



# SBORNÍK ABSTRAKT

# 40. dny mladých internistů

1.–2. 6. 2023  
OLOMOUC



GENERÁLNÍ PARTNEŘI



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI



Vážení přátelé,

v letošním roce se uskuteční jubilejní 40. setkání mladých internistů v Olomouci ve dnech 1.–2. 6. 2023 pořádané Českou internistickou společností. Tato akce má již dlouhou česko-slovenskou tradici a koná se střídavě v Olomouci a v Martině. Akce je primárně určena mladým lékařům do 35 let, kteří se věnují všem oborům vnitřního lékařství a prezentují vlastní výzkum, zajímavé kazuistiky či přehledová sdělení. Přivítáme však i nepřednášející účastníky bez věkového limitu. V závěru konference jsou nejlepší přednášky v jednotlivých kategoriích oceněny.

Těšíme se na setkání s Vámi  
prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.  
odborný garant konference

## Pořadatel

Česká internistická společnost ČLS JEP

## Garant setkání

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc. – přednosta III. interní kliniky FN Olomouc a LF UP Olomouc

## Vědecký výbor konference

### Předseda:

prof. MUDr. David Karásek, Ph.D. – zástupce přednosta pro léčebnou péči III. interní kliniky LF UP a FN Olomouc

### Členové:

prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc. – děkan Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

prof. MUDr. Richard Česka, CSc. – předseda České internistické společnosti

prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc. – předsedkyně Slovenskej internistickej spoločnosti

prof. MUDr. Marián Mokáň, DrSc. – přednosta I. internej kliniky, Jesseniova lekárska fakulta UK

prof. MUDr. Petr Galajda, CSc. – I. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine

MUDr. Jiří Orság, Ph.D. – III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

## Koordinátoři

Michal Slánský – III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Bc. Marcela Janů – III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

## ČASOVÝ PLÁN

### Čtvrtek 1. 2. 2023 – Teoretické ústavy LF UP

**7.30–15.00**      **REGISTRACE**

**8.30**              **ZAHÁJENÍ (Velká posluchárna)**

#### SEKCE 1 (VELKÁ POSLUCHÁRNA)

**09.00–10.15**      **Nefrologie (1)**

předsednictvo: Dedinská I., Krejčí K., Jackuliak P.

**10.15–10.45**      **PŘESTÁVKA (30 min.)**

**10.45–11.45**      **Nefrologie (2)**

předsednictvo: Krejčí K., Dedinská I., Makovický P.

**11.45–12.45**      **OBĚD (60 min.)**

**12.45–14.00**      **Hematologie a poruchy koagulace (1)**

předsednictvo: Szotkowski T., Galajda P., Schovánek J.

**14.00–14.15**      **PŘESTÁVKA (15 min.)**

**14.15–15.30**      **Hematologie a poruchy koagulace (2)**

předsednictvo: Galajda P., Szotkowski T., Schovánek J.

#### SEKCE 2 (MALÁ POSLUCHÁRNA LEVÁ)

**09.00–10.15**      **Diabetologie, endokrinologie a poruchy metabolismu (1)**

předsednictvo: Češka R., Lazúrová I., Payer J.

**10.15–10.45**      **PŘESTÁVKA (30 min.)**

**10.45–11.45**      **Pneumologie**

předsednictvo: Jakubec P., Galajda P., Orság J.

**11.45–12.45**      **OBĚD (60 min.)**

**12.45–14.00**      **Kardiologie (1)**

předsednictvo: Václavík J., Souček M., Samoš M.

**14.00–14.15**      **PŘESTÁVKA (15 min.)**

**14.15–15.15**      **Kardiologie (2)**

předsednictvo: Souček M., Václavík J., Samoš M.

**19.00**              **DIZKUZNÍ FÓRUM ÚČASTNÍKŮ**

## ČASOVÝ PLÁN

### Pátek 2. 6. 2023 – Teoretické ústavy LF UP

8.30–15.00 REGISTRACE

#### SEKCE 1 (MALÁ POSLUCHÁRNA PRAVÁ)

8.30–10.15 Diabetologie, endokrinologie a poruchy metabolismu (2)

předsednictvo: Mokáň M., Kršek M., Karásek D.

10.15–10.30 PŘESTÁVKA (15 min.)

10.30–12.00 Gastroenterologie a hepatologie

předsednictvo: Falt P., Zadražil J., Makovický P.

#### SEKCE 2 (MALÁ POSLUCHÁRNA LEVÁ)

8.30–10.15 Revmatologie

předsednictvo: Horák P., Dedinska I., Žurek M.

10.15–10.30 PŘESTÁVKA (15 min.)

10.30–12.00 Varia

předsednictvo: Ščudla V., Samoš M., Galajda P.

#### UKONČENÍ A VYHLÁŠENÍ VÝSLEDKŮ (Velká posluchárna)

## ODBOBNÝ PROGRAM

### Čtvrtek 1. 6. 2023 – VELKÁ POSLUCHÁRNA

8.30–9.00 ZAHÁJENÍ

#### NEFROLOGIE (1) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

09.00–09.15 **Je NGAL vhodným prediktorem rozvoje AKI u kriticky nemocných septických pacientů?**

Klementa V.<sup>1</sup>, Petejová N.<sup>2</sup>, Horák P.<sup>1</sup>, Zdražil J.<sup>1</sup>, Prošková J.<sup>3</sup>, Langová K.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc

<sup>2</sup>Interní a kardiologická klinika LF a FN Ostrava

<sup>3</sup>Oddělení klinické biochemie FN Olomouc

<sup>4</sup>Ústav lékařské biofyziky LF UP Olomouc

09.15–09.30 **BK virová infekce po transplantaci ledviny – kazuistika**

Kurašová E.<sup>1</sup>, Krejčí K.<sup>1</sup>, Hraboš D.<sup>2</sup>, Tichý T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav klinické a molekulární patologie

09.30–09.45 **Závažná hyperkalcémia s renálnym poškodením ako vedúci príznak sarkoidózy u mladého pacienta**

Bašista K., Žigrai M., Vyskočil M., Komorníková A., Faktorová X.

Interná klinika SZU, Univerzitná nemocnica – Nemocnica svätého Michala, a.s., Bratislava

09.45–10.00 **Nevidaná rhabdomyolýza – kazuistika**

Liachovická K., Sztuchlíková V., Lysková L., Orság J., Kosatíková Z., Hrubý M., Vymětal J., Krejčí K.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, Fakultní nemocnice Olomouc

10.00–10.15 **Liečba anémie roxadustatom – prvé klinické skúsenosti**

Beliančinová M.<sup>1,2</sup>, Kleinová P.<sup>1,2</sup>, Vnučák M.<sup>1,2</sup>, Graňák K.<sup>1,2</sup>, Mokáň M.<sup>1,2</sup>, Dedinská I.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Transplantačné centrum, Kollárova 2, 036 01 Univerzitná nemocnica Martin

<sup>2</sup>I. interná klinika, Univerzitná nemocnica Martin a Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, Kollárova 2, 036 01 Martin

10.15–10.45 **PŘESTÁVKA**

## NEFROLOGIE (2) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

- 10.45–11.00**     **Finerenon – oddálení progresu chronického onemocnění ledvin u pacientů s diabetes mellitus 2. typu**  
Kurašová E.<sup>1</sup>, Orság J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická
- 11.00–11.15**     **Infekce močového traktu v kontexte miniinvasivních výkonů po transplantaci obličky**  
Kleinová P., Beliančinová M., Vnučák M., Graňák K., Mokáň M., Dedinská I.  
Transplantační centrum Univerzitní nemocnice Martin
- 11.15–11.30**     **Metabolomics approach in the diagnosis of acute kidney rejection**  
Vnučák M., Graňák K., Beliančinová M., Kleinová P., Baranovičová E., Dedinská I.  
Transplantační centrum Univerzitní nemocnice Martin, I. interní klinika JLF UK a UNM
- 11.30–11.45**     **Úloha nefrologa v léčbě a prevenci urolitiázy**  
Vnučák M., Graňák K., Beliančinová M., Kleinová P., Dedinská I.  
Transplantační centrum UNM, I. interní klinika JLF UK a UNM
- 11.45–12.45**     **OBĚD**

## HEMATOLOGIE A PORUCHY KOAGULACE (1) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

- 12.45–13.00**     **Pocovidový plicní nález – překvapivé rozuzlení**  
Novotná J., Žurková M., Kultán J., Jakubec P., Tichý T., Skanderová D.  
Klinika plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Olomouc
- 13.00–13.15**     **Partizánský boj hereditární hemoragické teleangiektazie (syndrom Rendu-Osler-Weber)**  
Bradáčová M., Faber E.  
Hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice a LF UP Olomouc
- 13.15–13.30**     **Venetoclax v terapii akutní myeloidní leukémie – zkušenosti jednoho centra**  
Čerňan M., Sztokowski T., Machová R., Papajik T.  
Hemato-onkologická klinika LF UP a FN Olomouc
- 13.30–13.45**     **Heydeho syndróm liečený transkatérovou náhradou aortálnej chlopne – kazuistika**  
Focko B., Péč M.J., Michalová R., PhD., Jurica J., Valocká D., Samoš M., Bolek T., Sokol J., Škorňová I., Mokáň M.  
I. interní klinika, Jesseniova lékařská fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitní nemocnice Martin  
2. Klinika hematologie a transfuziologie, Jesseniova lékařská fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitní nemocnice Martin

**13.45–14.00 Autoimunitní hemolytická anemie – kazuistika**

Cesnaková A.

Interní oddělení Nemocnice Agel Sternberk SMN

**14.00–14.15 PŘESTÁVKA**

### **HEMATOLOGIE A PORUCHY KOAGULACE (2) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)**

**14.15–14.30 Úspěšná léčba blastového zvratu chronickéj myelocytovéj leukémie kombináciou chemoterapie, dasatinibu a interferónu alfa**

Vráblová L.<sup>1</sup>, Kořalková P.<sup>1</sup>, Divoký V.<sup>1</sup>, Machová Poláková K.<sup>1</sup>, Kriegová E.<sup>1</sup>, Janská R., Grohmann J., Holzerová M., Papajík T., Faber E.

Hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>1</sup>Ústav Biologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

<sup>3</sup>Ústav Imunologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

**14.30–14.45 Burkittův lymfom spojený s imunodeficitem**

Polakovič P.

Nemocnice AGEL Nový Jičín

**14.45–15.00 Difúzní velkobunkový B-lymfóm srdca – kazuistika**

Kredátusová A., Lukášová M., Hanáčková V.

Hemato-onkologická klinika FNOL

**15.00–15.15 Vlastné skúsenosti s použitím molnupiraviru u hemato-onkologických pacientov**

Zalibera A., Čerňan M., Sztokowski T., Vaculová G., Papajík T.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hemato-onkologická klinika

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a FN Olomouc, Oddělení klinické farmacie FN Olomouc

**15.15–15.30 Monitorovanie priamych orálnych antikoagulancií u pacientov s venóznou tromboembolickou chorobou.**

Brisudová K., Jurica J., Bolek T., Samoš M., Mokáň M.

