

SBORNÍK ABSTRAKTŮ

XIII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

1. 10. 2026

Clarion Congress Hotel České Budějovice



XIII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ
České Budějovice
1. 10. 2026

Sborník abstraktů

ISBN 978-80-88646-12-9

Vydavatel: Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 585/54, České Budějovice

Počet stran: 86

Neprodejné

Redakční úprava: MUDr. Tomáš Hauer

Tisk: Typodesign s.r.o., Hany Kvapilové 10, České Budějovice

Publikace neprošla autorskými korekturami a jazykovou úpravou.

XIII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

1. 10. 2026

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, primář Interního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., Cévního Centra České Budějovice, s.r.o. 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 – primář, Interní oddělení, 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.

MUDr. Martin Bombic – Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Jiří Dušek, MHA – Neonatologické 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.

emer. prim. Pavel Havránek – Ambulantní interna a kardiologie, České Budějovice

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.

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

MUDr. Zdeněk Kunáš – Neurologické oddělení, 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.

MUDr. Ladislav Pešl – Kardiologické oddělení, ředitel Úseku kardiovaskulárního a thorakálního centra, Nemocnice České Budějovice, a.s.

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D. – ředitel Úseku chirurgických oborů, Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

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

1. Vaskulitidy a systémová autoimunita

1. Jedno oko, mnoho otázek: pětiletá cesta pacienta s orgánově limitovanou granulomatózní polyangiitidou Dolejší A.	10
2. Neobvyklý CT obraz plicní infiltrace a její diagnostické úskalí Jungwirth D.	10
3. Co prozradí propustka? Österreicherová L.	11
4. Když plíce krvácí a kortikoidy nestačí Kozlovská P.	12
5. Spletité cesty jedné pacientky Lonský E.	12
6. Zánět související s cerebrální amyloidní angiopatií Cajthaml I.	13
7. Zpátky do života: Nečekané zotavení po status epilepticus s rozsáhlým kortikálním postižením Kříž J.	14
8. Extrémní slabost a vše, co je za ní Soukup J.	15

2. Infekce v nečekaných převlecích

1. Neobvyklá indikace k blokové krční disekci – oroglandulární forma tularémie Krotová J., Střihavka P., Doležal J.	16
2. Není kámen jako kámen Říha F.	17
3. Když tuberkulóza není tuberkulóza Prokopová D., Liptáková Z., Jarešová P.	18
4. Alergická bronchopulmonální aspergilóza u kortikodependentního astmatu Kasl J. ml.	18
5. Nečekaný vetřelec v očnici Trojan A.	19
6. Od kožních projevů k multiorgánovému selhání: neočekávaná diagnóza strongyloidózy Lorenc V.	20
7. Když klouby klamou – Infekční endokarditida s fulminantním průběhem u mladého pacienta Ištoňová P., Čoček D., Mokráček A.	20
8. CLAP – klapne to? Velemínský J., Klouda J., Musil D.	21

3. Neurovědy

1. Thunderclap headache – ne každý hrom je SAK

Richnavský M., Gentileová T., Houška P. 22

2. SMART syndrom – příznak mozkové radioterapie

Nazarova I., Kunáš Z. 23

3. PML jako komplikace léčby DLBCL rituximabem

Syrovátka J., Hrubý R., Ostrý S. 24

4. Intraneurální hematom n. ischiadicus

Babničová M.¹, Binderová J.², Fiedler J.¹ 25

5. Což takhle dát si špenát místo huffu

Hartmann D. 26

6. Jak překvapit neurologa

Gerbery R. 27

7. Atypický mozečkový syndrom jako vzácná příčina dyspepsie

Kudlík J., Špírek J. 28

8. Když hologram vede skalpel: kazuistika využití augmentované reality v neurochirurgii

Papík J. 29

4. Urgentní a intenzivní medicína

1. Čas rozhoduje: střet terapeutických priorit u polytraumatu s kranio cerebrálním poraněním

Davletova I. 30

2. Nechte hemoglobin na pokoji

Kálal A. 31

3. Intoxikace kratomem

Vacková K.

4. Střelná poranění

Nguyen Viet Anh 32

5. Tichá hrozba

Matoušová K., Chytrý K. 34

6. Když vlastní dech nestačí – bocavirová pneumonie s nutností UPV

Malá K. 35

7. Point-of-Care ultrazvuk: nové oči internisty

Faměra V., Gergely L. 36

1. Břišní chirurgie a gastroenterologie

1. Inkarcerovaná levostranná paraduodenální hernie

Horká M., Beneš J. 37

2. Povánoční překvapení – Jaterní absces

Mastil P. 37

3. Možnosti terapie akutní divertikulitidy jejunu s perforací

Nepeřená N., Trnka P. 38

4. Schwannom žaludku, hybridní laparoskopicko-endoskopické řešení technikou NEWS

Lyutyk K., Balcar J., Peterka Š., Havlůj L. 39

5. ESD u pacientky s časnou formou karcinomu žaludku

Cajthaml M., Peterka Š. 39

6. Ascites se šťastným koncem

Hyblová M. E. 40

7. Ne za každou proktitidou se skrývá IBD

Kellnerová D., Nikolov O. 41

8. AL amyloidóza dutiny břišní

Strnad D. 42

2. Pediatrie a neonatologie

1. Když cesta nezačíná krokem

Siváková M., Dušek J. 43

2. Wolcott-Rallisonův syndrom – manifestace diabetu v prvním roce života

Pešková M. 43

3. Štítná žláza na výletě

Bláhová B., Kocourková K. 44

4. Co bylo skryto pod spadlými víčky?

Retamoza R. 45

5. Eozinofilie aneb v čem je zakopaný pes

Bubnová K. 45

6. Když perianální absces není jen chirurgický problém

Lemfeldová L. 46

7. Když nás zánět chytí za srdce

Sedláček J. 47

8. Když první pohled nestačí – akutní osteomyelitida patní kosti

Lícek V. 48

3. Gynekologie, urologie a onkologie

1. Čekat, nebo zasáhnout? Selektivní růstová restrikce u dvojčetné gravidity Hrubeš P.	49
2. Nejmenší z nejmenších – dekompenzovaná chronická hypertenze v graviditě komplikovaná těžkou superponovanou preeklampií, early-onset FGR a rozvojem HELLP syndromu Krutílková D.	50
3. Nechtěný nitrobršíšní spolubydlící v graviditě Hák D.	51
4. Pee or not to pee? Šťastná V., Ladman J.	53
5. Nezanedbávejte svého nefrologa Nováková H.	54
6. Když chemoterapie nestačí: využití molekulárních alterací k indikaci cílené léčby u generalizovaného karcinomu prūišní žlázy Hábová I., Šiška F.	55
7. Akneiformní exantém při anti-EGFR terapii Kaslová T.	56
8. Řekni, kde ty krvinky jsou... aneb diferenciální diagnostika mikrocytární anémie Václavovská K. ¹ , Motáň V. ¹ , Vondráková J. ²	56
4. Poranění, komplikace a jejich řešení	
1. Trojí poranění hlezna ošetřeno v jedné době Markvart V., Svoboda V., Vilímek O.	57
2. Mikrochirurgická rekonstrukce poúrazového defektu dolní končetiny Přibáň V.	58
3. Nevinné zakopnutí, nečekaná diagnóza Schacherl O.	59
4. Náhodný nález cizího tělesa u dítěte Amirova G., Krátký M.	59
5. Léčba tukem aneb Když infarkt pomáhá Švejda J.	60
6. Lepidlo, které nechtělo zůstat nepovšimnuté Sollár T., Čoček D., Mokráček A.	62

1. Léková interakce meropenem a valproát	
Hledík F., Kaňková K., Dvořák J.	63
2. Překvapivý nález germinální mutace v genu NF1 při testování somatických panelů v rámci prediktivní onkologie	
Kalinová E., Dušková P., Scheinostová J., Reichensdörferová D., Eliášová D., Nikolov O., Šimková Z., Scheinost O.	63
3. Mukokély frontální dutiny	
Kofroňová K., Pavličová A., Svoboda M.	64
4. Dítě s červeným okem... a nebyla to konjunktivitida	
Antolík J.	65
5. Štěstí v neštěstí aneb úsměv jako symptom	
Jašková K.	65
6. Není pláč jako pláč	
Šípek V.	66
7. Diagnostická odysea s překvapivě jednoduchým závěrem	
Nevšímal F.	66
8. Gerstmann-Sträussler-Scheinkerův syndrom s neočekávanou souběžnou variantou GRN	
Sýkora M., Křenková B., Parobková E., Keller J., Ostrý S., Rusina R., Matěj R.	68

1. Přednáškový blok

2. Vývojová dysfázie – celoživotní úděl

Tomáš Kubík 70

3. Neočekávaný nález při RTG vyšetření – překvapení, které doslova přitahovalo pozornost

Iva Večeřová..... 71

4. Nohama zpátky na zem

Hana Foltýnová 73

5. Když záchvat není epilepsie

Zdeňka Kožená, Jana Kotlínová 73

2. Přednáškový blok

6. Fotodokumentace ran v praxi

Pavla Lorencová, Pavla Čecháčková, Aleš Michl 74

7. Kontinuita hojení ran – mezioborová spolupráce jako klíč k úspěchu

Pavla Čecháčková, Aleš Michl, Pavla Lorencová 75

8. Zkušenosti s pooperační ránou na oddělení rehabilitace

Veronika Kodžamanová 76

9. Krása komplexnosti fyzioterapie

Barbora Nová, Michaela Petrůvová 76

10. Psychosomatika ve fyzioterapii - Záhadná

Natálie Kašpárková 77

3. Přednáškový blok

11. Od nenápadné bulky na krku k cílené léčbě – role všeobecné sestry v péči o pacienta s medulárním karcinomem štítné žlázy

Aneta Švihovcová..... 78

12. Paliativní péče v neurologii

Eva Rašková 79

13. Karcinom prsu není konečná. Cesty, které si volíme

Nataliia Klochko 80

14. Za hranicemi izolace

Romana Strnková 82

4. Přednáškový blok

15. Není to jen odběr krve. Sestra jako klíčový článek v preanalytické fázi hemokultivace

Miroslava Šiková, Milena Škopková, Jana Fleischmannová, Eva Šimečková 83

16. AVF malý zkrat s velkým významem

Monika Rakoušová..... 84

17. Paradoxní pokles trombocytů: Proč po transfuzi trombocytů padáme v krevním obraze do červených čísel?

Roman Menhart 85

18. Cesta k lepším výsledkům – Od akutní péče k repatriaci

Sandra Jurkovičová, Alena Koblerová, Vojtěch Hlouch 85

Sál LÉKAŘI 1 – 1. Vaskulitidy a systémová autoimunita**1. Jedno oko, mnoho otázek: pětiletá cesta pacienta s orgánově limitovanou granulomatózní polyangiitidou****Dolejší A.**

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

adela.ad.dolejsi@gmail.com

Granulomatózní polyangiitida (GPA) je systémová ANCA-asociovaná vaskulitida s variabilními klinickými projevy. Izolované postižení orbity představuje vzácnou orgánově limitovanou formu onemocnění, která může dlouhodobě imitovat idiopatický orbitální pseudotumor a významně odálit stanovení správné diagnózy.

Pacient byl od roku 2020 sledován pro progresivní protruzi pravého bulbu, chronickou rinosinuitidu a opakované epistaxe z pravé nosní dutiny. MR a PET/CT opakovaně prokázaly měkkotkáňovou expanzi pravé orbity s propagací do pravého maxilárního sinu, odpovídající obrazu orbitálního pseudotumoru. Histologické vyšetření nosní sliznice zachytilo chronický fibroproduktivní zánět s granulační tkání bez známek malignity. Pacient byl léčen vysokými dávkami glukokortikoidů a cyklosporinem, přesto docházelo k opakovaným relapsům onemocnění. V letech 2024 a 2025 byla podána indukční léčba pulzním cyklofosfamidem s pouze přechodným klinickým efektem. Pro přetrvávající aktivitu onemocnění bylo v roce 2025 doplněno imunologické vyšetření, které prokázalo pozitivitu c-ANCA s vysokým titrem anti-PR3 protilátek. Na základě klinického obrazu, sérologického nálezu a vyloučení alternativních diagnóz byla stanovena diagnóza orgánově limitované GPA. Po stanovení diagnózy byla pro přetrvávající aktivitu onemocnění zahájena cílená biologická léčba rituximabem. Již po první sérii došlo k výraznému ústupu klinických obtíží, regresi protruze pravého bulbu, zklidnění nálezu na nosní sliznici, poklesu metabolické aktivity orbitální léze na PET/CT a stabilizaci nálezu na MR. Současně bylo možné postupně redukovat dávku prednisonu bez známek relapsu onemocnění.

Orbitální manifestace GPA představuje diagnostickou výzvu zejména u pacientů bez typického plicního či renálního postižení. Histologický nález nemusí být v časných stádiích onemocnění specifický, proto je zásadní komplexní hodnocení klinického obrazu, zobrazovacích metod a včasné zařazení sérologického vyšetření do diagnostického algoritmu. Stanovení správné diagnózy v tomto případě umožnilo změnu terapeutického přístupu a zahájení cílené biologické léčby rituximabem u pacienta s refrakterním průběhem onemocnění. Tato kazuistika zdůrazňuje význam včasného rozpoznání orgánově limitované GPA, které umožňuje zahájení adekvátní imunosupresivní léčby a může přispět k omezení progresu orbitálního postižení i dlouhodobé potřeby kortikoterapie.

2. Neobvyklý CT obraz plicní infiltrace a její diagnostické úskalí**Jungwirth D.**

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

DavcaJung@seznam.cz**Úvod**

Rozsáhlá plicní konsolidace s infiltrativním růstem a postižením obou plic může představovat významnou diagnostickou výzvu, zejména při radiologickém obrazu suspektním z malignity a zánětlivých laboratorních parametrech.

Vlastní kazuistika

37letá dosud zdravá nekuřačka, přijata pro febrilie, kašel, drobnou hemoptýzu a bolesti na hrudi. Na rtg byly patrný bilaterální plicní infiltráty, laboratorně zánětlivé parametry. Navzdory opakované antibiotické terapii nedošlo ke klinickému ani laboratornímu zlepšení, ani k regresi nálezů na rtg S+P. Laboratorně byla přítomna elevace CRP kolem 115 mg/l a normocytární normochromní anémie, v moči proteinurie a erytrocyturie. HRCT hrudníku prokázalo rozsáhlou nehomogenně se sytící masu v pravém dolním laloku s přestupem přes hilus a mediastinum do kontralaterální plicе s přítomností dalších bilaterálních plicních nodulů. Nález byl suspektní z maligního procesu, nebyl typický pro zánět. Bronchoskopické vyšetření včetně cytologického odběru přineslo pouze nespecifický zánětlivý nález, bez průkazu malignity. Vzhledem k pozitivitě c-ANCA a vysokému titru anti-PR3, krustózní rinitidě a hemoptýze vzniklo podezření na granulomatózu s polyangiitidou. Biopsie nosní sliznice byla však nespecifická. Bylo provedeno i CT vyš. vedlejších dutin nosních, kde nález taktéž nebyl typický pro granulomatózu s polyangiitidou či maligní infiltraci. Dále byla provedena chirurgická biopsie plicní léze a kostální pleury v její blízkosti. Histologicky byly prokázány známky kapilaritidy a vaskulitidy s fibrinoidní nekrotizací cévních stěn, organizující se pneumonie a obliterující bronchiolitida. Vícejaderné obrovské buňky ani epiteloidní granulomy nebyly zachyceny, maligní struktury nebyly prokázány. Nález podporoval diagnózu granulomatózy s polyangiitidou. Po zahájení kortikoterapie došlo k rychlé úpravě zánětlivých parametrů, klinickému zlepšení a poklesu hladiny anti-PR3. Kontrolní CT následně prokázalo kompletní regresi změn plicního parenchymu.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika ukazuje neobvyklou radiologickou manifestaci granulomatózy s polyangiitidou ve formě rozsáhlé infiltrativní plicní masy imitující malignitu. V diferenciální diagnostice byly zvažovány především maligní a infekční etiologie. Příklad zdůrazňuje význam korelace radiologického nálezu s klinickým, laboratorním a histopatologickým vyšetřením.

3. Co prozradí propustka?

Österreicherová L.

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

osterreicherova.lucie@nemcb.cz

Úvod

Eozinofilní granulomatóza s polyangiitidou (EGPA) je systémová nekrotizující vaskulitida malých cév charakterizovaná zejména eozinofilním zánětem a postižením dýchacích cest. Klinický průběh typicky zahrnuje fázi alergických projevů s rinitidou a bronchiálním astmatem, fázi eozinofilie v krvi a ve tkáních a následně fázi systémové vaskulitidy s možným postižením jednotlivých orgánů. ANCA protilátky jsou přítomny pouze u části pacientů a jejich pozitivita sama o sobě diagnózu nepotvrzuje. Diagnostika EGPA vychází z komplexního zhodnocení klinického obrazu, laboratorních nálezů, histopatologického vyšetření a průkazu orgánového postižení.

Vlastní kazuistika

33letý muž byl přijat na interní oddělení k dovyšetření pro podezření na eozinofilní granulomatózu s polyangiitidou. Dlouhodobě trpěl celoroční rinitidou s výrazně zhoršenou nosní průchodností. ORL vyšetření prokázalo chronickou přední rinitidu s rozsáhlou perforací přední části nosní přepážky, krustami a hnisavou sekrecí. Histologicky byla přítomna nekrotická a zánětlivě změněná granulační tkáň s hojnými eozinofily. Laboratorně byla zjištěna eozinofilie, elevace celkové IgE a pozitivita p-ANCA. Specifické protilátky proti MPO a PR3 však byly negativní. Během hospitalizace nebyly provedenými vyšetřeními prokázány známky postižení plic, ledvin ani srdce. Pacient neměl astma.

Podněty k diskusi, závěr

Vzhledem ke kombinaci chronického postižení horních cest dýchacích, výrazné perforace nosní přepážky, eozinofilního zánětu, periferní eozinofilie, elevace IgE a pozitivní ANCA positivity byla primárně zvažována eozinofilní granulomatóza s polyangiitidou. V diferenciální diagnostice bylo dále nutné zvažovat granulomatózu s polyangiitidou, infekční či maligní proces a lokální toxické či traumatické poškození nosní sliznice. Absence astmatu a systémového orgánového postižení, negativita specifických protilátek proti MPO a PR3 a atypický charakter ANCA positivity vedly k rozšíření diagnostické rozvahy. K objasnění etiologie byla doplněna také toxikologická analýza po víkendové propustce...

4. Když plíce krvácí a kortikoidy nestačí

Kozlovská P.

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

kozlovska.pavla@nemcb.cz

Úvod

Difúzní alveolární hemoragie představuje vzácnou, avšak život ohrožující komplikaci systémového lupus erythematoses.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme kazuistiku ženy s dlouhodobě známým systémovým lupus erythematoses (SLE), v minulosti odmítající biologickou léčbu. Po měsíční anamnéze celkových obtíží, epistaxe, petechií a hematomů byla při podezření na aktivaci SLE doporučena eskalace imunosupresivní léčby, kterou pacientka nedodržela. Při nově diagnostikované pneumonii je odebrán panel imunologických vyšetření a pacientka je hospitalizována na interním oddělení k podání pulzní kortikoterapie. Navzdory zahájené léčbě rychle dochází ke zhoršování stavu a rozvoji dušnosti. CT hrudníku prokazuje difúzní alveolární hemoragii. Pacientka je přeložena na anesteziologicko-resuscitační oddělení pro rozvoj multiorgánové dysfunkce vyžadující invazivní plicní ventilaci, plazmaferézu, kontinuální eliminační metodu, transfúzní léčbu, cílenou korekci koagulopatie podle výsledků viskoelastických metod a následnou eskalaci imunosupresivní léčby cyklofosfamidem. Přes iniciálně kritický stav a úvahu o podpoře ECMO dochází při multimodální terapii k postupné regresi plicního nálezu, obnově orgánových funkcí a úspěšnému odpojení od umělé plicní ventilace.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika diskutuje diferenciální diagnostiku zhoršení stavu při známém revmatologickém onemocnění, přístup k pacientovi s respiračním a renálním selháním, načasování eskalace intenzivní a imunosupresivní léčby i význam monitorace a cílené korekce koagulace při terapeutické plazmaferéze. Zdůrazňuje nutnost časně pomýšlet na difúzní alveolární hemoragii u pacientů se systémovým lupus erythematoses při rychle progredujícím respiračním selhání. Včasná diagnostika a rychlá eskalace multimodální léčby mohou zásadně ovlivnit prognózu nemocného.

5. Spleťté cesty jedné pacientky

Lonský E.

Interní oddělení, Nemocnice Písek a.s.

erichlonsky123@gmail.com

Úvod

Vaskulitidy velkých tepen představují vzácnou skupinu autoimunitních onemocnění, jejichž diagnostika může být v určitých momentech velice obtížná. V kazuistice budeme u naší pacientky dokumentovat průběh postupně se rozvíjejícího autoimunitního onemocnění.

Vlastní kazuistika

Šedesátiletá pacientka anamnesticky s již diagnostikovanou autoimunitní tyreoiditidou byla od roku 2022 ambulantně vyšetřována pro prolongované febrilie, únavu a bolestivé podkožní infiltráty bez zjevné etiologie. Histologické vyšetření infiltrátu prokázalo granulomatózní panikulitidu – typu necrobiosis lipoidica. Sérologicky byla zjištěna pozitivita ANA protilátek. Infekční etiologie byla u pacientky opakovaně vyloučena. Navzdory kortikoterapii přetrvávala u pacientky kolísavá aktivita onemocnění. PET/CT v té době již na zavedené terapii kortikosteroidů neprokázalo známky paraneoplazie ani jinou patologickou metabolickou aktivitu. Pacientka zavedenou léčbu přestala postupně tolerovat, došlo proto ke změně na léčbu imunosupresivní, ale bohužel ani ta nepřinesla kýžený efekt. Pacientka následně svévolně medikaci vysadila úplně a přestala docházet na pravidelné kontroly. Později dochází k opětovnému vzplanutí zánětlivých markerů. Následně byla indikována duplexní sonografie velkých tepen, která nakonec prokázala typický obraz vaskulitidy. V roce 2025 byla u pacientky endoskopicky potvrzena také mikroskopická kolitida tlustého střeva, další kožní projev ve smyslu vs autoimunitní dermatitidy.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika se zaměřuje na pacientku s několika autoimunitními onemocněními, tj. tyreoiditida, mikroskopická kolitida, panikulitida, vaskulitida a pravděpodobně i autoimunitní dermatitida. Případ upozorňuje na možnost falešně negativního nálezu PET/CT i při léčbě nízkými dávkami kortikosteroidů a současně zdůrazňuje význam duplexní sonografie v diagnostice zánětlivých onemocnění velkých tepen.

6. Zánět související s cerebrální amyloidní angiopatií

Cajthaml I.

Neurologické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

ivcajthaml@gmail.com

Úvod

Kazuistika ohledně pacienta, u nějž byl nově diagnostikován zánět související s cerebrální amyloidní angiopatií.

Vlastní kazuistika

55letý pacient avizován na iktový telefon jako porucha řeči, dezorientace a den trvající bolesti hlavy.

Anamnesticky dle rodiny již pozorují více než půl roku občasnou zmatenost. Přivezen na urgentní příjem Nem. JH v iktovém režimu. Při vyšetření převažuje dezorientace časem, osobou. Klinicky bez poruchy řeči či jednoznačné lateralizace. Provedena MR mozku v iktovém protokolu, na které pozorována expanze v pravém temporálním laloku. Na základě nálezu rozhodnuto o rozšíření vyšetření v kompletním protokolu s kontrastní látkou. Vzhledem k podezření na ICH a absenci oficiálního popisu, doplněno nativní CT mozku, které krvácení potvrzuje. Pacient konzultován na neurochirurgii Nem. ČB s domluvením překladu na neurochirurgickou JIP. Tam během observace provedeno kontrolní CT mozku, které bez progresu. Doplněno CTag mozkových cév, které bez průkazu zdroje krvácení. Rozhodnuto o konzervativním postupu. Následující den odeslán zpět

do spádové nemocnice. Pacient při příjmu dezorientovaný všemi kvalitami, neklidný. Přetrvávající hypertenze, která postupně medikamentózně upravena. Dle dříve provedené MR je popisována čerstvá ischemie frontálně vlevo a objemná ICH temporálně vpravo, která odpovídá ICH při CAA, kompletně splněna Boston 2.0 kritéria. Dále jsou popisovány splývající arey vazogenního edému kortiko juxtakortikálně bilaterálně vysoko frontálně až parietálně více vlevo, četná depa hemosiderinu, jako znaky odpovídající CAA related vaskulitidě. Na oddělení doplněna lumbální punkce. V základním panelu bez výrazné patologie. Dále mok odeslán na vyšetření do laboratoře v KV, kde zjištěn trojnásobně zvýšený celkový tau protein a poloviční hodnota beta-amyloidu, které svědčí pro neurodegenerativní postižení s ukládáním beta-amyloidu do stěny cév a imunitní reakci. Pacientovi na základě klinického stavu a podezření na CAARI nasazena kortikoterapie v celkové dávce 5 g Solumedrolu s následným taperem. Při kortikoterapii dochází ke klinickému zlepšení. Přetrvává intermitentní zmatenost časem, občas situací, pacient již klidný a spolupracující. Vzhledem ke kolísavému stavu kognice doplněno EEG, kde popisována nespecifická ložisková abnormita fronto-temporálně vpravo při hraničně zpomalené základní aktivitě se sníženou reaktivitou. Záznam bez specifických epileptických generalizací.

Dle kontrolní MR dochází k ústupu splývajícího vazogenního edému, ICH bez progresu, vykreslení ischemického ložiska kortikálně vlevo. Ambulantně proveden PET/CT, na kterém potvrzena vysoká hustota usazených beta-amyloidových plaků. Kontrolní vyšetření pacienta teprve naplánováno.

Podněty k diskusi, závěr

CAA-ri je diagnóza postavená na základě věku (starší 40 let), klinického stavu (bolesti hlavy, změny chování, porucha kognice...) a typického nálezu na zobrazovacích metodách (dle MR asymetrický subkortikální edém, intracerebrální hemoragie, depozita hemosiderinu...). Pacient tato kritéria splňoval, nicméně dalo by se argumentovat, že daná klinika může souviset i s dalšími akutními patologickými nálezy na mozk – ICH T vpravo či ischemie F vlevo.

7. Zpátky do života: Nečekané zotavení po status epilepticus s rozsáhlým kortikálním postižením

Kříž J.

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

kriz.jiri@gmail.com

Úvod

Status epilepticus s multifokálními edematózními změnami mozku představuje diagnosticky náročný stav se širokou diferenciální diagnostikou, zahrnující mimo jiné PRES, ADEM, autoimunitní encefalitidy, PML a vaskulitidy. V našem případě se významnou diagnostickou stopou stala nově zjištěná aktivní HCV infekce.

Vlastní kazuistika

Muž s hidradenitis suppurativa, opakovanou pancytopenií, hepatosplenomegalií a lymfadenopatií byl hospitalizován k dovyšetření možného hematologického onemocnění. Během hospitalizace byl nalezen po pádu zmatený a pomočený. Následovaly opakované epileptické záchvaty, které postupně přešly do status epilepticus. Pro poruchu vědomí byl pacient uveden do analgo-sedace, intubován a napojen na umělou plicní ventilaci. Současně byla zahájena kombinovaná antiepileptická léčba.

MR mozku ukázala rozsáhlé změny v obou mozkových hemisférách s otokem přilehlé bílé hmoty,

později se objevily změny také v levé mozečkové hemisféře a vermis. Příčina nálezů zpočátku nebyla jasná. Vyšetření likvoru neprokázalo neuroinfekci a rozsáhlé vyšetření zaměřené na autoimunitní a další zánětlivá onemocnění CNS nepřineslo jednoznačné vysvětlení. Ani vyšetření odebrané lymfatické uzliny neprokázalo lymfom.

V průběhu dalšího vyšetřování byla nově zjištěna aktivní hepatitida C s vysokou virémií. Angiografické vyšetření následně ukázalo nepravidelnosti průsvitu mozkových tepen, které podporovaly možnost HCV asociované vaskulitidy CNS. Byla proto zahájena přímá antivirová léčba přípravkem Maviret.

Další průběh byl příznivý. Kontrolní EEG již neprokazovala epileptiformní aktivitu, antiepileptickou léčbu bylo možné postupně redukovat a pacient byl odpojen od umělé plicní ventilace a následně dekanylován. Při překladu byl při vědomí, orientovaný, mobilní a bez zjevného ložiskového neurologického deficitu.

Podněty k diskusi, závěr

Etiologie CNS postižení nebyla jednoznačně prokázána. Negativní infekční, autoimunitní a hematologické vyšetření spolu s aktivní HCV infekcí a angiografickými změnami vedla k pracovní diagnóze HCV asociované vaskulitidy CNS. Příklad ukazuje význam široké diferenciální diagnostiky u nově vzniklého status epilepticus s neobvyklým MR obrazem a nutnost formulovat etiologický závěr s odpovídající mírou diagnostické jistoty.

8. Extrémní slabost a vše, co je za ní

Soukup J.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

souk.jan@seznam.cz

Úvod

Následující kazuistika pojednává o případu mladé pacientky, kterou přivezla RZP pro dominující slabost. Fyzikální vyšetření a laboratorní testy teprve ukázaly, o jak závažnou patologii se jedná.

Vlastní kazuistika

Pacientka, 28 let, přichází pro slabost, bolesti kloubů a svalů, zimnice a zvracení. V osobní anamnéze mimo jiné lupus erythematosus, Sjögrenův syndrom, hypotyreóza. Vstupní fyzikální nález kromě výrazné slabosti a hypotenze bez jiné jasné patologie. Pacientka dosud noncompliantní k léčbě revmatologických onemocnění. V laboratoři dominuje významná hypokalémie 1,26 mmol/l. Na RTG břicha t. č. bez známek pneumoperitonea, ileu, vedlejším nálezem jsou RTG kontrastní četné kalcifikace oboustranně vyplňující kontury kalichů ledvin.

Vzhledem k hypokalémii doplňujeme acidobazickou rovnováhu – zde na první pohled „překvapivá“ acidóza (hyperchloremická metabolická). Kombinace (hypokalémie + acidóza) nás vede k suspekci na některou z renálních tubulárních acidóz.

Pacientka je hospitalizována na JIP, kde je zahájena suplementace kaliem, monitorace. Druhý den dochází již k významnému zlepšení klinického stavu a výraznému zvýšení hladiny kalémie. Současně však dochází k elevaci hladiny chloridů, hypokalcémii a anemizaci. Zahájena tedy substituce vápníku spolu s bikarbonátem. Je doplněn ultrazvuk břicha, kde je popsána bilaterální nefrolithiáza kalichů s redukcí kůry ledvin. Pro zlepšení klinického stavu i laboratorních výsledků je propuštěna do domácí péče.

Podněty k diskusi, závěr

U naší pacientky netradiční kombinace hypokalémie a metabolické acidózy vedla k diagnóze renální tubulární acidózy (RTA). RTA (kromě 4. typu) je stav charakterizovaný hyperchloremickou acidózou, která je podmíněna poruchou acidifikace moči – v tomto případě na podkladě chronické tubulointersticiální nefritidy. Zde se jednalo o RTA 1. typu (distální). V laboratoři nacházíme hypokalémii, současně pH moči neklesá pod 5,8 a nacházíme zvýšené ztráty sodíku a draslíku močí. Konstantním příznakem je hyperkalciurie, která může vést k nefrolithiáze a nefrokalcinóze s postupnou destrukcí parenchymu ledviny a rozvojem chronické renální insuficience.

Primární poškození tubulů měl v tomto případě na svědomí nejspíše přítomný sekundární Sjögrenův syndrom či přímo lupus erythematodes. Pacientka je t. č. léčena cestou revmatologické poradny.

Chceme upozornit na 2 zásadní skutečnosti:

1. u každé hypokalémie nutno nabrat ASTRUP
2. netradiční kombinace hypokalémie a metabolické acidózy, za kterou je nutno hledat společného jmenovatele – renální tubulární acidózu.

Sál LÉKAŘI 1 – 2. Infekce v nečekaných převlecích**1. Neobvyklá indikace k blokové krční disekci – oroglandulární forma tularémie**

Krotova J., Střihavka P., Doležal J.

ORL oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

frau.julie.krot@gmail.com

Úvod

Francisella tularensis je vysoce infekční gramnegativní bakterie způsobující zoonotické onemocnění – tularémii, známou také jako „zaječí nemoc“. K přenosu na člověka dochází zejména kontaktem s drobnými savci, především hlodavci a zajícovitými, prostřednictvím členovců sajících krev nebo inhalací kontaminovaného aerosolu či prachu. Oroglándulární forma je vzácnou klinickou manifestací onemocnění s postižením orofaryngu a regionálních krčních lymfatických uzlin. U pokročilých forem s destruktivním postižením krčních lymfatických uzlin může být v indikovaných případech nutné chirurgické řešení, výjimečně i v rozsahu krční blokové disekce.

Vlastní kazuistika

V listopadu 2025 se u pacienta, 57 let, myslivec, rozvinula neustupující tonzilitida s oboustrannou krční lymfadenopatií. Ve spádové nemocnici byla pro kolikvaci provedena její incize s následným vznikem píštěle. Pacient byl následně odeslán na Infekční oddělení Nemocnice České Budějovice, kde byl přeléčen gentamicinem a doxycyklinem s přechodným klinickým efektem.

Přetrvávala však mírná levostranná krční lymfadenitida.

V únoru 2026 došlo k opětovné progresi lokálního nálezu s výrazným otokem a zarudnutím kůže na levé straně krku.

CT vyšetření prokázalo nekrotickou krční lymfatickou uzlinu s provalením do okolní svaloviny a tvorbou abscesových ložisek.

PCR vyšetřením byla potvrzena infekce *Francisella tularensis*.

Vzhledem k rozsahu a destruktivnímu charakteru nálezu byla navzdory infekční etiologii indikována levostranná krční bloková disekce.

Výkon byl proveden za profylaktické antibiotické clony ciprofloxacinem.

Podněty k diskusi, závěr

Oroglandulární forma tularémie představuje vzácnou klinickou jednotku, která může při výrazné krční lymfadenopatii a destruktivních změnách imitovat maligní proces. V diagnostice má významnou roli mikrobiologické vyšetření včetně PCR. Přetrvávání a progresse lokálního nálezu navzdory antibiotické terapii mohou vést k nutnosti chirurgické intervence. V našem případě rozsah destruktivního poškození vedl k neobvyklé indikaci krční blokované disekce navzdory prokázané infekční etiologii.

