důležitý je pravidelný monitoring vývoje jejích potíží. V případě zhoršení symptomů byla doporučena kontrolní vyšetření po telefonické domluvě.

Dále byla pacientka v rámci interdisciplinární spolupráce odkázána na psychologickou terapii, která by mohla mít zásadní vliv na aktuální stav pacientky a jejích obtíží.

Vysvětlení a poradenství umožní pacientovi odkrýt povahu celého procesu polykání a zastaví proces nevědomé somatizace potíží. Nicméně nemusí nutně zabránit aktivaci somatických potíží do jiné oblasti těla. Nutností je psychologická péče.

Od meningoencefalitidy až k thorakoperitoneálnímu shuntu

Růžičková K., Ottenschlägerová D.

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

karolinar@email.cz

Úvod

Intradurální adheze jsou příkladem vzácných komplikací neuroinfekcí postihujících mozkomíšní pleny. Vznikají po meningitidě v důsledku zánětu a zjizvení arachnoidální membrány. Tyto adheze mohou vést ke kompresi míchy, tvorbě cyst a rozvoji neurologického deficitu. V rámci kazuistiky budeme prezentovat složitou léčbu pacienta, který se v minulosti léčil s listeriovou meningoencefalitidou. Mimo jiné se zaměříme na předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči v rámci operace hrudní páteře.

Vlastní kazuistika

Muž, 72 let

Srpen 2024

Pacient s kvadruparézou při myelopatii krční míchy a syringomyelii hrudní míchy, byl hospitalizován k dekompresi a přední krční meziobratlové fúzi (ACDF) C3/4/5. Po operaci lehce zlepšeny hybnosti a síla svalů na dolních končetinách.

Září 2024

Nově poruchy polykání, dysartrie, provedeno FEES vyšetření – doporučení zavedení PEG (vyšetření popsána v prezentaci).

Únor 2025

Pacient plánovaně přijat pro zhoršující se obtíže – progredující paraparéza DKK. Po přijetí provedena MR C, Th i L páteře – likvorová kolekce před atrofovanou míchou v oblasti C/Th přechodu, mícha je komprimována a zatlačena v kanálu páteřním dorsálně.

Operační výkon: Rozrušení intradurálních adhezí z laminotomie Th 3-4-5, zavedení pojistného thorakoperitoneálního shuntu. Odebrány vzorky na histologické vyšetření.

Duben 2025

Plánovaná kontrola v NCH ambulanci – polykání upraveno, pacient již schopen plného příjmu per os, trvá těžká paraparéza DKK. Pacient obeznámen s dalším možným operačním řešením v oblasti bederní páteře. Další operační léčbu ale odmítá.

Jak se vede pacientovi dnes?

(viz. prezentace)

Podněty k diskusi, závěr

I přes úspěšné vyléčení zánětů mozkomíšních plen může dojít k rozvoji dlouhodobých komplikací. Chirurgická léčba může být složitá a nemusí vždy vést k úplnému odstranění příznaků, zejména v případech těžkého neurologického deficitu. Touto kazuistikou bychom rády poukázaly i na to, jakou roli hraje ošetrovatelský personál právě v takových situacích, které pro něj nejsou každodenní rutinou. V těchto případech musí sestry včas zareagovat a určitým způsobem pozměnit a přizpůsobit ošetrovatelskou péči konkrétnímu případu.

Porucha „softwaru“ aneb funkční porucha hybnosti z pohledu sestry

Bohdalová H., Vojčová L., Táborská Ž.

Rehabilitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

bohdalova.helena@seznam.cz, lukucer@seznam.cz

Úvod

Naše přednáška není typickou kazuistikou zaměřenou na jednoho konkrétního pacienta. Naším záměrem je seznámit vás s problematikou funkční poruchy hybnosti z pohledu sestry a fyzioterapeutů. Jedná se o poruchu, která dříve patřila do psychiatrických diagnóz. Nyní se jedná o nemoci nervové soustavy. Tyto poruchy jsou závažné, chronické, těžko diagnostikované a velmi omezují kvalitu života pacientů.

Vlastní kazuistika

Funkční porucha hybnosti (FPH) je stav, kdy dochází k proměnlivým poruchám pohybového systému bez organické příčiny. Tento termín zahrnuje neurologické příznaky, které souvisí s poruchou fungování nervového systému. Tato porucha je typická tím, že dochází k problému „softwaru“ mozku, nikoliv „hardwaru“.

Pacienti s funkční poruchou hybnosti představují klinicky významnou skupinu neurologických poruch. U pacientů se projevují abnormální pohyby, slabost či porucha koordinace bez prokazatelné organické příčiny. Tyto poruchy jsou často chybně diagnostikovány a mohou být spojeny s významnou mírou disability.

Diagnózu u pacienta stanoví neurolog na základě odběru důkladné anamnézy a klinických příznaků.

Klíčovým aspektem v léčbě je včasné rozpoznání diagnózy a především přijetí diagnózy pacientem. U pacienta je důležitý individuální a multidisciplinární přístup (neurologii, psychiatrii, psychologii, fyzioterapii a ošetrovatelskou péči).