I. interná klinika UNM



## DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE A PORUCHY METABOLISMU (1) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

- 09.00–09.15 Sledování hladin adipokinů u pacientů po tubulizaci žaludku**  
Dohnal R.<sup>1</sup>, Schovánek J.<sup>1</sup>, Cibičková L.<sup>1</sup>, Karásek D.<sup>1</sup>, Kučerová V.<sup>2</sup>, Růžičková M.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická  
<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení klinické biochemie  
<sup>3</sup>Fakultní nemocnice Olomouc, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická
- 09.15–09.30 Dlhodobé GLP1-RA ako „bailout“ liečba pacienta po bariatrickej operácii – kazuistika**  
Lecký P., Bolek T., Jurica J., Pěč M.J., Samoš M., Galajda P., Mokáň M.  
I. interní klinika, Jesseniova lékařská fakulta v Martine, Univerzita Komenského Bratislava
- 09.30–09.45 Evaluace kortikorezistence pacientů s aktivní, středně těžkou a těžkou endokrinní orbitopatií a dlouhodobé sledování efektu rituximabu jako léčby druhé linie**  
Pekařová K., Schovánek J.  
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN Olomouc
- 09.45–10.00 Amiodaronem indukovaná tyreotoxikóza**  
Lysková L., Schovánek J.  
III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF a FN Olomouc
- 10.00–10.15 Účinnost skórovacích systémů v určování podtypů primárního hyperaldosteronismu**  
Kološová B.<sup>1</sup>, Waldauf P.<sup>2</sup>, Wichterle D.<sup>3</sup>, Kvasnička J.<sup>1</sup>, Zelinka T.<sup>1</sup>, Petrák O.<sup>1</sup>, Krátká Z.<sup>1</sup>, Forejtová L.<sup>4</sup>, Kaván J.<sup>4</sup>, Widimský J.<sup>1</sup>, Holaj R.<sup>1</sup>  
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, III. interní klinika – Endokrinologie a metabolismu
- 10.15–10.45 PŘESTÁVKA**

## PNEUMOLOGIE – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

- 10.45–11.00 Vliv interních komplikací na kvalitu života u pacienta s cystickou fibrózou po transplantaci srdce a plic – kazuistika**  
Olejová J.<sup>1</sup>, Jakubec P.<sup>1</sup>, Kufa J.<sup>1</sup>, Žurková M.<sup>1</sup>, Hajdová L.<sup>1</sup>, Genzor S.<sup>1</sup>, Lischke R.<sup>2</sup>, Šimonek J.<sup>2</sup>, Pozniak J.<sup>2</sup>, Kolařík J.<sup>2</sup>, Havlín J.<sup>2</sup>, Fila L.<sup>3</sup>, Valentová-Bartáková L.<sup>3</sup>, Pirk J.<sup>4</sup>, Hošková L.<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Klinika plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc  
<sup>2</sup>III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol  
<sup>3</sup>Pneumologická klinika 1. LF UK a FN Motol  
<sup>4</sup>KARDIOCENTRUM, Institut klinické a experimentální medicíny
- 11.00–11.15 Komplikace po transplantaci srdce**  
Kíml J., Jakubec P., Genzor S., Kufa J., Žurková M.  
Klinika plicních nemocí a tuberkulózy FN a LF UP Olomouc

**11.15–11.30** **Systémové glukokortikoidy v terapii reziduálního plicního postižení po COVID-19**

Mizera J., Genzor S., Losse S., Jakubec P.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Olomouc

**11.30–11.45** **Dispenzarizace po plicní transplantaci – zkušenosti z našeho centra**

Kufa J., Jakubec P., Genzor S., Žurková M.

Klinika plicních nemocí a TBC, FNOL

**11.45–12.45** **OBĚD**

### KARDIOLOGIE (1) – SEKCE 2 (MALÁ POSLUCHÁRNA LEVÁ)

**12.45–13.00** **Využití přímých orálních inhibitorů faktora Xa v léčbě intrakardiální trombózy**

Moravčíková Z., Brisudová K., Bolek T., Samoš M., Mokáň M.

I. interná klinika UNM, Jesseniova lékařská fakulta Univerzity Komenského

**13.00–13.15** **Plazmatické hladiny sekretoneurinu u pacientů s různou etiologií srdečního selhání: předběžná data**

Dodulík J., Lazárová M., Václavík J., Stejskal D., Švagera Z., Chobolová N., Šulc P., Evin L., Plášek J.

Fakultní nemocnice Ostrava

**13.15–13.30** **Epidemiologická analýza rizikových faktorů, léčby, komplikací a mortality u pacientů s infarktem myokardu s ST elevacemi na Slovensku – retrospektivní „single-center“ štúdia**

Benko J.<sup>1,5\*</sup>, Pěč M.J.<sup>1</sup>, Jurica J.<sup>1</sup>, Pěčová M.<sup>2,3</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>, Nehaj F.<sup>4</sup>, Sokol J.<sup>2</sup>, Bolek T.<sup>1</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interná klinika, Univerzitní nemocnice Martin, Jesseniova lékařská fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

<sup>2</sup>Klinika hematologie a transfuziologie, Univerzitní nemocnice Martin, Jesseniova lékařská fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

<sup>3</sup>Oncologické centrum, Univerzitní nemocnice Martin

<sup>4</sup>Oddělení arytmií a kardiostimulace, Národní ústav srdečních a cévních chorob v Bratislave

<sup>5</sup>Kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Nitra \*Obaja autori prispeli rovnakou mierou.

**13.30–13.45** **Nezvyklý průběh závažného onemocnění srdce**

Červenka A., Zeman K., Gisting T.

Nemocnice Frýdek-Místek

**13.45–14.00 Parametre deformácie ľavostranných oddielov srdca a koncentrácie markerov endotelovej dysfunkcie u pacientov s akútnou dekompenzáciou chronického srdcového zlyhávania**

Jurica J.<sup>1</sup>, Pěč M.J.<sup>1</sup>, Bolek T.<sup>1</sup>, Škorňová I.<sup>2</sup>, Staško J.<sup>2</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1,3</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin, Slovenská republika

<sup>2</sup>Národné centrum hemostázy a trombózy, Klinika hematológie a transfuziológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>3</sup>Oddelenie akútnej a intervenčnej kardiológie, 2. Klinika kardiológie a angiológie lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb (SÚSCCH, a.s.) v Banskej Bystrici, Banská Bystrica

**14.00–14.15 PŘESTÁVKA**

**KARDIOLOGIE (2) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)**

**14.15–14.30 Arteriální hypertenze a reakce krevního tlaku na zátěž u sportovců**

Jelínek L.<sup>1</sup>, Moravcová K.<sup>2</sup>, Ožana J.<sup>2</sup>, Sovová M.<sup>2</sup>, Václavík J.<sup>3</sup>, Jiravský O.<sup>4</sup>, Jiravská-Godula B.<sup>5</sup>, Pešová P.<sup>4</sup>, Puškašová K.<sup>6</sup>, Sovová E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, Fakultní Nemocnice Olomouc; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého; 72. mechanizovaný prapor, Armáda České republiky

<sup>2</sup>Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, Fakultní Nemocnice Olomouc; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého

<sup>3</sup>Interní a kardiologická klinika, Fakultní Nemocnice Ostrava; Lékařská fakulta; Ostravská univerzita

<sup>4</sup>Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Třinec

<sup>5</sup>Sportovní ambulance s.r.o., Karvinná

<sup>6</sup>Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s., Ostrava

**14.30–14.45 Úloha transezofageálnej echokardiografie v diferenciálnej diagnostike kryptogénnej cievnej mozgovej príhody – kazuistika**

Pěč M. J.<sup>1</sup>, Bolek T.<sup>1</sup>, Pěčová M.<sup>2,3</sup>, Jurica J.<sup>1</sup>, Laková L.<sup>1</sup>, Benko J.<sup>1,5</sup>, Blaško P.<sup>4</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1,6</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>2</sup>Onkologické centrum, Univerzitná nemocnica Martin, Martin

<sup>3</sup>Klinika hematológie a transfuziológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>4</sup>Kardiologická ambulancia, Bánovce n. Bebravou

<sup>5</sup>Kardiologická klinika, Fakultná nemocnica Nitra, Nitra

<sup>6</sup>Oddelenie akútnej kardiológie, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Banská Bystrica

**14.45–15.00**      **Faktory interferující s koncentraciemi přímých orálních antikoagulancií (DOAK) u pacientů s fibrilací předstěni – naše zkušenosti**

Bolek T.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Škorňová I.<sup>2</sup>, Staško J.<sup>2</sup>, Kubisz P.<sup>2</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interní klinika, Jesseniova lékařská fakulta v Martin, Univerzita Komenského v Bratislavě

<sup>2</sup>Národní centrum hemostázy a trombózy, Klinika hematologie a transfuziologie, Jesseniova lékařská fakulta v Martin, Univerzita Komenského v Bratislavě

**15.00–15.15**      **Trombus levé komory – kazuistika**

Adámek R.

Interní oddělení VN Olomouc, I. interní klinika UNM

**19.00**              **DIZKURNÍ FÓRUM ÚČASTNÍKŮ**

## Pátek 2. 6. 2023 – MALÁ PRAVÁ POSLUCHÁRNA

### DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE A PORUCHY METABOLISMU (2) – SEKCE 1 (Malá posluchárna PRAVÁ)

#### 08.30–08.45 **Adiponectin/leptin ratio as an index to determine metabolic risk in patients after kidney transplantation**

Graňák K.<sup>1,2</sup>, Vnučák M.<sup>1,2</sup>, Beliančinová M.<sup>1,2</sup>, Kleinová P.<sup>1,2</sup>, Pytliaková M.<sup>3</sup>, Dedinská I.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Transplant Centre, University Hospital Martin

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine I, Jessenius Medical Faculty of Comenius University and University Hospital Martin

<sup>3</sup>Department of Gastrointestinal Internal Medicine, Jessenius Medical Faculty of Comenius University and University Hospital Martin

#### 08.45–09.00 **Steatóza pankreatu u bariatrických pacientů**

Blaho M.<sup>1,2</sup>, Bužga M.<sup>3,4</sup>, Švagera Z.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Oddělení gastroenterologie, Interní a kardiologická klinika FN Ostrava

<sup>2</sup>Katedra interních oborů LF Ostravské univerzity

<sup>3</sup>Ústav fyziologie a patofyziologie LF Ostravské univerzity

<sup>4</sup>Ústav laboratorní medicíny FN Ostrava

<sup>5</sup>Ústav laboratorní medicíny LF Ostravské univerzity

#### 09.00–09.15 **Souvisí endokrinní orbitopatie s onemocněním/vakcinací proti COVID-19?**

Bolacká M., Schovánek J., Karhanová M.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc, Oční klinika LF UP a FN Olomouc

#### 09.15–09.30 **Od pôrodníka k endokrinológovi**

Dzubová P., Klčovanská A., Bobályová A., Rajec J.

Klinika vnútorného lekárstva, Fakultná nemocnica Trnava

#### 09.30–09.45 **Od prosté dehydratace k vzácné diagnóze**

Mačáková D., Krystyník O., Dohnal R., Cibičková L., Karásek D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc

#### 09.45–10.00 **Glykační index hemoglobinu (HGI) jako ukazatel individuální glykace u pacientů s diabetem 1. typu na kontinuální a okamžité monitoraci glukózy**

Pehr M., Navrátilová V., Horová E., Škrha J. jr., Prázný M., Škrha J.

3. IK 1. LF UK a VFN, Praha

**10.00–10.15** **Porovnání efektu léčby autologními kmenovými buňkami a konservativní léčby u diabetiků s chronickou končetinu ohrožující ischémii – randomizovaná kontrolovaná studie**

Sojáková D.<sup>1,2</sup>, Husáková J.<sup>1,2</sup>, Fejfarová V.<sup>1</sup>, Wosková V.<sup>1</sup>, Jarošíková R.<sup>1</sup>, Dubský M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny Praha

<sup>2</sup>1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

**10.15–10.30** **PŘESTÁVKA**

### **GASTROENTEROLOGIE A HEPATOLOGIE – SEKCE 1 (Malá posluchárna PRAVÁ)**

**10.30–10.45** **Od gastroenteritidy k Zollinger- Ellison syndromu – kazuistika**

Cveková S., Aiglová K., Zoundjekpon V.

II. interní klinika gastroenterologická a geriatrická Fakultní nemocnice Olomouc

**10.45–11.00** **Frekvencia kmitania cílií u pacientov s laryngofaryngeálnym refluxom je nižšia ako u zdravých dobrovoľníkov**

Vážanová D., Ďuriček M., Čelková P., Kvaššayová J., Lipták P., Bánovčin P.

