

SBORNÍK ABSTRAKTŮ VII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

30. 9. 2021

Clarion Congress
Hotel České Budějovice



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice



VIII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

České Budějovice

30. 9. 2021

Sborník abstraktů

ISBN 978-80-907857-2-4

Vydavatel: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Počet stran: 63

Neprodejné

Redakční úprava:

MUDr. Tomáš Hauer

Publikace neprošla autorskými korekturami a jazykovou úpravou.

VIII. BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

30. 9. 2021

Clarion Congress Hotel

Pražská tř. 2306/14, 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, MBA. Předsedou Organizačního výboru konference je MUDr. Tomáš Hauer, lékař Cévního Centra České Budějovice, s.r.o. a Nemocnice České Budějovice, a.s.

Organizační výbor kongresu:

MUDr. Tomáš Hauer – vedoucí organizačního výboru

Bc. Iva Nováková, MBA

Mgr. Blanka Záleská

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

Vědecký výbor kongresu:

Předseda:

Prof. MUDr. Alan Bulava, Ph.D. – Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Členové:

MUDr. Tomáš Hauer – Cévní Centrum České Budějovice, s.r.o.

emer. prim. MUDr. Pavel Havránek – Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

prim. MUDr. Vít Lorenc – ARO, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

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

prim. MUDr. Aleš Chrdle, Ph.D. - Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

MUDr. Jiří Fiedler, Ph.D., MBA – Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

prim. MUDr. Martin Kloub, Ph.D. – Traumatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Richard Tesařík – ARO, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Martin Gregora – Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

prim. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D. – Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

prim. MUDr. Vladimír Smrčka – Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Ondřej Scheinost – Vedoucí laboratoře molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D. – děkanka, ZSF JU

Mgr. et Mgr. Monika Kyselová, MBA – hlavní sestra, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

Ing. Milan Voldřich – Ředitel personálního úseku, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

Obsah

Ablace pterygia s autotransplantací spojivky.....	9
Járová N.1,2, Honner D.1 1Oční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Oční klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. LF UK	
Akutní porucha vědomí.....	9
Novák M. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Aloplastika hernia incisional s resekcí adhezerovaného střeva.....	10
Bárta P. Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Ani očkování zápalu plic nezabrání?.....	11
Dudlíčková L. Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Bellova obrna jako všední diagnóza.....	11
Mířková E. Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Bodné poranění břicha a střelné poranění hlavy.....	12
Neumitka P., Chalupa R. Chirurgické oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Bodné poranění perianální krajiny.....	12
Michková K. Chirurgické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.	
Bolesti pravé nohy u tříleté pacientky.....	13
Rozhoňová M., Smrčka V. Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Cílená biopsie prostaty pomocí fúze obrazů sonografie a magnetické rezonance.....	14
Černý J.1, Šefránek J.2, Straka O.1, Doubková E.2 1Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Co všechno se může zvrtnout.....	14
Kerekanič M., Grubhoffer M., Štoková M., Fiedler J. Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
COVID-19 u kojence.....	15
Melmer I. Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.	
DASHBOARD INJURY.....	15
Hrubá M. Traumatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Dum spiro spero.....	16
Valevský J. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Dva kamarádi.....	17
Muselová A., Smrčka V. Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
ECMO u těžké covidové pneumonie.....	17
Jandovský V. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Endovaskulární léčba chirurgicky neřešitelného krvácení.....	18
Mašek P. Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Febrilní kojenec aneb (ne) za vším hledej COVID.....	18
Retamoza R. Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Hubnutí a rezistence na krku, nečekaná diagnóza s mnoha otazníky.....	19
Trnka M.1, Jarešová P.2 1Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Plicní léčebna, Nemocnice České Budějovice, a.s.	

IBD nebo STD?	20
Macasová M. Dermatovenerologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Implantace megaprotézy s částečnou náhradou femuru jako záchrana před amputací	21
Čapek R.1, Musil D.1, Čurlejová E.2, Čižmář I.2 1Ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Traumatologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc	
Invaginace u starších dětí	22
Keprta D., Dohnal P. Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Kam se poděla kapsle?	22
Filišteinová V. Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Komplikace aktivního podzimu života aneb jak překvapit otologa	23
Hladíková D.1, Huška M.1, Bouček J.2, Mrzena L.1, Kubálek J.3 1Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, 1. LF UK a FN v Motole, Praha 3Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Komplikovaná léčba ruptury aneuryzmatu bazilární tepny	24
Grubhoffer M., Kerekanič M., Štoková M., Fiedler J. Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Komplikované hojení zlomeniny bérce – FRI	24
Zídek T., Kloub M. Traumatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Komplikovaný případ maligní formy gestační trofoblastické nemoci	25
Vošta O.1,2, Turyna R.2 1Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Ústav pro péči o matku a dítě, Praha	
Korálky na niti	26
Urban P. Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.	
Krvácení z tenkého střeva	26
Růcklová I. Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Lambert-Eatonův syndrom jako vzácná manifestace karcinomu plic	27
Holubová T., Kunáš Z., Ostrý S. Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Malá paní, velký problém	28
Bouzekri M., Suchomel P. Chirurgické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.	
Moderní trendy ve výživě?	28
Duchoňová T., Kocourková K., Smrčka V. Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Na tenkém ledě	29
Štěpán J. 1, Kuta B. 2, Zmeko D.1, Šulda M. 2 1Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s., 2Kardiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Náhlé úmrtí 13letého chlapce	30
Beránková L.1, Šimková Z. 1, Kantorová E.1, Scheinost O.2 1Oddělení lékařské genetiky, Nemocnice České Budějovice, a. s. 2Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Naplněná věštba – Vzácná příčina akutního selhání ledvin	30
Markvartová Klára Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. – Hemodialyzační středisko	
Nejmenší benigní věc, co tě může zabít	31
Musilová B.1, Měšťan D.1, Teplý O.1, Bohatý R.2, Fiedler J.1 1Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s. 2Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Oddělení urgentního příjmu, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Neurodegenerativní překvapení	32
Vaníková Š., Krtička O., Ostrý S. Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	

Obrovský appendikolit.....	32
Burdová M. Chirurgické oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.	
Od atypických bolestí na hrudi přes zátěžovou perfuzní scintigrafii až na katetrizační sál.....	34
Kazatelová H. Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Od STEMI až po umělé srdce.....	34
Pisinger M., Kovářík A. Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Pankreatitida – jednoznačná diagnóza?.....	35
Němcová K. Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.	
Paracetamol – dobrý sluha, zlý pán.....	35
Veselá M., Smrčka V. Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Patogenní varianta v genu pro titin jako příčina familiární formy dilatační kardiomyopatie.....	36
Šalata P. Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Perianální Crohnova choroba – důležitost spolupráce gastroenterologa a chirurga.....	37
Štěpánek V.1, Nováková M.1, Trnka P.2, Bortlík M.1 1Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s. 2Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Pod tlakem neumím pracovat aneb překvapivá příčina srdečního selhání.....	38
Vohradníková L., Gergely L. Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.	
Polékové prodloužení QT intervalu.....	39
Pechandová K.1, Tašková I.2 1Klinický farmaceut, Nemocnice Strakonice, a. s., 2Klinický farmaceut, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha	
Poranění rektosigmatu cizím tělesem.....	39
Vokáč T., Stehlík M. Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.	
Předčasný odtok plodové vody – expektační postup.....	40
Křížová L., Gilani D., Velemínský M. Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Předčasný porod s přenosem covid-19 z matky na plod.....	41
Kutová T., Velemínský M. Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Překvapení na CT mozku.....	41
Stehlíková E. Neurologické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.	
Raritní příčina ischemie dolní končetiny – kazuistika.....	42
Jekielek T. Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Síňový okluder tak trochu jinak.....	42
Švejda J., Peší L. Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Slunce, seno, hepatitida.....	43
Johnová D. Interní oddělení, Nemocnice Písek, a. s.	
STEMI při hyperkoagulačním stavu.....	43
Klančík V., Šindelářová Š. Kardiocentrum – Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Slepá cesta.....	44
Bohatý R. ARO, Nemocnice České Budějovice, a. s., OUP Nemocnice České Budějovice, a. s., ZZS JČK	
Tak trochu jiná meningitida.....	45
Šimková D. Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.	

Význam mozkové biopsie v neurologické diagnostice.....	45
Pavlinová M., Kunáš Z., Ostrý S. Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Vzácná kožní diagnóza?.....	46
Ševčíková A. Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.	
Vzácná příčina hepatomegalie u donošeného novorozence.....	46
Siváková M., Dušek J. Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Vzácné, ale přece možné.....	47
Gottsteinová N., Timr P., Smrčka V. Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Vzácnější příčina hyperlipidémie u pětiletého chlapce.....	47
Staněk M., Tesařová J., Chytrý K. Dětské oddělení, Nemocnice Písek, a. s.	
Vzduchové komplikace onemocnění covid-19.....	48
Koníčková T., Chrdle A. Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.	
Závažné dětské trauma v podmínkách okresní nemocnice.....	49
Míra V., Prchlík R. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.	
V dobrém i ve zlém, ve zdraví i v covidu.....	50
Terberová E., Bumbová Š. Interní oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	
Odborné zkušenosti z probíhající pandemie a intuitivní management.....	50
Martinková L.1, Neugebauer J.1, 2 1Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2 Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích	
Přežil těžkou mrtvici... a co bylo dál?.....	51
Cardová L. 1. oddělení následné péče, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Když ani antibiotika nepomáhají. Autoimunitní onemocnění?.....	52
Šumpelová B. Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Antibiotika v lidské populaci.....	52
Lošáková E. Úsek nemocniční hygieny a epidemiologie, Nemocnice Písek, a.s.	
Zavolejte záchranku! Vybrané kazuistiky z (ne)všedních výjezdů ZZS.....	53
Procháška P.1, Majstr J.2,3 1Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje 2Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích 3Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze	
"Až za hrob ke hrobu. Kam zdravotník (obvykle) nedohlédne.".....	54
Doskočil O.1,2 1Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	
Forenzní radiologie – virtuální pitva.....	54
Fábera M.1, Tomášková E.2 1Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. 2Soudnělékařské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Sportem ku zdraví aneb 1000 mil v nohách.....	55
Hauerová V., Lahoda Brodská H. Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, VFN a I. LF UK, Praha	
Náhlá zástava oběhu při fotbale.....	55
Majstr J.1,3, Procháška P.2 1Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze 2Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje 3Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	
Úskalí ošetrovatelské péče v neonatologii.....	56
Kolářová M. Neonatologické oddělení, Gynekologicko-porodnická klinika, VFN v Praze	

Problematika výživy u novorozence s rozštěpovou vadou dutiny ústní.....	56
Machová A.1, Aubrechtová D.,2 Kálalová A.2	
1Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	
2Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Úskalí laktačního poradenství – příklad z praxe.....	57
Schönbauerová A.	
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	
Nefrotický syndrom u dětí.....	58
Pilná M.	
ARO-JIP, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Nefrotický syndrom u dospělých.....	58
Pilná M.	
ARO-JIP, Nemocnice Strakonice, a.s.	
Leonora – mimořádná událost s hromadným postižením osob.....	59
Majstr J.1,2, Svoboda P.3, Bříza J.1	
1Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze	
2Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	
3Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje	
Zrod rekonvalescentní plazmy na Transfuzním oddělení.....	60
v Českých Budějovicích	
Menhart R.,	
Transfuzní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Bazální stimulace v péči o terminálně nemocnou teenagerku.....	60
s dg. glioblastoma multiformae	
Pástorová L.	
Onkologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Endobronchiální diagnostika a terapie sarkomu plic.....	61
Skříšovská M.	
Plicní a TBC oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.	
Pracovní úraz na stavbě.....	61
Majstr J.1,3, Procháška P.2	
1Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze	
2Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje	
3Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	

Ablace pterygia s autotransplantací spojivky

Járová N.1,2, Honner D.1

1Oční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

2Oční klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. LF UK

jarova.nikola@nemcb.cz

Úvod

Pterygium je benigní hyperplazie spojivkové fibrovaskulární tkáně přerůstající ze sklerální části spojivky na rohovku. Rozsahem malé léze nemusí způsobovat v podstatě žádné obtíže, u rozsáhlejších nálezů však často dochází k přerůstání léze do centra rohovky, indukci astigmatismu, případně i poškození Bowmanovy membrány, a tím ke snížení zrakové ostrosti. Hlavní léčebnou modalitou je chirurgické odstranění, avšak prostá operační ablace technikou „bare-sclera“ je zatížena velkou mírou recidivy (v literatuře se udává mezi 50 a 80 %). Operační přístup s použitím volného autotransplantátu spojivky snižuje riziko recidivy na 3–13 %, dalšího snížení tohoto rizika lze dosáhnout perioperačním podáním adjuvantního cytostatika (mitomycin C).

Vlastní kazuistika

V našem kazuistickém sdělení bychom chtěli prezentovat dva pacienty s komplikovaným nálezem recidivujících pterygií. První pacient nar. r. 1961 již podstoupil postupně od r. 1995 4x ablaci pterygia na oku pravém (OP) a 1x na oku levém (OL). Nyní přichází s recidivou pterygia na OL v podobě mohutného pruhu fibrovaskulární tkáně přerůstající přes centrum rohovky. Tento pruh vaziva stahuje oko do esotropie a v podstatě znemožňuje pohyb oka temporálním směrem. Druhý pacient nar. r. 1944 podstoupil operaci pterygia na OP v listopadu 2019. Nyní přichází s recidivou nálezu, kdy fibrovaskulární proliferace zasahuje do zorné osy a spojivková porce tkáně je mohutně zjizvená v podobě duplikatury, jež přirůstá k dolnímu víčku a stahuje jej do nesprávného postavení. U obou pacientů jsme použili techniku ablace pterygia na holou sklěru a za účelem zacelení defektu jsme aplikovali volný spojivkový autotransplantát. V obou případech jsme s ohledem na nález s potenciálně vysokým rizikem recidivy modifikovali postup peroperační administrací antimetabolitu mitomycinu C.

Podněty k diskusi, závěr

Ačkoli chirurgické řešení pterygia s užitím autograftu zahrnuje delší operační čas, je náročnější na zručnost operátora a vyžaduje delší pooperační hojení s nutností velmi dobré peri- i pooperační spolupráce pacienta, považujeme jeho užití v indikovaných případech, zvláště pak u komplikovaných či agresivních nálezů, za správné, ne-li přímo nutné. Oproti jiným známým technikám se srovnatelně nízkým rizikem recidivy, jako je například ablace pterygia s transplantací amniové membrány, je nespornou výhodou tohoto postupu dobrá dostupnost a menší finanční náročnost.

Akutní porucha vědomí

Novák M.

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

Mar.N@seznam.cz

Úvod

Bezvědomí, GCS 3, úraz hlavy, hyperpnoe, CT bez patologického nálezu, těžká metabolická acidóza, podezření na intoxikaci.

Vlastní kazuistika

53letá pacientka byla přivezena ZZS pro poruchu vědomí. Na místě byla vyhodnocena GCS 5 (E2-V2-M1), krevní ztráta byla na místě asi 300ml, podezření na kraniotrauma. Byla přivezena na Traumatologické oddělení, kde bylo zjištěno GCS 3 (E1-V1-M1), byla oběhově stabilní, s SpO₂ 99% bez O₂, výrazná hyperpnoe, byl přivolán lékař ARO. Při fyzikálním vyšetření byly zjištěny tržné rány v obličeji, četné hematomy a tržné rány na končetinách různého data. Bylo provedeno celotělové CT, které se ukázalo bez traumatických změn. Vzniklo podezření na metabolickou příčinu bezvědomí. Pacientka byla přijata na ARO. Zde proběhla sedace, zajištění dýchacích cest, UPV a volumoterapie. Provedly se standardní příjmové náběry (biochemie, KO, koagulace), toxikologický odběr (krev + moč), vyšetření krevních plynů, kde byla zjištěna výrazná metabolická acidóza (pH 6,79, pCO₂ 1,0 kPa, HCO₃ 3,8 mmol/l, laktát neměřitelný) se zvýšeným anion gap i osmolal gap. Vzniklo podezření na otravu methanolem či ethylenglykolem, a proto bylo zahájeno podání ethylalkoholu. Toxikologické vyšetření následně potvrdilo otravu ethylenglykolem (3,5g/l). Pro korekci těžké metabolické poruchy a urychlení vyloučení ethylenglykolu a jeho metabolitů byla zahájena CVVHD. V dalším průběhu došlo k rozvoji výrazné oběhové nestability s nutností podpory oběhu Noradrenalinem až 1ug/kg/min a následně i Empresinem. Hladina ethylalkoholu byla udržována kolem 1 g/l. Třetí den došlo ke snížení

hladiny ethylenglykolu na 0,06 g/l s normalizací hladiny laktátu a postupné úpravě metabolické acidózy (pH 7,29, pCO₂ 5,8 kPa, HCO₃ 19,9 mmol/l). Bylo možné snížení oběhové podpory a byla ukončena dialýza. V dalších dnech bylo ukončeno podávání ethanolu a došlo k postupné oběhové stabilizaci. Sedace byla snižována a pacientka se postupně probudila do dobrého kontaktu. Po splnění extubačních kritérií byla pacientka pátý den hospitalizace extubována. Pro elevaci zánětlivých parametrů a polymikrobie ve sputu se pokračovalo v antibiotické terapii. Sedmý den byla pacientka spolupracující, oběhově i ventilačně stabilní, přeložena na interní JIP. Na interní JIP pokračovala úprava vnitřního prostředí a terapie respirační infekce. Bylo provedeno psychiatrické konzilium, které potvrdilo suicidální tendence pacientky při opakovaných epizodách domácího násilí. Pacientka byla poté přeložena na psychiatrické oddělení, kde pokračuje terapie depresivního stavu se suicidálními tendencemi a řešení nepříznivé partnerské situace.

Podněty k diskuzi, závěr

Diferenciální diagnóza v tomto případě zahrnuje všechny akutně vzniklé poruchy vědomí. To znamená nejčastěji trauma hlavy s následným intrakraniálním krvácením, cévní mozkové příhody, akutně probíhající neuroinfekce nebo nádory. Po vyloučení strukturální léze na CT pak přicházejí v úvahu metabolické příčiny, nejčastěji související s diabetem, případně akutním jaterním či renálním selháním, nebo intoxikace. Dále sem můžeme zařadit i nekonvulzivní status epilepticus. Při rozlišení metabolické příčiny či intoxikace se poté řídíme podle příslušných laboratorních a toxikologických vyšetření. Závěrem bych chtěl především upozornit na výsledky pacientky, kdy ve vstupním vyšetření pozorujeme výraznou metabolickou acidózu s pH 6,79 a první měřitelnou hodnotu laktátu v krvi 26 mmol/l. Hodnoty laktátu nad 5 mmol/l jsou považovány za výrazný negativní prognostický marker mortality u kriticky nemocných pacientů a hodnoty pH v rozmezí 6,7–6,8 jsou považovány za neslučitelné se životem.

Aloplastika hernia incisional s resekcí adheroovaného střeva

Bárta P.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
barta.petr@nemcb.cz

Úvod

Případ pacientky s objemnou kýlou v jizvě po operačním výkonu

Vlastní kazuistika

Případová studie zabývající se 60letou ženou bez závažných komorbidit s kýlou v jizvě. Pacientka před dvěma lety absolvovala chirurgický zákrok v břišní dutině pro perforovaný vřed žaludku s vážnými pooperačními komplikacemi, mezi nimi rozpadem laparotomie s nutností krytí defektu sítkou.

Naši herniologickou ambulanci navštívila pro objemnou kýlu v jizvě, v terénu ne zcela zhojeného defektu po plastice. Kýla postupně nabývala na objemu, poruchu střevní pasáže či bolesti pacientka neudávala. Již předoperačně byly z CT pořízeného při původní hospitalizaci patrné adheze střevních kliček k síťce a fibrosní přeměna břišních svalů.

Při iniciálním vyšetření v červenci roku 2020 byl výkon označen za technicky proveditelný, bylo však třeba plné zhojení kůže břicha. Pacientka byla proto pozvána na další kontrolu přibližně za půl roku, kdy byl však výkon pro celkový stav pacientky kontraindikován. Pacientce byla doporučena redukce hmotnosti a zlepšení celkové kondice. Za dalších šest měsíců tedy v květnu 2021 pacientka skutečně zhubla asi 9 kg a byla indikována k výkonu.

Zákrok samotný spočíval ve vytěti původní jizvy a otevření kýlního vaku o velikosti asi 30x30 cm. Dále bylo nutné odstranit původní sítku. K té byl však přirostlý žaludek, colon transversum, omentum a konvolut tenkých kliček. Většinu adhezí bylo technicky možné přerušit, ale plošné adheze ke kličkám distálního jejunu si vyžádaly resekci tohoto konvolutu o délce přibližně 15 cm a následné vytvoření end-to-end anastomosis.

Poté byl v terénu fibrosně změněných svalů pro novou sítku vytvořen retromuskulární prostor separací zadních listů musculus rectus abdominis a oboustrannou separací musculi transversi abdominis. Tento prostor v kraniokaudálním směru sahal od processus xiphoideus po symphysis pubica. Následně byl částečně resekován a uzavřen kýlní vak. Do takto vytvořeného prostoru mohla být implantována síťka o rozměrech 30x30 cm. Byly vloženy dva drainy k síťce a jeden do podkoží a po vrstvách uzavřena břišní stěna.

Během pooperačního období byla pacientka přechodně hospitalizována na jednotce intenzivní péče, odkud mohla být pátý pooperační den přeložena na standardní lůžkové oddělení. Během celé této doby nedošlo k mimořádnostem. Střevní pasáž se zcela obnovila, operační rány se zhojily bez komplikací a pacientka mohla být desátý pooperační den dimitována. Toho času nejsou informace o případných pozdních komplikacích.

Podněty k diskuzi, závěr

Jedná se o klinicky poměrně zajímavý případ ilustrující technickou náročnost reoperací v terénu břicha s již implantovanou sítkou.

Podnětná je též diametrálně odlišná dynamika pooperačního průběhu po akutní operaci, jenž byl doprovázen vícečetnými závažnými komplikacemi, a po operaci plánované, které předcházela náležitá předoperační příprava, po níž ke komplikacím naopak nedošlo.

Ani očkování zápalu plic nezabrání?

Dudlíčková L.

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.

lcejhonova@nemst.cz

Úvod

Zápal plic patří k nejčastějším infekcím v dětském věku, které vyžadují hospitalizaci a intravenózní podávání antibiotické terapie. Proti jednomu z nejčastějších vyvolavatelů, pneumokokovi, je možné nechat děti očkovat jednou ze dvou dostupných vakcín. Vakcíny neposkytují stoprocentní ochranu nejen proti všem typům pneumokoka, ale ani proti typům ve vakcínách obsažených. Takovou vakcínou byl očkován i chlapec, o kterém pojednává kazuistika.

Vlastní kazuistika

Tříletý Patrik byl přijat pro tři dny trvající febrilie hůře reagující na podání antipyretik, suchý dráždivý kašel a zvracení. Jednou měl průjmovitou stolicí. Před třemi dny byla navíc lékařkou ORL provedena paracentéza pro bolesti levého ucha. Výsledek kultivace stěru nebyl toho času k dispozici. V krevních náběrech byla zjištěna výrazná elevace zánětlivých markerů. Diagnóza pneumonie byla potvrzena dle RTG ještě v den příjmu, v moči byl navíc pozitivní pneumokokový antigen. Zpočátku se jednalo o obvyklý průběh infekce, kdy došlo po úvodní intravenózní antibiotické terapii Ampicilinem a podpůrné terapii (včetně kortikoterapie) k uspokojivému poklesu laboratorních zánětlivých markerů a zlepšení klinického stavu. Nedošlo však k vůbec žádné regresi plicního ložiska na RTG. Abscesové ložisko se dle RTG nezdálo pravděpodobné. Klinický stav se přechodně mírně zhoršil, terapie byla proto eskalována o makrolidy a hledal se jiný původce pneumonie, který se ale v žádném vyšetření nenašel. Ve stěru z ucha vyšel pozitivní pneumokok. Ani na dalším RTG snímku nebyla však patrná regrese ložiska, zdánlivě byl stále bez abscesu. Dle následně provedeného CT nálezu byla ovšem zjištěna abscedovaná pneumonie s nástěnným fluidothoraxem. Chlapec byl přeložen na vyšší pracoviště k provedení aktilyzy plic, kde se plně zotavil. V kazuistice je shrnut postup, který jsme zvolili na našem pracovišti.

Podněty k diskuzi, závěr

Patrik byl řádně očkován proti pneumokové infekci, jiný původce jeho infekci však nebyl nalezen. Dle následné typizace pneumokoka se jednalo o typ, jenž byl přímo součástí vakcíny, kterou byl chlapec očkován. Měl Patrik opravdu současně dvě invazivní pneumokokové infekce, ačkoli byl řádně očkován?

Bellova obrna jako všední diagnóza

Mífková E.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

e.mifkova@gmail.com

Úvod

Osmnáctiletá pacientka s průvodní klinikou obrny n. facialis, přechodné zlepšení, krátce po dimisi projevy nových obtíží, důkladně vyšetřena a s využitím zobrazovacích metod vyslovena konečná diagnóza.

Vlastní kazuistika

Osmnáctiletá pacientka s typickou klinikou parézy n. facialis, nejasné etiologie, byla přijata k dovyšetření na dětské oddělení. Začátek obtíží datuje na týž den ráno, zpočátku udává parestezie tváří, poté asymetrii obličeje. V rodinné anamnéze bez nápadností. V osobní anamnéze je údaj o vyšetřování v pěti letech pro suspekci na revmatické onemocnění, které nebylo potvrzeno. Očkována byla řádně dle kalendáře, proběhlo navíc očkování FSME. Je vegetariánka. Klíště v anamnéze nemá několik let. Ofouknutí není vyloučeno, studuje v Praze kam dojíždí vlakem, ve vlaku je často zapnutá klimatizace nebo otevřená okna. Vstupně v krevních odběrech zánětlivé parametry negativní, ostatní nález bez nápadností. Anamnestické protilátky IgG proti klíšťové encefalitidě. Bylo provedeno neurologické a oční vyšetření a pacientka byla zacvičena v rehabilitaci. Vzhledem k poměrně lehkému klinickému nálezu, negativním zánětlivým parametrům, negativní serologii borrelii a údaj o možné etiologii vzniku e frigore nebyly po domluvě s dětským neurologem provedeny invazivní vyšetřovací metody typu lumbální punkce. S doporučením pokračování v rehabilitaci, užívání vitaminů a další podpůrné terapii, vyvarování se prochladnutí či ofouknutí byla propuštěna do domácí péče s diagnózou Bellovy obrny vzniklé e frigore. Po třech dnech se vrací pro pocity dysestezie pravé ruky a pravého chodidla a nártu, které při minulé hospitalizaci neudávala. Pocit v ruce se neustále zhoršuje, hybnost je zachována. Při odběru anamnézy se neobjevuje nic nového kromě údaje v rodinné anamnéze o roztroušené skleróze u matčiny sestry. Kvůli charakteru obtíží byla provedena magnetická rezonance mozku. Na základě nálezu byla provedena lumbální punkce a výsledky byly odeslány i do laboratoře Topelex s.r.o. Výsledky byly konzultovány s českobudějovickým neurologickým oddělením, byla zahájena terapie dle jejich doporučení a pokračovalo se i v podpůrné vitaminoterapii. Pacientka dále pokračuje v intenzivní rehabilitaci a její stav se na léčbě lepší. Klinicky

přetrvává lehká paréza levého ústního koutku a dysestezie v ústech. Rodiče i pacientka byli opakovaně poučeni o charakteru diagnostikovaného onemocnění. Ve spolupráci s neurologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a.s. byla domluvena další ambulantní schůzka. Pacientka byla propouštěna s doporučením pokračování v intenzivní rehabilitaci. Byla rozepsána následná terapie k domácímu léčení, podpůrná terapie vitaminy a očními lubrikancii. Vzhledem k charakteru diagnózy byla pacientce a rodině doporučena psychologická intervence.

Podněty k diskusi, závěr

Bylo na místě provést lumbální punkci již při první hospitalizaci pacientky vzhledem k tehdejším udávaným klinickým obtížím?

Závěrem bych ráda zdůraznila důležitost důsledného odběru osobní a rodinné anamnézy.

Bodné poranění břicha a střelné poranění hlavy

Neumitka P., Chalupa R.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.
neumitka.pavel@gmail.com

Úvod

Předmětem kazuistiky je bodné poranění břicha vlevo od pupku a střelné poranění hlavy v oblasti P temporální krajiny po suicidálním pokusu.

Vlastní kazuistika

Pacienta J. M. narozeného v roce 1949 (spádem okres Písek) přivezl vůz RZP na příjmovou chirurgickou ambulanci v Nemocnici Strakonice pro bodné poranění v oblasti břicha vlevo od pupku a střelné poranění hlavy v oblasti P spánku. Pacient byl v minulosti léčen pro DM. II., hypertenzi, hypertrofii prostaty nebo steatosu jater. Předchozí den se pokusil o suicidium, když se střelil flobertkou do P spánku a následně bodl nožem do oblasti břicha vlevo od pupku. Nalezen byl až druhý den. Pacient při příjmu vykazoval známky vědomí s normotenzními hodnotami tlaku a pulzu. CT břicha prokázalo pneumoperitoneum bez poranění nitrobřišních orgánů. RTG lebky prokázal přítomnost kovového materiálu frontoparietálně, kontinuita kostních struktur lebky nebyla porušena. Hb byl laboratorně 113 g/l. Po zhodnocení celkového stavu pacienta, provedení laboratorních a zobrazovacích vyšetření jsme přistoupili k explorativní střední laparotomii nad a pod pupkem. Bodný kanál směřoval směrem do P podbřišku. Revize dutiny břišní odhalila hemoperitoneum s koaguly a zdroj krvácení byl shledán ve velkém omentu a přímém břišním svaly. Velké omentum bylo částečně resekováno. Při revizi nebylo odhaleno další poranění nitrobřišních orgánů. Bodnou ránu jsme vypláchli a sešili fascii, poraněný přímý břišní sval a adaptačně kůži. Až následně se přistoupilo k řešení střelné rány na hlavě temporálně vpravo. Provedla se excize okrajů rány a extrakce 3 střel, jednalo se o zástřel. Další pooperační průběh byl bez komplikací, pacientův stav se postupně stabilizoval bez dalších suicidálních tendencí. Následně byl pro další rekonvalescenci domluven překlad pacienta na chirurgické oddělení do Nemocnice Písek.

Podněty k diskusi, závěr

Střelná poranění patří mezi traumata s nejvyšší smrtností, která přesahuje 90%. Dělíme je na válečná a civilní. Právě mezi civilními je vysoké procento suicidálních pokusů s velmi vysokým rizikem úmrtí. Lepší prognóza válečných poranění je zejména díky ochraně vojáků. Přestože střelná poranění hlavy spadají převážně pod obor neurochirurgie, ve vybraných případech jako byl tento, kdy projektil neprošel přes lebeční kost do mozku, se konečné ošetření rány provedlo na chirurgickém oddělení v Nemocnici Strakonice. V případě bodného poranění břicha bylo prvotním cílem zastavit krvácení, zhodnotit stav břišních orgánů, zrevizovat ránu a stabilizovat stav pacienta. V tomto případě bylo po posouzení rozsahu poranění břicha a hlavy přistoupeno nejdříve k operaci břicha. Pozice projektilu umožnila zvolit právě tento terapeutický postup.

Bodné poranění perianální krajiny

Michková K.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.
karol.michek@gmail.com

Úvod

Bodné poranění perianální krajiny demonstrováno na dvou kazuistikách, jako sdružené poranění orgánů malé pánve a jako izolované pararektální poranění.

Vlastní kazuistika

31letý muž byl přijat po pádu v lese pro penetrující poranění perianální krajiny. Bodný kanál perforující stěnu rekta, na konci kanálu suspektně hmatné cizí těleso, hematurie. CT malé pánve potvrdilo perforaci stěny rekta i podezření na perforaci spodiny močového měchýře. Po nezbytné přípravě operační revize v celkové anestezii byla nejprve

provedena diagnostická cystoskopie s nálezem extraperitoneální traumatické ruptury močového měchýře, následně diagnostická laparoskopie a vyvedení protektivní axiální sigmoideostomie. Byla provedena revize rány perinea s extrakcí cizího tělesa a ošetřením lézí rekta a trubicový drén bodným kanálem pararektálně. Pooperačně byl pacient bez komplikací, byla provedena postupná obnova pasáže a zkracování až extrakce drénu. Cystografie bez úniku kontrastní látky a následná extrakce močového katetru. Po třech měsících od úrazu bylo provedeno úspěšné zanoření stomie. Do kontrastu dána kazuistika 4letého chlapce se stejným mechanismem vzniku poranění, tedy nasazení na tyčový předmět. Chlapec byl přijat po pádu do květináče taktéž pro bodné poranění perianální krajiny. Trauma bylo opět nemalého rozsahu a rovněž vyžadovalo ošetření v celkové anestezii. Bodný kanál byl hloubky cca 7 cm. Naštěstí však šlo o izolované pararektální poranění bez zasažení orgánů malé pánve.

Podněty k diskusi, závěr

Poranění perianální krajiny a rekta nepatří k frekventovaným traumatům. Je tedy třeba mít na paměti závažnost těchto poranění, která při špatné diagnostice mohou končit fatálně. V obou demonstrovaných případech se jednalo o nízkoenergetický mechanismus úrazu, rozsah a závažnost poranění ovšem byla značná. Zejména u bodných poranění může ústí bodné rány vypadat jako zranění povrchové a bodný kanál může ve skutečnosti zasahovat hluboko do retroperitonea. V obou uvedených případech proběhla včasná a správná diagnostika následovaná neprodleným ošetřením a zahájením antibiotické terapie, čímž bylo zejména zamezeno závažným komplikacím. Na závěr bych ráda vyzdvihla nutnost mezioborové spolupráce, jak v rámci diagnostiky, tak léčby.

Bolesti pravé nohy u tříleté pacientky

Rozhoňová M., Smrčka V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
rozhonova.marketa@seznam.cz

Úvod:

Tříletá pacientka D. N. byla vyšetřována pro bolesti pravé nohy. Rozsáhlé vyšetření dlouhou dobu nevedlo k identifikaci původu obtíží.

Vlastní kazuistika:

V polovině září dívka prodělala horečnaté nachlazení s rýmou, týden poté si začala stěžovat na bolesti pravé nožičky. Ukazovala střídavě na stehno, lýtko a koleno, začala kulhat a měla tendenci pravou nohu šetřit. Byla vyšetřena u praktického lékaře, zde byla zjištěna elevace zánětlivých parametrů a podán čípek s kortikosteroidem s přechodným zlepšením obtíží. Bolesti nožičky se však vrátily, docházela dále na ortopedické kontroly a vzniklo podezření na parainfekční zánět kyčelního kloubu. Na UZ kyčlí výpotek nebyl zachycen, RTG kyčlí bez patologie. Dívka byla léčena nesteroidními antiflogistiky a opět došlo přechodně k ústupu bolesti.

Při dalším zhoršení stavu se přidala bolest pravého bérce, opět epizoda subfebrilií. Pro dlouhodobý charakter obtíží byla dívka odeslána v polovině října k dovyšetření na naše pracoviště.