Závěr

Tyto poruchy jsou závažné, chronické, těžko diagnostikovatelné a významně ovlivňují kvalitu života. V posledních letech došlo k výraznému pokroku v pochopení patofyziologie těchto poruch. Úspěšná léčba vyžaduje včasnou diagnózu, citlivou komunikaci a mezioborový přístup. Klíčovou roli hraje ošetrovatelská péče a fyzioterapie zaměřená na obnovu funkce a aktivní zapojení pacienta do terapie.

Funkční porucha hybnosti a botulotoxin

Najmanová Ryšavá L.

Oddělení akutní rehabilitace, Nemocnice Písek, a.s.

lnajmanova@nemopisek.cz

Úvod

Pacient po operaci AV malformace v březnu 2024, s následnou pravostrannou hemiparézou a fatickou poruchou, který poté absolvoval jak ústavní, tak ambulantní rehabilitaci, se následně dostal k vyšetření a posouzení vhodnosti aplikace botulotoxinu. Celkové hodnocení bylo ovlivněno zjištěnou funkční poruchou hybnosti. U muže byl botulotoxin aplikován, ale s výrazným ohledem na proměnlivost obrazu hemiparézy.

Kazuistika

Pacient, muž R. J., ročník 1980 absolvoval 6. 3. 2024 resekci AV malformace TP sin (S-M3) v Nemocnici České Budějovice. Následovala hospitalizace v Nemocnici Písek na neurologickém a rehabilitačním oddělení. Poté absolvoval pobyt v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Od září 2024 do června 2025 docházel ambulantně na několik sérií fyzioterapie a ergoterapie.

Na doporučení neurologa měla být zvažena na podzim 2024 aplikace botulotoxinu. Pacient byl celkově nespokojený, opakovaně uváděl, že nemůže chodit a hýbat pravou horní končetinou a nic s ní neudělá. Objektivně zde byl obraz pravostranné hemiparézy s větším postižením na horní končetině a funkční poruchou pravostranných končetin se slabostí a hypermetrií, proto byla aplikace botulotoxinu odložena. Po sérii fyzioterapie se stav výrazně zlepšil. Při terapii se dobře uplatnila kombinace přístupu klasických metod cvičení a cvičení pro funkční poruchy hybnosti.

Na horní končetině došlo k výraznému zlepšení aktivního pohybu v rameni, lokti a zápěstí, cílená činnost s prsty stále vážla, přetrvávalo proměnlivé provedení úchopů, na akru stále zůstával obraz funkční poruchy. Ataxie se upravila. U dolní končetiny vymizela dysmetrie, zlepšila se svalová síla. Chůzi již zvládal bez obtíží na delší vzdálenost i v terénu. Při stojné fázi na akru zůstala extenze v metatarzophalangeálních kloubech. Na prstech měl viditelné otlaky. Proto byla v únoru 2025 provedena aplikace botulotoxinu Dysport do musculus extenzor digitorum longus v dávce 70 jednotek a musculus extenzor digitorum brevis v dávce 30 jednotek.

Při kontrole v březnu 2025 se při chůzi prsty méně extendovaly v MTP kloubech, byly s menšími otlaky, při stojné fázi měl na dolní končetině lepší stabilitu. Pro dobrý efekt byla aplikace zopakována v červnu 2025 podle stejného schématu.

Závěr

Aplikace botulotoxinu běžně nepatří mezi terapie zařazené do léčby funkčních poruch. Zde se vzhledem ke kombinaci s hemiparézou k léčbě dolní končetiny přistoupilo, s výsledným dobrým efektem.

Sál NLZP – 3. přednáškový blok**Naděje****Fabiánová M., Pochová T.**

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

fabianova.marie@nemcb.cz, pochova.tereza@nemcb.cz**Úvod**

Trendem dnešní doby je odkládání mateřství do vyššího věku. I z tohoto důvodu se častěji využívají metody umělé reprodukce, které zvyšují riziko vícečetné gravidity. Vícečetná gravidita je stav, při kterém se v děloze ženy vyvíjí více než jeden plod. Mnohočetné těhotenství však ohrožuje matku i plody. Spojení vyššího věku, asistované reprodukce a vícečetné gravidity jsou tedy samo o sobě predisponující faktory pro vznik komplikací.

Vlastní kazuistika

Kazuistika popisuje případ ženy, které se ve čtyřiceti letech podařilo díky metodě in vitro fertilizace o vícečetné těhotenství. V druhém trimestru došlo k nepříznivé progresi vaginálního nálezu a následné hospitalizaci na gynekologicko-porodnickém oddělení Perinatologie v Nemocnici České Budějovice. Kdy následně došlo k potracení plodu A. Rodiče si zvolili konzervativní postup s nadějí na záchranu druhého plodu. Po 14 dnech od potratu došlo k porodu i druhého plodu z dvojčat v gestační týdně 22+1, což je v České republice považováno za hraniční (šedou) zónu k záchraně novorozence. Po dvou týdnech života zemřelo na oddělení Neonatologie i druhé dvojče.