Interná klinika gastroenterologická UNM a JLF UK

**11.00–11.15** **Anorektální hemangiom jako vzácná příčina enteroragie**

Pospíšilová B.<sup>1</sup>, Frydrych J.<sup>2</sup>, Krajina A.<sup>3</sup>, Őrhalmi J.<sup>4</sup>, Mikoviny Kajzrlíková I.<sup>1</sup>, Vítek P.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Interní oddělení, Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku–Místku

<sup>2</sup>Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou

<sup>3</sup>Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

<sup>4</sup>Chirurgické oddělení Nemocnice Hořovice

<sup>5</sup>Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

**11.15–11.30** **Syndróm miznúcích žľčovodov pri liekmi indukovanom poškodení pečene u pacienta po polytraume**

Faktorová X.<sup>1</sup>, Žigrai M.<sup>1</sup>, Horniaková L.<sup>2</sup>, Adamcová-Selčanová S.<sup>3</sup>, Belica R.<sup>1</sup>, Guga D.<sup>1</sup>, Vyskočil M.<sup>1</sup>

Interná klinika SZU, Univerzitná nemocnica – Nemocnica svätého Michala, a.s., Bratislava

**11.30–11.45** **Miera opakovanej hospitalizácie pacientov s cirhózou a jej rizikové faktory**

Vrbová P., Lelkes J., Koller T.

V. interná klinika LF UK a UN Bratislava

**11:45–12.00** **Primární hyperparatyreóza jako příčina akutní edematózní pankreatitidy s poruchou vědomí**

Sirová M., Blaha V.

III. interní gerontometabolická klinika

## REVMATOLOGIE – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

- 08.30–08.45**    **Difúzní kalcifikace sleziny jako vedlejší skiagrafický nálezn při koronarografii**  
Vácha J., Špaček M.  
I. IKK FNOL
- 08.45–09.00**    **Diferenciálna diagnostika horúčky – jednoduchá záležitosť?**  
Michalová R. ml.<sup>1</sup>, Horná Š.<sup>1</sup>, Jeseňák M.<sup>2</sup>, Beláková G.<sup>3</sup>, Makovický P.<sup>1</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Mokán M. st.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>I. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského a Univerzitná nemocnica Martin  
<sup>2</sup>Centrum pre periodické horúčky, Klinika detí a dorastu a Klinika pneumológie a ftizeológie Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského a Univerzitná nemocnica Martin  
<sup>3</sup>Reumatologická ambulancia Martin, MEDMAN s.r.o.
- 09.00–09.15**    **Multimorbidity u pacientů se systémovým lupusem erythematosidem**  
Dudková M., Skácelová M., Horák P.  
III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc
- 09.15–09.30**    **Kandidátní biomarkery ANCA asociovaných vaskulitid**  
Videman J., Skácelová M., Horák P., Skoumalová A.  
III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc
- 09.30–09.45**    **Diferenciálna diagnostika a terapie obrovskobuněčné arteriitidy – kazuistika**  
Kostelníková P.  
III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc
- 09.45–10.00**    **Myositida asociovaná s plicním postižením u dospělé ženy**  
Ramík Z., Ožanová Š., Václavík J.  
Fakultní nemocnice Ostrava – Interní a kardiologická klinika
- 10.00–10.15**    **Coxsackie virózy**  
Skoumalová A., Skácelová M., Horák P.  
III. interní klinika – NRE, Fakultní nemocnice Olomouc
- 10.15–10.30**    **PŘESTÁVKA**

## VARIA – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

- 10.30–10.45**    **Keď ochore policajt**  
Štěpán J., Krejčí K., Horák P.  
III. interní klinika FN Olomouc
- 10.45–11.00**    **Infekčná komplikácia u pacientky so syndrómom krehkosti**  
Nagy N., Cingel M., Samoš M., Bolek T., Jurica J., Krivuš J., Mokán M.  
I. interná klinika UNM JLFUK

- 11.00–11.15**     **Syndrom post-intenzivní péče (PICS, Post-intensive care syndrome)**  
Pšenička O., Křížová J.  
3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
- 11.15–11.30**     **NUT karcinom – kazuistika**  
Hnízdilová V.  
II. interní klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
- 11.30–11.45**     **Prevalencia deficitu vitamínu D u hospitalizovaných pacientov s ochorením COVID-19 v Slovenskej republike signifikantne klesla počas trvania pandémie v priebehu rokov 2020 až 2022**  
Smaha J.<sup>1</sup>, Jackuliak P.<sup>1</sup>, Kužma M.<sup>1</sup>, Max F.<sup>2</sup>, Binkley N.<sup>3</sup>, Payer J.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>V. interná klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava  
<sup>2</sup>Katedra farmakológie a toxikológie Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava  
<sup>3</sup>Department of Medicine, Geriatrics Faculty, Medical Sciences Center, University of Wisconsin
- 11.45–12.00**     **Mykotické aneurysma – kazuistika**  
Ševčovičová R., Faltýnek L., Halenka M., Klementa V., Kovářová D., Karásek D., Horák P.  
III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická FN Olomouc

### UKONČENÍ A VYHLÁŠENÍ VÝSLEDKŮ

*Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16. a bude ohodnocena 10 kredity.*



## OBSAH

### NEFROLOGIE (1) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

<b>Je NGAL vhodným prediktorem rozvoje AKI u kriticky nemocných septických pacientů?</b> Klementa V., Petejová N., Horák P., Zadražil J., Prošková J., Langová K.	<b>24</b>
<b>BK virová infekce po transplantaci ledviny – kazuistika</b> Kurašová E., Krejčí K., Hraboš D., Tichý T.	<b>25</b>
<b>Závažná hyperkalcémia s renálnym poškodením ako vedúci príznak sarkoidózy u mladého pacienta</b> Bašista K., Žigrai M., Vyskočil M., Komorníková A., Faktorová X.	<b>25</b>
<b>Nevídaná rhabdomyolýza – kazuistika</b> Liachovická K., Sztuchlíková V., Lysková L., Orság J., Kosatíková Z., Hrubý M., Vymětal J., Krejčí K.	<b>26</b>
<b>Liečba anémie roxadustatom - prvé klinické skúsenosti</b> Beliančinová M., Kleinová P., Vnučák M., Graňák K., Mokáň M., Dedinská I.	<b>27</b>

### NEFROLOGIE (2) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

<b>Finerenon – oddálení progresu chronického onemocnění ledvin u pacientů s diabetem mellitus 2. typu</b> Kurašová E., Orság J.	<b>28</b>
<b>Infekcia močového traktu v kontexte miniinvazívnych výkonoch po transplantácii obličky</b> Kleinová P., Beliančinová M., Vnučák M., Graňák K., Mokáň M., Dedinská I.	<b>28</b>
<b>Metabolomics approach in the diagnosis of acute kidney rejection</b> Vnučák M., Graňák K., Beliančinová M., Kleinová P., Baranovičová E., Dedinská I.	<b>29</b>
<b>Úloha nefrológa v liečbe a prevencii urolitiázy</b> Vnučák M., Graňák K., Beliančinová M., Kleinová P., Dedinská I.	<b>30</b>

### HEMATOLOGIE A PORUCHY KOAGULACE (1) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

<b>Pocovidový plicní nález – překvapivé rozuzlení</b> Novotná J., Žurková M., Kultán J., Jakubec P., Tichý T., Skanderová D.	<b>31</b>
<b>Partizánský boj hereditární hemoragické teleangiectazie (syndrom Rendu-Osler-Weber)</b> Bradáčová M., Faber E.	<b>31</b>
<b>Venetoclax v terapii akutní myeloidní leukémie – zkušenosti jednoho centra</b> Čerňan M., Sztokowski T., Machová R., Papajík T.	<b>32</b>
<b>Heydeho syndróm liečený transkatétrovou náhradou aortálnej chlopne – kazuistika</b> Focko B., Pěč M. J., Michalová R., Jurica J., Valocká D., Samoš M., Bolek T., Sokol J., Škorňová I., Mokáň M.	<b>33</b>
<b>Autoimunitní hemolytická anemie – kazuistika</b> Cesnaková A.	<b>34</b>

**HEMATOLOGIE A PORUCHY KOAGULACE (2) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)**

**Úspěšná léčba blastového zvratu chronické myelocytové leukémie kombinací chemoterapie, dasatinibu a interferonu alfa**  
Vráblová L., Koňalková P., Divoký V., Machová Poláková K., Kriegová E., Janská R., Grohmann J., Holzerová M., Papajík T., Faber E. **35**

**Burkittův lymfom spojený s imunodeficitem**  
Polakovič P. **35**

**Difúzní velkobunkový B-lymfóm srdca – kazuistika**  
Kredátusová A., Lukášová M., Hanáčková V. **36**

**Vlastné skúsenosti s použitím molnupiraviru u hemato-onkologických pacientov**  
Zalibera A., Čerňan M., Szotkowski T., Vaculová G., Papajík T. **37**

**Monitorovanie priamych orálnych antikoagulancií u pacientov s venóznou tromboembolickou chorobou**  
Brisudová K., Jurica J., Bolek T., Samoš M., Mokáň M. **38**

**DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE A PORUCHY METABOLISMU (1) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)**

**Sledování hladin adipokinů u pacientů po tubulizaci žaludku**  
Dohnal R., Schovánek J., Cibičková L., Karásek D., Kučerová V., Růžičková M. **39**

**Dlhodobé GLP1-RA ako „bailout“ liečba pacienta po bariatrickej operácii – kazuistika**  
Lecký P., Bolek T., Jurica J., Pěč M.J., Samoš M., Galajda P., Mokáň M. **40**

**Evaluace kortikorezistence pacientů s aktivní, středně těžkou a těžkou endokrinní orbitopatií a dlouhodobé sledování efektu rituximabu jako léčby druhé linie**  
Pekařová K., Schovánek J. **40**

**Amiodaronem indukovaná tyreotoxikóza**  
Lysková L., Schovánek J. **41**

**Účinnost skórovacích systémů v určování podtypů primárního hyperaldosteronismu**  
Kološová B., Waldauf P., Wichterle D., Kvasnička J., Zelinka T., Petrák O., Krátká Z., Forejtová L., Kaván J., Wídimský J., Holaj R. **42**

**PNEUMOLOGIE – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)**

**Vliv interních komplikací na kvalitu života u pacienta s cystickou fibrózou po transplantaci srdce a plic – kazuistika**  
Olejová J., Jakubec P., Kufa J., Žurková M., Hajdová L., Genzor S., Lischke R., Šimonek J., Pozniak J., Kolařík J., Havlín J., Fila L., Valentová-Bartáková L., Pírk J., Hošková L. **43**

**Komplikace po transplantaci srdce**  
Kimi J., Jakubec P., Genzor S., Kufa J., Žurková M. **43**

**Systémové glukokortikoidy v terapii reziduálního plicního postižení po COVID-19**  
Mizera J., Genzor S., Losse S., Jakubec P. **44**

**Dispenzarizace po plicní transplantaci – zkušenosti z našeho centra**  
Kufa J., Jakubec P., Genzor S., Žurková M. **45**

## KARDIOLOGIE (1) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

- Využitie priamych orálnych inhibítorov faktora Xa v liečbe intrakardiálnej trombózy** 46  
Moravčíková Z., Brisudová K., Bolek T., Samoš M., Mokáň M.
- Plazmatické hladiny sekretoneurinu u pacientů s různou etiologií srdečního selhání: předběžná data** 47  
Dodulík J., Lazárová M., Václavík J., Stejskal D., Švagera Z., Chobolová N., Šulc P., Evin L., Plášek J.
- Epidemiologická analýza rizikových faktorov, liečby, komplikácií a mortality u pacientov s infarktom myokardu s ST eleváciami na Slovensku – retrospektívna „single-center“ štúdia** 47  
Benko J., Pěč M.J., Jurica J., Pěčová M., Mokáň M., Nehaj F., Sokol J., Bolek T., Galajda P., Samoš M., Mokáň M.
- Nezvyklý průběh závažného onemocnění srdce** 48  
Červenka A., Zeman K., Gistingner T.
- Parametre deformácie lavostranných oddielov srdca a koncentrácie markerov endotelovej dysfunkcie u pacientov s akútnou dekompenzáciou chronického srdcového zlyhávania** 49  
Jurica J., Pěč M. J., Bolek T., Škorňová I., Staško J., Galajda P., Samoš M., Mokáň M.