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

Diferenciálně diagnosticky bylo zvažováno především metastatické poškození krčních uzlin a jiné infekční či granulomatózní lymfadenitidy, diagnóza byla následně potvrzena pomocí PCR.

2. Není kámen jako kámen

Říha F.

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

riha.filip@outlook.cz

Úvod

Urogenitální tuberkulóza představuje vzácnou formu extrapulmonální tuberkulózy, jejíž diagnostika bývá vzhledem k nespecifickým klinickým i zobrazovacím projevům často opožděná. Renální tuberkulóza může imitovat řadu urologických onemocnění, nejčastěji nefrolitiázu, chronickou pyelonefritidu nebo nádory horních močových cest. Naše kazuistika upozorňuje na diagnostická úskalí tohoto onemocnění a zdůrazňuje význam široké diferenciální diagnostiky u atypických nálezů.

Kazuistika

Případ pacientky přijaté k řešení levostranné kalikolitiázy – diagnostikované na základě CT vyšetření. Na podkladě zobrazovacího nálezu byla indikována flexibilní ureterorenoskopie s předpokladem standardního endoskopického řešení litiázy. V průběhu výkonu byl však zjištěn atypický endoskopický nálezn s přítomností většího množství hnisavého obsahu a dutin suspektních z kaseifikačních kaveren, který nekorespondoval s předoperační diagnózou. Z odebraného materiálu bylo provedeno mikrobiologické vyšetření včetně průkazu mykobakterií. Následně byla prokázána přítomnost acidorezistentních tyčí (ART), čímž byla potvrzena diagnóza renální tuberkulózy. Pacientka byla přeložena na pneumologické pracoviště, kde byla zahájena standardní antituberkulotická léčba.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika dokumentuje, že renální tuberkulóza může věrně imitovat nefrolitiázu a vést k diagnostické prodlevě. Přestože se jedná o vzácné onemocnění, mělo by být zvažováno u pacientů s atypickým průběhem, neobvyklým zobrazovacím nálezem nebo přetrvávajícími obtížemi nevysvětlitelnými běžnou urologickou patologií. Včasné zařazení renální tuberkulózy do diferenciální diagnostiky a indikace cílených mykobakteriologických vyšetření mohou zásadně ovlivnit léčebný postup i prognózu pacienta. Kazuistika současně zdůrazňuje význam mezioborové spolupráce u pacientů s nejasným nálezem v oblasti horních močových cest.

3. Když tuberkulóza není tuberkulóza

Prokopová D., Liptáková Z., Jarešová P.

Plicní léčebna, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prokopova.daniela@nemcb.cz

Netuberkulózní mykobakteriální infekce mohou svým klinickým i radiologickým obrazem věrně napodobovat tuberkulózu. Správná identifikace původce je přitom zásadní pro volbu léčby.

Mycobacterium abscessus complex patří mezi rychle rostoucí mykobakteria s vysokou přirozenou rezistencí k antibiotikům a léčba bývá dlouhodobá a terapeuticky náročná.

Prezentujeme případ 35letého pacienta přijatého k léčbě suspektní plicní tuberkulózy. Vstupní CT vyšetření prokázalo suspektní specifický proces plic predilekčně s postižením obou plicních vrcholů, lymfadenopatii, difuzní postižení jater a ložiskové postižení v prsních svalech. Pozitivní Quantiferon test spolu s typickým radiologickým nálezem vedl k zahájení standardní antituberkulotické léčby. Další mikrobiologická vyšetření však prokázala Mycobacterium abscessus complex. Antituberkulotická léčba byla ukončena a po konzultaci s antibiotickým centrem byla zahájena cílená antibiotická terapie, dále upravovaná podle výsledků testování citlivosti.

Kazuistika upozorňuje na diagnostická úskalí odlišení tuberkulózy od netuberkulózních mykobakterióz a zdůrazňuje význam komplexního mikrobiologického vyšetření, mezioborové spolupráce a individualizace léčby. Správná diagnostika zásadně ovlivňuje terapeutický postup i prognózu pacienta.

4. Alergická bronchopulmonální aspergilóza u kortikodependentního astmatu

Kasl J. ml.

TRN oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

honza.kasl@email.cz

Úvod

Alergická bronchopulmonální aspergilóza je hypersenzitivní reakce na houbu Aspergillus fumigatus v dýchacích cestách. Postihuje jedno až tři procenta astmatiků, u obtížně léčitelného astmatu je výskyt vyšší. Diagnózu opíráme o zvýšené celkové IgE a o eozinofilii v periferní krvi. Systémové kortikosteroidy však obě tyto hodnoty potlačují. Onemocnění proto nejobtížněji rozpoznáváme u nemocných, které ohrožuje nejvíce. Neléčené vede k bronchiektáziím, fibróze, cor pulmonale a respiračnímu selhání.

Vlastní kazuistika

Šedesátiletý muž se od roku 2003 léčí pro těžké astma s častými exacerbacemi. Po onemocnění Covid-19 v říjnu 2024 se stav trvale zhoršuje. Systémové kortikosteroidy již nedokážeme vysadit. V únoru 2025 nemocný prodělává protrahovaný zápal plic. V březnu opakovaně zachytáváme ve sputu plísň. V dubnu 2025 provádíme bronchoskopii s laváží. Nález prokazuje beta-D-glukan 19,360, antigen Aspergila s indexem 6,743 a kultivačně Aspergillus fumigatus. Zahajujeme léčbu Vorikonazolem. CT hrudníku ukazuje bronchiektázie, air-trapping, denzity mléčného skla a noduly. Radiolog uzavírá nález jako kompatibilní s aspergilózou. Imunologie však zůstává němá. Celkové IgE jsou nízké a eozinofily se drží na nule až jednom procentu. Vorikonazol ukončujeme předčasně pro poruchu vidění, myalgie a krvácivé projevy. Následuje sedmitýdenní terapie Itrakonazolem. V listopadu 2025 zahájena centrem pro těžké astma biologická léčba Tezepelumabem. V březnu 2026 se onemocnění vrací. Sputum obsahuje velké množství aspergila rezistentního k Itrakonazolu. Od dubna 2026 nemocný užívá Posakonazol.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika otevírá otázku, jak rozpoznat aspergilózu u kortikodependentního astmatika. Kortikoterapie potlačuje eozinofilii i tvorbu IgE. Normální hodnoty proto onemocnění nevylučují. Diagnózu umožňuje až přímý průkaz z bronchoalveolární laváže. U těchto nemocných indikujeme bronchoskopii dříve než obvykle. V rozvaze ponecháváme chronickou plicní aspergilózu i aspergilovou bronchitidu. Eozinofilní granulomatózu s polyangiitidou vylučujeme pro negativní autoprotilátky. Definitivní zařazení nemocného zůstává nejisté. Druhým tématem je vedení azolové léčby. Intolerance, nízké hladiny a získaná rezistence ukazují na potřebu monitorování. Spolupráce s mykologem i klinickým farmaceutem patří ke standardu péče. Otevřená zůstává role biologické léčby u astmatu komplikovaného aspergilózou. Na tuto otázku jeden nemocný odpovědět nemůže.

5. Nečekaný vetřelec v očnici

Trojan A.

Neurologické oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

trojantonda@seznam.cz

Úvod

Syndrom apexu orbity je závažný stav, při kterém dochází k postupné destrukci hrotu očnice a poškození cévních a nervových struktur v příslušné oblasti. Mezi nejčastější příčiny patří infekce (často šířící se z oblasti paranasálních dutin), nádorová onemocnění, cévní etiologie (aneurysmata, krevní sraženiny), méně často traumatické postižení. Ke klinickým příznakům řadíme poruchu visu na postiženém oku, dvojité vidění v důsledku obrny okohybných nervů, poruchu citlivosti v inervační oblasti 1. větve trigeminu či nekonstantně exoftalmus.

Kazuistika

Ve své práci prezentuji kazuistiku 68letého, doposud vážně nestonajícího muže, u něhož byla diagnostikována infekční infiltrace hrotu levé očnice. Pacient poslední dva měsíce před propuknutím obtíží pracoval ve sklenících se zeminou. Prvním klinickým příznakem byly bolesti hlavy doprovázené febriliemi, následně se objevila diplopie a zhoršení visu levého oka. V neurologickém nálezu byla patrna obrna n. VI. vlevo a mírná protruze levého očního bulbu. Zobrazení mozku prokázalo kompresi zrkového nervu pravděpodobně zánětlivými změnami v hrotu očnice. Konzultovali jsme vyšší neurochirurgické pracoviště, kam byl pacient přeložen k provedení dekomprese optiku. Pacient byl následně zajištěn širokospektrou empirickou antibiotickou terapií, podávána též antiedematózní terapie kortikosteroidy. Z patologie hlášen dodatečný záchyt mykotických hyf v odebraném materiálu, prvotně podezření na mukormycety. Vzhledem k nemožnosti podávání systémové antimykotické terapie na našich lůžkách pacient přeložen na infekční oddělení. Zde ve spolupráci s ORL oddělením kultivačním vyšetřením potvrzen *Aspergillus*, pacient dlouhodobě léčen isavukonazolem s postupnou úpravou zraku i okohybné poruchy.

Diskuse, závěr

V případě našeho pacienta bylo primárním cílem odhalit příčinu bolestí hlavy a diplopie a zachránit zrak včasnou dekompresí zrkového nervu, po odhalení infekční příčiny zabránit progresi obtíží poskytnutím cílené antimikrobiální terapie, což se nám ve spolupráci s odborníky napříč republikou podařilo. Z naší kazuistiky vyplývá, že ač se mykotické infekce nejčastěji vyskytují u imunosuprimovaných jedinců, setkáváme se s nimi i u relativně zdravých pacientů.

6. Od kožních projevů k multiorgánovému selhání: neočekávaná diagnóza strongyloidózy

Lorenc V.

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

vo.lorenc@gmail.com

Úvod

Strongyloidóza představuje v Evropě vzácné parazitární onemocnění, které může u imunokompetentních osob probíhat dlouhodobě asymptomaticky nebo s nespecifickými projevy. U imunosuprimovaných pacientů může dojít k akceleraci autoinfekčního cyklu a rozvoji hyperinfekčního syndromu s multiorgánovým postižením a vysokou mortalitou.

Vlastní kazuistika

Pacientka s revmatoidní artritidou léčená dlouhodobě kortikosteroidy a methotrexátem, v minulosti pracující jako ošetřovatelka hospodářských zvířat, byla opakovaně vyšetřována a hospitalizována na kožním oddělení pro bolestivé vaskulitické kožní projevy dolních končetin a petechie plosek nohou. Následně přijata na urgentní příjem pro celkové zhoršení stavu, nechutenství, slabost, těžkou hyponatremii. Laboratorně byla přítomna elevace zánětlivých parametrů, neutrofilie, lymfopenie, na rentgenovém snímku plic ložiskové infiltráty na obou bazích. Pacientka byla hospitalizována na interním oddělení. V průběhu hospitalizace došlo k rozvoji závažné respirační insuficience, desaturace, s úpravou po oxygenoterapii. Pro podezření na plicní embolii provedeno CT angiografické vyšetření plicních cév, kde byla vyloučena embolizace, popsána byla intersticiální ložiska v dolních lalocích, chronické bronchiektázie s retencí sekretu. Další průběh hospitalizace komplikovala hemateméza bez oběhové nestability. Gastroskopicky zjištěna aftoidně změněná sliznice jícnu, objemná prepylorická ulcerace a patologicky změněná sliznice duodena. Byly odebrány biptické vzorky. Následně se rozvinul akutní ileózní stav, pro podezření na adhezivní ileus provedena urgentní laparotomie bez jednoznačného průkazu mechanické příčiny. Pooperační průběh byl komplikován přetrvávající poruchou střevní pasáže, vysokými odpady z nasogastrické sondy, delirantním stavem a respirační insuficiencí s nutností umělé plicní ventilace. Histologické vyšetření žaludeční biopsie prokázalo masivní přítomnost parazitárních struktur odpovídajících Strongyloides stercoralis. Byla zahájena terapie Ivermektinem. Navzdory cílené terapii došlo k progresi do multiorgánového selhání a diseminované intravaskulární koagulopatie a pacientka na následky hyperinfekčního syndromu zemřela.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika upozorňuje na nutnost zahrnout strongyloidózu do diferenciální diagnostiky u imunosuprimovaných pacientů, především těch léčených kortikosteroidy s nevysvětlitelnou kombinací kožních, respiračních a gastrointestinálních projevů. Pro nespecifický projev a vzácnost onemocnění v našich podmínkách je diagnostika onemocnění náročná. Včasné rozpoznání a léčba jsou zásadní, protože rozvoj hyperinfekčního syndromu je spojen s velmi vysokou mortalitou.

7. Když klouby klamou – Infekční endokarditida s fulminantním průběhem u mladého pacienta

Ištoňová P., Čoček D., Mokráček A.

Oddělení kardiochirurgie, hrudní a cévní chirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

istonova.petra@nemcb.cz

Úvod

Infekční endokarditida představuje závažné onemocnění spojené s významnou morbiditou a mortalitou, které může mít zpočátku nespecifické projevy a imitovat jiná onemocnění. U fulminantního

průběhu může během krátké doby dojít k destrukci srdeční chlopně, akutnímu srdečnímu selhání a rozvoji život ohrožujících komplikací.

Vlastní kazuistika

Čtyřicetidvouletý dosud zdravý muž byl nejprve ambulantně léčen pro bolest a otok metatarzofalangeálního kloubu jako suspektní dnavý záchvat. Navzdory léčbě kolchicinem a nesteroidními antiflogistiky obtíže přetrvávaly. Následně se rozvinuly horečky, zimnice, průjmy a výrazná elevace zánětlivých parametrů. Pacient byl hospitalizován pro pneumokokovou infekci a byla zahájena antibiotická léčba. Během krátké doby došlo k progresi respiračního a oběhového selhání. Echokardiograficky byla zjištěna destrukce nativní aortální chlopně s objemnou pohyblivou vegetací a akutní aortální regurgitací IV. stupně. Progredující hemodynamická nestabilita vedla k urgentní kardiokirurgické intervenci jako ultimum refugium. Po příjezdu na operační sál byla zahájena kardiopulmonální resuscitace pro asystolii. Vzhledem k těžké destrukci aortální chlopně byla provedena její náhrada mechanickou protézou a zavedena VA-ECMO podpora. Další průběh byl komplikován uvolněním mechanické protézy s významnou paravalvulární regurgitací. Byla proto provedena reoperace s explantací mechanické protézy, uzávěrem defektu a implantací bioprotézy. Následně došlo k progresi komplexního levoprávého zkratu do pravé síně. Přes další intervence nebyla jeho kardiokirurgická korekce technicky možná. Pro progresi srdečního selhání byla následně indikována transplantace srdce, kterou pacient v krátkém časovém odstupu podstoupil.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika upozorňuje na možnost atypické prezentace infekční endokarditidy, kdy mohou kloubní obtíže předcházet rozvoji závažné infekce. Fulminantní destrukce aortální chlopně může během krátké doby vést k oběhovému selhání, nutnosti mechanické oběhové podpory a opakovaných kardiokirurgických výkonů. Rozvoj komplexního strukturálního postižení s technicky neřešitelným levoprávým zkratem může zásadně limitovat možnosti chirurgické léčby a vést až k nutnosti transplantace srdce.

8. CLAP – klapne to?

Velemínský J., Klouda J., Musil D.

Ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

veleminsky.jakub@nemcb.cz

Úvod

Periprotetické zlomeniny distálního femuru a infekce totální endoprotézy kolenního kloubu patří mezi nejzávažnější komplikace endoprotetiky. Současné mechanické selhání rekonstrukce, rozsáhlý kostní defekt a polymikrobiální infekce výrazně limitují možnosti definitivního řešení a vyžadují individualizovaný mezioborový postup.

Vlastní kazuistika

Šedesátiletá pacientka prodělala v srpnu 2025 periprotetickou zlomeninu pravého distálního femuru ošetřenou osteosyntézou. Po následném selhání této osteosyntézy komplikovaném infektem byla 5. 5. 2026 provedena extrakce veškerého osteosyntetického materiálu, explantace TEP a implantace fixního spaceru. Z peroperačních vzorků byl prokázán *Staphylococcus haemolyticus*. Léčba vankomycinem a rifampicinem byla komplikována leukopenií, po zavedení alternativní terapie daptomycinem vznikl generalizovaný toxoalergický exantém a při opětovném podání vankomycinu systémová reakce s hypotenzí. Terapie proto pokračovala linezolidem. Dne 7. 6.

došlo při přesunu pacientky na lůžku ke zlomení přemostňujícího hřebu v úrovni kloubní štěrbin. Dne 10. 6. byl spacer extrahován, proveden rozsáhlý debridement a implantována tumorózní náhrada kolenního kloubu. Pro přetrvávající sekreci z operační rány byla provedena punkce operovaného kloubu. V punktátu byla tentokrát prokázána nová agens – *Candida albicans* a *Pseudomonas aeruginosa*. Dne 26. 6. následovala operační revize s opakovaným debridementem, evakuací retence a zavedením katétrů k endoprotéze a V.A.C. terapií. Intraartikulární ATB terapie (CLAP) byla ukončena po 14 dnech. Kombinovaná systémová ATB terapie (čtyřkombinace) byla 15. 7. výrazně zredukována a byl ponechán pouze Cifloxinal a Posakonazol. Pro výrazné zlepšení stavu byla pacientka 20. 7. propuštěna do domácího léčení. Při propuštění došlo k ústupu sekrece z rány a snížení hodnot zánětlivých parametrů. Pacientka byla při dimisi s dopomocí soběstačná a schopna chůze s odlehčením operované končetiny.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika dokumentuje souběh opakovaného mechanického selhání, rozsáhlého kostního defektu distálního femuru a bakteriálně-mykotické periprotetické infekce při výrazně omezených možnostech antimikrobiální léčby. Implantace tumorózní náhrady umožnila rekonstrukci nosné funkce končetiny, její zachování však vyžadovalo opakované radikální debridementy a kombinaci dlouhodobé systémové a lokální intraartikulární terapie.

Případ zdůrazňuje význam těsné spolupráce ortopeda, infektologa a mikrobiologa a ukazuje kontinuální lokální podávání antimikrobiálních léčiv jako možnost léčby u jinak obtížně řešitelných infekcí kloubních náhrad.

Sál LÉKAŘI 1 – 3. Neurovědy

1. Thunderclap headache – ne každý hrom je SAK

Richnavský M., Gentileová T., Houška P.

Neurologické oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

martin.richnavsky98@gmail.com

Úvod

Jako thunderclap headache je označována náhle vzniklá, prudká a intenzivní bolest hlavy s maximem intenzity do jedné minuty od vzniku. Nejčastěji je dávána do souvislosti se subarachnoidálním krvácením, ale existuje řada dalších možných příčin. V našem případě byl příčinou thunderclap headache reverzibilní cerebrální vazokonstrikční syndrom (RCVS), který je charakterizován přechodnou prudkou multifokální vazokonstrikcí mozkových tepen.

Vlastní kazuistika

V naší práci představujeme kazuistiku 63leté pacientky, u které jsme diagnostikovali RCVS v návaznosti na zhoršení chronického kašle. Prvním příznakem byly nespecifické bolesti hlavy objevující se po záchvatu kašle. Dalším příznakem byla krátká porucha vědomí a na ní navazující zmatenost s poruchou řeči, následně se přidaly přechodné výpadky zorného pole a ataky náhlé, prudké a intenzivní bolesti hlavy s nauzeou, zvracením, fotofobií a fonofobií. Neurologický nálezn byl u pacientky normální, CT mozku opakovaně bez průkazu patologie, CTA mozkových tepen prokázalo pouze zúžení P1 úseku PCA vpravo, laboratorní vyšetření bylo bez pozoruhodností, mozkomíšní mok s velmi lehkou mononukleární pleocytózou. Doplnili jsme magnetickou rezonanci mozku, kde byl až na vývojovou žilní anomálii v pravém frontálním laloku normální nálezn. Oftalmologické vyšetření bylo bez měštnání na očním pozadí s nespecifickými skotomy

oboustranně. Vzhledem k úvahám o RCVS jsme několik dní po neprůkazném CTA vyšetření provedli transkraniální dopplerovskou sonografii (TCCS) s nálezem povšechné akcelerace vrcholových systolických rychlostí (PSV) v mozkových tepnách, což svědčilo pro multifokální vazokonstrikci. Pacientce jsme podávali blokátor kalciového kanálu s rychlou úlevou od potíží. Kontrolní TCCS s odstupem 4 dnů od zahájení léčby byla s normalizací PSV mozkových tepen. Kontrolní magnetická rezonance mozku s odstupem měsíce byla s nálezem pozdně subakutních ischemií v obou hemisférách, pacientka byla subjektivně nadále bez obtíží.

Podněty k diskusi, závěr

U naší pacientky bylo od počátku diagnostického procesu cílem vyloučení závažné cévní či jiné etiologie obtíží. Klinický obraz byl pro RCVS relativně typický, ale zobrazovací vyšetření v úvodu onemocnění negativní, což není u RCVS neobvyklé. Reverzibilní vazokonstrikci mozkových tepen se nám nakonec povedlo prokázat pomocí TCCS, která je metodou rychlou, snadno opakovatelnou a bez nežádoucích účinků ionizujícího záření. Poučením z této kazuistiky je, že v případě thunderclap headache a fokálních neurologických příznaků je nutno po vyloučení jiných příčin na RCVS myslet a v případě negativních zobrazovacích vyšetření v počátku onemocnění je opakovat s odstupem.

2. SMART syndrom – příznak mozkové radioterapie

Nazarova I., Kunáš Z.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

nazarova.inessa@nemcb.cz

SMART syndrom (Stroke-like Migraine Attacks after Radiation Therapy) je vzácná pozdní komplikace mozkové radioterapie, která se může rozvinout až několik let či dokonce desetiletí po léčbě. Projevuje se epizodami s příznaky podobnými cévní mozkové příhodě (vč. hemiparézy, afázie, hemianopie), migrenózními bolestmi hlavy a epileptickými záchvaty. Mechanismus vzniku zatím není zcela objasněn, uvažuje se o pozdní radiací indukované neurotoxicitě s poškozením endotelu, poruše autoregulace, neuronální dysfunkci a kortikální hyperexcitabilitě. Diagnostika se opírá o RT mozku v osobní anamnéze, klinický obraz a MR mozku, na které je vidět rozsáhlé postižení se zesílením signálu v gyrech a zduření kůry. Nález bývá unilaterální s postižením oblasti, která byla v minulosti ozářena. Terapie primárně zahrnuje kortikoterapii v akutní fázi onemocnění k potlačení edému a zánětlivé reakce v mozku, další léčba je zaměřena na potlačení záchvatů (protizáchvatová medikace), zmírnění příznaků (analgetika), velkou roli pak hraje i rehabilitace (fyzioterapie, logopedie).

Představujeme kazuistiku 48leté pacientky, která byla přijata pro nově vzniklé bolesti hlavy, pravostrannou hemianopsii, Gerstmannův syndrom, transkortikální motorickou afázii a potíže s orientací v prostoru. Anamnesticky před 16 lety prodělala radikální resekci medulloblastomu levé mozečkové hemisféry s následnou radioterapií celého neurokrania. V rámci vyšetření byla provedena MR mozku s obrazem zesílení a hyperintenzity kortexu gyrů vlevo temporookcipitálně, lokalizace a rozsah signálových změn neodpovídaly postižení jednotlivých vaskulárních teritorií a po aplikaci kontrastní látky bylo patrné výrazné sycení kortexu a meningů. V rámci dif. dg. bylo doplněno vyšetření mozkomíšního moku, které vyloučilo zánětlivý podklad obtíží. Vzhledem k anamnéze radioterapie mozku a MR nálezu byla stanovena dg. SMART syndromu a zahájena léčba pulsy Solu-Medrolu i.v. s následným taperem p.o. kortikoidů. Během hospitalizace dále docházelo k recidivujícím epileptickým záchvatům charakteru FBTCs z levé hemisféry. Byla nasazena protizáchvatová medikace, započata fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Na zavedené terapii docházelo k postupnému zlepšení klinického stavu. Po dimisi z NRO pacientka podstoupila

rehabilitaci kognice na REO. Při dalších kontrolách včetně MR mozku nadále dochází ke zlepšování klinického i radiologického nálezu.

SMART syndrom je vzácnou pozdní komplikací radioterapie v oblasti mozku. Jeho klinické projevy a nálezy na zobrazovacích vyšetřeních mohou napodobovat recidivu nádoru, cévní mozkovou příhodu nebo jiná neurologická onemocnění. Rozpoznání tohoto syndromu je zásadní, protože správná diagnóza vede k zahájení adekvátní terapie a může zabránit zbytečným invazivním diagnostickým výkonům.

3. PML jako komplikace léčby DLBCL rituximabem

Syrovátka J., Hrubý R., Ostrý S.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

syrovatka.jan@nemcb.cz

Úvod

Progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) je vzácné onemocnění způsobené virem Johna Cunninghama (JCV). JCV je v populaci běžně rozšířený oportunní patogen. K jeho reaktivaci dochází u imunokompromitovaných pacientů, například s HIV/AIDS, nebo léčených monoklonálními protilátkami. JCV postihuje oligodendrocyty a vede k demyelinizačnímu poškození CNS. Nejčastější primomaniestací PML je motorický deficit, neuropsychiatrické symptomy, poruchy řeči, zraku či epileptické záchvaty.

Vlastní kazuistika

Pacientka r. 1948, léčená rituximabem pro difuzní velkobuněčný B-lymfom střev (DLBCL), byla poprvé hospitalizována na neurologickém oddělení pro kumulaci dvou generalizovaných motorických epiparoxysmů. Na magnetické rezonanci (MR) mozku s kontrastní látkou bylo nalezeno ložisko charakteru subakutní ischemie v povodí pravé zadní mozkové tepny (RPCA). Záchvaty byly hodnoceny jako akutní symptomatické při cévní mozkové příhodě. U pacientky nadále kliniky přetrvává částečná levostranná homonymní hemianopsie. Týden po této epizodě byla podána poslední dávka rituximabu na onkologickém odd. Za necelý měsíc byla pacientka opět hospitalizována pro recidivu epiparoxysmů a progresi poruchy zraku. Na kontrolní MR mozku došlo k progresi T2 hyperintenzních změn, které se nově objevily i v druhostranném okcipitálním laloku. Radiologický obraz odpovídal syndromu reverzibilní encefalopatie v zadní cirkulaci (PRES), který vzácně může být způsoben terapií rituximabem. Pomýšleli jsme i na generalizaci lymfomu do CNS, která nebyla průtokovou cytometrií v mozkomíšním moku prokázána. Onkologická léčba byla toho času již ukončena. Během dalších 2 týdnů docházelo k dalšímu zhoršování zraku. Byla provedena časná kontrolní MR mozku, kde pokračuje další progresi radiologického nálezu. Byla opakována lumbální punkce, která prokázala pozitivitu JCV. Diagnóza byla přehodnocena na PML jako následek terapie rituximabem.

Podněty k diskusi, závěr

Se stále širším využíváním moderní onkologické a imunosupresivní léčby narůstá i počet pacientů ohrožených rozvojem PML. Včasné pomýšlení na tuto diagnózu spolu s adekvátní úpravou imunosupresivní terapie může zabránit progresi invalidizujícího neurologického deficitu a rozvoji farmakorezistentní epilepsie.

4. Intraneurální hematom n. ischiadicus

Babničová M.¹, Binderová J.², Fiedler J.¹

¹Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., ²Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

babnicova.miriam@nemcb.cz

Úvod

Prezentujeme kazuistiku pacientky s dlouhodobou antikoagulační léčbou pro paroxysmální fibrilaci síní, u níž spontánně vzniklý intramuskulární hematom vedl k závažné intraneurální lézi n. ischiadicus s těžkým motorickým i senzitivním deficitem dolní končetiny.

Kazuistika

79letá pacientka s anamnézou paroxysmální fibrilace síní léčené rivaroxabanem (Xarelto 20 mg 1×D), dále s aHT, dyslipidémií a DM 2. typu na dietě. Koncem června 2026 pociťovala při vstávání z křesla náhlou bolest v oblasti pravé kyčle s propagací do PDK. V následujících týdnech bolest odezněla, avšak na dorzální straně stehna a bérce se progresivně rozvinul rozsáhlý hematom, pro který byla opakovaně vyšetřována u svého PL a na Interním odd a antikoagulační léčba byla vysazena (od 11. 7. 2026).

Přibližně týden před přijetím se objevila progredující paréza akra PDK s typickou peroneální ste-pází. Při vstupním neurologickém vyšetření byla přítomna těžká tibioperoneální paréza - plantární flexe 1/5, dorzální flexe 1+/5, proximální svalová síla (flexe kyčle, extenze kolene) zachována 5/5 bilat. Hypestezie distálně od kolene s anestézií od kotníku dále. Chůze byla možná pouze s rolátorem. USG a CT vyšetření vyslovilo podezření na útlak n. ischiadicus hematodem, MR stehna nález potvrdila – rozsáhlá tekutinová kolekce v průběhu nervu v proximální a střední třetině stehna (15 × 3,5 × 2,5 cm). Pacientka byla indikována k operační revizi. Dne 21. 7. 2026 byla provedena evakuace hematomu s epineurotomií s dekompresí zduřelého n. ischiadicus z dorzálního přístupu.

Pooperačně následovala dlouhodobá RHB péče, protože i nadále přetrvávala paréza akra PDK s poruchou cití. V rámci komplexní rehabilitační péče byla indikována elektrostimulace, ergoterapie, pro perzistující parestezie farmakoterapie Pregabalinem s částečným efektem. Pacientka byla vybavena peroneální ortézou a nacvičovala vertikalizaci s chodítkem. Vzhledem k riziku recidivy krvácení byla antikoagulační terapie po zhojení rány obnovena v redukované dávce (Eliquis 2,5 mg 2× denně) dle doporučení kardiologa.

Při dimisi dne 28. 8. 2026 byla pacientka mobilní s rolátorem, akrálně na PDK přetrvávala paréza s částečným zlepšením citlivosti nártu a laterální straně nohy. Zajištěna navazující ambulantní rehabilitační péče a kontrola na neurochirurgické ambulanci.

Závěr

Spontánní intramuskulární hematomy jsou vzácnou, ale závažnou komplikací antikoagulační léčby, která může vést k útlaku periferních nervů a rozvoji těžkého motorického deficitu. I přes čas-nou chirurgickou dekompresi a intenzivní rehabilitaci přetrvávala u pacientky paréza akra PDK, což zdůrazňuje závažnost prognózy u tohoto typu poškození periferních nervů a nutnost dlouho-dobého multidisciplinárního sledování.

5. Což takhle dát si špenát místo huffu

Hartmann D.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

hartmann.david@nemcb.cz

Úvod

Otrava plynem představuje v současné době poměrně vzácný typ intoxikace, jejíž následky však mohou být fatální. V této kazuistice se budeme věnovat intoxikaci veřejně dostupným plynem, která sice nevedla k ohrožení života, ale vedla k trvalému poškození zasažených orgánů.

Vlastní kazuistika

Mladí dospívající dnes hledají různé cesty, jak si ukrátit dlouhé chvíle. Někdo si zvolí sport, někdo čte knihy, někdo hledá vyžití v útrobách čajoven s dýmkou v ruce. Když však není skupina mladistvých dostatečně stará, aby si mohla vychutnat éterické vůně vodních dýmek, snaží se najít alternativní způsob zábavy. Personálem čajovny jim je nabídnuta alternativa v podobě látky, která nepodléhá věkovému omezení a její užívání není zákonem dostatečně ošetřeno. Zábava je to až téměř dechberoucí, když se rozhodne jeden ze skupiny adolescentů zcela vědomě pod dohledem ostatních členů skupiny inhalovat plyn tak dlouho, dokud nedojde k poruše vědomí se snovým, ideálně euforickým prožíváním. Jednorázové pobavení nakonec přeroste do společenské akce opakující se frekventně po dobu několika měsíců.

Tato zprvu nevinná a neškodná zábava měla pro skupinu mladistvých velmi nepříjemné a dalekosáhlé následky. Onen plyn při pravidelné a dlouhodobé expozici disponuje silným negativním nejen neurotropním účinkem.

18letá pacientka se dostavila k PL pro 3 měsíce trvající pocit brnění, mravenčení, otoky a bolestivost dolních končetin od kolen distálně. Byla odeslána na neurologickou ambulanci, kde si nově stěžuje i na pocit slabosti dolních končetin, zhoršenou chůzi. V neurologickém nálezu jsou přítomné akroparestzie v rukavicové a ponožkové distribuci, lehká akrální paraparéza, areflexie L2–S2, sfinktery intaktní, lehce paretická chůze bez nutnosti opory. V rámci diff. diagnostiky je již vstupně provedena lumbální punkce se zcela normálním nálezem. Proveden krevní odběr se zaměřením diff. diagnostiku polyneuropatií rovněž s negativním výsledkem. Jako vedlejší nález byla v krevním obrazu patrná lehká až středně těžká normocytární anémie, dále výrazná lymfocytóza s anizocytózou, ovalocyty. Anamnesticky pacientka udala, že před několika měsíci experimentovala s inhalací jistého plynu. Byla dimitována se suspekci na polyneuropatii t. č. nejasné etiologie, v úvahu přicházela toxická, či sekundární při hematologickém onemocnění. Na časném ambulantním EMG vyšetření byl přítomen v kondukčních studiích nález středně těžké senzomotorické axonální polyneuropatie dominantně dolních končetin. Po dvou týdnech od vyšetření přišla pacientka pro zhoršení chabé paraparézy se zhoršením chůze a progresi parestzií všech končetin proximálně, schopna chůze s oporou 2 holí. Za hospitalizace byla zopakována lumbální punkce se znovu zcela normálním nálezem. V biochemickém rozboru byla nově patrna zvýšená hladina vitamínu B12, výrazně snížené hodnoty ferritinu, saturace transferinu a celkového železa. V krevním obrazu patrná lehká již hypochromní mikrocytární anémie bez lymfocytózy. MR mozku a krční páteře neprokázala ložiskovou patologii. Vzhledem k negativitě všech podpůrných vyšetření a pacientkou udávané časté a dlouhodobé inhalaci jistého plynu byla na základě znalosti jeho nežádoucích účinků stanovena diagnóza toxická polyneuropatie. Za hospitalizace započala intenzivní rehabilitace, byla zahájena suplementace vitamínu B12 a železa s následným postupným zlepšováním stability stoje a chůze. Plyn nepříznivě zasahuje do metabolismu vitamínu B12, tím ovlivňuje mimo jiné funkci nervové tkáně a proces hematopoézy. Na kontrolním EMG vyšetření i přes klinické zlepšení nedošlo ke zlepšení nálezu v kondukčních studiích. Za pobytu na

rehabilitačním oddělení došlo k výraznému zlepšení hybnosti dolních končetin, schopna znovu chůze bez opory. Na hematologické kontrole došlo k normalizaci hodnot hemoglobinu, stále přetrvávala mikrocytóza. Ukončena suplementace vitaminu B12. Na kontrolním EMG s odstupem 2 měsíců přetrvával nález středně těžké senzomotorické polyneuropatie dolních končetin, svalová síla dolních končetin pacientku limitovala pouze při těžších sportovních aktivitách.