Ve vstupních odběrech byla zjištěna elevace zánětlivých parametrů. Krevní obraz včetně diferenciálu bez patologie, mírná anemie (leukocyty: $5,2 \cdot 10^9/l$, hemoglobin: $107 g/l$, trombocyty: $263 \cdot 10^9/l$). Ve snaze objasnit původ obtíží byla provedena četná laboratorní vyšetření, UZ kyčlí s mírným výpotkem a UZ břicha bez patologie. V průběhu hospitalizace byla dívka afebrilní, došlo k poklesu zánětlivých parametrů a byla schopna chůze s lehkým šetřením pravé končetiny. Revmatologické konzilium neobjasnilo etiologii obtíží, v kloubech dolních končetin byl pohyb volný. Dívka byla propuštěna do dalšího pravidelného revmatologického ambulantního sledování.

Na začátku listopadu však dívka doma přestala chodit a bolesti nožky nyní popisuje i při oblékání, nechce sedět, opět epizoda febrilií. Další vyšetřování bylo zaměřeno na zobrazení kostí. Dle RTG na sedací kosti byla patrná linie projasnění, susp. hojící se trauma? Na scintigrafii skeletu velmi diskrétní ložiskové zvýšení kostního metabolismu v oblasti SI skloubení.

Při přetrvávajících nejasnostech bylo provedeno MRI pánve a kyčlí, zde víceložiskový skeletární proces s infiltrací měkkých tkání v okolí. Největší ložisko v sedacím hrbole. Při opětovném návratu bolestí lokalizovaných nyní hlavně do zad byla provedena punkce kostí dřeně.

Morfologické zhodnocení nátěrů kostní dřeně prokázalo infiltraci kostní dřeně leukemickými buňkami. Průtoková cytometrie kostní dřeně a také periferní krve potvrdila akutní lymfoblastickou leukemii z prekurzorů B řady.

V polovině listopadu zahájena léčba podle studie AIEOP- BFM ALL 2017.

Závěr:

Klasický obraz rozvíjející se leukemie zahrnuje zvětšení lymfatických uzlin, hepatosplenomegalii a hemoragickou diatézu. Avšak ani jeden z těchto příznaků nemusí být přítomen, jako u naší pacientky. Jediným příznakem mohou být stěhovavé bolesti končetin (většinou právě dolní končetiny), dále může být postižen ramenní kloub či páteř. Krevní obraz bývá většinou patologický, typicky s normocytární anemií, leukocytózou, méně často leukopenií, trombocytopenií. Průběh je většinou rychlý, v řádu dní. U malých dětí může být rozvoj onemocnění i pomalejší. V takovém případě je často krevní obraz normální po dlouhou dobu a bez detekovatelných patologických blastů.

Cílená biopsie prostaty pomocí fúze obrazů sonografie a magnetické rezonance

Černý J.1, Šefránek J.2, Straka O.1, Doubková E.2

1Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

cerny.jiri@nemcb.cz

Úvod

Cílená biopsie prostaty pomocí fúze obrazů sonografie a magnetické rezonance snižuje počet biopsií, které je nutné provést ke stanovení diagnózy signifikantního karcinomu prostaty.

Vlastní kazuistika

Na případu pacienta žijícího léta s podezřením na karcinom prostaty prezentujeme novou diagnostickou metodu, recentně zavedenou v Nemocnici České Budějovice, a.s., která snižuje počet biopsií prostaty s falešně negativním výsledkem a zvyšuje pravděpodobnost detekce signifikantního karcinomu prostaty u mužů s vysokým PSA. Pacient S. M. podstoupil během 10 let sledování PSA pět systematických biopsií prostaty vždy s benigním výsledkem histologie. Před rokem byl vyšetřen pomocí mpMRI prostaty. Vyšetření odhalilo ložisko ve ventrální partii prostaty vysoce podezřelé z karcinomu. Pomocí metody fúze obrazu magnetické rezonance a in situ transrektální sonografie byla transrektálně provedena cílená punkční biopsie tohoto ložiska. Patologem byl z biopsie z ložiska popsán acinární adenokarcinom prostaty GS 4+3 se středním stupněm rizika. Pacient byl indikován k roboticky asistované radikální prostatektomii. Dnes je půl roku po úspěšné miniinvazivní operaci a nadále dispenzarizován.

Podněty k diskusi, závěr

V současné době jsou všichni muži, u kterých trvá v rámci sledování podezření na karcinom prostaty i po první biopsii prostaty, vyšetřeni mpMRI. V případě, že rentgenolog popíše ložisko prostaty suspektní z karcinomu, podstupují tito muži cílenou biopsii s pomocí fúze obrazů MRI a sonografie. Do budoucna lze očekávat, že mpMRI prostaty budou vyšetřeni všichni muži ještě před zvažovanou primobiopsií.

Co všechno se může zvrtnout

Kerekanič M., Grubhoffer M., Štoková M., Fiedler J.

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

martin.kerekanic@gmail.com

Stenóza krkavice má zvýšené riziko ischemické cévní mozkové příhody, proto je pro pacienty karotická endarterektomie řešením, které toto riziko výrazně snižuje.

Naše pacientka přichází do naší ambulance s progredující asymptomatickou stenózou karotid oboustranně, více vpravo, kde je navíc i rizikový plát. Již má nasazenou sekundární prevenci iktu a vzhledem k nálezům je doporučena karotická endarterektomie vpravo. Výkon probíhá bez komplikací a po 24hodinové observaci na naší JIP je pacientka přeložena na standardní lůžko. Na druhý den ráno začíná pacientka udávat bolesti na hrudi, proto provádíme odběr kardiomarkerů. Je natočeno EKG a přivolán kardiolog, který nález hodnotí jako NSTEMI a pacientka je přeložena na kardiologii. Je provedena selektivní koronarografie a zjištěna nemoc 3 tepen. Po semináři kardiocentra je indikována k aortokoronárnímu bypassu. Po výkonu je nutná podpora noradrenalinem a stav je komplikován perioperačním IM a navíc i iCMP v pravostranném povodí s levostrannou hemiplegií. Stav je nadále komplikován rozvojem SIRS, srdečním selháním, pleurálním výpotkem s nutností punkce a nově zjištěnou trombózou LDK. Stav pacientky se postupně zlepšuje, nadále probíhá RHB a hemiplegie se postupně upravuje. Na kontrolním CTAG karotid je nalezen intimální flap po operaci pravé karotidy a pacientka je proto indikována k DSA s implantací stentů. Výkon je ale komplikován krvácením do retroperitonea po vpichu z třísla s nutností oběhové podpory a následnou chirurgickou revizí se suturou cévy. Jako vedlejší nález byly zjištěny těžké aterosklerotické změny pánevních a femorálních tepen oboustranně. Pacientka je poté propuštěna do domácí péče k rekonvalescenci. Na kontrole v naší ambulanci se cítí dobře, udává pouze klidové bolesti LDK. Levostranná hemiplegie je již zcela kompletně upravena a kontrolní ultrazvuk karotid je příznivý. Nyní je v plánu ošetření ICHDK v cévním týmu.

V naší kazuistice bych rád poukázal na to, že i správná indikace k výkonu a snaha pacientovi pomoci může vést k dalším problémům, které prodlužují hospitalizaci pacienta. I nekomplikovaná operace tak může být začátkem komplikací. Dále bych chtěl poukázat na multioborovou spolupráci v naší nemocnici, díky které bylo pacientce včas umožněno překonat veškeré potíže.

COVID-19 u kojence

Melmer I.

Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.
ivanmelmer@seznam.cz

Úvod

Infekce virem SARS-CoV-2 bývá u většiny dětí asymptomatická či jen s lehkým průběhem bez vážnějších následků. Pokud u dítěte dojde k rozvoji příznaků, mohou být velmi variabilní, a proto neexistuje typický průběh. S odstupem času se navíc nezávisle na vážnosti průběhu onemocnění mohou objevovat různé komplikace, z nichž nejvíce obávanou, jenž může být i fatální, je PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome). V praxi je tedy diferenciální diagnostika velmi široká a i přes veškeré moderní metody může být někdy stanovení konečné diagnózy nejednoznačné. Příkladem toho je následující kazuistika, která zachycuje výjimečný případ, se kterým jsme se setkali u nás na okresním dětském oddělení. Na první pohled klasický obraz běžné gastroenteritidy, která však měla nečekaně dramatický průběh vyžadující hospitalizaci na několika specializovaných pracovištích.

Vlastní kazuistika

Naše pacientka je 2,5 měsíční kojenec, který přichází na doporučení praktického lékaře pro obraz gastroenteritidy s klinicky výraznou dehydratací. Z anamnézy víme, že v rodině i u pacientky samotné byla před 3 dny potvrzena infekce COVID-19. U nás na oddělení byla zahájena parenterální rehydratace a symptomatická léčba bez výraznějšího efektu, laboratorně dominuje metabolická acidóza, v krevním obraze je leukocytóza s posunem vlevo a trombocytóza. Po 16 hodinách od přijetí se objevují desaturace a tonicko-klonické křeče. Pacientku proto překládáme na jednotku intenzivní péče dětského oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice.

Po překladu přetrvává metabolický rozvrat vyžadující podání i. v. bikarbonátů a výrazné průjmy s intolerancí perorálního příjmu. Zahajuje se ATB léčba a po zavedení centrálního žilního katetru je převedena na plnou parenterální výživu. Následně se stav zlepšuje a zánětlivé markery se normalizují. Neurologicky bez lateralizace, křeče se neopakují, 4. den však nastává opět zhoršení stavu. Přichází nová vlna febrilií, laboratorně stoupají zánětlivé parametry a rozvíjí se septický stav. V krevním obraze se objevuje leukopenie, významná anemizace a rychle progredující trombocytopenie. Opakovaně jsou podávány transfuze a trombonáplavy. Pro koagulopatii odpovídající DIC je zajištěna substitucí koagulačních faktorů a LMWH. V hemokultuře vychází E. Coli, dobře citlivá. Kromě elevace zánětlivé aktivity jsou v laboratoři známky postižení myokardu. Doplněné kardiologické vyšetření je však bez patologie. V rámci diferenciální diagnostiky je pomýšleno i na hematologickou malignitu, proto je přistoupeno k odběru vzorku kostní dřeně s nálezem redukované červené řady, aktivovaných makrofágů a hemofagocytujících buněk. Vzhledem ke zvažované diagnóze hemofagocytující lymfohistiocytózy (HLH syndrom) je pacientka přeložena na kliniku dětské hemato-onkologie do Fakultní nemocnice v Motole.

Po převzetí jsou podávány imunoglobuliny, dále je zahájena kortikoterapie a nasazena antihypertenzní léčba. Následně se klinický stav i laboratorní výsledky postupně zlepšují.

Případ uzavřen jako PIMS / sekundární HLH spojen s COVID-19. Vedlejší diagnózou je sekundární hypertenze při kortikoterapii. Po stabilizaci trombocytopenie je zahájena antikoagulační léčba. Zbytek hospitalizace je již pacientka kardiopulmonálně kompenzována s normálním neurologickým nálezem, a tak může být propuštěna do domácí péče a k ambulantnímu sledování.

Podněty k diskusi, závěr

Zpočátku rutinní případ s jasným terapeutickým cílem se může stát diagnostickým hlavolamem.

Incidence PIMS může být proměnlivá v závislosti na epidemiologické situaci. Vyskytuje se zpravidla 4–6 týdnů po prodělané infekci COVID-19. Pacienti jsou většinou doposud zdravé děti bez komorbidit.

Klinický obraz je podobný s Kawasakiho syndromem. Na PIMS je třeba pomýšlet u pacientů s prolongovanými febriliemi a výraznou elevací zánětlivých markerů, pokud vyloučíme jiné běžnější příčiny. Kauzální léčba není, cílem je tlumení zánětlivé odpovědi a symptomatická terapie.

PIMS vzhledem k náročné diferenciální diagnostice a nutnosti mezioborové spolupráce není pouze pediatrickým tématem.

DASHBOARD INJURY

Hrubá M.

Traumatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
mich.hrubá@gmail.com

Úvod:

27letá pacientka byla poraněna při autonehodě osobního vozu 10. 10. 2020. Došlo k poranění obou proximálních femurů a pravého lýtky. Zpětně přiznává, že měla DKK položené na palubní desce. I přes intenzivní akutní terapii došlo k rozvoji nekrózy a infektu P lýtky s častými exacerbacemi, které vyžadovaly opakované revize a několikrát i intenzivní i. v. a následně p. o. ATB terapii. 25. 6. 2021 bylo lýtko finálně zhojeno, avšak persistují obtíže s P kyčlí a paréza n. suralis.

Vlastní kazuistika:

27letá pacientka byla přivezena leteckou záchrannou službou dne 10. 10. 2020 jako účastnice dopravní nehody – spolujezdkyně v osobním automobilu při čelní srážce, vyprošťována, na místě hypotenze. Vstupní CT polytrauma scan dle obvyklého protokolu – subtrochanterická zlomenina P femuru, luxační zlomenina L femuru Pipkin IV, rána P lýtky a rozsáhlé poranění hlezna – zlomenina processus anterior patní kosti, os cuneiforme intermedium a laterale, os cuboideum a IV. MTT.

Na operačním sále byla ještě téhož dne akutně provedena repozice luxace L kyčle, osteosyntéza P femuru pomocí hřebu a revize rozsáhlého poranění P lýtky: parciální léze m. gastrocnemius, částečná léze m. soleus a přítomnost cizích těles – plasty. Dále 12. 10. 2020 doplněna osteosyntéza hlavice femuru vlevo pomocí šroubů a 14. 10. 2020 osteosyntéza komplexního poranění hlezna.

Vzhledem k obtížnému hojení a přetrvávající sekreci z lýtky byla dne 9. 11. 2020 provedena revize rány PDK a naložení VAC systému – podtlakový systém umožňující odvod nahromaděné tekutiny a podporující tvorbu granulací. Dále pravidelné převazy a výměny systému VAC, s odstupem sejmutí VAC, převazy dále na lůžku a později i ambulantně. 7. 12. 2020 proběhl příjem k operaci – původně lékařem plastické chirurgie kožní štěpy, avšak vzhledem k peroperačnímu nálezu – přítomna sekrece z rány, povlaky – jen debridement a parciální sutura, opět propuštění, převazy ambulantně.

11. 1. 2021 při kontrolním RTG a vyšetření stran poranění obou kyčlí a hlezna opět přítomna sekrece z lýtky, ATB terapie – kultivačně přítomna *Pseudomonas aeruginosa* citlivá na Ciprofloxacin, ambulantní léčba a pravidelné převazy, postupná progrese. 19. 2. 2021 vzhledem k dalšímu zhoršení lokálního nálezu byla opět provedena operační revize – nekrotické hmoty m. gastrocnemius, obnovena intravenózní ATB terapie, 3. 2. 2021 dimise a ambulantní léčba s převazy a ATB v tabletové formě.

23. 3. 2021 přichází pacientka pro obtíže a bolest lýtky. Doplněn USG žil DKK (vzhledem k tomu, že pacientka po celou dobu není plně vertikalizována, většinu času se pohybuje na invalidním vozíku, je vyšší pravděpodobnost výskytu trombozy i přes profylaxi Clexane), proveden USG žil, DKK však zcela negativní. Následně proběhla kontrola RTG obou kyčlí a hlezna – pravděpodobný pakloub P femuru a byla zahájena intenzivní RHB cestou REO.

1. 6. 2021 byla pacientka opět přijata k revizi rány pro sekreci a obtíže. Po konzultaci s lékařem plastické chirurgie však taktéž persistence kontraktury hlezna, která téměř znemožňuje dorsální flexi i přes intenzivní RHB a dobrou spolupráci pacientky. Proto byl na 8. 6. 2021 naplánován výkon: vytnutí jizvy, jizevnatého gastrocnemiu, píštěle a snesení neuromu n. cutaneus cruris lateralis. Po propuštění s ATB p. o. poté při kontrolách v průběhu měsíce června bylo lýtko již plně zhojeno.

Pacientka nyní začíná intenzivně rehabilitovat, plánována RHB cestou REO a Kladrub. Nyní je bez obtíží stran lýtky, ale přetrvávají obtíže v oblasti P femuru.

Podněty k diskusi a závěr:

Jednalo se již primárně o hlubší infekci měkkých tkání, či byla sekrece způsobena nekrotickými hmotami m. gastrocnemius a infekce byla až následkem?

Měl být primární debridement radikálnější?

Je tedy stav vyřešen již trvale, nebo hrozí opět reaktivace infektu?

Dum spiro spero**Valevský J.**

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s
jardavalda@seznam.cz

Úvod:

Pacientka byla přijata na infekční oddělení pro COVID-19 bilaterální těžkou pneumonii postupně až s obrazem splývavých opacit typu mléčného skla, kde byl normální parenchym plic téměř nepřítomný. RES péče včetně UPV na ARO neindikována. Pacientku se podařilo na COVID-JIP zachránit a postupně vrátit do plnohodnotného života.

Vlastní kazuistika:

V. L., 54 let - jedná se o pacientku s morbidní obezitou (BMI 45), hypertenzí a diabetem mellitus II. typu s polyneuropatií hospitalizovanou na podzim roku 2020 na Infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice pro COVID-19 bilaterální těžkou pneumonii. Nejprve byla přijata na standardní oddělení, následně pro nepříznivý respirační vývoj na jednotku intenzivní péče, kde byla zahájena neinvazivní ventilační podpora HFNO (vysokoprůtokové oxygenoterapie) a NIV (přetlakové neinvazivní ventilace). Na CT bylo zjištěno masivní postižení obou plicních křídel intersticiální pneumonií s obrazem splývavých opacit typu mléčného skla, normální parenchym prakticky nepřítomen. Krevní plyny se známkami těžké globální respirační insuficience. Překlad na resuscitační stanici oddělení ARO nebyl indikován s odůvodněním, že nelze od RES terapie se sedací a UPV očekávat zlepšení prognózy. U pacientky v kritickém stavu se zdánlivě infaustní prognózou se nadále paralelně prolínala plně vyjádřená aktivní terapie covidové pneumonie a přidružených chorob se symptomatickou léčbou, zejména analgesií a potlačení respiračního diskomfortu a dušnosti. Po více než dvou týdnech stacionárně nepříznivého stavu při neinvazivní

ventilační podpoře dochází ke zlepšení klinického stavu i radiologického nálezu s regresí infiltrativních změn na plicích. Pacientka byla propuštěna po měsíci hospitalizace domů v celkově dobrém stavu. Po tříměsíčním zhodnocení radiologického nálezu plic metodou HRCT je taktéž bez výrazných pozoruhodností.

Podněty k diskuzi, závěr:

U covidových pacientů v kritickém stavu se zdánlivě infaustní prognózou by měla paralelně probíhat plně vyjádřená aktivní terapie souběžně se symptomatickou léčbou a tým starající se o pacientku by měl do poslední chvíle poskytnout aktivní léčbu. Aktivní ventilační podpora, dechová rehabilitace, nutriční podpora a tromboprofylaxe mohou vést ke zvýšení šance na přežití. Současně je však nutné zajistit kontrolu symptomů tak, aby diskomfort prožívaný pacientem nepřekročil meze únosnosti. Až při neúspěchu takto vedené léčby a shodě celého týmu lze zvažovat plný přechod na paliativní terapii. Nabízí se však i úvaha, zda byla pro pacientku jedinou šancí na přežití hospitalizace na COVID-JIP s možnostmi ventilační podpory pouze HFNO a NIV, nebo zda neměla být včas přijata na ARO do RES péče s event. možnostmi UPV (nebo i ECMO).

Dva kamarádi

Muselová A., Smrčka V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
MuselovaAneta@nemcb.cz

Úvod

Případ desetiletého pacienta se zhoršující se poruchou vědomí.

Vlastní kazuistika

Dva desetiletí chlapci se srazili hlavami. U jednoho z nich poté došlo ke zvracení a poruše rovnováhy. Pro podezření na komoci byli oba chlapci vyšetřeni ve spádové nemocnici. Při vyšetření chlapce nastala porucha vědomí – GCS 6, proto bylo provedeno CT mozku, kde bylo popsáno suspektní subarachnoidální krvácení. Pro zhoršující se vědomí byl pacient převezen leteckou záchranou službou na JIRP DEO.

Při příjezdu na naši JIRP se pacientův stav lehce zlepšil – GCS 11. Po hodině došlo opět ke zhoršení stavu, proto bylo provedeno akutně kontrolní CT. Zde byl popsán normální nálezu mozku nevysvětlující stav pacienta. Vzápětí telefonicky informovalo DEO spádové nemocnice, že u druhého kamaráda, který je tam pro komoci hospitalizován, také dochází ke zhoršení vědomí. Pro doplnění širší diferenciální diagnostiky byla nabrána toxikologie a hladina alkoholu v krvi, přestože rodiče negují, že by děti měly k alkoholu přístup či doma nějaký alkohol chyběl. Po hodině hlásila laboratoř telefonicky hladinu alkoholu v krvi chlapce 2,38g/l a záhadná příčina poruchy vědomí desetiletých chlapců se vysvětlila. Druhý den chlapec již bez poruchy vědomí tajně požití alkoholu s kamarádem přiznal. Odpoledne byl v celkově dobrém stavu propuštěn.

Podněty k diskusi, závěr

První svedení z cesty byla prvotní suspekce na intrakraniální krvácení dle CT. To bylo způsobeno horší kvalitou snímků, při snaze dítě co nejméně radiačně zatížit. Proto bylo zvoleno méně sekvencí, a tím docíleno horší kvality snímků.

Další komplikací na cestě za diagnózou je fakt, že na intoxikaci alkoholem se u desetiletého pacienta v první řadě nemyslí.

ECMO u těžké covidové pneumonie

Jandovský V.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
jandovsky.vit@nemcb.cz

Úvod

Extrakorporální membránová oxygenech (ECMO) je jednou z metod orgánové podpory u kriticky nemocných pacientů. Podle způsobu zapojení ho dělíme na venovenózní (VV) nebo venoarteriální (VA). VA ECMO se zavádí při kombinovaném postižení srdce a plic nebo při izolovaném postižení srdce. VV ECMO je vyhrazeno pro pacienty s těžkým plicním postižením s uspokojivou funkcí srdce.

Vlastní kazuistika

Kazuistika se týká mladého muže bez významných komorbidit, u kterého se rozvinula těžká virová pneumonie způsobená SARS-CoV-2. Ve večerních hodinách se dotyčný již v těžkém stavu dostavil na ambulanci LSPP, odkud byl okamžitě odeslán na infekční oddělení k hospitalizaci. S těžkou dušností a saturací kolem 30 % pacient přišel sám do nemocnice. Zde je stav okamžitě vyhodnocen jako kritický a pacient je přeložen na ARO. Na základě klinického stavu,

hyposaturaci a nálezu na RTG rozhoduje lékař o sedaci pacienta, entotracheální intubaci a napojení na umělou plicní ventilaci. Po zajištění dýchacích cest a nastavení agresivního ventilačního režimu nedochází k očekávanému zlepšení stavu. Dalším rescue krokem je pronační poloha. Uvádíme pacienta do polohy na břicho s očekáváním alespoň mírného zlepšení, které bohužel nepřichází. Dále trvá kritická hypoxemie při maximální FiO₂ a agresivitě ventilace. Poslední možností, kterou můžeme zvrátit současnou situaci, je napojení na mimotělní krevní oběh – ECMO, v konfiguraci VV. Přes menší komplikace při kanylaci úspěšně spouštíme přístroj. Efekt je okamžitý – zlepšení saturace, zvýšení oxemie v krevních plynech. V dalších dnech se snažíme podporu snížit, nicméně bezúspěšně. Jakékoliv pokusy končí zhoršením stavu. Postupně se přidávají další komplikace typické pro mimotělní oběh, jako jsou koagulopatie a rozvoj systémové zánětlivé odpovědi. Stav se opět stává kritickým s velmi nejistým výsledkem. V konsenzu všech kolegů se rozhodujeme o ponechání podpory do její maximální možné životnosti. V dalších dnech se stav pacienta zlepšuje a můžeme snižovat ECMO podporu. Po dalším týdnu je možné extrahovat žilní kanyly, postupně snižovat ventilační podporu a vysazovat sedaci. Pacient se přes fázi deliria probírá do dobrého kontaktu s minimální svalovou silou při myoneuropatii kriticky nemocných. V dalších dnech je odpojen od ventilátoru a dýchá přes tracheostomickou kanylu. Pokračuje intenzivní rehabilitace a výživa k dosažení co nejlepší svalové síly. Pacienta po zhruba měsíčním pobytu překládáme zpět na infekční oddělení k další péči.

Podněty k diskusi, závěr

ECMO je velmi účinná metoda podpory selhávajících orgánů. Má své jasné indikace, které je vždy nutné dát do kontextu s klinickým stavem a zvážit cost – risk – benefit faktory. Metoda sama o sobě není léčebná, poskytuje čas ke stabilizaci stavu nebo k nalezení vhodného řešení.

Endovaskulární léčba chirurgicky neřešitelného krvácení

Mašek P.

Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
masek.petr@nemcb.cz

Úvod

Cílem přednášky je představení endovaskulární léčby život ohrožujícího krvácení. Embolizace je minimálně invazivní metoda sloužící k obliteraci postižených cév. Mnoho patologických stavů způsobuje závažná krvácení vyžadující endovaskulární léčbu, jedná se především o traumata, poruchy srážení krve, infekce, tumory, vrozené/získané AV pístěle a další.

Vlastní kazuistika

Kazuistika pojednává o endovaskulární embolizaci chirurgicky neřešitelného krvácení do duodena u pacienta po resekci žaludku typu Billroth II. Indikací k embolizaci daného krvácení byla jeho závažnost, která ohrožovala pacienta na životě, a vyčerpané možnosti endoskopické a chirurgické léčby.

Podněty k diskusi, závěr

Přednáška si klade za cíl základní seznámení s metodou endovaskulární zástavy krvácení a možností zapojení intervenčního radiologa do léčby. Embolizace nezvladatelného krvácení je často poslední terapeutickou možností a mnohdy i život zachraňujícím výkonem.

Febrilní kojenec aneb (ne) za vším hledej COVID

Retamoza R.

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.
retamoza.richard@seznam.cz

Úvod

Prezentovaná kazuistika pojednává o případě 6týdenní dívky přijaté na naše oddělení pro dva dny trvající febrilie. Pomýšlení na multisystémový zánět asociovaný s COVID-19 u dětí (PIMS-TS) vedlo naše úvahy nad jejím klinickým stavem zpočátku nesprávným směrem.

Vlastní kazuistika

Sofie byla odeslána na naše pracoviště praktickým lékařem v polovině května letošního roku. Při vstupním vyšetření se chudý klinický nálezu již po krátké době výrazně změnil. Nově vzniklý otok plosky pravé nohy a celková alterace stavu byly důvodem k intenzivní monitoraci pacientky na JIP a nasazení empirické antibiotické léčby. Ze vstupních laboratorních nálezů byla zjištěna pozoruhodná elevace zánětlivých parametrů, zvýšení jaterních transamináz, D dimerů, fibrinogenu, anemizace a lymfopenie. Kvůli uvedenému jsme zpočátku pomýšleli na diagnózu PIMS-TS a pacientku

dále serologicky dovyšetřili. V průběhu první noci bylo kontaktováno vyšší pracoviště se snahou o překlad dívky pro rozvoj hemodynamické nestability a pro známky septického šoku. V tom čase byl již nápadným příznakem tuhý edém a erytém na pravé noze s protepláním a výraznou palpační bolestivostí. Doplněný RTG snímek neodhalil změny na skeletu. Pacientku se nám podařilo stabilizovat, a i s ohledem na kapacitní důvody k překladu nedošlo. Antibiotická terapie byla upravena díky možnosti přítomnosti infekce měkkých tkání. V dalším průběhu hospitalizace byl hlášen negativní výsledek PCR testu na Sars-Cov-2, obdobně byl nízký i titr protilátek v séru. Přítomnost PIMSu definitivně vyloučil nálezný *Staphylococcus aureus* v hemokultuře pacientky, jejíž klinický stav již dále zůstal stabilní. Po potvrzení produkce TSST-1 zlatým stafylokokem v Národní referenční laboratoři byla Sofie přeložena k další léčbě na Dětskou kliniku FN Motol pod diagnózou stafylokoková sepsis se suspektní osteomyelitidou v oblasti pravého hlezna. Zde se s odstupem času podařilo pomocí zobrazovacích metod prokázat zánětlivé změny v os cuboideum a tím diagnózu osteomyelitidy potvrdit. Dívka byla propuštěna 27. den parenterální antibiotické léčby do domácí péče sortopedicky příznivým nálezem. I přes potvrzení osídlení kůže stejným kmenem stafylokoků u sestry pacientky zůstává původ onemocnění nejasný.

Podněty k diskusi, závěr

Případ Sofie má poukázat na důležitost neopomenutí osteomyelitidy v diferenciálně diagnostických úvahách nad febrilním kojencem v období pandemie COVID-19, kdy různorodost jeho klinických projevů a častý výskyt můžou odvádět naši pozornost od skutečné podstaty obtíží pacienta.

Hubnutí a rezistence na krku, nečekaná diagnóza s mnoha otazníky

Trnka M.1, Jarešová P.2

1Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

2Plicní léčebna, Nemocnice České Budějovice, a.s.

trnka.martin@nemcb.cz

Úvod

Konstituční symptomy, produktivní kašel, nově diagnostikovaný tumor levé ledviny, rezistence na krku s podezřením na nádorovou duplicitu. Podle CT však nález kolikvovaných uzlin. V materiálu z biopsie acidorezistentní tyče. Vykultivován Kochův bacil (*Mycobacterium tuberculosis*). Potvrzena plicní forma tuberkulózy s extrapulmonálním postižením. Progrese maligního onemocnění, nežádoucí účinky antituberkulotik, úbytek, terminální deteriorace stavu.

Vlastní kazuistika

83letý pacient, léčený hypertonik, byl přijat k hospitalizaci na interní oddělení na základě doporučení praktického lékaře pro váhový úbytek, výraznou kachexii. Pacient při příjmu udával v poslední době nechutenství, výrazné hubnutí (za 2 měsíce asi 15 kg) a produktivní kašel. Nedávno byl také léčen pro močovou infekci, na kterou však předepsaná antibiotika nezabírala. Objektivně byl pacient při příjmu kachektický, subfebrilní a při důkladném fyzikálním vyšetření byla zjištěna rezistence na levé straně krku. Podle laboratorního vyšetření přítomna elevace laboratorních markerů zánětu (CRP, leukocytóza s neutrofilii), dále v krevním obraze normocytární normochromní anémie (v. s. anémie chronických chorob), zvýšené onkomarkery Ca15-3 a Ca72-4, kulturační vyšetření moči bylo negativní. Na RTG S+P se neprokázaly ložiskové či infiltrativní změny v plicním parenchymu, ani zřejmá lymfadenopatie. Již při příjmu bylo vysloveno podezření na maligní onemocnění.

V rámci pátrání po nádorovém onemocnění bylo provedeno ultrazvukové vyšetření břicha, kde byl zachycen rozsáhlý tumorózní útvar horního pólu levé ledviny o velikosti cca 7x8x9 cm, hrubě nehomogenní, v. s. Grawitzův tumor. Z důvodu rezistence na krku byl pacient konziliárně vyšetřen lékařem ORL oddělení, který zjistil parézu levé hlasivky a vyslovil podezření na tumor štítné žlázy s postižením krčních uzlin, v diferenciální diagnostice zahrnul i skrofulózu. Dále bylo provedeno CT vyšetření hrudníku, břicha a pánve s kontrastní látkou. Při tomto vyšetření se nejen potvrdila tumorózní expanze levé ledviny, ale byly nalezeny i pakety kolikvovaných uzlin v mediastinu, v obou plicních hledech a také v levé polovině krku, fluidothorax bilaterálně a zvětšené uzliny v retroperitoneu, plicní parenchym byl bez infiltrátů a bez ložisek. Urologické konzilium navrhlo nefrektomii pro podezření na maligní tumor levé ledviny, avšak až po histologické verifikaci uzlinového nálezu na krku a v mediastinu a po zhodnocení, zda se jedná o duplicitu, generalizaci či jiný nálezný. Proto byla z krční rezistence paramediálně vlevo v oblasti jugula provedena aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB) – bylo vypuštěno asi 24 ml bíložluté tekutiny charakteru hnisu. Při fluorescenční mikroskopii tohoto materiálu byly nalezeny acidorezistentní tyče, při histologickém vyšetření se nenalezly maligní nádorové buňky. Doplněn také test Quantiferon, který byl negativní, a se souhlasem pacienta byl vyšetřen vzorek krve na přítomnost HIV s také negativním výsledkem. Díky urychlené kultivaci v systému BACTEC MGIT 960 bylo již po 10 dnech inkubace vykultivováno *Mycobacterium tuberculosis complex*, dobře citlivé na esenciální antituberkulotika. Vzorek byl odeslán do Národní referenční laboratoře v Praze k bližší identifikaci kmene.

Kvůli podezření na tuberkulózu byl pacient dále hospitalizován na Plicní léčebně, kde byla nejprve doplněna diagnostika. Podle genetického vyšetření i klasické kultivace ze sputa byla potvrzena diagnóza „plicní forma tuberkulózy“. Byla zahájena léčba antituberkulotiky ve čtyřkombinaci – isoniazid, rifampicin, etambutol a pyrazinamid, kterou však pacient špatně toleroval. Rozvinulo se u něj významné nechutenství s nutností parenterální výživy a poté také ikterus s výraznou elevací jaterních testů zřejmě v důsledku hepatotoxicity esenciálních antituberkulotik. Proto byla léčba antituberkulotiky pozastavena a byl doplněn kontrolní ultrazvuk břicha, který vyloučil morfologickou patologii jater, avšak zřejmě došlo k progresi tumorózního útvaru levé ledviny. Při poklesu jaterních testů proběhl další pokus o nasazení tolerovatelné léčby pro možnost dimise pacienta do domácího léčení či do hospicové péče – byla nasazena dvojkombinace rifampicin a isoniazid. Pacient však dále celkově chátral při souběhu tuberkulózy a onkologického onemocnění. Prognóza byla již od počátku velmi špatná, a i přes maximální péči pacient zemřel. Pitva pro zřejmou příčinu smrti nebyla indikována.

Diskuze, závěr

Konstituční symptomy – nechutenství, hubnutí, únava, subfebrilie a produktivní kašel jsou hlavními příznaky plicní formy tuberkulózy. V diferenciální diagnostice je nutné vzít v úvahu onkologické onemocnění (např. tumor plic, ORL oblasti či mediastina). V průběhu diagnostiky byl kvůli rezistenci na krku zvažován i lymfom krčních uzlin, tumor štítné žlázy s šířením do krčních uzlin či skrofulóza jako mimoplicní forma tuberkulózy.

Tuberkulóza je v ČR stále „živým“ onemocněním, podléhá hlášení. Podle ÚZIS bylo v roce 2019 nahlášeno 464 nových případů (4,3/100 tisíc obyvatel), v 90 % se jedná o plicní formu tuberkulózy. Častěji jsou pacienti muži ve vyšším věku. Jihočeský kraj patří mezi kraje s nejnižším výskytem tuberkulózy (za rok 2019 pouze 12 případů). Kolem tohoto případu však vyvstává mnoho otázek. Jak se pacient nakazil? Jednalo se o reaktivaci tuberkulózy z mládí? Co bylo příčinou poklesu imunity? Prostý útlum imunity ve stáří či onkologické onemocnění? Byl očkovan? Je možná plicní forma bez plicního infiltrátu zachyceného na RTG či CT vyšetření? Co když tumor ledviny nebyl primární tumor ledviny, ale urogenitální forma tuberkulózy?