Podněty k diskuzi, závěr

Asistovaná reprodukce umožňuje pomáhat párům, které nemohou počít přirozeným způsobem. S rozvojem těchto metod však dochází k častějšímu výskytu vícečetných těhotenství. Ta jsou spojena s vyšším rizikem zdravotních komplikací jak pro matku, tak i pro plody. Z tohoto důvodu vyžadují vícečetná těhotenství zvýšenou odbornou pozornost a individuální péči.

Ze dne na den sestra v paliativní péči**Bendíková I., Pokorná J.**

Neonatologické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

ivetabendikova@seznam.cz**Úvod**

Paliativní péče u novorozence se vzácným dědičným onemocněním – pontocerebelární hypoplazií

První případ plánované paliativní péče na našem oddělení.

Vlastní kazuistika

Novorozenec přeložený ze spádové porodnice na naše oddělení. Narozen v 36+1 t.g. z důvodu krvácení bez zn. abruptce placenty, hypotrof. s porodní hmotností 2 200 g. Po porodu apnoe, AS 90/min., insuflační vdechy, poté nekonstantní dýchání bez potřeby dechové podpory, hypotonie. Na naše oddělení transportován na HFNO 6l / min, FiO₂ do 0,40. Klinicky dominuje gotické patro, zahlenění, hypotonie, asymetrie očních štěrbin, snížená výbavnost reflexů, flekční držení prstů na HK.

Pro přetrvávání nápadné hypotonie až atonie, areflexie, opičí rýha bilat, flekční držení prstů HKK, přetrvávající hmatné svalové spasmy quadricepsů bilat. byl chlapec 15. den života přeložen do FN Motol k dovyšetření. Zde na základě vyšetření diagnostikována Pontocerebelární dysplazie typ 1B, rodiče byli informováni o infaustní prognóze. Vzhledem k závažnosti diagnózy a klinickému

průběhu byl přizván paliativní tým, rodiče byli pozváni na pohovor s MUDr. Hrdličkovou. 37. den života byl chlapec převezen zpět na naše oddělení. Zde závislý na HFNO, přetrvává dyspnoe, stravu toleruje, pokračují rehabilitace. Rodiče se informují telefonicky, na návštěvy jezdí sporadicky, nemají možnost častějších návštěv, na schůzku s MUDr. Hrdličkovou nedorazili. Domluven videohovor z našeho oddělení, kde bylo rodičům vše vysvětleno, posléze souhlasí s přechodem péče do komfortně – paliativního režimu. Nastavena léčba dušnosti morfinem, LTV pozastavena, pouze symptomatická terapie. Exitus nastal 106. den po narození.

Podněty k diskusi, závěr

Naše oddělení zajišťuje intermediální péči o novorozence od 32+0 t.g., v naprosté většině případů z našeho oddělení odcházejí krásná, zdravá miminka se šťastnými rodiči. Tento případ byl zkouškou pro veškerý personál – věděli jsme, že v tomto případě to nedopadne dobře, ale všichni se snažili zajistit důstojné a klidné prostředí pro odchod miminka, a maximální podporu jeho rodiny. Tato zkušenost nás všechny zasáhla profesně a lidsky.

Aspirační pneumonie u pacienta se zavedeným PEG

Skříšovská M.

Plicní a TBC oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Skrisovska.martina@nemcb.cz

Úvod

Aspirace je akutní, život ohrožující stav. Jedná se o spontánní, nežádoucí vniknutí potravin nebo předmětu do DCD při aktivním nádechu v důsledku poruchy koordinace polykání s dýcháním. Klinický obraz je velmi rozmanitý, odvíjí se od množství aspirované potravin, velikosti aspirovaného předmětu ev. na lokalitě zaklínění.

Vlastní kazuistika

Pacientka Z.K., 1939, důchodce, hospitalizována na oddělení Plicní a TBC 5/2025 pro dušnost, zahlenění, susp. aspirace EV, dlouhodobě imobilní, závislá na péči druhé osoby

OA: v mládí TBC, parciální mastektomie vlevo+ aktino+ chemo, HYE+AE, deprese, st. po CMP, Parkinsonova choroba, 7/2023 zaveden PEG pro nemožnost p.o. příjmu stravy a tekutin.

Terapie: Isicom 100/25 1,5–1.5–1.5 tbl do PEG, Nutrison multi fibre 200ml do PEG 6x denně

Pacientka přivezena na naše oddělení posádkou RZS, somnolentní, chrčivé dýchání, zahlenění, zvracení. Odsávána z DC, sekret charakteru EV. Hyposaturace, zvýšená TT. susp aspirace na podkladě přetížení GIT a následné regurgitace.

Nasazený ATB, oxygenoterapie, antipyretika, hydratační infuzní terapie, odsávání DC, AD péče, péče o dutinu ústní. Kvantifikací gastrického reziduálního objemu upraveno množství podávané EV do PEG, v prvních dnech hospitalizace 30–50 ml EV 5x denně, velmi pozvolna se daří zvyšovat přes 50–70 ml EV na maximum 100ml EV 6x denně + tekutiny cca 500ml/24 hod v době dimise. Do domácí péče doporučeno ještě týden aplikovat do PEG 100 ml EV 6x denně + tekutiny min 500 ml/24 hod, navyšovat, dále s odstupem jednoho týdne navýšit množství EV na 150 ml a dle tolerance pozvolný návrat k předepsanému množství 200 ml EV 6x denně. V pravidelných intervalech monitorovat gastrický reziduální objem, v případě intolerance ev. konzultace v nutriční poradně.