Podněty k diskusi, závěr

Incidence polyneuropatií u pacientů mladšího věku v České republice je velice nízká, pohybuje se v rámci jednotek desetin procenta. Nejčastější příčinu polyneuropatií u mladistvých představují hereditární, autoimunitní, metabolické či toxické formy neuropatií. Intoxikace plynem představuje jen nepatrnou část z celé podskupiny toxických neuropatií, z této skupiny se nejčastěji setkáváme s chemoterapií indukovanou periferní neuropatií. Intoxikace právě tímto plynem a tíže postižení činí tento případ obzvláště raritním.

Vzhledem k fenotypickému obrazu bylo nutné na prvním místě vyloučit zánětlivou dysimunitní polyradikuloneuropatii, která může postihnout pacienty bez rozdílu věku. Provedením lumbální punkce byla tato i jiná infekční příčina vyloučena. EMG vyšetření odhalilo míru postižení nervových vláken, nicméně pro nízkou specifitu není přínosné pro odhalení etiologie. Důležité informace přinesl samotný odběr anamnézy, kde stěžejní informaci představoval fakt opakované inhalace určitého plynu se známým popsáním negativním neurotrofním efektem, který se při chronickém užívání projevuje právě těmito příznaky. Abnormity ve vstupním krevním obraze, které rovněž spadají do obrazu chronické intoxikace, nás přinutily rozšířit diferenciální diagnostiku o možné probíhající hematologické onemocnění, které sekundárně postihuje nervové struktury. To však nebylo opakovanými hematologickými vyšetřeními prokázáno.

I přes téměř kompletní úpravu klinických obtíží bude mít však pacientka velmi pravděpodobně trvale značně poškozenou funkci nervů dominantně dolních končetin, což představuje v budoucnu snadný terén pro rozvoj symptomatické polyneuropatie z jakékoliv jiné příčiny.

Každá látka, se kterou se dostane člověk do kontaktu, může mít potenciální negativní dopad na zdraví každého z nás, proto je nutné ke každé látce přistupovat s rozvahou.

6. Jak překvapit neurologa

Gerbery R.

Neurologie, Nemocnice Tábor, a.s.

rondiakn@gmail.com

Úvod

Pacientka s měsíc trvající bolestí levé poloviny hlavy a levé tváře a čelisti, měkký, palpačně bolestivý otok nad levým uchem.

Vlastní kazuistika

28letá žena s měsíc trvající bolestí levé poloviny hlavy, tváře a čelisti, poslední týden si nad levým uchem nahmatala měkký, na dotek bolestivý otok. V osobní anamnéze hypothyreóza, farmakologická anamnéza HAK a Euthyrox, alergie negativní, rodinná anamnéza bezvýznamná, studuje lesní správu. Charakter bolesti je ostrý, trvalý, nezhoršující se při žvýkání jídla ani při mytí zubů. Bolest je nejhorší při spánku na levém boku, když si tlačí na oblast nad levým uchem, ostatní polohy při spánku toleruje. Používá Brufen s efektem. Během posledního měsíce si také opakovaně naměřila zvýšenou teplotu, nejvíc 37,8 °C, občas pociťovala zimnici. Další příznaky infekce jako kašel, průjem, výtoky z dutin neguje, neguje také obtíže s hybností končetin, zrakem, sluchem,

řečí. Trauma a kousnutí hmyzem, i přes to, že tráví většinu volného času v přírodě, neguje. Neurologické vyšetření bez významností, jediný patologický nález je měkký otok nad levým uchem, který je na dotek výrazně bolestivý. Základní laboratoř s hraničním CRP, jinak bez významností, sérologie borelie a KME negativní. Doplněno nativní CT mozku, kde popsána osteolýza vlevo v parietální kosti v části přiléhající ke skvamóznímu švu cca $1,4 \times 1,2 \times 0,5$ cm velká, vyplněná měkkotkáňovou solidní masou cca 60 HU vyklenující zevně nad konkavitu kosti, také zachycen edém m. temporalis vlevo, mozková tkáň bez patologie, bez známek nitrolební hypertenze. Vysloveno podezření na eozinofilní granulom, doporučeno doplnit MRI. Následující den doplněna MRI mozku s KL, kde potvrzeno ohraničené osteolytické ložisko vlevo parietotemporálně, erodující obě laminy kalvy, odtlačující tvrdou plenu, přítomný rozsáhlý reaktivní edém měkkých pokrývek temporoparietální oblasti a také perifokální reaktivní edém kalvy. T1 nižší signál, T2 střední signál s restrikcí difuze, postkontrastně se sytí KL. Dle MRI eozinofilní granulom pravděpodobný. Konzultována NCH ČB, v plánu operační výkon k odstranění osteolytického ložiska, cca za 1–2 měsíce.

Podněty k diskusi, závěr

Vzhledem k anamnéze subfebrilií by se mohlo uvažovat i o osteomyelitickém ložisku, když nebyly přítomné febrilie a laboratorně nedošlo k elevaci RAF. Také můžeme uvažovat o osteolytických metastázách např. u karcinomu prsu, plic nebo ledvin, nebo o Hodgkinově lymfomu. Eozinofilní granulom je vzácné onemocnění vyskytující se u 1–2 dospělých z 1 milionu, a je to nejmírnější klinická forma histiocytózy z Langerhansových buněk, prezentující se v 90 % případů jako solitární osteolytická léze.

7. Atypický mozečkový syndrom jako vzácná příčina dyspepsie

Kudlík J., Špírek J.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

kudlik.jirka@seznam.cz

Úvod

Dyspepsie je častý klinický syndrom, jehož příčiny jsou obvykle gastroenterologické. Vzácně mohou být dyspeptické obtíže součástí neurologického onemocnění, včetně atypického mozečkového syndromu. Přítomnost současných neurologických příznaků může představovat diagnostickou výzvu a vyžaduje komplexní mezioborový přístup. Cílem sdělení je upozornit na tuto neobvyklou klinickou souvislost a její význam v diferenciální diagnostice dyspepsie.

Kazuistika pacienta po resekci jícnu s náhradou tubulizovaným žaludkem pro adenokarcinom v roce 2024 s perioperační onkologickou terapií. V roce 2026 přijat na chirurgické oddělení pro dyspeptické obtíže horního typu. Dle vyšetřovacích metod se jednalo o mechanickou příčinu – stenózu pylorické oblasti s následným endoskopickým řešením – GEA. Obtíže pacienta však přetrvávaly. Příčinou klinických obtíží byla nakonec velká metastáza mozečku.

Podněty k diskusi

Význam onkologické anamnézy

Význam nesouladu mezi nálezem a klinickým stavem

Mezioborová spolupráce

Závěr

Kazuistika poukazuje na komplexní a atypickou příčinu dyspeptických obtíží u onkologického pacienta po resekci jícnu. Přestože byla prokázána a endoskopicky řešena mechanická stenóza

pylorické oblasti, přetrvávání klinických obtíží vedlo k odhalení objemné metastázy v mozečku. Případ zdůrazňuje význam kritického hodnocení klinického efektu léčby, vyvarování se diagnostického ukotvení a potřebu mezioborového přístupu u atypických či perzistujících symptomů.

Dif. dg.

Mechanické příčiny

Gastrointestinální příčiny

Onkologické příčiny

Neurologické příčiny

Metabolické a systémové příčiny

8. Když hologram vede skalpel: kazuistika využití augmentované reality v neurochirurgii

Papík J.

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

jpapik55@gmail.com

Úvod

V rámci kazuistiky prezentujeme pacientku s nově diagnostikovaným intrakraniálním tumorem, u níž byla během operačního výkonu využita technologie rozšířené reality k objasnění anatomických poměrů a k lepší intraoperační orientaci.

Kazuistika

68letá pacientka večer přibližně půl hodiny pracovala na zahradě a zatěžovala pravou dolní končetinu. Náhle se u ní objevilo výrazné záškrubové postižení pravého chodidla s křečovitými záškuby prstů. Záškuby přetrvávaly po celou noc a byly provázeny křečovitými bolestmi propagujícími se do stehna (podobné obtíže mívá 1–2× za rok). Pravá horní končetina i obličej byly bez postižení. Obtíže se postupně zhoršovaly, pacientka necítila pravé chodidlo, bolesti za celou dobu neměla. Při přijetí byla objektivně přítomna těžká difúzní paréza pravé dolní končetiny s akrální převahou, Mingazziniho zkouška byla vpravo pozitivní s poklesem končetiny za 3 sekundy, plantární flexe nártu vpravo 3/5, dorzální flexe nártu a palce vpravo 1/5, stoj byl nestabilní pro slabost pravé dolní končetiny. Na CT mozku jsme našli tumorózní expanzi frontálně vlevo s kalcifikacemi a perifokálním edémem. MR vyšetření potvrdilo centrálně kalcifikovaný parafalcinní parietální meningeom vlevo. Za 3 dny od příjmu pacientky RZS proběhla operace. Na operačním sále byla provedena vizualizace a upřesnění anatomických poměrů – mozku, nádoru, falxu, přilehlých cév a mozkových komor pomocí augmentované reality, následně neuronavigace a příprava sterilního operačního pole. Po operačním přístupu se zachováním obou drenujících žil byl tumor odpálen od falxu a provedena resekce Simpson II. Po operaci přetrvávala těžká akrální paréza pravé dolní končetiny, včetně poruchy inverze v hlezenním kloubu, svalová síla činila 2/5, nicméně Mingazziniho zkoušku pacientka již udržela bez poklesu. Histologickým vyšetřením byl potvrzen tranzicionální meningeom WHO grade 1 (WHO 2021). Pacientka je po třech měsících zcela bez parézy, dorzální i plantární flexe palce bilaterálně 5/5, chůze je v normě. Na kontrolní MR není patrná rekurence nádoru.

Závěr

Augmentovaná realita představuje moderní zobrazovací technologii umožňující překrytí trojrozměrných anatomických dat s reálným operačním polem. Naše zkušenost potvrzuje, že augmentovaná realita je slibným doplňkem neuronavigace a může přispět ke zvýšení bezpečnosti a

přesnosti neurochirurgických výkonů. Velké mozkové nádory, zejména v elokventních oblastech, jakou je primární motorická kůra u prezentované pacientky, představují závažný stav vyžadující urgentní výkon, který se díky vysoké profesionalitě operátora a mezioborové spolupráci podařilo zvládnout v tak krátkém časovém intervalu.

Sál LÉKAŘI 1 – 4. Urgentní a intenzivní medicína

1. Čas rozhoduje: střet terapeutických priorit u polytraumat s kraniocerebrálním poraněním Davletova I.

Oddělení neurochirurgie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

davletova.irina@nemcb.cz

Úvod

Souběžná život ohrožující poranění u polytraumat často vyžadují neodkladné výkony, které nelze provést současně. Postižení různých úrovní centrálního nervového systému představuje klinické dilema z hlediska správného načasování jednotlivých intervencí. Standardizované postupy, včetně principů ATLS a damage control, poskytují základní rámec pro rozhodování, avšak neřeší situace, kdy proti sobě stojí více časově kritických priorit.

Vlastní kazuistika

Pacientka: 50letá žena, přivezena po těžké vysokoenergetické dopravní nehodě.

Vstupní nález (celotělové CT): Nestabilní fraktura krční páteře typu C, intraventrikulární hemoragie, podezření na difúzní axonální poranění, pravostranný retrobulbární hematoma s mydriázou odpovídající orbitálnímu kompartment syndromu a mnohočetná poranění hrudníku a skeletu.

Klinické rozhodování: Léčebný tým stál před zásadním dilematem, jak optimálně vyvážit potřebu neuroprotektce, stabilizace krční páteře a prevence ireverzibilní ztráty zraku. Jednotlivé intervence přitom nebylo možné provést současně a jejich pořadí mohlo významně ovlivnit další průběh léčby.

Průběh péče: Po multidisciplinární diskusi za účasti neurochirurga, traumatologa, oftalmologa a intenzivisty byl stanoven následující sekvenční postup:

Urgentní laterální kantotomie

Zavedení ICP čidla pro monitoraci intrakraniálního tlaku

MRI krční páteře k posouzení rozsahu poranění míchy

Přední stabilizace krční páteře

Ošetření periferních fraktur

Odložená zadní stabilizace krční páteře

Podněty k diskusi, závěr

Případ ilustruje limity rigidního dodržování standardních algoritmů u komplexních traumat a nutnost řešit střet priorit v reálném čase. V klinické praxi může být nezbytné modifikovat doporučené postupy v závislosti na dynamickém stavu pacienta a aktuálním poměru rizik. U komplexního polytraumatu proto nelze jednotlivé intervence posuzovat izolovaně, ale je nutné zvažovat jejich vzájemnou časovou a klinickou souvislost. Optimální léčebný postup v podmínkách polytraumatu vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci a přizpůsobení pořadí jednotlivých zákroků aktuálnímu klinickému stavu pacienta.

2. Nechte hemoglobin na pokoji

Kálal A.

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

kalaladam89@gmail.com

Úvod

Tradiční přístup k alogenní krevní transfuzi byl v minulosti často zakotven na statických laboratorních prahových hodnotách, nejčastěji na stanovené hranici hemoglobinu 80 g/l. Moderní koncepce Patient Blood Management (PBM) však přináší zásadní změnu paradigmatu: odklánění se od léčby „izolovaného čísla“ směrem k ucelenému hodnocení tkáňové perfuze a fyziologické toleranci anémie. Klíčovým mechanismem je pochopení celkové dodávky kyslíku do tkání (DO₂), která je determinována nejen koncentrací hemoglobinu a jeho saturací, ale rovněž srdečním výdejem a kompenzačními hemodynamickými mechanismy. Restriktivní transfuzní strategie minimalizuje exponování pacienta rizikům alogenních transfuzí, jakými jsou imunomodulace, volumové přetížení či infekční komplikace, a prokazatelně zlepšuje celkovou prognózu.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme případ muže s osobní anamnézou chronické psoriasis vulgaris, který byl přejet traktorem a utrpěl závažné vysokoenergetické poranění břicha a pánve. Zasahující posádkou zdravotnické záchranné služby byl na místě zajištěn, intubován a převeden na umělou plicní ventilaci.

Při primárním příjmu na ARO byl pacient analgosedován, oběhově stabilní s fyziologickými hodnotami akce srdeční i krevního tlaku, bez nutnosti vazopresorické podpory. Vstupní laboratorní vyšetření však odhalilo extrémně nízkou hodnotu hemoglobinu 46 g/l a elevaci laktátu na 7,7 mmol/l. Doplnující CT vyšetření potvrdilo nestabilní frakturu pánve a retroperitoneální hematom.

Vzhledem k trvající oběhové stabilitě a nepřítomnosti klinických známek šokového stavu byl zvolen přísně konzervativní, restriktivní postup s podáním pouze minimální nezbytné substituce krevních derivátů. Pacient podstoupil operační výkon se zavedením zevního fixátoru pánve. V pooperačním období, při hladině hemoglobinu okolo 64 g/l, došlo k rychlé normalizaci hladiny laktátu, plné obnově diurézy a přetrvávající oběhové stabilitě, což umožnilo jeho brzkou extubaci.

Příčinou takto nízké hodnoty hemoglobinu bez oběhového selhání byla následně diagnostikována těžká chronická sideropenická anémie na podkladě deficitu železa. Po i.v. suplementaci železa byl ve stabilizovaném stavu přeložen na traumatologické oddělení.

Podněty k diskusi, závěr

Případ demonstruje zásadní klinický význam uplatňování konceptu Patient Blood Management (PBM) v reálné praxi. Extrémně nízká hodnota hemoglobinu při vstupu byla u tohoto pacienta důsledkem kombinace akutního krvácení a chronické adaptace na těžkou sideropenii, přičemž organismus dokázal udržet adekvátní dodávku kyslíku (DO₂) pomocí zachované srdeční kompenzace bez rozvoje oběhového selhání.

Rozhodujícím kritériem pro podání transfúze nemá být pouhé laboratorní číslo hemoglobinu, ale přítomnost známek orgánové dekompenzace a tkáňové hypoperfuze (tachykardie, hypotenze, anurie, hyperlaktatémie). Restriktivní přístup a racionalizace indikace krevních derivátů přímo vedou ke zkrácení doby hospitalizace, snížení výskytu pooperačních komplikací, minimalizaci nežádoucích imunomodulačních účinků transfúze a v neposlední řadě ke značné úspoře zdravotnických prostředků. Každá nepodaná transfúzní jednotka, která není klinicky jednoznačně indikována, zvyšuje bezpečnost a zlepšuje prognózu pacienta.

3. Intoxikace kratomem

Vacková K.

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

kristyna.vackova.1@gmail.com

Úvod

Prezentujeme případ 25letého muže hospitalizovaného na ARO oddělení po intoxikaci kratomem.

Vlastní kazuistika

Vstupně byl pacient přijat pro těžkou poruchu vědomí a akutní respirační selhání, vzhledem k získaným informacím na místě a sáčkům kratomu, které měl pacient při přijetí u sebe, bylo vysloveno podezření na intoxikaci kratomem, která byla následně potvrzena toxikologickým vyšetřením. Po podání naloxonu došlo k částečnému zlepšení vědomí, pro přetrvávající respirační selhání byla ale nutná intubace a umělá plicní ventilace. Po ukončení sedace následující den došlo k rychlé úpravě vědomí a pacient byl propuštěn do domácí péče.

Během 24 hodin po propuštění došlo znovu k celkovému zhoršení stavu, opět rozvoji poruchy vědomí a akutního respiračního selhání, pacient byl opět přijat na ARO k UPV. Stav se následně komplikoval těžkou rabdomyolýzou a akutní renální insuficiencí, akutním jaterním selháním s rozvojem koagulopatie, rozvojem dekubitů po téměř 24hodinové imobilizaci po prvním propuštění domů. Po zvládnutí akutního stavu byl pacient indikován k překladi na psychiatrické oddělení – nejdříve ale bylo nutné chirurgické ošetření hlubokých dekubitů dolních končetin. Mezi hospitalizací na chirurgii a plánovaným překladem na psychiatrii byl ale pacient opět přivezen RZP na Emergency, tentokrát po intoxikaci fentanylem. Zda pacient již absolvoval psychiatrickou hospitalizaci, nám v tuto chvíli není známo.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika poukazuje nejen na potenciálně závažné komplikace intoxikace kratomem – rostlinou obsahující velké množství alkaloidů se stimulačními i inhibičními účinky, která je v dnešní době významnou příčinou závislosti a intoxikací především u mladistvých, ale i na obecnou problematiku abúzu návykových látek, často v různých kombinacích, s významným dopadem na morbiditu i mortalitu naší populace a významnou zátěží zdravotnického systému.

4. Střelná poranění

Nguyen Viet Anh

Chirurgické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

duncallmenub@gmail.com

Úvod

Střelná poranění představují jednu z nejzávažnějších forem traumat, se kterými se může chirurg setkat. Přestože se v podmínkách České republiky nevyskytují tak často jako tupá nebo bodná poranění, jejich správná diagnostika a léčba jsou zásadní pro přežití pacienta i minimalizaci dlouhodobých následků. Charakteristickým rysem střelných poranění je vysoká energie přenášená do tkání, která způsobuje nejen přímé poškození v místě průchodu střely, ale také rozsáhlé sekundární poškození okolních struktur.

Z chirurgického hlediska rozlišujeme několik základních typů střelných poranění. Nastřelení představuje povrchové poranění, při kterém projektil nepronikne hluboko do tkání.

Průstřel je charakterizován vstřelovým i výstřelovým otvorem, přičemž střela opouští tělo.

U zástřelu střela zůstává v organismu a může být příčinou dalšího poškození nebo pozdějších komplikací.

Zvláštní skupinu tvoří tangenciální poranění, kdy projektil zasáhne pouze povrch těla.

Rozsah poškození nezávisí pouze na samotném průběhu střely, ale především na množství energie předané tkáním. Dochází ke vzniku trvalého střelného kanálu a současně k vytvoření dočasné dutiny, která krátkodobě rozruší okolní tkáně a může poškodit cévy, nervy i orgány mimo vlastní trajektorii střely. Rozsah poškození tkání dočasnou dutinou je úměrný rychlosti projektilu.

Dále dochází ke kontaminaci rány a sekundárnímu poškození tkání, pokud kostními fragmenty při zasažení kosti.

Podle anatomické lokalizace rozlišujeme střelná poranění hlavy, krku, hrudníku, břicha, pánve, páteře a končetin. Každá lokalizace představuje specifická diagnostická i terapeutická úskalí. Závažnost poranění se zvyšuje zejména při postižení velkých cév, centrálního nervového systému nebo životně důležitých orgánů.

Pokud se tedy setkáme v praxi s podobným případem, postupujme následovně:

Prvním krokem při ošetření pacienta je vždy primární vyšetření podle principů ATLS a algoritmu ABCDE se zaměřením na zajištění dýchacích cest, adekvátní ventilaci, kontrolu krvácení a stabilizaci oběhu.

Následuje cílené fyzikální vyšetření doplněné zobrazovacími metodami. Mezi základní diagnostické nástroje patří rentgenové vyšetření, výpočetní tomografie a při podezření na cévní poranění CT angiografie. Současně je nezbytné laboratorní vyšetření a průběžné sledování hemodynamického stavu pacienta.

Chirurgická léčba je zaměřena především na kontrolu krvácení, odstranění devitalizovaných tkání, prevenci infekčních komplikací a obnovu anatomických i funkčních poměrů.

Součástí léčby může být stabilizace otevřených zlomenin, rekonstrukce cévních nebo nervových poranění a ošetření poraněných orgánů dutiny hrudní či břišní. Nedílnou součástí péče je také antibiotická profylaxe, prevence tetanu a následná intenzivní pooperační péče.

Mezi časná komplikace patří především masivní krvácení, hemoragický šok, infekce, kompartment syndrom nebo ischemie končetiny. V pozdějším období se mohou objevit osteomyelitida, poruchy hojení, paklouby, chronická bolest či trvalé neurologické následky.

Prognóza pacienta závisí zejména na lokalizaci poranění, rozsahu tkáňové destrukce, době do definitivního chirurgického ošetření a kvalitě přednemocniční i nemocniční péče.

Závěrem lze shrnout, že střelná poranění představují komplexní traumatologický problém vyžadující rychlou diagnostiku, multidisciplinární spolupráci a včasnou chirurgickou intervenci. Dodržení principů moderní traumatologické péče významně zvyšuje šanci na přežití pacienta a snižuje riziko trvalých následků.

Vlastní kazuistika

Pán H 36 let přichází do chirurgické ambulance o půlnoci pro ošetření ran dle slov pacienta po airsoftové hře s kamarády – při které byl opakovaně zasažen – na první pohled bez známek hlubokého poranění – během vyšetření – mnohočetné kontuze měkkých tkání a hematomu – kruhovitěho charakteru, zad, horních končetin, 3 řezné rány pravého ramene. Vstupně provedeno RTG srdce plíce, hemitorax skelet, USG břicha. Dále nalezena během ošetření kavita – paraumbilikálně levostranně hloubky cca 4 cm.

Při pečlivém znovu odebrání anamnézy – přiznal pacient, že dlužil kamarádům nemalou sumu kapitálu a byl jimi napaden.

Pacient při vědomí, orientován, hemodynamicky stabilní, indikován k neodkladnému CT vyšetření

– na kterém bylo zjištěno – zástřel kulovitého projektilu 20 mm do přímého břišního svalu – bez známek penetrace do dutiny břišní.

Pacientovi byla doporučena hospitalizace na oddělení JIP a dále extrakce cizího tělesa v celkové anestezii na operačním sále – pacient hospitalizaci odmítá, přes veškerá zdravotní rizika podepisuje negativní reverz a odchází.

Následující den v 15 h pan H opět přichází do naší ambulance s tvrzením, že si operaci rozmyslel a nyní si přeje extrakci cizího tělesa – pacient poučen, že v případě, že bude nalezena komunikace s břišní dutinou, bude nutná revize břišní dutiny a střev s možným rizikem založení stomie. Tento postup pacient zásadně odmítá, přeje si pouze extrakci projektilu. I přes vědomí veškerých rizik pacient podepisuje negativní reverz. Činí tak při plném vědomí.

U nás dále provedena revize břišní stěny v celkové anestezii, pod ATB clonou, provedena excize nekrotických okrajů rány, nalezen kanál vstřely – šikmo – paraumbilikálně levostranně – procházející předním listem fascie, na spodině nalezen projektil v přímém břišním svalu – levostranně. Dále opakované výplachy dutiny, zaveden Medi Dren, 1 adaptační steh a sterilní krytí přes ránu. Ze sálu probuzen do plného vědomí. Následující den pacient podepisuje třetí a finální negativní reverz a odchází z našeho zařízení.

U nás pozván k dalším 2 kontrolám – během kterých proběhla extrakce drenu a převaz rány, bez dalších komplikací.

Podněty k diskusi, závěr

Zaměřením této kazuistiky je fakt, že i přes zdánlivě povrchové poranění je vždy nutné řádné vyšetření jednotlivých ran a jejich ošetření. Etiologie poranění není vždy spolehlivě vyličeena pacientem a v určitých případech je nutné se pacienta ptát opakovaně.

5. Tichá hrozba

Matoušová K., Chytrý K.

Dětské oddělení, Nemocnice Písek a.s.

matousova.katerina@gmail.com

Úvod

Kazuistika pojednává o téměř 18leté dívce, kterou na pohotovost přivedly 3 dny trvající bolesti břicha. Kromě počáteční subfebrilie a 3. den probíhající menses byla klinika dívky velice chudá. Kazuistika hovoří o tiché hrozbě, která vedla k hospitalizaci s následným dramatickým průběhem.

Vlastní kazuistika

Obtíže u dívky trvaly v době návštěvy lékařské pohotovosti 3 dny, dominovala bolest nad spou a v podbřišku, současně měla dívka 3. den menses. Na počátku byly přechodně subfebrilie, jinak byla bez větších klinických obtíží. Na pohotovosti byla vyloučena náhlá příhoda břišní, pro nauzeu a jednorázové zvracení na pohotovosti byla podána antiemetika a analgetika a následně umožněna domácí péče. Cca po 8 hodinách se dívka v noci vrátila do nemocnice pro nedostačnou reakci na analgetika a přetrvávající bolest. Z těchto důvodů byla přijata k hospitalizaci na Dětské oddělení Nemocnice Písek k dovyšetření. Dívku jsme přijali kolem 3. hodiny ráno s kontrolní laboratoří, která byla opět neznámá s mírnou elevací AST a mírnou hyperglykemií. Ráno byl proveden kontrolní UZ břicha, kde byl nález mírné hepatomegalie, bez průkazu jiné sonopatie. Vzhledem ke zhoršujícím se bolestem byl přivolán chirurg, který vyloučil náhlou příhodu břišní a v plánu bylo i gynekologické vyšetření. Krátce poté došlo během pár minut k dramatickému zhoršení stavu – nastala náhlá hypotenze, tachykardie, centralizace oběhu a porucha vědomí. Proto byla zahájena volumoterapie krystaloidy, současně zaveden 2. periferní žilní katetr

a odeslány kontrolní odběry krve. Vzhledem k rychlému rozvoji těžkého šokového stavu se srdeční zástavou jsme zahájili KPR a ihned přivolali resuscitační tým. Co ukázaly kontrolní odběry z počátku resuscitace, proč byl akutně přivolán kardiolog a byla resuscitace úspěšná?

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistikou s názvem Tichá hrozba bych ráda poukázala na to, že ani při zlepšujících se diagnostických a terapeutických možnostech současné medicíny nejsme vždy schopni onemocnění podchytit včas. Někdy je onemocnění o krok napřed a my nejsme schopni tento náskok dohnat. Do diferenciální rozvahy jednoznačně patří různé příčiny náhlé srdeční zástavy od příčin kardiologických, pneumologických až po metabolické. Do těchto akutních stavů můžeme zařadit např. tamponádu srdeční, pneumothorax, stavy doprovázené hypovolémií, trombembolické příčiny nebo intoxikace, se kterými se často setkáváme u dospívajících a mladých dospělých. Celkově můžeme tyto základní příčiny shrnout pod 4H a 4T jako reverzibilní příčiny srdeční zástavy.

6. Když vlastní dech nestačí – bocavirová pneumonie s nutností UPV

Malá K.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

mala.kamila@nemcb.cz

Úvod

Lidský bocavirus z čeledi Parvoviridae patří mezi původce respiračních infekcí, méně často také infekcí gastrointestinálního traktu. Průběh onemocnění bývá zpravidla mírný, vzácněji však může vést k závažnému poškození dolních dýchacích cest až k život ohrožujícímu respiračnímu selhání. Tato kazuistika prezentuje případ dosud zcela zdravého dítěte s těžkou bocavirovou pneumonií vyžadující umělou plicní ventilaci.

Vlastní kazuistika

Dosud zdravý dvouletý chlapec byl přijat na dětské oddělení okresní nemocnice pro tři dny progredující dušnost s těžkou hypoxémií a hyperkapnií při respiračním infektu. Oxygenoterapie maskou byla eskalována na HFNC, ale pro dále narůstající ventilační i oxygenační nároky bylo přistoupeno k intubaci pacienta, UPV a překladi na pracoviště vyššího typu. Při přijetí na naše oddělení JIRP dominovala výrazná bronchiální obstrukce. Stav vyžadoval náročnou umělou plicní ventilaci s FiO₂ až 100 % s vysokými inspiračními tlaky kolem 40 mbar, přechodně také oběhovou podporu noradrenalinem. Na RTG snímku byly patrné známky bilaterální pneumonie. Zánětlivé parametry byly nízké, v krevním obraze leukopenie. Byla zahájena empirická antibiotická terapie, intenzivní bronchodilatační léčba a kortikoterapie. Statimový panel respiračních virů ze stěru z nosohltanu byl negativní. V bronchiálním sekretu metodou PCR byl následně prokázán lidský bocavirus a slabá pozitivita *Streptococcus pneumoniae*. V následujících dnech se rozvinul pravostranný fluidothorax, který byl drénován, ve výpotku metodou PCR rovněž prokázán bocavirus, pneumokok tentokrát negativní. Pro zlepšení stavu s poklesem ventilačních i oxygenačních nároků bylo přistoupeno 5. den k extubaci. Následně se během několika hodin i přes navyšování HFNC opět rozvinuly desaturace a pacient byl reintubován. Kontrolní odběry bez progresu zánětlivých parametrů, na CT plic bilaterální pneumonie a drobný pravostranný pneumothorax. Kardiologické vyšetření vyloučilo kardiogenní příčinu. Během následujících dní klinický stav vylepšen, klesající ventilační i oxygenační nároky umožnily postupný weaning z UPV s následnou úspěšnou extubací. Celková doba umělé plicní ventilace činila 9 dní. V dalším průběhu hospitalizace se rozvinuly opět febrilie doprovázené makulopapulózním exantémem, leukopenií s neutropenií, výraznou B-lymfopenií a hypogamaglobulinémií při normálních hladinách ostatních imunoglobulinů a sou-

časné elevaci jaterních transamináz. Nález vedl k rozšíření diferenciální diagnostiky o možné hepatální postižení a poruchy imunity. Pro dobrý klinický stav byl pacient 21. den hospitalizace propuštěn do ambulantní péče.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika poukazuje na možnost fulminantního průběhu jinak běžné respirační virové infekce i u dosud zcela zdravého dítěte. Vzhledem k tomu, že bocavirus není rutinní součástí PCR panelu respiračních virů a bez cíleného rozšíření by pravděpodobně původce zůstal neobjasněn, lze v této kazuistice demonstrovat limitaci dostupných vyšetřovacích metod. Zachycené hepatální a imunologické abnormality časně po prodělání závažné infekce vyžadují další odborné sledování zejména k posouzení jejich přechodného charakteru a vyloučení primární či sekundární poruchy imunity, ev. nastavení adekvátní léčby.

7. Point-of-Care ultrazvuk: nové oči internisty

Faměra V., Gergely L.

Interní oddělení, Nemocnice Písek a.s.

vfamera@nemopisek.cz

Úvod

Point-of-Care ultrazvuk (POCUS) představuje významný diagnostický a terapeutický nástroj současné interní medicíny. Jde o neinvazivní zobrazovací metodu bez radiační zátěže, kterou lze provést přímo u lůžka nemocného a podle aktuálního klinického stavu libovolně opakovat. POCUS nachází široké uplatnění při diagnostice akutních stavů na urgentním příjmu, jednotkách intenzivní a intermediární péče i standardních interních odděleních. Významně také přispívá k bezpečné navigaci invazivních výkonů. U stavů, jako jsou dušnost, bolest na hrudi, oběhová nestabilita či oligoanurie, rozšiřuje informace získané anamnézou a fyzikálním vyšetřením a umožňuje rychlejší klinické rozhodování.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme kazuistiky dokumentující přínos bedside sonografie v diagnostice závažných interních stavů. U pacientů s dušností umožňuje ultrazvukové vyšetření rychlou identifikaci pleurálního výpotku, pneumothoraxu, konsolidace plicního parenchymu či B-liní svědčících pro plicní edém nebo intersticiální plicní postižení. Současně poskytuje informace o velikosti a funkci pravostranných srdečních oddílů a umožňuje detekci proximální žilní trombózy při podezření na plicní embolii. V diferenciální diagnostice bolestí na hrudi napomáhá k odlišení pleurálního či perikardiálního výpotku, pneumothoraxu, plicní konsolidace a poruch kinetiky levé komory. Hodnocení šíře a respirační kolapsibility dolní duté žíly přispívá k orientačnímu posouzení intravaskulární náplně a individualizaci tekutinové či diuretické terapie. POCUS nachází uplatnění rovněž při ověření polohy močového katetru u oligoanurie a představuje významný nástroj pro bezpečné provádění invazivních výkonů, zejména kanylací centrálního žilního řečiště, punkcí pleurální dutiny, perikardiocentéz a paracentéz.