Tuberkulózu musíme brát v úvahu při diferenciální diagnostice kašle, hemoptýzy, hubnutí a B-symptomů. Stále bychom měli mít na paměti diagnostický postup pro potvrzení případu tuberkulózy a při důvodném podezření spolupracovat v rámci multidisciplinárního přístupu se specialisty na léčbu plicních nemocí a tuberkulózy. Patologicko-anatomická pitva, která by nám v tomto případě objasnila některé otázky, by měla i po změně legislativy být součástí „post mortem“ diagnostického procesu. Avšak je otázkou, zda přínos pro kliniku při jasné diagnóze převáží riziko ohrožení patologa závažnou nemocí z povolání.

IBD nebo STD?

Macasová M.

Dermatovenerologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
miluska.macasova@gmail.com

V medicíně se často setkáváme s diferenciální diagnostikou, ať už v rámci jednoho oboru či mezioborově. Jedná se o postup, kdy lékař na základě dostupných informací zvažuje nejpravděpodobnější diagnózu. Tato kazuistika ukazuje na mezioborovou diferenciální diagnostiku, konkrétně mezi obory gastroenterologie a dermatovenerologie.

Kazuistika se věnuje 42letému pacientovi, který byl odeslán na vyšetření z gastroenterologického oddělení na naše pracoviště dermatovenerologie. Mezi hlavní symptomy, pro které vyhledal vyšetření na gastroenterologickém oddělení, patřily tenesmy, krvácení z konečníku, krvácivá příměs ve stolici a zácpovitá stolice. Vyšetření na gastroenterologii zahrnovalo kolonoskopii, kde byl popisován nález hemorhagicko-ulcerózní proktitidy. V první řadě bylo pomýšleno na idiopatický střevní zánět (IBD), ale již zde v diferenciální diagnostice byly zvažovány možné sexuálně přenosné choroby (STD). Byla provedena biopsie s histologickou verifikací, která popsala změny, jež mohou být součástí IBD, imponující spíše jako ulcerózní kolitida. Pro anamnestické údaje, tj. doba trvání 6 měsíců, rizikové promiskuitní chování (muž mající sex s muži (MSM), časté střídání sexuálních partnerů, nechráněné pohlavní styky) byl pacient odeslán k vyšetření na dermatovenerologii. Byla odebrána anamnéza s důrazem na venerologickou anamnézu, klinické vyšetření, odběr krve – sérologie lues, HIV, hepatitidy, provedeny sčty polymerázová řetězová reakce (PCR) z uretry, recta, krku – panel sexuálně přenosných chorob (STD), panel multiplex ulcer. Z vyšetření bylo zjištěno celkem 5 pohlavně přenosných nemocí (STD) – 1) Syfilis, 2) Chlamydia trachomatis (rectum), 3) Ureaplasma urealyticum (rectum), 4) Mycoplasma hominis (rectum), 5) Lymfogranuloma venereum (rectum). Pacient byl řádně léčen antibiotiky a 4. den od zahájení léčby potíže ustoupily.

Nejzajímavější diagnóza z výše uvedených pro nás byla lymfogranuloma venereum, protože se nejedná o častou diagnózu na našem území. Tato infekce, způsobená bakterií Chlamydia trachomatis sérovar L1-L3, byla donedávna infekcí endemickou, v tropických a subtropických oblastech. V dnešní době se šíří i ve vyspělých státech, zejména mezi muži majícími sex s muži (MSM), kde nejčastěji způsobuje proktitidy, které připomínají jiné typy ano-rektálního postižení,

například idiopatické střevní záněty (IBD). První případ v České republice byl diagnostikován v roce 2011. Ve spolupráci s genetickým oddělením Nemocnice České Budějovice jsme v roce 2021 začaly provádět PCR stěr ze vředů – multiplex ulcer, který zahrnuje i diagnostiku právě zmíněné lymfogranuloma venereum. Dříve se při suspekci na lymfogranuloma venereum odesílal stěr do Národní referenční laboratoře (NRL) pro chlamydie v Praze. U pacientů s příznaky proktitidy je nutné zahrnovat do diferenciální diagnostiky i sexuálně přenosné choroby. U těchto pacientů je třeba zjistit podrobnou venerologickou anamnézu a v případě podezření předat pacienta do péče dermatovenerologa.

Implantace megaprotézy s částečnou náhradou femuru jako záchrana před amputací

Čapek R.1, Musil D.1, Čurlejšová E.2, Čížmář I.2

1Ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

2Traumatologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

r.capek9@seznam.cz

Úvod

Mladý pacient bez komorbidit s otevřenou frakturou tibie a femuru s kostním defektem po motonehodě. Provedena nitrodřeňová osteosyntéza obou kostí s použitím cementového spaceru k překlenutí defektu femuru. Pro infekci byly nutné opakované reoperace s naložením zevního fixátoru, extrakcí osteosyntetického materiálu a aplikací cementového spaceru s dlouhodobou cílenou lokální a celkovou ATB léčbou. Zvažována amputace končetiny. Problém finálně řešen na našem pracovišti implantováním revizní kolenní endoprotézy se segmentální náhradou femuru.

Kazuistika

43letý pacient bez komorbidit byl po nehodě na motocyklu 10/2019 přijat na jiné krajské pracoviště s otevřenou frakturou distálního femuru II. stupně s kostním suprakondylickým defektem femuru v délce cca 15 cm a s otevřenou frakturou proximální tibie II. st dle klasifikace Gustilo–Anderson. V rámci primárního ošetření byl proveden debridement rány, fraktura tibie byla zajištěna ETN hřebem, defektní fraktura femuru zajištěna RAFN hřebem s pokusem obnovením délky femuru a výplní defektu cementovou plombou s přidanými ATB. V následujících dnech byl pro výraznou předozadní nestabilitu kolenního kloubu přidán zevní fixátor. Koncem ledna 2020 bylo přistoupeno k ošetření kostního defektu femuru. Vzhledem k nestabilitě distálního fragmentu na femorálním hřebu bylo nutné montáž stabilizovat dlahou LISS technikou. Dále byl extrahován cementový spacer a vzniklý prostor uvnitř vaskularizované membrány byl vyplněn autospongioplastikou. S odstupem 2 měsíců přichází pacient s lokálními známkami infekce v oblasti levého stehna a s elevací zánětlivých parametrů. Proto je přistoupeno k revizi rány s lokálním nálezem infekce podkoží bez známek průniku subfasciálně. Je evakuováno depo zkalené tekutiny z podkoží s debridementem a je vymodelován cementový ATB nosič a přiložen na fascii. V červenci téhož roku pacient přichází se secernující fistulou v jizvě. Proto byla provedena scintigrafie značenými leukocyty s nálezem aktivního infekce v průběhu celého nitrodřeňového hřebu femuru, dvou píštělí v oblasti stehna a se suspektním infektem proximální tibie. Vzhledem k dobré compliance pacienta, jeho požadavkům a i přes nepříznivý nález rozsáhlého infekce a velkého kostního defektu, bylo rozhodnuto pro pokus o záchranu končetiny. V srpnu 2020 byl proveden operační výkon. Při lokálním nálezu bylo patrné „rozpuštění“ celé distální třetiny femuru včetně autospongioplastiky. Byl extrahován veškerý osteosyntetický materiál z femuru a tibie a vytvořen cementový spacer s přidanými ATB vyplňující dřeňovou dutinu a defektní prostor distální třetiny femuru a naložen zevní fixátor. V prosinci 2020 byl pacient odeslán ke konzultaci stavu na naše pracoviště. Provedlo se kontrolní scintigrafické vyšetření značenými leukocyty, které bylo ze strany aktivity infekce negativní. Pacient měl nízké zánětlivé parametry a punkční vzorky odebrané z problematické lokality byly kultivačně i PCR negativní. Vzhledem k příznivým výsledkům uvedených vyšetření bylo doporučeno vysazení antibiotik se sejmutím zevního fixátoru a naložení sádrové spiky ke stabilizaci končetiny. Vzhledem k trvale nízkým hladinám zánětlivých parametrů i v odstupu po vysazení antibiotik, negativnímu kontrolnímu scintigrafickému vyšetření a s ohledem na přání pacienta, byla zvolena strategie s implantací megaprotézy. Definitivní operační řešení proběhlo v únoru 2021. Během pětihodinové operace byl extrahován femorální spacer s radikálním debridementem, femorálně byl implantován Segmentální systém s parciální náhradou femuru a trabekulárním metalantaltalovým límcem ke zvýšení stability na rozhraní protéza – kost. Tibiálně byla použita komponenta z RHK systému s dlouhým dřikem přemostujícím pakloub proximální diafýzy tibie. Komponenty byly implatovány s Vakogenovým cementem a vzhledem k předchozímu průběhu a rozsahu implantované protézy byl k protéze přidán Stimulan s Vankomycinem a Ceftazidimem. Na suturu byl preventivně naložen VAC systém. Na podkladě analýzy předchozích kultivačních nálezů a rizikovosti při implantaci megaprotézy byl pacient perioperačně zajištěn trojkombinací intravenózních ATB (Rifampicin, Vankomycin, Ceftazidim) po dobu 14 dní. Pacient byl propuštěn po dvou týdnech od operace. I vzhledem ke dvěma pozitivním perioperačním kultivacím z osmi byl pacient dlouhodobě zajištěn dvojkombinací perorálních ATB (Cotrimoxazol, Rifampicin). Pooperační období proběhlo bez větších komplikací, od třetího pooperačního měsíce byla pacientovi povolena plná zátěž operované končetiny. Pacient je s výsledkem operace velmi spokojen, bez bolestí, s aktivní flexí levého kolene kolem 100° a mírným napadáním na operovanou končetinu.

Diskuze

Volba složité záchovné operace dolní končetiny u mladého spolupracujícího pacienta proti jednoduššímu výkonu spojenému se ztrátou končetiny.

Důležitost radikálního debridement s cílenou antibiotickou léčbou.

Jiná volba stabilizace kolenního kloubu místo naložení zevního fixátoru.

Invaginace u starších dětí

Keprta D., Dohnal P.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

keprta.david@gmail.com

Úvod

Invaginace střevní duplikatury u desetiletého chlapce.

Vlastní kazuistika

Desetiletý chlapec byl přijat pro protrahované zvracení a bolesti břicha kolem pupku. Na ultrazvukovém vyšetření břicha suspektní invaginace a nejasný cystický útvar nad pupkem. Doplněna magnetická rezonance, která potvrzuje nález cystického útvaru jako suspektní vodící bod invaginace. Pacient byl indikován k operačnímu řešení. Při operaci bylo v dutině břišní nalezeno menší množství výpotku, na céku hmatný elastický tumor, t. č. již bez invaginace. Byla provedena ileocékální resekce. Nález z histologie popisuje cystický útvar vystlaný sliznicí tlustého střeva, v. s. střevní duplikatura. Pacient byl propuštěn z nemocnice po dvoutýdenní hospitalizaci ve zcela dobrém celkovém stavu do ambulantní péče.

Podněty k diskusi, závěr

Invaginace je častou příčinou náhlé příhody břišní u dětí v kojeneckém a batolecím věku. O to více na tuto diagnózu musíme pomyslet u dětí staršího věku, kde je tato diagnóza raritní a jejím častým zapříčiněním je tzv. vodící bod.

Co vše se pod tímto vodícím bodem může schovávat? Jak časté jsou tyto diagnózy a kdy na ně pomyslet?

Kam se poděla kapsle?

Filištejnová V.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

veronika.filistejnova@seznam.cz

Úvod:

Pacientka s anamnézou hysterektomie s adnexektomií pro leiomyosarkom, st.p. RT, poté protrahované bolesti břicha, obstrukční projevy. Diferenciální diagnostika.

Kapslová enteroskopie a možná úskalí vyšetření – komplikace a jejich četnost.

Jak spolehlivě diagnostikovat možné komplikace kapslové enteroskopie.

Léčba komplikace (retence kapsle) – konzervativní x endoskopická x operativní.

Vlastní kazuistika:

Žena narozená v roce 1955, v dětství podstoupila nekomplikovanou appendektomii, jinak až do roku 2001 bez závažnějšího předchodů. V roce 2001 byl ženě diagnostikován děložní leiomyosarkom, indikovaná hysterektomie s adnexektomií a následnou vaginální i celkovou radioterapií. Po prodělané operaci a následné RT se u pacientky opakovaně objevovaly epizody bolestí a vzednutí břicha a nechutenství, a proto byla pacientka v roce 2002 indikovaná k laparoskopické adheziolýze. Operační řešení bylo bez většího efektu, obtíže charakteru poruchy střevní pasáže se objevovaly i nadále. Pro bolesti břicha a mírnou elevaci amylázy bylo pomýšleno na možnost chronické pankreatitidy, proto byla zahájena substituce pankreatickými enzymy.

Pro trvalou obtíž byla v roce 2015 provedena CT enterografie s nálezem patologických změn v oblasti aborálního ilea se zesílením stěny a mírným zúžením lumen střeva. Doplněno koloskopické vyšetření s normálním nálezem v úseku tlustého střeva, v terminálním ileu pozorovaná edematózní sliznice s petechiemi a drobnými sufuzemi v dif. dg. Crohnova choroba.

K verifikaci nálezu 7/2015 byla indikovaná kapslová enteroskopie. Pozorovaná zpomalená pasáž kapsle již v žaludku si vyžádala posun endoskopem za pylorus. V tenkém střevu zachytila kapsle po 2,5 hodinách normálního nálezu obraz postupně výrazného edému sliznice a v oblasti ilea ulcerózní zánět se stenózou lumen. Tlustého střeva nebylo během aktivity kapsle dosaženo. Následující den udávala pacientka odchod nejasného tmavého obsahu, který považovala za možnou kapsli.

V dalším průběhu nově do terapie mesalazin bez větší úlevy, obtíže trvají.

V lednu 2016 MR enterografie, vyšetření pro pohybové artefakty nepřínosné, doporučené CT vyšetření pacientka neabsolvovala.

CT enterografie 5/2020 bez průkazu významného poškození tenkého střeva, jako vedlejší nález obrazový artefakt kovového charakteru nalevo v MP.

Od zimy 2021 progresivní obtíže, častější ataky bolesti břicha doprovázené subileósním stavem. Při opětovné revizi CT nálezu významné podezření na retenci endoskopické kapsle (vyšetření provedeno r. 2015). Na RTG nativním snímku břicha patrný kontrastní stín kapsle vel. 20x11 mm promítající se do L mezogastria. Po ozřejmění nálezu snaha o uvolnění kapsle podáním topického kortikoidu, po neúspěchu doplněna jednobalónová enteroskopie. Pro vyčerpání terapeutických možností a s ohledem na klinickou symptomatologii indikovaná chirurgická intervence. Dle operačního protokolu identifikovaná krátká stenóza ilea v.s. poradiační etiologie, v oblasti stenózy kromě kapsle objevena také ovocná pecka, operace ukončena anastomózou end to end. Pooperační období klidné, pacientka časně dimitovaná.

Podněty k diskusi, závěr:

Je nutné se zamyslet nad tím, u jaké skupiny pacientů je vyšší riziko komplikací při provedení kapslové enteroskopie. Jedná se o pacienty s CD, tumory tenkého střeva, postiradiační či ischemickou enteritidou, břišní operace v anamnéze, známou stenózou tenkého střeva. Obecně je proto u těchto pacientů preferovaná CT/MR enterografie před kapslovou enteroskopií.

Byla naše indikace správná?

Dále je potřeba upozornit, že náš postup po kapslové enteroskopii v r. 2015 byl chybný. Přestože záznam vyšetření svědčil pro významnou stenózu tenkého střeva a u pacientky se opakovaně objevovala obstrukční symptomatologie, nebylo vyloučení kapsle ověřeno RTG snímkem břicha. Taktéž abnormální nález MR z r. 2016 a CT snímky z r. 2020 nás měly navést ke správné diagnostice.

Naštěstí i navzdory dlouhé době (přítomnost kapsle 6 let) nedošlo k destrukci kapsle nebo jiné závažné komplikaci.

Komplikace aktivního podzimu života aneb jak překvapit otologa

Hladíková D.1, Huška M.1, Bouček J.2, Mrzena L.1, Kubále J.3

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

2Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, 1. LF UK a FN v Motole, Praha

3Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

hladikova.dita@nemcb.cz

Úvod

Kazuistika prezentuje pacienta s recidivující spontánní idiopatickou bilaterální otolikkvorem.

Vlastní kazuistika

72letý pacient bez komorbidit kromě hyperplázie prostaty byl přijat na interní JIP pro poruchu vědomí, levostrannou parézu a dysartrii. Iktový protokol byl negativní. Na CT mozku bylo odhaleno oboustranné zastření sklípkového systému pyramid se suspektní usurací ventrální stěny pyramidy vpravo a bublinky plynu v pravém temporálním laloku. Následně provedená lumbální punkce potvrdila purulentní meningitidu. U pacienta byla okamžitě zahájena i. v. ATB terapie s příznivým efektem. Po překladi na Infekční oddělení byl pacient konzultován s ORL a Neurochirurgickým oddělením. Vzhledem k dobrému efektu konzervativní léčby nebyl indikován k chirurgické intervenci kromě provedení paracentézy k drenáži středouší. Pro přetrvávající pozánětlivý sekret ve středouší byla zavedena tympanostomie. Během tympanostomie byl také odebrán materiál k vyloučení přítomnosti CSF ve středouší pomocí průkazu Beta-Trace proteinu, který byl pozitivní. Z tohoto důvodu byla tympanostomie extrahována. Po odstranění tympanostomie byl pacient již bez přítomnosti tekutiny ve středouší a pro zlepšení celkového stavu byl propuštěn do domácí péče. HRCT spánkových kostí odhalilo dehiscenci stěny sklípkového systému a komunikaci subarachnoidálního prostoru se sklípkou kosti skalní. V dif. dg. se nabízí možnost vývojové malformace. O rok později přichází pacient do otologické ambulance pro pocit zalehnutí obou uší poté, co odhrnoval doma snůh. Ve středouší znovu prokázána spontánní bilaterální otolikkvorea. Kontrolní MR a HRCT se stacionárním nálezem. Případ byl proto konzultován s ORL klinikou FN Motol a také s neurochirurgickým odd. Nemocnice České Budějovice. Ve vzájemné shodě bylo rozhodnuto o pokračování v konzervativním postupu bez chirurgické intervence. Pacientovi bylo doporučeno vyhnout se fyzicky náročné práci, při níž by mohlo dojít ke zvýšení nitrolebního tlaku a pravidelná aplikace depotního PNC.

Podněty k diskusi, závěr

Výjimečnost prezentované kazuistiky tkví v tom, že s případy idiopatické spontánní bilaterální otolikkvory se i ve světovém měřítku setkáváme jen raritně. Pokud bylo přistoupeno k operačnímu řešení s plastikou dura mater, byl volen přístup ze střední jámy lební nebo v kombinaci s transmastoidálním přístupem. U našeho pacienta není patrné jedno místo komunikace subarachnoidálního prostoru se středouším, a proto by i případný operační výkon nevyločil možnou recidivu. Z tohoto důvodu byl zvolen konzervativní postup a na doporučení infektologa budeme aplikovat pacientovi celoživotně Pendepon s pravidelností 3 měsíců.

Komplikovaná léčba ruptury aneuryzmatu bazilární tepny

Grubhoffer M., Kerekanič M., Štoková M., Fiedler J.

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
marek.grubhoffer@gmail.com

Úvod

V rámci kazuistiky prezentujeme komplikovanou léčbu muže v produktivním věku se subarachnoideálním krvácením při ruptuře aneuryzmatu bazilární tepny.

Kazuistika

55letý pacient byl léčený pro infekční endokarditidu na spádovém interním oddělení. Po čtyřech týdnech antibiotické léčby došlo u pacienta k náhlému rozvoji stavu zmatenosti, pravostranné deviaci bulbů, somnolenci, včetně opakovaného vomitu. Na nativním CT mozku bylo nalezeno subarachnoideální krvácení. Pacient byl akutně přeložen na Neurochirurgické oddělení NEMČB. Při příjmu bylo GCS 11 (E2M3V6). Na kontrolním CT byl patrný rozvoj hydrocefalu. CTAG verifikovalo aneuryzma ve větvení arteria basilaris. Pacientovi byla na operačním sále zavedena v celkové narkóze zevní komorová drenáž k derivaci mozkomíšního moku. Následně byl převezen na angiografický sál k endovaskulárnímu ošetření výdutě coilingem. V důsledku nepříznivého tvaru výdutě však došlo při sondáži krčku aneuryzmatu k novému krvácení. Jako ultimum refugium bylo indikováno operační řešení. Složitým intrakraniálním přístupem s nutností vybroušení předního i zadního klinoidu bylo provedeno úspěšné ošetření výdutě klipem. Následná pooperační observace na lůžkách ARO byla opakovaně komplikována rozvojem vazospasmů s nutností lokální intraarteriální aplikace vazodilatans. Vzhledem k přetrvávající poruše cirkulace mozkomíšního moku byl pacientovi implantován ventrikulo-peritoneální shunt v odstupu čtyř týdnů po krvácení. V dalším období se klinický stav pacienta postupně zlepšoval. Po třech měsících byl schopen samostatné chůze, hodnota modifikované Rankinovy škály tři body. Kontrolní angiografické vyšetření neodhalilo reziduum výdutě. V odstupu šesti měsíců podstoupil pro těžkou chlopenní vadu náhradu aortální a mitrální chlopně s resekci výdutě ascendentní aorty a náhrady protézou. Pacient se aktuálně zotavuje po kardiochirurgickém výkonu a nadále pokračuje v rehabilitaci.

Závěr

Subarachnoideální krvácení při ruptuře aneuryzmatu bazilární tepny je zatíženo vysokou morbiditou a mortalitou. Dominantní postavení v léčbě těchto výdutí patří endovaskulárním technikám. Prezentovaný případ však dokumentuje i limity a rizika těchto metod. Kvalitní spolupráce intervenčních radiologů a neurochirurgů v rámci komplexního cerebrovaskulárního centra je v těchto případech nezbytná.

Komplikované hojení zlomeniny bérce – FRI

Zídek T., Kloub M.

Traumatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
tom.zidek@centrum.cz

Úvod

Zlomeniny v oblasti bérce, zavřené i otevřené, způsobené hlavně vysokoenergetickým násilím patří mezi komplikované zlomeniny často s poruchou hojení. Mezi tyto poruchy patří např. infekční komplikace – infekce při zlomenině, tzv. FRI (Fracture-related infection) nebo zpomalené hojení až pakloby či jejich kombinace. K léčbě paklobů či kostních defektů, zejména v kombinaci s infekční komplikací, je možné léčit technikou indukované pseudomembrány (tzv. Masquelet technikou). K výplni kostních defektů lze použít vlastní materiál – spongiózní kost, nebo syntetické kostní náhrady v závislosti na velikosti a charakteru defektu. Mezi léčby FRI patří jak chirurgické výkony, hlavně debridement postižených tkání, retence či extrakce implantátu, tak antimikrobiální terapie k potlačení infekce či její eradikace. Jejich léčba je dlouhodobá, komplikovaná a finančně náročná.

Vlastní kazuistika

Muž, 59 let, úraz 07/2018, sražený motocyklistou. Dle CT polytrauma scanu došlo ke sdruženému poranění LDK, zlomenině krčku proximálního femuru, zlomenině diafýzy stehenní kosti, zlomenině pately a etážové otevřené zlomenině bérce (GAIIB). Akutně byla provedena osteosyntéza všech zlomenin (7 h). Femur byl ošetřen implantátem DHS, DFN. Patela 2x šrouby. Bérec implantátem ETN. Defekt kůže na bérce kryt dočasně metodou COM, následně během dalšího ošetřování bylo provedeno defektivní krytí ATR cestou plastického chirurga. Během léčby pacienta došlo k poruše hojení zlomeniny v oblasti bérce – opakovaně řešení paklobů metodou autospongioplastiky (kostní štěpy z obou lopat kyčelních) s využitím Masquelet techniky během 6 měsíců a zároveň provedení korekce osy končetiny. 8 měsíců od primárního úrazu, tedy 2 měsíce od posledního výkonu spongioplastiky, pacient přichází pro narůstající bolesti v oblasti proximálního bérce. Zde lokálně zarudnutí a bolestivost. Teplota 38,1 °C, CRP 270. Byla indikována operační revize, kde po incizi v proximální části vytéká zkalená purulentní sekrece. Perioperačně byla

indikována extrakce původního veškerého OS materiálu. Stav hodnocen jako FRI s celkovou sepsí. Po odběru vzorků na K+C a histologii byla ihned nasazena empiricky ATB i. v. Oxacilin pro susp. etiologii *S. aureus*. Byl proveden kompletní debridement s vyfrézováním dřeňové dutiny a implantace ATB cementového hřebu PMMA (polymethylmetakrylát) Vancogen. Vzniklý kostní defekt po debridementu byl vyplněn ještě cementovým spacerem Vancogen. Končetina byla fixována sádrovou fixací ke zvýšení stability a kostního hojení. Dle K+C byl prokázán *S. aureus* ve všech vzorcích. ATB terapie Oxacilin + Dalacin i. v. 14 dní, následně převeden na Dalacin 600mg tbl po dobu 6 týdnů. Cementový hřeb ponechán 8 týdnů, poté extrahován, odběr nových vzorků (negativní), implantace nového PMMA potaženým hřebem ETN Synthes. Během této operace byla provedena resekce avitálního skeletu v místě původní tříštivé zlomeniny v oblasti střední a distální třetiny bérce. Defekt byl vyplněn cementovým ATB spacerem Vancogen. Po 4 týdnech byl spacer extrahován a opět byla provedena autospongioplastika kostními štěpy s přimícháním Actifuse granulemi. 24 měsíců od této poslední operace pacient LDK zatěžuje plně, pracuje jako zedník, hybnost končetiny téměř normální, bez výrazného zkratu. Dle RTG je zlomenina zhojená v příznivém postavení.

Podněty k diskusi, závěr

Posttraumatické kostní defekty a prolongace hojení ve formě paklobů spojené s FRI představují komplexní komplikovanou problematiku zatíženou dlouhodobou morbiditou a často výrazným procentem komplikací s následným podstatným funkčním omezením. Diskutovaná procedura se zdá být slibnou alternativou v léčbě FRI při selhání jiných běžných metod. Koncept diagnostiky a léčby FRI se během posledních let poměrně značně změnil, což vede k výrazně větší úspěšnosti při léčbě této obtížné komplikace. Pro co nejlepší dlouhodobý výsledek je důležitý multioborový přístup, hlavně spolupráce traumatologa/ortopeda s plastickými chirurgy, specialisty na infekční onemocnění, rentgenology, klinickými farmaceuty a mikrobiology.

Komplikovaný případ maligní formy gestační trofoblastické nemoci

Vošta O.1,2, Turyna R.2

1Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

2Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

ondrej.vosta@gmail.com

Úvod

Gestační trofoblastická nemoc je vzácná skupina benigních a maligních onemocnění vycházejících z tkání trofoblastu.

Na uvedené kazuistice demonstruji případ maligní formy gestační trofoblastické nemoci doprovázené plicní embolií, která zkomplikovala řádnou chemoterapii.

Případ pochází z Ústavu pro péči o matku a dítě, kde sídlí centrum pro léčbu trofoblastické nemoci (CTN) a kde jsem v průběhu jeho řešení pracoval.

Vlastní kazuistika

Pacientka byla odeslána do CTN z fakultního pracoviště po opakované revizi dutiny děložní pro histopatologicky verifikovanou mola hydatidosa completa a stoupající trend hCG. V CTN je pro low-risk (dle FIGO 2000) perzistující trofoblastickou nemoc nasazena monochemoterapie – Actinomycin D (zahájena při hodnotě hCG 9020).

Z důvodu rozvoje hluboké žilní trombózy a plicní embolie je ale chemoterapie ukončena předčasně (při hodnotě hCG 187, po podání 6 cyklů). Po залечení plicní embolie dochází ke spontánnímu poklesu hCG do negativity a je zahájena důkladná dispenzarizace. Po necelém roce však pozorujeme opětovný nárůst hladin hCG. Na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu je pacientka indikována k abdominální hysterektomii, po níž hCG klesá do negativity. V děloze je následně histopatologicky potvrzen reziduální gestační choriokarcinom.

Podněty k diskusi, závěr

Na uvedeném případě je dobře demonstrován management typického průběhu gestační trofoblastické nemoci. Můžeme zde vidět význam řádného ukončení chemoterapie doplněné o konsolidační cykly jako prevence recidivy onemocnění.

Dále je zde demonstrováno potvrzení pravého vzestupu hCG, poukazující na recidivu onemocnění, a vyloučení případů falešné positivity (vliv heterofilních protilátek a hormonů hypofýzy).

Gestační trofoblastická nemoc patří mezi vzácná onemocnění, u kterých je pro adekvátní péči nezbytná její centralizace. Nicméně s tímto onemocněním se lze setkat na kterémkoliv pracovišti, nejen gynekologicko-porodnického zaměření, a je vhodná jeho elementární znalost.

Korálky na niti

Urban P.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.
urban@nemopisek.cz

Úvod

Kazuistika představuje případ mladé pacientky, u níž byla diagnostikována prakticky učebnicová sekundární hypertenze. Sonografickým vyšetřením byla zjištěna renovaskulární etiologie hypertenze podmíněná málo častou, pro mladé pacienty však typickou, chorobou postihující renální tepnu.

Vlastní kazuistika

U mladé pacientky (29) byla náhodně zachycena těžká systolicko-diastolická hypertenze, s velmi rychlým nárůstem hodnot krevního tlaku. Více okolností ukazovalo na to, že by mohlo jít o hypertenzi sekundární, neboť šlo o těžkou hypertenzi v kontrastu s nízkým věkem pacientky a nebylo dosaženo uspokojivé kompenzace krevního tlaku ani na trojkombinaci antihypertenziv. Pacientka byla již dlouho sledována na nefrologii pro chronickou hydronefrózu vpravo, proto se jako vysvětlení nabízela renoparenchymatózní etiologie. Pro vyloučení ostatních příčin hypertenze však byla pacientka odeslána na sonografické vyšetření. To vyloučilo koarktaci aorty, avšak prokázalo závažnou stenózu renální tepny vlevo. Ta byla vzhledem k skokovému zhoršení hypertenze její pravou příčinou, a jednalo se tedy o hypertenzi renovaskulární. Pacientka byla indikována k angiografii a intervenci na renální tepně, která prokázala těsnou stenózu, jenž byla následně dilatována balonkem. Vzhledem k věku pacientky byla podkladem s největší pravděpodobností fibromuskulární dysplazie, ačkoli neměla stenóza angiografický obraz „beads-on-a-string“, tedy korálků na niti, pro fibromuskulární dysplazii typický. V následném sledování byla pak zachycena přetrvávající hypertenze a sonograficky zjištěna restenóza, která si vyžádala opětovné ošetření a dilataci stenózy drug-eluting balonkem. Po tomto druhém zákroku se krevní tlak pacientky i bez antihypertenziv drží v pásmu vyšší normy a pacientka je zcela bez obtíží.

Podněty k diskusi, závěr

Tato kazuistika ukazuje diferenciatně diagnosticky zajímavý případ sekundární hypertenze. Ačkoliv šlo podle několika typických rysů skutečně o sekundární příčinu, dala by se diagnosticky odbýt anamnézou chronické hydronefrózy a zařadit jako renoparenchymatózní. Při podrobnějším vyšetření obtíží však této etiologii neodpovídal časový průběh, zejména náhlý nástup hypertenze, přičemž hydronefróza už byla u pacientky známá řadu let. Proto se vyplatilo v diferenciatní diagnóze důsledně vyloučit ostatní možné příčiny, neboť byl nalezen skutečný podklad hypertenze a bylo možné jej kauzálně vyřešit. Pacientce bylo tedy možno efektivně pomoci a zabránit dalšímu orgánovému poškození, v jejím případě renální ischemii, kdyby nebyla tato choroba včas odhalena.

Krvácení z tenkého střeva

Rücklová I.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
ivana.rucklova@seznam.cz

Úvod:

Kazuistika pacienta ukazuje postup vyšetření krvácení do trávicího traktu, použité metody jak diagnostické, tak terapeutické. Je zde poukázáno na vzácnost zdroje krvácení v tenkém střevě a jeho nesnadnou diagnostiku.

Kazuistika:

79letý pacient hypertonik, diabetik, byl přijat na naše oddělení pro melénu s enteroragii. Vstupně klinicky vyjádřený anemický syndrom, tachykardie, dušnost. V laboratoři v krevním obraze Hb 79g/l, ostatní parametry byly v normě.

Nejdříve byla provedena urgentní gastroskopie s nálezem v D2 objemného divertiklu u V. papily a za ním viditelné nitky krve, proto byl vyměněn přístroj za enteroskop, kdy se vyšetřující lékař dostal do 140 cm horním trávicím traktem, cca do D3, v podezřelém místě duodena nebyl nalezen přítok krve, zdroj krvácení tedy nakonec nenalezen. Pacientovi byly podány krevní převody, dále krvácení nepokračovalo. Poté jako další krok byl pacient vyšetřen koloskopií, kdy nález odpovídal možnému krvácení z divertiklů tlustého střeva, které byly nejvíce zachyceny v sigmatu + jako vedlejší nález také vnitřní hemoroidy. Krvácení stále nepokračovalo, proto byl případ uzavřen jako krvácení z divertiklů tlustého střeva, pacient byl propuštěn do domácí péče.

Za týden pacient přichází opět k hospitalizaci pro enterorhagii a nyní i s kolapsovým stavem. Znovu provedena urgentní gastroskopie, kdy nebyly nalezeny známky krvácení. Byly podány krevní převody, poté proběhla po přípravě znovu koloskopie s nálezem klidných divertiklů sigmatu, t. č. bez známek aktivního krvácení.

V následujících dvou dnech vzniká významná recidiva krvácení, byly podány 4 transfuze a 2 trombonáplavy. Nestabilní stav a významné krvácení bylo indikací k CT-AG, kdy se podařilo najít leak k. I. kliček jejunu v oblasti L mezogastria, bez vysledovatelného zdroje, který je z povodí jejunálních tepen. Dle nálezu na CT-AG byla provedena angiografie se super-selektivní embolizací s příznivým obrazem.

Po výkonu již pacient nekrváčí. Byl propuštěn po zlepšení stavu. Následně byla objednána a provedena enteroskopie v celkové anestezii, kdy jako definitivní byl nález divertikulózy jejunu s viditelnými ischemickými změnami po embolizaci. Nakonec byl případ uzavřen jako krvácení do GIT z divertiklu jejunu.

Závěr:

Tato kazuistika poukazuje na vzácnost případu a nesnadnou diagnostiku, kdy i přes zopakované základní endoskopie nakonec diagnostice pomohla hemodynamická nestabilita, při které byl viditelný leak k. I. na CT-AG.

Divertikulóza tenkého střeva se vyskytuje u 1-5 %. Poměr muži/ženy je 2/1. Divertikly jejunu s kolon se vyskytují v 35-75 % z celkových procent. V našem případě měl pacient divertikulózu celého střeva. Krvácení z divertiklu tenkého střeva je způsobeno v 3,4–8,1 % jako komplikace divertikulózy. Jako další komplikace mohou být obstrukce střev, malabsorpce či záněty divertiklů.