Podněty k diskusi, závěr

U geriatrických imobilních pacientů, závislých v příjmu potravy perorální cestou na asistenci druhé osoby je aspirace a s ní spojená aspirační pneumonie letitá problematika našeho oddělení. Případy aspirace na podkladě regurgitace u pacientů s PEG je naopak fenoménem posledních několika let. Co je příčinou náhlého poklesu digestivních schopností pacienta? Je pokles již jen důsledek jiného onemocnění, které postihne pacienta? Není v dlouhodobé ošetrovatelské péči o PEG podceňován význam kvantifikace gastrického reziduálního objemu? Je třeba zacílit na edukaci o významu kvantifikace gastrického reziduálního objemu s ohledem na minimalizaci rizika regurgitace a aspirace? Je mnoho otázek, které vyvstávají v souvislosti s touto problematikou.

Návrat do aktivního života**Cinádrová P.**

Ortopedická JIP, Nemocnice Prachatice, a.s.

pcinadrova@nempt.cz**Úvod**

Pacient, M.J., 1954 přichází na ambulanci s pokročilou gonarthrózou IV st. při genu varum gravis UTR. Obě kolena má těžce varózní, deficit extenze není, flexe je omezená.

Indikujeme operaci TEP kolen, nabízí se provedení v jedné době oboustranný zákrok.

Pacient je poučen a zařazen na seznam TEP urgency, souhlasí s provedením oboustranného zákroku v jedné době.

Chtěla bych vás provést předoperační, operační a pooperační péčí o tohoto pacienta.

M.J r.1954

27.2.2025 – OTOAMB

- > obě kolena těžce varózní, deficit extenze není, flexe omezená
- > na RTG snímku pokročilá gonarthrosis IV. st. při genu varum gravis UTR.
- > indikace TEP kolen, nabízí se provedení v jedné době oboustranný zákrok
- > pacient poučen a zařazen na seznam TEP urgency (oboustranný zákrok)

2.4.2025 – TELEFONICKÁ KOMUNIKACE

- > pacient pozván na TEP obou kolen
- > termín operace: 29.4.2025
- > pacient souhlasí
- > zaslána žádost pojišťovně o povolení oboustranného výkonu

4.4.2025 – EDUKACE

- > nabrána moč K+C
- > nabrána krev – KO+ diff, krevní skupina, screening protilátek proti ERY, ledviny – ionty, JT, lipidový soubor, CRP, albumin, glykémie
- > poučení pacienta s informacemi k předoperačním vyšetřením (ukázka?)
- > naplánováno ARO konzilium
- > vzhledem k již předchozí operaci TEP coxae l.sin (2021) nebyla nutná RHB instruktáž

16.4.2025 – ARO konzilium

- > rozhodnuto o způsobu vedení anestezie
- > pacient preferuje spinální anestezii, pokud bude možno, bude akceptováno
- > schválen k operaci s ASA II.

28.4.2025 – PŘÍJEM k operaci

- > kolena bolí stále více, při chůzi i v klidu, má pocit nestability
- > kolena těžce varózní, vpravo až 15°, omezená hybnost

PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ:

ICHS – fibroflutter síní

st.p. subendokardiálním IM.

Mitr. Nedomykavost

Hypertenze

Hypertrofie LK

Porucha tolerance cukru

Varixy cruris bilat.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA:

Pradaxa vysazena 27.4.2025

Concor cor 2,5mg ½ - 0 - ½

Rytmonorm 150 mg 1-1-1

Purinol 300 mg 1-0-0

Ramipril H 5mg/25 mg 1-0-0

Kapidin 10 mg 1-0-0

-> nekouří, alkohol: pivo, víno příležitostně

-> alergie neguje

-> dříve učitel, nyní SB

PRŮBĚH PŘÍJMU

příjem pacienta na OTOAMB

nasazen identifikační pásek

sestra připraví veškeré dokumenty pro lékaře a pacienta odvádí na OTO odd.

zkontrolován aktuální stav pacienta, výsledky předoperačních vyšetření, podepsány souhlasy

lékař označuje obě končetiny před výkonem

uložen na pokoj, seznámen s oddělením

PŘÍPRAVA VEČER PŘED OPERACÍ

pacient poučen o režimu: od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

pacient vyprázdněn pomocí klysmatu

po vyprázdnění pacient poučen o hygienickém režimu, omytí operačních ran betadinovým mýdlem

pacient si sbalí veškeré věci

podány léky:

Concor Cor 2,5 mg ½ tbl.

Rytmonorm 150 mg 1 tbl.

Lexaurin 3mg 1 tbl.

29.4.2025 – DEN OPERACE

-> změřen tlak 160/110, puls 70

-> oholení operační rány sanitářem

-> osprchování pacienta, omytí operačních rán betadinovým mýdlem

-> pacient si obléká anděla

-> podány léky dle ordinace lékaře:

Concor Cor 2,5 mg ½ tbl.

Rytmonorm 150 mg 1 tbl.

Lexaurin 3mg 1 tbl.