Podněty k diskusi, závěr

Ultrazvukové vyšetření u lůžka významně urychluje a zpřesňuje diagnostický proces a umožňuje časnou terapeutickou intervenci. Díky dostupnosti, bezpečnosti a opakovatelnosti představuje ultrazvuk důležitou součást moderní interní péče. Na našem pracovišti je rutinně využíván v intenzivní a intermediární péči, na urgentním příjmu i na standardních lůžkách, včetně využití kapsního ultrazvukového přístroje při denních a primářských vizitách.

Sál LÉKAŘI 2 – 1. Břišní chirurgie a gastroenterologie**1. Inkarcerovaná levostranná paraduodenální hernie****Horká M., Beneš J.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

horka.marketa@nemcb.cz

Levostranná paraduodenální hernie je vrozenou vnitřní kýlou vznikající na podkladě poruchy rotace

středního střeva během fetálního vývoje. Po dlouhou dobu může být tato anomálie asymptomatická, přičemž prvním klinickým projevem bývá její uskřínutí s obrazem náhlé příhody břišní.

Autoři prezentují případ 46letého pacienta s akutně vzniklými bolestmi břicha provázenými zvracením. Pacient uváděl 24 hodin trvající bolesti břicha v epigastriu s propagací do zad. Anamnesticky byl pacient bez předchozích gastrointestinálních obtíží. Při laboratorním vyšetření bylo CRP v mezích normy a počet leukocytů $10 \times 10^9/l$, břicho bylo měkké, prohmatné, avšak palpačně výrazně bolestivé. Dle provedeného CT vyšetření břicha bylo vysloveno podezření na volvulus orálních kliček jejunu, toho času bez známek střevní ischemie. Při operační revizi byla nalezena kýla se vstupem z tzv. Landzertovy fossy, tedy levostranná paraduodenální hernie. Po repozici nejevily kličky tenkého střeva známky ischemie, proto nebyla provedena jejich resekce. Defekt v oblasti Landzertovy fossy byl ošetřen suturou. Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování šestý pooperační den.

Levostranná paraduodenální hernie je vzácnou příčinou náhlé příhody břišní. Podle dostupných studií tvoří podklad 0,2–0,9 % střevních obstrukcí. Včasná diagnostika a chirurgická intervence jsou zásadní pro prevenci ischemických komplikací a příznivý pooperační průběh. Proto je nutné při nejednoznačných výsledcích konvenčního postupu diagnostiky bolestí břicha myslet i na takto raritní diagnózu a včas indikovat operační revizi. Tento pacient je pět měsíců po operaci bez obtíží a v dobrém klinickém stavu.

2. Povánoční překvapení – Jaterní absces**Mastil P.**

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

mastilp@gmail.com

Úvod Jaterní absces vzniklý migrací pozřené cizího tělesa představuje vzácnou příčinu intraabdominální sepse. Diagnostika bývá obtížná vzhledem k nespecifickým klinickým příznakům a často opožděnému časovému odstupu od pozření cizího tělesa.

Vlastní kazuistika Případ 71leté pacientky přeložené na naše pracoviště pro sepsi s febriliemi, bolestmi břicha a výraznou elevací zánětlivých parametrů. CT vyšetření prokázalo cizí těleso v oblasti levého jaterního laloku s okolním granulomem a tekutinovou kolekcí odpovídající jaternímu abscesu. Z anamnézy bylo následně zjištěno pozření rybí kosti přibližně měsíc před vznikem obtíží. Současně byly přítomny oboustranné pleurální výpotky a suspektní atypická pneumonie, pro které byla pacientka zprvu hospitalizována. Operačně byl nalezen absces mezi žaludkem a levým lalokem jater obsahující rybí kost po perforaci malé kurvatury žaludku. Byla provedena evakuace abscesu, extrakce cizího tělesa, opakovaná laváž, sutura perforace žaludku s omentoplastikou a drenáž abscesové dutiny. Pooperační průběh byl bez komplikací a pacientka byla

propuštěna v dobrém klinickém stavu.

Závěr Při jaterním abscesu nejasné etiologie je nutné pomýšlet i na možnost vycestování cizího tělesa. CT vyšetření představuje klíčovou diagnostickou metodu. V případě perforace gastrointestinálního traktu s abscesovou kolekcí je chirurgická revize spojená s odstraněním cizího tělesa, sanací infekčního ložiska a cílenou antibiotickou léčbou metodou volby.

3. Možnosti terapie akutní divertikulitidy jejunu s perforací

Nepeřená N., Trnka P.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

neperena.natalie@nemcb.cz

Úvod

Divertikulární nemoc tenkého střeva představuje vzácné onemocnění, které je ve většině případů klinicky němé a bývá diagnostikováno až při rozvoji komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří divertikulitida, perforace, obstrukce a krvácení. V našem sdělení se zaměřujeme na problematiku divertikulitidy jejunu komplikované perforací a na úskalí její diagnostiky a volbu optimálního terapeutického postupu.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme dvě kazuistiky pacientů s rozdílným terapeutickým postupem.

Kazuistika 1:

V prvním případě se jednalo o 70letého muže s týden trvajícím nespecifickými obtížemi a elevací zánětlivých parametrů. CT vyšetření prokázalo zánětlivě změněné kličky jejunu s mezikličkovými abscesy bez známek pneumoperitonea. Na základě klinického, laboratorního a zobrazovacího nálezu byla indikována chirurgická revize, při níž byla zjištěna vícečetná divertikulóza jejunu s abscesem v okolí zaníceného divertiklu. Byla provedena segmentální resekce postiženého úseku střeva s provedením primární anastomózy. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Kazuistika 2:

Druhá kazuistika popisuje 25letého pacienta přijatého pro bolesti břicha s výraznou elevací zánětlivých parametrů (CRP 314 mg/l). CT vyšetření prokázalo obraz difúzní peritonitidy s pneumoperitoneem suspektním z perforace jejunu. Přestože byla indikována akutní chirurgická revize, pacient opakovaně odmítl operační řešení a podepsal negativní revers. Vzhledem k odmítnutí chirurgického výkonu bylo přistoupeno ke konzervativnímu postupu terapie za pečlivé monitorace vývoje. Konzervativní terapie, která u pacienta spočívala v podávání kombinace antibiotik, střevním klidu, postupně vedla ke klinickému i laboratornímu zlepšení a regresi nálezu na kontrolních zobrazovacích vyšetřeních (UZ a CT břicha).

Podněty k diskusi, závěr

Diskutujeme rozdíly mezi operační a konzervativní léčbou komplikované divertikulární nemoci tenkého střeva s ohledem na celkový stav pacienta, komorbiditu, předchozí operace, přítomnost a rozsah pneumoperitonea a anatomicky rizikovou oblast v blízkosti Treitzova vazů.

Zatímco chirurgická resekce je častější volbou vzhledem k nejistotě etiologie intraabdominálního zánětu, za přísně stanovených podmínek může být u vybraných pacientů zvolena konzervativní terapie. Ta spočívá zejména v antibiotické léčbě, střevním klidu a popřípadě v perkutánní drenáži abscesového ložiska.

Klíčovým faktorem zůstává celkový stav nemocného, přesná diagnostika a možnost intenzivní monitorace s připraveností k včasné změně terapeutické strategie.

4. Schwannom žaludku, hybridní laparoskopicko-endoskopické řešení technikou NEWS

Lyutyk K., Balcar J., Peterka Š., Havlůj L.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

lyutykkristina@gmail.com

Moderní přístupy v chirurgii a gastroenterologii se čím dál častěji opírají o spolupráci v miniinvasivních řešeních. Tato kazuistika pacientky s raritním benigním tumorem žaludku představuje multioborový léčebný přístup – hybridní operační technikou NEWS. Tato technika je kooperací mezi laparoskopickou operační metodou a pokročilou endoskopií.

Představujeme Vám kazuistiku 44leté ženy s Crohnovou chorobou bez zásadních komorbidit, st. p. HYE s ponecháním pravého ovaria, nyní referována na naše gastroenterologické pracoviště k dovyšetření léze žaludku. Již v roce 2022 na jiném pracovišti provedena EUS, kde popsána submukózní léze subkardie, bez průkazné FNAB. Našimi gastroenterology verifikován polypoidní útvar 30 × 30 mm, dle EUS typický obraz GIST. Vzhledem k nálezu neindikována bioptická verifikace, dle CT vaskularizovaná kulovitá expanze ve stěně fornixu žaludku o průměru 30 mm, v. s. GIST.

Pacientka indikována k elektivnímu hybridnímu laparoskopicko-endoskopickému výkonu NEWS 6/2026. Nejprve chirurgický tým zahajuje laparoskopickou část s nálezem tumorózního ložiska na přední stěně žaludku s prominencí přibližně 1/2 masy extraluminálně. Simultánně zaveden pracovní gastroskop gastroenterologem, který označuje okraje léze endoluminálně instilací methylenové modři submukózně. Poté operátor na desuflovaném žaludku inciduje stěnu až na hranici sliznice, defekt ošetřuje suturou s jeho zanořením, načež gastroenterolog provádí ESD celé léze. Vzhledem k velikosti nelze tumor extrahovat endoskopicky en bloc, proto léze rozdělena na 2 poloviny a extrahována endosítkou. Na závěr defekt sliznice uzavřen klipy. Chirurg ověřuje patenci sutury. Výkon proběhl bez komplikací, při celkovém čase 190 minut.

Pooperačně pacientka přeložena na chirurgickou JIP k observaci, kde podávány PPI kontinuálně, poté bolusově, ATB profylakticky. Pooperační průběh byl nadále nekomplikovaný, pacientka realimentována, přeložena na standardní oddělení 3. pooperační den a dimitována den následující, bez pozdních chirurgických komplikací.

Histopatologické vyšetření přineslo překvapivé odhalení – jednalo se o schwannom žaludku.

Technika NEWS představuje metodu s řadou benefitů, a to zejména non-exposed techniku, při které tumor a žaludeční obsah nepřijdou do kontaktu s dutinou břišní, a všechny výhody miniinvasivního výkonu. Nevýhodou může být omezená dostupnost dané techniky vzhledem k nárokům na erudici a delší operační čas. Limitacemi jsou velikost a uložení nádoru.

Schwannom žaludku je extrémně vzácný nádor bez maligního potenciálu, u kterého v předoperační fázi často dochází k chybné diagnostice a záměně za GIST.

5. ESD u pacientky s časnou formou karcinomu žaludku

Cajthaml M., Peterka Š.

Interní oddělení, gastroenterologická ambulance, Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

micajthaml@gmail.com

Úvod

Kazuistika popisuje případ pacientky s diagnostikovanou časnou formou karcinomu žaludku a její endoskopické řešení s výsledkem R0 resekce.

Vlastní kazuistika

Představujeme případ 76leté pacientky, která je od roku 2021 dispenzarizovaná v gastroenterologické ambulanci pro jaterní cirhózu. Etiologicky se jedná o overlap syndrom PSC/AIH. Diagnostika se opírala o pozitivitu antinukleárních protilátek a protilátek proti hladkému svaly. Při vyšetření MRCP nález zúžení všech intrahepatálních žlučovodů. Z radiologického hlediska je obraz suspektní pro PSC. Laboratorně elevace CA 19-9, nicméně stagingové CT bez nálezů ložiskové léze a ERCP s cholangioskopií bez podezření na cholangiokarcinom. Pacientka v rámci dispenzarizace dále podstupovala pravidelné sonografické a gastroscopické kontroly. Na poslední gastroscopické kontrole 5/26 se nově objevuje supraangulárně drobné (5–7 mm) plošné prominující ložisko nepravidelně hyperplastické sliznice žaludku. Odebrány četné biopsie k histologickému vyšetření. Mikroskopicky jsou ve vyšetřovaném vzorku drobná ložiska málo diferencovaného adenokarcinomu, místy i s buňkami prstenčitého charakteru, AE1/AE3 pozitivní. Histologicky se nedalo jednoznačně určit, zdali se jedná jen o prorůstání v sliznici, či hlouběji, nicméně endoskopicky bylo patrné, že se jedná o velmi časný karcinom. Provedeno stagingové CT, které bez známek generalizace. V rámci onkologického semináře byla pacientka indikována k endoskopickému řešení ve formě ESD – endoskopická submukózní disekce – k výkonu 7/26. Samotná endoskopická disekce probíhá v několika fázích. Zahajuje se označením resekčních okrajů ve formě koagulačních bodů za pomoci jehlového nože. Dále se aplikuje roztok adrenalinu v blízkosti resekčních okrajů. Dochází ke zdvižení sliznice, ve které se následně provede incize k odhalení submukózy. V dalším kroku se pomocí dual-knife nařezává tkáň v submukóze. Pokračuje se podél vyznačeného resekčního okraje s postupnou aplikací adrenalinu. Část tkáně se ponechává intaktní, funguje jako stopka držící resekát. V dalším kroku se přistupuje k disekci – aplikuje se adrenalin s hyaluronátem do patologické tkáně a po následném liftingu se tkáň disekuje. Pacient se polohuje tak, aby se využila gravitace při postupném uvolňování tkáně. Ke konci operace drží tkáň na stopce, která se resekuje jako poslední. Jako prevence postESD krvácení se aplikuje hemostatický gel – Purestat. Při výkonu využíváme nově Endojoystick, což je ergonomické zařízení fixující endoskop za pomoci hrudního pásu k endoskopistovi. Zařízení prokazatelně snižuje svalové napětí při endoskopii a umožňuje preciznější pohyby nutné např. při těchto pokročilých výkonech. Na našem pracovišti probíhá studie s cílem zlepšení výsledků při ERCP právě s využitím Endojoysticku. Celý resekát byl odeslán k histologickému vyšetření. Zmíněné ložisko adenokarcinomu je v bezpečné vzdálenosti od okraje resekce, minimálně 1 cm. Výsledkem je tedy R0 resekce. Pacientka byla observována do druhého dne a následně bez komplikací dimitována. Další gastroscopická kontrola bude následovat 8/26.

Podněty k diskusi, závěr

Endoskopické resekce v indikovaných případech představují kurativní řešení časných forem karcinomů, zde žaludku. Výhodou je minimální invazivnost ve srovnání s radikálním chirurgickým řešením, zvláště u rizikových pacientů, kteří by případnou operaci případně nemohli podstoupit.

Snížení postESD krvácení při použití hemostatického gelu?

Má ESD předcházet EUS vyšetření? Proč nebylo provedeno v tomto případě?

6. Ascites se šťastným koncem

Hyblová M. E.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

hyblova.marie@nemcb.cz

Úvod

Ascites a pozitivní onkomarkery nemusí vždy znamenat malignitu. V této kazuistice nakonec pečlivé a náročné vyšetřování vedlo k benigní diagnóze.

Vlastní kazuistika

Pro tři týdny trvající bolesti podbřišku, zvracení a subfebrilie vyhledala naši pomoc mladá, 35letá kojící pacientka. Vstupní sonografické vyšetření prokázalo volnou tekutinu dominantně v malé pánvi a difuzní zánětlivé postižení tenkých kliček. K bližšímu ozřejmení nálezu jsme doplnili CT břicha s kontrastní látkou. Pozoruhodné bylo cirkulární difuzní zesílení stěny střevních kliček jejunu a ascites, který však nebyl vhodný k punkci. V laboratorních výsledcích nás zaujala především výrazná periferní eozinofilie a mírně zvýšený onkomarker CA 125 (44 kU/l), ze stolice pak fekální kalprotektin 228 µg/g.

Infekční etiologie ani patologie v gynekologické oblasti prokázána nebyla. Jako první endoskopické vyšetření pacientka podstoupila enteroskopii, při které se bohužel nepodařilo dosáhnout postiženého úseku jejunu. Dále již za hospitalizace následovala single balloon enteroskopie, kde byl patrný místy prosak sliznice jejunu, avšak bez patognomických změn. Dále podstoupila pacientka koloskopické vyšetření, kde byly viditelné edematózní řasy pravého tračníku a terminálního ilea. Na MR enterografii přetrvával neregredující ascites a výrazné infiltrace stěny terminálního ilea v poměrně dlouhém rozsahu, zasahující na bauhinskou chlopeň i přiléhající část tlustého střeva, bez významného postižení jejunu. Byly rovněž známky porušené pasáže střevní s distendovanými úseky tenkého střeva. Tento stav se zaléčil konzervativně bez nutnosti chirurgické intervence. Následně provedené imunologické konzilium vyřklo podezření na eozinofilní enteritidu. Výsledky biopsie z terminálního ilea a pravého tračníku nakonec tuto diagnózu potvrdily, jednalo se opravdu o eozinofilní enterokolitidu. Pacientce byly nasazeny kortikosteroidy, na kterých došlo k promptnímu zlepšení klinického stavu. Nyní je sledována v naší IBD ambulanci na udržovací terapii azathioprinem.

Podněty k diskusi, závěr

Dif. dg. ascitu a elevace onkomarkerů?

7. Ne za každou proktitidou se skrývá IBD

Kellnerová D., Nikolov O.

Patologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kellnerova.dominika@seznam.cz

Úvod

Proktitida představuje zánětlivé onemocnění postihující konečník. Mezi etiologii jejího vzniku patří idiopatické střevní záněty (IBD), radioterapie, infekční onemocnění.

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o 46letém pacientovi s endoskopickým obrazem ulcerózní proktokolitidy, s kondylomaty v distálním rektu, s anamnézou zácpy trvající po dobu jednoho a půl roku. Pacient dále udával krvavou příměs ve stolici. Na patologické oddělení byly k histologickému vyšetření zaslány vzorky sliznice distálního rekta z endoskopické biopsie. Gastroenterologem popsána ulcerózní proktitida, bylo žádáno o vyloučení neoplázie. Mikroskopický obraz budil dojem IBD typu ulcerózní kolitidy: fragmenty sliznice tlustého střeva měly výrazně narušenou architekturu, pozorovány byly eroze, ulcerace kryté fibrinem, s polymorfonukleárními leukocyty i nespecifickou zánětlivou granulační tkání. Patrný byly známky kryptitidy a tvorba kryptových pseudoabscesů. Krypty vykazovaly vystupňované reaktivní změny žláзовého epitelu, hlenotvorba byla redukována. V lamina propria mucosae byla přítomna denzní smíšeně zánětlivá celulizace i hojné plazmatické buňky. Dysplastické změny ani maligní nádorové struktury nepozorovány. V pacientově anamnéze se nacházela informace o prodělané lues před 5 lety. Ze vzorků odeslaných na histo-

logické vyšetření bylo tedy zhotoveno impregnační barvení Warthin-Starry, které by eventuálně mohlo spirochety *Treponema pallidum* odhalit, avšak barvení bylo negativní. Dále provedeno molekulárně-genetické vyšetření, které rovněž přítomnost DNA *Treponema pallidum* neprokázalo, nicméně byla detekována přítomnost *Chlamydia trachomatis* a HPV typ 6 (low risk). Vzhledem ke genetickému vyšetření a histomorfologii dané biopsie případ uzavřen jako těžká proktitida v souvislosti s diagnózou Lymphogranuloma venereum (ověřeno metodou PCR). Na základě výsledků bioptického vyšetření byl pacient z gastroenterologie odeslán k následné léčbě na dermatovenerologii. Pacientovi předepsán Doxyhexal, Azithromycin, byl doporučen zákaz sexuálních aktivit.

Podněty k diskusi, závěr

Lymphogranuloma venereum představuje chronické onemocnění přenášené pohlavním stykem, vyvolané *Chlamydia trachomatis*, serotyp L, jehož typickou lokalizací je urogenitální trakt, infikováno může být i rektum.

Nebýt zmínky o anamnéze lues, morfologický obraz biopsie by imponoval jako IBD typu ulcerózní kolitidy. Důležitá je mezioborová spolupráce, nutné je korelovat nálezy se zobrazovacími metodami, serologickým vyšetřením, histologií a molekulárně-genetickým vyšetřením.

8. AL amyloidóza dutiny břišní

Strnad D.

Interní oddělení, Nemocnice Písek a.s.

Dav.Strnad@seznam.cz

Úvod

Amyloidóza je skupina onemocnění podmíněná ukládáním neodbouraných proteinových složek amyloidu v různých orgánech. Dle typu proteinu rozlišujeme různé typy amyloidózy. V prezentované kazuistice se zaměřujeme na pacienta s velmi vzácnou ohraničenou variantou tzv. AL amyloidózy, kde je amyloid tvořen z lehkých řetězců imunoglobulinů, jež jsou tvořeny abnormálními plazmatickými buňkami kostní dřeně.

Vlastní kazuistika

Pacient, 77 let, sledovaný pro polycystózu ledvin a jater, byl odeslán nefrologem na gastroenterologii k dovyšetření nově zjištěného solidního ložiska 60 × 44 × 54 mm mezi dolním okrajem jater a pankreatem. Ložisko bylo objeveno na pravidelném sonografickém vyšetření břicha, následně bylo potvrzeno i na CT. Pacient neměl žádné klinické obtíže. Pomocí endosonografie byl odebrán vzorek, kde byla objevena depozita amyloidu, na vyšším pracovišti následně potvrzena AL amyloidóza. Poté následovalo vyšetření dalších orgánů a sledování na gastroenterologické ambulanci. Na chirurgickém oddělení provedena biopsie podkoží a rekta bez hledané patologie. Na EKG i echokardiografii bez známek kardiomyopatie, troponin i NTproBNP opakovaně v normě. Následně doplněna i magnetická rezonance srdce, na které nebyly popsány jasné známky srdeční amyloidózy. Hematologické vyšetření prokázalo pouze mírně zvýšené hladiny IgM a lehkých řetězců lambda, paraproteinémii 3,3 g/l, trepanobiopsie kostní dřeně však bez průkazu mnohočetného myelomu či amyloidu. Uzavřeno tedy jako monoklonální gamapatie nejistého významu a ohraničené ložisko AL amyloidózy dutiny břišní.

Následně byla konzultována vyšší pracoviště, nejdříve Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, doporučena operační resekce ložiska. Pacienta jsme následně referovali na Chirurgickou kliniku FN Plzeň, výkon zde proběhl bez komplikací.

Podněty k diskusi, závěr

AL amyloidóza je vzácné onemocnění s incidencí asi 10 případů na 1 milion obyvatel ročně. Může postihovat téměř jakýkoliv orgán, nejčastěji bývají postiženy ledviny, srdce, autonomní nervový systém či gastrointestinální trakt. Tento případ AL amyloidózy, tedy tzv. amyloidom břišní dutiny, je velmi raritní formou tohoto onemocnění. V léčbě byly zvažovány jak konzervativní postup, tedy pouhé sledování ložiska, tak i systémová léčba. Vzhledem k ohraničenosti nálezu však nakonec doporučena chirurgická resekce. Rád bych zdůraznil důležitost mezioborové spolupráce a konzultací s vyššími pracovišti v řešení tohoto případu.

Sál LÉKAŘI 2 – 2. Pediatrie a neonatologie**1. Když cesta nezačíná krokem**

Siváková M., Dušek J.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

sivakova.martina@nemcb.cz

Úvod

Kazuistika se věnuje lehce nezralému novorozenci s rozsáhlým ischemickým postižením obou dolních končetin po porodu.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme případ novorozence z monochoriální biamniální dvojčetné gravidity matky s non-compliantním přístupem k prenatální péči a anamnézou abúzu pervitinu. Ve 20. týdnu bylo vyjádřeno podezření na syndrom fetu-fetální transfuze (TTTS), matka však opakovaně nedocházela na kontroly a doporučené intervence odmítala. Porod proběhl akutním císařským řezem v 36+2 g.t. pro těžkou bradykardii plodu A. Dvojče B mělo bezprostředně po narození patrné rozsáhlé ischemické postižení obou dolních končetin s destrukcí tkání distálně od dolní třetiny stehna. 6. den života bylo přistoupeno k elektivní amputaci postižených končetin (exartikulace v koleni vlevo, amputace v dolní třetině stehna vpravo) s nekomplikovaným průběhem. Pacient byl 20. den přeložen do spádové nemocnice, kde pokračoval v rehabilitaci. V domácím prostředí byl dále kladen důraz zejména na polohování dítěte, rehabilitaci a konické bandážování obou pahýlů dolních končetin. Ve třech měsících věku byla zahájena protetická podpora.

Podněty k diskusi, závěr

Prenatálně vzniklá ischemie končetin je vzácnou komplikací monochoriálních dvojčetných gravidit doprovázených TTTS. Patogeneze není dosud zcela objasněna, uvažuje se zejména o intrauterinním tromboembolismu. Případ zdůrazňuje nezbytnost časného multidisciplinárního přístupu a dlouhodobé rehabilitační péče jako předpoklad co nejvyššího života dítěte.

2. Wolcott-Rallisonův syndrom – manifestace diabetu v prvním roce života

Pešková M.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

peskova.martina2@nemcb.cz

Záchyt diabetu u dětí do jednoho roku představuje velmi závažný a diagnosticky náročný proces. V tomto extrémně nízkém věku je nezbytné pomýšlet i na monogenní formy onemocnění. Jednou

ze vzácných, syndromálních příčin novorozeneckého a kojeneckého diabetu je Wolcott-Rallisonův syndrom, autozomálně recesivní onemocnění s multisystémovým postižením.

Kazuistika se věnuje případu pětíměsíčního pacienta, který byl hospitalizován pro apatii, tachypnoe a hraniční stav hydratace. Vstupní laboratorní vyšetření odhalilo hyperglykémii a klinický stav chlapce progredoval do závažné diabetické ketoacidózy. Vzhledem k život ohrožujícímu stavu byla okamžitě zahájena intenzivní rehydratační terapie se substitucí iontů a inzulinoterapie, což vedlo k rychlé stabilizaci vnitřního prostředí i klinického stavu. Z důvodu nízkého věku manifestace byl pacient přeložen na specializované pracoviště k dalšímu dovyšetření, kde byla na základě molekulárně-genetického vyšetření zjištěna mutace v genu EIF2AK3, která potvrdila diagnózu Wolcott-Rallisonova syndromu. Wolcott-Rallisonův syndrom je kromě časně vzniklého diabetu charakterizován i skeletální dysplazií a poruchou růstu. Tento syndrom s sebou také nese riziko akutního selhání jater, renální dysfunkce, exokrinní insuficience pankreatu, hypotyreózy, mentální retardace a neutropenie.

Se stanovením diagnózy Wolcott-Rallisonova syndromu péče o pacienta teprve začíná a vyžaduje multioborovou spolupráci. Vzhledem k dysfunkci endoplazmatického retikula mohou běžné zátěžové situace – jako jsou infekty, očkování, anestezie či jiné stresové situace – vést až k život ohrožujícím stavům. Včasná intervence je pro tyto pacienty klíčová. Zásadní terapie spočívá mimo jiné ve využití moderních technologií při léčbě diabetu a v proaktivním sledování projevu syndromu.

3. Štítná žláza na výletě

Bláhová B., Kocourková K.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

blahova.barbora@nemcb.cz

Úvod

11letý chlapec přijat k vyšetření malého vzrůstu a incipientní obezity. Výsledkem je dlouho nerozpoznaná hypotyreóza na podkladě ektopicky uložené štítné žlázy na kořeni jazyka.

Vlastní kazuistika

Chlapec byl odeslán k vyšetření od PLDD. Výškově dlouhodobě roste pod 10. percentilem, aktuálně na 3. percentilu pod pásmem predikce, váhově nad 97. percentilem. Dle matky byl vždy menšího vzrůstu, váhově silnější po otci, je velký „jedlík“, má rád nezdravé jídlo. Perinatologická anamnéza bez nápadností, PH 4450 g/57 cm, dosud vážněji nestonal, v ČR od roku 2022.

Chlapec obézní, BMI 28, faciální dysmorfie – menší nosík, anteverze nostril, prosak HK i DK, jinak v celkově dobrém stavu, bez větších obtíží. V laboratoři obraz těžké hypotyreózy – S-TSH: 61.963 mU/l, S-FT4: 7.1 pmol/l, kostní věk opožděn o 3 roky a 7 měsíců, na UZ nenalezena štítná žláza v očekávané lokalizaci. Byla tedy provedena scintigrafie, kde štítná žláza uložena ektopicky na kořeni jazyka. Dále provedeno vyšetření krve na metabolické vady, které bez patologického nálezu. Chlapci byla nasazena substituční medikace Levothyroxinem. Dále ve sledování endokrinologem, na poslední kontrole S-TSH: 8,260 mU/l, S-FT4: 12,5 pmol/l při dávce levothyroxinu 50 ug 1-0-0, navýšeno na 75 ug 1-0-0 a další kontrola v plánu v lednu 2027.

Podněty k diskusi, závěr

Ektopická štítná žláza představuje vzácnou, ale významnou příčinu hypotyreózy. Kazuistika ukazuje, že včasné rozpoznání je zásadní pro správné nastavení substituční léčby, která má vliv na další vývoj a kvalitu života dětského pacienta. Otázky k zamyšlení – důležitost screeningu obezity a malého vzrůstu v primární péči, návaznost v primární péči při stěhování pacientů z Ukrajiny do České republiky, vč. růstových dat.

4. Co bylo skryto pod spadlými víčky?

Retamoza R.

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

retamoza.richard@seznam.cz

Kongenitální myastenické syndromy (CMS) jsou vzácnou skupinou genetických onemocnění s časnou manifestací a velkou variabilitou klinických projevů. Jedná se o poměrně „mladou“ diagnózu s vysokým podílem nediagnostikovaných případů. Ačkoliv jsou unavitelnost a slabost kosterního svalstva hlavními příznaky, u pacientů často dominují potíže zdánlivě nesouvisející s nervosvalovým onemocněním. Diagnóza tak může zůstat dlouhodobě skryta. U části CMS se uplatňuje tzv. efekt zakladatele – genetický jev, který koncentruje výskyt těchto jednotek do specifických etnických skupin a geografických oblastí.

V České republice žijí desítky pacientů romského etnika s detekovanou mutací v genu CHRNE – nejčastější příčinou CMS v našich podmínkách. Kazuistika prezentuje případ šestileté dívky Tamary, u které se na toto onemocnění pomyslelo až po rozvoji svalové slabosti s obrazem myopatického syndromu, a to i přes přítomnost vrozené bilaterální ptózy. Stanovení diagnózy předcházely četné návštěvy pediatrických ambulancí pro potíže s opakovanými respiračními infekty, zácpou a neprospíváním, ale i návštěva dětské neurologické ambulance s odběrem protilátek k vyloučení myastenia gravis. Nasazení léčby pyridostigminem po ukončení genetického vyšetření vedlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu a zvýšení kvality života pacientky. Odhalení diagnózy u Tamary vedlo rovněž k doporučení genetického vyšetření u jejích dospělých rodinných příslušníků s obdobným klinickým obrazem.

Případ Tamary ukazuje na možnou komplexní manifestaci nervosvalových onemocnění a na možnost léčby některých z nich. Je také důkazem, že k odhalení vzácné diagnózy někdy stačí povědomí o její existenci a jediná zkumavka krve na genetické vyšetření.

5. Eozinofilie aneb v čem je zakopaný pes

Bubnová K.

Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

bubnovakarolina@seznam.cz

Úvod

Kazuistika pojednává o případu téměř 5letého chlapce, původem z Ukrajiny, přijatého na naše oddělení primárně k dovyšetření pro bolesti břicha, zvracení, febrilie, elevaci CRP. Vyloučena NPB, v laboratoři postupně výrazný nárůst leukocytózy, eozinofilie – podezření na maligní onemocnění.

Vlastní kazuistika

Pacientem v tomto případě je téměř 5letý chlapec původem z Ukrajiny – v době případu žijící na území ČR již 2 roky, v posledním půlroce cestovatelská anamnéza negativní. Z anamnézy – otec chlapce st. p. onkologickém onemocnění krku, jinak rodinná i osobní anamnéza pacienta bezvýznamná. Potíže chlapce začaly bolestmi břicha se zvracením, febriliemi. Po 3 dnech potíží vyšetřen u PLDD, CRP s elevací 43 mg/l, moč negativní. Pro zhoršení bolestí břicha ošetřen na chirurgii, na UZ břicha popsána pouze mezenterální lymfadenitida, NPB byla t. č. vyloučena, odeslán k dovyšetření na naše dětské oddělení. Dále vstupně v laboratoři leukocytóza 21 tisíc, neutrofilie, eozinofilie, CRP z venózní krve 62,5 mg/l. Od přijetí bolesti břicha i zvracení ustoupily,

trvaly občasné febrilie kolem 38 °C. V kontrolní laboratoři přechodně zánětlivé parametry s poklesem – CRP 50, leukocytóza 15 tisíc, eozinofilie 17 %. Zhruba třetí den hospitalizace výsev urtikariálního svědivého exantému, v laboratoři následně elevace sledovaných parametrů – leukocytóza 36 tisíc, eozinofilie 30 %, PCT negativní, celkový IgE přes 3000. Doplněn RTG hrudníku – popsána zhrubělá BV kresba s četnými drobnými plicními infiltráty. V laboratoři leukocytóza i eozinofilie stále s rostoucími hodnotami, pro podezření na malignitu doplněna průtoková cytometrie – ta pouze s nálezem eozinofilie. Konzultován dětský hematolog, vzhledem k množství eozinofilů a urtice spíše jen reakce na patogen, doporučeno vyčkat na výsledky provedených kultivací. Z dalších vyšetření – oční vyšetření pouze nález astigmatismu, kontrolní UZ břicha se stacionárním nálezem. Hodnoty leukocytů i eozinofilů ale stále s rostoucí tendencí – leukocyty 67 tisíc, eozinofily 63 %, v KO zn. myeloproliferace, t. č. dostupné výsledky kultivací negativní, po konzultaci s dětským hematologem přeložen k punkci kostní dřeně na dětské oddělení Nemocnice České Budějovice. Zde progresí leukocytózy na 80 tisíc, eozinofilie 40 tisíc. V kostní dřeni popsány známky aktivace a hypereozinofilie. Doplněno HRCT plic – podezření na intersticiální plicní proces s difuzními alveolárními infiltráty, spirometrie se středně těžkou až těžkou restrikcí. Podán Solumedrol, poté pokles leukocytózy na polovinu. K dalšímu dovyšetření pacient přeložen na Pediatrickou kliniku FN Motol. Následně přichází pozitivní výsledek sérologie na toxocar. Definitivně vyloučeno maligní onemocnění, po konzultaci s infektologem stanovena diagnóza larva migrans visceralis. Podána antiparazitika na 5 dní, kortikoidy – následně úprava laboratorních výsledků i nálezu na RTG plic – trvají pouze mírné intersticiální změny, na spirometrii zlepšení ventilačních parametrů téměř k normě. Rodiče doplňují anamnézu – pacient často pojídá objekty sebrané ze země – kamínky, písek, kůru ze stromů.