Lambert-Eatonův syndrom jako vzácná manifestace karcinomu plic

Holubová T., Kunáš Z., Ostrý S.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
holubova.tereza@nemcb.cz

Úvod

Lambert-Eatonův syndrom je vzácná autoimunitní porucha nervosvalového přenosu namířená proti napěťově řízeným kalciovým kanálům na presynaptické části nervosvalové ploténky. Incidence je 0,5:1 milion/rok. Etiologie je nejčastěji paraneoplastická, v 90 % případů v asociaci s malobuněčným karcinomem plic (SCLC). Charakteristická je kolísavá generalizovaná slabost s proximální převahou, méně častěji bulbární příznaky v podobě dysartrie, dysfagie. Více než polovina pacientů má známky autonomní dysfunkce. Hlavní diagnostická metoda je EMG s nálezem výrazného (minimálně 100 %) inkrementu amplitudy sumačního svalového akčního potenciálu při vysokofrekvenční repetitivní stimulaci. Kauzální terapie spočívá v resekci nádoru a onkologické léčbě. K nejúčinnější symptomatické terapii patří podávání amifampridinu.

Vlastní kazuistika

73letý pacient s anamnézou dlaždicobuněčného karcinomu plic (st.p. lobektomií, lymfadenektomií v r. 2005) přichází pro 6 měsíců progredující poruchu chůze, nejistotu, ortostaticky vázané závratě, nechutenství a váhový úbytek. Objektivně při příjmu chabá paraparéza dolních končetin s převahou proximálně, nestabilita chůze. Vzhledem k anamnéze bylo doplněno CT vyšetření břicha a hrudníku s nálezem tumorózního ložiska v levé plicí, metastatického postižení uzlin mediastina, jater, nadledviny a lopaty kosti kyčelní. EMG vyšetření s obrazem presynaptické poruchy nervosvalového přenosu. Byla indikována biopsie plicního ložiska, histologicky prokázán SCLC. Nasazen amifampridin se signifikantním zlepšením obtíží a zahájena onkologická léčba. Pacient je doposud, tj. po 4 měsících od začátku terapie, plně soběstačný v běžných denních činnostech a onkologickou léčbu toleruje.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika prezentuje extrémně vzácné onemocnění nervosvalového přenosu, které se objevuje nejčastěji v asociaci se SCLC. Až ve 40 % případů může být prvním a dlouho i jediným příznakem onkologického onemocnění. Znalost syndromu je důležitá pro včasnou diagnózu a léčbu kauzálního tumoru, brzké zahájení léčby LEMS výrazně zlepšuje kvalitu života a prognózu pacienta.

Malá paní, velký problém

Bouzekri M., Suchomel P.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Písek, a.s.
bouzekri@nemopisek.cz

Úvod

Kazuistika pojednává o raritní příčině krvácení do dutiny břišní po repozici tříselné kýly a následných pooperačních komplikacích včetně SARS-CoV-2 infekce u pacientky s hereditárním nanismem.

Vlastní kazuistika

Polymorbidní 66letá pacientka s hereditárním nanismem byla přijata na chirurgické oddělení pro bolesti břicha v levém hypogastriu a suspekci na uskřínutou inguinální hernii. Vstupní laboratoř bez patologického nálezu, sonograficky potvrzena kýla v levém tříse s obsahem tenkých kliček. Po přijetí na oddělení byla provedena repozice hernie s částečnou úlevou od potíží, avšak pro přetrvávající bolesti byla pacientka následující den indikována k operační revizi. Peroperačně nález kýlního vaku s hemoragickým výpotkem, v dutině břišní hemoragický výpotek a v malé pánvi četná koagula. Vzhledem k nejasnému zdroji hemoperitonea byla provedena explorativní laparotomie s nálezem krvácení způsobeného titanovými klipy na ligamentum Infundibulopelvicum a arteria ovarica, které byly obsahem kýly. Druhý pooperační den na JIP se u pacientky rozvinula závažná respirační insuficience a byla přeložena k resuscitační péči na ARO. Po stabilizaci stavu na ARO byla přeložena na interní JIP, kde byla PCR testem diagnostikována infekce COVID-19. Po stabilizaci stavu na COVID oddělení se stav pacientky komplikoval hemodynamicky významnou proktorhagií s nutností chirurgické revize. Následně byla po měsíční hospitalizaci propuštěna domů.

Podněty k diskusi, závěr

Tříselné kýly patří mezi denní chléb chirurga. Nejčastějším obsahem kýlního vaku je klička tenkého střeva. Při bolestivosti hernie je otázkou zdali se pokusit o repozici s následnou observací či indikovat operaci, přičemž uskřínutá tříselná kýla je jednoznačnou indikací k akutní operaci. V našem případě bylo zreponováním kýly způsobeno krvácení do dutiny břišní, jehož zdrojem bylo poranění arteria ovarica titanovým klipem po předchozí gynekologické operaci. Tato perioperační komplikace nás překvapila i vzhledem k anatomii pacientky s nanismem. Následné nechirurgické pooperační komplikace prodloužily délku hospitalizace.

Moderní trendy ve výživě?

Duchoňová T., Kocourková K., Smrčka V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
duchonova.tereza@nemcb.cz

Úvod

V posledních letech se u pacientů často setkáváme s různými výživovými směry a přístupy. Některé jsou zdraví a růstu prospěšné, zatímco jiné mohou vést až k závažným karencím ovlivňujícím celkové prospívání a život dítěte.

Vlastní kazuistika

22měsíční pacient byl odeslán od svého praktického lékaře k celkovému vyšetření za hospitalizace. Téměř od narození měl obtíže se zažíváním – opakovaně průjemovitá zelená stolice, často s příměsí hlenu. Jeho tělesná délka i hmotnost se postupně propadala na růstovém grafu, chlapcův psychomotorický vývoj byl také lehce opožděný, již od tří měsíců pravidelně rehabilitoval.

Chlapec opakovaně vyšetřován na alergologii, kde bylo vysloveno podezření na mnohočetné alergie. V posledních krevních odběrech u praktického lékaře se zjistilo TSH výrazně nad normu, snížený vitamin D. Klinicky byla na pacientovi nápadná velmi suchá, červená pokožka a palpačně větší štítná žláza. U nás v odběrech nalezen TSH dvacetinásobně vyšší než horní limit normy, vysoký tyreoglobulin a snížené hormony štítné žlázy. Na ultrazvukovém vyšetření byla popsána zvětšená štítná žláza s homogenní strukturou. Ve stolici měl vyšší kalprotektin, matka udávala, že kalprotektin ve stolici má chlapec zvýšený opakovaně. Po pečlivém odebrání anamnézy na stravovací zvyklosti bylo zjištěno, že se matka již dlouhou dobu vyhýbá potravinám s jódem a doma používají pouze himálajskou sůl (bez přidaného jódu). Chlapec byl do svých 17 měsíců téměř výhradně kojen, pevnou stravu tedy jedl až posledních několik měsíců. V rámci diferenciální diagnostiky byla odeslána moč na vyšetření jodurie, kde byl potvrzen extrémní deficit jódu u dítěte a mírný deficit i u jeho matky. Chlapci byla nastavena adekvátní terapie jodidem i hormony štítné žlázy, další sledování probíhalo již ambulantně.

Během pravidelných kontrol endokrinologem se laboratorní hodnoty štítné žlázy postupně upravily na normu, štítná žláza u chlapce zmenšena. Je zajímavé, že na normální hodnoty se také upravil kalprotektin ve stolici. Od hospitalizace chlapec roste bez dalšího poklesu váhy či výšky na percentilovém grafu.

Podněty k diskusi, závěr

Jód je velmi důležitý mikronutrient ovlivňující především rozvoj nervové soustavy. Je tedy otázkou, jestli se u našeho pacienta projeví signifikantní kognitivní deficit. Odhaduje se, že jódová karence není u dětí vzácným jevem, nebylo by tedy vhodné zvýšit povědomí o jeho následcích?

Na tenkém ledě

Štěpán J. 1, Kuta B. 2, Zmeko D.1, Šulda M. 2

1Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.,

2Kardiokirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

josef.stepan87@gmail.com

Úvod

Hypotermie je stav, kdy teplota tělesného jádra klesne pod 35 °C. V závislosti na hloubce podchlazení dochází v organismu k řadě změn. Švýcarský skórovací systém rozeznává 5 úrovní hypotermie na základě teploty tělesného jádra (TT) a kliniky. Třetí a čtvrtý stupeň (TT < 28 °C, resp. < 24 °C) podchlazení je provázen těžkou oběhovou nestabilitou až oběhovou zástavou. Pátý stupeň je ireverzibilní. Dosud nejnižší TT, kterou někdo přežil, je 13,7 °C. Využití mimotělní membránové oxygenoterapie ve veno-arteriální konfiguraci (VA-ECMO) poskytuje oběhovou podporu, náhradu plicních funkcí i možnost aktivně ovlivňovat TT a představuje zlatý standard terapie těžce podchlazených pacientů.

Vlastní kazuistika

V prosinci roku 2020 byl na resuscitační stanici kardiokirurgického oddělení (KCH RES) transportován mladý muž s hypotermickou zástavou oběhu za kontinuální resuscitace. Dle předávající posádky letecké záchranné služby došlo k oběhové zástavě po vyproštění pacienta ze zamrzlého rybníka poté, co se propadl tenkou vrstvou ledu a nebyl se schopen vlastními silami zachránit.

Při přijetí na KCH RES trvala zástava oběhu již 75 minut. Vzhledem k příznivým okolnostem (nepřerušovaná KPR, hluboká hypotermie, přijatelné laboratorní parametry) bylo rozhodnuto o zavedení VA-ECMO podpory. Celková doba od zástavy oběhu do spuštění arteficiálního oběhu činila 100 minut. Vstupně bylo zapotřebí ke stabilizaci oběhu značné objemové nálože s vysokou vasopresorickou podporou.

Současně se stabilizací oběhu byl pacient ohříván. Po dosažení 28 °C jsme jedním výbojem defibrilovali do té doby trvající fibrilací komor. Po dosažení 35 °C jsme zastavili ohřívání a pacienta jsme ponechali v terapeutické hypotermii. Pro rozvoj plicního edému a Harlekýnského syndromu jsme byli donuceni ke konverzi veno-arteriálního zapojení na veno-artero-venózního zapojení ECMO přidáním návratové kanyly do vnitřní jugulární žíly. Po zlepšení srdečního výdeje při trvající dysfunkci plic jsme upravili zapojení ECMO naposledy, a to do veno-venózního zapojení. Takto zapojený okruh poskytl podporu do úplného zotavení po 27 hodinách terapie ECMO. Po splnění kritérií byl pacient extubován po 52 hodinách umělé plicní ventilace. Pacient byl 6. den hospitalizace propuštěn z KCH RES na standardní oddělení a 10. den hospitalizace dimittován z Nemocnice České Budějovice.

Na konci hospitalizace byl pacient bez neurologického deficitu. Byla zjištěna jedna komplikace v podobě trombózy vena basilica a brachiálních žil na levé horní končetině v důsledku pozičního traumatu (45 minut vyprošťován, horní končetiny de facto přimrzlé k ledové kře).

Podněty k diskusi, závěr

Těžká hypotermie způsobuje rozsáhlé patofyziologické změny v organismu. Jejich velká část se projeví na kardiovaskulárním aparátu. Využití VA ECMO oproti jiným metodám aktivního ohřívání pacientů (dialýza, peritoneální laváž) s sebou nese benefit v podobě oběhové stabilizace, která umožní překlenout období významně kompromitovaného oběhu způsobené periferní vazoparalýzou a velmi sníženým srdečním výdejem (oběhovou zástavou). Rovněž tak nahradí funkci plic v případě vzniku plicního edému.

Byly identifikovány některé příznivé prognostické faktory: ženské pohlaví, kalémie pod 8 mmol/l, stav bez zástavy oběhu. Mezi nepříznivé prognostické faktory patří: mužské pohlaví, kalémie nad 12 mmol/l, asystolie, kraniotrauma, polymorbidita, nízké pH, hyperlaktatémie.

V literatuře nalezneme několik prací, které se zabývají osudem pacientů s hypotermií stadia 4 při využití VA-ECMO podpory. Přežití s dobrým neurologickým výstupem je udáváno v rozsahu 21–100 %.

Nejdelší známá úspěšná KPR u hypotermické zástavy oběhu byla 6 hodin a 30 minut.

Náhlé úmrtí 13letého chlapce

Beránková L.1, Šimková Z. 1, Kantorová E.1, Scheinost O.2

1Oddělení lékařské genetiky, Nemocnice České Budějovice, a. s.

2Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a. s.

berankova.lenka@nemcb.cz

Náhlá smrt chlapce s asymptomatickou infekční myokarditidou a zjištěnou patogenní variantou genu FLNC pro maligní typ kardiomyopatie s vysokým rizikem srdeční zástavy.

13letý doposud zdravý chlapec nalezen rodiči ve svém pokoji v bezvědomí, zahájena KPR, ale ani přivolané RZS se již nepodařilo obnovit životní funkce. Chlapec si v posledním roce 2–3x stěžoval na „divné bušení srdce“, vždy bez jiných známek onemocnění. Ráno v den úmrtí si rovněž stěžoval na bušení srdce, jinak dle matky zdravý. Starší sestra probanda podstoupila ve 22 letech RF ablaci pomalé dráhy pro atypickou AVNRT, jinak rodinná anamnéza negativní. Provedenou pitvou byla zjištěna jako příčina smrti infekční myokarditis s průkazem Parvoviru B19. Dále zjištěno povšechné kornatění tepen I. stupně včetně tepen věnčitých. Vzhledem k náhlému úmrtí, pitevnímu nálezu a rodinné anamnéze bylo indikováno molekulárně genetické vyšetření k vyloučení hereditární příčiny onemocnění srdce. V laboratoři ÚBLG 2. LF a FN Motol byla provedena DNA analýza zárodečných mutací vybraných genů spojených s hereditárním kardiovaskulárním onemocněním metodou NGS – zaměřeno na arytmiie a kardiomyopatie. V genu FLNC byla detekována přítomnost zřejmě kauzální varianty c.3070C>T p.(Gln1024*), kterou lze podle aktuálních poznatků klasifikovat jako patogenní. Patogenní varianty v genu FLNC jsou asociovány s rozvojem různých forem kardiomyopatie a myofibrilární myopatie. Nalezená patogenní varianta je dle literatury jednoznačně spojena s maligním typem kardiomyopatie s vysokým rizikem srdeční zástavy. Dále byla detekována varianta nejasného významu v genu DMD, jejíž vliv na příčinu srdeční zástavy u probanda nelze podle současných poznatků potvrdit ani vyloučit. Dalším vyšetřením rodiny bylo zjištěno, že obě varianty zdědil chlapec od své zdravé matky. Výsledky genetického vyšetření sestry probanda nejsou t. č. k dispozici. Rodině bylo nabídnuto podrobné kardiologické vyšetření u MUDr. Krebsové, Ph.D., v Centru dědičných kardiovaskulárních onemocnění (Klinika kardiologie, IKEM).

Náhlá smrt není u dětí a mladých dospělých častou příčinou úmrtí a může se za ní skrývat široké spektrum diagnóz. Ve skupině náhle zemřelých do 40 let věku připadá na náhlou arytmiickou smrt asi 30 % úmrtí. Tuto pitvou ani laboratorními metodami nezjistitelnou příčinu úmrtí má za cíl odhalit tzv. molekulární pitva, která byla primárně zacílena právě na diagnostiku maligních arytmiických syndromů jako LQTS a CPVT. S rostoucím poznáním je vyšetření dále rozšiřováno a může mít smysl i při některých typických strukturálních změnách myokardu. V současnosti je kardiogenetické vyšetření dostupné pro množství monogenně dědičných kardiomyopatií, arytmogenních syndromů a aortopatií. Prezentovaná kazuistika má za cíl upozornit nejen na možnosti a význam kardiogenetického vyšetření pro probanda a jeho rodinu, ale i na nutnost mezioborové spolupráce při diagnostice, stratifikaci rizik a dlouhodobé dispenzární péče o nosiče patogenních variant.

Naplněná věštba – Vzácná příčina akutního selhání ledvin

Markvartová Klára

Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. – Hemodialyzační středisko

markvartova.klara@nemcb.cz

Úvod

Akutní selhání ledvin postrenální etiologie při útlaku ureterů generalizovaným maligním mezoteliomem.

Vlastní kazuistika

69letý muž, hypertonik po recentní cévní mozkové příhodě při fibrilaci síní na antikoagulační terapii byl referován urologem na naše oddělení pro akutní anurické renální selhání. V předchorobí pacient referuje průjmovitě onemocnění a omezený příjem tekutin pro bolesti v oblasti uretry, kde je přítomna fimóza. Klinicky při přijetí dominuje dle pacienta čtyři dny trvající anurie, bolesti břicha a bederní oblasti a otoky dolních končetin. Močový katetr nebylo možno zavést pro fimózu a jizevnaté změny zadní uretry. Vzhledem k výrazné koagulopatii při užívání Warfarinu a absenci náplně močového měchýře bylo od instrumentace pod optickou kontrolou či epicystostomie ustoupeno. Nativní CT vyšetření břicha vylučuje rentgen kontrastní lithiázu a prokazuje mírnou hypotonii kalicho-pánvičkového systému a ureterů bilaterálně až do oblasti malé pánve, v dalším průběhu jsou již uretery štíhlé. Dalším nálezem je prosáknutí části duodena s infiltrátem v okolním retroperitoneálním tuku, který zasahuje až do malé pánve, patologicky zvětšené uzliny paraaortálně a v radixu mesenteria a oboustranný fluidothorax.

Pacienta hospitalizujeme na jednotce intenzivní péče a zahajujeme akutní hemodialýzu, korekci koagulačních parametrů, parenterální hydrataci a analgetickou terapii. Pro elevaci známek zánětu podáváme i empirickou antibiotickou terapii. I přes zavedenou léčbu trvá anurie a bolesti v bederní oblasti. Dle dopplerovské ultrasonografie ledvin je perfuze ledvin zachována, není redukce parenchymu ani dilatace dutého systému ledvin a nadále není přítomna náplň močového měchýře.

Kompletní imunologické vyšetření je negativní až na mírně vyšší imunoglobulin A. Z dalších provedených vyšetření je negativní elektroforéza séra, poměr volných lehkých řetězců, mikroaglutinace na průkaz leptospirozy. Nejsou laboratorní známky rhabdomyolýzy ani hemolýzy. Diferenciálně diagnosticky je zvažována i s antikoagulancí asociovaná nefropatie, pro trvalý poruchu koagulace je však biopsie ledvin kontraindikována.

V čase našich diagnostických rozpaků přichází na jednotku intenzivní péče pacientova družka a vykládá tarotové karty, z nichž neurčitě věští, že neděláme něco, co bychom dělat měli.

Na kontrolním nativním CT vyšetření břicha je popsán totožný nález jako při vstupním vyšetření.

Vzhledem k nejasné etiologii hypotonie dutého systému ledvin je nefrologem zvažována i retroperitoneální fibróza s vnějším útlakem dutého systému ledvin, proto požadujeme druhé čtení radiologem, který nově popisuje prosáknutí retroperitoneálního tuku a naši diagnózu nevyklučuje.

V analgosedaci je urologem oboustranně zaveden ureterální stent, výkon je obtížný pro překážky v oblasti bifurkace arteriae iliacae communes a pro stenotickou uretru.

Ještě před výkonem se rozvíjí tachyfibrilace síní a sklon k hypotenzii. Po výkonu je nutná inotropní podpora oběhu, ale dochází k mírnému obnovení diurézy. Ultrasonograficky nově diagnostikujeme trombózu povrchových žil pravé dolní končetiny. V dalším průběhu se rozvíjí respirační insuficience a následně zástava dechu a oběhu. Kardiopulmonální resuscitace je neúspěšná.

Provedená patologicko-anatomická pitva prokazuje generalizovaný maligní mezoteliom retroperitonea smíšeného typu se složkou sarkomatoidní a epiteloidní a s metastázami do epikardia, plic, peritonea a uzlin v jaterním hilu a paraaortálně, dále též akutní bilaterální plicní embolii a akutní abscedující pyelonefritidu. Jako vedlejší nález byla popsána antrakóza plic II. stupně. Dle sekčního nálezu infiltrace retroperitonea mezoteliomem zužuje oboustranně uretery.

Podněty k diskusi, závěr:

Diferenciální diagnostika akutního poškození ledvin je široká a skládá se z klinického obrazu a celé řady doplňujících vyšetření. Přičemž v interpretaci nálezů významně rozhodují i zkušenosti ošetřujícího nefrologa a urologa. Po vyloučení prerenální etiologie a částečném vyloučení etiologie renální (biopsie ledvin byla kontraindikována vzhledem ke koagulopatii) jsme se vrátili na začátek a zaměřili se na hypotonii horní části dutého systému ledvin, která přímo kontrastovala s anurií. Dalším vodítkem ke stanovení správné diagnózy nám pak byla bolest břicha a bederní krajiny. Ve spolupráci s radiologem a urologem jsme s několikadenní latencí od manifestace dokázali postrenální příčinu selhání ledvin odhalit, i když pro osud pacienta již naše snaha význam neměla. Zprvu neurčitá věštba pacientovy družky se tak nepříjemně naplnila.

Je však nutné zdůraznit, že ani při časné stanovení diagnózy by prognóza pacienta s takto pokročilým generalizovaným maligním mezoteliomem nebyla příznivá. Při nemožnosti chirurgického odstranění nádoru a pouze paliativním charakteru radioterapie je nyní jedinou možností léčby chemoterapie, při které může být dosaženo mediánu přežití až 12 měsíců za podmínky dosažení objektivní odpovědi na léčbu. Bez chemoterapie je medián přežití 5–8 měsíců. Další metody léčby jsou nadále ve fázi klinických studií.

Incidence peritoneálního maligního mezoteliomu je v České republice 3 případy/100 000 mužů za rok a 1 případ na 100 000 žen/rok. Vzácnost našeho případu podtrhuje i to, že dohledat případy manifestace mezoteliomu akutním renálním selháním je v databázi PubMed nemožné. Jediný podobný popsání případ pochází z Japonska (Yquci I, 1996) a referuje o jednostranném útlaku dutého systému, vylučovací funkce druhé ledviny však byla zachována. Vzhledem ke známému rizikovému faktoru expozice azbestu při rozvoji maligního mezoteliomu a nálezu antrakózy plic by jistě bylo zajímavé doplnit i pracovní anamnézu pacienta.

Pokud pomýšlíme na diagnózu retroperitoneální fibrózy, je vždy vhodné doplnit podtypy IgG, kde očekáváme elevaci v podtypu IgG4. V našem případě jsme odběr již doplnit nestihli.

Nejmenší benigní věc, co tě může zabít

Musilová B.1, Měšťan D.1, Teplý O.1, Bohatý R.2, Fiedler J.1

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

2Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Oddělení urgentního příjmu, Nemocnice České Budějovice, a. s.
barbora.musilova@icloud.com

Úvod

Obstrukční hydrocephalus patří mezi neurochirurgické urgency. Jednou z příčin je koloidní cysta uložená ve stropu III. mozkové komory, zejména v oblasti foramen Monroi. V případě, že tato histologicky benigní léze svou polohou způsobí ventilovým mechanismem obstrukci likvorových cest, může dojít k rychlému zhoršení stavu vědomí s perakutním průběhem vedoucím k úmrtí.

Vlastní kazuistika

Muž, ročník 1994, byl přivezen na urgentní příjem pro silnou bolest hlavy. Chronicky s ničím neléčen, udává abusus LSD, pro který původně vyšetřován. Fyzikální vyšetření bez nálezu, laboratorně pouze mírná hypokalemie, hyperglykemie. Odeslán na CT vyšetření k vyloučení nitrolební patologie. Během vyšetření neklid a rychlá progresse stavu z GCS 13 na GCS 7. Snímky prokázaly koloidní cystu třetí komory, a tak byl pacient okamžitě transportován na neurochirurgický sál k zavedení komorové drenáže, později doplněné o endoskopický výkon s resekci cysty. Pooperační MR zobrazení neprokázalo žádnou intrakraniální patologii, avšak po úspěšném weaningu byla u pacienta diagnostikována oboustranná slepota. Následovala rehabilitační léčba se zapojením TyfloCentra v Českých Budějovicích, která trvá doposud.

Podněty k diskusi, závěr

Korová slepota po akutním hydrocephalu v souvislosti s koloidní cystou byla popsána v zahraniční literatuře celkem čtyřikrát. V domácí literatuře jsme podobnou kazuistiku nezaznamenali. Etiologicky se uvádí infarkt zadních mozkových tepen, způsobený pravděpodobně jejich kompresí s následnou ischemií okcipitálních laloků (oblast zrakového kortexu). V některých případech může obstrukční hydrocephalus být i příčinou smrti, přestože samotná cysta má většinou kolem 10 až 14 mm.

Neurodegenerativní překvapení

Vaníková Š., Krtička O., Ostrý S.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
sarka.vanikova9@seznam.cz

Úvod

Cílem následujícího sdělení je prezentace pacienta se syndromem rychle progredující demence, kde i přes správně vedenou diagnostickou rozvahu a splněná klinická diagnostická kritéria jednoho z neurodegenerativních onemocnění nás po obdržení výsledků post mortem biopsie čekalo překvapení.

Vlastní kazuistika

74letý pacient, hypertonik. Od 12/2020 progredující vertigo, v 3/2021 náhle vzniklá zmatenost, bludná produkce, poruchy krátkodobé paměti. V objektivním neurologickém nálezu spontánní up-beating nystagmus, pohledový nystagmus, ataxie horních končetin, suspektní myoklonické záškuby na HKK. Za hospitalizace vstupně vyloučena neuroinfekce a ložiskové poškození mozku. MR mozku s generalizovanou atrofií, susp. cortical ribboning interhemisferálně a vpravo okcipitálně. EEG záznam opakovaně hrubě abnormní, přítomny periodické generalizované výboje odpovídající tzv. trifázickým vlnám. Screening kognice pomocí Montrealského kognitivního testu (MoCA) byl 11/30. Pacient dimitován do domácí péče, stav uzavírán jako rychle progredující demence při neurodegenerativním onemocnění, v dif. dg. sporadická varianta Creutzfeldtovy-Jacobovy nemoci (sCJN). Plánováno ambulantní sledování. Pro rychlou progresi kognitivního deficitu, poruchy chování, halucinace a insomnií však nutná časná rehospitalizace. Kontrolní EEG opět s výskytem trifázických vln. Specifické vyšetření likvoru prokazuje enormní zvýšení fosforylovaného tau proteinu, lehkou elevaci proteinu 14-3-3, oba nálezy podporují dg. sCJN. Eskalována antipsychotická medikace, výživa nutná cestou NGS. V terminálním stadiu onemocnění pacient přeložen k hospicové péči, k úmrtí dochází v 4/2021, cca 4 měsíce po objevení příznaků. Post mortem biopsií potvrzena klinická suspekce na sCJN s doprovodným nálezem onemocnění odpovídající komplexní tauopatii s částečnými rysy vývoje progresivní supranukleární obrny (PSP) modifikující průběh základní choroby.

Závěr

Stanovení jisté diagnózy je u neurodegenerativních onemocnění možné až post mortem. Manifestace klinických příznaků je ve většině případů postupná a i při plně rozvinutém onemocnění je odlišnost klinické a patologické diagnózy přibližně 20 %. Přítomnost vícečetných neurodegenerativních patologií, jako tomu bylo u našeho pacienta, není výjimkou. Souhrnně jsou pak označovány překryvnými syndromy.

Obrovský appendikolit

Burdová M.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.
Majicek275@gmail.com

Úvod

Jako koprolit se definuje tuhý útvar tvořený stolicí a minerálovými usazeninami, který vzniká ve střevech. Typickým místem výskytu koprolitů jsou střešní výčlipky (divertikly) či appendix. Koprolit, který se nachází v appendixu, lze taktéž označit jako appendikolit. Jako rizikový faktor je často uváděna potrava chudá na vlákninu.[1] Nález appendikolitů se rozšířil s rozšířením užívání počítačové tomografie k vyšetřování břicha, často jako nález vedlejší,

bez známek appendicitidy. Většina pacientů je asymptomatická, a přestože appendikolit může znamenat zvýšené riziko rozvoje appendicitidy (často s perforací či se vznikem abscesu), jeho přítomnost není indikací k provedení appendektomie. Koprolit nacházíme u zhruba 10 % případů appendicitidy [2]. Průměrná velikost appendikolitu se pohybuje mezi 1,4 mm až 7,8 mm.

Vlastní kazuistika

61letý pacient je odeslán praktickým lékařem na gastroenterologickou ambulanci pro zhruba měsíc trvající řezavé pobolívání v oblasti kolem pupku bez propagace, nezávislé na pohybu či poloze, a drobný váhový úbytek. Pacient další obtíže (nausea, teploty atp.) neguje. Pacient se léčí s chronickými bolestmi zad, hypertenzí, hyperlipidémií. Z léků užívá Prestarium, Torvacard a nově od PL do medikace přidán Controlac a Algifen gtt., oboje pouze s malým efektem. Pacientovi odebrána krev na lab. vyšetření, které je však bez pozoruhodností, a zhotoveno USG vyšetření břicha, kde není patrná jasná příčina těchto obtíží. Pacient tedy objednan na gastrokopické vyšetření, které provedeno o týden později s nálezem pouze lehké bulbitidy. Jako terapeutický test je do medikace přidána Nolpaza 40 mg.

Terapeutický test s Nolpazou je zcela bez efektu, proto je pacient měsíc po gastrokopii vyzván k absolvování CT vyšetření břicha s aplikací kontrastní látky. Na CT je popisován tumor horní třetiny pravé ledviny, lehká splenomegalie a appendix s 2 appendikolity o velikosti 7 mm a 20 mm, stěna appendixu je až 10 mm široká s maximem šíře v oblasti báze appendixu, v okolí mírné prosáknutí tukové tkáně. Pacient proto odeslán na urologické a posléze chirurgické vyšetření. Dohodnutý postup o provedení LAPPE a později operace TU pravé ledviny.

Pacient přijat na chirurgii k provedení elektivní LAPPE. Během laparoskopického výkonu nalezen appendix s konkrementem, který byl zanořen do retroperitonea, infiltrován ke stěně céka a terminálního ilea. Appendikolit je pevně fixován ve vstupu do céka v Bauhinské chlopni, proto provedena resekce části céka spolu s appendixem. Provedení proplachu, zavedení 2 kapilárních drénů, revize operačního pole – bez známek krvácení. Pacient po výkonu ad JIP chirurgických oborů, kde je zvyklá pooperační péče. Již týž den převaz ran pro serózní prosak krytí, klinický stav pacienta dobrý, kontrolní laboratoř v normě, podána infúzní léčba. Druhý den po operaci již sangvinolentní prosak sterilního krytí kolem drénu zavedeného do Douglasu. Podezření na drobné krvácení ze stěny břišní, proto je přistoupeno v opichu stěny kolem drénu – bezprostředně po provedení bez známek krvácení. V kontrolní laboratoři lehký pokles v červeném krevním obrazu. Za další 2 hodiny je opět nutný převaz pro další prosak. Opět odebrána krev na laboratorní vyšetření, kde je zjištěn další pokles v červeném krevním obrazu. Provedeno USG vyšetření břicha, kde je patrná volná tekutina kolem jater a v Douglasu, bez jasného zdroje krvácení. Pacient indikován k laparoskopické revizi dutiny břišní. Před výkonem podání 500 ml Gelaspanu 4% i. v., 2x krevní plazmy i. v., Exacylu 1 g i. v. Pacient po celou dobu ve stabilizovaném stavu.

Během laparoskopické revize opakovaně odsávána koagula a provedení výplachů – celkem výplachy 6 200 ml a odsáto 6 500 ml. Bez známek krvácení až na místo v retroperitoneu sub- a laterocekálně (po původním vyproštění céka), kde bylo zjištěno drobné ronění. Toto místo koagulováno pomocí přístroje LigaSure, poté již není krvácení, ještě aplikován hemostatický prášek 4DryField. Kontrola operačního pole bez známek krvácení. Při opouštění operačního sálu obvazy suché. Další pooperační průběh již bez komplikací, postupné vyrovnání krevního obrazu, dobrý klinický stav pacienta. Pacient po 10 dnech hospitalizace dimitován v dobrém klinickém stavu do domácí péče.

Podněty k diskusi, závěr

Appendikolit může mít různorodou škálu projevů – intermitentní bolesti břicha (nejtypičtější v pravém dolním kvadrantu), leukocytóza, hematurie – či může být zcela asymptomatický. Svými projevy může mimikovat a být zaměněn za jiná onemocnění (např. urolithiasu). Na klasickém RTG snímku břicha appendikolit nemusí být zcela zřetelně detekován, pokud není dostatečně kalcifikován. Appendikolity jsou nejčastěji nacházeny u dětí a mladých dospělých, častěji se nachází u mužů [3]

Velké appendikolity o velikosti 2 cm a více jsou velmi vzácné, popisováno je jen několik málo případů. [4] Náš appendikolit se tedy zařazuje do této výjimečné skupiny vzácných nálezů.

Pacient nyní čeká na rekonvalescenci a na další operační výkon v podobě odstranění TU pravé ledviny. Jeho klinický stav je dobrý, hojení pooperačních ran proběhlo bez komplikací.

Zdroje:

- [1] Jones BA, Demetriades D, Segal I, Burkitt DP. The prevalence of appendiceal fecaliths in patients with and without appendicitis. A comparative study from Canada and South Africa. *Ann Surg.* 1985 Jul;202(1):80-2. doi: 10.1097/00000658-198507000-00013. PMID: 2990360; PMCID: PMC1250841.
- [2] Teke Z, Kabay B, Erbiş H, Tuncay OL. Appendicolithiasis causing diagnostic dilemma: a rare cause of acute appendicitis (report of a case). *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2008 Oct;14(4):323-5. PMID: 18988058.
- [3] Nitecki S, Karmeli R, Sarr MG. Appendiceal calculi and fecaliths as indications for appendectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1990 Sep;171(3):185-8. PMID: 2385810.
- [4] Pahissa RA, Lin-Hurtubise KM. Giant Appendicolith: A Case Report and Review of the Literature. *Mil Med.* 2020 Sep 18;185(9-10):e1851-e1853. doi: 10.1093/milmed/usaa039. PMID: 32196111.

Od atypických bolestí na hrudi přes zátěžovou perfuzní scintigrafii až na katetrizační sál

Kazatelová H.

Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice České Budějovice, a. s.
kazatelovahana@seznam.cz

Úvod

Na kazuistice 37leté pacientky s atypickými bolestmi na hrudi prezentujeme přínos zátěžové perfuzní scintigrafie myokardu.

Vlastní kazuistika

Na Oddělení nukleární medicíny byla odeslána mladá 37letá pacientka k vyšetření zátěžovou perfuzní scintografií myokardu. Pacientka indikována pro 3 měsíce trvající atypické bolesti na hrudi, zvažována muskuloskeletální etiologie, pro pozitivní zátěžový test na bicyklové ergometrii požadováno další vyšetření. Zátěžová perfuzní scintigrafie myokardu překvapivě prokázala rozsáhlou námahovou ischemii postihující povodí RIA (přední stěna, septum, apex), cca 50 % myokardu levé komory. Pacientka byla bezprostředně odeslána na kardiologické oddělení, kde byla hospitalizována a následně provedena SKG, zjištěna 95% bifurkační stenóza RIA-RD, implantovány dva lékové stenty do RIA. Nasazena antiagregační terapie na dobu 6 měsíců a trvale ASA. Po výkonu ústup subjektivních obtíží, bez bolestí na hrudi.