-> po telefonické výzvě pacient odvezen na operační sál, předán anesteziologické sestře v 8:45

PŘÍPRAVA NA SÁLE

Flexila G18 PHK

Zaveden PMK č.18

Zaveden spinální katetr, pacient uveden do spinální anestezie

PRŮBĚH OPERACE

Začátek operace: 9:35

Podány léky:

ISOLYTE 1000 ml, ISOLYTE 1000 ml + Controloc 1 amp.

AZEPO 2 g i.v. 100 ml F1/1

DEXAMED 16 mg i.v. 100 ml F1/1

EXACYL 1 g i.v. 100 ml F1/1

ANALGIN 2 g i.v. 100 ml F1/1

DORMICUM 4 mg i.v.

FUROSEMID 10 mg i.v. ve 2:00

Při výkonu oběhově stabilní

TK při úvodu 140/80, P 83, sat 95%

Při spinální anestezii TK 110/60, P 65, sat 95 %

Délka výkonu: 125 minut

Délka anestezie: 140 minut

-> předání na OTOJIP v 11:30

OTOJIP

Monitorace TK, P, sat, VAS bolesti

Při příjezdu ze sálu TK 120/70, P 90, sat 95 %, VAS 0

Rozepsaná analgetická léčba

Kolena napolohována do flexe po 3 hodinách extenze

Tekutiny ihned, dieta č.3, podána večeře

Léky

ISOLYTE 1000 ml

EXACYL 1 g i.v. 100 ml F1/1 v 11:30

CLEXANE 0,6 ml sc v 18:00

NEODOLPASSE 75mg/30mg i.v. v 17:00, 5:00

DOLSIN 100mg sc v 21:00

Chronická medikace

Concor Cor 2,5 mg ½ tbl.

Rytmonorm 150 mg 1 tbl.

Kontrola hybnosti a cití DK -> plná hybnost v 15:20

Naordinováno aktivní a izometrické cvičení, vertikalizace a lokomoce s povoleným plným nášlapem do bolesti

13:30 příchod fyzioterapeutů – pacient necítí plně DK, pacient zvládl dechové cvičení, aktivní cvičení HK, vertikalizace dosedu s DKK dolů s pomocí druhé osoby

-> rehabilitace bez komplikací, bez vertikalizace do stoje z důvodu necitlivosti DKK

30.4.2025 – 1. POOPERAČNÍ DEN

OTOJIP

-> nabrána krev, krevní obraz, minerály

Hb 129, Hct 0,386, K+ 4,1

-> při vizitě TK 140/90, P 95, TT 36,5°C, sat 95, VAS 2

-> bilance tekutin +750 ml

-> hybnost a cití DK v normě

-> bolesti mírné, cítí se dobře

-> KP komp.

-> kolena klidná, obvaz suchý

-> dop. standard. RHB postup, LTV, izometrie, dechová cvičení, vertikalizace, došlap plný do bolesti

-> podány chronické léky

Concor Cor 2,5 mg ½ tbl.

Rytmonorm 150 mg 1 tbl.

Purinol 300 mg 1 tbl.

Ramipril H 5mg/25 mg 1 tbl.

Kapidin 10 mg 1 tbl.

Controloc 20 mg 1 tbl.

-> vyndán PMK v 7:45

-> v 8:00 fyzioterapie: dechová cvičení, aktivní cvičení HKK a DKK, izometrické cvičení břišních a hýžďových svalů a kvadricepsů, vertikalizace dosedu s DKK dolů a do stoje u lůžka s pomocí druhé osoby, nácvik chůze v chodítku s povoleným plným došlapem do bolesti po pokoji v doprovodu druhé osoby

Při RHB pro krvácení obvazu kolene na LDK, informován ortoped, dle ordinace lékaře podán EXACYL 500 mg tbl 1-1-1, bandáže DKK, ledovat, vynechat cvičení na motodlaze

-> po RHB pacient přeložen na standardní oddělení OTO, při překladi proveden RTG obou DKK OTO oddělení

-> dle RTG vypsán nový poukaz na RHB – LTV, vertikalizace, chůze s plným došlapem, zatím bez motodlahy

-> podány léky

NOVALGIN 1g i.v. v 10:00

NEODOLPASSE 75mg/30mg i.v. v 17:00

CLEXANE 0,4 ml sc v 18:00

EXACYL 500 mg tbl 1-1-1

Večer chronická medikace

-> po vyndání PMK močil spontánně

-> ve 13:30 RHB na oddělení

- nácvik chůze o FH

1.5.2025 2. POOPERAČNÍ DEN

-> pacient si nestěžuje na bolesti

-> analgezie vyhovuje

-> PRADAXA zpět 110mg 1-0-1

-> sundána bandáž DKK

-> obvaz suchý, pouze zaschlá krev z předešlého dne -> ponechán

-> RHB pod dohledem všeobecné sestry: chůze o FH

-> flexila ex.