Podněty k diskusi, závěr

Zapeklitost případu byla mimo jiné i pro negativní údaj o cestovatelské anamnéze, pacient nebyl ve styku se zvířaty a údaj o geofágii rodiče udali až v průběhu vyšetřování. V diferenciální diagnostice bylo proto pomýšleno hlavně na hematoonkologické onemocnění.

Larva migrans visceralis je celosvětově nejčastější tkáňová helmintóza, hlavně v dětském věku mezi 2–7 lety. Příznaky způsobuje cestování larvy zvířecích škrkavek (psí, kočičí) tkáněmi hostitele – nákaza probíhá požitím vajíček. Nejčastěji probíhá asymptomaticky, mohou být bolesti břicha, nauzea, v závažnějších případech febrilie, urtika, lymfadenopatie, oční toxokaróza. Terapie je symptomatická, antiparazitika s kortikoidy se podávají u závažných forem (pneumonie, postižení CNS, srdce, oka). Proto je důležité dbát na oplocení pískovišť či dětských hřišť, dále jako prevence onemocnění bránit dětem v geofágii a odčervovat domácí mazlíčky.

6. Když perianální absces není jen chirurgický problém

Lemfeldová L.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

lemfeldova.lucie@nemcb.cz

Úvod

Perianální postižení může být prvním a dominantním projevem Crohnovy choroby u dětí. Recidivující či perzistující perianální abscesy a další perianální komplikace by proto měly vést k časnému pomýšlení na IBD a komplexnímu gastroenterologickému vyšetření. Zásadní je interdisciplinární spolupráce chirurgického a gastroenterologického týmu, zejména u pacientů s komplikovaným nebo atypickým průběhem.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme případ 9letého chlapce, u něhož se onemocnění zpočátku manifestovalo perianálními obtížemi. Pro perianální absces byl v oblastní nemocnici opakovaně chirurgicky ošetřen, včetně excize análního polypu. Pro přetrvávající lokální komplikace a nově se rozvíjející gastrointestinální symptomatologii byl následně odeslán praktickým lékařem pro děti a dorost k dovyšetření na vyšší pracoviště. Významná byla pozitivní rodinná anamnéza Crohnovy choroby u otce. Při přijetí byly přítomny známky systémové zánětlivé aktivity – CRP 57 mg/l, leukocytóza, trombocytóza a mikrocytární hypochromní anémie. Fekální kalprotektin byl výrazně zvýšen na 2058 µg/g, sérologicky byla přítomna vysoká pozitivita ASCA. Ultrasonograficky byl popsán obraz ileitis terminalis. Následná endoskopie prokázala výraznou zánětlivou aktivitu terminálního ilea s ulceracemi, lehčí zánětlivé změny v rozsahu celého tračníku a prepylorický vřed. Histologicky byl v terminálním ileu a colon prokázán aktivní zánět s kryptitidou a kryptovými abscesy, nález podporoval diagnózu Crohnovy choroby. Perianálně přetrvával abscesový nález, který byl v rámci chirurgické revize drenován. MR pánve následně neprokázala reziduální abscesovou kolekci ani jednoznačný fistulózní trakt. Byla zahájena antibiotická léčba, imunomodulační terapie azathioprinem a plná enterální výživa pomocí Modulenu. Po provedení standardního předléčebného screeningu byla časně podána 1. dávka biologické léčby – infliximab. První aplikace proběhla bez komplikací. Na zavedené terapii došlo k rychlému klinickému zlepšení s ústupem bolestí břicha a perianálních obtíží, normalizací charakteru stolice a následně také k laboratornímu ústupu zánětlivé aktivity.

Podněty k diskusi, závěr

U dítěte s perianálním abscesem je nutné v diferenciální diagnostice zvažovat infekční a jiné lokální příčiny. Při recidivujícím, perzistujícím nebo atypickém průběhu je však třeba pomýšlet také na Crohnovu chorobu, a to i v případě, že gastrointestinální symptomatologie není zpočátku dominantní. Kazuistika poukazuje na význam včasného rozpoznání perianální manifestace IBD a na nutnost koordinovaného chirurgicko-gastroenterologického přístupu. Adekvátní lokální chirurgické ošetření v kombinaci se systémovou léčbou umožňuje řešit nejen akutní perianální komplikaci, ale také její základní etiologii. Časně zahájení vhodně indikované biologické léčby u pacienta s aktivní Crohnovou chorobou a významným perianálním postižením může zásadně ovlivnit další průběh onemocnění a snížit riziko rozvoje dalších komplikací.

7. Když nás zánět chytí za srdce

Sedláček J.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

sedlacek-jara@seznam.cz

Perikarditida, myokarditida a endokarditida jsou zánětlivá onemocnění srdce, která, ač postihují stejný orgán, tak mají často odlišnou etiologii, patogenezi i klinický průběh. Včasné odlišení těchto jednotek na základě klinického obrazu, laboratorních a zobrazovacích metod je zásadní pro včasnou léčbu. Triáda přednesených kazuistik včetně obecného přehledu demonstruje klíčové rozdíly, ale i společné rysy v etiologii, diagnostice a terapeutickém managementu těchto onemocnění.

Prezentace zahrnuje tři stručné kazuistiky z tohoto kalendářního roku, které pokaždé poukazují na jedno z výše uvedených onemocnění. 8letá dívka přijata pro déletrvající febrilie, zvracení, únavu a bolesti břicha. Původní podezření na akutní pyelonefritidu, na kterou pomýšleno při vyšetření na spádové pohotovosti pro vysoké CRP, se nepotvrdilo. V anamnéze dívky přísátí klíštěte před měsícem, dívka na klíšťovou encefalitidu očkována. Během hospitalizace provedena celá řada vyšetření vylučujících infekční fokus – žádné z vyšetření nepoukázalo na původ infekce. Pro pře-

trvávající febrilie doplněno vyšetření hemokultury s nálezem *Staphylococcus aureus*. Následné kardiologické vyšetření odhalilo vlající vegetaci na trikuspidální chlopni. Po předchozí domluvě byla pacientka přeložena do Dětského kardiocentra ve FN Motol k echokardiografickému dovyšetření a následné terapii. Další kazuistika pojednává o chlapci, který byl odeslán k hospitalizaci od dětského praktického lékaře pro přetrvávající febrilie a výrazné bolesti lýtek, které se objevily necelý týden po předchozím očkování. Jiné obtíže chlapec neměl. Vstupně dominovala elevace myoglobinu a kreatinkinázy při normálním troponinu a nízkém CRP. I přes zlepšení klinického stavu při léčbě NSA však došlo během hospitalizace k progresi elevace troponinu a následné kardiologické vyšetření odhalilo incipientní myokarditidu. Chlapec byl pro postupnou progresi klinického stavu následně indikován k aplikaci intravenózních imunoglobulinů, po kterých postupně došlo k úpravě stavu. Triádu kazuistik zakončí 12letý chlapec s týden trvajícími febriliemi, únavou, nočními poty, nechutenstvím a váhovým úbytkem, který před počátkem obtíží spadl na koloběžce, což mělo za následek pohmoždění pravého hemithoraxu a sternu. U chlapce nápadně vysoké CRP, elevace D-dimerů a fibrinogenu, negativní kardiomarkery a na RTG rozšířený srdeční stín. Na EKG vstupně negativní T vlna v hrudních svodech. Pro postupné zhoršení klinického stavu, kdy začaly dominovat bolesti na hrudi a námahová dušnost, doplněna CT angiografie. Vyšetření vyloučilo plicní embolii, nicméně odhalilo významný perikardiální výpotek. Po domluvě s kardiologem pacient léčen NSAID a kolchicinem a za pravidelných kardiologických kontrol došlo postupně k regresi onemocnění a poklesu zánětlivých parametrů.

Uvedené diagnostiky poukazují mimo jiné na to, že zánětlivá onemocnění srdce u dětí mohou být dlouhou dobu maskována a mohou upínat naši pozornost k jiné orgánové soustavě či diagnóze. V rámci diferenciální diagnostiky dlouhotrvajících febrilií je nezbytné pomýšlet na kardiální etiologii. Včasným zahájením cílené terapie lze minimalizovat riziko hemodynamické nestability.

8. Když první pohled nestačí – akutní osteomyelitida patní kosti

Licek V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

licek.vilem@nemcb.cz

Úvod

Akutní hematogenní osteomyelitida patní kosti je v dětském věku relativně vzácná a její časná diagnostika může být obtížná. Klinický obraz bývá nespecifický a při omezené spolupráci pacienta může být obtížné správně lokalizovat zdroj bolesti. Zásadní význam proto může mít opakované klinické, laboratorní a zobrazovací vyšetření.

Vlastní kazuistika

Dvanáctiletý chlapec se středně těžkou mentální retardací, autismem, ADHD a oboustrannou nedoslýchavostí s kochleárním implantátem byl přijat pro dva dny trvající kulhání, bolest levé dolní končetiny a odmítání došlapu, vzniklé při procházce bez jednoznačně doloženého úrazu. Poměrně záhy po insultu se u chlapce objevily febrilie s maximem k 39 °C. Na ambulantně provedeném RTG levé nohy a hlezna patrna možná drobná abrupce při laterální hraně patní kosti, nález hodnocen spíše jako prostá distorze, kostní stín jako fýza. Pro trvající febrilie a kapilární CRP 92 mg/l přijat k vyloučení infekčního fokusu. Vstupně laboratorně zvýšené zánětlivé parametry, krevní obraz bez leukocytózy a zvýšená sedimentace. Vstupní hemokultura negativní, jiné významné infekční ložisko neprokázáno. 3. den hospitalizace vzestup CRP na 151 mg/l. Provedeno první CT vyšetření levého hlezna bez průkazu čerstvých traumatických změn, edému či abscesu, pouze drobné ložisko sklerotizace v oblasti sustentaculum tali charakteru insula compacta. Vzhledem k přetrvávání obtíží a elevaci zánětlivých parametrů zahájena empirická

i.v. terapie ampicilinem/sulbaktamem a klindamycinem. 6. den hospitalizace při opětovné febrilní špičce odebrána druhá hemokultura a provedeno UZ levé dolní končetiny bez jasné tekutinové kolekce. V hemokultuře hlášena pozitivita *Staphylococcus aureus* s indukovanou rezistencí k linkosamidům. ATB terapie změněna na Cefazolin. Jelikož chlapec nemohl podstoupit vyšetření MRI pro kochleární implantát, zvažován další postup. 8. den hospitalizace proto doplněna kostní scintigrafie s nálezem patologicky zvýšeného metabolismu a prokrvení levé patní kosti a baze I. metatarzu – nález vysoce suspektní z floridní osteomyelitidy. 12. den hospitalizace kontrolní CT potvrdilo v oblasti růstové štěrbiny patní kosti sekvestr 6 × 3 mm s okolním osteolytickým lemem. 17. den hospitalizace pacient podstoupil operační revizi s exkochleací ložiska a výplní levé paty biosklem. Pooperačně příznivý průběh, pacient již afebrilní, s postupnou normalizací zánětlivých parametrů. Po 22 dnech i.v. terapie Cefazolinem převeden na perorální ATB Cefadroxil. 31. den hospitalizace propuštěn v dobrém celkovém stavu do domácí péče.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika poukazuje na úskalí diagnostiky akutní hematogenní osteomyelitidy u dítěte s omezenou spoluprací, zvláště pokud není možné využít MRI. Počáteční klinický a radiologický obraz podporoval spíše traumatickou etiologii, avšak současné febrilie, vysoké zánětlivé parametry a absence jiného infekčního fokusu vedly k opakovanému přehodnocení diagnózy. Negativní vstupní hemokultura ani počáteční CT a ultrazvukové vyšetření hlubokou kostní infekci nevyloučily. K lokalizaci ložiska zásadně přispěla kostní scintigrafie a následné kontrolní CT, které prokázalo sekvestr patní kosti a umožnilo indikovat chirurgickou léčbu. Příklad zdůrazňuje význam opakovaného klinického hodnocení a cíleného využití alternativních zobrazovacích metod při přetrvávajícím podezření na osteomyelitidu navzdory zpočátku nenápadným či negativním nálezům.

Sál LÉKAŘI 2 – 3. Gynekologie, urologie a onkologie

1. Čekat, nebo zasáhnout? Selektivní růstová restrikce u dvojčetné gravidity

Hrubeš P.

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

hrubespetr2@seznam.cz

Úvod

Selektivní růstová restrikce (sFGR) představuje závažnou komplikaci dvojčetné gravidity. Management časně diagnostikované sFGR je obtížný zejména vzhledem k nutnosti vyvážit riziko intrauterinního úmrtí růstově restriktovaného plodu s riziky extrémní prematurity druhého, potenciálně zdravého plodu.

Vlastní kazuistika

Kazuistika prezentuje případ bichoriální biamniální dvojčetné gravidity u 28leté pacientky, která byla ve 22+0 týdnu odeslána obvodním gynekologem pro disporporci ve velikosti plodů od prvního trimestru. Při vstupním vyšetření provedena biometrie s dopplerometrií, plod A velikostně odpovídající gestaci, u plodu B diagnostikována selektivní early onset FGR, EFW odpovídající 19+3, intermitentně AEDF UA, DV norma. Pacientka dále sledována ambulantně v rámci pravidelných kontrol biometrie a dopplerometrie po týdnu. V týdnu 26+0 vzhledem ke stále se horšícím parametrům plodu B, nyní AEDF UA a patologický DV, nabídnuty pacientce dva možné postupy, a sice expektační s případnou preferencí eutrofického plodu, anebo aktivní s možností ukončení gravidity při dalším zhoršení dopplerometrických parametrů. Po domluvě s pacientkou dále volen

expektační postup s pravidelnými ambulantními kontrolami po týdnů a případnou možností aktivního postupu při změně preference pacientky. Během dalších kontrol progredující zhoršení dopplerometrických parametrů plodu B, plod A po celou dobu gravidity v normě. V týdnu 30+0 prokázána IUFD u plodu B. Pacientka hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství k observaci, podání maturace plic plodu a naplánování ukončení gravidity. Gravidita plánovaně ukončena v týdnu 34+3, plod A po porodu v dobrém stavu s dále příznivým postnatálním průběhem.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika poukazuje na komplexnost managementu časně diagnostikované sFGR u bichoriální biamniální dvojčetné gravidity. Pravidelné ambulantní sledování s opakovaným hodnocením zejména dopplerometrických parametrů je zásadní pro správnou volbu dalšího managementu, zároveň v korelaci s preferencí pacientky. Současně expektační postup umožnil prodloužení gravidity a dosažení příznivého gestačního stáří pro druhý, eutrofický plod.

2. Nejmenší z nejmenších – dekompenzovaná chronická hypertenze v graviditě komplikovaná těžkou superponovanou preeklampií, early-onset FGR a rozvojem HELLP syndromu

Krutílková D.

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

d.krutilkova@seznam.cz

Úvod

Případ dekompenzace chronické, dosud neléčené arteriální hypertenze u 31leté sekundigravidy ve 23. týdnu gravidity, komplikované rozvojem těžké superponované preeklampsie, časnou fetální růstovou restrikcí (early-onset FGR) a následnými laboratorními známkami rozvíjejícího se HELLP syndromu. Gravidita byla pro progresi onemocnění ukončena ve 24+0 týdnu gravidity per sectionem caesaream. Byl porozen extrémně nezralý novorozenec s porodní hmotností 295 g.

Vlastní kazuistika

31letá pacientka, gravidní ve 23. týdnu, byla referována do Rizikové poradny Gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice pro dekompenzovanou chronickou arteriální hypertenzi. Arteriální hypertenze byla diagnostikována již před graviditou, dosud však bez farmakologické terapie. V 9. týdnu gravidity byla pacientka vyšetřena v kardiologické ambulanci, kde při ambulantním 24hodinovém monitorování krevního tlaku byly zaznamenány hodnoty TK v rozmezí 180–210/110–130 mmHg. Byla zahájena antihypertenzní terapie metyldopou (Dopegyt 250 mg tbl. 2-2-2), amlodipinem (Agen 5 mg tbl. 1-0-1) a profylaxe kyselinou acetylsalicylovou (Anopyrin 100 mg tbl. 1,5-0-0). Pro nedostatečnou kompenzaci hypertenze byl následně do medikace přidán urapidil (Ebrantil 30 mg tbl. 1-0-1).

Ve 22+6 týdnu gravidity byla pacientka přijata k hospitalizaci pro těžkou preeklampsii superponovanou na chronickou arteriální hypertenzi. Současně byla u plodu diagnostikována časná forma fetální růstové restrikce (early-onset FGR). Při přijetí byla pacientka subjektivně bez obtíží, objektivně však byly opakovaně naměřeny hodnoty TK kolem 170/110 mmHg, při tepové frekvenci 105/min. Laboratorně byla přítomna výrazná elevace poměru sFlt-1/PIGF 818, proteinurie (ACR 417 mg/mmol), trombocytopenie (PLT $126 \times 10^9/l$), elevace LDH (4,5 $\mu\text{kat/l}$) a mírná elevace jaterních a renálních parametrů.

Vzhledem k závažnosti nálezu byla zahájena kortikoterapie k indukci plicní zralosti plodu (Dipro-

phos) a intenzifikována antihypertenzní terapií. Přechodně byla podávána intravenózní léčba labetalolem, následně urapidilem (Tachybene). I přes intenzifikaci antihypertenzní terapie přetrvávaly hodnoty TK v rozmezí 155–165/105–110 mmHg.

V dalším průběhu došlo k progresi laboratorních známek suspektního incipientního HELLP syndromu, došlo k poklesu hladiny haptoglobinu, progresi trombocytopenie, elevaci LDH a jaterních transamináz a rozvoji anémie. Vzhledem k progresi laboratorního nálezu v kontextu těžké preeklampsie a časný FGR bylo indikováno ukončení gravidity per sectionem caesaream ve 24+0 týdnu gravidity.

Byl porozen extrémně nezralý novorozenec s porodní hmotností 295 g, odpovídající hluboké hypotrofii (< 3. percentil). V poporodním období došlo u matky k postupné regresi laboratorních známek preeklampsie/HELLP syndromu a po úpravě antihypertenzní terapie k postupné stabilizaci hodnot krevního tlaku.

Podněty k diskusi, závěr

V rámci diferenciálně diagnostické rozvahy je u takovéto pacientky nutno zvážit také další onemocnění, která mohou svým klinickým či laboratorním obrazem napodobovat preeklampsii či HELLP syndrom, zejména trombotické mikroangiopatie (TTP, aHUS), akutní jaterní steatózu v graviditě a systémová autoimunitní onemocnění, například antifosfolipidový syndrom.

Významnost a výjimečnost případu podtrhuje časný nástup těžké preeklampsie a FGR ve 22+6 týdnu gravidity v kombinaci s extrémně nízkou porodní hmotností novorozence 295 g.

3. Nechtěný nitrobršíšní spolubydlící v graviditě

Hák D.

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

Dave.Hacek@email.cz

Úvod

Kazuistika shrnuje diagnostiku a terapii objemného stopkatého myomu v graviditě s následným managementem porodu. Před graviditou byl myom nediodnostikovány, asymptomatický.

Vlastní kazuistika

Šestatřicetiletá pacientka gravidní 12+5 přichází na ambulanci s 3 týdny trvajícím bolestmi břicha se zhoršením při pohybu, poslední týden denně zvrací, vaginálně nekrvácí. Při UZ vyšetření u OG v incipientní graviditě zjištěn myom vycházející z PS o rozměrech 118 × 91 mm. Pacientka jinak zdráva, bez chronické medikace. Přijata k observaci. Ve vstupním vyšetření in utero 1 živý plod dle CRL 12+5, placenta norma. Transabdominální sondou zobrazen myom vycházející z přední děložní stěny a fundu děložního o rozměrech 150 × 103 mm, bez volné tekutiny v dutině břišní. Břicho palpačně citlivé zejména v P podbřišku i poklepově. Vstupní laboratorní vyšetření s elevací CRP 13,9 mg/l, moč CH+S i kulturačně negativní, krevní obraz i koagulační parametry norma. Nastavujeme konzervativní léčbu: analgoterapie paracetamolem, i.v. MgSO₄, terapie nusey Xonveou, NPB vyloučena. Následující den pro kompletní ústup obtíží a na žádost pacientky dimise. V graviditě týdne 14+5 opět ambulantně vyšetřena pro bolesti břicha v oblasti lokalizace myomu, nyní již v chronické medikaci Progesteron Besins 400 mg vaginálně 1× denně, Magnosolv plv. 1× denně, Stacyl 150 mg 1× denně večer (pro pozitivní screening preeklampsie a FGR, tzn. růstové restrikce plodu). Pacientka udává, že paracetamol již na bolesti poslední dny nezabírá, poruchy střevní pasáže nejuje, bez jiných obtíží. Vaginálně Cervix score 0, ostatní vyšetření v rámci normy, pouze CRP elevace na 30,5 mg/l. Doporučeno užití Tramal gtt. a paracetamolu. Opětovně přijata k hospitalizaci v graviditě týdne 18+4 pro bolesti břicha především v oblasti

podbřišku při močení a v oblasti mesogastria vlevo při zatnutí břišního lisu a obtíže se stolicí, dysurické obtíže typu neguje. Vstupní vyšetření opět s objemným myomem, prosperující gravidita váhově odpovídající dataci. Laboratorně anemizace Hb 101 g/l, elevace CRP 73,5 mg/l, jinak bez pozoruhodností. Opět konzervativní terapie – infuzní podání MgSO₄, pro pozitivní nálezy v moči antibiotická perorální terapie, dále analgoterapie, laxativa. Po celou dobu hospitalizace afebrilní a bez porodnických obtíží, po jídle občas nausea, ale nezvrací. Střevní pasáž po užívání laxativ se zlepšením. Kontrolní laboratorní vyšetření s mírnou elevací CRP na 86,1 mg/l, Hb 99 g/l. Proběhlo vyšetření magnetickou rezonancí pro upřesnění hloubky myomu ve vztahu k myometriu. Na MR popsána objemná solidní ohraničená expanze velikosti 18 × 11 × 11 cm náléhající na dělohu zprava, nejspíše stopkatý myom s nehomogenním signálem se známkami prokrvácení a s regresivními změnami, malé depo volné intraperitoneální tekutiny, subcékální oblast klidná, střevní kličky bez distenze. Následně probíhá za hospitalizace pohovor s primářem oddělení – do cca 20. týdne gravidity možnost provedení laparotomické myomektomie s rizikem pro plod včetně samovolného potratu; pacientka prioritizuje plod, analgetická terapie dostatečná, s chirurgickou intervencí by souhlasila až v případě eventuální náhlé příhody břišní. Kontrolní laboratorní vyšetření s progresí anemizace na Hb 92 g/l – eskalace feroterapie Globifer p.o. 2× denně. V těhotenství týdne 19+3 probíhá cestou rizikové poradny podrobné sonoanatomické vyšetření plodu, kde nebyly zjištěny žádné vrozené vývojové vady plodu. Dimitována in graviditas hebdominis 19+4 v celkově dobrém stavu, s následnou dispenzarizací v rizikové poradně. Kontrola v rizikové poradně v graviditě týdne 20+2, kde bolesti již neguje, pohyby plodu cítí jak je zvyklá, ultrazvukově plod eutrofický a čípek děložní cervikometricky bez zkrácení. V týdnu 21+1 ambulantně pro kvasinkovou kolpitis, přeléčena Pimafucinem vaginálními globulemi. V týdnu 22+3 přichází pro hematemesi, bez porodnických obtíží – vyšetřena gastroenterologem, kde podezření na Mallory-Weiss syndrom, nastavena terapie Omeprazolem 40 mg i.v. á 8 h a Granisetronem i.v. při nauce, hospitalizována na GPO s plánem provedení gastroskopie z lůžka následující den, ta nicméně pro rizikovost neprovedena. Laboratorně dlouhodobě oscilace Hb kolem 92–102 g/l, CRP 43,7 mg/l. Nastavena šetrivá strava a zařazen Helicid 20 mg p.o. na týden do chronické medikace. Za hospitalizace proveden pohovor s neonatologem ohledně péče o novorozence při ev. předčasném porodu. Z chronické medikace vysazen Stacyl pro negat. výsledek screeningu preeklampsie a FGR. Dále hematologické konzilium pro anémii – laboratorně pokles celkového železa, hladiny transferinu i saturace transferinu – aplikován intravenózně Ferinject. Dimitována v týdnu 22+6. Další kontroly opět cestou rizikové poradny v týdnu 24+6 a 26+6, kde plod eutrofický, bez porodnických obtíží, myom stále stacionární velikosti s občasnými mírnými bolestmi. Přijata v týdnu 30+4 pro bolesti podbřišku vpravo. Vstupní vyšetření kromě myomu opět norma, dopplerometrie norma, bez známek hrozícího předčasného porodu, terapie konzervativní spasmololy a analgetiky. Dimitována pro ústup obtíží následující den. Kontrola v týdnu 32+5 a 34+4 opět cestou riz. poradny, kde plod stále eutrofický, myom stacionární velikosti. V týdnu 36+2 indikována k ukončení gravidity v týdnu 38+2 plánovaným císařským řezem s myomektomií v jedné době. Proběhla plánovaná sectio caesarea v týdnu 38+2 z Pfannenstielova řezu ve spinální anestezii, živý plod vybaven bez komplikací v poloze podélné hlavičkou. Poté vizualizace myomu, ten na 10 cm široké stopce z fundu a přední děložní stěny, fixovaný částečně a omentu blanitými adhezemi. Pro algickou reakci pacientka uvedena do celkové anestezie, poté luxace dělohy z dutiny břišní, na stopku myomu nasazeny klíšťky dle Peana, provedena myomektomie pomocí Ligasure bez průniku do dutiny děložní. Sutura po myomektomii jednotlivými Vicryl stehy, přiložen Tachosil na suturu myomektomie, vyveden z dutiny břišní 1× EasyFlow drain. Výkon dokončen bez pozoruhodností. Celková krevní ztráta kolem 500 ml, hemocue pooperačně Hb 113 g/l. Pooperační průběh bez větších komplikací, pouze zpočátku obtížný odchod stolice. Laparotomie se hojí per primam intentionem. Histologicky se jednalo o regresivně změněný, ložiskově hyalinizovaný benigní leiomyom, fokálně nekrotický a cysticky degenerovaný. Pacientka dimitována 8. den po výkonu v celkově dobrém stavu. Šestinedělí proběhlo bez komplikací.

Podněty k diskusi, závěr

V diferenciální diagnostice můžeme pomýšlet na jiné solidní nádorové útvary dutiny břišní, například GIST, solitární fibrózní tumory nebo jaterní a nádorové expanze. Bolesti břicha a dlouhodobé elevace CRP byly pravděpodobně způsobeny nekrotizací tumoru zevnitř při jeho nedostatečné perfuzi v graviditě, kdy jsou pochopitelně nároky na perfuzi dělohy, tzn. plodu vyšší. Myomy této velikosti mimo graviditu často mívají klinické příznaky charakteru břišního dyskomfortu až bolestí, zvětšení objemu břicha a symptomů z útlaku okolních orgánů; bývají tudíž diagnostikovány dříve. Nezřídka vedou i k nemožnosti otěhotnění nebo k potracení v časně graviditě. Prvozáchyt myomu této velikosti v graviditě s porodem v termínu porodu je tedy přinejmenším zajímavostí.

4. Pee or not to pee?

Šťastná V., Ladman J.

Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

svobodovavero@gmail.com

Zhoršující se mikční obtíže u mladého muže, bez předešlé významné urologické anamnézy.

Kazuistika pojednává o 30letém muži bez předchozí závažnější urologické anamnézy, který po dobu několika měsíců udává postupně se zhoršující mikční obtíže. Těmi jsou dysurie, střídavá intenzita proudu moči a později už i zapojení břišního lisu při mikci. Vzhledem k anamnéze prodělané chlamydiové infekce byl nejprve vyloučen zánět močových cest, moč byla testována i na panel sexuálně přenosných chorob, s negativním výsledkem. Práce detailně popisuje diagnostický postup, který zahrnoval nález velkého postmikčního rezidua až 150 ml, patologickou křivku uroflowmetrie, mikční cystourethrografii, při které byla odhalena prominence v oblasti hrdla močového měchýře.

Následoval patologický nález na magnetické rezonanci v oblasti prostaty a finální potvrzení patologie cystoskopicky. Díky těmto metodám jsme mohli spolehlivě vyloučit vzácnější diagnózy, jako je uretrální divertikl či Cowperova syringokéla, na které je nutno pomyslet, a dojít k odhalení cysty hrdla močového měchýře způsobující výše uvedené obtíže. Na základě stanovené diagnózy bylo přistoupeno k chirurgickému řešení, tedy endoskopické resekci cysty močového měchýře.

Pooperačním výsledkem bylo kompletní a okamžité vymizení všech obtíží pacienta. Cílem kazuistiky je poukázat na symptomy, které se běžně v mladé populaci mužů nevyskytují. Důležité je nebagatelizování popisovaných obtíží, časně vyšetření a prosté elegantní řešení. Odhalení subvezikální obstrukce a její aktivní řešení jsou důležité pro prevenci ireverzibilního poškození močového traktu.

V rámci diferenciální diagnózy přichází v úvahu již zmíněný uretrální divertikl, tedy výčlipka stěny močové trubice, či Cowperova syringokéla, což je cystická dilatace hlavních vývodů Cowperovy žlázy, drobné párové mužské přídatné pohlavní žlázy, jejíž sekret je viskózní a uvolňuje se při sexuálním vzrušení. Jejich výrazná dilatace se často projevuje právě příznaky dolních močových cest. Další příčinou může být cysta prostaty. Často žádné obtíže nezpůsobuje a odhalí se pouze náhodně, avšak v určitých případech může způsobovat mikční obtíže, slabý proud, pocit nevyprázdnění, bolest hráze, problém s ejakulací.

Tuto kazuistiku jsem zvolila s cílem přiblížit problematiku subvezikální obstrukce u mladých mužů, která se nevyskytuje často. Pacienti tyto obtíže někdy přehlížejí, přijmou je jako novou normu, nebo se za ně dokonce stydí. Přitom je správná diagnóza při adekvátním postupu přímočará a řešení je elegantní s okamžitým efektem.

5. Nezanedbávejte svého nefrologa

Nováková H.

Hemodialyzační oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

hana.novakova@nemta.cz

Úvod

Defekty dolních končetin podmíněné kalcifylaxí při terciální hyperparathyreóze v predialýze u pacienta, který svévolně vystoupil z nefrologické dispenzarizace.

Vlastní kazuistika

Pacient narozený v roce 1966 s renální insuficiencí (s-urea [mmol/l] 13,6; s-kreatinin [μmol/l] 266) na podkladě vaskulární nefrosklerózy, obezitou a arteriální hypertenzí v roce 2020 svévolně vystoupil z nefrologické dispenzarizace. V červnu 2024 byl přijat na doporučení praktického lékaře na interní oddělení Nemocnice Tábor pro zhoršení renálních parametrů (s-urea [mmol/l] 24,6; s-kreatinin [μmol/l] 458). Pacient bez uremických příznaků, dle ultrazvuku měly obě ledviny 100 mm, bez indikace k zahájení akutní dialýzy, doporučena dispenzarizace v nefrologické ambulanci s přípravou ke vstupu do pravidelného dialyzačního programu. Při příjmu zjištěn atypický flutter síní, který ponechán k rate kontrole při velikosti levé síně 55 mm dle echokardiografie a s nasazením antikoagulační terapie warfarinem. Pro defekty obou dolních končetin probíhaly chirurgické kontroly s převazy. Proveden nejprve ultrazvuk a následně i CT angiografie cév dolních končetin, kde zjištěna pokročilá mediokalcinóza tepen bérce a nohy s významnými tandemovými stenózami. Pacient předán do cévního centra Nemocnice České Budějovice, kde proběhla perkutánní transluminální angioplastika cév obou dolních končetin. Pro progredující nález na obou dolních končetinách s dominancí pravé končetiny byl pacient opakovaně hospitalizován. V září 2024 byl přijat na chirurgickém oddělení pro gangrénu pravé dolní končetiny komplikovanou sepsí s nutností četné antibiotické terapie. Při neúspěšném konzervativním postupu byla indikována amputace pravé dolní končetiny ve stehnu. V amputátu byla patologem popsána pokročilá kalcifikující a stenózující ateroskleróza. Během hospitalizace došlo k postupné progresi renálních parametrů při akutním renálním selhání acute on chronic při sepsi (s-urea [mmol/l] 37,5; s-kreatinin [μmol/l] 623) s indikací k zahájení dialyzačního programu cestou akutní dialyzační kanyly zavedené v pravé vena jugularis interna. V diferenciální diagnostice bylo pomýšleno kromě ischemické choroby dolních končetin také na kumarinovou nekrózu při terapii v předchorobí warfarinem a vstupně neměřitelném INR. Warfarin při příjmu vysazen. Dále zvažována kalcifylaxe při rizikových faktorech jako je obezita, renální insuficience, terapie warfarinem, laboratorně hyperfosfatémie a zvýšená hladina parathormonu. Parathormon odebrán z krve i u našeho pacienta a jeho hodnota byla vysoká (s-Parathormon (1-84) [pmol/l] 142,0). Vzhledem k rizikovosti biopsie tkáně k jasnému rozlišení uvedených diagnóz byla zahájena terapie kalcifylaxe natriumthiosulfátem po dialýze a terapií vazače fosfátů cinacalcetem. Při hyperparathyreóze byla laboratorně přítomna lehká hyperfosfatémie a hypokalcémie. Pacient byl konzultován s profesorkou MUDr. Sylvií Dusilovou Sulkovou a následně hospitalizován ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na Nefrologické klinice. Zde pokračováno v terapii natriumthiosulfátem. Dále byl proveden ultrazvuk a následně i magnetická rezonance příštítných tělísek s nálezem zvětšení tří z nich a stanovení diagnózy terciální hyperparathyreózy vedoucí ke vzniku kalcifylaxe. Pacient indikován k parathyreoidektomii, která pro nenalezení nezvětšeného příštítného tělíska byla pouze subtotální (jedno příštítné tělísko zůstává in situ). Po залечení kalcifylaxe došlo ke zlepšení nálezu na levé dolní končetině. Po dimisi pacient nadále v dispenzarizaci osteonefrologické ambulance Fakultní nemocnice Hradec Králové. V Nemocnici Tábor pokračováno v hemodialyzačním programu cestou permcath. Po zhojení defektu na levé dolní končetině našit shunt v kubitě, který je plně funkční. Pacient je nyní připravován k zařazení na transplantační listinu k transplantaci ledviny.