Podněty k diskusi, závěr

V současnosti je v odborných doporučeních dobře definován přínos zátěžových zobrazovacích testů v diagnostice ICHS. Zátěžová perfuzní scintigrafie myokardu je z běžně dostupných metod jednou z nejlepších možností s vysokou diagnostickou přesností.

Od STEMI až po umělé srdce

Pisinger M., Kovářik A.

Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
mpisinger23@seznam.cz

Úvod

Srdeční selhání je klinický syndrom, při kterém dochází ke snížení srdečního výdeje či zvýšení nitrosrdečních tlaků na podkladě strukturálních či funkčních vad srdce projevujících se např. dušností či otoky dolních končetin. Klinicky se klasifikuje dle strany (levo- či pravostranné), dle ejekční frakce (snížená, střední pásmo, normální) a dále dle funkce: NYHA i ACC/AHA. Obě klasifikace by se měly doplňovat navzájem. Zatímco NYHA hlavně popisuje závažnost příznaků u pacientů se srdečním selháním, ACC/AHA zahrnuje i pacienty bez srdečního selhání, nicméně s vysokým rizikem jeho vzniku. Pokud pacient i přes veškerou léčbu má příznaky srdečního selhání i v klidu, považuje se to za refrakterní srdeční selhání (NYHA IV i ACC/AHA D). V tomto případě je indikována speciální intervence, např. pomocí Impelly či HeartMate. Impella je katéetrová pumpa, která se femorální tepnou zavede do levé komory a poté pomáhá pumpovat krev do aorty. HeartMate je komplexnější dlouhodobá levokomorová podpora, která slouží jako bridge k definitivní transplantaci srdce.

Vlastní kazuistika

54letá pacientka, doposud zdravá, byla přijata na kardiologii pro asi hodinu trvající bolesti na hrudi, na EKG přítomen STEMI přední stěny, proto provedena časná SKG s následnou PCI RIA i ACD (implantace 2 lékových stentů). Následující den přeložena do spádové nemocnice k doléčení. Cca po 2 měsících pacientka odeslána zpět ze spádové nemocnice pro refrakterní srdeční selhání. Provedeno reSKG s příznivým nálezem, pacientce oboustranně evakuován fluidothorax, echokardiograficky EF 27 %, akineza přední stěny, MR III.–IV. st. TR IV. st., rozhodnuto o zavedení Impelly CP. Po pár dnech i přes zavedení Impelly došlo opět k srdečnímu selhání i rozvoji plicního edému, proto domluven překlad do IKEM, kde pacientce byl zaveden HeartMate 3 (a odstraněna Impella). Od té doby bez známek selhání srdce a čeká na transplantaci srdce.

Podněty k diskusi, závěr

Časná intervence infarktu nemusí zaručit příznivý vývoj pacienta. I přes veškerou farmakologickou péči nemusí u srdečního selhání dojít ke zlepšení pacientova stavu, proto mohou být indikovány mechanické podpory. Vzhledem k tomu, že dárců srdce není mnoho, slouží tyto podpory jako např. HeartMate jako bridge k transplantaci srdce, v budoucnosti dokonce i jako destinační terapie (pacientovi postačí Heartmate a nebude potřebovat transplantaci srdce).

Zdroje:

1. J. Špinar, et al., Summary of the 2016 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Prepared by the Czech Society of Cardiology, Cor et Vasa 58 (2016) e530–e568, jak vyšel v online verzi Cor et Vasa na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865016300996>
2. Inamdar AA, Inamdar AC. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. J Clin Med. 2016;5(7):62. Published 2016 Jun 29. doi:10.3390/jcm5070062
3. <https://doi.org/10.1161/hc4901.102568> Circulation. 2001;104:2996–3007
4. Glazier JJ, Kaki A. The Impella Device: Historical Background, Clinical Applications and Future Directions. Int J Angiol. 2019;28(2):118–123. doi:10.1055/s-0038-1676369
5. <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2016-4/dlouhodobě-levokomorové-srdeční-podpory-v-lečbě-srdečního-selhání-59907>

Pankreatitida – jednoznačná diagnóza?

Němcová K.

Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Tábor, a.s.
kachna.nem@seznam.cz

Akutní pankreatitida je obvykle diagnostikována na základě klinického obrazu, elevace pankreatických enzymů a event. pomocí CT, které slouží zejm. ke sledování vývoje onemocnění, a má svůj poměrně typický obraz.

Ve své práci se zabývám případem pacienta, jehož laboratorní nález byl stran akutní pankreatitidy chudý a na CT dominoval obraz postižení tračnicku (obrazu ischemické kolitidy až nekrózy střevní stěny), retroperitonálního tuku a závěsu tračnicku. Pankreas měl zachovalou lalůčkovitou strukturu, nejevil známky edému či nekrózy. Peroperačně zjištěny bělavé nodulace (nálety) na peritoneu a omentu, tračník bez zn. ischemie, pro podezření na karcinomatózu a pacientovy přidružené komorbidity odstoupeno od dalších zákroků. Post mortem patologem stanovena diagnóza akutní hemorhagicko-nekrotické pankreatitidy.

Lze tedy vždy správně diagnostikovat onemocnění? Jak postupovat, je-li laboratorní, zobrazovací i operační nález zcela atypický? A byl skutečně tak atypický?

Paracetamol – dobrý sluha, zlý pán

Veselá M., Smrčka V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
michaela.vesela.cb@gmail.com

Úvod

16letá pacientka s psychiatrickou anamnézou hospitalizována pro opakované pokusy o sebevraždu v rámci jednoho týdne.

Vlastní kazuistika

Pacientka přijata na naše oddělení po sebevražedném pokusu spolýkání kombinace Paralenu 18 g, Cezera 55 mg, Fluoxetin 0,6 g a Risperidon v neznámé dávce. V anamnéze složité sociální zázemí, z 6 sourozenců, pacientka umístěna v dětském domově, s rodiči není v kontaktu. Léčena ambulantně pro poruchu příjmu potravy a úzkosti. Opakovaně také již hospitalizována pro kolapsové stavy a poruchu příjmu potravy. Ordinované léky měla u sebe, pro vhodné chování v dětském domově je mohla užívat samostatně.

V kempu, kde pacientka pracovala na letní brigádě, po přeletu LZS nalezena dívka soporózní. Provedena žaludeční laváž, zahájena terapie carbo adsorbens. Po příjezdu na JIRP DEO hladina paracetamolu v séru 143 mg/l (odhadovaná doba 2–6 hodin po požití), což je potenciálně letální hepatotoxická dávka, proto zahájena rescue terapie N-Acetylcysteinem. Pro včasný zásah nedošlo k elevaci jaterních enzymů, v odhadovaných 9 hodinách po požití hladina 17,1 mg/l. Vyšetřena dětským psychiatrem, doporučena léčba na specializovaném pedopsychiatrickém pracovišti. Pacientka v průběhu hospitalizace proklamuje, že až bude propuštěna, čin zopakuje. Vyjednáván překlád pacientky na specializované pracoviště, pracovníci dětského domova i sama pacientka si nepřála hospitalizaci ve spádové DPN Opařany, snaží se vyjednat PN Dobřany.

Při noční službě v 18.55 dochází k útěku pacientky z JIRP DEO. V čase, kdy byl veškerý zdravotnický personál zaměstnán jiným pacientem, si pacientka vypnula všechna monitorovací zařízení a při zámince návštěvy toalety utíká vchodem pro návštěvy v oblečení a s mobilem v ruce. Kontaktována PČR i pracovníci dětského domova. Po pacientce vyhlášeno pátrání, ve 23.00 nalezena v hluboké trávě na břehu Vltavy mimo jiné díky kašli – pravděpodobně způsobeného podáváním vysokých dávek N-Acetylcysteinu. U pacientky nalezena 3 plata Paralenu, tzn. 18 g. Po převozu na JIRP provedena opětovná laváž žaludku a instilace carbo adsorbens. V odhadované době 4 h po požití hodnota paracetamolu v séru 301,30 mg/l, což je potenciálně letální dávka. Zahájena opětovná intenzivní rescue terapie vysokými dávkami N-Acetylcysteinu. Postupně dochází k eliminaci paracetamolu ze séra, poslední

hodnota v odhadovaném čase 32 h po požití < 2 mg/l. Jaterní enzymy pouze s lehkou elevací GGT 1,09 ukat/l, jinak bez elevace dalších parametrů, bez hepatopatie. Pacientku poté překládáme na specializované pracoviště dětské psychiatrie.

Podněty k diskusi, závěr

Pacientka vzhledem k dobrému chování v dětském domově léky užívala samostatně. Pokud by léky byly vydávány pouze personálem v dětském domově, mohlo by se pokusu o suicidium předejít?

Pokud by pacientka netrpěla po terapii N-Acetylcysteinem kašlem, došlo by k včasnému nálezu pacientky?

Možnost otevření všech dveří z JIRP bez nutnosti použití čipové karty, výhoda, či nevýhoda?

Paracetamol je volně prodejný lék v jakémkoliv množství. Je toto vzhledem k četnosti otrav paracetamolem správné?

Patogenní varianta v genu pro titin jako příčina familiární formy dilatační kardiomyopatie

Šalata P.

Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.
palo.salata@gmail.com

Úvod:

Prezentace kazuistiky pacienta a dvou členů jeho rodiny s patogenní mutací v genu pro titin (TTN). Pacient byl přijat pro progredující dušnost, slabost a nevykonnost při tréninku na hasičské zkoušky. Na rtg plic a srdce bylo zjištěno rozšíření srdečního stínu, echokardiograficky patrný obraz dilatační kardiomyopatie. Pacient byl přeložen k další léčbě na Kliniku kardiologie IKEM, kde byla implantována levokomorová mechanická podpora a následně provedena transplantace srdce, dodatečně byla zjištěna patogenní varianta genu pro titin. Další pacientkou je sestra nemocného, u níž byla v rámci screeningu prokázána varianta v genu pro titin, v 38. týdnu těhotenství byla echokardiograficky zjištěna středně těžká systolická dysfunkce levé komory (LK), gravidita byla ukončena císařským řezem, po porodu došlo postupně k normalizaci systolické funkce LK srdeční. Poslední pacientkou je sestra matky uvedených pacientů, u které bylo prokázáno heterozygotní nosičství, t. č. bez strukturálního srdečního onemocnění, kardiologicky je sledována.

Vlastní kazuistika:

32letý pacient byl jako 19letý do té doby zdravý muž hospitalizován na interní JIP na doporučení praktického lékaře pro progredující dušnost, slabost a nevykonnost. Potíže začaly 3 týdny před hospitalizací při tréninku na hasičské zkoušky. Pacient se cítil nasydlý, měl kašel bez expektorace, postupně se přidávala slabost, nevykonnost. Navštívil praktického lékaře, který nasadil mukolytika, kašel ale přetrvával, přidaly se i dechové potíže. Při kontrole u praktického lékaře byl proveden skiagram hrudníku, kde bylo patrné rozšíření srdečního stínu, víkend před přijetím již došlo k ortopnoi NYHA III (dušný při chůzi po bytě). Dále si stěžoval na tlak v epigastriu a nechutenství. Objektivně byl afebrilní, normotenzní (TK 120/70 mmHg), tachykardický (120/min.), bez klidové dušnosti, bez otoků dolních končetin. Poslechově bylo patrné dýchání s praskoty bilaterálně bazálně, akce srdeční pravidelná, zrychlená, trojdobý rytmus, krátký systolický šelest na hrotě. Palpačně na břicho byla játra citlivá +3 prsty. Kontrolní skiagram hrudníku byl srovnatelný s minulým vyšetřením, bylo provedeno echokardiografické vyšetření srdce s nálezem dilatované LK s těžkou poruchou systolické funkce, difúzní porucha kinetiky, ejekční frakce (EF) do 20 %, významná mitrální regurgitace (3. st.) a dilatace levé síně. Dále byla patrná plicní hypertenze (systolický tlak v pravé komoře 50 mmHg) a lehká trikuspidální regurgitace. Nález byl uzavřen jako obraz dilatační kardiomyopatie. Laboratorně byla patrná výrazná elevace NT-proBNP (1 064 pmol/l), lehká elevace ALT (1,41 ukat/l), AST (0,77 ukat/l), bilirubin (39 μmol/l), kreatinin (113 μmol/l), TnI a TSH byly v normě. Sonografické vyšetření břicha prokázalo hepatosplenomegalii – obraz žilní kongesce v játrech. Byla zahájena diuretická terapie a oxygenoterapie, po které došlo ke zmírnění dechových obtíží, přetrvával noční kašel. Do medikace byl nasazen ACE inhibitor, po kterém pacientovi klesl systolický krevní tlak pod 90 mmHg, proto dále nebyl podáván a byla zahájena inotropní podpora dobutaminem. S pacientem byl dobrý kontakt, diuréza byla kolem 1 500 ml/24 hod., při kontrolním laboratorním vyšetření bylo patrné mírné zlepšení. Pacient byl přeložen na Kliniku kardiologie IKEM, kde proběhla implantace levokomorové mechanické srdeční podpory HeartMate II, histologicky byla potvrzena dg. dilatační kardiomyopatie, echokardiograficky byla patrná regrese dilatace a dysfunkce LK, pacient byl zařazen v červnu 2008 na waiting list jako kandidát na transplantaci srdce. V prosinci 2008 po kontrole bylo změněno pořadí pacienta na urgentní. O dva roky později v květnu 2010 byla pacientovi jako 21letému provedena transplantace srdce, následně pro paroxysmy fibrilace síní byl do medikace nasazen β-blokátor. Pacient byl dále od prosince 2010 sledován v kardiologické ambulanci Nemocnice Strakonice. Po transplantaci byl tlakově i oběhově kompenzován, echokardiograficky byla patrná dobrá funkce štěpu, EMB bez rejekce, bylo pokračováno v imunosupresivní terapii. V roce 2011 byla provedena koronarografie se známkami koronární nemoci srdečního štěpu. V roce 2015 při kontrole si pacient stěžoval na námahové oprese na hrudi, na ekg byly patrné nové

změny ST úseku a vlny T v anterolaterální oblasti, bylo provedeno kontrolní ekg po krátké zátěži, kde byly zaznamenány ST deprese v laterálních svodech, troponin I byl v normě. Pacient byl odeslán ke koronarografii v červenci 2015 s nálezem kritické bifurkační stenózy RIA-RD, byl mu implantován lékový stent do RIA, do medikace byl nasazen clopidogrel na 12 měsíců, echokardiograficky přetrvávala dobrá funkce štěpu. V listopadu 2019 proběhlo genetické vyšetření, byla zjištěna příčinná varianta DNA v genu pro titin, následně potvrzena dědičná příčina dilatační kardiomyopatie. Poslední kontrola proběhla v červnu 2021, dlouhodobě byl stav stabilizovaný, trvala dobrá funkce srdečního štěpu.

28letá sestra pacienta byla v době jeho hospitalizace jako 15letá vyšetřena v rámci prevence v dětské kardiologické ambulanci s normálním echokardiografickým obrazem, při kontrole v roce 2010 trval normální kardiologický nález. V roce 2019 byla vyšetřena na Klinice kardiologie IKEM v rámci screeningového vyšetření, tehdy v 21. týdnu těhotenství, byla nalezena DNA varianta v genu pro titin, echokardiograficky byla patrná normální funkce lehce dilatované LK srdeční, EF nad 60 %. V 38. týdnu těhotenství (08.01.2020) proběhla kontrola na Klinice kardiologie IKEM, echokardiograficky byla zjištěna středně těžká systolická dysfunkce LK srdeční, EF 45 % při difúzní hypokinezi, lehká mitrální regurgitace, lehká trikuspidální regurgitace, v. s. v rámci peripartální kardiomyopatie při genetické zátěži. Bylo doporučeno ukončit graviditu, následující den porodila císařským řezem. Po porodu byla zahájena dispenzarizace v kardiologické ambulanci Nemocnice Strakonice. Pacientka si stěžovala na horšící se námahovou dušnost a únavu, oběhově byla kompenzována, bez manifestních známek srdečního selhávání NYHA III. Byla zahájena farmakoterapie srdečního selhání (β -blokátor a ACEi). Při další kontrole v únoru 2020 se funkčně zlepšila na NYHA II, echokardiografický nález neprogredoval. Při echokardiografické kontrole v červenci 2020 bylo patrné zlepšení systolické funkce LK srdeční, EF 50–55 %, funkčně trvala nadále NYHA II. Subjektivně pacientka popisovala zlepšení výkonnosti a tolerance zátěže, ale pořád ne na původní stav před graviditou. Poslední kontrola proběhla v dubnu 2021, klinický stav byl stabilizovaný, subj. se výkonnostně vrátila na úroveň před těhotenstvím, echokardiograficky se dále zlepšila systolická funkce LK srdeční, EF 55–60 %, funkčně NYHA I.

Poslední sledovanou pacientkou je 52letá sestra matky uvedených sourozenců. V rámci genetického screeningu bylo zjištěno heterozygotní nosičství patogenní varianty v genu pro titin, z čeho vyplývá dispozice pro familiární formu dilatační kardiomyopatie. Pacientka je zatím bez strukturálního srdečního onemocnění, funkčně NYHA I, echokardiograficky má nedilatovanou LK s dobrou systolickou funkcí, EF 60 %, je přítomna lehká mitrální regurgitace (1. st.). Pacientce bylo doporučeno kardiologické sledování.

Familiární forma dilatační kardiomyopatie je srdeční onemocnění na genetickém podkladě, při kterém dochází ke ztenčení a oslabení alespoň jedné srdeční dutiny, což vede k její dilataci a zhoršení systolické funkce. Ve snaze kompenzovat tyto změny dochází ke zvýšení průtoku krve srdcem, což vede k dalšímu ztenčení a oslabení srdečního svalů. Mezi nejčastější příznaky patří palpitace, dušnost, únava, synkopy a edémy dolních končetin. V některých případech je prvním a jediným příznakem náhlá srdeční smrt. Závažnost onemocnění se liší mezi postiženými pacienty i v rámci jedné rodiny. Nejčastější příčinou familiární dilatační kardiomyopatie jsou genetické mutace, ze kterých je nejčastější mutace v genu pro titin, který vytváří strukturu sarkomer a poskytuje jim flexibilitu a stabilitu. Základem terapie je standardní léčba srdečního selhání a pravidelná dispenzarizace. V některých případech však onemocnění progreduje, což vede k nutnosti mechanické podpory až transplantace srdce.

Závěr:

Cílem této kazuistiky bylo poukázat na výskyt patogenní varianty v genu pro titin, která je nejčastější příčinou familiární formy dilatační kardiomyopatie, která může vést až k selhání srdce i u mladých, do té doby zdravých pacientů a k nutnosti srdeční transplantace.

Perianální Crohnova choroba – důležitost spolupráce gastroenterologa a chirurga

Štěpánek V.1, Nováková M.1, Trnka P.2, Bortlík M.1

1Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

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

vasikstepanek@seznam.cz

Úvod

Téměř polovina pacientů s Crohnovou chorobou trpí perianálními projevy tohoto onemocnění – abscesy a píštělemi. Tyto změny zhoršují kvalitu života, poškozují strukturu a funkci análních svěračů a ohrožují pacienta septickými komplikacemi. Vyžadují proto nejen intenzivní léčbu, ale především koordinovanou péči gastroenterologa a chirurga.

Vlastní kazuistika

U pacientky narozené v roce 1984 byl v roce 2011 diagnostikován idiopatický střevní zánět postihující tlusté střevo. Původní diagnóza ulcerózní kolitidy doznala v následujícím roce změny – průkaz zánětlivého poškození terminálního ilea a zejména první manifestace perianální choroby v podobě abscesu vedly k diagnóze Crohnovy choroby. Absces

byl ošetřen incizí a krátkodobou drenáží, v dalším období byla pacientka léčena antibiotiky (Ciprofloxacin, Metronidazol), Prednisonem a Mesalazinem. Léčbu Azathioprinem tolerovala jen v minimální dávce, standardní dávka 2 mg/kg vyvolávala nauzeu a zvracení. Pacientka léčbu a sledování intermitentně přerušovala, opakovaně se vrátila i ke kouření cigaret, které po stanovení diagnózy ukončila. V roce 2015 byla hospitalizována pro febrilie a susp. uroinfekci, v roce 2017 pro další infekční komplikaci – septický šok, jehož příčina nebyla spolehlivě objasněna. Z klinického průběhu se jako pravděpodobná příčina jeví hnisavá komplikace Crohnovy choroby. Nadále pokračovala léčba systémovým kortikoidem, Mesalazinem a malou dávkou Azathioprinu v kombinaci s Alopurinolem. Obtíže nemocné měly kolísavý průběh, dominoval zvýšený počet stolic, občasné bolesti břicha a subfebrilie, laboratorní nálezy svědčily pro trvalou zánětlivou aktivitu. Koncem roku 2019 pacientka otěhotněla a zpočátku klidný průběh gravidity se významně změnil počátkem června 2020, kdy byla hospitalizována pro teploty a perianální bolesti. Magnetická rezonance malé pánve prokázala zánětlivé ložisko periprotálně v malé pánvi, chirurg provedl transrektálně punkci hnisavého obsahu a pacientka byla léčena antibiotiky. Po krátkodobém zlepšení se stav opět zhoršil a pacientka byla následně opět hospitalizována pro recidivu perianálního abscesu. Chirurg v této situaci provedl drenáž rozsáhlého podkovovitého abscesu a zavedl několik drénů. Pacientka byla opět léčena antibiotiky a po zlepšení stavu byla propuštěna. 10.09.2020 porodila sekci zdravého syna. K další recidivě perianálního abscesu došlo již v listopadu 2020 v době přípravy na podání biologické léčby. Po opakované drenáži byla v prosinci 2020 zahájena léčba Infliximabem, zpočátku ve standardním, od dubna 2021 po redrenáži perianální píštěle v intenzifikovaném režimu. V současné době je stav pacientky uspokojivý, perianální oblast je klidná a má dlouhodobě zaveden 1 nekonečný drén.

Podněty k diskusi, závěr

Kazuistika je příkladem komplikovaného průběhu perianální Crohnovy choroby, která byla dlouhodobě léčena bez vzájemné spolupráce gastroenterologa a chirurga. Perianální hnisavé komplikace u nemocných s Crohnovou chorobou vyžadují intenzivní medikamentózní léčbu a současně koordinaci s adekvátním chirurgickým postupem – vyšetřením anorekta v celkové anestezii, ošetření abscesových ložisek a dlouhodobou drenáž tzv. nekonečnými drény jako prevencí recidivy hnisavých projevů. V medikamentózní léčbě je základem podávání antibiotik a biologické léčby, především Infliximabu. Jde o dlouhodobý proces, který vyžaduje trpělivost nejen pacienta, ale i jeho ošetřujících lékařů. Komplexní péče o pacienty s perianální Crohnovou chorobou je však stále v mnoha zdravotnických zařízeních v ČR nedostatečná a je společnou odpovědností gastroenterologů a chirurgů, aby se dostala na adekvátní úroveň.

Pod tlakem neumím pracovat aneb překvapivá příčina srdečního selhání

Vohradníková L., Gergely L.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a.s.
vohradnikova.lenka@gmail.com

Úvod

Srdeční selhání na podkladě srdeční tamponády nejasné etiologie

Vlastní kazuistika

Naše kazuistika popisuje případ 66letého pacienta, který přichází na interní ambulanci pro dušnost, otoky dolních končetin, s nárůstem hmotnosti asi o 10 kilogramů za tři týdny.

Anamnesticky významnou se zdá především předcházející hospitalizace. Pacient vyšetřován pro kolapsový stav se ztrátou vědomí. Během hospitalizace došlo k rozvoji fibrilace komor. Po úspěšné resuscitaci 12 svodové EKG ukazuje na suspektní STEMI zadní stěny. Pacient akutně přeložen do Kardiocentra Nemocnice České Budějovice. SKG s fyziologickým nálezem, implantován ICD. V anamnéze dále také nekorigovaná hypertenze, karcinom prostaty t. č. v remisi.

Při vstupním fyzikálním vyšetření dominuje klinickému obrazu zvýšená náplň krčních žil, výrazný pitting edém dolních končetin až do výše třísel. Na EKG sinusová tachykardie bez známek akutní ischemie či jiné patologie, normotenze, normosaturace. Provedena rutinní vyšetření – nativní snímek srdce a plic s nálezem laterálně rozšířeného srdečního stínu, bez městnaní v malém oběhu. Laboratorně známky dehydratace, mírně vyšší natriuretické peptidy, lehká normocytární anémie.

Pacient hospitalizován s pracovním diagnózou srdeční selhání, anémie neznámé etiologie k dalšímu dovyšetření. V rámci nejpravděpodobnější etiologie anémie při anamnéze Ca prostaty vyšetřeno PSA + základní onkomarkery. Započata infúzní terapie v kombinaci s diuretickou medikací pro renální insuficienci. Postupně se rozvíjela hypotenze, subjektivní stesky pacienta na dušnost a vertigo se spíše zhoršovaly. Diuretická terapie přerušena.

Při transthorakální echokardiografii zjištěn objemný perikardiální výpotek se známkami tamponády.

Nadále infúzní terapie s cílem pozitivní tekutinové bilance ke zvýšení preloadu s plánem brzké perikardiocentézy po vymizení efektu NOAC. Vypunktováno asi 1 600 ml hemoragického výpotku.

CT hrudníku ani transesofageální echokardiografie blíže etiologii hemoperikardu neupřesnily.

Na kontrolním TTE byl nově zastižen velký levostranný fluidothorax, opět s hemoragickým punktátem, který nás nakonec dovedl k definitivní diagnóze dále potvrzenou kardiocentrem.

Podněty k diskusi, závěr

Tato kazuistika velmi dobře reprezentuje denní chléb interního sekundáře. Každodenní, často se opakující rutina, která se však velmi rychle může obrátit k naprosto neočekávané, krajně nepravděpodobné diagnóze, která je akutně život ohrožující. Tyto diagnózy na sebe však často upozorňují pomyslným zvednutím prstu, kterému je třeba věnovat pozornost. I v tomto případě nás varovala právě rozvíjející se hypotenze, vertigo při infúzně-diuretické terapii a další pokračování v symptomatické terapii srdečního selhání by nejen nebylo účinné, ale mohlo by pacienta přímo poškodovat.

Srdeční tamponáda je vzácnou příčinou srdečního selhání, nepravděpodobnou byla rovněž i samotná etiologie tamponády. V rámci diferenciální diagnostiky hemoperikardu lze zvažovat nejčastěji rupturu stěny myokardu při infarktu myokardu, trauma hrudníku, předávkování antikoagulancii či raritně rupturu Valsalvova sinu, aneurysma koronární artérie (např. syfilitické, mykotické etiologie) či disekci aorty typu A. Žádná z výše uvedených diagnóz ovšem nebyla později potvrzena.

Polékové prodloužení QT intervalu

Pechandová K.1, Tašková I.2

1Klinický farmaceut, Nemocnice Strakonice, a. s.,

2Klinický farmaceut, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

pechandova@seznam.cz

Úvod

QT interval může být prodloužen z mnoha důvodů. Podávání rizikových léčiv může být jedním z nich. Prodloužení QT intervalu je spojováno s výskytem maligní arytmie torsade de pointes (TdP), která má mortalitu přes 30 %.

Vlastní kazuistika

Na plicní oddělení je přijata 81letá pacientka pro pneumonii vpravo s bohatou psychiatrickou medikací a polékovým útlumem. Empiricky je nasazena antibiotická terapie (Ampicilin i. v., Klacid p. o.).

Pacientka se přes dvacet let ambulantně léčí pro periodickou depresivní poruchu. Dlouhodobě je stabilizovaná na kombinaci tricyklických antidepresiv s benzodiazepiny – Amitriptylin 25 mg (0-1-1), Nortrilen 25 mg (2-1-0), Rivotril 0,5 mg (0-1/2-0) a současně Helex retard 1 mg (1-0-1). Dále užívá Trittico AC 150 mg večer a antipsychotikum Zypsilan 40 mg (1-0-1) pravděpodobně pro depresi až bludné hloubky. Další osobní anamnéza a farmakoterapie je nevýznamná.

Na kontrolním EKG po залечení plicního infektu je zachycen významně prodloužený QT interval, cca 600 ms.

Pacientka je nadále spává a příliš nekomunikuje.

Je nutné okamžitě zareagovat a upravit chronickou psychiatrickou medikací. Užívaná kombinace je velmi riziková pro vznik TdP. Nejvíce rizikový Zypsilan je ihned vysazen spolu s Amitriptylinem. Nortrilen je vysazen postupně.

Pacientka je zajištěna Tiapridalem 50 mg (1-1-1) a převedena na Olpinat 5 mg (0-0-1). Benzodiazepin s prodlouženým uvolňováním Helex Retard je nahrazen antikonvulzivním Rivotrilem 0, 5mg (1-1-1). Výhledově je doporučeno zařadit SSRI antidepresivum vhodné pro seniory. Při neklidu je možné navýšit Tiapridal i Olpinat, které jsou zatím podávány v úvodních dávkách.

Laboratorní nález mineralogramu pacientky je bez pozoruhodností.

Podněty k diskusi, závěr

QT interval šest dní po úpravě medikace je již v normě (459 ms). Necelé dva měsíce po změně medikace pacientka živě komunikuje, rehabilituje a snaží se nacvičovat samostatnou chůzi. Za další měsíc je dimitovaná do domácí péče, chodí s dopomocí ve vysokém chodítku.

Prodloužení QTc intervalu (korigovaný QT interval na tepovou frekvenci) přes 500 ms přináší vysoké riziko výskytu TdP a žádá si rychlou úpravu medikace. Komorová tachykardie je až v 85 % příčinou náhlé smrti z kardiálních příčin. V řadě případů jí předchází jako varovný příznak prodloužení intervalu QT, které můžeme snadno odhalit z EKG. Proto by mělo být toto vyšetření prováděno.

Poranění rektosigmatu cizím tělesem

Vokáč T., Stehlík M.

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.

vokac.tomas@centrum.cz

Úvod

Cílem této práce bylo vypracování dvou kazuistik pacientů s poraněním rektosigmatu cizím tělesem, zpracování literární rešerše o dané problematice a získání teoretických i praktických poznatků o této diagnóze. Byla použita metoda kazuistiky, zdrojem informací byla zdravotnická dokumentace a obrazová dokumentace RTG oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec

Vlastní kazuistika

První kazuistika pacienta F. K. s morbus Crohn s ulcerativním postižením aborálního sigmoidu, rektosigmoidu a proximálního rekta, který přichází na chirurgickou ambulanci k ošetření po zasunutí svíčky do konečníku a pro bolesti břicha. Dle vstupních vyšetření nastává podezření na perforaci tlustého střeva s následnou nutnou laparotomickou revizí, kdy je nalezena svíčka v dutině břišní a následně provedena Hartmanova resekce. Nález je komplikován sterkorální peritonitidou s nutností podání nitrožilních antibiotik. Pacient je následně sledován v chirurgické ambulanci a s časovým odstupem je u něj provedena rekonstrukce kolorekta.

Druhá kazuistika pacienta N. J., který přichází pro náhle vzniklé bolesti břicha nejasné příčiny, dle vstupních zobrazovacích vyšetření viditelné masivní pneumoperitoneum s nejasným zdrojem perforace. Pacient zprvu odmítá příznat poranění konečníku. Provedena laparotomická revize s nálezem zjevně traumatické perforace rektosigmoidu, následně provedena Hartmanova resekce. Nález komplikován těž sterkorální peritonitidou. Další pooperační průběh byl již bez komplikací. Pacient je nadále sledován v chirurgické ambulanci.

Podněty k diskusi, závěr

Diferenciálně diagnostické úvahy v několika větech, poukaz na výjimečnost publikovaných případů.

Předčasný odtok plodové vody – expektační postup

Krýzová L., Gilani D., Velemínský M.

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

lenka.krzyzova@gmail.com

Úvod

Kazuistika popisuje případ těhotné pacientky, u které byl zvolen expektační postup po epizodě odtoku plodové vody (pPROM) v gestačním týdnu 24+1. Cílem expektačního postupu je prodloužení gravidity od epizody pPROM co možná nejdéle, maximálně však do 34. týdne těhotenství. Prodloužením těhotenství klesá neonatální mortalita i morbidita. Expektační postup je kontraindikovaný při známkách klinické chorioamnionitidy, hypoxie plodu nebo závažného krvácení, a to buď vstupně, nebo kdykoliv v průběhu expektace. Během expektace, která je vždy indikací k hospitalizaci těhotné, je důležitý klidový režim, pravidelná monitorace ozev plodu, CTG, tlaku, pulzu a teploty pacientky, sledování laboratorních výsledků, provádění UZ k ověření množství plodové vody a biometrie plodu. Mezi největší rizika tohoto postupu patří chorioamnionitida, které se snažíme zabránit profylaktickým podáním antibiotik.

Vlastní kazuistika

35letá zdravá primipara je přivezena z Nemocnice J. Hradec pro odtok plodové vody v gestačním týdnu 24+1. V J. Hradci byla zahájena maturace plic kortikosteroidy a podána první dávka antibiotik. Pro potřeby transportu in utero byla preventivně podána tokolyza ke zklidnění děložní činnosti. Při příjmu je pacientka subjektivně bez bolesti, CTG fyziologické. Při vyšetření je zjištěn pokročilý vaginální nález, odtéká voda plodová. UZ vyšetřením je zjištěna šikmá poloha plodu v děloze, těžký oligohydramnion a váhový odhad plodu 700 g. Vzhledem k absenci děložní činnosti je tokolyza vysazena a nahrazena pouze magnezioterapií. Následující den je podána druhá dávka kortikosteroidů k dokončení maturace plic plodu, dále je provedeno UZ vyšetření, kde je zjištěna již poloha podélná hlavičkou. Pacientku informujeme o jejím stavu a doporučujeme expektační postup. Pacientka podstupuje i pohovor s neonatologem a je informována o poporodní péči o extrémně nezralého novorozence. Během hospitalizace pokračuje podávání antibiotik. Jako prevence tromboembolických komplikací je nasazen Clexane. Mírná děložní činnost je tlumena magnezioterapií. V laboratoři je dále zjištěna progredující anémie, která je řešena podáním dvou erymas a nasazením Sorbifer Durules. Markery zánětu (CRP a leukocyty), které jsou sledovány z počátku každý den, se rapidně nezvyšují. V gestačním týdnu 25+1 je pacientka bez obtíží, nekontrahuje, je afebrilní, bez známek klinické chorioamnionitidy. UZ vyšetřením je ověřena vitalita plodu v poloze podélné hlavičkou, uložení placenty na přední stěně, přetrvávající oligohydramnion a váhový odhad plodu 740 g. V gestačním týdnu 25+2 nastupuje spontánní děložní činnost, jejíž tlumení je vzhledem k dokončené maturaci plic plodu kontraindikováno a nastává rychle progredující porod. Je porozen chlapec s váhou 740 g a Apgar skóre 8/8/10. Po porodu je vzhledem k placenta adherens indikována manuální lýze placenty a instrumentální revize dutiny děložní. Celková krevní ztráta během porodu je 800 ml a v poporodním období je hrazena dvěma erymasami. Dále je poporodní průběh bez komplikací, pacientka propuštěna 3. den po porodu na neonatologické oddělení za dítětem.