2.5.2025 3. POOPERAČNÍ DEN

-> pacient bez potíží, rehabilituje

-> RHB: aktivní cvičení HKK a DKK, izometrické cvičení břišních a hýžďových svalů a kvadricepsů, vertikalizace dosedu s DKK dolů a do stoje u lůžka samostatná, nácvik chůze o FH s povoleným plným došlapem do bolesti (zvládne přejít celou chodbu v doprovodu jedné osoby), cvičení u zábradlí, nácvik chůze do schodů, motodlaha (pravé i levé koleno 90°)

-> RHB 2x denně pod dohledem fyzioterapeutů

-> RHB bez komplikací

3.5 – 4.5.2025 4.5. POOPERAČNÍ DEN

-> RHB pokračuje bez komplikací, pacient chodí samostatně, motodlaha (P. koleno 95°, L. koleno 105°)

-> v pondělí 5.5.2025 plánovaná dimise

5.5.2025 6. POOPERAČNÍ DEN

-> dimise pacienta

-> doporučena mobilizace o berlích s plným došlapem s respektováním hranice bolesti a tendence k otoku, dále doporučeno polohování končetin a aktivní a izometrická cvičení stehenních svalů

-> u anti koagulovaného pacienta není nutná další medikamentózní prevence TEN, pokračovat v obvyklé předoperační dávce pradaxy

-> analgetika při bolesti AULIN 100 mg 1-0-1

-> domluvena kontrola 9.5.2025 k vynětí svorek v ortopedické ambulanci Prim. MUDr. Stárka

9.5.2025 KONTROLA V OTO AMB

-> Hojení rány probíhalo per primam. DK bez známek TEN a dostatečně mobilizován. Hybnost operovaných kloubů je 0-0-105°. Dnes na kontrole mírné bolesti spíše tlak a tah, chodí dobře, došlapuje plně. DK s hematomy, okolí klidné, jizvy zhojené p.p, ter extrakce svorek utr.

-> doporučena mobilizace o berlích s plným došlapem (s respektováním hranice bolesti a tendence k otoku). Berle na krátkou vzdálenost může odkládat, mazat Lioton 100.000 4 x denně, polohovat, poté aktivní i izometrická cvičení stehenního svalu. Kontrola v ortopedické ambulanci Nemocnice Prachatice (prim. MUDr. Stárek). 6týdenní 12.06.2025 v 10 hodin tamtéž. Při potížích kdykoliv dříve.

12.6.2025 KONTROLA v OTO AMB

Pacient na kontrole již nemá bolesti, jen při rotacích, jinak chodí dobře, došlapuje plně. Chodí bez berlí, cvičí na RHB v Borovanech. Jizvy jsou klidné, zhojené p.p, kolena stabilní, osa střední, pohyb 0-110

rtg obě kolena: postavení implantátu správné Columbus UTR

Pacientovi doporučen plný došlap (s respektováním hranice bolesti a tendence k otoku). polohovat, aktivní i izometrická cvičení stehenního svalu. možné pokračovat v obvyklé předoperační dávce Pradaxa.

kontrola v ortopedické ambulanci Nemocnice Prachatice (prim. MUDr. Stárek) v srpnu

Podněty k diskusi, závěr

Implantace oboustranné TEP proběhla bez komplikací, průběh byl taktéž nekomplikovaný. Pacient byl mobilizován od 0. (operačního) dne na berlích s plným došlapem. Hojení rány probíhalo per primam. Pradaxa byla peroperačně vysazena a znovu vrácena. DK bez známek TEN a dostatečně mobilizovány.

Stomie a SBS na interním oddělení

Bísek M.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

mbisek@nemopisek.cz

Úvod

Syndrom krátkého střeva po opakovaných resekci střeva u pacientky s terminální ileostomií. Péče o stomii, koordinace a následná péče na vyšším pracovišti k nastavení domácí parenterální výživy.

Vlastní kazuistika

64letá pacientka přijatá na internu na doporučení hematologa pro akutní renální insuficienci a dehydrataci. Ileostomie, mukózní píštěl a laparotomická jizva s dehiniscencí.

Pacientka po opakovaných břišních operacích, kdy v minulosti již jedna stomie zanořena. Měsíc před hospitalizací pacientka na chirurgii pro bolesti břicha při ischemii tenkého střeva v povodí arteria mesenterica superior. Resekce nekrotického ilea, kdy zůstalo přibližně 80 cm střeva. Terminální ileostomie a colon ascendens jako mukózní píštěle.

Během hospitalizace podávání parenterální výživy, infuzní terapie k rehydrataci. Péče o stomii a jizvu po laparotomii.

Odpady do stomie byly velké a nutriční potřeby musely být hrazeny parenterálně. Domluvena hospitalizace na vyšším pracovišti k nastavení domácí parenterální výživy.

Po extrakci Midline katetru, navýšena enterální výživa. Šetřící dieta včetně nutridrinků. K udržení dostatečného příjmu minerálů prisolování stravy.

Komplikací byla blízkost stomie s mukózní píštělí i s laparotomickou jizvou. Z důvodu blízkosti komplikované převazy. Opakovaně řešeno obtékání stomického sáčku.

Mukózní píštěl zpočátku suchá, postupně zvyšování sekrece. Později odpad z píštěle barvou a konzistencí stolice. Provedeno CT, kde popsána píštěl k objemné kolekci v malé pánvi. Vyloučena spojka mezi tenkým a tlustým střevem.