Podněty k diskusi, závěr

Kalcifylaxe je kalcifikující uremická arteriolopatie s vysokou úmrtností až 50 %. Mezi rizikové faktory patří například renální insuficience, dialyzační program, ženské pohlaví, diabetes mellitus, hyperparathyreóza, hyperfosfatémie, hyperkalcémie, obezita, hypoalbuminémie nebo také terapie warfarinem. V klinickém obraze se jedná o nekrotizující bolestivé kožní ulcerace. Do diferenciální diagnostiky kalcifylaxe patří ischemická choroba dolních končetin, mediokalcinóza, hyperparathyreóza a při užívání warfarinu kumarinová nekróza. Pacient v kazuistice byl v prediálýze, kde kalcifylaxe není tolik častá jako u pacientů v pravidelném dialyzačním programu. Terapií kalcifylaxe je natriumthiosulfát, vazače fosfátů, intenzifikovaný dialyzační režim k odstranění fosforu a při nálezů adenomu příštítných tělísek jeho chirurgické odstranění. Kalcifylaxe nepatří mezi časté diagnózy a nejdůležitější proto je na tuto diagnózu vůbec pomyslet.

6. Když chemoterapie nestačí: využití molekulárních alterací k indikaci cílené léčby u generalizovaného karcinomu příušní žlázy

Hábová I., Šiška F.

Onkologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

habova.iveta@gmail.com

Zhoubné nádory slinných žláz představují vzácnou skupinu maligních nádorů (incidence 1–2 případy na 100 000 obyvatel ročně). Vyznačují se značnou histologickou i molekulární heterogenitou, která v posledních letech otevírá možnosti personalizované onkologické léčby. Mezi nejčastější alterace patří nadměrná exprese nebo amplifikace HER-2 a exprese androgenního receptoru. Méně často lze identifikovat další potenciálně targetabilní alterace, např. PIK3CA, RAS, BRAF, NTRK genové fúze či vysokou mutační nálož. Identifikace těchto markerů pomocí sekvenování nové generace (NGS) může zásadně ovlivnit léčebnou strategii.

V kazuistice popisujeme pacienta s generalizovaným karcinomem příušní žlázy (vstupně postižení LU levé axily – odpovídá klinickému stadiu IV), u něhož byla v léčbě 1. linie použita standardní léčba systémovou chemoterapií. Při nedosažení odpovědi byla vzhledem k histologickému subtypu (salivary duct carcinoma) doplněna molekulární charakterizace metodou NGS a imunohistochemické vyšetření. Tato vyšetření odhalila amplifikaci genu HER-2 (ERBB2) i pozitivitu androgenních receptorů (95 %).

Pacient byl prezentován v Molecular tumor boardu Nemocnice České Budějovice, který na základě dostupných dat doporučil další léčebnou strategii. Ve 2. linii paliativní léčby byla indikována kombinace chemoterapie docetaxelu a cílené anti-HER-2 terapie trastuzumabu. Touto terapií bylo dosaženo kompletní remise onemocnění. Po 9 měsících však musela být léčba ukončena při rozvoji kardiotoxicity trastuzumabu.

Po ukončení léčby 2. linie došlo u pacienta k oligoprogresi do kůže levé strany hrudníku, proto byla využita lokální léčba – RTG radioterapie kožních metastáz.

Při další progresi v kůži po dokončení radioterapie jsme s ohledem na přetrvávající pozitivitu androgenního receptoru (ověřeno ze vzorku metastázy kůže) indikovali kombinovanou hormonální léčbu goserelinem a darolutamidem.

Kazuistika ilustruje význam komplexní diagnostiky u solidních nádorů. Případ ukazuje možnosti současné precizní onkologie. Individualizovaná léčba založená na molekulárních charakteristikách nádoru umožnila postupné využití několika terapeutických strategií s klinicky významným přínosem i po selhání standardní léčby. Využití různých modalit onkologické léčby vedlo u pacienta k významné kontrole onemocnění a prodloužení přežití ve velmi dobré kvalitě života, jen s minimálními symptomy nádorového onemocnění.

7. Akneiformní exantém při anti-EGFR terapii

Kaslová T.

Kožní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

tkaslova98@gmail.com

Úvod

Kožní toxicita patří mezi významné nežádoucí účinky cílené protinádorové léčby zaměřené na receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR). Typickým kožním projevem je akneiformní exantém, který se nejčastěji manifestuje v obličeji, na kštici a v horní části trupu. Výraznější kožní projevy mohou významně zhoršovat kvalitu života pacienta a při těžkém průběhu mohou vést k nutnosti dočasného přerušení nebo úpravy protinádorové léčby.

Vlastní kazuistika

Kazuistika představuje případ pacienta s EGFR-mutovaným bronchogenním karcinomem plic, léčeného v paliativní indikaci kombinací amivantamabu, karboplatiny a pemetrexedu. V průběhu systémové protinádorové léčby se u pacienta rozvinula výrazná kožní toxicita charakteru těžkého akneiformního exantému. Kožní projevy byly doprovázeny intenzivním pruritem, který dále zvyšoval subjektivní obtíže pacienta a významně negativně ovlivňoval jeho kvalitu života. Současně došlo k rozvoji paronychie, představující další charakteristický kožní nežádoucí účinek spojený s terapií zaměřenou proti EGFR.

Vzhledem k rozsahu a závažnosti kožních projevů byla nutná intenzivní lokální terapie a systémová antibiotická léčba. Pro závažnost kožní toxicity byla léčba amivantamabem dočasně přerušena a její pokračování odloženo do ústupu kožních obtíží. Po zahájení odpovídající dermatologické a symptomatické terapie došlo postupně ke zlepšení kožního nálezu, zmírnění pruritu a regresi paronychie.

Podněty k diskusi, závěr

V diferenciální diagnostice akneiformního exantému je nutné odlišit zejména acne vulgaris, folikulitidu, rosaceu, infekční komplikace a jiné lékové exantémy. Včasná diagnostika a adekvátní léčba kožní toxicity jsou důležité nejen z hlediska zachování kvality života pacienta, ale také pro možnost pokračování účinné protinádorové léčby v optimální intenzitě.

Kazuistika poukazuje na význam mezioborové spolupráce dermatologa a onkologa při managementu kožních nežádoucích účinků anti-EGFR terapie.

8. Řekni, kde ty krvinky jsou... aneb diferenciální diagnostika mikrocytární anémie

Václavovská K.¹, Motáň V.¹, Vondráková J.²

¹Transfúzní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., ²Oddělení klinické hematologie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

vaclavovska.kristyna@nemcb.cz

Úvod

Diferenciální diagnostika anémií je jednou ze základních dovedností všeobecného internisty. Obzvláště u mikrocytárních anémií, kde drtivou většinu případů tvoří sideropenie, pak může absence deficitu železa v provedené laboratoři překvapit. A co když máme případy, kdy u mikrocytární anémie může podání preparátů železa dokonce škodit?

Vlastní kazuistika

Jedná se o komparaci dvou pacientů s mikrocytózou či mikrocytární anémií, u kterých bylo nutné zvolit diametrálně odlišný přístup k léčbě.

36letý pacient přichází pro náhodný záchyt mikrocytární anémie na preventivní prohlídce. Klinicky je pacient bez jakýchkoliv obtíží. Po odebrání rodinné anamnézy vyslovujeme podezření na beta thalasémii, které potvrzujeme genetickým vyšetřením. V odběrech metabolismu železa navíc objevujeme „bonus“ v podobě zvýšeného ferritinu, a to navzdory tomu, že pacient nikdy neužíval preparáty železa ani mu nebyly podávány transfúze. Kvůli hladině ferritinu doplňujeme zobrazovací vyšetření k objasnění případné kumulace železa v játrech a srdci.

Oproti tomu 31letá pacientka se sideropenickou anémií – přijata na Interní oddělení s klinicky vyjádřeným anemickým syndromem a mikrocytární anémií v krevním obraze. Po přešetření prokazujeme celiakii doprovázenou deficitem železa, proto nasazujeme jeho substituci. V kontrolních odběrech je jasně patrný dobrý efekt terapie, klinicky pacientka pociťuje ústup příznaků.

Podněty k diskusi, závěr

Beta-thalasemie představuje poměrně vzácné hereditární onemocnění, se kterým je vždy třeba počítat při diferenciální diagnostice mikrocytární anémie. Především pro škodlivost terapie preparáty železa, které se běžně užívají k léčbě sideropenických anémií. Kazuistika dále zdůrazňuje důležitost pečlivého odebrání rodinné anamnézy a vyšetřování metabolismu železa u mikrocytárních anémií.

Sál LÉKAŘI 2 – 4. Poranění, komplikace a jejich řešení**1. Trojí poranění hlezna ošetřeno v jedné době**

Markvart V., Svoboda V., Vilímek O.

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice Písek a.s.

vlada.markvart@seznam.cz

Úvod

Chronická laterální nestabilita hlezna vzniká po opakovaných distorzních poraněních. U sportovců může vést k významnému omezení sportovní aktivity. Přidružené poškození peroneálních šlach a jejich retinakul může dále zhoršovat funkci hlezna.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme případ 25letého aktivního basketbalisty s opakovanými úrazy hlezna a postupným rozvojem chronické nestability. Konzervativní léčba nevedla k dostatečné stabilizaci hlezna. Magnetická rezonance potvrdila posttraumatickou nestabilitu s rupturou předního talofibulárního vazy (LFTA). Současně prokázala rupturu retinakul peroneálních šlach spojenou s jejich luxací v oblasti laterálního kotníku. Vyšetření dále odhalilo split lézi šlachy musculus peroneus brevis a fibrotické změny šlachy. Klinický a zobrazovací nález vedl k indikaci operačního řešení. Z jednoho operačního přístupu jsme provedli plastiku LFTA v modifikaci podle Webera-ILF. Současně jsme ošetřili split lézi musculus peroneus brevis a část šlachy využili jako štěp pro plastiku. Dále jsme provedli synovektomii a rekonstrukci retinakul peroneálních šlach. Pooperační rekonvalescence trvala šest měsíců. Pacient obnovil stabilitu a funkci hlezna a následně se vrátil k aktivnímu sportu.

Podněty k diskusi, závěr

U chronické nestability hlezna je nutné zvažovat nejen insuficienci laterálních vazů, ale také současné poškození peroneálních šlach a jejich retinakula či jiných měkkých tkání. Magnetická rezonance umožňuje komplexně zhodnotit rozsah poškození a napomáhá plánování operačního řešení. Výjimečnost případu spočívá v kombinaci chronické nestability, ruptury retinakul s luxací peroneálních šlach a split léze musculus peroneus brevis. Kombinované operační řešení vedlo k obnovení stability a funkce hlezna. Pacient se po šestiměsíční rehabilitaci vrátil k pivotálnímu sportu.

2. Mikrochirurgická rekonstrukce pouřazového defektu dolní končetiny**Příběh V.**

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

v.priban.jr@gmail.com

Úvod

Defekty distální třetiny bérce jsou chirurgicky obtížně řešitelné, neboť se jedná o lokalitu s malým množstvím měkkých tkání a rizikem horšího prokrvení.

V této kazuistice pacientky po úrazu a infektu osteosyntetického materiálu prezentují jednu z indikací k rekonstrukci defektu volným lalokem.

Vlastní kazuistika

Pacientka si v Novohradských horách po zakopnutí přisedla pravý kotník a způsobila si trimalleolární zlomeninu pravého hlezna.

Po převozu do nemocnice byla vzhledem k přítomnému otoku provedena osteosyntéza nejprve zevním fixátorem a až později dlahou.

Pacientka byla následně propuštěna do domácí péče.

S odstupem 6 týdnů od úrazu došlo k rozvoji flegmóny nad fibulou v místě aplikované osteosyntézy.

Pacientka byla indikována k revizi, kdy bylo nutné odstranit měkké tkáně nad osteosyntetickým materiálem. Defekt s odhalenou dlahou byl poté převazován pomocí podtlakové terapie.

Po vzájemné konzultaci mezi traumatology a plastickými chirurgy byla indikována výměna dlahy s rekonstrukcí vzniklého defektu volným lalokem.

Předoperačně byla provedena CT angiografie dolních končetin, která prokázala dobrý stav příjmových cév.

V průběhu vlastní revizní operace traumatolog odstranil kontaminovaný osteosyntetický materiál (pooperačně s průkazem *St. aureus*). Vzhledem k dobrému prohojení zlomeniny a stabilitě hlezna nebyla indikována původně plánovaná výměna osteosyntetického materiálu.

V návaznosti na výkon traumatologa byla provedena rekonstrukce defektu volným lalokem odebraným z levého předloktí. Lalok je odebrán na cévní stopce a. radialis a komitantních žilách.

Po mikroanastomóze na příjmovou arteria tibialis anterior a její komitantní žíly došlo k obnově perfuze laloku a definitivnímu zakrytí původního defektu.

Další pooperační průběh byl bez komplikací, došlo ke zhojení volného laloku.

Podněty k diskusi, závěr

Rekonstrukce defektu volným lalokem je organizačně i technicky náročný proces, který v případě traumatických defektů vyžaduje multioborovou spolupráci.

Cílem této kazuistiky je nastínit průběh tohoto způsobu léčby – od indikace, přes operační výkon, pooperační péči až ke zhojení.

Prognózu v případě úrazového defektu určuje kromě poranění skeletu i vstupní poškození měkkých tkání, které může vést k infekčním komplikacím.

3. Nevinné zakopnutí, nečekaná diagnóza

Schacherl Otakar

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

schacherl.otakar@nemcb.cz

Myositis ossificans je benigní reaktivní proces charakterizovaný heterotopickou osifikací měkkých tkání, nejčastěji v návaznosti na úraz či opakované mikrotrauma. V dětském věku může klinický obraz imitovat závažnější patologii, zejména maligní nádor měkkých tkání, což může vést k diagnostickým rozpakům.

Kazuistika pojednává o případě jedenáctiletého chlapce, který byl akutně hospitalizován pro výraznou bolest, otok a zarudnutí levé dolní končetiny s omezením hybnosti. Přibližně dva týdny před hospitalizací se po banálním úrazu objevila nejprve pouze bolest levého stehna. Ta za určitou dobu téměř ustoupila. Po zvýšené pohybové aktivitě na skautském táboře však došlo k výraznému zhoršení stavu s rozvojem otoku, zarudnutí a omezení hybnosti levé dolní končetiny.

Klinicky byla při přijetí přítomna výrazná bolestivost mediální strany levého stehna, otok, lokální hyperemie a zvětšení obvodu končetiny. Laboratorní vyšetření neprokázala významnou zánětlivou aktivitu, vyloučila trombózu. Při ultrazvukovém vyšetření nebyla nalezena patologická léze. Během hospitalizace docházelo na symptomatické terapii k postupné regresi otoku a zmírnění bolesti levého stehna. Chlapec byl následně propuštěn v dobrém stavu.

O týden později se dostavil ke kontrole pro přesun bolesti na zadní stranu levého stehna a nově vzniklé subfebrilie. Při kontrolním ultrazvukovém vyšetření byla v oblasti levého stehna nalezena kulovitá léze o průměru přibližně 60 mm. Byla indikována urgentní magnetická rezonance (MRI), při které byla popsána expanze v oblasti měkkých tkání prox. stehna nezasahující do kosti. V rámci diferenciální diagnostiky byl zvažován především maligní nádor měkkých tkání a myositis ossificans.

Následně byl chlapec přeložen do Fakultní nemocnice v Motole, kde byl po doplnění dalších vyšetření nález uzavřen jako myositis ossificans.

Prezentovaná kazuistika poukazuje na složitost diagnostiky myositis ossificans, zejména pokud v anamnéze není zřejmý předchozí úraz. Může svým klinickým průběhem i nálezem na zobrazovacích vyšetřeních napodobovat maligní nádor měkkých tkání. Pro správné stanovení diagnózy je proto zásadní včasná a vhodně indikovaná zobrazovací diagnostika spolu s mezioborovou spoluprací. Správné rozpoznání tohoto benigního onemocnění umožňuje předejít zbytečným invazivním vyšetřením a nevhodné léčbě.

4. Náhodný nález cizího tělesa u dítěte

Amirova G., Krátký M.

Otorinolaryngologické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

GunajAmirova@gmail.com

Úvod

Přítomnost cizích těles v nosní dutině u dětí je častým důvodem k vyhledání otorinolaryngologické či pediatrické péče. Nalezená cizí tělesa můžeme dělit na organická, jako například lentilky či

jiné kousky potravin, nebo anorganická – například kamínky, korálky nebo hračky. Ve většině případů je jejich odstranění bezproblémové v rozsahu ORL ambulantní péče a ke komplikacím, jako perforace septa, dochází zcela výjimečně. Naše kazuistika však popisuje vzácný případ dětské pacientky s magnety v nosní dutině. Tyto předměty představují extrémní riziko, neboť vzájemné působení magnetických sil vyvolává tlakovou ischemii tkáně s jejím následným odloučením vedoucím k perforaci nosní přepážky.

Vlastní kazuistika

Desetiletá dívka byla vyšetřena na dětské pohotovosti po pádu na dřevěné palety při hře na dětském táboře. V bezvědomí nebyla, pacientka utrpěla pouze drobnou exkoriaci na obličeji. Pro mechanismus úrazu bylo provedeno rentgenové vyšetření hlavy, které bylo bez známek traumatu, ale překvapivě odhalilo přítomnost cizího tělesa v oblasti nosní dutiny. V kontrastu s nálezem však pacientka cizí těleso v nose negovala, retrospektivně udávala pouze měsíc trvající zhoršenou nosní průchodnost levým nosním průchodem.

Při ORL vyšetření bylo cizí těleso patrné již při přední rhinoskopii, ambulantní extrakce však nebyla možná pro nespolupráci dítěte, a tak následně bylo přistoupeno k výkonu v celkové anestezii, kdy bylo odstraněno několik magnetů uložených proti sobě přes nosní septum. Peroperačně byla zjištěna rozsáhlá perforace v chrupavčité části septa v průměru cca 1 cm. Po dohodě s rodičem, vzhledem k nálezu a výrazné nespolupráci pacientky, byl zvolen konzervativní postup s lokální terapií a ambulantním sledováním.

Podněty k diskusi, závěr

Výjimečnost tohoto případu spočívá ve spojení dvou v dětském věku vzácných situací – retence magnetických cizích těles v nosní dutině a perforace nosního septa. Perforace může vést k poruše fyziologického proudění vzduchu, vysychání sliznice, tvorbě krust a opakovaným epistaxím. U dítěte je navíc nutné zohlednit další vývoj nosu a dlouhodobé následky defektu. Závažnost lokálního nálezu přitom výrazně kontrastovala s minimálními obtížemi pacientky, negováním přítomnosti cizích těles a diagnóza byla stanovena až díky náhodnému nálezu při zobrazovacím vyšetření z jiné indikace. U starších dětí je třeba myslet také na rizikové chování spojené se sociálními sítěmi a virálními výzvami.

5. Léčba tukem aneb Když infarkt pomáhá

Švejda J.

Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

svejda.jan92@gmail.com

Úvod

Perforace koronární tepny je sice vzácná, ale extrémně závažná komplikace perkutánní koronární intervence (PCI), která může rychle vyústit v srdeční tamponádu. Zatímco u perforací hlavních kmenů koronárních tepen je metodou volby implantace krytého stentu (stentgraftu), u perforací distálních nebo postranních větví je možné přistoupit k okluzi cévy. Transkatetrová embolizace autologní tkáně představuje elegantní, okamžitě dostupnou a nákladově efektivní alternativu ke komerčním embolizačním spirálkám (coiling), která dokáže odvrátit nutnost urgentního kardiochirurgického výkonu.

Vlastní kazuistika

Prezentuji případ 68letého pacienta, který byl v lednu roku 2026 přijat plánovaně na Kardiologické oddělení Nemocnice České Budějovice k provedení selektivní koronarografie pro námahové

bolesti na hrudi. Během koronarografického vyšetření byl zjištěn uzávěr proximální části ramus circumflexus (RCx) a významná stenóza střední části ramus posterolateralis dexter (RPLD). Následně byla provedena rekanalizace uzávěru RCx s implantací lékového stentu a poté i implantace stentu do významné stenózy RPLD. Kontrolní angiografie po intervencích v povodí levé i pravé koronární tepny nevykazovaly známky komplikací a pacient, v dobrém klinickém stavu, bez subjektivních potíží, opustil katetrizační laboratoř a byl monitorován na lůžkovém oddělení.

Krátce po návratu z katetrizačního sálu si však pacient začal stěžovat na bolesti na hrudi a dušnost.

V klinickém obraze došlo k rozvoji hypotenze a na bed-side ultrazvukovém vyšetření srdce byla přítomna tekutina v perikardiální dutině se známkami srdeční tamponády. Pacient byl přeložen na koronární jednotku a okamžitě mu byla provedena perikardiocentéza, při které bylo ihned odvedeno 230 ml krve z perikardu. Drén byl následně zaslepen. Situace se ale za krátkou chvíli opakovala a bylo nutno opět evakuovat 140 ml krve. Poté se již drén ponechal volně na spád a tím byl pacient hemodynamicky stabilizován. Jelikož perikardiální drén neustále odváděl nevelké množství čiré krve, museli jsme rozhodnout o finálním řešení. V úvahu bylo kontaktování kardiochirurga s následnou chirurgickou revizí či provedení kontrolní koronarografie, která by nám mohla ozřejmit etiologii krvácení s možností případného intervenčního řešení.

Rozhodli jsme se tedy nejprve pro kontrolní angiografii koronárního řečiště. Během vyšetření nacházíme v distální části RPLD drobný únik kontrastní látky do perikardu, který po předešlé koronární intervenci nebyl patrný a byl nejpravděpodobněji způsoben perforací tepny supertenkým vodičem během výkonu. Vzhledem k distální lokalizaci nebylo možné použít stentgraft a z důvodu rizika dalšího přibývání krve do perikardu bylo rozhodnuto o okluzi tepny autologním materiálem. Pacientovi jsme situaci vysvětlili a s výkonem souhlasil. Pacientovi bylo v lokální anestezii odebráno drobné množství podkožní tukové tkáně z třísla. Tuk byl mechanicky fragmentován a fragmenty byly pomocí katetru cíleně aplikovány do perforované větve. Následná kontrolní angiografie potvrdila kompletní a stabilní uzávěr perforace bez dalšího prosakování krve do perikardu. Pacient byl oběhově stabilizován, v perikardiální dutině již nedocházelo k dalšímu přibývání tekutiny,

a perikardiální drén mohl být bezpečně za dva dny odstraněn. Na kontrolním echokardiografickém vyšetření před dimisí byla patrna drobná hypokineza baze spodní stěny levé komory srdeční s dobrou celkovou funkcí komory a v perikardiální dutině nebyl přítomen výpotek.

Podněty k diskusi, závěr

Tato kazuistika prezentuje zrádnost subakutních koronárních perforací, které se mohou po zdánlivě nekomplikované PCI projevovat srdeční tamponádou až s odstupem času na lůžkovém oddělení. Poukazuje také na to, že transkatetrová embolizace autologním tukem je efektivní a elegantní metoda řešení distálních perforací přímo intervenčním kardiologem. Je však nutné zmínit, že k tomu musí být vhodná anatomická schůdnost pro technickou proveditelnost výkonu. Dále si je třeba uvědomit, že tímto výkonem v podstatě vytváříme pacientovi „uměle“ infarkt myokardu a tím i počítat s případnými následky či komplikacemi. Je to však schůdnější metoda především pro pacienta, který v případě úspěšnosti výkonu nemusí podstoupit kardiochirurgický výkon se sternotomií.

6. Lepidlo, které nechtělo zůstat nepovšimnuté

Sollár T., Čoček D., Mokráček A.

Odd. kardiochirurgie, hrudní a cévní chirurgie, Nemocnice České Budějovice a.s.

sollar.tomas@nemcb.cz

Úvod

Přetrvávající sekrece z rány po kardiochirurgickém výkonu, často interpretována jako známka infekce, zejména pokud je v místě operace přítomen cizí materiál. Vzácnou, ale klinicky významnou diferenciální diagnózou je sterilní zánětlivá reakce na cizí materiál.

Vlastní kazuistika

48letý pacient, klasicky indikován k náhradě bikuspidální aortální chlopně + implantaci LVE + cryoMAZE a AtriClip. Operace bez komplikací, 1× revize. Standardní postup, dimise. Pacient se vrací opakovaně pro nehojící se defekt v místě vyvedení elektrody s přetrvávající sekrecí. Opakované mikrobiologické odběry byly negativní a laboratorní známky systémového zánětu nebyly přítomny. Přesto byla pro suspekci na infekci cizího materiálu opakovaně podávána antibiotická léčba. Při druhé hospitalizaci byla provedena extrakce části elektrody a podtlaková terapie pomocí VAC systému. Nakonec, po několika měsících a opakovaných hospitalizacích, bylo pro přetrvávání obtíží indikováno PET/CT, které prokázalo abscesovou dutinu v místě vyvedení elektrody a hypermetabolický píštělový trakt od levé podklíčkové krajiny do předního mediastina. Při následné resternotomii byla nalezena rozsáhlá kolekce husté tekutiny zejména v oblasti původní aortotomie. Byla provedena kompletní sanace mediastina, odstranění zbývajících částí elektrody a resekce chronické píštěle. Po výkonu došlo k nekomplikovanému zhojení.

Podněty k diskusi, závěr

Při opakovaně negativních kultivačních nálezech, normálních parametrech zánětu a minimálním efektu antibiotické léčby je nutné zvážit i neinfekční příčiny chronického zánětu. V tomto případě byla nejpravděpodobnější příčinou výrazná sterilní cizotělesná reakce na tkáňové lepidlo Bio-Glue, která vedla k tvorbě chronické píštěle a mediastinální kolekce a klinicky imitovala infekci cizího materiálu. Včasné rozpoznání této vzácné komplikace může zabránit opakované neúčinné antibiotické léčbě a opakovaným hospitalizacím.

1. Léková interakce meropenem a valproát

Hledík F., Kaňková K., Dvořák J.

Ústavní lékárna, Nemocnice České Budějovice, a.s.

hledik.filip@nemcb.cz

Úvod

Lékové interakce představují u antiepileptik významný klinický problém, neboť mohou vést ke snížení terapeutického účinku nebo zvýšení rizika nežádoucích účinků. Nejčastěji se uplatňují farmakokinetické mechanismy, zejména indukce či inhibice metabolických enzymů, méně často změny absorpce, vzájemné vytěsňování z vazby na plazmatické bílkoviny nebo renální exkrece. Klinicky významná je zejména interakce mezi valproátem (VPA) a karbapenemovými antibiotiky, včetně meropenemu. Současné podávání těchto léčiv vede k rychlému a významnému poklesu koncentrace VPA (až o 60–100 %), což vede k subterapeutickým koncentracím a následné ztrátě kontroly epileptických záchvatů.

Kazuistika

Pacient 77 let, muž, je hospitalizován pro recidivu infekce močových cest (IMC). V posledním mikrobiologickém vyšetření za předchozí hospitalizace byla prokázána infekce způsobená rezistentní *Pseudomonas aeruginosa*, proto byla dle poslední citlivosti zahájena léčba meropenemem v dávce 1 g každých 8 hodin. Pacient je dlouhodobě sledován pro epilepsii, léčen kombinací VPA, karbamazepinu a levetiracetamu. Problematická kombinace VPA a meropenem byla odhalena za pomoci celonemocničního screeningu. Klinickým farmaceutem byla doporučena změna ATB, zvýšený monitoring a eventuálně rozepsání SOS medikace v případě průlomových epileptických projevů. Rovněž byl doplněn odběr plazmatické hladiny, kde peaková koncentrace VPA dle očekávání činila 23,1 mg/l, tedy významně pod doporučeným terapeutickým rozmezím 50–100 mg/l, které je navíc definováno pro hladinu údolní.

Podnět k diskuzi, závěr

Popsaná kazuistika demonstruje farmakokinetickou interakci, která je u určitého spektra pacientů potenciálně velmi závažným problémem, pro riziko nedostatečné kompenzace epilepsie a následného rozvoje záchvatu.

Na druhou stranu, lze interakci dle publikovaných dat teoreticky využít, tedy meropenem podat jako antidotum při intoxikaci VPA – jiné antidotum není v současnosti k dispozici a intoxikace se řeší pouze podpůrnou péčí.

2. Překvapivý nález germinální mutace v genu NF1 při testování somatických panelů v rámci prediktivní onkologie

Kalinová E.¹, Dušková P.¹, Scheinostová J.^{1,2}, Reichensdörferová D.¹, Eliášová D.¹, Nikolov O.², Šimková Z.³, Scheinost O.¹

¹Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

³Ambulance lékařské genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s.

kalinova.eliska@nemcb.cz

Významnou část vyšetření v Laboratoři molekulární biologie a genetiky Nemocnice České Budějovice, a.s. tvoří diagnostika nádorových predispozic, tzv. hereditárních nádorových onemocnění. V těchto případech se snažíme najít genovou variantu (mutaci) zodpovědnou za zvýšené riziko nádoru ještě před propuknutím nemoci s cílem celoživotní dispenzarizace pacienta v rámci pre-

ventivních onkologických programů. Jestliže dojde k záchytu nádorového onemocnění, je vzorek standardně vyšetřován somatickými DNA a RNA panely, které se částečně překrývají s panelem germinálním.

V některých případech je nádorová predispozice součástí klinického obrazu geneticky podmíněného vrozeného onemocnění. Právě takovou chorobou je neurofibromatóza typu 1 (morbus von Recklinghausen) spojená s projevy neurologickými, kožními, očními a kostními. Toto onemocnění je typické prakticky 100% penetrancí do období dospělosti, avšak s variabilní expresivitou.

Kazuistika začíná vyšetřením somatických panelů u pacienta (nar. 1958) ve vzorku gastrointestinálního stromálního tumoru (susp. metastázy z povrchu tenkého střeva) se záchytem dvou patogenních variant v genu NF1 (NM_001042492.3): c.1105C>T p.(Gln369Ter), AF 47,46 %, a c.2557C>T p.(Gln853Ter), AF 13,26 %. Varianta s alelickou frekvencí blízkou 50 % je suspektně vrozená, což by ale znamenalo fenotyp neurofibromatózy typu 1. V prezentaci bude diskutována další diagnostika germinálního i somatického onemocnění s důrazem na možnosti mezioborové spolupráce a kontinuity péče napříč poskytovateli.

3. Mukokély frontální dutiny

Kofroňová K., Pavličová A., Svoboda M.

ORL oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

karolina.kofronova111@gmail.com

Úvod

Mukokély frontální dutiny jsou onemocnění vznikající na podkladě obstrukce ústí frontální dutiny, kdy postupná akumulace obsahu vede k expanzi dutiny s odpovídajícím klinickým obrazem a možnými komplikacemi.

Vlastní kazuistika

Problematika mukokél frontální dutiny je problematika s rozmanitými klinickými projevy a s možnostmi využít různá zobrazovací vyšetření k diagnostice. Léčba tohoto onemocnění je primárně chirurgická. Tyto poznatky budou prezentovány na třech krátkých kazuistikách se zaměřením na variabilitu klinického obrazu a zvolenou terapii u jednotlivých pacientů.

První kazuistika popisuje muže středního věku s asi rok trvající asymetrií obličeje, bolestmi hlavy, lehce stlačeným levým bulbem dolů a zevně, s vážnou pohybu oka vzhůru, s poklesem nadočnicového oblouku vlevo a ptózou víčka. V osobní anamnéze je uvedena perinatální encefalopatie a středně těžká mentální retardace. Nález na CT a MR imponuje jako mukokéla VDN propagující se vlevo intraorbitálně a intrakraniálně s částečnou kompresí frontálních laloků.

U druhé kazuistiky se jedná o dítě se subfebrilií, zarudnutím a prosakem horního pravého víčka, s omezenou motilitou bulbu a zhoršeným vizem, v laboratoři s leukocytózou a s CRP 44 mg/l. Obraz na CT odpovídá orbitocelulitidě, ale operačně při funkční endoskopické endonazální chirurgii VDN byla nalezena mukokéla frontální dutiny vpravo.

Třetí kazuistika popisuje muže středního věku s asi rok trvajícím exoftalmem vpravo, po pádu na hlavu s frakturou očnice a frontální dutiny dochází k progresi exoftalmu, muž je bez diplopie, s bolestí při pohybu bulbu. Na MR a CT VDN je nález chronické obliterace pravé frontální dutiny s její expanzí a útlakem okolních tkání.

Podněty k diskusi, závěr

Mukokély frontální dutiny jsou poměrně vzácnou diagnózou s rozmanitou klinikou, na kterou bychom neměli zapomínat při diferenciální diagnostice zánětlivých procesů, nádorů, vrozených vývojových vad a traumat v oblasti čela a očnice.

4. Dítě s červeným okem... a nebyla to konjunktivitida

Antolík J.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

antolik.jozef@nemcb.cz

Úvod

Poranění oka v dětském věku nejsou vzácná a mohou vést k trvalému poškození zraku. Poranění způsobená hračkami sice představují pouze část dětských očních úrazů, avšak zejména hračky vystřelující projektily mohou navzdory svému zdánlivě nízkému riziku způsobit závažné tupé trauma oka s potenciálně trvalými následky.

Vlastní kazuistika

Neobvyklý případ tříletého pacienta se základní diagnózou Westův syndrom, který utrpěl úraz pravého oka po zásahu pěnovým projektilem z dětské NERF pistole. Rodiče vyhledali lékařskou pomoc až 3 dny po úrazu, pacient byl hospitalizován na dětském oddělení s očním nálezem kontuze bulbu s totální hyfémou a elevací nitroočního tlaku. Během hospitalizace ve spolupráci očního a dětského oddělení byla podávána lokální i celková léčba, na terapii nitrooční tlak kompenzován, vzhledem k totální hyfémě byl proveden výplach přední komory v CA, v dalším průběhu přetrvávala paretická zornice postiženého oka. Osmý den hospitalizace byl pacient propuštěn na negativní revers i přes poučení rodičů o riziku opětovného nakrvácení do přední komory.

Podněty k diskusi, závěr

Závažná poranění oka mohou způsobit i pěnové projektily z dětských hraček. Kazuistika zdůrazňuje potenciální riziko těchto hraček navzdory jejich zavádějícímu komerčnímu označení jako „pistole, které neublíží“.