Podněty k diskusi, závěr

Pokud není po epizodě pPROM před 34. týdnem indikace k okamžitému ukončení gravidity, upřednostňujeme expektační postup před aktivním přístupem. Aktivní ukončení gravidity po dokončení maturace je sice spojeno s nižším výskytem chorioamnionitidy a zánětlivé odpovědi plodu (FIRS), ale zároveň s vyšší novorozeneckou mortalitou a morbiditou především u novorozenců narozených v extrémně nízkých gestačních týdnech. Volbou expektačního postupu odkládáme porod plodu do vyššího gestačního týdne. Každým dalším dnem se snižuje riziko výskytu těžkých neonatálních morbidit spojených s nezralostí plodu. U této pacientky došlo k porodu 8 dní po odtoku plodové vody. Úspěšnost expektačního postupu závisí především na gestačním stáří v době pPROM. Čím dříve v těhotenství k pPROM dojde, tím je pravděpodobnější prodloužení gravidity.

Předčasný porod s přenosem covid-19 z matky na plod

Kutová T., Velemínský M.

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
terezakutova@centrum.cz

Úvod

Kazuistika popisuje komplikovaný předčasný porod covid-19 pozitivní těhotné pacientky.

Vlastní kazuistika

Třiatřicetiletá pacientka byla přijata na gynekologicko-porodnické oddělení ve 28. týdnu gravidity pro absenci vnímání pohybů plodu a bolesti celého břicha. Tentýž den byl u pacientky potvrzen pozitivní PCR test na covid-19. Příznaky charakteru infektu horních cest dýchacích trvaly tři dny. Při příjmu byl natočen suspektní CTG záznam plodu a bylo provedeno komplexní UZ vyšetření, včetně flowmetrie, která byla v normě. Laboratorně zjištěna anémie (Hg 78 g/l) a trombocytopenie (87,10 na 9/l), elevace jaterních testů (ALT 2,20, AST 1,92). Kontrolní CTG v krátkém odstupu byl patologický, proto bylo těhotenství ukončeno akutním císařským řezem pro hrozící hypoxii plodu. Porozeno děvče 1090 g, Apgar score 5/6/8, pH 6,90.

U pacientky byla po porodu nasazena kortikoterapie, Remdesvir nebyl podán z důvodu jeho kontraindikace. Na RTG plic pacientky byla popsána bilaterální infiltrace, SpO2 i bez oxygenoterapie však byly v normě. Vzhledem k nízké hladině anticovid protilátek byly podány 2x TU rekonvalescentní plazmy. V histologickém vyšetření placenty bylo prokázáno masivní množství koronaviru ve vilózním trofoblastu.

Z neonatologického pohledu byl novorozenec hodnocen jako nezralý, hypotonický, bez dechové aktivity, okolo 7. minuty života nástup spontánní ventilace. 2. den života se začaly zhoršovat ventilační parametry, byl podán surfaktant, poté byla nutná intubace. Na UZ CNS bylo diagnostikováno IVH 3. stupně bilaterálně, dilatace postranních komor a následně posthemoragický hydrocefalus. Byly provedeny opakovaně odlehčovací punkce. 3. den byl u novorozence potvrzen pozitivní PCR test na covid-19, byla mu podána rekonvalescentní plazma. V době přípravy abstraktu pokračuje hospitalizace novorozence na neonatologickém oddělení.

Pooperační průběh pacientky byl bez komplikací, proběhla psychologická intervence a pacientka byla propuštěna 6. den po operativním porodu císařským řezem na neonatologické oddělení jako zdravý doprovod.

Podněty k diskusi, závěr

Zásadní otázkou je, jakou cestou došlo k přenosu viru z matky na plod, zda transplacentárně, nebo ascendentně z pochvy. Dosud není v literatuře jasně popsán případ transplacentárního přenosu covidu-19 z matky na plod. Při specializovaném vyšetření placenty byl pupečník, plodové obaly a choriová plotna bez známek zánětu, lze tedy předpokládat, že virus byl přenesen z matky na plod ascendentní cestou.

Překvapení na CT mozku

Stehlíková E.

Neurologické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.
stehl.eliska@gmail.com

Úvod

Prezentovaná kazuistika se týká pacientky s náhodným nálezem expanzivního ložiska v mozku při provedení CT hlavy z indikace traumatu. Současně kazuistika zpracovává diferenciální diagnostiku ložiska a další průběh stonání.

Vlastní kazuistika

Prezentovaná kazuistika se zabývá případem 73leté pacientky s náhodným nálezem expanzivního ložiska v mozku při provedení CT hlavy z indikace traumatu. Na CT popsáno jako možná ischemie frontálně vpravo či tumor, současně přetlak středočarových struktur doleva. Pacientka objektivně neurologicky intaktní. Po doplnění MR mozku bylo vysloveno podezření na abscesové solitérní ložisko. Prvotní synkopa s traumatem hlavy byla nejspíše na vrub významné mikrocytární anémie, se kterou se pacientka léčila již v minulosti. Za hospitalizace podávány erymasy. Následně pacientka přeložena na Neurologické oddělení Nemocnice České Budějovice, kde byla ve spolupráci s neurochirurgy provedena punkce a odsátí ložiska. V punktátu nebylo zachyceno infekční agens, makroskopicky se jednalo o odbarvenou tekutinu s příměsí krve. Při provedené lumbální punkci likvor taktéž negativní včetně mykotických agens, pacientce nastavena ATB terapie. MR mozku po provedené NCH intervenci s regresí ložiska. Ložisko následně hodnoceno jako možný zkolikovaný hematom.

Dále přeložena k doléčení na naše oddělení. Kontrolní MR mozku stacionární, pacientka nadále s objektivním normálním neurologickým nálezem. Z dosud provedených vyšetření nenalezen možný infekční fokus. Pacientka je nyní sledována v neurologické ambulanci naší nemocnice s kontrolami MR mozku.

Podněty k diskusi, závěr

Diferenciální diagnostika ložiska mozku, vhodnost indikace zobrazení CT u traumatu hlavy.

Raritní příčina ischemie dolní končetiny – kazuistika

Jekielek T.

Chirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Tato kazuistika se zabývá vzácným případem akutní ischemie dolní končetiny u mladé ženy, jakožto prvního klinického projevu její vrozené cévní malformace – a to perzistující ischiadické tepny na dolní končetině. Perzistující ischiadická tepna je vrozenou anomálií s incidencí v rozmezí 0,01–0,06 % a je asociována s nejrůznějšími komplikacemi. Nejčastějšími jsou změny aterosklerotické a také (zejména vlivem mechanického přetížení a komprese) změny aneurysmatické. Všechny tyto změny vedou k rozvoji končetinové ischemie, ať už na podkladě trombózy ischiadické tepny, anebo distální embolizací ze samotného aneurysmatu. Klinické projevy jsou různorodé – od neuralgií nervus ischiadicus až po projevy akutní končetinové ischemie (jak tomu je v našem případě). Stejně tak jsou kvůli nízké incidenci a menší zkušenosti s touto problematikou celosvětově různé možnosti léčby, jak dokládají dostupné studie a kazuistiky. Typ léčby závisí jak na aktuálních symptomech pacienta, tak i na typu anomálie ischiadické tepny. V rámci své kazuistiky vás seznámím s naším terapeutickým postupem a zatím krátkodobými výsledky léčby.

Síňový okluder tak trochu jinak

Švejda J., Peší L.

Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
svejda.jan92@gmail.com

Úvod

U pacientů s disekcí aorty typu B (dle Stanfordské klasifikace) je endovaskulární léčba (TEVAR=thoracic endovascular aortic repair) léčbou volby. Jednou z možných komplikací zákroku může být přetrvávající perfuze nepravého lumen (endoleak). Popisují se různé druhy endoleaku, v našem případě se jednalo o endoleak typu II – retrográdní tok volnou větví. Naším cílem bylo vyřešení tohoto problému, ale vzhledem ke komplikovanosti celého případu jsme nakonec museli přistoupit k neobvyklému řešení, jímž bylo uzavření komunikace mezi nepravým lumen aorty a volnou větví pomocí Amplatzerova síňového okluderu.

Vlastní kazuistika

V našem případě se jedná o 57letého muže, jehož příběh začal už v roce 2015, kdy byl prvně hospitalizován na našem oddělení po synkopě. Během hospitalizace byly zachyceny běhy NSKT (nesetřvalé komorové tachykardie). Provedenou selektivní koronarografií (SKG) byla odhalena významná stenóza r. interventricularis anterior (RIA), která byla ošetřena implantací jednoho lékového stentu. Pro přetrvávání běhů NSKT byl pacient vyšetřen v elektrofyzilogické laboratoři s nálezem opakovaně vyvolatelné komorové tachykardie a následně mu byl implantován 2D ICD přístroj. Jako vedlejší nález při UZ srdce byla zjištěna dilatace descendentní aorty. Provedená CT angiografie aorty vyloučila disekci aorty, ale bylo nalezeno rozšíření descendentní aorty pod levou podklíčkovou tepnou na 5 cm. V místě největšího rozšíření měla stěna aorty výchlípku směřující ke kmeni plicnice. Nebylo zde však patrné, že by spolu aorta s plicnicí komunikovaly, a nález byl uzavřen jako rudiment po Botallově dučejí. Dalším vedlejším nálezem na CT angiografii byl tumor pravé ledviny, z toho důvodu pacient podstoupil za pár měsíců laparoskopickou resekci pravé ledviny.

Během následujících 3 let byl pacient sledován v arytmiologické ambulanci, podstupoval pravidelné echokardiografické kontroly, kde docházelo postupně k dilataci levé komory srdeční a poklesu její ejekční frakce. Kontrolní SKG byla s optimálním výsledkem po předchozí intervenci a pacient byl indikován k upgradu na BiV ICD. Vzhledem k přítomnosti paroxysmů SVT na kontrolách ICD a následné nutnosti provedení EKV pro perzistentní fibrilace síní byla u pacienta provedena RF katetrová ablace fibrilace síní a RFA CTI (cavotricuspid isthmus). Takto to s pacientem pokračovalo až do konce roku 2019, kdy mu byla v Nemocnici Tábor diagnostikována akutní disekce aorty typu B. Vzhledem k anatomickým poměrům na aortě bylo nejdříve přistoupeno k debranchingu aortálního oblouku s vidinou implantace stentgraftu do descendentní aorty v druhé době. Pacientovi byl našit aortosubclaviální a aortocarotický bypass vlevo a za 14 dní mu byly implantovány 2 stentgrafty do descendentní aorty (TEVAR). Na kontrolním angiografickém vyšetření před dimisí byl optimální výsledek po provedených zákrocích.

V roce 2020 bylo nutno provést RFA pro fokální síňovou tachykardii vycházející z pravé síně a CT kontrola po implantaci stentgraftů odhalila stále se plnící nepravé lumen disekované části descendentní aorty. Tato komplikace byla hlavní výzvou nás intervenčních kardiologů, abychom vymysleli možnosti vyřešení tohoto problému. Důvodem endoleaku do nepravého lumen aorty byla nakonec komunikace s plicnicí cestou původní Botallové dučejí, která již byla vidět na CT angiografii jako průtočná a tvořila tak spojkou do nepravého lumen disekované aorty, které tím pádem nemohlo ztrombozovat a neustále tak utlačovalo pravé lumen aorty. Naším plánem bylo reziduální Botallovu dučej uzavřít Amplatzerovým okluderem. To jsme ale museli provést cestou nepravého lumen aorty,

protože do plicnice bychom nebyli schopni proniknout zaváděcím instrumentáři okluderu. Tudíž hlavním úkolem bylo najít re-entry disekce a dostat se do nepravého lumen aorty. To se povedlo, a proto jsme mohli pokračovat ve výkonu dále. Po nalezení Botallovy dučeje jsme si komunikaci poměřili sizing balonkem, abychom vybrali správnou velikost okluderu, a následně skrz dučeň zavedli delivery systém pro okluder. Poté jsme rozvinuli levý disk v plicnici a následně pravý disk okluderu v nepravém lumen aorty. Kontrolní skiaskopický nástřik s kontrastní látkou potvrdil optimální pozici okluderu. Za měsíc byl pacient pozván ke kontrolní CT angiografii aorty, kde již byla vidět postupná trombotizace nepravého lumen disekované aorty.

Podněty k diskusi, závěr

Tato kazuistika poukazuje na komplexnost léčby kardiologických pacientů. Ať už to jsou možnosti v oblasti intervenční kardiologie, arytmologie, či kardiochirurgie. Myslím, že tento případ je velice raritní především tím, že k uzávěru perzistentní Botallovy dučeje okluderem jsme museli najít re-entry disekce aorty a výkon provést cestou falešného lumen aorty.

Slunce, seno, hepatitida

Johnová D.

Interní oddělení, Nemocnice Písek, a. s.
djohnova@gmail.com

Úvod

V této kazuistice prezentuji případ mladého muže s horečnatým stavem nejasné etiologie s těžkou hepatopatií, u kterého byla sérologickým vyšetřením potvrzena duální infekce klíšťovou meningoencefalitidou a hepatitidou E.

Vlastní kazuistika

35letý muž, hypertonik, se dostavil na pohotovost s příznaky úpalu – po práci na slunci se u něj projevila celková únava, artralgie, cefalea, teplota. V laboratoři je ovšem nápadná elevace jaterních transamináz i obstrukčních enzymů, vzestup zánětlivých markerů. Pacient byl přijat k dalšímu dovyšetření a léčbě na interní oddělení. Sonografie neprokázala patologii v oblasti jater či žlučových cest. Byly odebrány lokální kultivace, hemokultury a sérologická vyšetření pro febrilní stav nejasné etiologie s těžkou hepatopatií.

Z výsledků mikrobiologie jsou negativní hepatitidy A, B, C, EB virus, cytomegalovirus, herpes virus, pozitivní protilátky IgM i IgG proti klíšťové meningoencefalitidě. Pacient byl léčen klidem na lůžku, byly podávány infuze, hepatoprotektiva.

Pacientův stav se během hospitalizace rychle zlepšuje, po týdnu byl propuštěn s diagnózou KME a předán do péče infekční ambulance. Hepatopatie přičítána kombinaci virové infekce, polékové a možné preexistující hepatopatii.

Se zpožděním přichází výsledek pozitivních protilátek proti žloutence typu E ve třídě IgM i IgG.

Jednalo se tedy o duální infekci klíšťovou meningoencefalitidou a hepatitidou E u pacienta pracujícího v zemědělství.

Podněty k diskusi, závěr

I když se diagnóza úpalu mohla zdát zřejmá, zkušenosti lékaře na pohotovosti vedly k tomu, že byl pacientovi proveden krevní odběr, ze kterého bylo jasné, že se nejedná o následek působení tepla a slunce, nýbrž o závažnější infekci. V tomto případě dokonce dvojitou – v jižních Čechách ne tak neobvyklou klíšťovou meningoencefalitidu a zároveň poměrně vzácnou žloutenku typu E, jejíž výskyt v ČR byl poprvé popsán v roce 1996.

STEMI při hyperkoagulačním stavu

Klancík V., Šindelářová Š.

Kardiocentrum – Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
klancik.viktor@seznam.cz

Úvod

Kardiovaskulární choroby jsou celosvětově vedoucí příčinou úmrtí. Nejčastější příčinou infarktu myokardu je ischemická choroba srdeční, vznikající na podkladě aterosklerotických změn koronárních tepen. Vzácnější příčinou může být hyperkoagulační stav. Některé vrozené hyperkoagulační stavy samy o sobě nepředstavují zásadní riziko pro trombembolismus. V kombinaci s arteficiálními příčinami může dojít k signifikantnímu zvýšení rizika trombembolismu. Mezi tyto méně obvyklé stavy patří elevace f. VIII – antihemofilický faktor.

Vlastní kazuistika

Kazuistika prezentuje 48letou pacientku, dosud bez sledovaných interních onemocnění, která byla přijata pro akutní infarkt myokardu s elevacemi ST-úseku (STEMI) přední stěny. Dle echokardiografického vyšetření byla popsána akineze hrotové poloviny levé komory srdeční (LKS), kde byl zjištěn široce přisedlý drobný nepohyblivý trombus. Globální systolická funkce LKS činila 46 %. Na základě koronarografického vyšetření byl diagnostikován neobturující trombus kmene ACS. Po podání Integrilinu byla provedena PCI – trombaspirace a implantace bare metal stent (BMS). Průběh koronárních tepen byl však bez signifikantního aterosklerotického poškození. S ohledem na nízký věk pacientky,

nález na SKG a anamnézu rizikových faktorů (nikotinismus, hormonální antikoncepce (HAK)) bylo doplněno vyšetření na hyperkoagulační stavy. Byla zjištěna signifikantně zvýšená hladina f. VIII a fibrinogenu. S ohledem na výše zmíněná vyšetření, klinický stav, dosud publikované kazuistiky a studie byl případ uzavřen jako STEMI při hyperkoagulačním stavu. Pacientce byla nastavena triple antitrombotická terapie a standardní sekundárně preventivní terapie ischemické choroby srdeční (ICHs). Dle kontrolního echokardiografického vyšetření s odstupem jednoho měsíce bylo zjištěno zlepšení globální systolické funkce LKS s přetrvávající poruchou kinetiky hrotu. Trombus v hrotu LKS již nebyl dále přítomen. Dle kontrolního laboratorního vyšetření s odstupem jednoho měsíce byla zjištěna přetrvávající elevace f. VIII. Subjektivně pacientka udávala námahovou dušnost NYHA II.

Podněty k diskuzi, závěr

Vrozené hyperkoagulační stavy probíhají často subklinicky. Mohou být však demaskovány při zvýšení rizika trombofilního stavu užíváním HAK, nikotinismu a dalších rizikových faktorů. Otázkou zůstává podíl předcházejícího podání vakcíny proti covid-19 Moderna, která byla aplikována dva dny před STEMI. S ohledem na závažnost těchto stavů, rozsáhlé socioekonomické důsledky a možný skrytý průběh je nezbytné pečlivě posuzovat kumulaci rizikových faktorů cestou praktických lékařů a ambulantních specialistů.

Slepá cesta

Bohatý R.

ARO, Nemocnice České Budějovice, a. s., OUP Nemocnice České Budějovice, a. s., ZZS JČK

Úvod

Pacient přivezen LZS ad ARO NEM ČB pro hlubokou poruchu vědomí při kraniocerebrálním poranění – průstřel hlavy při pokusu o sebevraždu. Přijímám s diagnózami bezvědomí, respirační nedostatečnost a po CT vyšetření tříštivé poranění obou očních s devastujícím poraněním obou bulbů, nevelký hematom frontálně vpravo.

Vlastní kazuistika

Posádkou LZS přivezen po předchozím avízu pacient nalezený s průstřelem hlavy ve spánkové oblasti. Na místě ještě bazální kontakt, resp. nedostatečnost, nedostatečná ochrana DC – indikována ETI, UPV, sedace, myorelaxace. Přijímán v bariérovém covid režimu, PCR test následně negativní.

Anamnéza pacienta:

OA: arteriální hypertenze, hyperurikémie, hyperlipoproteinémie, st. p. APPE, st. p. cirkumcizi

FA: Triplixam, Purinol, Mertenil

Status praesens při přijetí od LZS: sedorelaxace, OTI, UPV, bez interference s ventilátorem, jen náznak kašle na odsávání. Hlava kryta silně prosáklým obvazem, zornice nevyšetřitelné, krev kolem nosních průduchů, z dutiny ústní nekrvácí. Pulz na a. car. bilat. hmatný. Dýchání skřípkové symetrické, TK 128/65 mmHg, na monitoru SR 88/min. Končetiny bez patol. defigurace, 1x perif. kanyla. Břicho měkké, prohmatné, bez rezistence, játra +2 cm, peristaltika 0. DKK bez otoku.

Po příjmu: pokračováno v sedaci (Propofol + Sufentanil), napojen na UPV, kanylace CŽK, a. rad. – RTG kontrola OK. ad CT mozku a obličejového skeletu.

CT mozku a obličejového skeletu: průstřel jdoucí mimo neurocranium, intraparenchymové krvácení a drobný SAH vpravo frontálně. Devastační poranění obou očních bulbů, pneumoorbita, hemosinus všech paranasálních dutin, tříštivé fraktury obou očních a maxilárních dutin, fraktura zygomatického oblouku vpravo.

Neurochirurgické konzilium: zatím ICP čidlo, jinak bez intervence

Stomatochirurgické konzilium: odloženě vhodná fixace zygomatického komplexu

Oftalmologické konzilium: dokončení enukleace

Podáno 1 200 IU Prothromplexu, 3 g Unasynu a pacient v doprovodu ARO teamu ad operační sál – provedena oboustranná enukleace očních bulbů + ošetření poraněných očních + sutury vstřelu a výstřelu na spáncích. Zavedeno ICP čidlo, ICP 8 mmHg – bez indikace k dalšímu výkonu. Přes CT ad ARO – příznivý nález, beze změn oproti vstupnímu

na ARO: 21. 11. příjem, ad OS, po návratu z OS pacient ponechán sedovaný, 23. 11. provedena PDT, změna sedace za Propofol + Dipidolor, sedace dále snižována, ICP stále kolem 8 mmHg, 26. 11. proveden STCH výkon, 27. 11. probuzen do kontaktu, snižována ventilační podpora, 28. 11. spont. ventilace přes TSK, 30. 11. klidná dekanylace, dále spont. ventilace per vias naturales, fonace +, STCH + oční + PS konzilium, 1. 12. překlad na TRO JIP Status praesens při překladi: kont. analgezie Dipidolorem, sedace Clonidin kont. + Tiapridal bolusově, nasazen Zolof. Při vědomí, spolupracující, bez bolestí, dobrá svalová síla.

na TRO JIP: observace, stabilizace pacienta a překlad ad PSO

na PSO: vyšetřen – o suicidiu uvažoval déle, ztratil smysl života (opustila ho manželka s dětmi), napsal dopis na rozloučenou, projev organický – někdy zcela nepřiléhavé odpovědi (u nás na zahradě ho škrábl jezevec, a proto má ty škravky), dle sestry vyšetřován pro sex. obtěžování dcery, to pacient popírá. Pro pokračující poruchy chování překlad ad PL Dobřany.

Závěr

Plno rozličných věcí a stavů vede jedince v mezních životních situacích k meznímu jednání...

Vzít si život není vždy tak jednoduché, jak se zdá... Tento pacient zvolil slepou cestu.

Prevence suicidií – existuje? Víme o možnostech?

Důvody – síla osobnosti? Genetická zátěž?

Tak trochu jiná meningitida

Šimková D.

Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.

simkovadominika@email.cz

Úvod

Meningeální syndrom je soubor příznaků vznikajících drážděním mozkomíšních plen. Občas je tento pojem zaměňován za samotnou meningitidu. Ta sice představuje nejčastějšího vyvolavatele, ne však zdaleka jediného.

Vlastní kazuistika

Naše kazuistika začíná jednoho letního večera, kdy na LSPP přichází 10letá dívka s asi 1 den trvajícím obtížemi. Bolesti hlavy, zvracení, pocit ztuhlé šíje a zvýšení tělesné teploty. Klinicky dominují jasně pozitivní horní i dolní meningeální příznaky. Již samotní rodiče vyslovují své podezření na neuroinfekci, jelikož v posledních týdnech našli na dceři opakovaně přísátá klíšťata. Hlavní slovo má ale lumbální punkce. Po obtížnější punkci páteřního kanálu odkapává sangvinolentní mok, který se postupně mírně čerí. Cytologický nález lymfocytární pleocytózy nás vede cestou pátrání po původci serózní meningitidy. Vzhledem ke komplikovanějšímu odběru nevzbuzuje větší pozornost přítomnost erytrocytů. Klinicky se stav dívky na symptomatické terapii lepší, ale pouze na přechodnou dobu. Po opětovné kontrole výsledků nalézáme patologickou přítomnost oxyhemoglobinu a bilirubinu ve spektrofotometrickém vyšetření moku. Následná akutní MRI mozku potvrzuje, že k dráždění mozkomíšních plen dochází vlivem krvácení do subarachnoidálního prostoru.

Podněty k diskusi, závěr

Krvácení do subarachnoidálního prostoru představuje v pediatrii minoritního původu příznaků z dráždění mozkomíšních plen. Nejčastěji se ve své klinické praxi setkáme s neuroinfekcí či tzv. meningismem při vysokých horečkách. Správný odběr mozkomíšního moku a následná interpretace výsledků jsou proto klíčové ke stanovení diagnózy. Na této kazuistice se ukazuje, že nejen biochemické, cytologické a mikrobiologické, ale i spektrofotometrické vyšetření moku je stěžejní pro rychlé a správné stanovení diagnózy.

Význam mozkové biopsie v neurologické diagnostice

Pavlinová M., Kunáš Z., Ostrý S.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

marketa.pavlinova@seznam.cz

Úvod

Biopsie mozku je významná diagnostická technika sloužící k histologické verifikaci ložiskového poškození mozku. V současné době se nejčastěji provádí biopsie stereotaktická, specifické indikace má otevřená biopsie z kraniotomie. Rozvoj zobrazovacích metod (především MRI) vedl ke snížení počtu indikací biopsického ověření nitrolebních procesů. Biopsie mozku nicméně zaujímá nezastupitelné místo v případě nejasných a atypických nálezů na MRI, což chceme demonstrovat naší kazuistikou.

Vlastní kazuistika

28letý muž, vysokoškolsky vzdělaný, v anamnéze paranoidní schizofrenie, abusus psychoaktivních látek, Klinefelterův syndrom. V rodinné anamnéze v mužské linii (po 2 generace) progredující poruchy chůze a rovnováhy nejasné etiologie vedoucí k časně invaliditě. V 6/2020 rozvoj lehčí pravostranné lateralizace. MR mozku hodnocena

jako subakutní ischemie v povodí střední mozkové tepny vlevo, etiologie i přes komplexní přeshetření nebyla prokázána. Pacient přeložen na rehabilitační oddělení, kde však dochází ke zhoršení neurodeficitu. Kontrolní MR mozku s progresí signálových změn, nyní pruhovitě se táhnoucí od pontu přes mesencephalon až vysoko parietálně subkortikálně vlevo.

V rámci diferenciální diagnostiky zvažován především lymfom, primární angiitida CNS (PACNS), X-vázaná adrenoleukodystrofie, astrocytom. V krevním obraze průkaz metamyelocytů, pomýšleno na lymfom mozku. Doplněno vyšetření likvoru (bez známek autoimunitního zánětu, cytoflowmetrie bez průkazu patologické klonality), PET/CT trupu, které rovněž bez patologie. MR angiografie i digitální subtrakční angiografie mozkových tepen bez jednoznačných známek vaskulitidy. S ohledem na rodinnou anamnézu indikováno genetické vyšetření, podrobné metabolické vyšetření však neprokázalo odchylku. Pacienta jsme směřovali k dg. pobytu na vyšším pracovišti – Neurologická klinika 3. LF UK a FTN. Jako diagnostické ultimatum refugium byla stanovena indikace k biopsii mozku. Histologická diagnóza potvrdila anaplastický astrocytom, grade III. U pacienta dochází k progresi hemiparézy a dysartrie a zhoršení soběstačnosti. Zavedena symptomatická léčba, dva měsíce od stanovení diagnózy pacient umírá.

Závěr

Biopsie mozku zůstává navzdory množství pokročilých neinvazivních diagnostických metod významnou technikou. Pokud je předem stanovena jasná otázka, na kterou má biopsie odpovědět, pak může přinést klíčovou informaci a zásadním způsobem tak ovlivnit léčbu i osud pacienta.

Vzácná kožní diagnóza?

Ševčíková A.

Dětské oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.
annasevcikova8@seznam.cz

Úvod

Kerion celsi je vzácné mykotické onemocnění kštic způsobené tinea capitis postihující nejčastěji chlapce předškolního věku. Kazuistika popisuje případ dvouletého pacienta s touto diagnózou.

Vlastní kazuistika

Dvouletý pacient přijat na dětské oddělení pro suspektní foliculitidu, impetigo ve kštici. Ambulantně léčen praktickým lékařem několik dní před přijetím perorálně Augmentinem, lokální terapie Fucidinem masť, Bactrobanem masť, doma jedna febrilní špička, jinak bez teplot. Ambulantní terapie bez efektu, proto pacient odeslán k hospitalizaci na dětské oddělení. Při přijetí klinicky parietálně vpravo patrné kulovité ložisko impetiga 7 cm kryté krustou bez vlasů, svědivé, palpačně bolestivé, bez fluktuace, ale s patrným hnisem, ve zbytku hlavy seborrea, nuchální uzliny zvětšené bilaterálně, po těle difusně makulopapulózní nesplývající exantém. Osobní anamnéza pacienta bez zátěže, chlapec jinak zdravý. Sestra pacienta sledována imunologem pro imunodeficit. V domácnosti mají 2 psy, 2 morčata. Základní odběry bez elevace zánětlivých markerů. Empiricky nasazena terapie Prostaphilinem i. v. celkem na 8 dní, lokálně aplikován Fucidin H. Mikrobiologický stěr z ložiska sterilní. Zavedená terapie bez většího efektu, při pravidelném ošetřování odloučena krusta z ložiska ve kštici, ale ložisko stejného rozsahu, nad niveau, exantém na těle stacionární. Odeslán na konzilium do ambulance Dermatologického oddělení pro děti Fakultní nemocnice v Motole, nález uzavřen jako kerion celsi, exantém na trupu hodnocen jako idová reakce, pacientovi nasazena léčba systémově Lamisilem p. o., lokálně Batrafen krém, doporučena eliminace kontaktu s morčaty. Po měsíci léčby při kontrole u pacienta kerion zlepšen, nicméně stále patrný, alopecie přetrvává.

Podněty k diskusi, závěr

Kerion celsi je onemocnění s vzrůstající incidencí, které může svým charakterem připomínat bakteriální infekci. Kazuistika poukazuje na to, že je potřeba mít o tomto onemocnění povědomí, protože při včasné a správné léčbě lze předcházet trvalé alopecii.

Vzácná příčina hepatomegalie u donošeného novorozence

Siváková M., Dušek J.

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
sivakova.martina@nemcb.cz

Úvod

Diferenciální diagnostika hepatomegalie u dětí je poměrně rozsáhlým problémem. Definice hepatomegalie je několik, kritéria u dětí nejsou jednotná. U novorozence se nejčastěji používá velikost jater nad 3,5 cm pod žeberní oblouk v medioklavikulární čáře. V naší kazuistice se věnujeme donošené holčičce, u které měla hepatomegalie vzácnou příčinu.

Vlastní kazuistika

Hepatomegalie neboli zvětšení jater není onemocnění samo o sobě, ale příznak celé řady jiných chorob. Mezi mechanismy vzniku hepatomegalie řadíme zánětlivé reakce, střádavé choroby, expanze, městnání a obstruktivní onemocnění. U novorozenců mezi nejčastější příčiny patří infekční nemoci (typicky ze skupiny TORCH), metabolické vady, srdeční vady a tumorózní expanze. Základem diagnostiky je klinické vyšetření, laboratorní nálezy a použití zobrazovacích metod (RTG, UZ, MR). Léčba se odvíjí od základní příčiny hepatomegalie souběžně s terapií přidružených obtíží.

Naší pacientkou byla holčička narozená ve 37+4 g. t., gravidita bez rizik, prenatální screeniny (syfilis, HIV, HBsAg, GBS, oGTT) u matky – vše negativní. V anamnéze překonání covid-19 v těhotenství, mírný průběh. Rodinná anamnéza nevýznamná. Porod překotný, spontánní, záhlavím, PH 2 680 g, AS 8-8-8. Po porodu spontánní dechová aktivita, záhy rozvoj významné dyspnoe, distenční podpora N-CPAP s FiO₂ až 0,45. Klinicky dominující významná distenze břicha, hepatomegalie, játra zasahující až do hypogastria, bez splenomegalie.

V základních odběrech hypoglykémie korigována infúzní terapií, elevace CRP, konjugovaná hyperbilirubinémie, trombocytopenie. Odebrána krev na hemokulturu a zahájena empiricky ATB terapie. Na ECHO známky pravostranného srdečního selhávání a plicní hypertenze, bez přítomnosti vrozené vady, bez nutnosti oběhové podpory. UZ CNS v normě. Zahájen enterální příjem s dobrou tolerancí.

V rámci diferenciální diagnostiky byly provedeny komplexnější náběry včetně metabolických vad, laktátu a amoniaku, sérologie TORCH, koagulace krve na izolaci DNA a vyšetření karyotypu, doplněn RTG snímek hrudníku a břicha, orientační UZ břicha. Vzácnému nálezu a dalšímu postupu na našem a specializovaném pracovišti se budeme věnovat v naší prezentaci.

Podněty k diskusi, závěr

I zdánlivě nekomplikované těhotenství bez rizikových faktorů může přinést překvapení ve formě diferenciálně diagnosticky zajímavého případu. Časná diagnostika a spolupráce s pracovištěm poskytujícím adekvátní terapii výrazně zlepšuje dlouhodobý outcome novorozenců.

Vzácné, ale přece možné

Gottsteinová N., Timr P., Smrčka V.

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
gottsteinova.nikola@gmail.com

Úvod

Kazuistika 2měsíčního kojence při příjmu se zbytněním pravé poloviny těla s pozitivní rodinnou anamnézou pro revmatoidní onemocnění.

Vlastní kazuistika

2měsíční kojenec přijat s výrazným otokem měkkých tkání na PDK, společně s diskrétním otokem PHK a pravé poloviny obličeje pozorovaným u dítěte již delší dobu. V rodinné anamnéze zjištěna predispozice pro revmatoidní onemocnění (matka – SLE, lupus antikoagulans s pozitivními kardiopipiny, matka matky – Sjögrenův syndrom, otec zdravý). Imunologické odběry chlapce bez nápadností, ale koagulace s výrazným prodloužením aPTT. Diagnostika rozšířena o aktivitu koagulačních faktorů, kde byla zachycena nulová hladina faktoru VIII. U matky zjištěna aktivita faktoru VIII 78 %. Sonografie končetiny bez průkazu trombózy žil a s normálním průtokem cév. Postižené končetiny byly bez poruchy cirkulace, s normálním zbarvením kůže oproti straně druhé. Hybnost končetin byla taktéž zcela normální, jak aktivní, tak pasivní. Pacient předán do sledování hematologa v celkově dobrém stavu, bez projevů krvácení. Pro hemihyperplázii pravé poloviny těla dále odebrán vzorek pro genetickou analýzu a další sledování vývoje hemihyperplázie při hematologických kontrolách.

Závěr

Hemihyperplázie jako vzácná dětská diagnóza. Co bude znamenat diagnóza hemihyperplázie pro chlapce do budoucna? Těžkou hemofilii A – její léčbu a možné komplikace.

Vzácnější příčina hyperlipidémie u pětiletého chlapce

Staněk M., Tesařová J., Chytrý K.

Dětské oddělení, Nemocnice Písek, a. s.
Mil.stanek@gmail.com

Úvod

Dovyšetření romského obézního chlapce s hyperlipidémií a elevovanými aminotransferázami.

Vlastní kazuistika

Prezentujeme případ pětiletého obézního romského chlapce, původně krátce sledovaného v naší gastroenterologické poradně pro izolovanou elevaci ALT a AST. Souběžně bylo u pacienta ultrazvukem diagnostikováno i zvětšení jater, hypertriglyceridémie a hypercholesterolemie. I po zhubnutí do pásma fyziologické hmotnosti vzhledem k věku laboratorní nález přetrvával. Při následném dlouhém dovyšetřování etiologie potíží společně s dvěma dalšími vyššími pracovišti zjišťujeme jako příčinu vzácnou metabolickou vadu typickou pro romskou populaci.