## KARDIOLOGIE (2) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

- Arteriální hypertenze a reakce krevního tlaku na zátěž u sportovců** 50  
Jelínek L., Moravcová K., Ožana J., Sovová M., Václavík J., Jiravský O., Jiravská-Godula B., Pešová P., Puškašová K., Sovová E.
- Úloha transezofageálnej echokardiografie v diferenciálnej diagnostike kryptogénnej cievnej mozgovej príhody – kazuistika** 51  
Pěč M. J., Bolek T., Pěčová M., Jurica J., Laková L., Benko J., Blaško P., Galajda P., Samoš M., Mokáň M.
- Faktory interferujúce s koncentraciami priamych orálnych antikoagulancií (DOAK) u pacientov s fibriláciou predsiení – naše skúsenosti** 52  
Bolek T., Samoš M., Galajda P., Škorňová I., Staško J., Kubisz P., Mokáň M.1
- Trombus levé komory – kazuistika** 52  
Adámek R.

## DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE A PORUCHY METABOLISMU (2) – SEKCE 1 (Malá posluchárna PRAVÁ)

- Adiponectin / leptin ratio as an index to determine metabolic risk in patients after kidney transplantation** 53  
Graňák K., Vnučák M., Beliančinová M., Kleinová P., Pytliková M., Dedinská I.
- Steatóza pankreatu u bariatrických pacientů** 54  
Blaho M., Bužga M., Švagera Z.
- Souvisí endokrinní orbitopatie s onemocněním/vakcinací proti COVID-19?** 55  
Bolacká M., Schovánek J., Karhanová M.
- Od pôrodníka k endokrinológovi** 55  
Dzubová P., Klíčovanská A., Bobályová A., Rajec J.
- Od prosté dehydratace k vzácné diagnóze** 56  
Mačáková D., Krystyník O., Dohnal R., Cibičková L., Karásek D.

## **Glykační index hemoglobinu (HGI) jako ukazatel individuální glykace u pacientů s diabetem 1. typu na kontinuální a okamžitě monitoraci glukózy**

Pehr M., Navrátilová V., Horová E., Škrha J jr., Prázný M, Škrha J.

56

## **Porovnání efektu léčby autologními kmenovými buňkami a konservativní léčby u diabetiků s chronickou končetinou ohrožující ischemií – randomizovaná kontrolovaná studie**

Sojáková D., Husáková J., Fejfarová V., Wosková V., Jarošíková R., Dubský M.

57

## **GASTROENTEROLOGIE A HEPATOLOGIE – SEKCE 1 (Malá posluchárna PRAVÁ)**

### **Od gastroenteritidy k Zollinger- Ellison syndromu – kazuistika**

Cveková S., Aiglová K., Zoundjekpon V.

58

### **Frekvence kmitania cílií u pacientov s laryngofaryngeálnym refluxom je nižšia ako u zdravých dobrovoľníkov**

Vázanová D., Ďuriček M., Čelková P., Kvaššayová J., Lipták P., Bánovčin P.

59

### **Anorektální hemangiom jako vzácná příčina enterografie**

Pospíšilová B., Frydrych J., Krajina A., Ůrhalmi J., Mikoviny Kajzlíková I., Vítek P.

60

### **Syndróm miznúčich žľožodov pri liekmi indukovanom poškodení pečene u pacienta po polytraume**

Faktorová X., Žigrai M., Horniaková L., Adamcová-Selčanová S., Belica R., Guga D., Vyskočil M.

61

### **Miera opakovanej hospitalizácie pacientov s cirhózou a jej rizikové faktory**

Vrbová P., Lelkes J., Koller T.

62

### **Primární hyperparatyreóza jako příčina akutní edematózní pankreatitidy s poruchou vědomí**

Sírová M., Blaha V.

63

## **REVMATOLOGIE – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)**

### **Difúzní kalcifikace sleziny jako vedlejší skiagrafický nález při koronarografii**

Vácha J., Špaček M.

64

### **Diferenciálna diagnostika horúčky – jednoduchá záležitosť?**

Michalová R. ml., Horná S., Jeseňák M., Beláková G., Makovický P., Galajda P., Mokáň M. st.

65

### **Multimorbidita u pacientů se systémovým lupusem erythematosum**

Dudková M., Skácelová M., Horák P.

66

### **Kandidátní biomarkery ANCA asociovaných vaskulitid**

Videman J., Skácelová M., Horák P., Skoumalová A.

66

### **Diferenciální diagnostika a terapie obrovskobuněčné arteriitidy – kazuistika**

Kostelníková P.

67

### **Myositida asociovaná s plicním postižením u dospělé ženy**

Ramík Z., Ožanová Š., Václavík J.

68

### **Coxsackie virózy**

Skoumalová A., Skácelová M., Horák P.

69

## **VARIA – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)**

<b>Keď ochorie policajt</b> Štěpán J., Krejčí K., Horák P.	<b>69</b>
<b>Infekčná komplikácia u pacientky so syndrómom krehkosti</b> Nagy N., Cingel M., Samoš M., Bolek T., Jurica J., Krivuš J., Mokáň M.	<b>70</b>
<b>Syndrom post-intenzivní péče (PICS, Post-intensive care syndrome)</b> Pšenička O., Křížová J.	<b>71</b>
<b>NUT karcinom – kazuistika</b> Hnízdilová V.	<b>71</b>
<b>Prevalencia deficitu vitamínu D u hospitalizovaných pacientov s ochorením COVID-19 v Slovenskej republike signifikantne klesla počas trvania pandémie v priebehu rokov 2020 až 2022</b> Šmaha J., Jackuliak P., Kužma M., Max F., Binkley N., Payer J.	<b>72</b>
<b>Mykotické aneurysma – kazuistika</b> Ševčovičová R., Faltynek L., Halenka M., Klementa V., Kovářová D., Karásek D., Horák P.	<b>72</b>

## NEFROLOGIE (1) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

### Je NGAL vhodným prediktorem rozvoje AKI u kriticky nemocných septických pacientů?

Klementa V.<sup>1</sup>, Petejová N.<sup>2</sup>, Horák P.<sup>1</sup>, Zadražil J.<sup>1</sup>, Prošková J.<sup>3</sup>, Langová K.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc

<sup>2</sup>Interní a kardiologická klinika LF a FN Ostrava

<sup>3</sup>Oddělení klinické biochemie FN Olomouc

<sup>4</sup>Ústav lékařské biofyziky LF UP Olomouc

**Úvod:** Akutní poškození ledvin (AKI) je častý a obvykle závažný stav spojený se zvýšenou morbiditou a mortalitou, zejména u kriticky nemocných pacientů v sepsi. Včasné rozpoznání AKI může být obtížné, v klinické praxi a zejména na jednotkách intenzivní péče je však velmi důležité. Diagnostika je v současné době založena na měření sérové koncentrace kreatininu, případně poklesu diurézy. Problém je v tom, že nárůst kreatininu pozorujeme nejdříve za 24–72 hodin po začátku poškození, kdy již kolem 50 % funkce ledvin může být nenávratně ztraceno. Z tohoto důvodu je snaha o hledání nových časných biomarkerů akutního renálního poškození. Jedním z nich je NGAL (Neutrophil gelatinase – associated lipocalin). V našem souboru pacientů jsme

chtěli prokázat, zda je či není NGAL vhodným prediktorem rozvoje AKI.

**Soubor a metody:** Z celkového počtu 46 kriticky nemocných pacientů v sepsi jsme hodnotili tíži akutního poškození ledvin první a sedmý den antibiotické léčby. Kromě základních biochemických parametrů byla stanovena také hodnota NGAL.

**Výsledky:** Hodnoty NGAL první den sledování byly zkatégorizovány dle optimální cut-off hodnoty, která byla stanovena jako nejvyšší součet senzitivity a specifity. Prokázali jsme, že pokud naměříme NGAL vyšší než uvedená cut-off hodnota, zvyšuje se šance na renální poškození přibližně 16krát. Obdobné výsledky jsme obdrželi při sledování vztahu NGAL a AKI sedmý den. Na druhou stranu, pokud použijeme hodnotu NGAL první den pro predikci akutního poškození ledvin sedmý den, tak to již tak dobře nevychází.

**Závěr:** Potvrdili jsme, že NGAL je velmi přínosný biomarker, který by se dal využít v hodnocení akutního poškození ledvin. Jeho použití jako prediktora akutního poškození ledvin je však otázné. Limitem naší studie je bezesporu malý počet pacientů. Pro upřesnění výsledků a další závěry bude potřeba dalších rozsáhlejších studií.

*Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892  
a grantem IGA\_LF\_2023\_002*

## BK virová infekce po transplantaci ledviny – kazuistika

Kurašová E.<sup>1</sup>, Krejčí K.<sup>1</sup>, Hraboš D.<sup>2</sup>, Tichý T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav klinické a molekulární patologie

BK virus (BKV) je polyomavirus, který způsobuje nefropatii (BKVN) u renálních alograftů v důsledku reaktivace latentního BKV v renálním tubulárním epitelu. Diagnóza BKV je založena na dokumentaci přítomnosti viru (v moči, séru či renální tkáni), sledování protivirové imunity a histologických nálezů. BKVN představuje závažnou infekci, která ohrožuje funkci štěpu ledviny, zejména během prvního roku po transplantaci. Jejich výskyt úzce souvisí s mírou oslabení imunitního systému příjemce. Vzhledem k absenci specifických možností léčby pokročilé BKVN představuje aktivní screening replikace BKV a následná úprava imunosuprese zásadní opatření v prevenci rozvoje BKVN. V případě klinicky manifestní BKVN se využívá nespecifická antivirová léčba. V kazuistice uvádíme 69letého pacienta s chronickým renálním selháním na podkladě IgA nefropatie s rozvojem BKVN v období tří měsíců po druhé transplantaci kadaverózní ledviny. Pacient byl zaléčen redukcí imunosuprese a podáním série intravenózních imunoglobulinů s efektem na snížení replikace BKV.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892  
a grantem IGA\_LF\_2023\_002

## Závažná hyperkalcémia s renálnym poškodením ako vedúci príznak sarkoidózy u mladého pacienta

Bašista K., Žigrai M., Vyskočil M., Komorníková A., Faktorová X.

Interná klinika SZU, Univerzitná nemocnica – Nemocnica svätého Michala, a. s., Bratislava

35 ročný pacient s anamnézou arteriovej hypertenzie bol odoslaný obvodným lekárom na hospitalizáciu pre záchyt závažnej hyperkalcémie pri ambulantnom vyšetrení s niekoľko mesačnými ťažkosťami v zmysle únavy, celkovej slabosti a závratov. Objektívne pri prijatí bola prítomná krčná a inguinálna lymfadenopatia bilaterálne, na oboch lýtkach boli prítomné hmatné uzlíky bez exantému. Laboratórne sme zaznamenali hyperkalcémiu (3,84 mmol/l) pri normálnej hladine fosforu, elevované hodnoty kreatinínu (241,80 µmol/l), zníženú hladinu parathormónu (8,77 pg/ml), krvný obraz a koagulačné parametre boli v norme. RTG vyšetrenie hrudníka zobrazilo suspektnú pľúcnu hilovú lymfadenopatiu s difúzne zmožnou cievnou kresbou retikulonodulárneho charakteru. Sérologickým (HAV, HBV, HCV, HIV, Syfilis) a kultivačným (TT, TN, moč) vyšetrením sme infekčný agens nezachytili. Autoprotilátky (ANA, ANCA, BMG, BMT, CCP, MPO, PR3, LKM, anti-kardiolipín, APLA, RNP, Sm, SSA, La/SSB, Jo-1, Ro-52, Scl 70, anti-dsDNA) boli negatívne. Z onkomarkerov boli pozitívne chromogranin A (248,47 ng/ml), NSE (21,9 µg/l), ostatné boli negatívne (AFP, CEA, CA 125, CYFRA

21-1). U pacienta sme forsírovali diurézu s nutnosťou podania intravenózných bisfosfonátov s normalizáciou kalcémie (2,54 mmol/l) a znížením hodnoty kreatinínu (155 µmol/l). Doplnili sme CT staging s nálezom hepatosplenomegálie a početných pľúcnych nodulov bilaterálne, s hilovou a mediastinálnou lymfadenopatiou. Zvýšenú akumuláciu 18-FDG na PET-CT vykazovali viaceré ingvinálne, hrudné a brušné uzliny. V rozšírených odberoch sme zachytili zvýšenú hladinu ACE (3,47 µkat/l). V rámci diferenciálnej diagnostiky sme exstirpovali ingvinálnu uzlinu vpravo s histologickým nálezom granulomatózneho zápalu typu sarkoidózy. V spolupráci s pneumológom sme započali liečbu prednisonom v dávke 50 mg denne. Týždeň po započatí liečby bola v kontrolných laboratórnych parametroch normálna hladina kalcia (2,43 mmol/l) a ďalší pokles kreatinínu (114,6 µmol/l), došlo k ústupu subjektívnych ťažkostí a pacient bol prepustený do ambulantnej starostlivosti. Kazuistika poukazuje na prípad závažnej hyperkalcémie s generalizovanou lymfadenopatiou ako vedúci príznak sarkoidózy u mladého pacienta.