5. Štěstí v neštěstí aneb úsměv jako symptom

Jašková K.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

jaskova.kristynka@gmail.com

Pacientka 52 let, zdravotní sestra, s ničím závažným se dlouhodobě neléčí. Patientku jsme přijali akutně v odpoledních hodinách překladem z okresní nemocnice pro přibližně tři dny trvající parestezie poloviny obličeje a jazyka, zhoršení hybnosti jazyka, poruchu hybnosti s postižením levé horní končetiny. Vzhledem k charakteru obtíží bylo již v okresní nemocnici provedeno urgentní CT mozku, které prokázalo rozsáhlou tumorózní lézi v pravé frontální oblasti, a proto byla pacientka přijata na neurochirurgické oddělení k dalšímu dovýšetření.

Při příjmu doplnila anamnestický údaj o intermitentních pravostranných bolestech hlavy, jiné subjektivní obtíže ani změny svého stavu nepozorovala. V době přijetí již došlo k úplné regresi iniciálních neurologických příznaků a klinický neurologický nálezn byl bez patrného ložiskového deficitu.

Za účelem bližší charakterizace léze a stanovení dalšího léčebného postupu byla indikována magnetická rezonance mozku. Vzhledem k rozsahu nálezu a předpokládanému operačnímu řešení bylo vyšetření rozšířeno o navigační sekvence a traktografii k posouzení vztahu tumoru k funkčně významným drahám a k plánování bezpečné resekce. V průběhu hospitalizace kolegyně pacientky doplnily údaj o přibližně šest měsíců trvající nápadné změně jejího emočního ladění, charakterizované neobvykle výraznou a setrvalou veselostí. Tato okolím pozorovaná změna osobnosti, kterou sama pacientka nevnímala, mohla představovat pozvolný behaviorální pro-

jev pravostranného frontálního procesu ještě před manifestací přechodné fokální neurologické symptomatiky.

Pacientka následně podstoupila operační výkon s cílem maximální bezpečné resekce léze suspektní, v. s. oligodendrogliomu. Po propuštění pacientky došlo však ke zhoršení jejího klinického stavu a rekonvalescence byla prodloužena v důsledku další nutné terapie.

6. Není pláč jako pláč

Šípek V.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

sipek.vojtech@nemcb.cz

Úvod

Výskyt tranzientní myastenii gravis u novorozence

Vlastní kazuistika

Kazuistika popisuje případ donošené holčičky, která se narodila v Nemocnici České Budějovice, a.s. Gravidita byla sledována pro gestační diabetes mellitus korigovaný dietou, pozitivitu GBS a myastenii gravis u matky, která v minulosti prodělala thymektomii a užívala Mestinon (pyridostigmin) a Prednison. Předchozí potomek byl po porodu observován pro výskyt tranzientní myastenii novorozence, jejímž hlavním projevem byly obtíže s krmením v počátku života, pro které byl přechodně sondován.

Současná gravidita byla ukončena per vias naturales ve 39+0 týdnu gestace. Bezprostřední poporodní adaptace proběhla bez nápadností. Již během prvního klinického vyšetření neonatologem však byla nápadná výrazná hypomimie. Pro riziko případného zhoršení klinických projevů byla holčička přijata na stanici intermediální péče. Přetrvávala hypomimie a oslabení sacího reflexu, ventilační podpora však nebyla nutná. Vzhledem k možné progresi stavu během prvních hodin života byla holčička dokrmována sondou a byla zahájena léčba Syntostigminem podávaným subkutánně. Od 2. dne života byla převedena na perorální podávání rozvážených kapslí.

Další průběh hospitalizace byl příznivý, postupně došlo k vysazení Syntostigminu bez znovuoobjevení projevů tranzientní myastenii. Holčička byla dále sledována dětským neurologem.

Podněty k diskusi, závěr

Možnost podávání Syntostigminu novorozenci. Riziko rozvoje závažných příznaků. Výraznější projev u dalších gravidit.

7. Diagnostická odysea s překvapivě jednoduchým závěrem

Nevšímal F.

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

nevsimalf1@gmail.com

Alportův syndrom je dědičné onemocnění způsobené mutací kolagenu typu IV. Samotné onemocnění vede k poškození bazálních membrán v ledvinách, vnitřním uchu a očích. Mezi hlavní projevy patří progresivní selhání ledvin, krev v moči, poruchy sluchu a zrakové obtíže.

Mutace způsobí tvorbu defektních řetězců s následnou degradací, z toho důvodu je bazální membrána více náchylná k proteolýze vedoucí k morfologickým změnám (lab. např. nález stopy krve v moči).

Syndrom dráždivého střeva je funkční porucha trávicího traktu, často spojena s bolestmi břicha, nadýmáním a střídáním zácpy či průjmu. Etiologie je doposud ne zcela známa, mezi hlavní faktory patří stres, strava a nerovnováha mikrobioty. Ojedinele se může objevit tzv. osa střevo–kůže (obousměrný komunikační systém mezi GIT, imunitním systémem a pokožkou) a následně s propuknutím kopřivky až svědivých pupenů na kůži (ak. mastocytů).

Pacientka se syndromem tenkých membrán, v červnu 2025 po návratu z dovolené v Turecku zaléčena pro mykoplasmovou pneumonii, od té doby opakovaně kašel, únava, pocit cizího tělesa v krku, obtíže s polykáním, poté období opakovaného zvracení s úbytkem na váze asi 10 kg, stolice řídké konzistence žlutozelené barvy. Cesta pacientky započata vyšetřením na ORL, kde extraezofageální refluxní choroba, doplněna terapie, která bez výraznějšího efektu, laboratorně bez patologie. Dobrána infekční etiologie (včetně kontrolního odběru na atypie, HSV, CMV, adenovirus, enterovirus, parvovirus, leptospira, neisseria, listeria, imunologie), vše s negativitou. 9/25 doplněna gastroskopie, kde inkompetence kardie, bez refluxní ezofagitidy. Následně polykací akt s příznivým nálezem bez GER.

I přes kompletní negativitu všech odběrů a laboratorně příznivého nálezu dochází ke klinickému zhoršení, rozvoji nodulů s občasnými erozemi po celém těle i obličeji, dále se přidaly drobné hematomy. 10/25 Dále progrese slabosti až občasných presynkopálních stavů, stav se zhoršil natolik, že je nutná hospitalizace na akutním lůžkovém odd. INT nem. ČB. Doplněna kontrolní gastroskopie (histologie – kompletně negativní), UZ břicha, CT hrudníku bez shledané patologie. Kožní konzilium (kde bez jednoznačné diagnózy, histologie již nebylo možné odebrat pro odeznívající kožní nález), dále odběr tkáňových helmintóz a stolice na kalprotektin, vše negativní. Jediná shledaná patologie (s ohledem na susp. Alportův syndrom) mírná eosinofilie 9,4. Po infuzních terapiích zlepšen celkový stav a pacientka dimitována. V druhé době kontrola, kde tkáňové helmintózy negativní, patologie bez neoplazie či signifikantního zánětu.

11/25 PET/CT bez neoplazie a hypermetabolického fokusu infekční etiologie. 12/25 Pacientka se vrací s nálezem susp. parazita ze stolice (klíčkovitý charakter). Nález odeslán na parazitologii se závěrem: nejedná se o parazita (vysloveno podezření na odloučení střevní sliznice). Přidáno vyšetření yersenia, bordetela, Klíšť. E., IgE Hep., vše negativní.

1/26 – koloskopie. Odstraněn jeden 8 mm polyp ascendens v. s. serrated, jinak příznivý nález.

Etážové biopsie povšechně superficiální prokrvácení lamina propria mucosae, fibrotizace lamina propria mucosae a známkami mírné chronické nespecifické neaktivní kolitidy s prokrvácením a lymfoidním agregátem. Vzhledem k obtížím a celkovému klinickému stavu nově započata symptomatická terapie na syndrom dráždivého tračníku a doplněna dieta. Pacientka se na zavedené terapii výrazně zlepšila, postupně dochází k odeznění průjmů spolu se střevní sliznicí a dále se dostává na svou původní váhu, kožní projevy s výrazným úbytkem a dále jen ojedinělé eroze.

Po dobu 1 roku od započatého vyšetřování se pomýšlelo na mnoho diagnóz až infekčního origa, onkologického (lymfom), IBD a dalších s nakonec velmi „jednoduchým“ řešením klinických problémů pacientky. Nicméně syndrom dráždivého tračníku s kožními projevy je vzácný, ale ne nemožný. Dále však zůstává otázná, zda se v rámci problémů pacientky nepromítá i další onemocnění již v minulosti diagnostikované, a to syndrom tenkých membrán. Pokud by se jednalo o a-6 mutaci Alportova syndromu spojeného s hypertrofizací hladkého svalstva, ony dysfagické obtíže, průjmy a postprandiální zvracení by mohly být propojené.

V plánu MR enterografie, genetické vyšetření (zárodečné DNA z periferní krve), gynekologie – hypertrofické změny.

8. Gerstmann-Sträussler-Scheinkerův syndrom s neočekávanou souběžnou variantou GRN**Sýkora M.^{1,2,3*}, Křenková B.^{4*}, Parobková E.^{1,3}, Keller J.^{5,6}, Ostrý S.^{4,7}, Rusina R.⁸, Matěj R.^{1,3,9,10}**

¹Ústav patologie a molekulární medicíny, 3. lékařská fakulta UK a FTN, Praha, ²Oddělení neurologie, 3. lékařská fakulta UK a FTN, Praha, ³Brain Bank, 3. lékařská fakulta UK a FTN, Praha, ⁴Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., ⁵Klinika zobrazovacích metod FN Motol a radiodiagnostické oddělení Nemocnice na Homolce, Praha, ⁶Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta UK, Praha, ⁷Neurochirurgická a neuroonkologická klinika, 1. lékařská fakulta UK a ÚVN, Praha, ⁸Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta Hradec Králové, Univerzita Karlova, Hradec Králové, ⁹Ústav patologie, 1. lékařská fakulta UK a VFN, Praha, ¹⁰Ústav patologie, 3. lékařská fakulta UK a FNKV, Praha

*Oba autoři se na této práci podíleli rovným dílem

krenkova.bibiana@nemcb.cz

matyas.sykora@ftn.cz

Úvod

Gerstmann-Sträusslerův-Scheinkerův syndrom je extrémně vzácné, hereditární, prionové onemocnění s infaustní prognózou s autozomálně dominantním přenosem. Podle dostupné literatury je odhadovaná prevalence onemocnění 1–10 ze 100 000 000 celosvětově. Klinické příznaky se většinou objevují ve věku 20 až 80 let a přežití se pohybuje v rozmezí několika měsíců až 10 let. Doposud byly identifikovány čtyři klinické fenotypy GSS: typický GSS; GSS s areflexií a parestéziemi; GSS podobný Creutzfeldtově-Jakobově nemoci; GSS s demencí. Cílem následujícího sdělení je představit pacientku s mimořádně vzácným onemocněním a s unikátním souběžným výskytem dvou vzácných patogenních variant a ochranné alely.

Vlastní kazuistika

46letá pacientka bez závažných komorbidit vyhledala ambulantní neurologické vyšetření pro generalizované parestezie a vertiginózní obtíže. Krátce poté dochází u pacientky k rozvinutí další doprovodné symptomatologie. V objektivním nálezu přítomná dysartrie, alexie, nestabilita chůze a ataxie dolních končetin. V dalším průběhu se navíc rozvíjí i depresivní symptomy. V rámci rodinné anamnézy byla významná informace o blíže nespecifikované „neurologické poruše“ u paternální babičky, která ve věku 50 let vedla k jejímu úmrtí. Pacientka podstoupila rozsáhlé dovyšetření. Počáteční MR mozku a krční páteře bylo bez nálezu významných abnormalit, přítomná byla pouze mírná cerebelární a parietální atrofie. Laboratorní vyšetření vyloučilo sekundární etiologii obtíží. Analýza mozkomíšního moku byla bez patologického nálezu, genetické testování na hereditární ataxie bylo taktéž negativní. Neuropsychologické vyšetření prokázalo mírný kognitivní deficit, zejména v pracovní paměti a pozornosti, což zpočátku souviselo s depresivním syndromem. Z důvodu suspekce na atypickou neurodegeneraci byla pacientka podrobena detailnějšímu dovvyšetření. Proběhla genetická analýza (sekvenování celého exomu), která odhalila variantu P102L v genu PRNP (prion protein-encoding gene) a překvapivě souběžnou variantu p.R110X v genu GRN (progranuline gene). Také identifikován TMEM106B (transmembrane protein) spojený s patologií TDP-43 (transactive response DNA binding protein), který funguje jako genetický modifikátor u onemocnění asociovaných s GRN mutací. Varianta PRNP p.P102L představuje typickou patogenní změnu spojenou s Gerstmann-Sträussler-Scheinkerovým syndromem (GSS). Klinickou diagnózou byl GSS (fenotyp s areflexií a parestéziemi), který se postupně zhoršoval do mozečkového syndromu s těžkou ataxií. Klinický stav pacientky nadále progredoval do těžké dysartrie se sakadickou řečí, horizontálním a vertikálním nystagmem, apraxií zraku s obtížemi při fixaci na cíl, ataxií končetin s hypermetrií a areflexií na dolních končetinách. 2 roky od propuknutí nemoci vedl klinický stav pacientky k plné závislosti na rodinných příslušnících. Neuropsycholo-

gické vyšetření prokázalo značné zhoršení vizuospaciálních funkcí a řeči, v menší míře byl přítomen i dysexekutivní syndrom s disinhibicí a emoční labilitou. EEG neodhalilo periodické vzorce. MR mozku prokázalo progresi cerebelární (zejména oblast vermis) a parietální atrofii a asymetrickou atrofii frontálního opercula a inzulárního kortexu převážně na levé straně. Pacientka zemřela 4 roky po propuknutí nemoci na mozkový edém a souběžnou infekci. Pro potvrzení diagnózy bylo provedeno posmrtné neuropatologické vyšetření. Neuropatologie potvrdila GSS, nicméně bez detekovatelné neuropatologie související s TDP-43. Přítomnost patogenní varianty GRN nemusí tedy nutně vést k typické TDP-43 neuropatologii. Identifikovaný THEM106B může představovat potenciální modifikátor fenotypu a susceptibility k TDP-43 patologii.

Závěr:

Pestrost klinických projevů degenerativních onemocnění je způsobená více vlivy. Dobou progresí onemocnění, častou koincidencí vícečetných mutací i přítomností modifikátorů fenotypové exprese potencujících, nebo potlačujících manifestaci klinických projevů. Tento případ ukazuje skutečnost, že patogenní varianty nemusí nutně ovlivňovat fenotypovou expresi. Právě proto by se v atypických případech mělo uvažovat o komplexním genetickém testování, jelikož některé genetické varianty mohou přispívat k fenotypové variabilitě a představovat potenciální modifikátory fenotypové exprese. V tomto případě byl fenotyp dominující GSS asociovaným s patologií PRNP p.P102L, zatímco GRN-asociovaná TDP-43 patologie se projevila pouze v mírném stupni vlivem modifikátorů fenotypové exprese ovlivnění přítomností THEM106B.

*Prezentovaný abstrakt představuje pouze zkrácenou verzi dříve publikované kazuistiky, upravenou pro účely prezentace na kazuistickém kongresu XIII. ročníku Budějovic Kazuistických. Kompletní znění kazuistiky je k dispozici v publikovaném odborném časopisu *Frontiers in Neuroscience* od 13.07.2026, k dohledání na: <https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2026.1857360/full>

Sál NLZP – 1. přednáškový blok

2. Vývojová dysfázie – celoživotní úděl

Tomáš Kubík

Oddělení klinické logopedie, Nemocnice Písek, a.s.

Úvod

Vývojová dysfázie (VD) je závažná neurovývojová vada, která vede k narušení procesu osvojování si mateřského jazyka. Vzniká difúzním poškozením centrální nervové soustavy v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Negativně ovlivňuje schopnost řečové produkce a narušuje systém jazykového porozumění. Projevuje se zpomalením artikulačního a fonologického vývoje, nízkou mírou srozumitelnosti, nedostatečnou aktivní slovní zásobou a potížemi při užívání gramatických prostředků mateřského jazyka. Většina dětí s VD nemá obvykle oslabení v oblasti mentálních schopností, nicméně z praxe jsou známy i kombinace VD s ostatními neurovývojovými vadami jako jsou právě lehká mentální retardace, autismus či ADHD. Vývojová dysfázie není farmakologicky kurabilním **vývojovým onemocněním. Jedná o změny v procesu maturace neuronální struktury, které vedou k celoživotnímu zápasu při užívání jazyka v mezilidské komunikaci a negativně ovlivňují takové procesy jako je dovednost čtení a psaní.**

Vlastní kazuistika

Do ambulance klinické logopedie přichází v červenci 2025 v doprovodu rodičů šestiletá Veronika.

OA: průběh těhotenství matky normální; porod císařem o 20 dní dříve – matka nespecifikuje důvod; motorický vývoj dle otce a matky nerovnoměrný a opožděný, začala mluvit normálně ale po prvním roce postupně došlo k regresi vývoje; nyní produkuje jen několik specifických slov; navštěvuje MŠ; rodiče negují závažná onemocnění a úrazy hlavy, na nic se neléčí; sluch vyšetřen – údajně v normě, ale nebylo provedeno audiologické vyš.; vyšetřena v Pedagogicko-psychologické poradně – doporučen odklad povinné školní docházky

Vstupní logopedické vyšetření produkce řeči: nelze hodnotit většinu obvyklých parametrů řeči – plynulost, tempo, oronazální emise, prozodii apod. – nedostatečný vzorek řečové produkce – omezuje se pouze na produkci několika onomatopoeických výrazů – některé ovšem chybné s ohledem na cílový podnět, některé zvukově inkompletní; časté použití částice vyjadřující negaci – celkově řečová produkce s výrazně nízkou mírou srozumitelnosti; zjevné potíže se soustředěním

Průběžné hodnocení produkce řeči: zaměřena na hodnocení reprodukce izolovaných hláskových segmentů a schopnost jejich kombinací do slabik

reprodukce izolovaných vokálů a konsonant a vázání do reduplikovaných slabik typu CV a reprodukce dvouslabičných slov typu CVCV – celkově schopna generování labiodentálních, bilabiálních konsonant, alveolárních exploziv a nazály, centrální aproximanty a velárních konsonant a laryngeální frikativy v reduplikovaných slabikách se všemi vokály – u těchto konsonant výrazný potenciál stimulability; neschopna artikulační realizace a diferenciací alveolárních a postalveolárních frikativ a afrikát, distorze při tvoření alveolární laterální aproximanty, neschopna artikulační realizace obou vibrant a hlásek palatálních; při reprodukci dvouslabičných slov nutné slabikování s výraznou pauzou mezi slabikami – dochází často k elizím, substitucím a transpozicím hlásek; celk. známky těžké formy vývojové verbální dyspraxie a vývojové dysfázie

Specificky zaměřené logopedické diagnostické nástroje na vyšetření úrovně aktivní slovní zásoby, vývoje osvojení gramatických prostředků češtiny a úrovně porozumění nelze během jednotlivých návštěv aplikovat pro nespůlupráci.

Doplňující vyšetření:

Psychologické vyšetření: Neverbální rozumové schopnosti testově v pásmu slabšího podprůměru; těžká vývojová dysfázie

Dětská neurologie: vývojová dysfázie expresivní, topicky normální nález, EEG nehodnoceno

ORL: audiometrické vyšetření sluchu neprovedeno

Pedagogicko-psychologická poradna: rozumové schopnosti v pásmu subnormy; expresivní vývojová dysfázie; doporučeno zařazení do logopedické ZŠ při Speciálně pedagogickém centru v Týně n. Vltavou

Podněty k diskusi, závěr

Diagnostika a terapie vývojové dysfázie a dalších neurovývojových vad vyžaduje interdisciplinární spolupráci klinické logopedie s medicínskými obory jako jsou neurologie – vyloučení přítomnosti získané epileptické afázie (Landau-Kleffner sy), otorinolaryngologie či foniatrie – vyloučení sluchové vady, klinická psychologie – posouzení stavu mentálních schopností, pedopsychiatrie – diagnostika ADHD a pedagogických institucí jako jsou pedagogicko-psychologická poradna a speciálně-pedagogické centrum. Cílem dlouhodobého procesu diagnostiky je zachytit nejen jednotlivé vývojové odchylky, ale především identifikovat dílčí schopnosti, které vedou k postupnému zlepšování komunikačních dovedností a k celkově uspokojivému postupu ve školním vzdělávání.

3. Neočekávaný nález při RTG vyšetření – překvapení, které doslova přitahovalo pozornost

Iva Večeřová

Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

vecerova.iva@seznam.cz

Úvod

Kazuistika se zabývá případem desetileté dívky přijaté po úrazu hlavy. Při RTG vyšetření byl náhodně odhalen cizí předmět v levé nosní dutině, který byl následně identifikován jako zkorodované magnety. Jejich dlouhodobá přítomnost vedla k zánětlivým změnám nosní sliznice a perforaci nosního septa. Případ poukazuje také na význam komplexního ošetřovatelského přístupu a citlivé komunikace s dítětem při nejasné anamnéze.

Vlastní kazuistika

Ve večerních hodinách byla na chirurgickou ambulanci přivezena desetiletá dívka z dětského tábora pro podezření na kontuzi hlavy. K úrazu došlo během noční hry, kdy obličejem narazila do palety. Po úrazu nebyla v bezvědomí, událost si pamatovala, nauzeu ani vomitus neudávala. Při prvotním vyšetření byly na obličeji patrné oděrky, jiné viditelné poranění nebylo přítomno.

S ohledem na mechanismus úrazu byla dívka odeslána k RTG vyšetření lebky. Na snímku nebyly patrné traumatické změny, náhodně však bylo zjištěno cizí těleso kovového charakteru v oblasti levé nosní dutiny.

Z důvodu dalšího došetření cizího tělesa a observace po úrazu byla dívka přijata na dětské oddělení. Matka byla telefonicky informována a s hospitalizací souhlasila. Při příjmu byla dívka klidná, spolupracující, plně orientovaná a udávala pouze mírnou bolest hlavy, kterou hodnotila na VAS 2. Lékař při vyšetření vizualizoval cizí těleso v levé nosní dírci. Nebyla přítomna sekrece ani krvácení, dívka udávala pouze nemožnost dýchat levou nosní dírkou.

Na dotaz týkající se původu cizího tělesa uvedla, že neví, jak se jí do nosu dostalo, a popřela jeho

zavedení. Byly provedeny základní odběry krve s výsledky bez patologického nálezu a zaveden periferní žilní katétr. Z důvodu plánovaného ORL vyšetření a možné extrakce v celkové anestezii byla dívka ponechána nalačno. V průběhu hospitalizace byla sledována především její celková kondice, stav vědomí, bolest, případné krvácení a další obtíže související s úrazem či přítomností cizího tělesa. Jednotlivé postupy jí byly srozumitelně vysvětlovány s ohledem na její věk.

Následující ráno přijela za dívkou matka, která rovněž nedokázala objasnit původ cizího tělesa. Uvedla, že přibližně před třemi až čtyřmi týdny byla dcera vyšetřena na ORL ambulanci pro bolesti uší a v té době nebylo v nose žádné cizí těleso zaznamenáno.

Během dopoledne bylo provedeno ORL vyšetření. Pomocí optiky bylo v levé nosní dutině nalezeno tvrdé cizí těleso. Při pokusu o jeho odstranění dívka výrazně nespolupracovala, proto nebyla ambulantní extrakce možná. Po domluvě s matkou bylo rozhodnuto o odstranění cizího tělesa v celkové anestezii. Po anesteziologickém vyšetření byla podána premedikace a dívka byla převezena na operační sál.

V celkové anestezii bylo cizí těleso pomocí kleští extrahováno. Teprve po jeho vyjmutí bylo zjištěno, že se jedná o magnety se známkami koroze. V okolí byla přítomna zánětlivě prosáklá sliznice s krustou a perforací nosního septa. Po extrakci došlo k mírnému krvácení, které bylo ošetřeno, a do nosní dutiny byl vložen Gelaspon.

Po výkonu byla dívka převezena na DEO-JIP k monitoraci po celkové anestezii. Její fyziologické funkce byly v normě a z nosu nekrvácela. Po stabilizaci byla převezena zpět na standardní dětské oddělení, kde její stav zůstal bez komplikací. Bolest byla minimální a krvácení se neobjevilo. Nadále byla sledována, především s ohledem na celkový stav, bolest a případné krvácení. Dívka i její matka byly edukovány o režimových opatřeních a doporučené léčbě.

Ve večerních hodinách byla na žádost matky propuštěna do domácího prostředí. Následující den měla zakázáno smrkat a bylo doporučeno aplikovat nosní kapky třikrát denně. Po dobu jednoho týdne měla dále aplikovat Pamycon gtt.

Při kontrole na ORL ambulanci po týdnu byl nález příznivý. Nosní sliznice byla bez známek zánětu a dobře se hojila, přetrvávala však perforace nosního septa.

Případ byl z pohledu ošetrovatelské péče zajímavý především náhodným nálezem cizího tělesa a nejasnou anamnézou. Cizí těleso bylo odhaleno při RTG vyšetření provedeném z důvodu úrazu hlavy, přestože dívka neměla kromě nemožnosti dýchat levou nosní dírkou výraznější obtíže.

Důležitou součástí péče byla komunikace s dítětem a jeho matkou. Vzhledem k věku pacientky bylo nutné jednotlivé postupy vysvětlovat přiměřeným způsobem a připravit dívku na vyšetření i operační výkon. Po odstranění magnetů byla významná zejména pooperační monitorace, sledování bolesti, krvácení a celkového stavu.

Případ zároveň poukazuje na rizika spojená s magnetickými cizími tělesy. Přestože dívka neměla výrazné subjektivní obtíže, při odstranění byly zjištěny známky koroze, zánětlivé změny sliznice a perforace nosního septa. Včasná diagnostika a odstranění cizího tělesa proto měly zásadní význam pro další hojení.

V závěru, bych chtěla kazuistikou, poukázat na význam komplexního přístupu k dítěti a na skutečnost, že příčina obtíží nemusí být vždy na první pohled zřejmá. Zajímavý je především neobvyklý nález magnetů u desetileté dívky a nejasnost týkající se jejich původu. Pacientka jejich zavedení popírala a ani matka nedokázala vysvětlit, jak se magnety do nosu dostaly. Nabízí se proto otázka, zda mohlo jít o experimentování, hru, snahu něco zatajit nebo zda za jejich přítomností nebyl jiný důvod. Tato okolnost zdůrazňuje význam citlivé a důvěryhodné komunikace s dítětem.

Případ zároveň ukazuje, že i cizí těleso, které nezpůsobuje výrazné obtíže, může při delším po-

nechání vést k závažným komplikacím. Úlohou sestry proto není pouze sledovat zdravotní stav a podílet se na léčbě, ale také vnímat dítě v širších souvislostech a přemýšlet nad tím, proč k dané situaci došlo a jak lze podobnému případu v budoucnu předejít.

4. Nohama zpátky na zem

Hana Foltýnová

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

foltynova.hana@nemcb.cz

Úvod

Rekreační užívání rajského plynu (N_2O), se mezi mladistvými stává masivním trendem. Nebezpečí spočívá v tom, že plyn není zákonem definován jako zakázaná droga. Mladí lidé tak mohou žít v iluzi, že „co není zakázáno, je bezpečné“

Vlastní kazuistika

Kazuistika prezentuje případ osmnáctileté dívky, která byla hospitalizována pro rychle progredující poruchu chůze, bolest a necitlivost horních i dolních končetin. Vzhledem k věku pacientky se diagnostika primárně zaměřila na neurologická onemocnění autoimunitního původu. EMG vyšetření však prokázalo těžké poškození periferního nervového systému. Abnormity v krevním obraze budily podezření na hematologické onemocnění.

Příčina poškození však zůstávala stále nejasná. Zlom nastal až po doplnění anamnézy od matky, která zdravotníky upozornila, že dcera již rok experimentuje s rajským plynem (N_2O). Rajský plyn (N_2O) ovlivňuje metabolismus vitamínu B12. Dochází tak k poruše tvorby myelinu a neurodegeneraci periferních nervů i míchy způsobené hromaděním toxických metabolitů. Přes zahájenou léčbu si pacientka do života ponese trvalé následky.

Závěr

Tento případ ukazuje, jak zásadní dopad na zdraví mladých lidí mohou mít některé volně dostupné látky. Pro nelékařský zdravotnický personál z toho plyne důležité doporučení: Pečlivá anamnéza je důležitou a někdy klíčovou, součástí diagnostiky. Rizika poškození nervového systému s sebou nese i užívání legálně dostupných látek.

5. Když záchvat není epilepsie

Zdeňka Kožená, Jana Kotlínová

Dětské oddělení Nemocnice Písek, a.s.

vrchni-det@nemopisek.cz

Úvod

Psychogenní ne epileptické záchvaty (PNES) představují diagnosticky náročné onemocnění, které svým klinickým obrazem může věrně imitovat epileptické záchvaty. Správné stanovení diagnózy vyžaduje mezioborovou spolupráci a důsledné vyloučení organické etiologie.

Kazuistika

11letá dívka, významná psychosociální zátěž – rodiče rozvedeni, dlouhodobě probíhající konflikt

o péči a přízeň dětí, matka byla v psychiatrické péči. Přivezena zdravotnickou záchrannou službou na dětskou jednotku intenzivní péče pro náhle vzniklou poruchu vědomí nejasné etiologie. V rámci diagnostického procesu byla provedena laboratorní vyšetření včetně toxikologického screeningu, neurologické konzilium, magnetická rezonance mozku, elektroencefalografické vyšetření a oftalmologické a ORL vyšetření. Vzhledem k přetrvávající nejasné etiologii byla indikována lumbální punkce. Bezprostředně po výkonu došlo k rozvoji protahovaného tonicko-klonického záchvatu s generalizovanou poruchou vědomí, který odezněl až po navození tiopentalového kómatu. EEG vyšetření během záchvatu potvrzuje generalizovanou epilepsii. Dívka zaintubována na UPV přeložena na vyšší pracoviště. Zde EEG záznam bez epileptické aktivity. Pro opakované záchvatové epizody, vyskytující se několikrát denně, byla dívka opakovaně hospitalizována na Dětském oddělení Nemocnice Písek. Charakteristickým rysem bylo, že záchvaty se objevovaly výhradně v přítomnosti matky. Definitivní diagnóza byla stanovena až během hospitalizace na dětské neurologii ve Fakultní Thomayerově nemocnici, kde video-EEG monitorace potvrdila psychogenní ne epileptické záchvaty (PNES).

Závěr

Kazuistika upozorňuje na obtížnou diferenciální diagnostiku záchvatových stavů v dětském věku a na význam komplexního bio-psycho-sociálního přístupu. Zdůrazňuje potřebu úzké spolupráce pediatra, dětského neurologa, psychiatra, psychologa i ošetrovatelského personálu při stanovení diagnózy a následné péči o dítě a jeho rodinu.

Sál NLZP – 2. přednáškový blok

6. Fotodokumentace ran v praxi

Pavla Lorencová, Pavla Čecháčková, Aleš Michl

Chirurgie, Ambulance hojení ran, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

chirurgie-amb.hojeniran@nemjh.cz

Úvod

Fotodokumentace ran představuje významnou součást zdravotnické dokumentace a současně praktický nástroj umožňující objektivnější sledování vývoje rány a efektu zvolené terapie. Pro její správné využití je zásadní zejména jednotný způsob pořizování snímků, jejich kvalita a možnost vzájemného porovnávání v čase.

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo Metodický pokyn, kterým se stanoví pravidla k fotodokumentaci ran. Jeho cílem je sjednotit požadavky na pořizování fotografických záznamů ran a zvýšit jejich kvalitu a využitelnost v klinické praxi. Metodický pokyn poskytuje zdravotnickým pracovníkům praktický rámec pro standardizovaný postup při pořizování fotodokumentace.

Vlastní sdělení

Přednáška představuje praktické využití doporučení Metodického pokynu MZ ČR při fotodokumentaci ran v každodenní klinické praxi. Na konkrétních příkladech bude prezentován správný postup při pořizování fotografického záznamu rány se zaměřením na přípravu pacienta a rány, polohu pacienta, způsob fotografování, vzdálenost a úhel snímání, osvětlení, zaostření a použití měřidla.

Důraz bude kladen na zachování stejných podmínek při opakovaném fotografování tak, aby bylo možné jednotlivé snímky objektivně porovnávat a hodnotit vývoj rány v čase. Součástí sdělení

budou rovněž praktické ukázky správně a nesprávně provedené fotodokumentace a upozornění na nejčastější chyby, které mohou její vypovídající hodnotu významně ovlivnit.

Fotodokumentace bude představena nejen jako obrazový záznam aktuálního stavu rány, ale především jako součást komplexního hodnocení procesu hojení a nástroj podporující kontinuitu péče.

Podněty k diskusi, závěr

Standardizovaný postup při fotodokumentaci ran přispívá ke zvýšení kvality a objektivity zdravotnické dokumentace. Dodržování jednotných zásad umožňuje přesnější porovnávání vývoje rány v čase, podporuje hodnocení efektivity zvolené terapie a usnadňuje předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky.

Metodický pokyn MZ ČR poskytuje využitelný rámec pro zavedení jednotného systému fotodokumentace do běžné klinické praxe. Významným tématem k diskusi zůstává jeho praktická implementace na jednotlivých pracovištích a vytvoření podmínek, které umožní pořizovat kvalitní, bezpečnou a reprodukovatelnou fotodokumentaci.

Klíčová slova: fotodokumentace ran, metodický pokyn MZ ČR, hojení ran, zdravotnická dokumentace, standardizace, klinická praxe

7. Kontinuita hojení ran – mezioborová spolupráce jako klíč k úspěchu

Pavla Čecháčková, Aleš Michl, Pavla Lorencová

Chirurgie, Ambulance hojení ran Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

chirurgie-amb.hojeniran@nemjh.cz

Úvod

Péče o pacienta s nehojící se ránou často přesahuje rámec jednoho zdravotnického zařízení a vyžaduje spolupráci více odborností i poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Zásadním předpokladem úspěšného hojení je zachování kontinuity péče při přechodu pacienta mezi lůžkovým oddělením, ambulancí hojení ran, domácí zdravotní péčí a pobytovými sociálními službami. Jednotný terapeutický postup, kvalitní předávání informací a dostupnost odborné konzultace mohou významně ovlivnit průběh léčby, předcházet komplikacím a přispět ke zlepšení kvality života pacienta.

Vlastní kazuistika

Kazuistika představuje pacienta s nehojící se ránou, jehož léčba probíhala napříč několika úrovněmi zdravotní a následné péče. Prezentován bude vývoj rány, zvolená lokální terapie a její úpravy v závislosti na aktuálním stavu rány. Pozornost bude věnována zejména předávání pacienta mezi jednotlivými poskytovateli péče, spolupráci ambulance hojení ran s domácí zdravotní péčí a pobytovým zařízením a možností zachování nastaveného terapeutického režimu mimo nemocniční prostředí. Kazuistika poukazuje na význam pravidelného hodnocení rány, fotodokumentace, srozumitelného terapeutického plánu a vzájemné komunikace všech členů multidisciplinárního týmu.