Závěr

Steatóza jater s elevovanými aminotransferázami nemusí být u obézních pacientů dána pouze vlastní obezitou. Za stejným laboratorním nálezem může být v některých případech nemoc daná úplně jinou příčinou.

Vzduchové komplikace onemocnění covid-19

Koníčková T., Chrdle A.

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
t.konickova@gmail.com

Úvod

V roce 2019 byl objeven nový virus ze skupiny SARS, dostal označení SARS-CoV 2, způsobující onemocnění covid-19. Snadný mezilidský přenos mu umožnil rychlé rozšíření napříč kontinenty. Jedná se o virus postihující u většiny pacientů dýchací systém. S velkou variabilitou příznaků, od nachlazení po pneumonii s respiračním selháním. S přibývajícím počtem hospitalizovaných pacientů jsme rozpoznali vážné komplikace provázející toto onemocnění. Mezi ty, které jsou život ohrožující, patří trombotické příhody, pneumotorax a pneumomediastinum. V naší kazuistice se budeme zabývat případem pacienta s potvrzenou pneumonií covid-19, spojenou se vznikem spontánního pneumomediastina a iatrogeně navozenou vzduchovou embolií a pneumotoraxem.

Pacient, 63 let, léčen s metabolickým syndromem, byl přijat do okresní nemocnice pro celkové zhoršení stavu, febrilie, kašel a dušnost. Při přijetí naměřena saturace kyslíku 96 %. Na RTG hrudníku nález infiltrativních změn bazálně v obou plicních křídlech. PCR test na covid-19 pozitivní. Zahájena dvojkombinace ATB. Schváleno podání Remdesiviru. Přes nastavenou léčbu došlo ke zhoršení dušnosti a poklesu saturace. Doplněno CT hrudníku, kde zjištěn nález oboustranné pneumonie a pneumomediastina. Vzhledem k dalšímu zhoršování stavu pacienta a progresi pneumomediastina, popsán na kontrolním CT, pacient indikován k překladi na Infekční oddělení Nemocnice České Budějovice. Zde stav stabilizován a postupně zlepšen. Před propuštěním provedena extrakce centrálního žilního katetru. Po 20 minutách došlo ke kolapsovému stavu, doprovázenému bradykardií (TF 40/min.), hypotenzí (TK 60/40 mmHg), saturace kyslíku 80 %. Na EKG široké komplexy QRS, ST elevace. Pacient předán do péče ARO. Diferenciálně diagnosticky zvažována plicní embolie nebo akutní infarkt myokardu. Podán atropin, adrenalin, objemová výzva, LMWH, ASA. Pacient dále při vědomí. Nově přítomna pravostranná hemiplegie. CT AG s průkazem vzduchu v pravostranných srdečních oddílech a v plicnici. Na ECHO srdce v pravé komoře nález bublinek vzduchu pronikajících přes foramen ovale patens do levé síně. Během hodin stav nemocného zlepšen, neurodeficit reparován ad integrum. Kontrolní ECHO srdce bez nálezu vzduchu v srdečních oddílech. Po několika dnech dochází ke zhoršení dušnosti. Na CT nález fluidothoraxu a fluidoperikardu. Provedena punkce 450 ml pleurálního výpotku. Na kontrolním RTG hrudníku popsán pneumotorax. Indikována vysokoprůtoková oxygenoterapie HFNO. Zavedena hrudní drenáž s aktivním sáním. Vzhledem k elevaci Troponinu I provedena selektivní koronarografie. Popsány pouze okrajové nerovnosti na věnčitých tepnách. Uzavřeno jako postižení myokardu při onemocnění covid-19, což pravděpodobně způsobilo přítomnost tekutiny v perikardiální a pleurální dutině. Pro anamnézu pneumomediastina doplněna bronchoskopie a polykací akt. Obě vyšetření bez nálezu komunikace mezi dýchacími cestami a jícnem. Pacient po 52 dnech propuštěn z nemocnice do domácí péče, mobilní, bez dušnosti, saturace kyslíku 98 %.

Závěr:

Pneumomediastinum a pneumotorax jsou obávané komplikace onemocnění covid-19. Nejčastější příčinou vzniku těchto stavů je plicní ventilace, kdy zvýšení intraalveolárního tlaku způsobí rupturu alveolů a únik vzduchu do mediastina nebo do pleurální dutiny. Spontánně tyto vzduchové komplikace onemocnění covid-19 vznikají v důsledku destrukce alveolární stěny zánětem a následnou fibrotizací, doprovázenou ztrátou elasticity. Predisponujícím faktorem je mužské pohlaví, nízký věk.

Závažné dětské trauma v podmínkách okresní nemocnice

Míra V., Prchlík R.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Tábor, a. s.
vojtech.mira@gmail.com

Úvod

Dětských úrazů meztročně stále přibývá a jsou významným medicínským i společenským problémem. V dnešní době je k dispozici vysoce specializovaná centralizovaná péče o dětské pacienty s vážnými traumaty, a proto většina z nich směřuje rovnou na tato pracoviště. Okresní nemocnice většinou nemají personální ani materiální vybavení pro management komplexní chirurgické, traumatologické a resuscitační péče o tyto pacienty. Při příjmu dětského pacienta, který se ukáže být vážně poraněn, pak nastává složité rozhodování, zda se pokoušet o primární ošetření, či transportovat takového pacienta rovnou na vyšší pracoviště. Někdy tato rozhodnutí mohou být zásadní pro jeho přežití či další prognózu.

Vlastní kazuistika

Kazuistika chronologicky popisuje průběh primární i následné péče o jedenáctiletou dívku se závažným poraněním jater přivezenou posádkou RZP do okresní nemocnice v Táboře. Dívka havarovala na motokáře do zdi a údajně narazila tělem na volant. Pacientka byla na místě dle RZP při vědomí, stěžovala si pouze na bolesti břicha a byla motoricky neklidná. Následoval transport do Nemocnice Tábor (3 km), kde již cestou došlo k rozvoji poruchy vědomí, tachykardii a hypotenzi. Po příjezdu na CT nutná intubace s UPV, po které došlo k náhlé zástavě oběhu, ihned zahájena KPR (adrenalin 2 mg) s ROSC do 4 min. Na CT nález suspektní lacerace jater s volnou tekutinou v dutině břišní. Ke stabilizaci oběhu před odjezdem na sál převezena na ARO, zajištěna arteriální linka cestou a. femoralis, poté na monitoru náhle asystolie, nehmatné pulzace, zahájena opět okamžitá KPR (adrenalin 3 mg, bikarbonát, calcium gluconicum, Solu-Medrol), ROSC do 10 min. Z prvních krevních odběrů: Hb 72, laktát 24.94, pH 6.841, pCO₂ 5.44, pO₂ 43.91, BE -27.1, ALT 32, AST 29.64, INR 1.57, APTT >120s, D-dimery 5.97. Zahájena masivní volumexpanze s náhradou krevními deriváty, zajištění centrálního žilního vstupu, podpora oběhu noradrenalinem a započata iniciální léčba těžké metabolické acidózy. Po stabilizaci oběhu pacientka transportována na operační sál k revizi dutiny břišní. Pro neošetřitelný nález lacerace jater a poškození v. portae v parenchymu proveden packing dutiny břišní. Pacientka po výkonu převezena zpět na ARO, kde dominovala výrazná oběhová nestabilita. Následovalo další podávání krevních derivátů, aktivní ohřev, podpora oběhu. Vzhledem k celkovému stavu pacientky a vyčerpání limitů péče domluven transport posádkou RLP na JIRP Kliniky dětské chirurgie a traumatologie Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze. Celkem v Táboře bylo podáno 6x ERD, 5x FPP, 1 TU PLT, Fibrinogen 11 g, Prothromplex 5 amp., Novoseven 8,5 mg. V Thomayerově nemocnici celkem provedeny 3 revize dutiny břišní s packingem a open abdomen, současně léčba kombinované acidózy, další volumoterapie, ohřev, oběhová podpora, enterální výživa. Postupně došlo k progresi jaterního selhání, proto pacientka zařazena na čekací listinu k transplantaci. Ta provedena v IKEM 6. den po úrazu bez komplikací s následnou dobrou funkcí štěpu a poklesem jaterních testů, zavedena imunosuprese. Během hospitalizace přechodně podána antibiotická léčba pro suspektní bronchopneumonii a následovala další intenzivní péče. Po několika dalších dnech pacientka extubována. Propuštěna 40 dnů po úrazu s dobrou funkcí štěpu a v celkově stabilizovaném stavu bez neurologického deficitu do domácího ošetřování a ambulantní dispenzarizací po transplantaci.

Podněty k diskusi, závěr

Jak se ukazuje, s podobně závažnými poraněními se čas od času můžeme setkat i na půdě okresní nemocnice. Ačkoli existují trauma triage doporučení, nejasné okolnosti mechanismu úrazu nebo falešně negativní iniciální vyšetření (pacient se může stát triage pozitivním až při cestě do nemocnice) mohou vést k tomu, že takový pacient nebude přivezen do traumacentra. V kazuistice zmíněné v tomto konkrétním případě se šťastným koncem sehrálo roli rozhodnutí posádky RZP zamířit do okresní nemocnice, rychlá resuscitace a stabilizace oběhu, damage control surgery a až poté rychlý transport do specializovaného traumacentra s následnou péčí a definitivním řešením. Opravdu jsme všichni na okrese připraveni na multidisciplinární péči o podobného pacienta? Postupovali byste v některých fázích primárního zajištění jinak, případně v jiném pořadí?

V dobrém i ve zlém, ve zdraví i v covidu

Terberová E., Bumbová Š.

Interní oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
e.terberova@seznam.cz

Úvod

Pandemie onemocnění COVID-19 se v posledním roce pravděpodobně, či méně dotkla všech osob pracujících ve zdravotnictví. Jeho vysoká nakažlivost vedla v mnoha případech k přenosu na více členů domácnosti, což je i případ této kazuistiky.

Vlastní kazuistika

Pandemie onemocnění COVID-19 se v posledním roce pravděpodobně více, či méně dotkla všech osob pracujících ve zdravotnictví. Jde o onemocnění postihující primárně dýchací systémem pacienta a jeho závažnost se pohybuje v rozmezí od bezpříznakového průběhu, až po velmi těžký, v mnoha případech končící smrtí nakaženého. Závažnost průběhu je vázána na rizikové faktory, kterými jsou kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a diabetes mellitus. Jeho vysoká nakažlivost vedla v mnoha případech k přenosu na více členů domácnosti, což je i případ této kazuistiky. Manželský pár byl hospitalizován na standardním oddělení pro rozvoj plicní pneumonie v souvislosti s onemocněním COVID-19. Paní Š. byla přijata k hospitalizaci o 2 dny později než její manžel. Subjektivně se cítila dobře a jediným trápením byly neustávající horečky. Její anamnéza obsahovala většinu kritérií, která předpovídala těžší průběh – od těžké obezity, přes diabetes mellitus, arteriální hypertenzi a také v minulosti prodělala rakovinu. Oproti manželovi byla významnější i její hyposaturace. Pan Š., muž drobné postavy, jehož výčet přidružených onemocnění se skládal pouze z diabetu mellitu na dietě a kompenzované hypertenze, se oproti manželce cítil o trochu hůře. Trápil ho suchý dráždivý kašel, dušnost a horečka. Stav obou manželů začal po přijetí k hospitalizaci rychle progredovat, a i když byli při příjmu uloženi každý na jiném pokoji, po pár dnech jsme byli nuceni je sestěhovat. Setkali se na lůžkách se zvýšeným dohledem, napojení na vysokoprůtokový nosní oxygenátor a mezitím, co se stav paní Š. den ode dne lepšil, pan Š. na vedlejší lůžku dospěl k nutnosti intubace s napojením na umělou plicní ventilaci. Oproti ostatním případům s tímto onemocněním byla péče náročnější z hlediska psychiky. Sice byli oba zpočátku velmi optimističtí, ovšem při sledování progresu stavu se úsměvy na tvářích manželů pomalu vytrácely.

Podněty k diskuzi, závěr

Jelikož byl tento případ výjimečný zejména z hlediska vysokého tlaku na psychiku obou hospitalizovaných při sestěhování na jeden pokoj, nabízí se otázka, zda bylo toto rozhodnutí správné. Odborná literatura se shoduje, že přítomnost osoby blízké v době nemoci, má na pacienta pozitivní vliv. Například Křivohlavý (2002) uvádí, že hospitalizací přichází pacient o sociální interakce se známými a zůstává sám se svými problémy. Dle Zacharové (2017) dochází k narušení pocitu jistoty a bezpečí, pokud pacient není obklopen svými blízkými. Dalo by se tedy říci, že neuspokojení potřeb v těchto oblastech jsme pobytem na stejném pokoji u manželského páru snížili. Nabízí se ale i druhý pohled a to takový, že sledování negativního vývoje stavu pana Š. mohlo být pro pár velmi stresující a vyvolávat negativní emoce, které rekonvalescenci oddalují. Domníváme se, že v tomto případě sestěhování manželského páru prospělo, jelikož paní Š. se od počátku jevila jako osoba velmi pozitivně laděná. Manžela podporovala, motivovala a neustupně kontrolovala, zda dodržuje veškerá doporučení, zejména ohledně polohování. Zároveň se i ona sama snažila dodržovat léčebný režim. Uvědomujme si však, že je tento krok společného sdílení pokoje manžely velmi individuální záležitostí a není možné jej generalizovat.

Zdroje:

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada).

ISBN 80-247-0179-0.

ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

Odborné zkušenosti z probíhající pandemie a intuitivní management

Martinková L.1, Neugebauer J.1, 2

1Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

2 Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

martinkova.lada@nemcb.cz

Úvod

Již druhým rokem prožíváme celosvětovou pandemii označenou Covid-19. Letošní podmínky a rychlý nárůst nemocných dal za vzniku novým dceřiným oddělením – tři jednotky intenzivní péče a 3 standardní jednotky. Hlavní působiště bylo situováno do pavilonu I v nemocnici ČB, kde bylo nutné zajistit veškeré vybavení, včetně nábytku, přístrojů i spotřebního materiálu. Po jedenáctidenních přípravách bylo vše připraveno k provozu. Na tomto oddělení

se střídalo mnoho sester, lékařů i sanitárek z různých oddělení, a proto se stalo každodenní zaučování nových kolegů standardní rutinou. Tato jednotka měla kapacitu 13 lůžek a fungovala 4 měsíce. Celkem jsme se postarali o 158 pacientů a 36 z nich na oddělení zemřelo. Za dobu existence oddělení jsme evidovali průběžně 53 pracovníků z řad sester a sanitárních pracovníků.

Vlastní kazuistika

72letý pacient byl přivezen RZP pro klidovou dušnost, teploty, průjem a podezření na COVID-19. Při příjmu byl pacient při vědomí, orientován s evidentní progresí dušnosti při malé zátěži. Po vyšetření byl pro zhoršující se stav hospitalizován na infekčním oddělení stanice JIP. Zde byl podáván kyslík pomocí HFONC-AIRVO a stanovena medikace. Pacient byl polohován na boky a do pronační polohy a pro respirační dyskomfort a tachipnoe byla zahájena léčba Morfinem. Šestý den hospitalizace došlo ke zhoršení stavu, pacient subjektivně popisoval bolesti na hrudi. Byly analyzovány krevní testy a 12 svodové EKG s obrazem akutní koronární ischemie. Před odjezdem do katetrizační laboratoře došlo k fibrilaci komor, a proto byla zahájena resuscitace. Finálně byl pacient zaintubován ARO týmem a převezen do katetrizační laboratoře, odkud si jej převzalo do své péče ARO.

Podněty k diskuzi, závěr

Cílem této prezentace bylo ukázat, že péče o pacienty s covid 19 byla velmi náročná. Mnoho pacientů mělo chronická onemocnění nebo docházelo k závažným komplikacím. Mnoho pacientů přes veškerou péči nemoc nepřežilo. Sestry byly vystaveny extrémním podmínkám fyzickým – neprodyšné overaly, pláště, respirátory, zdvojené rukavice a další ochranné pomůcky, 12hodinové směny, vyšší koncentrace kyslíku v ovzduší – a psychickým (náročná ošetrovatelská péče, častá úmrtí, nestálý kolektiv sester i lékařů).

Všichni, kdo na naší jednotce pracovali, potvrdili výjimečnost přístupu k práci, její organizaci, a hlavně výjimečný a snad neopakovatelný kolektiv, ve kterém všichni měli své zásadní místo, dokázali spolupracovat a navázat nejen pracovní, ale i osobní vztahy, které přetrvávají.

Chtěli bychom poděkovat všem, kteří pracovali na naší JIP I, dokázali, že vzájemný respekt, podpora, komunikace, pracovní zápal a obětavost vedou k výjimečným pracovním výkonům a kolektivu, který se dokáže smát.

Přežil těžkou mrtvici... a co bylo dál?

Cardová L.

1. oddělení následné péče, Nemocnice České Budějovice, a.s.
cardici1@seznam.cz

Úvod

Pacient přežil těžkou mrtvici a bylo to oslavováno a prezentováno, jako úspěch, ale v té době nikdo nepomyslel, jaký to bude mít psychosociální dopad na pacienta a jeho blízké. Tato kazuistika byla sledována přes 6 let.

Vlastní kazuistika

Muž, 63 let, přijat na interní JIP s diagnózou CMP, atypické krvácení do kmene vpravo. 3. den zhoršení stavu, překlad na ARO. Po 10 dnech pacient přeložen zpět na interní JIP.

U pacienta je těžká paréza LHK, paréza LDK, oboustranná paréza nervus facialis, nepolyká, polohován. Pacient má CŽK, NGS, PMK a TSK. Je dezorientovaný, spolupráce minimální, výzvě vyhoví, psychomotorický neklid – tlumen, postupně odtlumován. V průběhu hospitalizace NGS ex - zaveden PEG. TSK ex - mluví. Probíhá rehabilitace, od jemné motoriky po chůzi v chodítku. Po 47 dnech překlad na standardní odd., pak na rehabilitačním oddělení. Pacient orientován, spolupracující, klidný, depresivně laděný. Absolvoval pobyt v Jánských Lázních, poté opět hospitalizován na rehabilitaci a následně dimise.

Po propuštění do domácího ošetřování bydlí s přítelkyní, která o něj pečuje. Syn chodí na návštěvy celkem pravidelně. Bývalá manželka a dcera pacienta nenavštěvují, dcera nasazuje na přítelkyni otce.

Pacient se doma fyzicky zlepšuje, udělá sám pár kroků, ale psychicky je na tom špatně. Byl dominantní, vlastnil firmu, cestoval, měl koníčky – rybaření, nyní odkázán na pomoc druhé osoby, těžce to nese. Opakované pobyty v RÚ. Přítelkyně je, po více než roce pečování, sama psychicky i fyzicky vyčerpaná. Po nařčení, že se špatně stará od přítele (pacienta) odchází.

Péči přebírá bývalá manželka s dcerou. S bývalou manželkou se opět žení. Zhoršen – ležící, dekubity. Opakované hospitalizace interna, nervové, ONP, pobyty v Alzheimer centru.

3,5 roku po CMP umírá na interní JIP. Dceru i manželku vydědil, napadly závěť. Vyžádaly si posudek na jeho zdravotní stav. Dodnes dědictví nevyřešeno.

Podněty k diskuzi, závěr

Uvědomujeme si na začátku onemocnění, jak to dopadne?

Zajímá se někdo o důsledky onemocnění?

Na několika konferencích prezentován úspěch. Je to úspěch?

Kdo potřebuje psychickou podporu víc – pacient nebo pečující?

Když ani antibiotika nepomáhají. Autoimunitní onemocnění?

Šumpelová B.

Interní oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s.
sumpelova.barbara@seznam.cz

Úvod

Pacientce přijaté na interní oddělení pro pět dní trvající bolesti zad, hlavy, celkovou slabost a subfebrilie naordinována antibiotická léčba, která měla dobrý vliv na prokázanou bakterii v moči, ovšem bez poklesu zánětlivých parametrů. V průběhu hospitalizace bylo vysloveno, že se může jednat o klasické autoimunitní onemocnění, avšak po vyšetření imunologie séra byl tento fakt vyvrácen negativními výsledky. Následně byla vysazena antibiotika, nahrazena jinými medikamenty a došlo k poklesu zánětlivých parametrů.

Vlastní kazuistika

Tímto bych se ráda podělila o zajímavost a zprvu nejasnost případu mladé pacientky, která přichází na interní oddělení pro 5 dní trvající potíže v podobě bolesti hlavy, zad, celkovou slabost, subfebrilie a přibližně 14 dní udává bolest při mikci. Laboratorně elevace zánětlivých parametrů, v souvislosti při zánětu močových cest. Neurologem vyloučena neuroinfekce. Zahájena antibiotická terapie. Postupně ustupují bolesti hlavy, nově se objevilo vzdušné břicho a bolesti břicha, zácpa. Pacientka je vyšetřena na chirurgii, provedeno CT dutiny břišní, kde je zjištěna skybala v dilatované tlustém střevě, bez zánětlivého ložiska, dále hepatomegalie, ascites a fluidothorax bilaterální. Pacientce je podán Yal, po kterém se vyprázdnila. Laboratorně zjištěna v moči E. Coli dobře citlivá na podaná antibiotika, ovšem bez poklesu zánětlivých parametrů. Je vysloveno podezření na polyserositidu. Postupně je antibiotická terapie vysazena a nahrazena kortikoidní terapií. Následovně vyloučen perikardiální výpotek na echokardiografii. Pacientce je odebráno imunologické vyšetření, ELFO a imunologie séra, kde všechna vyšetření jsou negativní, bohužel laboratoř odebrána 3 dny po užívání kortikoidů intravenózně. Po nasazení kortikoidní terapie dochází ke zlepšení stavu, téměř mizí výpotky po třech dnech podávání terapie. Dochází k poklesu zánětlivých parametrů. Stav pacientky je konzultován s imunologem. Dle primáře je klasické autoimunitní onemocnění málo pravděpodobné, jedná se zřejmě o imunologicky mediovaný proces, který je s největší pravděpodobností indukován bakteriální infekcí se switch na poškozující zánět, který by mohl indukovat polyserositidu. Po deseti dnech hospitalizace je pacientka propuštěna v kardiopulmonálním stavu do domácí péče.

Závěr

Tímto případem bych chtěla poukázat na výjimečnost, že i přes veškerá vyšetření nebylo do samotného konce zcela zřejmé, o jaké onemocnění se jedná. Podle všech dostupných informací bylo pravděpodobnou diagnózou autoimunitní onemocnění. Byl proveden terapeutický pokus léčbou kortikoidy, jako při autoimunitním onemocnění, avšak dle laboratorních výsledků je tento fakt vyvrácen a nejedná se o typický autoimunitní zánět. Léčba kortikoidy je stejná s dobrou reakcí. Pacientka v domácí péči postupně vysadí kortikoidy a bude následovat ambulantní kontrola.

Antibiotika v lidské populaci

Lošáková E.

Úsek nemocniční hygieny a epidemiologie, Nemocnice Písek, a.s.
Epi-sestra@nemopisek.cz
Evca.losakova@seznam.cz

Úvod

Po objevení antibakteriálního účinku penicilínu si mnoho lidí myslelo, že infekční choroby zaniknou. Ovšem opak je pravdou. Již sám sir Alexander Fleming u příležitosti udělení Nobelovy ceny poznamenal: „Není obtížné udělat bakterii rezistentní k penicilínu“. Na jeho slova došlo. V současné době je zaznamenáván neustálý a nadmíru rychlý nárůst rezistence bakterií na antibiotika.

Kazuistika

Antibiotika (dále jen ATB), jejich používání a vznik rezistence patří v současné době k jedním z nejdiskutovanějším tématům. Zajisté objevení ATB patří k mezníkům lékařství, a dříve smrtelné onemocnění známe už pouze jako běžné infekce. Ovšem nastává era, kdy se některé bakteriální kmeny stávají rezistentními. Tento problém zapříčinilo neúměrné a poněkud bezdůvodné používání ATB nejen v medicíně ale i v hospodářství.

Pozice ochránce veřejného zdraví obnáší také zjišťování informovanosti populace a poté edukování v různých oblastech. A jak nám značí statistiky a průzkumy WHO, tak na infekční onemocnění způsobené rezistentními bakteriemi zemře v Evropě ročně 25 000 lidí a každým rokem se toto číslo stupňuje. Je tedy nutné se zaměřit na edukaci široké populace ale i zdravotnického personálu.

Pilotážní výzkumu ukázal, že pacienti mají pocit o nedostatečné informovanosti nežádoucích účincích a nadbytečného předepisování ATB. Mnohdy ani neví, k jaké léčbě onemocnění slouží ATB.

Podněty k diskuzi, závěr

Jak moc ovládají farmaceutické firmy nadměrné užívání ATB? Je pro mne velkou neznámou. Na co, bychom se měli ale zaměřit je edukace. Jak edukovat? Kdo jí má provádět? Jakým způsobem?

Zavolejte záchranku! Vybrané kazuistiky z (ne)všedních výjezdů ZZS.

Procháska P.1, Majstr J.2,3

1Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

2Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

3Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze

p.prochaska@seznam.cz

Úvod

Dle Výroční zprávy Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje za rok 2020 byly (nelékařské) výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP) vyslány k 73,7 % primárních výjezdů, u 22,2 % z celkových 80 625 pak zasahovala výjezdová skupina s lékařem. Ve sledovaných kategoriích bylo v uvedeném roce zaznamenáno více než 16 tisíc úrazů (cca 2 tisíce dopravních nehod), více než 2 tisíce cévních mozkových příhod, 1 805 případů akutního infarktu myokardu a u 387 pacientů byla zahájena kardiopulmonální resuscitace. Představené kazuistiky zahrnují rozmanitou etiologii zdravotních obtíží pacientů ošetřených výjezdovými skupinami zdravotnické záchranné služby. Zároveň jsou záměrně vybrány tak, aby ilustrovaly diferenciatně diagnostické a terapeutické možnosti v přednemocniční neodkladné péči.

Vlastní kazuistika

Kazuistika 1. Na linku tísňového volání telefonuje partnerka 41letého muže kvůli jeho neobvyklému chování. Na místo vyjíždí výjezdová skupina RZP. V pokoji panelového domu sedí muž sportovní postavy s hlavou v dlaních a beze slova sleduje přicházející zdravotníky. Na pozdrav a dotaz ohledně obtíží cyklicky odpovídá: „prosím vás, nevím..nemůžu..“. Na různé otázky srozumitelně odpovídá výhradně uvedeným souslovím. Manželka vysvětluje od rána trvající zmatenost či podivné vyjadřování, není si vědoma jakéhokoli užívání návykových látek, či úrazu. Pacient t. č. spolupracuje, chodí bez opory a obtíží, s ničím se neléčí, léky neužívá. Alkohol naposledy před dvěma dny – oslava. Muž je eupnoický, saturačně v normě, normotenzní, s pravidelnou a klidnou srdeční akcí, normoglykemický, vyjma neschopnosti se vyjádřit (přes opakované pokusy) s negativním FAST testem, bez teploty a známek úrazu či kožních eflorescencí. Bolest kýváním hlavy neguje. Po diferenciatně diagnostické úvaze telefonická konzultace s Komplexním cerebrovaskulárním centrem Nemocnice České Budějovice a následný transport tamtéž. Po vyšetření CT je diagnostikována ischemická cévní mozková příhoda indikovaná k trombolytické léčbě.

Kazuistika 2. Manžel 70leté pacientky oznamuje na lince 155 její výhrůžky sebevraždou. Na místě se výjezdová skupina RZP setkává s rozporem ve výpovědi obou manželů. Žena událost popírá a stěžuje si na domácí týrání, muž pak bez opory ve zdravotnické dokumentaci uvádí ženinu závislost na alkoholu a duševní onemocnění. Situaci forenzně komplikuje přítomnost alkoholu u pacientky (záznam městské policie na místě) a její nesouhlas s transportem do zdravotnického zařízení. Po emočně vypjaté situaci je pacientka po konzultaci s lékařem zdravotnické záchranné služby za doprovodu RZP a městské policie umístěna na protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou stanici, následující den je převezena k vyšetření na psychiatrické oddělení blízkého zdravotnického zařízení.

Kazuistika 3. Výjezdová skupina RZP dojíždí na dětský tábor k oddílovému vedoucímu, který se svým svěřencem závodil „v páce“ a v rámci tohoto klání ucítil náhlou prudkou bolest v oblasti lokte namáhané pravé horní končetiny. Vitální funkce a další nálezy v normě, končetina v místě loketního kloubu a nad ním významně bolestivá, bez zjevné deformace či otoku, pro bolest hůře vyšetřitelná. Hybnost a citlivost distálně zachovány. Zmírnění bolesti dosaženo pomocí opioidů podaných intravenózně a fixací celé končetiny ve vakuové dlazi. Přesto, že úraz nebyl na základě anamnestických dat považován za vysokoenergetický, rentgenový snímek na chirurgické ambulanci zdravotnického zařízení okresního formátu zobrazuje zlomeninu kosti pažní.

Podněty k diskuzi, závěr

Příliš unáhlené vyhodnocení situace na místě události bez adekvátního odběru anamnézy a vyšetření pacienta mohou mít např. za následek přehlédnutí významných okolností pacientových obtíží a směřování do nevhodného zdravotnického zařízení, které není schopno poskytnout definitivní ošetření. Tři vybrané kazuistiky nejsou raritní, zároveň však nejsou povahy zcela všední ve smyslu jejich dynamiky. Vzhledem k omezeným možnostem diagnostiky a léčby v přednemocniční neodkladné péči a časové tísni, ve které se nacházíme, však v některých případech není zcela možné exaktně diagnostikovat pacientovi obtíže. Vždy bychom se však měli opírat o maximální možnou iniciativu směrem k ideálu poskytované péče – tzv. „Best Practise“.

"Až za hrob ke hrobu. Kam zdravotník (obvykle) nedohlédne."

Doskočil O.1,2

1Nemocnice České Budějovice, a.s.

2Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

doskocil@zsf.jcu.cz

Úvod

Covidová pandemie se dotkla snad všech oblastí života jedince i společnosti. Vedle zdravotní péče ovlivnila i poskytování služeb, které následují, když medicína vyčerpala své možnosti a pacient nemoci podleh. To se týká péče o tělo zemřelého a oblasti pohřebnictví. Představovaná kazuistika dává nahlédnout do dění po úmrtí pacientky v důsledku onemocnění Covid-19 a ukazuje, že příběh pacienta převozem jeho těla na patologii někdy zdaleka nekončí.

Vlastní kazuistika

Pacientka (80 let) zemřela v českobudějovické nemocnici v únoru 2021 v důsledku onemocnění Covid-19. Jako praktikující katolička si přeje pohřeb do země v místě posledního odpočinku svých předků. Tehdy platná epidemiologická opatření Ministerstva pro místní rozvoj ČR pro oblast pohřebnictví a Krajské hygienické stanice Jihočeského kraje umožňují pohřeb do země jen za striktních podmínek, mezi něž patří uložení zesnulého do rozložitelného tzv. eko-vaku. V dané době uvedené vaky nebyly k dispozici a tělo zemřelé bylo v nemocnici uloženo do tehdy běžně užívaného plastového vaku. Pohřební služba, u které dcera zesnulé sjednala pohřeb, odmítla za daných podmínek pohřeb do země nejen uskutečnit, ale pro nedostatek patřičného vybavení a prostorového zázemí odmítla i manipulaci s infekčním tělem. Pozůstalá se následně obrátila s prosbou o pomoc na nemocničního kaplana, který již předtím zajistil pacientce duchovní péči v závěru jejího života. Kaplan se snažil nastalou komplikaci vyřešit v souladu s přáními pacientky a pozůstalé dcery. Pohřeb zpopelněním byl pro dceru zesnulé nepřijatelným řešením. Nemocničnímu kaplanovi se po opakovaných telefonických intervencích u zainteresovaných subjektů a díky vstřícnosti primárky patologického oddělení podařilo zajistit, aby poslední přání zesnulé pacientky mohlo být splněno. Nalezené řešení ve formě uložení těla zesnulé do plátna pak pro věřící pozůstalé nabylo nečekaného symbolického významu. Nemocniční kaplan sám pak vykonal obřady posledního rozloučení a uložení těla zesnulé do hrobu jejích předků, v němž si přála spočinout.

Podněty k diskuzi, závěr

Život (i smrt) přináší situace, které se nedají úzkostným lpěním na pravidlech uspokojivě vyřešit. Slovy J. Irvinga, autora románu Pravidla mošterny, „je třeba někdy pravidla porušit, aby se věci daly do pořádku“. Je však třeba se neschovávat za systém a převzít za řešení situace osobní odpovědnost.

Forenzní radiologie – virtuální pitva

Fábera M.1, Tomášková E.2

1Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

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

sparttak@seznam.cz

Úvod

Výpočetní tomografie (CT) je v první linii při diagnostice akutních stavů a polytraumat. CT je nebolestivé vyšetření, díky kterému může lékař prohlížet do detailů orgány lidského těla, a které mu poskytuje důležité informace o jejich zdravotním stavu. CT spadá do oblasti vyšetření, která jsou založena na průniku rentgenového záření hmotou. Od normálního rentgenu se však liší intenzitou tohoto záření, dále tím, že jsou jeho výsledky zpracovávány počítačem a že během jednoho vyšetření je zhotoveno mnoho snímků vyšetřované oblasti lidského těla. Od 1.1.2021 je Nemocnice České Budějovice jedním ze tří pracovišť v ČR, které má k dispozici CT pro soudnělékařské oddělení. CT je zcela nepřekonatelná při komplexním hodnocení případů s těžkou hnilobnou nebo tepelnou destrukcí těla. Diagnostický potenciál spočívá i v možnosti vytvářet MPR (multiplanární 2D rekonstrukce) a 3D (trojrozměrné) rekonstrukce. Je tak daleko lepší možnost zhodnotit poranění kosti třeba po dopravních nehodách nebo zobrazení pitvou těžko přístupných krajin (např. atlanto-okcipitální přechod, páteř, klouby, obličejový skelet, zlomeniny kostí).

Vlastní kazuistika

Od 1.1.2021 je Nemocnice České Budějovice jedním ze tří pracovišť v ČR, které má k dispozici CT pro soudnělékařské oddělení. Vlastní kazuistika seznámí posluchače s prvním spuštěním CT na soudnělékařském odd. Poodhalí první zkušenosti s vyšetřováním zemřelých a zpracování dat. Součástí kazuistiky je několik případů úmrtí. Každé úmrtí je specifické a u každého byl prokázán přínos výpočetní tomografie pro soudnělékařské oddělení.

Podněty k diskuzi, závěr

Forenzní radiologie je trend běžný v západních zemích, kde kromě CT využívají i povrchové skenery a nukleární magnetickou rezonanci.

Sportem ku zdraví aneb 1000 mil v nohách

Hauerová V., Lahoda Brodská H.

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, VFN a I. LF UK, Praha Veronika.Hauerova@vfn.cz

Úvod

Lidské tělo se vyrovnává s vysokou fyzickou zátěží několika způsoby, záleží hlavně na velikosti zátěže a na míře trénovanosti organismu. Za pomoci odběrů krve a následné laboratorní monitorace sledujeme u účastníka závodu 1000 miles Adventure, reakci organismu na tuto extrémní zátěž. Hodnotíme též celkový stav, včetně hmotnosti před zahájením závodu, v průběhu a po ukončení.