### **Nevídaná rhabdomyolýza – kazuistika**

**Liachovická K., Sztuchlíková V., Lysková L., Orság J., Kosatíková Z., Hrubý M., Vymětal J., Krejčí K.**

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, Fakultní nemocnice Olomouc

**Úvod:** Rhabdomyolýza je potenciálně život ohrožující syndrom charakterizovaný nekrozou

svalových buněk a uvolněním intracelulárního obsahu do cirkulace. Akutní selhání ledvin je jednou z nejzávažnějších komplikací. Základem terapie je, kromě ovlivnění vyvolávající příčiny, časná a poměrně agresivní rehydratační terapie. Někteří pacienti vyžadují náhradu funkce ledvin, která se obvykle řídí renálními indikacemi, avšak samotná eliminace myoglobinu je vzhledem k velikosti proteinu (17kDa) i s použitím high-flux dialyzačních membrán při konvenční dialýze nedostatečná. Novou terapeutickou možností je zařazení dialýz s HCO (high cut-off) membránou.

**Kazuistika:** Presentujeme případ 72leté pacientky přijaté pro akutní selhání ledvin indukované těžkou rhabdomyolýzou projevující se progredující svalovou slabostí až úplnou imobilitou. V rámci rozsáhlého došetřování netraumatické etiologie jsme pátrali po infekční, polékové, endokrinologické příčině, vyloučili jsme primární myositidy, byla realizována biopsie svalu a doplněno PET-CT k vyloučení recidivy malignity. Komplexní konzervativní terapie, včetně kortikosteroidů se jevila neefektivní. Pro refrakterní hypervolemii s oligurií byla zahájena intermitentní hemodialýza. V dalším sledu však nedocházelo k lepšímu klinického stavu pacientky, ani k signifikantnímu poklesu myoglobinu a kreatininkázy. Klíčovým momentem bylo v rámci dialyzačních procedur použití HCO (high-cut-off) membrány. Nakonec se podařilo zvrátit renální selhání s rhabdomyolýzou a zvládnout provázející laktátovou acidózu.

**Závěr:** Pacientka, kterou prezentujeme, je příkladem selhání ledvin na podkladě těžké rhabdomyolýzy multifaktoriální etiologie. Správná identifikace příčiny, promptní zahájení zejména



rehydratační terapie, a vytvoření léčebné strategie zaměřené na eliminaci sérové koncentrace myoglobinu extrakorporálními metodami může vést k rychlejší obnově funkce ledvin.

*Podpořeno grantem IGA\_LF\_2023\_002*

## Liečba anémie roxadustatom – prvé klinické skúsenosti

Beliančinová M.<sup>1,2</sup>, Kleinová P.<sup>1,2</sup>,  
Vnučák M.<sup>1,2</sup>, Graňák K.<sup>1,2</sup>, Mokáň M.<sup>1,2</sup>,  
Dedinská I.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Transplantačné centrum, Kollárova 2, 036 01  
Univerzitná nemocnica Martin

<sup>2</sup>I. interná klinika, Univerzitná nemocnica  
Martin a Jesseniova lekárska fakulta Univerzity  
Komenského, Martin

**História a ciele:** Roxadustat je nedávno schválený inhibitor hypoxiou indukovateľného faktora-prolylhydroxylázy, ktorý preukázal bezpečnosť a účinnosť pri liečbe renálnej anémie. V auguste 2022 bol na Slovensku schválený roxadustat na liečbu anémie u pacientov s chronickou chorobou obličiek. Cieľom tejto štúdie je analyzovať vplyv roxadustatu na hladinu hemoglobínu v skupine pacientov s chronickou chorobou obličiek s alebo bez transplantácie obličky (KTx).

**Metódy:** Ide o monocentrickú štúdiu vykonanú na pacientoch Transplantačno-nefrologického oddelenia a/alebo Transplantačno-nefrologickej ambulancie Univerzitnej nemocnice Martin, ktorí sú liečení roxadustatom od 1. 8. 2022.

**Výsledky:** Do štúdie bolo zaradených 33 pacientov. Priemerná doba sledovania liečby roxadu-

statom bola 4,2 mesiaca. Na začiatku boli zaznamenané tieto parametre: vek, pohlavie, odhadovaná rýchlosť glomerulárnej filtrácie – eGFR (CKD-EPI), liečba železom a/alebo erythropoetínom, hladina železa v sére, hladina C-reaktívneho proteínu (CRP), hladina hemoglobínu (Hb), úvodná dávka roxadustátu a informácie o dialyzačnom programe alebo KTx v anamnéze pacientov. Rovnaké parametre boli zaznamenané pri sledovaní (v priemere 4,2 mesiaca liečby roxadustatom). Zistili sme signifikantné zlepšenie hladín Hb po mesiaci liečby roxadustatom ( $p < 0,0001$ ) a ďalšie významné zlepšenie v sledovaní ( $p = 0,0373$ ). Počas sledovania nebol žiadny významný rozdiel v hladinách eGFR, CRP alebo železa, takže hladiny Hb neboli ovplyvnené zápalom alebo funkciou obličiek. V ďalšom kroku bola skupina pacientov rozdelená na základe anamnézy KTx. Opäť sme potvrdili signifikantné zlepšenie hladín Hb v skupine s KTx v 1. mesiaci liečby ( $p < 0,0001$ ), ako aj v ďalšom sledovaní ( $p < 0,0001$ ). V skupine pacientov, ktorí nepodstúpili KTx, došlo v prvom mesiaci liečby roxadustatom k významnému zlepšeniu hladín hemoglobínu ( $p = 0,0261$ ). V tejto skupine však nebol významný rozdiel medzi hladinami Hb v 1. mesiaci a sledovaním. Neboli zaznamenané žiadne nežiaduce udalosti, zatiaľ čo dvaja pacienti prerušili liečbu roxadustatom pre zaradenie do HD programu a zmenu liečby na erythropoetín.

**Záver:** Roxadustat – nová možnosť liečby anémie u pacientov s chronickým ochorením obličiek. Naša prvá analýza potvrdila, že roxadustat je veľmi účinný nielen u pacientov s CKD, ale aj u pacientov s anémiou po transplantácii obličky. Roxadustat bol dobre tolerovaný a nezaznamenali sme žiadne nežiaduce účinky.

## NEFROLOGIE (2) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

### Finerenon – oddálení progresie chronického onemocnění ledvin u pacientů s diabetes mellitus 2. typu

Kurašová E.<sup>1</sup>, Orság J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

**Úvod:** Diabetické onemocnění ledvin (DKD) představuje v současné době celosvětovou zátěž s prevalencí 120 až 200 milionů pacientů. DKD je spojeno s výrazně zvýšeným kardiovaskulárním rizikem se zkrácením délky života pacientů až o 16 let. I přes výrazný pokrok v diagnostice a terapii zůstává velmi výrazné reziduální riziko se stálou nutností hledání nových cest k jeho ovlivnění, zejména v oblasti redukce zánětlivých a fibrotických faktorů. Finerenon je nesteroidní selektivní antagonist a mineralokortikoidního receptoru, který je aktivován aldosteronem a kortizolem a řídí transkripci genů, které se podílejí na expresi prozánětlivých a protifibrotických mediátorů. U pacientů s DKD vedla léčba finerenonem oproti placebo k nižšímu riziku progresie chronického onemocnění ledvin a kardiovaskulárních příhod.

**Kazuistiky:** Budou prezentováni 3 typičtí pacienti vhodní pro nasazení finerenonu v rámci posílení nefroprotektivní léčby.

**Závěr:** Finerenon představuje novou možnost protektivní terapie ke snížení rizika trvalého poklesu glomerulární filtrace, konečného stadia

onemocnění ledvin, kardiovaskulárního úmrtí, srdečních infarktů a hospitalizace z důvodu srdečního selhání u dospělých s chronickým onemocněním ledvin spojeným s diabetes mellitus 2. typu.

*Podpořeno grantem IGA\_LF\_2023\_002*

### Infekcia močového traktu v kontexte miniinvazivných výkonoch po transplantácii obličky

Kleinová P., Beliančinová M., Vnučák M., Graňák K., Mokáň M., Dedinská I.

Transplantačné centrum Univerzitná nemocnica Martin

**Úvod:** Použitie antibiotickej profylaxie pri invazivných výkonoch je všeobecne akceptované a vysoko odporúčané. Otázkou je potreba aplikácie antibiotickej profylaxie aj v prípade realizácie miniinvazivných výkonov v potransplantačnom období. Cieľom štúdie bolo zistiť výskyt infekčných komplikácií pri miniinvazivných výkonoch (extrakcia pig tail, protokolárna biopsia) bez použitia antibiotickej (ATB) profylaxie. Sekundárnym cieľom bolo identifikovať rizikové faktory pre pozitívny močový kultivačný nález v čase realizácie miniinvazivných výkonov.

**Materiál:** Ide o prospektívnu monocentrickú štúdiu, do ktorej boli zaradení pacienti po transplantácii obličky v Transplantačnom centre Martin (n = 68). Zisťovali sme výskyt pozitívneho močového nálezu v čase extrakcie pig tail (6 týždňov po transplantácii) a v čase protokolárnej biopsie (3 mesiace po transplan-

tácií) s porovnaním v rámci skupiny s a bez ATB profylaxie.

**Výsledky:** Pacienti v skupine bez ATB profylaxie mali signifikantne vyššiu hladinu takrolimu v čase extrakcie pig tail ( $p = 0,0274$ ) a signifikantne vyššiu dávku kyseliny mykofenolovej v čase protokolárnej biopsie ( $p = 0,0429$ ). Signifikantný rozdiel vo výskyte pozitívneho močového nálezu v čase extrakcie pig tail, ani v čase protokolárnej biopsie sme nepotvrdili. Doplnili sme univariantnú analýzu (logistická regresia) s cieľom identifikovať potenciálny rizikový prediktor pre pozitívny močový nálež v čase extrakcie pig tail a realizácie protokolárnej biopsie. Žiadny zo sledovaných parametrov, vrátane ATB profylaxie sa nepotvrdil ako rizikový, respektívne protektívny faktor.

**Záver:** Použitie antibiotickej profylaxie pri miniinvasívnych výkonoch (extrakcia pig tail, protokolárna biopsia) v potransplantačnom období nemalo v našom súbore vplyv na pozitívny kultivačný nálež. Na základe našej analýzy, preto v prípade týchto výkonov na našom pracovisku protokolárne nepoužívame antibiotickú profylaxiu.

## Metabolomics approach in the diagnosis of acute kidney rejection

Vnučák M., Graňák K., Beliančinová M., Kleinová P., Baranovičová E., Dedinská I.  
Transplatačné centrum Univerzitná nemocnica Martin, I. interná klinika JLF UK a UNM

**Background and Aims:** Non-invasive diagnosis of graft rejection after kidney transplanta-

tion is still an unresolved issue. Changes in serum metabolite concentrations reflect the various processes involved in the graft - and thus graft rejection. Metabolomics approach might help with non-invasive diagnosis of graft rejection based on identification of T-cell activation. Method: In a group of 55 patients after primary kidney transplantation (average follow up 68.4 months, median 59 months) we identified patients with cellular rejection (ACR), antibody mediated rejection (AMR) and control group (CG) - patients without history of graft rejection. We used NMR metabolomic approach to determine the relative levels of metabolites in blood plasma.