Podněty k diskusi

V praxi může být kontinuita péče o nehojící se ránu narušena při přechodu pacienta mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb. K diskusi se nabízí otázka jednotného

předávání informací o ráně a nastavené terapii, dostupnosti doporučeného terapeutického krytí v domácím prostředí a pobytových zařízeních, kompetencí jednotlivých členů týmu a možností odborné konzultace s ambulancí hojení ran. Významnou otázkou je rovněž nastavení efektivní spolupráce tak, aby změna prostředí neznamenal přerušování nebo nevhodnou změnu již nastavené terapie.

Závěr

Úspěšná léčba nehojící se rány nekončí propuštěním pacienta ze zdravotnického zařízení. Kontinuita péče, mezioborová spolupráce a kvalitní předávání informací jsou nezbytnými předpoklady pro zachování správně nastaveného terapeutického postupu. Ambulance hojení ran může v tomto systému plnit významnou koordinační a konzultační roli a propojovat nemocniční, ambulantní, domácí a pobytovou péči s cílem zajistit pacientovi bezpečnou, efektivní a dlouhodobě udržitelnou léčbu.

8. Zkušenosti s pooperační ránou na oddělení rehabilitace

Veronika Kodžamanová

Rehabilitační oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

Veronika.kodzamanova@nemta.cz

Úvod

Stručné až heslovité představení problému, jehož se příspěvek týká.

Přednáška přináší pohled na problematiku uzávěru rány u pacientů po totálních endoprotézách velkých kloubů. Volba mezi chirurgickými svorkami a klasickým stehem se odráží v každodenní práci sestry na lůžkovém rehabilitačním oddělení. Příspěvek analyzuje obě metody z hlediska náročnosti na převazy, sledování časných známek infekce a monitorace hojení. Významnou částí je subjektivní hodnocení pooperačního komfortu pacienta při akutní rehabilitaci navazující na operační zákrok.

Vlastní kazuistika

Stručný popis případu, který rozvinete ve vlastní prezentaci, s uvedením hlavních klinických rysů, případně laboratorních a patologických znaků.

Porovnání obou způsobů u různých případů.

Podněty k diskusi, závěr

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

9. Krása komplexnosti fyzioterapie

Barbora Nová, Michaela Petrůvová

Nemocnice Strakonice, a.s.

no.barbora@gmail.com, m.petruvova@seznam.cz

Úvod

Dysplazie kyčelního kloubu je problematika týkající se dětského věku. Jedná se o poruchu vývoje kloubu, kdy se jamka nevyvíjí kulovitě a kyčelní kloub není dostatečně krytý acetabulem. Diagnostika toho problému v dospělosti je spíše výjimečná.

Mírné formy dysplazie kyčelního kloubu mohou být podkladem pro vznik CAM deformity. Kalcifikace vznikají na přechodu mezi hlavicí a krčkem femuru.

Funkční propojení kyčelního kloubu, bederní páteře a ventrální muskulatury v kontextu sportovního výkonu klade velký důraz na komplexní diagnostiku celého těla a fyzioterapeutickou léčbu s přesahem.

Vlastní kazuistika

Pacient AV přichází na rehabilitaci Nemocnice Strakonice s žádankou na léčbu pooperačního stavu sdružené vady CAM deformity + hraniční dysplazie levého kyčelního kloubu, konkrétně – zvětšení rozsahu levého kyčelního kloubu. V rámci anamnézy se dozvídáme, že oba kyčelní klouby byly indikovány k operaci, kvůli femoro-acetabulárnímu impingementu. CAM deformita byla diagnostikována po vleklých bolestech zad a kyčelních kloubů za přispění pohybové zátěže ve vysoké intenzitě – tanec Breakdance.

V rámci kineziologického rozboru objevujeme zásadní pohybové patologie, především přetížení rotátorů kyčelních kloubů, diastázu břišního svalstva a kyfotické držení hrudní páteře. S pacientem řešíme jeho pohybový režim, plánovanou operaci pravého kyčelního kloubu a nutnost rozvinutí rehabilitace v širším kontextu celého těla. Pacient byl k řešení problému proaktivní již před samotnou operací, fyzioterapie ale probíhala pouze se zaměřením na kyčelní kloub.

Díky kvalitní spolupráci pacienta se nám daří nastavit terapeutické cviky tak, abychom skrze kvalitní zapojení ventrální muskulatury, dobrou mobilitu bederní páteře, SI kloubů a kvalitní vědomou koordinaci pohybu minimalizovali přetěžování kyčlí v širším kontextu pohybových aktivit.

Podněty k diskusi, závěr

Skrze anamnézu a diagnostiku pohybu pacient AV se kloníme k názoru, že nekvalitní funkce ventrální muskulatury v kombinaci se specifickým pohybovým zatížením tance Breakdance, mohla být stěžejním prvkem rozvinutí CAM deformity na podkladě hraniční dysplazie kyčlí, která nebyla v dětství zachycena.

Zároveň jsme při náhledu schopnosti pacienta dosáhnout vysoké pohybové úrovně tance Breakdance v tak komplikovaném motorickém terénu optimistické v predikci budoucí schopnosti pacienta pracovat s vlastním tělem. Jeho schopnost pracovat s prvky fyzioterapie v rekreačním sportu a tanci by mohla vést k šetrnému a dlouhodobě udržitelnému pohybu.

10. Psychosomatika ve fyzioterapii - Záhadná

Natálie Kašpárková

Rehabilitační oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

gabriela.mazancova@nemta.cz

Úvod

Často se ve fyzioterapeutické ambulanci setkávám s lidmi s chronickými bolestmi zad, řekla bych, že těmito pacienty se plní ambulance po celé České republice i mimo ni. Podle WHO postupně dochází k narůstání počtu těchto pacientů a je pravděpodobné, že v budoucnu dojde až k pandemické situaci. Já se ptám, proč a co mohu jako fyzioterapeut udělat jinak. Cílem mé práce je poukázat na zjevnou neoddelitelnost fyzické a psychické stránky člověka, která je neodmyslitelnou součástí u všech nejen chronických pacientů.

Vlastní kazuistika – Záhadná

Záhadná pacientka narozena v roce 1992 se potýká s nespecifickými bolestmi v bederní krajině, které trvají déle než 3 měsíce. Jejich kvalita se v čase více méně nemění. Pacientka je velmi bolavá a citlivá, její pohyblivost je pro bolest značně omezena. Sama subjektivně stav bolesti hodnotí na škále bolestivosti jako 8 z 10. Palpační vyšetření ukazuje mnoho aktivních triggerpointů ve všech typických svalech jako m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, mm. gluteí, m. trapezius atd. Citlivost a napětí se postupně v čase začínají měnit, zmírňovat a stěhovat. Pacientka popisuje bolesti na škále bolestivosti jako 4 z 10. Až do bodu, kdy pacientka má jet do rehabilitačního ústavu a stav se opět zhorší. Podobá se klinickému obrazu na začátku onemocnění a bolestivost se vrací na číslo 8 z 10.

Podněty k diskusi, závěr

Otázka proč se záhadné pacientce potíže vrátily? Proč nezafungovaly klasické cvičební jednotky pro vertebry ani uvolňování aktivních triggerpointů? Hypotézou je, že napětí, které se v těle záhadné pacientky hromadí je primárně jiného původu než pouze fyzického. Myšlenky a emoce jsou složité biochemické reakce celého těla na určitou situaci, kterou může mozek na základě předchozích zkušeností vyhodnotit jako ohrožující a nebezpečnou, byť jen v představě. Fyzickou odpovědí muskuloskeletární soustavy je zvýšené napětí ve svalech a případně i tvorba triggerpointů. Zde by byl terén pro spolupráci s dalšími nelékařskými profesemi.

Sál NLZP – 3. přednáškový blok**11. Od nenápadné bulky na krku k cílené léčbě – role všeobecné sestry v péči o pacienta s medulárním karcinomem štítné žlázy**

Aneta Švihovcová

Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

aneta.svihovcova@seznam.cz

Úvod

Medulární karcinom štítné žlázy patří mezi vzácná nádorová onemocnění. Péče o nemocného vyžaduje dlouhodobou spolupráci multidisciplinárního týmu. Všeobecná sestra pacienta provází jednotlivými etapami léčby. Sleduje jeho stav, rozpoznává komplikace, edukuje a poskytuje podporu pacientovi i jeho blízkým.

Vlastní kazuistika

Kazuistika představuje 36letého muže, který si v roce 2021 nahmatl nebolestivou bulku na pravé straně krku. Vyšetření prokázalo ložisko ve štítné žláze a zvětšené krční lymfatické uzliny. Pacient podstoupil totální tyreoidektomii s pravostrannou blokovou disekcí krku. Původní histologické vyšetření stanovilo diagnózu papilárního karcinomu štítné žlázy. Pacient následně absolvoval léčbu radiojódem. Pro přetrvávající uzlinové postižení podstoupil další operační výkon. Nové histologické vyšetření popsalo metastázy neuroendokrinního nádoru neznámého původu. Rozdílné nálezy vedly k revizi obou histologických preparátů a doplnění imunohistochemického vyšetření. Revize změnila definitivní diagnózu na medulární karcinom štítné žlázy. Onemocnění následně progredovalo do lymfatických uzlin, plic, skeletu a později také centrálního nervového systému. Pacient podstoupil opakované chirurgické výkony, cílenou systémovou léčbu a radioterapii. Ošetrovatelská péče se průběžně přizpůsobovala jeho aktuálním potřebám. Všeobecná sestra

sledovala klinický stav, toleranci léčby a výskyt nežádoucích účinků. Pravidelně hodnotila bolest, dušnost, únavu, výživu, soběstačnost a psychický stav. Důležitou součástí péče byla edukace o léčebném režimu a varovných příznacích. Sestra podporovala pacienta i jeho blízké a podílela se na koordinaci péče mezi jednotlivými pracovišti. S progresí onemocnění se měnily také cíle ošetrovatelské péče. Do popředí se dostala kontrola symptomů, psychická podpora a zachování co nejvyšší možné kvality života. V závěrečné fázi se péče soustředila na komfort a důstojnost pacienta. Důležitá byla také podpora rodiny a návaznost na paliativní a domácí hospicovou péči.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika ukazuje, že měnící se stav onkologického pacienta vyžaduje průběžné přehodnocování ošetrovatelských priorit. Všeobecná sestra propojuje klinické sledování, edukaci, podporu a koordinaci péče. Kontinuita péče a včasné rozpoznání potřeb pomáhají zachovat kvalitu života i při progresi nevyléčitelného onemocnění.

12. Paliativní péče v neurologii

Eva Rašková

Neurologické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.

eva.raskova@nemta.cz

Úvod

Kazuistika pojednává o pacientce s primárním adenokarcinomem hepatobiliárního typu, která byla hospitalizována na neurologii pro opakované epileptické záchvaty na podkladě metastáz v CNS. Pacientka se nacházela v terminálním stádiu onemocnění. Na péči v závěru života se podílelo neurologické oddělení ve spolupráci s paliativním týmem.

Vlastní kazuistika

Pacientka byla přijata k opakované hospitalizaci pro poruchu vědomí s křečemi 11. 6. 2026. První 2 dny strávila na JIP a poté byla přeložena na standartní neurologické oddělení. Na oddělení byla klidná, neorientovaná, mobilní v lůžku, vyjadřovala se pomocí slovního salátu.

Od 13. 6. 2026 probíhala rehabilitace v rámci oddělení, pacientka spolupracovala. O den později chodila s doprovodem na WC, zlepšila se orientace a spolupráce a bylo naplánováno brzké propuštění do domácího prostředí.

Od 15. 6. 2026 se opakovaně se objevovaly občasné záškuby PHK, které byly projevem fokálních epileptických záchvatů bez poruchy vědomí. Postupně docházelo k fokálním záchvatům přecházejícím do bilaterálního tonicko-klonického záchvatu. Přestože byla pacientce nasazena antiepileptická léčba v maximální výši, stále se objevovaly fokální epileptické záchvaty.

16. 6. 2026 došlo k celkovému zhoršení stavu. U pacientky se projevoval neklid, slovní salát, porucha vědomí, byla vysoce závislá na ošetrovatelské péči. I přesto, že byla podávána antiepileptika v maximální dávce v kombinaci s tlumící medikací, se pacientce 2 x vrátilo vědomí, křičela, gestikulovala, trhala si vstupy.

Po konzultaci s onkologem byla vzhledem k diagnóze a aktuálnímu stavu ukončena onkologická léčba a byl kontaktován paliativní tým. Rodina byla informována o zhoršujícím se stavu pacientky. Rodině byl umožněn intenzivní pobyt u lůžka pacientky.

Na oddělení proběhl 1. rozhovor s paliativním týmem. Rodina sdělila přání pacientky zemřít doma. Lékařka paliativního týmu hovořila s rodinou o terminálním stavu, o tom, jak vypadá umírání. V rozhovoru došlo k ujasnění limitů péče, které neumožňovaly odvézt pacientku z nemocnice. Rodina se tedy snažila přesunout kus domova do nemocnice. Blízcí pacientky byli na oddělení

přítomni od 7,30 do 22,00 hodin. Personál se snažil vycházet jim vstříc a citlivě komunikovat.

Lékařka paliativního týmu doporučila Comfort care, netrpět bolestí, úzkostí, rozepsala medikaci. Pro personál neurologického oddělení sepsala plán péče, který zahrnoval symptomatickou léčbu a jako nevhodnou označila nutriční intervenci. Rodině nabídla podporu paliativního týmu a popřípadě kontaktování psychologa.

18. 6. 2026 exitus letalis. Koordinátorka paliativního týmu vedla podpůrný rozhovor na oddělení s rodinou. Poskytovala zpětnou vazbu od rodiny personálu neurologického oddělení.

Podněty k diskusi, závěr

Ošetrovatelská péče u této pacientky byla velmi náročná. Docházelo k rychlým změnám ve zdravotním stavu. Lékaři reagovali na vyvíjející se zdravotní stav a plán péče od paliativního týmu byl velkou výhodou. Zejména sestry se denně intenzivně setkávali s rodinou a jejími emocemi, které zahrnovaly umírání a smrt manželky a matky. Důležitá a přínosná byla spolupráce a komunikace koordinátorky a lékařky paliativního týmu, které citlivě sdělovali potřebné informace. Po několika dnech se rodina dostavila s poděkováním za péči o jejich blízkou.

13. Karcinom prsu není konečná. Cesty, které si volíme

Nataliia Klochko

Chirurgická ambulance, Nemocnice Písek, a.s.

nataliia.klochko@gmail.com

Úvod

Karcinom prsu je nejčastějším nádorovým onemocněním u žen, vzácně však mohou onemocnět i muži. Ačkoliv incidence karcinomu prsu vykazuje vzrůstající tendenci, úspěšnost léčby a šance na přežití je díky většímu odhalení příznaků, samo vyšetřování, preventivním mamografickým kontrolám mnohem větší než dříve. Přesto tato diagnóza představuje významný zdravotní, společenský a psychologický problém. Zásadní význam pro další prognózu má časný záchyt onemocnění, správně stanovená diagnóza komplexní léčba a spolupráce pacientky s multidisciplinárním týmem.

Tato kazuistika představuje případ pacientek z naší mamologické poradny.

Vlastní kazuistika 1

Pacientka K.H. 65 let, DM na dietě, zvýšený cholesterol, alergie na chrom. Exulcerovaný tumor levého prsu 15x15 cm.

21.11.2025 Pacientka přivezena RZP kvůli krvácení z defektu na prsu. Bouli pozoruje od leta 2025 k lékaři nešla. Bolesti neguje. Objektivně: na L prsu s napjatou ale klidnou kůží pod mamilou plošný defekt 15x15 cm s mokvajícím okrskem bez známek akutního krvácení. Ošetření: dezinfekce, MT, braunovidon ung, krytí v kompresi.

24.11.2025 laboratoř tumor markery + fertilní hormony: prolaktin 178, estradiol 71,3, FSH 47,5, LH 23,3, PRG 0,24, CEA 50,0, C153 17,2. RTG S+P a SONO břicha a pánve bez průkazné metastatické léze

5.12.2025 UZ obou prsu a axil s Cut core biopsie: v L axile dvě zvětšené jistě infiltrované uzliny 30x34 mm a 32x22 mm. Jedná vysoce suspektně infiltrovaná uzlina v L nadklíčku 10x15 mm. Vlevo žláza prosáklá, v DZK objemný exulcerovaný tumor minimálně 50x40 mm. Bi rads 5.

8.12.25 Histologie: G3 invazivní mamární NST karcinom s ložiskovými nekrózami,

10.12.2025 provedena sanační mastektomie, od ledna zahájení systémové léčby. Pacientka v péči onkologa v Prachaticích.

Vlastní kazuistika 2

Pacientka 55 let, CHOPN, FA: ULTIBRO, Alergie neguje, Exulcerovaný rychle rostoucí tumor pravého prsu 10x10 cm

5.03.2024 pacientka přichází pro zanícenou bouli na hrudníku vpravo, která čím dál více zvětšující se, zapálena. Bála se kamkoliv jít. Na MMG byla kdysi dávno 1x, od té doby nesledována. Objektivně: na P prsu v HZK ventrálně prominující tuhé ložisko 10x10 cm, uzliny nehmatné. Ošetření: des, v LA odběr tkáně ad histol, krytí.

Laboratoř tumor markery: CEA 14,0, C153 21,5

RTG S+P a SONO břicho, pánev bez známek generalizace

6.03.2024 UZ prsu včetně spádových uzlin: V pravém HZK objemný, nad kůži rostoucí hyper-vaskularizovaný TU, který nelze sondou zachytit v plném objemu, do hloubky 5 cm, prs celkově edematózní, v P axile susp. min 2 LUU s počínající maligní infiltrací, vel. do 14 mm. Bi rads 5

13.03.2024 histologie: první nevýtěžná, histologie 2x nelze vyloučit low-grade angiosarkomu.

3.5.2024 Neadjuvantní chemoterapie AC

8.11.2024 Totální mastektomie vpravo + disekce axily. Histologie: proliferační aktivita vysoká, MIB 1 indexem více 90%. invazivní karcinom NST. LUU charakteru nízce diferencovaného G3 karcinomu s vysokou mitotickou aktivitou

30.06.2026 Generalizace TNBC do hrudní stěny vlevo. Pacientka v péči mammárního týmu nemocnice České Budějovice.

Vlastní kazuistika 3

Pacientka 35 let, kojící, přichází pro výsledky biopsie rezistence P prsu. anamnéza 2 měs. FA: sine. Alergie 0. Invazivní duktální karcinom pravého prsu. Podepisuje i na negativní revers. Kontrola 18.7.2023 opakovaně odmítá operace.

20.06.2023 laboratoř tumor markery CEA 1,5, C153 8,9

15.03.2024 na P prsu tuhá rezistence přes celé 2 zevní kvadranty jakoukoliv léčbu v tuto chvíli odmítá. Na další kontroly se nedostavila.

25.12.2024 pacientka přichází pro zhoršení celkového stavu, generalizovaný pokročilý tumor prsu, metastatické infiltrace pravostranných axilárních LUU. Nelze vyloučit metastatický rozsev do skeletu, event. ložisková léze v MP vpravo. Léčbu odmítá

16.01.2025. laboratoř tumor markery CEA 465, C153 190. pacientka objednaná do mammárního týmu nemocnice České Budějovice k zvážení další léčby – paliativní postup.

Rozhodnutí pacientky je nedílnou součástí léčebného procesu, avšak odmítnutí doporučené terapie může mít zásadní dopad na prognózu. Karcinom prsu proto znamenat konečnou, ale cestu, kterou pacientka společně s léčebným týmem vydá, může významně ovlivnit její delší život.

14. Za hranicemi izolace

Romana Strnková

Plicní léčebna, Nemocnice České Budějovice, a.s.

strnkova.romana@nemcb.cz

Úvod

Multikulturní ošetrovatelská péče získává v posledních letech v souvislosti s péčí o pacienty přicházející z oblastí zasažených válečnými konflikty nový rozměr. Příspěvek vychází ze zkušeností získaných od roku 2022 při péči o pacienty – cizince hospitalizované na izolační jednotce pro léčbu tuberkulózy. Za každým pacientem přicházejícím z válečné oblasti stojí příběh člověka, který často zažil ztrátu domova, blízkých, bezpečí i životní jistoty. Do nemocničního prostředí nepřichází pouze s diagnózou, ale také s psychickou zátěží vyplývající z traumatických zkušeností, nucené migrace a nejistoty. Pobyt na izolační jednotce může tuto situaci dále prohlubovat a posilovat pocity osamění, strachu či bezmoci. Impulzem k otevření tohoto tématu jsou vlastní zkušenosti z praxe a setkání s pacienty, kteří v průběhu hospitalizace vnímali některé projevy komunikace či přístupu zdravotnického personálu jako necitlivé, hodnotící nebo nedostatečně respektující jejich životní situaci. Tyto zkušenosti poukazují na potřebu větší informovanosti o specifických potřebách této skupiny pacientů a na význam kontinuálního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Příspěvek proto zdůrazňuje význam *trauma-informovaného přístupu*, který umožňuje lépe porozumět dopadu prožitých traumatických událostí na psychický stav pacienta, jeho komunikaci, chování a spolupráci při léčbě. Cílem je připomenout, že kvalitní ošetrovatelská péče nespočívá pouze v léčbě diagnózy, ale především ve vnímání člověka, který ji nese – s jeho příběhem, obavami a potřebou bezpečí, respektu a zachování lidské důstojnosti.

Vlastní kazuistika

Nejedná se o klasickou kazuistiku založenou na laboratorních výsledcích, měřitelných parametrech či popisu jednotlivých diagnostických ukazatelů. Předmětem sdělení je především reflexe zkušeností za posledních několik měsíců z ošetrovatelské praxe a zachycení negativních faktorů, které významně ovlivňují prožívání pacienta, jeho pocit bezpečí, důvěru a schopnost spolupráce. Strach, smutek, nejistotu či dopad traumatických zkušeností nelze vždy vyjádřit číselnými hodnotami, přesto mohou zásadně ovlivnit průběh léčby a kvalitu poskytované péče.

Rozšíření multikulturní ošetrovatelské péče o pacienty z válečných oblastí

Zvýšené nároky na zdravotnický personál (odborné i psychosociální)

Vliv traumatu (válka, migrace, ztráty) na chování, komunikaci a spolupráci

Nutnost uplatnění trauma-informovaného přístupu

Riziko necitlivého či neprofesionálního jednání zdravotníků

Dopady na důvěru pacienta, terapeutický vztah a průběh léčby

Důraz na respekt, empatii, rovný přístup a zachování důstojnosti pacienta

Podněty k diskusi, závěr

Sdělení poukazuje na klinicky významný souběh a propojení několika pro pacienty náročných a stresujících oblastí současně. Jde o diagnózu infekčního onemocnění vyžadujícího izolaci, zkušenosti s migrací a válečným konfliktem a rizika stigmatizace. To, co by mělo nejvíce vyplynout je připomenutí si, že naše péče by měla vždy zůstat založena na principech neutrality, rovného přístupu a úcty ke každému pacientovi bez ohledu na jeho původ, životní situaci, politický či společenský kontext.

Sál NLZP – 4. přednáškový blok**15. Není to jen odběr krve. Sestra jako klíčový článek v preanalytické fázi hemokultivace****Miroslava Šiková, Milena Škopková, Jana Fleischmannová, Eva Šimečková**

Centrální laboratoře, Nemocnice Strakonice, a.s.

hyg-epid@nemst.cz**Úvod**

Správně provedený odběr krve na hemokultivaci je zásadním předpokladem pro včasnou a spolehlivou detekci původců infekce v krevním řečišti.

Kvalitu a výtěžnost vyšetření významně ovlivňuje zejména objem odebrané krve, správné pořadí odběru jednotlivých lahvíček a časový interval mezi odběrem a jejich vložením do inkubačního přístroje.

Cílem zavedených změn metodiky krevního odběru bylo standardizovat jeho postup, minimalizovat čas od odběru k inkubaci a současně přispět k rychlejší detekci positivity hemokultur určených k dalšímu mikrobiologickému vyšetření kultivace a citlivosti na ATB.

Vlastní kazuistika

Nedílnou součástí komplexní zdravotní péče je úzká spolupráce klinických pracovišť s mikrobiologickou laboratoří, včetně dostupnosti konzultací v oblasti antibiotické terapie. Ideálním standardem je Diagnostic Stewardship (diagnostický stewardship) v režimu 7/24, optimálně umístěný přímo v areálu zdravotnického zařízení. Takové propojení klinické praxe s laboratorním zázemím umožňuje významně zkrátit preanalytickou fázi vyšetření, minimalizovat riziko chyb při transportu a zajistit rychlou a správnou manipulaci se vzorkem od jeho odběru až po příjem a zpracování v laboratoři.

Kvalita mikrobiologického výsledku však nezačíná v laboratoři. Začíná již u lůžka pacienta – správnou indikací vyšetření lékařem, přípravou pacienta, aseptickou technikou odběru, dostatečným objemem vzorku a jeho bezodkladným transportem. Právě zde má sestra nezastupitelnou úlohu jako spojovací článek mezi pacientem, klinickým pracovištěm a mikrobiologickou laboratoří.

Impulzem ke změně metodiky byl zvýšený výskyt falešně pozitivních vzorků, snaha o sjednocení a maximálního zefektivnění celého procesu od indikace mikrobiologického vyšetření, přes odběr krve až po uvolnění výsledku vyšetření.

Součástí změny byla standardizace objemu odebrané krve, pořadí odběru jednotlivých lahvíček, důsledného dodržování aseptické techniky vč. nového uzavřeného odběrového systému a minimalizace časového intervalu mezi odběrem a vložením vzorku do inkubačního přístroje. Implementace nové metodiky vyžadovala cílené proškolení všech zdravotnických pracovníků podílejících se na odběru hemokultur.

Pro prezentaci jsem si zvolila kazuistiku mladšího septického pacienta, kde odběr hemokultur určil původce sepse a účinnou ATB léčbu s ložiskem odontogenního původu.

Podněty k diskusi, závěr

Co analyzátor bioMérieux / BACT/ALERT VIRTUO umí?

Při načtení lahvičky automaticky změřit objem krve a upozornit na nedostatečné nebo nadměrné naplnění. Tím se dá objektivně kontrolovat jeden z nejdůležitějších faktorů kvality hemokultury

Rychlejší detekce positivity

Minimalizuje manuálních kroky

Minimalizuje interval od odběru krve do zahájení inkubace

Stop procentní identifikace vzorku- QR kód

Lahvička obsahuje látky určené k neutralizaci již podaných ATB

„Analyzátor může být špičkový. Pokud je ale v lahvičce málo krve, vzorek je kontaminovaný nebo se k inkubaci dostane pozdě, technika přístroje už za nás chybu neopraví.“

Zde hraje svou nezastupitelnou a jedinečnou roli zdravotník, který dodržením přesného postupu odběru krve rozhoduje o validitě a rychlosti výsledku, další léčbě pacienta.

16. AVF malý zkrat s velkým významem

Monika Rakoušová

Hemodialyzační oddělení, Nemocnice Písek, a.s.

vrchni-hds@seznam.cz

Úvod

Spolehlivý cévní vstup je základním předpokladem účinné a bezpečné hemodialýzy. V praxi se využívá nativní arteriovenózní fistule, protetický arteriovenózní zkrat a centrální žilní katetr. Volba vstupu závisí na cévním nálezu a možnostech pacienta. U nemocných s vyčerpanými periferními cévami může být zachování funkčního zkratu výsledkem dlouhodobé mezioborové spolupráce.

Vlastní kazuistika

Pacientka J. B., ročník 1943, dne 14. 4. 2020 byl neúspěšně proveden pokus o založení nativní AVF na levé horní končetině: povrchová žíla byla velmi tenká, bez dostatečného odtoku, v kubitě nebyla nalezena vhodná žíla a tepna byla gracilní. O dva dny později byl v celkové anestezii založen atypicky uložený protetický axilo-axilární zkrat – 6mm protéza byla tunelizována podkožně přes přední stěnu hrudníku z levé axilární tepny do pravé axilární žíly. Hemodialýza přes tento přístup byla zahájena 27. 5. 2020. Již v prvních měsících se objevovaly vysoké venózní tlaky, tromby při punkci, malý příkon krve a výrazná bolestivost napojování. Pro přechodnou nefunkčnost zkratu byl zaveden dlouhodobý dialyzační katetr, který však následně provázely kožní komplikace; další pokus o katetrizaci byl komplikován hematodem. Tým se proto vrátil k využívání hrudního protetického zkratu. Jeho atypické uložení bez pevného podkladu činilo kanylaci technicky náročnou, proto byla doporučena punkce pod ultrazvukovou kontrolou a od prosince 2021 zajišťovala napojování jedna zkušená sestra. V dalších letech probíhala pravidelná dopplerovská kontrola s průtoky přibližně 700–1500 ml/min a opakované intervence: PTA stenóz žilní i arteriální anastomózy, aspirace trombů Rotarexem a další endovaskulární výkony. Navzdory opakovaným komplikacím zůstal zkrat dlouhodobě použitelný pro hemodialýzu.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika ukazuje, že technicky neobvyklý a opakovaně intervenovaný cévní vstup nemusí znamenat slepou uličku. Rozhodující je kontinuita péče, znalost konkrétní anatomie zkratu, zkušenost sester při kanylaci, využití ultrazvuku a včasná reakce na změny venózních tlaků, průtoku, bolestivost nebo obtížnou punkci. Funkční cévní vstup není jednorázový chirurgický výkon, ale dlouhodobý společný projekt dialyzačního týmu, cévního chirurga a intervenční radiologie. U této pacientky právě tato spolupráce umožnila opakovaně zachovat přístup a omezit závislost na permanentním katetru.

17. Paradoxní pokles trombocytů: Proč po transfuzi trombocytů padáme v krevním obraze do červených čísel?

Roman Menhart

Transfuzní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

bagisko@gmail.com

Úvod

Transfuze trombocytárních koncentrátů představuje standardní postup při léčbě a prevenci krvácivých projevů u pacientů s těžkou trombocytopenií. V klinické praxi se však můžeme setkat s fenoménem refrakternosti na trombocytární transfuze, kdy po podání přípravku nedochází k očekávanému vzestupu destiček, nebo dokonce dochází k jejich paradoxnímu poklesu. Častou imunitní příčinou tohoto stavu je přítomnost aloprotilátek proti HLA antigenům I. třídy nebo specifickým antigenům trombocytů (HPA).

Kazuistika

V této kazuistice je prezentován případ pacientky s diagnózou ITP a anamnézou opakovaných transfuzí, u které byl i přes podání standardního trombocytárního koncentráту zaznamenán paradoxní pokles trombocytů hluboko pod výchozí úroveň. Následné imunologické vyšetření potvrdilo přítomnost klinicky významných antitrombocytárních protilátek v séru pacientky. Tyto protilátky vedly k destrukci transfundovaných dárcovských trombocytů v jejím krevním oběhu.

Pro zajištění účinné a bezpečné hemoterapie bylo nezbytné nalézt kompatibilní dárce. K tomuto účelu byl využit lymfocytotoxický test (LCT) k provedení cross-match vyšetření (křížové zkoušky) mezi sérem pacientky a lymfocyty potenciálních dárců trombocytů. Na základě výsledků LCT byly detekovány vhodné HLA/HPA profily, což umožnilo cílený výběr vhodných dárců pro přípravu nejprve směsných trombocytů a následně i aferetických trombocytů „na míru“.

Závěr

Tato kazuistika demonstruje, že ne každý dárce je vhodný pro každého příjemce a slepé podávání transfuzí u imunizovaných pacientů často nevede k očekávaným výsledkům. Prezentace zdůrazňuje klíčovou roli úzké spolupráce mezi klinikem a transfuzním oddělením a představuje LCT cross-match jako spolehlivou metodu pro řešení imunitní refrakternosti, která v těchto případech zásadně zvyšuje efektivitu transfuze trombocytů.

18. Cesta k lepším výsledkům – Od akutní péče k repatriaci

Sandra Jurkovičová, Alena Koblerová, Vojtěch Hlouch

Neurochirurgie JIP, Nemocnice České Budějovice, a.s.

neurochirurgie@nemcb.cz

Úvod

Péče o zahraničního pacienta po těžkém kranio cerebrálním poranění

Pacient bez zdravotního pojištění

Komplikované zajištění následné péče

Komplexní ošetrovatelská a rehabilitační péče na JIP

Jazyková bariéra a omezená komunikace

Postupné zlepšování zdravotního stavu

Repatriace pacienta do domovské země

Vlastní kazuistika

Naše kazuistika popisuje případ zahraničního pacienta, který byl na jaře tohoto roku přeložen z anesteziologicko-resuscitačního oddělení na neurochirurgickou jednotku intenzivní péče k další léčbě po těžkém kraniocerebrálním poranění. Pacient nebyl osobou pojištěnou v rámci veřejného zdravotního pojištění ani neměl sjednáno jiné zdravotní připojištění, což významně komplikovalo možnosti jeho dalšího umístění a pokračování v léčbě. Vedení nemocnice proto ve spolupráci s příslušným zastupitelským úřadem zahájilo jednání o možnosti jeho repatriace do domovské země.

Cílem sdělení je prostřednictvím pohledu všeobecné sestry a fyzioterapeuta přiblížit průběh péče, její dílčí cíle a překážky, se kterými se zdravotnický tým setkal, včetně významné jazykové bariéry.

Pacient byl přijat imobilní, se zavedenou tracheostomickou kanylou, bez možnosti verbální komunikace a aktivní spolupráce, s apatickým projevem. Jeho stav vyžadoval komplexní ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Během péče na našem oddělení došlo k výraznému zlepšení jeho celkového stavu i úrovně vědomí. Před odchodem z oddělení pacient verbálně komunikoval a byl vertikalizován. Jeho stav umožnil repatriaci do domovské země, kde měla pokračovat následná péče a rehabilitace. Po repatriaci jsme již neměli možnost sledovat jeho další zdravotní vývoj.

Podněty k diskusi, závěr

V průběhu péče bylo nutné sledovat vývoj neurologického stavu, úrovně vědomí a komunikačních schopností pacienta. Výjimečnost případu spočívala v kombinaci těžkého kraniocerebrálního poranění, absence zdravotního pojištění, jazykové bariéry a nutnosti zajistit následnou péči a repatriaci.