Postupné zvyšování sekrece při dehiniscenci jizvy. Nutné časté výměny krytí jizvy a tím zásahy do oblasti stomie. Během hospitalizace mnoho způsobu krytí stomie, mukózní píštěle i jizvy. Prosakování z jizvy zasahovalo ke stomii. Převazy s vhodnými pomůckami.

Podněty k diskusi, závěr

Péče o pacientku vyžaduje zapojení mnoha zdravotníků do ošetrovatelské péče, a to jak v rámci oddělení, tak i multioborovou spolupráci s chirurgií, hematologem a nutričními specialisty.

Důležitá i spolupráce pacienta. V tomto případě zájem o vhodnou péči především v domácím prostředí kolísavý. Pacientka odmítla domácí parenterální výživu při propuštění z interny nemocnice ČB. Při pobytu na následné péči v dubnu však s domácí parenterální výživou souhlasí.

Ošetrovatelský personál interního oddělení by zajisté uvítal častější edukaci ohledně péče o stomie.

Sál NLZP – 4. přednáškový blok**Cesta k břišní katastrofě, aneb co se stane, když pacient nedodrží doporučení****Janků J.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

janku.prace@gmail.com**Úvod**

Pacient se zotavil z břišní katastrofy, která byla komplikovaná nedodržením lékařských doporučení. K léčbě byl úspěšně použit VAC systém v kombinaci se stomickými pomůckami. Léčba byla dokončena plastikou břišní stěny a pacient je nyní zcela zahojený.

Vlastní kazuistika

Představujeme případ pacienta přijatého s mnohočetným zvracením a krvácením z rozsáhlé enterokutánní píštěle (5x5 cm) s hmatnými střevními lumeny. Zavedená jejunostomie se časem změnila na odvodnou, s únikem střevního obsahu. Po neúspěchu vlhkého hojení s přípravky Hydroclean cavity a Resposorb jsme z důvodu velkého úniku stolice do rány nasadili podtlakovou terapii VAC systémem. Pro odvod střevního obsahu jsme využili speciální silikonovou přechodku, která zajistila adekvátní podtlak a efektivní sběr exsudátu do stomického sáčku. Přestože tato fáze trvala jen čtyři dny, její role byla klíčová v hojení a vyčištění okolí píštělí. Následně jsme se vrátili k vlhkému hojení, ale malnutrice pacienta a jeho non-compliance s dietními doporučeními (zejména konzumace kyselých nápojů a kouření) vedly k rozvoji dalších píštělí. Po stabilizaci nutričního stavu pacienta byla provedena plastika břišní stěny. Tento komplexní a dlouhotrvající terapeutický proces, probíhající od prosince 2024, poukazuje na výzvy v léčbě enterokutánních píštělí.

Podněty k diskusi, závěr

Závěrem lze konstatovat, že i přes výraznou nespolupráci pacienta a jeho malnutrici se podařilo dosáhnout úplného zhojení komplexní břišní katastrofy. Tento případ zdůrazňuje klíčovou roli inovativního využití VAC systému s customizovanou silikonovou přechodkou pro efektivní odvod střevního obsahu a řízené hojení rány, což umožnilo následnou úspěšnou plastiku břišní stěny.

Komplikovaná ileostomie**Chlebúchová E.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

eliska.chlebuchova@seznam.cz**Úvod**

Komplikované hojení macerované pokožky v okolí ileostomie. Kombinace různých materiálů a srkové drenáže.

Kazuistika

Muž *1991, Morbus Crohn v anamnéze, kuřák, zaměstnáním myslivec, habitus v normě, diagnóza Ošetření ileostomie. Pacient přichází pro těžkou maceraci pokožky v okolí ileostomie, která byla vyvedena po operaci břišní katastrofy v září minulého roku. Maceraci o rozsahu 15x15 cm nebylo možné v domácím prostředí ošetřovat. Pacient je přijat na chirurgické oddělení, kde je zvolena kombinace léčky. Vzhledem k nemožnosti použití stomických pomůcek přikračujeme k aplikaci srkové drenáže a přiložení vlhkého hojení na okolí ileostomie. Během hospitalizace bylo zapotřebí několikrát upravit postup a kombinaci zvolených materiálů pro léčbu pacienta. Vzhledem k tomu, že ileostomie byla od samého začátku vyvedena v záhybu a pod úroveň kůže, agresivní stolice za neustálého vytékání nadále macerovala již ošetřenou pokožku a použití

vlhkého hojení postrádalo smysl. Museli jsme zvolit jiný typ léčby a ochrany kůže. Za použití správného materiálu, kterým se nakonec ukázala být mast *Šmídenka*, srkové drenáže a dále kombinace enterální a parenterální výživy pro optimální vyživení pacienta s minimálním odpadem do ileostomie, se podařilo macerované okolí ileostomie zcela zhojit. Tato hospitalizace však pro pacienta přináší další pozitiva. Došlo totiž k zanoření ileostomie.