**Results:** From 23 evaluated metabolites: lactate was significantly increased in CG and in ACR against AMR ( $p < 0.05$ ), whilst plasma glutamine decreased in CG against ACR ( $p < 0.05$ ) and AMR ( $p < 0.05$ ) groups. Further, tyrosine was significantly increased in CG against AMR ( $p < 0.05$ ). When discriminating CG and AMR, Random Forest discriminatory algorithm performed with  $AUC = 0.849$  when included also evaluated plasma creatinine and with  $AUC = 0.83$  when creatinine was excluded (other metabolites with the highest discriminatory power were glutamine, lactate, tyrosine and BCKAs).

**Conclusion:** Metabolomic approach to blood plasma in patients after kidney transplantation seems to be very promising when looking for non-invasive techniques assessing graft viability/survival. The observed metabolomic changes were able to very well discriminate between patients with AMR and control group. However, discrimination of ACR against CG and AMR was rather poor.

## Úloha nefrológa v liečbe a prevencii urolitiázy

Vnučák M., Graňák K., Beliančinová M., Kleinová P., Dedinská I.

Transplantačné centrum UNM, I. interná klinika JLF UK a UNM

Urolitiáza nepatrí medzi zriedkavé ochorenia, zvlášť riziko recidívy u pacientov s prvou atakou nefrolitiázy je relatívne vysoké. Manažment pacientov s urolitiázou spadá často do kompetencie urológa a pozostáva z odstránenia konkrementu konzervatívnym alebo invazívnym spôsobom. Metabolické vyšetrenie je žiadúce u všetkých pacientov s urolitiázou, avšak zvlášť skupiny s vysokým rizikom (mladí pacienti, pacienti s DM, vrodenými odchýlkami metabolizmu, genetickými abnormalitami, pozitívnou rodinnou anamnézou, bilaterálnou alebo viacpočetnou urolitiázou). Metabolické vyšetrenie spadá do kompetencie nefrológa, pozostáva z anamnézy (rodinná, osobná, lieko-

vá), detailnej analýzy stravovacích návykov a pitného režimu, vyšetrením krvi (kalcio-fosfátový metabolizmus, vnútorné prostredie, lipidové spektrum a i.) a vyšetrením moča (vyšetrenie sedimentu, chemických vlastností, kvantitatívna proteinúria, denné odpady metabolitov, posúdenie tubulárnych a glomerulárnych funkcií a i.) s následnou identifikáciou potenciálnych odstrániteľných rizikových faktorov podieľajúcich sa na zvýšení rizika formácie nefrolitov. Na základe komplexnej analýzy sú upravené stravovacie návyky, pitný režim eventuálne iniciovaná farmakoterapia s následnými pravidelnými kontrolami v spolupráci s urológom a realizáciou zobrazovacích vyšetrení za účelom posúdenia dynamiky urolitiázy. Aj napriek tomu, že diagnóza nefrolitiázy nepatrí medzi dominantné diagnózy, ktorým sa venuje nefrológ, aj základné opatrenia a edukácia pacienta môže znížiť riziko rekurencie urolitiázy, preto by sme jej mali venovať svoju pozornosť v ambulantnej nefrologickej praxi.

## HEMATOLOGIE A PORUCHY KOAGULACE (1) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

### **Pocovidový plicní nález – překvapivé rozuzlení**

Novotná J., Žurková M., Kultan J.,  
Jakubec P., Tichý T., Skanderová D.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní  
nemocnice Olomouc

Lymfomatoidní granulomatóza je velmi vzácné B-lymfoproliferativní onemocnění asociované s EBV infekcí. Nejčastěji postihuje plíce, méně často CNS, játra, slezinu, ledviny či kůži. Predispozicí pro vznik této choroby je primární či sekundární imunodeficit. Klinickému obrazu dominují B-symptomy a dále příznaky asociované s orgánovým postižením. Diagnostika je mnohdy složitá – základem je RTG či CT obraz rychle progredujících mnohočetných nodulací postihujících obě plíce, dále průkaz imunodeficitu a pozitivita DNA EBV. Pro definitivní potvrzení diagnózy je nutná histologická verifikace. Naše kazuistika popisuje případ 48letého muže, u něhož byl po prodělání těžké covid-19 pozitivní pneumonie s nutností UPV, která byla následně komplikována rozvojem sekundární kandidové pneumonie, prokázán sekundární deficit buněčné složky imunity. Pro zhoršující se symptomatiku (suchý kašel, námahová až klidová dušnost, váhový úbytek, slabost, febrilie) a rychle progredující nález opacit mléčného skla na HRCT plic byl pacient odeslán na Plicní kliniku FN Olomouc. Po náročném došetřování s využitím mnoha diagnostických metod byl nález na základě his-

tologie z transparietální punkce, positivity DNA EBV a prokázáno buněčné imunodeficitu uzavřen jako lymfomatoidní granulomatóza. Po stanovení diagnózy byl pacient odeslán k zahájení terapie na Hematoonkologickou kliniku FN Olomouc.

### **Partizánský boj hereditární hemoragické teleangiektazie (syndrom Rendu-Osler-Weber)**

Bradáčová M., Faber E.

Hemato-onkologická klinika, Fakultní  
nemocnice a LF UP Olomouc

**Kazuistika:** Hereditární teleangiektazie (HT) neboli Rendu-Osler-Weber syndrom je raritní vrozené onemocnění s AD dědičností a výskytem teleangiektází na kůži a sliznicích. Teleangiektazie se stávají se stoupajícím věkem fragilnějšími, často praskají a krvácejí. Při opakovaných krváceních, ať už ve formě epistaxí, hemoptýz nebo krvácení do GIT, se u pacientů často rozvíjí anémie vedoucí k deficitu železa. Daleko závažnější je výskyt arteriovenózních malformací v parenchymatozních orgánech. Nejčastěji jsou postiženy plíce, žaludek, játra a mozek. Krvácení z malformací v těchto lokalizacích může být smrtelné, a proto je jejich včasná identifikace a případná sanace pro klinickou praxi důležitá. Screening A-V malformací je doporučován nejen u samotného pacienta, ale i u jeho rodiny. V současnosti se nabízí také

možnost průkazu kauzálních mutací, postihující geny zapojené do procesu angiogeneze: ENG, MADH4, SMAD4 a ACVRLK1. Podle mutací HT dělíme na: HT typ 1 až typ 5 a JPHT typ. Léčba by měla být dle individuálních potřeb pacienta. Někdy postačí lokální terapie, substituce železa, či transfuze erytrocytů, jindy musíme nasadit systémovou léčbu. Problematiku HT ilustrujeme na případě 58leté ženy, u níž si opakované epistaxe potencionované chronickou rhinitidou a stavem po opakovaných chirurgických zákrocích v nosu vynutily kromě lokální a hemostyptické léčby i parenterální substituci železem. Antiangiogenní léčba thalidomidem byla bez účinku. Pacientka byla došetřena pro nejasný nález na RTG plíc byla potvrzena AV malformace, kterou se angiologům podařilo sanovat. Další AV malformace byla nalezena v pravém frontálním laloku mozku, nicméně pro popisované riziko závažných komplikací byla ponechána bez intervence. Pacientka má potvrzenou mutaci C277T v genu ENG, jejíž nosičství spolu s mírnými projevy HT bez významné anemie bylo prokázáno také u syna a bratra. Syndrom Rendu-Osler-Weber bohužel není vyléčitelný, ovšem při včasné diagnóze a správné terapii můžeme pacientům život nejen prodloužit, ale i zlepšit jeho kvalitu.

*Podpořeno grantovým projektem IGA\_  
LF\_2023\_005*

## Venetoclax v terapii akutní myeloidní leukémie – zkušenosti jednoho centra

Čerňan M., Szotkowski T., Machová R., Papajík T.

Hemato-onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

**Úvod:** Akutní myeloidní leukémie (AML) představují heterogenní skupinu maligních onemocnění krvinek. Venetoclax je perorální BCL-2 inhibitor indikovaný k terapii AML v kombinaci s hypometylační látkou – azacitidinem. Kombinace léků prokázala v klinických studiích synergický účinek. Cílem předkládané práce je prezentace ročních zkušeností jednoho centra specializované hematologické péče s použitím venetoclaxu v terapii AML.

**Pacienti a metodika:** Práce je retrospektivní popisnou analýzou souboru nemocných s AML léčených kombinací venetoclaxu s azacitidinem nebo nízkodávkovaným cytosinarabidosidem (LDAC) v průběhu března 2022 až března 2023. Venetoclax byl podáván v denní dávce 400 mg ve 28denním cyklu v kombinaci s azacitidinem (v dávce 75 mg/m<sup>2</sup>/den, celkem 7 dní ve 28denním cyklu) nebo s LDAC (20 mg/den, celkem 10 dní ve 28denním cyklu).

**Výsledky:** Soubor tvořilo 23 nemocných, 14 žen a 9 mužů, s mediánem věku 66,7 (21,0–83,0) let. Celkem 22 (95,7 %) nemocných bylo léčeno kombinací venetoclaxu s azacitidinem a v 1 (4,3 %) případě byl podán venetoclax v kombinaci s LDAC. Antimykotická profylaxe, s redukcí dávky venetoclaxu, byla použita u 21 (91,3 %)

nemocných. Celkem 10 (43,5 %) nemocných mělo AML s nepříznivým rizikem dle ELN 2022 rizikové stratifikace. Komplexní karyotyp byl zjištěn u 8 (34,8 %) nemocných. Celkem 12 (52,2 %) nemocných starších 65 let bylo léčeno terapií s venetoclaxem v první linii a 8 (34,8 %) nemocných bylo léčeno pro relabované nebo refrakterní onemocnění (R/R AML). Tři (13,0 %) nemocní dostali pak terapii v dalších indikacích. Celkem 14 (60,9 %) nemocných dosáhlo léčebnou odpověď po podání terapie s venetoclaxem, přičemž kompletní remise nebo kompletní remise s neúplnou regenerací hematopoézy byla dosažena u 9 (39,1 %) nemocných. Celková léčebná odpověď v podskupině nemocných s R/R AML a u nemocných s komplexním karyotypem byla 62,5 %, resp. 75,0 %. K datu analýzy (10. 3. 2023) byla terapie ukončena u 7 (30,4 %) nemocných z důvodu progresu onemocnění. Shodně 2 (8,7 %) nemocní zemřeli na infekční komplikace, resp. podstoupili alogenní transplantaci krvetvorných buněk (alloTKB). Celkem 12 (52,2 %) nemocných pokračuje v terapii, přičemž u 7 z nich je v plánu provedení alloTKB.

**Závěr:** Kombinovaná terapie venetoclaxu s azacitidinem prokázala vysoký počet léčebných odpovědí u nemocných s rizikovou AML a představuje tak významnou terapeutickou modalitu na poli léčby AML.

*Práce byla podpořena grantem IGA\_  
LF\_2023\_005.*

## Heydeho syndróm liečený transkatéetrovou náhradou aortálnej chlopne – kazuistika

Focko B., Pěč M. J., Michalová R., Jurica J., Valocká D., Samoš M., Bolek T., Sokol J., Škorňová I., Mokáň M.

1. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

2. Klinika hematológie a transfuziológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

**Úvod:** Aortálna stenóza je v súčasnosti najčastejšia chlopňová chyba, jej prevalencia dosahuje 2–7% v skupine jedincov nad 65 rokov. Angiodysplázie sú najčastejšie cievné malformácie gastrointestinálneho traktu spôsobujúce krvácania od pozitívneho okultného krvácania až po krvácania masívne. Spojnicou týchto patologických stavov je Heydeho syndróm s prevalenciou približne 3% pacientov aortálnou stenózou. Napriek ďalekosiahlym následkom pre pacientov a zdravotníctvo, počnúc zvýšenou mortalitou dosahujúcou približne 7% a početnými rehospitalizáciami so spotrebovaním niekoľko desiatok transfúzií, nie sú v kardiológii jasne definované postupy, ktoré by preferovali pacientov s potvrdeným Heydeho syndrómom na urýchlenú náhradu aortálnej chlopne. Touto kazuistikou chceme zvýšiť povedomie lekárskej obce o klinických charakteristikách tohto syndrómu, poukázať na cenu hospitalizácií a podeliť sa so skúsenosťami s manažmentom na našej klinike.

**Případ:** 68-ročný muž přichází opakovaně do nemocnice z důvodu anémie těžkého stupně. Štandardné endoskopické vyšetření odhalilo a ošetřilo aktivně krvácející Dieulafoy lézi a vnitřní hemoroidy s následnou chirurgickou intervencí, napřík tomu přetrvávala potřeba hemosubstituční léčby. Doplněná enteroskopia jejunu byla bez patologie. Neskôr bolo z dôvodu presynkopálnych stavov potencovaných ťažkou anémiou a prekordiálneho šelestu s propagáciou do karotíd realizované transtorakálne echokardiografické vyšetrenie srdca s nálezom ťažkej aortálnej stenózy. Po štandardnej príprave sa u pacienta vykonala náhrada aortálnej chlopne metódou TAVI. Pacient je 2 mesiace po výkone bez nutnosti hospitalizácie za účelom hemosubstituční léčby a so stabilizovaným hemogramom.

**Záver:** Táto kazuistika poukazuje na cenu hospitalizácií s nutnosťou transfúznej léčby v kontraste s cenou náhrady aortálnej chlopne

## Autoimunitní hemolytická anemie – kazuistika

Cesnaková A.

Interní oddělení Nemocnice Agel Šternberk  
SMN

**Úvod:** AIHA je heterogenní skupina vzácných autoimunitních onemocnění s prevalencí 1–2 osoby na 100 000 obyvatel ročně. Onemocnění se projevuje nejčastěji anemickým syndromem, nicméně v závažných případech se může objevit synkopa, ojediněle selhání jater nebo srdce.

**Kazuistika:** 73letá pacientka, doposud bez interních komorbidit, přivezena ZZS pro týden trvající slabost zhoršující se při fyzické námaze současně s mírně ikterickým kóloritem kůže. Vstupně na ambulanci zjištěna anemie, objednány 2 TU ERD k substituci, laboratorně elevace bilirubinu. Provedené zobrazovací metody bez významné patologie. Doplněny odběry k došetření anemie včetně haptoglobinu a retikulocytů. Zahájena kortikoterapie. Zajištěna ambulantní dispenzarizace.

**Závěr:** AIHA je ne příliš časté onemocnění které v neléčených případech může být až život ohrožující. V rámci diferenciální diagnózy a došetření anemie jej nesmíme opomenout.



## HEMATOLOGIE A PORUCHY KOAGULACE (2) – SEKCE 1 (Velká posluchárna)

### Úspešná liečba blastového zvratu chronickej myelocytovej leukémie kombináciou chemoterapie, dasatinibu a interferónu alfa

Vráblová L.<sup>1</sup>, Koňalková P.<sup>1</sup>, Divoký V.<sup>1</sup>, Machová Poláková K.<sup>2</sup>, Kriegová E.<sup>1</sup>, Janská R., Grohmann J., Holzerová M., Papajík T., Faber E.

Hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>1</sup>Ústav Biologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

<sup>3</sup>Ústav Imunologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

**Úvod:** Výsledky liečby pacientov s chronickou myelocytovou leukémiou (CML) v blastovom zvrate (BP) sú napriek možnosti alogénnej transplantácie kmeňových buniek (ASCT) neuspokojivé. U niektorých pacientov je navyše ASCT kontraindikovaná a vtedy je ďalší výber liečby obmedzený.

**Pacienti:** Uvádzame prípady dvoch pacientov s lymfoidným BP CML, u ktorých nebolo možné pristúpiť k ASCT. U prvého pacienta sa vyvinul BP dva mesiace po stanovení diagnózy s cytogenetickým nálezom dic(7;9)(p11.2;p11.2) a mutáciou T315I. Blastový zvrat s leukemickým postihnutím centrálného nervového systému a mutáciou K611N génu SETD2 sa u druhého pa-

cienta objavil náhle päť rokov po ukončení liečby nilotinibom na žiadosť pacienta. Oboja podstúpili jeden cyklus chemoterapie v kombinácii s rituximabom a imatinibom, po ktorom nasledovala liečba dasatinibom a interferónom  $\alpha$  (INF $\alpha$ ) alebo dasatinibom samotným. V oboch prípadoch bola po krátkom čase dosiahnutá hlboká molekulová odpoveď (DMR; MR 4,0).

**Záver:** Je pravdepodobné, že DMR bola spôsobená špecifickým imunitným efektom na bunky CML, popísaným u oboch liečiv. Terapeutická výzva spojená s pokročilou fázou tohto ochorenia a výborná liečebná skúsenosť u našich pacientov môže byť podnetom k použitiu kombinácie dobre známych liekov a k ďalšiemu skúmaniu ich spoločného pôsobenia.

**Kľúčové slová:** chronická myelocytová leukémia; blastický zvrat; inhibitor tyrozínových kináz; interferón alfa.

### Burkittův lymfom spojený s imunodeficitom

Polakovič P.

Nemocnice AGEL Nový Jičín

46letá žena z Ukrajiny prijata pro progredující parestzie a bolesti v obličeji, těžkou trombocytopenií s leukocytózou a krvácivé projevy. Vstupně zvažována trombocytopenická purpura. Pro progresi krvácivých projevů zahájeno pulzní podání kortikoidů. V imunofenotypizaci nález lymfoproliferace, suspektní leukemizovaný

Burkittův lymfom, následně potvrzená i HIV infekce. Rozvoj masivního tumor lysis syndromu s nutností dialýzy, stav komplikován akutní cholecystitidou a difúzní alveolární hemoragií. Navzdory intenzivní péči pokračuje těžké krvácení do plic a dochází k úmrtí pacientky. Burkittův lymfom je u nás vzácné onemocnění, často asociováno právě s infekcí HIV. Vzhledem k aktuální migrační vlně možno očekávat nárůst počtu pacientů s nediagnostikovaným HIV a přidruženými diagnózami.

## **Difúzní velkobunkový B-lymfóm srdca – kazuistika**

**Kredátusová A., Lukášová M., Hanáčková V.**

Hemato-onkologická klinika FNOL

**Úvod:** Postihnutie srdca pri agresívnych lymfómoch je závažný stav, ktorý môže byť smrteľný aj pri adekvátnej liečbe. Výber vhodnej liečebnej stratégie je rozhodujúci pre kontrolu ochorenia a prevenciu komplikácií súvisiacich s týmto špecifickým miestom, ako sú napr. ruptúra myokardu s následnou tamponádou srdca alebo malígna arytmia. V súčasnosti však nie sú dostupné žiadne liečebné odporúčenia venujúce sa tejto problematike. V príspevku predkladáme možný manažment liečby tohto stavu u staršieho pacienta režimom postupnej eskalácie imuno-chemoterapie na základe zobrazovacích vyšetrení.

**Kazuistika:** 71-ročný muž s generalizovaným DLBCL (difúznym velkobunkovým B-lymfómom) s postihnutím srdca zisteným

pomocou 18-fluorodeoxyglukózovej (18-FDG) pozitronovej emisnej tomografie kombinovanej s počítačovou tomografiou (PET/CT) bol odoslaný na naše oddelenie k zahájeniu liečby. Vstupné vyšetrenie zahŕňalo transtorakálnu echokardiografiu a magnetickú rezonanciu srdca za účelom určenia rozsahu nádorovej infiltrácie. Lézia nebola transmúrálna a bola potvrdená dobrá systolická funkcia ľavej komory. Aby sa predišlo fatálnej ruptúre myokardu a ďalším potenciálnym komplikáciám, zvolil sa kombinovaný imunochemoterapeutický prístup s použitím R-CHOP (rituximab, cyklofosamid, doxorubicín, vinkristín a prednizón) rozloženého do niekoľkých dní s postupným zvyšovaním dávky. Rituximab bol aplikovaný od druhého cyklu liečby. Celkovo pacient podstúpil sedem cyklov imunochemoterapie, vrátane jedného cyklu profylaxie centrálného nervového systému. Liečba bola podávaná za prísneho monitorovania EKG a vitálnych funkcií, pred a po každom cykle sa realizovalo echokardiografické vyšetrenie až do vymiznutia srdcovej nádorovej masy. Interim PET/CT po dvoch cykloch imunochemoterapie nepreukázalo žiadnu zvýšenú akumuláciu 18-FDG v srdci, čo koreluje s výsledkom finálneho PET/CT, ktoré potvrdilo kompletnú metabolickú remisiu ochorenia.

**Záver:** Sekundárne postihnutie srdca pri DLBCL je život ohrozujúci stav vyžadujúci včasnú a vhodnú liečbu. Keďže neexistuje univerzálna zhoda o optimálnej liečbe tohto stavu, terapia zostáva individuálna. Na základe tohto prípadu demonštrujeme, že počiatočná redukcia imunochemoterapie s následnou eskaláciou dávky s pravidelným monitorovaním srdcových funkcií

pomocou zobrazovacích metód je vhodným liečebným postupom u pacientov s postihnutím srdca lymfómom.

## Vlastné skúsenosti s použitím molnupiraviru u hemato-onkologických pacientov

Zalibera A., Čerňan M., Szotkowski T., Vaculová G., Papajík T.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hemato-onkologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a FN Olomouc, Oddělení klinické farmacie FN Olomouc

**Úvod:** Vírus SARS-CoV-2 zo skupiny koronavírusov je patogén pôsobiaci primárne na respiračný trakt, ktorý sa významne celosvetovo šíri od konca roku 2019. Obzvlášť pre pacientov s imunokompromitáciou je dôležitá nielen prevencia pred nákazou týmto vírusom, ale aj účinná liečba ochorenia, ktoré tento vírus spôsobuje - COVID-19. Molnupiravir je antivirotikum inhibujúce replikáciu vírusu SARS-CoV-2. Jeho použitie sa od čias schválenia príslušnými autoritami stalo súčasťou štandardnej liečby ochorenia COVID-19. Výsledky používania liečiva u pacientov s nádorovými ochoreniami krvotvorby v období od januára 2022 do decembra 2022 sú obsahom predkladanej práce.

**Ciele:** Overiť efektivitu a bezpečnosť terapie molnupiravirom u pacientov liečených pre nádorové ochorenia krvotvorby s infekciou COVID-19. Metodika: Práca je retrospektívnou popisnou analýzou súboru pacientov pozitívne testova-

ných na ochorenie COVID-19, ktorí boli liečení molnupiravirom vo FN Olomouc. Hodnoteným parametrom bola potreba terapie za hospitalizácie a infekčná mortalita.

**Výsledky:** Celkovo bolo do analýzy zaradených 69 pacientov, z toho 54 (78,3 %) s lymfoproliferatívnym a 15 (21,7 %) s myeloproliferatívnym nádorovým ochorením. Väčšinu tvorili ženy (56,53 %), zvyšok muži. Protinádorovú terapiu v dobe zistenia infekcie či v období 3 mesiacov pred infekciou dostávalo 47 (68,1 %) pacientov, čo predstavuje viac ako 2/3 súboru. 75% pacientov boli pred ochorením minimálne 1 krát zaočkovaní niektorou zo schválených vakcín. 29 % pacientov ochorenie v období pred začiatkom výskumu prekonalo. Z celkového počtu 66 pacientov, ktorý zahájili terapiu molnupiravirom ambulantne, vyžadovalo hospitalizáciu 6 pacientov (9,1%), v 1 prípade bola nutná ventilačná podpora na zabezpečenie životných funkcií. Traja pacienti boli liečení molnupiravirom už za hospitalizácie pre svoje nádorové ochorenie. Až 60 zo 66 (90,9 %) pacientov malo po podaní molnupiraviru nekomplikovaný priebeh ochorenia, nevyžadujúci hospitalizáciu. Dvaja pacienti v sledovanom súbore zomreli na základné ochorenie, resp. na iné infekčné komplikácie, primárne nesúvisiace s COVID 19.