Vlastní kazuistika

Muž 31 let (výška 183 cm, váha 83 kg) trénovaný, zvyklý na pravidelnou fyzickou aktivitu. V červenci 2020 absolvoval extrémní nezabezpečený závod vlastní silou formou chůze/běhu napříč Česko – Slovenskem. Během 17 dní urazil v součtu 1160 km a 30.000 výškových metrů. Zdravotní stav závodníka byl před zahájením závodu dobrý, potvrzují to i základní biochemická a hematologická vyšetření provedená den před startem. Následovaly ještě další 2 odběry krve. Jeden zhruba v polovině trasy a druhý odběr byl z technických důvodů realizován až den po dosažení cíle. Hmotnost závodníka se za 2 týdny snížila o 7 kg. Nejvýraznější změny v laboratorních parametrech se projevily v první polovině závodu. Došlo k výraznému navýšení hladin markerů svalového poškození (více než 10x vyšší hladina CK a myoglobinu, dále zvýšení AST a LD). Zvýšení CRP z hodnoty <1,0 na 41,6 mg/l. Krevní obraz vyjma trombocytů, které byly na dvojnásobné hodnotě, byl bez výrazných změn. Iontogram, jaterní a renální funkce v normě. Lehký pokles v lipidovém spektru. Hodnoty laktátu, u kterého bychom očekávali jistou dynamiku, jsme bohužel nezískali. Závodník se v první polovině závodu necítil komfortně. Stěžoval si na únavu a výrazné bolesti dolních končetin (svalů i kloubů). Laboratorní výsledky po ukončení závodu byly až na trombocyty téměř všechny v normě, bolest končetin se v posledních dnech zlepšila.

Podněty k diskuzi, závěr

Vyhodnocení laboratorních výsledků v polovině a na konci závodu v porovnání s prvním odběrem ukazuje na systémovou odpověď organismu na extrémní zátěž (CRP, trombocyty). Spolu s úbytkem hmotnosti, na které se jistě podílí nejen ztráta tekutin, ale i svalové hmoty vidíme i vzestup hladin markerů svalového poškození reflektující rhabdomyolýzu. Hladiny laktátu jsme bohužel nemohli hodnotit. V druhé části závodu dochází ke stabilizaci organismu, který se na trvalou zátěž adaptoval. Po celou dobu sledování nedošlo k hrubším výkyvům v iontogramu, což svědčí o adekvátní pitné a výživové intervenci.

Náhlá zástava oběhu při fotbale

Majstr J.1,3, Procháška P.2

1Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze

2Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

3Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

jiri.majstr@seznam.cz

Úvod

Náhlá zástava oběhu (NZO) u mladých osob během sportu není často se vyskytujícím jevem. Nutno ovšem podotknout, že NZO se netýká pouze nemocných a starých osob, ale může zasáhnout i mladé jedince (př. cyklista Jimmy Duquenois, zemřel ve věku 23 let – r. 2018). Jako jiný příklad NZO lze uvést fotbalový zápas Mistrovství Evropy ve fotbale (2021), kdy ve 43. minutě zápasu v přímém televizním přenosu zkolaboval dánský reprezentant Christian Eriksen, u kterého byla následně provedena na fotbalovém hřišti neodkladná resuscitace. Důvodů NZO u sportovců může být několik. Může se jednat o nediagnostikovanou vrozenou predispozici, nebo např. přepětí organismu, při maximální zátěži. Událost vždy překvapí, neboť se jedná o fyzicky aktivně žijící jedince.

Vlastní kazuistika

Halové, fotbalové, volnočasové utkání mužů v okresním městě přerušil náhlý kolapsový stav jednoho z aktivních hráčů (muž cca 50 let) v průběhu hry. Po náhlém pádu na podlahu sportovní haly přetrvávalo bezvědomí a nenormální dechová aktivita. Zdravotnické operační středisko bylo o události bezodkladně informováno a byla zahájena laická kardiopulmonální resuscitace (KPR). Dojezd zdravotnické záchranné služby (ZZS) ve 2 výjezdových skupinách

(vč. lékaře) byl od výjezdu cca 8 min. komplikovalo se dosažení místa postižené osoby při průchodu sportovní halou (zamčený vchod). Na místě události byla prováděna kvalitní KPR nepřímou srdeční masáží. Jako vstupní srdeční rytmus byl prostřednictvím přilepovacích elektrod zjištěna fibrilace komor s následně provedenou defibrilací (bez přestávky při nabíjení defibrilátoru). Bylo provedeno zajištění dýchacích cest orotracheální intubací, zajištěna umělá plicní ventilace (UPV) a po 2 minutách KPR byla prováděna kontrolní analýza oběhu s následným prokázáním obnovy spontánní cirkulace (byla cítit pulzace na velkých tepnách s korelací monitorovaného srdečního rytmu). Po nemocniční implantaci kardiovertru-defibrilátoru byl pacient sledován ambulantně.

Úskalí ošetrovatelské péče v neonatologii

Kolářová M.

Neonatologické oddělení, Gynekologicko-porodnická klinika, VFN v Praze

Úvod

Příspěvek se zabývá problematikou extrémně nezralého novorozence s komplikovaným vývojem v prvních dnech života, které se týkají kardio-respiračních problémů, a především rozvoje nekrotizující enterokolitidy s nutností reoperace. Řeší specifické postupy a materiály při ošetrování kůže a stomií u extrémně nezralých dětí a komplikace s nimi spojené.

Vlastní kazuistika

V červenci 2020 se narodil chlapec, dvojče B, císařským řezem z indikace matky pro porod v běhu a abrupci placenty u plodu A při akutní hnisavé chorioamnitidě u obou plodů. Porod proběhl ve 25+2 týdnu těhotenství, porodní hmotnost chlapce byla 840 g a délka 32 cm. Po vybavení byla obleněná adaptace s nutností intubace a aplikací surfaktantu ještě na porodním sále. Diagnóza Syndrom respirační tísně si vyžádala krátkou umělou plicní ventilaci a další aplikaci surfaktantu, dále distenzní terapii nasálním CPAP. Ve 2. týdnu života došlo k respiračnímu selhání s nutností zahájit opět umělou plicní ventilaci, odpojení bylo možné 25. den života po kúře Hydrocortisonu.

I u extrémně nezralých novorozenců je velmi časně zahajován enterální příjem vlastním nebo dárcovským mateřským mlékem, parenterální výživa z důvodu velkého rizika infekce s postupným navyšováním stravy byla u chlapce ukončena již 8. den života. Byly zvyšovány dávky vlastního mateřského mléka, které bylo z důvodu nálezu CMV u matky před podáním přemražováno. Ošetrování kůže probíhalo standardním způsobem, u chlapce se neobjevily žádné komplikace z nezralosti kůže.

16. den života došlo k celkovému zhoršení stavu při rozvoji nekrotizující enterokolitidy, 18. den života byla provedena laparotomie a vyšita ileostomie na dětské chirurgii ve FN Motol. Komplikací při převozu byla hypotermie novorozence, která se upravila až po převozu zpět na neonatologické oddělení. V dalším průběhu je stav komplikován tvorbou enterokolické píštěle, která zkomplikovala aplikaci stomických pomůcek na velmi malé ploše břicha extrémně nezralého novorozence, k ošetrování bylo zapotřebí nalézt vhodné materiály i velikosti stomických sáčků. Opakované problémy s pasáží a zvýšená zánětlivá aktivita vyústily v nutnost reoperace na dětské chirurgii ve FN Motol, zde provedeny 3 anastomózy. Další průběh byl již nekomplikovaný, ale převod na plnou enterální výživu velmi pomalý. Pro špatnou toleranci bylo vysazeno dárcovské mateřské mléko (matka již o laktaci přišla) a zavedena aminokyselinová formule. Chlapec velmi špatně prospíval- dg. Syndrom krátkého střeva. K propuštění do domácí péče došlo 139. den života ve 45. týdnu pomenstruačního stáří s hmotností 3350 g a délkou 49 cm, doporučeno další sledování v gastroenterologické poradně a v Centru komplexní péče pro děti s perinatální zátěží.

Podněty k diskuzi, závěr

Při ošetrování extrémně nezralých novorozenců je vzhledem k nezralosti kůže a velmi malé ploše při vyvedení stomií velmi obtížné nejen samotné ošetrování, ale také nalezení vhodných materiálů a pomůcek. Je zde nutná spolupráce nejen mezi jednotlivými neonatologickými pracovišti, ale také mezioborová spolupráce.

Problematika výživy u novorozence s rozštěpovou vadou dutiny ústní

Machová A.1, Aubrechtová D.,2 Kálalová A.2

1Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

2Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
machova@zsf.jcu.cz

Úvod

Výskyt orofaciálních rozštěpových vad se pohybuje mezi 2-4 % ze všech hlášených vad. Tyto vady jsou lehce zjištělné pohledem a klinickým vyšetřením ihned po narození novorozence. Vadu lze zjistit prenatálním UZ, přesto je až 40 % vad diagnostikováno až po porodu. Vady dělíme na izolovaný rozštěp rtu, celkový rozštěp rtu a patra, izolovaný rozštěp patra a submukózní rozštěp patra (Šebková, Klíma a kol., 2020).

Nejčastější příčinou jsou zevní vlivy fyzikální (úraz v těhotenství, toxické látky, kouření atd.), biologické (virové infekce, vyšší věk matky) a genetické (pouze v 7 %). Rozštěpy obličeje mají nejen estetický dopad na vzhled dítěte, ale jsou provázány řadou funkčních obtíží, zejména problémy s polykáním a příjmem potravy, negativním ovlivněním vývoje řeči, častými záněty středouší a horních cest dýchacích, zvýšenou kazivostí zubů atd. (Fiala a kol., 2017). Péče o pacienty s rozštěpovou orofaciální vadou je multidisciplinární, systematická a především dlouhodobá. Na péči se podílí řada odborností: plastický chirurg, dětský anesteziolog, neonatolog, pediatr, ORL lékař, ortodontista, logoped a další (Fiala a kol., 2017). Timing operačního řešení závisí na závažnosti vady (Šebková, Zíma a kol., 2020).

Zásadním ošetrovatelským problémem je zajištění výživy novorozence. V případě menších rozštěpů lze novorozence kojít, volíme spíše vzpřímenou polohu, kdy tkáň prsu zakrývá defekt (Fendrychová, Borek a kol., 2012). Dále je možno použít alternativní techniku krmení kádinkou nebo speciální lahvičky se savičkou pro děti s rozštěpovou vadou. V případě větších rozštěpů je nutné někdy novorozence krmit žaludeční sondou (Šebková, Zíma, 2020).

Vlastní kazuistika

Novorozenec narozený v 37. týdnu gestace císařským řezem pro hrozící rupturu dělohy. Porodní váha 2820 g, délka 49 cm. Fyziologické funkce v normě, pouze porucha termoregulace řešená umístěním do postýlky s vyhřevnou poduškou (38 °C), teplota postupně snižována. Diagnostikován rozštěp měkkého patra. Novorozenec v péči dětských sester novorozeneckého oddělení, matka na gynekologicko-porodnické JIP. Od 3. dne novorozenec v péči matky v systému rooming in.

První 2 dny přikládán k prsu, matka edukována o stimulaci laktace. Dokrmován alternativně kádinkou cizím MM. Při kojení i krmení kádinkou vydává mlaskavé zvuky, sání je neefektivní. Vyzkoušen kojící klobouček bez efektu. 3. den vyzkoušeno krmení speciální lahvičkou Haberman, kterou netoleruje. 4. den zahájeno krmení speciální lahvičkou Brown, která dítěti vyhovuje. Matka edukována o krmení, proveden praktický nácvik matkou pod dohledem dětské sestry.

Novorozenec propuštěn 8. den po narození s váhou 2760 g, krmen vlastním mateřským mlékem lahvičkou Brown v dávkách 80–90 ml.

Podněty k diskuzi, závěr

Poprvé byla na oddělení použita speciální lahvička Brown určená pro krmení dětí s rozštěpovou vadou.

Pro ošetrovatelský personál je velmi důležité sledovat a následně implementovat trendy v ošetrovatelské praxi.

Literatura

Fendrychová J., Borek I. a kol., 2012. Intenzivní péče o novorozence. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-547-1.

Fiala M., Košková O., Vokurková J., Bartošková J., 2017. Rozštěpy rtu a patra – principy primární i následné péče.

Pediatric pro praxi. 18(5): 297–299. ISSN 1213-0494.

Šebková A., Zíma Z. a kol., 2020. Praktické dětské lékařství. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1200-5.

Úskalí laktačního poradenství – příklad z praxe

Schönbauerová A.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

aschonbauerova@zsf.jcu.cz

Úvod

Důležitost a význam odborného vzdělání laktačních poradců v rámci multidisciplinární spolupráce

Vlastní kazuistika

V kazuistice popisují případ druhorozeného novorozence s hraničním novorozeneckým ikterem a nízkými hmotnostními přírůstky spolu s významnou kolikou a výskytem hlenové stolice. Matka po konzultaci s laickou laktační poradkyní odmítla podávat dokrm, který doporučil na první preventivní prohlídce PLDD, zvýšila četnost kojení a doplnila do stravy smetanové omáčky a hutná jídla. Dítě stále neprosplávalo a zdravotní stav se postupně zhoršil, což matku velmi stresovalo, protože postupovala přesně podle doporučení laktační poradkyně a kladla si otázku, kde dělá chybu. Na základě opakované konzultace s laktační poradkyní pokračovala v nastaveném režimu, který ještě doplnila o odsávání mateřského mléka několikrát za den za účelem zvýšení produkce mléka, dle laktační poradkyně je hlavním problémem právě jeho nedostatek. Nejspíš v důsledku tohoto doporučení se u matky projevil příznak počínajícího zánětu prsní tkáně, které vyřešila přikládáním studených obkladů z tvarohu. Pro neprosplávání dítě odesláno PLDD k hospitalizaci a celkovému vyšetření, které prokázalo nespecifickou metabolickou poruchu a alergii na BKM. Matka byla edukována o nutnosti dodržovat eliminační dietu a režim kojení, který ještě konzultovala a upravila na základě doporučení laktační poradkyně ze strany odborného personálu. Stav dítěte se velmi rychle upravil, koliky se výrazně omezily a hmotnostní přírůstky odpovídaly normě pro daný věk. Laktační poradkyně se v tomto případě setkala se závažnou zdravotní komplikací na straně dítěte. Jako zásadní pro řešení situace se

ukázala nutnost aktivní spolupráce mezi laktační poradkyní, PLDD a dalšími odborníky, potřeba sjednotit se v doporučeních a ta respektovat. Nejen v tomto případě je odborné vzdělání laktační poradkyně výhodou.

Podněty k diskuzi, závěr

Z předložené kazuistiky vyplývá, že kromě odborníků mohou do péče o dítě vstupovat i laici. Jejich vědomosti a osobní zkušenost však nemusí být dostatečné pro řešení složitějších zdravotních problémů. Je třeba podpořit aktivní spolupráci s laktačními poradkyněmi, které mají odborné zdravotnické vzdělání.

Nefrotický syndrom u dětí

Pilná M.

ARO-JIP, Nemocnice Strakonice, a.s.
miladapilna@yahoo.com

Nefrotický syndrom (NS) může postihovat děti jakéhokoliv věku. Pokud se projeví v prvním roce života, jedná se o NS kongenitální, nebo infantilní. Nejčastěji ale postihuje jedince mezi 2. a 6. rokem života a ve více než v 80 % případů se jedná o NS na podkladě minimálních změn. NS přináší mnoho nepříjemných komplikací v podobě rozsáhlých a závažných otoků často provázených ascitem, pleurálním a perikardiálním výpotkem, oligurií a hypertenzí.

2,5letý Lukášek přichází na pohotovost s výraznými otoky očních víček a obličeje, které byly vyhodnoceny lékařem jako alergického původu. Přes víkend otoky progredují, otékají ruce, nohy i břicho a malý pacient přichází k lékaři o 3 kg těžší. Hospitalizován s NS, nasazeny kortikosteroidy a diuretická léčba. Propuštěn v remisi. Časté relapsy, opakovaně zvyšována dávka kortikosteroidů. Závažná komplikace v podobě rozsáhlé trombózy nitrolebního žilního systému, plně rozvinutý NS, nyní již kortikorezistentní. Biopsie ledviny prokázala nemoc minimálních změn. Nasazen cyklosporin. Remise. Hypertrichóza.

Lukášek je již 3 měsíce v remisi, ale trpí hypertrichózou, která je vyvolána cyklosporinem. Cyklosporin je jako jediný z řady imunosupresiv, které jsou pro pacienta vhodné, vyráběn i ve formě sirupu. Aby mohla být léčba změněna, musí se Lukášek nejprve naučit polykat tabletky.

Nefrotický syndrom u dospělých

Pilná M.

ARO-JIP, Nemocnice Strakonice, a.s.
miladapilna@yahoo.com

Nefrotický syndrom (NS) je život ohrožující klinický syndrom. Je způsoben zvýšenou propustností glomerulární bazální membrány, která vede k patologickému odpadu bílkoviny do moči. Bílkovinné ztráty mohou být v rozmezí až několika desítek gramů za 24 hodin. U většiny dospělých pacientů je NS dlouhotrvající a u mnoha z nich bohužel terapeuticky neovlivnitelný. Přetrvávající NS obvykle progreduje k selhání ledvin. Jeho nebezpečí spočívá zejména v možných komplikacích.

40letá žena se léčí 15 let s nefrotickým syndromem. Zpočátku nejasná etiologie, obtíže začaly po porodu druhého dítěte. Biopsie ledvin prokázala nemoc minimálních změn. Nasazeny kortikosteroidy. Bez efektu. Intravenózní pulsy cyklofosfamidu. Bez efektu. Rituximab s výraznou alergickou reakcí v podobě dušnosti a kopřivky, bez efektu. Přetrvává proteinurie přes 10 g/24 hod. Výrazná albuminémie, malnutrice, otoky, které se nedaří farmakologicky zvládnout. Zaveden AV shunt a zahájena ultrafiltrace 3x týdně. Pacientka umístěna na metabolickou jednotku, léčena 6 týdnů, bohužel hodnoty nezlepšeny. Doporučena chemoembolizace ledvin. Odebrány vzorky ke genetickému vyšetření, otázka následné transplantace. Chemoembolizace se nezdařila. Po půl roce od nezdařené chemoembolizace dochází z nejasných důvodů ke zlepšení celkového stavu a výraznému poklesu proteinurie.

Posledních 5 let je pacientka víceméně v dobrém stavu. Ledvinové funkce se ustálily v 3a stádiu chronického ledvinového selhání. Došlo i k extrakci AV shuntu. Přetrvává nefrotický syndrom, ale nedochází k jeho plnému vyjádření. Občasné otoky a komplikace z NS vycházející zvládá farmakologicky v domácím prostředí.

Leonora – mimořádná událost s hromadným postižením osob

Majstr J.1,2, Svoboda P.3, Bříza J.1

1Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze

2Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

3Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

jiri.majstr@seznam.cz

Úvod

Mimořádné události s hromadným postižením osob (MU s HPO), které mají své jasné legislativní vymezení, jsou vzácným jevem, vyskytujícím se na území Jihočeského kraje ve variabilní periodě 1 události na cca 1-2 kalendářní roky. Ve většině případů se jedná o dopravní nehody autobusů nebo vlaků. Jako příklad lze uvést r. 2003, dopravní nehodu zájezdového autobusu u Nažidel, s celkem 19 mrtvými a 10 těžce zraněnými osobami; srážky regionálních vlaků r. 2007 Blanice – Strakonicko, r. 2011 – Vodňany, r. 2018 Mříč – Českokrumlovsko a několik dopravních nehod autobusů. Ve statistikách Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (ZZS JČK) jsou v rámci MU s HPO vedeny i události, který byly způsobeny invazivní nákazou. Členové výjezdových slupin ZZS jsou na řešení MU s HPO připravováni vyčleněnými lektory na svých oblastních střediscích a dále centrálně v Č. Budějovicích. Mimo periodické upevnění legislativních rámců jsou členové výjezdových slupin vedeni k praktickému postupu u specifických komunikací se zdravotnickým operačním střediskem, tříděním postižených osob a je využíván i vzdělávací program XVR, který za počítačové podpory umožňuje frekventantům řešit dílčí úkoly. Naprosto reálnou „hudbou budoucnosti“ v problematice MU s HPO je edukace členů výjezdových slupin formou virtuální reality (blíže na přednášce).

Vlastní kazuistika

V obci Lenora (Prachaticko) došlo 3. 10. 2019 v ranních časných hodinách (po 4. hod.) k explozi a následnému hoření bytového domu (6 bytových jednotek, 3. podlaží). Výjezdová skupina (VS) z Volar se toho času vracela z jiného výjezdu a o události obdržela informaci prostřednictvím zdravotnického operačního střediska (ZOS). Rychle došlo k přehodnocení primárně určené naléhavosti z N3 na N1 (N1 = nejvyšší priorita pro členy VS). Po dosažení místa události zastavila VS v bezpečné vzdálenosti od explodovaného bytového domu, došlo k ohlášení dosaženého místa na ZOS, došlo k přenastavení komunikačního kanálu pro MU s HPO, byly užity rozlišovací reflexní vesty pro MU s HPO – vedoucí zdravotnické složky (VZS) vedoucí odsunu (VO). O příjezdu zdravotníků byli informováni členové hasičského záchranného sboru (HZS) s dotazem na bezpečnost pro poskytování přednemocniční neodkladné péče (PNP) přímo v místě události. Na místo MU s HPO byly vyslány další VS včetně letecké záchranné služby (LZS). Svědek události oznámil členům VS, že má ve svém domě 3 zraněné osoby, nikdo jiný v bezprostřední blízkosti nevyžadoval zdravotní péči. Členové VS rozřídili poraněné osoby metodou START (1x červená, 2x zelená) se situačním hlášením na ZOS. Následoval samovolný shluk poraněných osob k výjezdovému prostředku ZZS JČK, které žádaly ošetření. Do řešení následků MU s HPO se v brzkých ranních hodinách aktivně zapojila i praktická lékařka z Lenory. U jedné ze samostatně přicházejících osoba byla metodou START stanovena priorita „červená“. Na místo se postupně dostavil lékař ZZS z Prachatic a další VS ZZS JČK. Došlo k aktivnímu zapojení vedoucího lékaře (VL) s předáním dosavadní situační zprávy. K místu události (na fotbalové hřiště) přistála postupně letecká záchranná služba (LZS) JČK a LZS Plzeň. Dále byl registrován dojezd VS ZZS JČK a Plzeňského kraje, včetně speciálního vozu pro řešení MU s HPO ze Strakonice (trasa cca 60 km) a byla vyžádána přítomnost krizového intervenanta. Exploze domu (prokázaný úmysl s použitím plynových tlakových lahví) se si vyžádala 1 úmrtí, 9 zraněných osob (z čehož 2 těžká zranění) a 19 evakuovaných osob (zřízené zázemí v místní sokolovně). Statik rozhodl o úplné demolici domu pro značnou nestabilitu. Na místě události spolupracovalo 7 dobrovolných i profesionálních jednotek HZS JČK. Celková doba řešení MU s HPO pro ZZS JČK představoval 4 hod. 12 min., kdy se na řešení události podílelo 10x VS ZZS (JČK /Plzeňský kraj), 2x zdravotnická dopravní služba JČK, 2x LZS (JČK Plzeňský kraj), 1x vůz pro MU s HPO, 1x krizový intervenant ZZS JČK a místní všeobecná praktická lékařka (dobrovolní aktivní účast) ní v oblasti hlavy a hrudníku.

Zrod rekonvalescentní plazmy na Transfuzním oddělení v Českých Budějovicích

Menhart R.,

Transfuzní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kazuistika mapuje celý proces výroby rekonvalescentní plazmy na Transfuzním oddělení v Českých Budějovicích. Od kritérií pro výběr vhodných dárců, až po finální hotový přípravek – transfuzní jednotku rekonvalescentní plazmy. Nejprve probíhalo testování potencionálních dárců rekonvalescentní plazmy na přítomnost covidových protilátek, a to těch kteří měli potvrzené prodělané onemocnění covid 19 s minimálně středně těžkým průběhem (zvýšená teplota, respirační obtíže). Testování se provádí semi-kvalitativním typem serologického testu detekující antigeny viru. Všechny naměřené vysoké hodnoty se posílaly na diagnostiku titru covidových protilátek metodou neutralizačního testu prováděným na Akademii věd ústavem arbovirologie. Kapacita této metody byla 50 vzorků za týden. Stanovení titru protilátek proti covidu 19 neutralizačním testem byl v té době jedinou standardizovanou a uznávanou metodou. Hodnota titru protilátek 160 byla spodní hranicí, pro výběr vhodného dárce, aby je ho plazma obsahovala dostatečnou hladinu covidových protilátek s terapeutickým účinkem. Následná korelace hodnot titru neutralizačního testu s hodnotami stanovených u nás serologickým testem vedla ke zpřesnění cut-off hodnoty pro námi prováděný serologický test. Byli jsme schopni přesněji a rychleji selektovat vhodné dárce pro rekonvalescentní plazmu. Samotný odběr rekonvalescentní plazmy se provádí identicky jako aferetická separace plazmy pro klinické použití. Komplikace nastali při uvolnění vyrobené rekonvalescentní plazmy pro použití pro pacienty. Klasická plazma podléhá karanténě 6 měsíců, ale rekonvalescentní plazma byla potřeba ihned. Provádí se proto kromě vyšetření infekčních markerů (HIV, Hepatitida B a C, Syfilis) také patogen-inaktivace. Ta zkracuje expiraci konečného výrobku ze 36 na 24 měsíců, ale inaktivuje viry a dělá transfuzní přípravek bezpečnější pro pacienta. Pro dosažení dostatečného terapeutického účinku se k transfuzi dávali 2 jednotky rekonvalescentní plazmy. Nyní s vyšší proočkovaností rekonvalescentní plazma již obsahuje několikanásobně vyšší hodnoty protilátek než na začátku. Naše oddělení je nyní schopno v případě potřeby vyrobit denně rekonvalescentní plazmu až pro 36 pacientů.

Bazální stimulace v péči o terminálně nemocnou teenagerku s dg. glioblastoma multiformae

Pástorová L.

Onkologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kazuistika je zaměřená na péči o 19letou slečnu, studentku SZŠ, které bylo diagnostikováno nevléčitelné nádorové onemocnění mozku. Pacientka přichází k nám na oddělení několik měsíců po operaci hlavy, kterou absolvovala v Budapešti a při které se podařilo odstranit většinu nádoru, avšak pomalu dochází k progresi onemocnění, které je nyní již inoperabilní. Pacientka přichází za účelem radioterapie, perorálního podávání Temodal, antiedematózní léčby. Mladá slečna je zatím soběstačná, postupně přichází o zrak, objevuje se levostranná hemiparéza. Po 14 dnech hospitalizace dochází k dramatickému zhoršení stavu, pacientka již není schopná vstát, vydrží jen chvilku sedět v lůžku, je somnolentní až soporózní, prodělává časté epileptické záchvaty. V této chvíli byl do péče o tuto pacientku zakomponován koncept Bazální stimulace, pomocí kterého jsme se snažili o poskytnutí maximálního komfortu umírající mladé pacientce, o zlepšení kvality posledních dní jejího života. Pacientku se 13 dní před smrtí podařilo na její přání předat do péče domů k rodině.

Diskuze:

Jak se změní život mladého člověka poté, co je mu diagnostikováno nevléčitelné onemocnění? Jak dokáže teenager přijmout tuto situaci? Dokáže se s tím vůbec vyrovnat?

Jaká ještě mohou být poslední přání, nevyslovené myšlenky?

Jak se zdravotnický personál vyrovná se smrtí mladého člověka na prahu dospělosti? Jak můžeme takovému pacientovi co nejvíce pomoci, jak poskytnout podporu, jak komunikovat? Dokážeme se v kolektivu svěřit se svými pocity, podpořit se navzájem?

Závěr:

Glioblastoma multiformae je v dnešní době i přes velice pokročilé a nejmodernější možnosti medicíny stále nevléčitelným onemocněním s velice špatnou prognózou, kdy většina nemocných i navzdory léčbě umírá do 12–18 měsíců od určení diagnózy.

Koncept Bazální stimulace nám může pomoci postarat se o pacienta tak, abychom simulovali důvěrně známé prostředí, vůně, vjemy, zážitky, stimulovali pacientovy smysly, poskytli maximální komfort.

Kazuistika pojednává o pacientce, o kterou jsem se starala v mém bývalém zaměstnání mimo ČR a to VOÚ a.s., Košice, Klinika rádioterapie a klinické onkologie, z doby "před covidem". Kazuistika vznikla s laskavou pomocí a souhlasem ošetřující lékařky této pacientky, MUDr. Enikő Tolvajové z VOÚ.

Endobronchiální diagnostika a terapie sarkomu plic

Skříšovská M.

Plicní a TBC oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
Martinaskrisa@seznam.cz

Úvod

Sarkom je velmi různorodá skupina relativně vzácných zhoubných nádorů, které vycházejí z pojivové tkáně. Ze všech diagnostikovaných maligních plicních nádorů zaujímá plicní sarkom pouhé 0,01–0,4 %. Základem úspěšné léčby sarkomu je vždy radikální chirurgické odstranění, další léčebné možnosti radioterapie ev. chemoterapie mají neuspokojivé výsledky. Pro plicní sarkom je charakteristický velmi agresivní průběh, a ne příliš dobrá prognóza.

Vlastní kazuistika

Pacient L.Ř., 1941, v osobní anamnéze HT, arytmie, st po TURP pro BHP, st po borelióze s lymfedémem LDK. 8/2018 bolestivá hmatná rezistence nad pravým prsem, zvětšuje se, 12/2019 UZ hemithoraxu BPN, dále proveden RTG S+P s nálezem susp. TU pravé plíce. Doplněno PET/CT, trvá susp. TU horního laloku pravé plíce, který druhým mezižebřím prorůstá mezi svaly hrudní stěny, bez postižení LU mediastina či jiných vzdálených metastáz. 1/2019 přijatý k BRSK k histologické verifikaci ložiska. Při BRSK 1/2019 v celkové anestezii pravý hlavní bronchus ze 2/3 obturován TU, vychází z pravého horního plicního laloku, provedena klíčková excize na histologii, brusch stěr na cytologii, snaha o rekanalizaci kryoterapií neúspěšná, pokus o extirpaci rigidním instrumentáři rovněž bez významnějšího efektu, nakonec se daří elektrokoauterem odstranit velkou masu TU hmot. Kompletní reventilace středního a dolního laloku pravé plíce. Závěr POK – fibrosarkom, rozhodnutí léčby MOÚ Brno, aktinoterapie, ukončena 4/2019. 5/2019 pro progredující dušnost a únavnost BRSK v lokální anestezii, TU kompletně uzavírá pravý hlavní bronchus až do úrovně hlavní kariny. Plán-endobronchiální rekanalizace. 5/2019 při BRSK v celkové anestezii elektrokoauterizační kličkou uvolněna masa TU velikosti 25x20mm, na extrakci z dechových cest použité rigidní instrumentárium, TU nelze extrahovat skrz tracheoskop, nutná souběžná extrakce a extubace, při extrakci TU zaklíněn mezi vazy, pod kontrolou laryngoskopu extrahován pomocí Magillových kleští, po extrakci TU z DC opětovná intubace. Dále elektrokoagulací a kryoterapií zcela uvolněny S2 a S3, z uvolněných segmentů odsáváno hojně žlutozeleného sekretu, K+C, elektrokoagulací ošetřován i vstup do S1, nelze technicky kompletně rekanalizovat. Plán-chirurgické odstranění Tu a resekci hrudní stěny na hrudní chirurgii Thomayerovy nemocnice pacient odmítá. 7/2019 nárůst dušnosti, pacient zvažuje možnost chirurgického odstranění TU, dle provedených vyšetření již není technicky možné. 7/2019 BRSK v lokální anestezii s plánem na event. následnou endobronchiální intervenci, významná stenóza pravého hlavního bronchu způsobená zevním útlakem Lokální nález již není indikován k endobronchiální desobliteraci. Symptomatický postup, ATB, hydratace, opiáty k tlumení bolesti a dušnosti. Velmi rychlá progresse potíží, celková slabost, bolest, dušnost, nechutenství a váhový úbytek. 7/2019 exitus letalis.

Podněty k diskuzi, závěr

Strategie moderní léčby se opírá o efektivní, přesnou diagnostiku se záměrem plného uzdravení pacienta, nedosažitelnou metu u části onkologických pacientů. V těchto případech nastupuje snaha udržet co nejdéle kvalitu života. Stejný cíl měli i námi provedené endobronchiální kryo a elektrochirurgické intervence, cíl zajistit pacientovi život co nejdéle bez dušnosti, bolesti, hemoptýzy, bez opakujících se bronchopnemonií.

Pracovní úraz na stavbě

Majstr J.1,3, Procháška P.2

1Fakulta biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze
2Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
3Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
jiri.majstr@seznam.cz

Úvod

Statisticky nejvyšší procento náhlé zástavy oběhu (NZO) tvoří nejen v České republice (ČR) kardiovaskulární problematika. Při statistickém pojetí výjezdů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (ZZS JČK), kde bylo v roce 2020 evidováno něco přes 80 tisíc výjezdů, tvoří problematika úrazovosti 20 % a např. problematika dopravních nehod 2,4 % (celkem 2 011 výjezdů). NZO řešila ZZS JČK v roce 2020 v 387 případech. Počet osob, které při výkonu své profese v ČR zemřou se pohybuje mírně nad číslem 100/rok, při incidenci pracovních úrazů

převyšujíc hodnoty 40 tis. úrazů/rok. Mezi nejčastější prostředí, kde osoby při výkonu profese umírají patří stavebnictví, práce ve výškách, výkopové práce a doprava (služební cesty). V ČR umírají při výkonu práce častěji manuálně pracující (strojírenští dělníci a stavební dělníci). Při úrazové zástavě oběhu, kdy je dominujícím faktorem NZO masivní ztráta objemu kolujících tekutin je návrat ke spontánní srdeční aktivitě vzácným jevem.

Vlastní kazuistika

Letecká záchranná služba (LZS) JČK obdržela tísňovou výzvu s indikací N1 (nejvyšší naléhavost), při součinnosti s výjezdovými skupinami (VS) sousedního kraje. Jednalo se o úraz na stavbě u jedné osoby v bezvědomí s nenormální dechovou aktivitou. Následně byla LZS předána zpráva o probíhající kardiopulmonální resuscitaci (KPR) svědky na místě události (TANR). První místo události dosáhla lokální VS rychlé zdravotnické pomoci (RZP) a následně se v rámci rendez vous (RV) systému dostavil na místo lékař. LZS se na místo události dostavila v momentě, kdy byl pacient ošetřován lékařem RV ve výjezdovém prostředku RZP. U pacienta byla provedena orotracheální intubace, byla monitorována dechová aktivita a krevní oběh, byly zajištěny žilní vstupy. Pacient byl uložen na celotělové vakuové matraci se zajištěním fixace krční páteře a oblasti pánve. Dle vstupních informací od pozemních VS byla primárně monitorována asystolie, u které se rozšířenou KPR podařilo dosáhnout spontánní obnovy oběhu. Terapie směřovala ke snížení masivního krvácení (tělesné otvory v oblasti hlavy) a udržení permisivní hypotenze. Za leteckého transportu byl pacient oběhově stabilní. Při předání na akutní lůžkové oddělení centrální péče bylo vyšetřením prokázáno rozsáhlé poranění v oblasti hlavy a hrudníku.