Závěr

Kombinace hojení za pomoci masti *Šmídenka* společně se srkovou drenáží se ukázala být jako velmi účinnou, a to v relativně krátkém časovém úseku na rozdíl od ostatních kombinací zvolených u tohoto konkrétního pacienta. Hojení dále podpořila správná výživa pacienta. V tomto příspěvku je poukázáno na jedinečnost pacienta vzhledem ke komplikacím, které ho provázely po celou dobu léčení. Dále individuální přístup k mladému pacientovi trpícímu Crohnovo chorobou a s ní spojenými těžkostmi.

Sekundární hojení rány u obézní pacientky se stomií

Janochová J.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

janochova.jana@nemcb.cz

Úvod

V kazuistice je představeno úspěšné hojení komplikovaných ran metodou vlhké terapie u extrémně obézní a proteinově malnutriční obtížně spolupracující pacientky.

Vlastní kazuistika

Jedná o morbidně obézní pacientku se založenou derivační transversostomií pro komplikovanou divertikulitidu, s parastomální kýlou, dříve známým sekundárním hojením ran. Pacientka byla přijata na naše oddělení s poruchou pasáže střevní, byla provedena akutní operace s rozrušením adhezí, a plastikou kýly. Pooperačně z okolí rány 2* evakuován objemný podkožní absces, rány ponechány k sekundárnímu hojení. Pacientka s využitím vlhké terapie, nutriční podpory a zapojením domácí péče kompletně zhojena do 1 měsíce.

Podněty k diskusi, závěr

Diferenciálně diagnostické úvahy v několika větvích, poukaz na výjimečnost publikovaného případu.

Shrnutí faktorů úspěšné léčby – spolupráce pacientky, nutriční podpora, efektivní zapojení domácí péče, využití metod vlhké terapie.

Domácí dialýza v pobytovém zařízení

Rakoušová M.

Hemodialyzační oddělení, Nemocnice, Písek, a.s.

Úvod

Možnost provádění domácí dialýzy u pacientu žijících v pobytových zařízeních.

Vlastní kazuistika

Příběh první pacientky v domově seniorů na domácí dialýze, prováděnou personálem domova.

Co vše je k tomu potřeba, celý proces převedení dialýzy do domácího prostředí.

Výhody dialýzy v domácím prostředí.

Podněty k diskusi, závěr

Naše pacientka byla úplně první pacientkou, která byla na domácí dialýze v domově, kde dialýzu prováděl personál domova.

Je tento způsob dialýzy pro pacienty žijících v pobytových zařízeních budoucnost?

Když pacienta zlobí PEG**Skříšiovská M., Raková M.**

Hospicová péče sv. Kleofáš, Třeboň

Martina.skrisovska@kleofas.cz, Marika.rakova@kleofas.cz

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie je tenká sonda zavedená endoskopickou technikou přes stěnu břišní do žaludku. Sonda zajišťuje v dlouhodobém časovém období podávání enterální výživy pacientovi, u kterého není možný perorální příjem.

Vlastní kazuistika

Pacient J. B., 1956, letitý kuřák 30 denně, 5/2024 stanovená dg. dlaždicobuněčný Ca. hypopharyngu, 7/2024 zavedena TCHS, 8/2024 zaveden PEG, 8/2024 zahájena kurativní RT, konkomitantně chemoterapie CisPt. 2/2025 paliativní imunochemoterapie Keytruda, komplikace po první sérii, ukončeno, doporučen symptomatický postup.

Do péče Hospice sv. Kleofáš přijat 4/2025, režim MSPP24/7, Do PEG 6x denně 120 ml Iso-source energy fibre a dále navyšovat, okolí PEG macerované, kožní ulcerace, edukace manželky stran péče, daří se v následujících dnech téměř vyhojit. 5/2025 hlásí manželka, že po aplikaci EV prosáknutí čtverců v okolí PEG, je objektivizováno vytékání EV gastrostomickým kanálem podél PEG i při nulovém gastrickém reziduálním objemu. Nastává moment rozhodování co dál s ohledem na benefit a rizika pro pacienta, Přání pacienta je řešit stávající nefunkčnost PEG i se všemi riziky, zajištění příjmu potravy je pro něj důležité, proto 7. 5. 2025 bez endoskopické asistence na GEO extrakce PEG a zavedení balónkového PEG, CH 24. Vše v pořádku cca 5–6 dní, poté opět protékání, konzultováno opakovaně s pegovou sestrou FTN Praha, kontrola naplnění balónku, zajištění proti posuvu svorkou aj., nedaří se však aplikovat více jak 40 ml EV 3x denně + tekutiny cca 400 ml/24, částečně i perorální cestou, přetrvává i nadále protékání, dochází ke zhoršení lokálního stavu okolí PEG, macerace celého břicha. Aplikace rehydračních minerálových infuzí, opět rozhodování co dál? Pacient si již žádné intervence nepřeje, 17. 6. 2025 balónkový PEG extrahován. 21. 7. 2025 pacient absolvuje svůj každodenní večerní rituál, návštěvu v místní hospodě s kamarády z kapely u piva, následující den prudké zhoršení stavu, soporózní, 23. 7. 2025 v ranních hodinách exitus letalis.

Podněty k diskusi, závěr

Klíčové momenty v postupu péče

Algoritmus rozhodování s ohledem na přínos a rizika

Porozumění a respekt k rozhodnutí pacienta