**Záver:** Výsledky v skúmanej skupine osôb ukazujú, že nasadenie lieku s účinnou látkou molnupiravir je u pacientov dobre tolerované, pričom viac ako 90 % pacientov zvládlo ochorenie bez potreby následnej hospitalizácie, a to napriek tomu, že sa jednalo o pacientov s vysokou vnímavosťou voči infekčným ochoreniam a so zvýšením rizikom ťažkého priebehu COVID 19.

## **Monitorovanie priamych orálnych antikoagulancií u pacientov s venóznou tromboembolickou chorobou.**

**Brisudová K., Jurica J., Bolek T.,  
Samoš M., Mokáň M.**

I. interná klinika UNM

Venózna tromboembolická choroba (VTE), ktorá zahŕňa hlbokú žilovú trombózu a pľúcnu embóliu je hlavnou príčinou morbidity a mortality na celom svete. VTE je tretou najčastejšou kardiovaskulárnou chorobou po ochorení koronárnych artérií a cerebrovaskulárných ochoreniach, predstavuje značnú sociálno-ekonomickú záťaž. U hospitalizovaných pacientov je výskyt VTE mnohokrát častejší a objektívne diagnostikovaná hlboká žilová trombóza môže byť zistená až u 80 % vysoko rizikových chirurgických pacientov, ktorí nedostali trombopropylaxiu. S ochorením sú spojené i dlhodobé klinicky významné komplikácie, medzi ktoré patrí posttrombotický syndróm a chronická pľúcna hypertenzia. Vo všeobecnosti smernice na liečbu akútnej VTE odporúčajú nízkomolekulové subkutánne heparíny (LMWH), warfarín a priame perorálne antikoagulanciá (DOAK). Obmedzenia

konvenčnej terapie vyplývajúce z nepohodlného subkutánneho podávania, laboratórneho monitoringu, hemoragických príhod a mnohočetných interakcií s inými liekmi a s jedlom, smerujú k prioritnejšiemu podávaniu DOAK. Na prekonanie týchto výziev, bola vyvinutá nová trieda antikoagulačných liekov s cieľom byť prinajmenšom rovnako účinná, s praktickejšim profilom. Čoraz častejšie však pribúdajú otázky o nutnosti stanovenia koncentrácií spomínaných liekov pri nepredvídateľných komplikáciách. Naša práca sumarizuje alternatívy monitorovania DOAK. Akútne krvácanie, trombóza, neodkladný operačný výkon alebo iný invazívny výkon vyžadujú zmerať plazmatické koncentrácie. V súčasnosti využívame viaceré štandardizované merania. Dobrú senzitivitu a klinickú využiteľnosť preukázala chromogénna metóda určená na stanovenie koncentrácií priamych inhibítorov trombínu v ľudskej citrátovej plazme. Koncentrácie priamych orálnych inhibítorov faktora Xa sa dajú presne stanoviť použitím anti-Xa chromogénnych metód so špecifickými kalibrátormi. Záverom môžeme povedať, že rutinné monitorovanie účinku DOAK sa neodporúča, napriek tomu sú v klinickej praxi situácie, keď je monitorovanie DOAK indikované.

## DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE A PORUCHY METABOLISMU (1) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

### Sledování hladin adipokinů u pacientů po tubulizaci žaludku

Dohnal R.<sup>1</sup>, Schovánek J.<sup>1</sup>, Cibičková L.<sup>1</sup>,  
Karásek D.<sup>1</sup>, Kučerová V.<sup>2</sup>, Růžičková M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská  
fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc,  
III. interní klinika – nefrologická,  
revmatologická a endokrinologická

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Olomouc, Oddělení  
klinické biochemie

<sup>3</sup>Fakultní nemocnice Olomouc, III. interní  
klinika – nefrologická, revmatologická  
a endokrinologická

**Úvod:** Chirurgická léčba obezity patří mezi nejúspěšnější metody redukce hmotnosti. Mezi nejčastěji používané bariatricko-metabolické operace patří v současné době tubulizace žaludku, kterou z našeho pracoviště podstupuje přes 90 % pacientů indikovaných k bariatrické operaci. Cílem naší studie je hodnotit vývoj adipokinů, antropometrických údajů a lipidogramu po sleeve gastrektomii.

**Metodika:** Retrospektivně jsme vyhodnotili 37 pacientů (7 mužů, 30 žen) stran vývoje antropometrických hodnot, lipidogramu a vybraných adipokinů (AFABP, adiponectin, FGF-19, FGF-21, resistin, RBP4) před tubulizací žaludku a jednorázově po tubulizaci žaludku.

**Výsledky:** Z měřených adipokinů došlo ke statisticky významné změně v hladinách většiny adipokinů (vzhledem k neparametrickému

rozložení hodnot výsledky udávané v mediánu s mezikvartilovým rozptylem) – došlo k významné změně AFABP z 49,90 (38,70–64,60) na 120,7 (80,30–199,6) ng/ml, adiponectinu z 8,00 (6,30–9,60) na 9,60 (6,850–11,73) ug/ml, FGF-19 z 196,9 (105,9–263,8) na 258,5 (177,8–425,1) pg/ml, FGF-21 z 318,8 (175,3–424,3) na 496,6 (267,4–814,2) pg/ml, RBP4 z 53,9 (46,25–72,60) na 39,70 (30,80–51,40) ug/ml. Naopak nedošlo ke statisticky významné změně hladiny resistinu – změna z 7,90 (5,950 – 10,20) na 6,40 (5,60 – 9,050) ng/ml. V rámci studie jsme prokázali statisticky významný pokles hmotnosti, BMI i obvodu pasu. V lipidogramu došlo k významnému poklesu celkového cholesterolu, HDL cholesterolu i triglyceridů, nedošlo k signifikantní změně koncentrace LDL cholesterolu.

**Závěr:** V rámci studie jsme prokázali statisticky významné změny v hladinách většiny adipokinů časně po tubulizaci žaludku, zároveň došlo k významným změnám v antropometrických údajích a většině lipidových parametrů. V rámci pokračování naší studie bude následovat delší sledování pacientů k posouzení vývoje sledovaných parametrů včetně hodnocení korelací.

**Zkratky:** AFABP – adipocyte fatty acid-binding protein, FGF-19 – fibroblast growth factor 19, FGF-21 – fibroblast growth factor 21, RBP4 –retinol binding protein 4, HDL – high density lipoprotein, LDL – low density lipoprotein

*Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892  
a grantem IGA\_LF\_2023\_002.*

### **Dlhodobé GLP1-RA ako „bailout“ liečba pacienta po bariatrickej operácii – kazuistika**

Lecký P., Bolek T., Jurica J., Pěč M.J.,  
Samoš M., Galajda P., Mokáň M.

I. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta  
v Martine, Univerzita Komenského Bratislava

Obezita je chronické systémové metabolické ochorenie charakterizované zvýšenou akumuláciou tuku v tkanivách ľudského organizmu, so súčasným nárastom hmotnosti v dôsledku energetickej dysbalancie medzi príjmom a výdajom energie. Postupom času vedie obezita ku štrukturálnym a funkčným zmenám v organizme, ktoré spôsobujú mnohopočetné orgánovo špecifické komplikácie (metabolické, štrukturálne, zápalové, nádorové, neurodegeneratívne). Obezitu musíme chápať nielen ako chronické ochorenie, ale aj ako rizikový faktor rozvoja ďalších chronických závažných ochorení ako sú diabetes mellitus 2. typu, aterogénna dyslipidémia, artériová hypertenzia, syndróm obštrukčného spánkového apnoe, špecifické druhy rakoviny a mnoho ďalších. Práve kvôli tomu je postupom času vyvíjaná stále väčšia snaha o komplexný manažment pacientov s nadváhou a obezitou s cieľom redukcie ich hmotnosti. Slovenská obezitologická asociácia vypracovala štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti v dospelom veku, podľa ktorého manažuje svojich pacientov aj obezitologická ambulancia UNM. Autori prezentujú prípad pacientky, u ktorej v dôsledku dispenzarizácie na spomínanej ambulancii, bari-

atrickej operácii a farmakologickej liečbe agonistom receptora GLP-1 došlo k významnej redukcii telesnej hmotnosti.

### **Evaluace kortikorezistence pacientů s aktivní, středně těžkou a těžkou endokrinní orbitopatií a dlouhodobé sledování efektu rituximabu jako léčby druhé linie** Pekařová K., Schovánek J.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého  
v Olomouci, III. interní klinika – nefrologická,  
revmatologická a endokrinologická, FN  
Olomouc

Endokrinní orbitopatie (EO) je progresivním onemocněním. Vede k poruše zrakových funkcí, ke změně vzhledu a kvality života. Standardní léčbou aktivní, středně těžké až těžké EO jsou intravenózní glukokortikoidy (GK). Část pacientů je kortikorezistentních (KR); po léčbě GK nedojde k objektivně a subjektivně významné změně aktivity EO a vyžadují další léčbu, a nebo se EO reaktivuje. Mezi léky druhé linie patří rituximab (RTX). U některých pacientů je nezbytná i dekomprese očních. Do studie jsme zahrnuli 255 pacientů (175 žen, 80 mužů, medián věku 53 let) s aktivní středně těžkou až těžkou EO, kteří byli léčeni intravenózními GK jako léčbou první linie (methylprednisolon, kumulativní dávky 4,5–7,5 g). Z nich bylo 217 kortikosenzitivních (KS); léčbou GK došlo k objektivně a subjektivně významné změně EO nevyžadující další léčbu, a zároveň nedošlo k reaktivaci EO vyžadující opětovnou intervenci. 10 KR pacientů podstoupilo dekompresi očních v odstupu 1–6 mě-

siců po GK bez následného podání RTX. RTX byl podán 28 KR pacientům v kumulativních dávkách 100–400 mg. Aktivita onemocnění byla posuzována dle 7bodové škály (CAS). Porovnáváné skupiny KS a KR pacientů se nelišily ve věku, pohlaví ani statutu kouření. Hodnoty CAS byly vyšší ve skupině KR pacientů oproti KS pacientům; před GK o 1 a po GK o 2 (medián,  $p = < 0,0001$ ), pokles byl signifikantní v obou skupinách. Optimální cut-off hodnotou rozlišení KR a KS pacientů je dle ROC analýzy CAS po GK  $\geq 1,5$ , AUC = 0,82, SE = 0,64, SP = 0,86. U 28 KR pacientů došlo v mediánu 102 (průměr 296) dní po podání GK k reaktivaci EO a podstoupili pak léčbu RTX. Průměrné CAS po podání RTX bylo 2,1 a postupně klesalo po 3, 6, 9 a 12 měsících na průměrnou hodnotu 0,25. Průměrná délka sledování pacientů po podání RTX byla 968 (medián 809) dní. 4 z těchto pacientů podstoupili dekompresi mezi pulzy GK a RTX, u 5 pacientů byla kvůli absenci odpovědi provedena dekomprese 3–6 měsíců po RTX. Identifikace kortikorezistentních pacientů, profitujících z účinných léků druhé linie, by mohla být na základě hodnoty CAS  $\geq 1,5$  po podání GK. Rituximab je dobře tolerovaným lékem druhé linie a i v nízké dávce má dlouhodobý pozitivní efekt dokumentovaný postupným a dlouhodobým poklesem CAS. U pacientů, jejichž EO po podání RTX ve druhé linii stále vykazuje vysokou aktivitu a/nebo je přítomno závažné zrakové postižení, by měla být zvážena dekomprese orbit.

*Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg.*

č. NU21J-01-00017, RVO (FNOL, 00098892) a grantem IGA\_LF\_2023\_002.

## Amiodaronem indukovaná tyreotoxikóza

Lysková L., Schovánek J.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF a FN Olomouc

Amiodaron patří mezi neúčinnější antiarytmika, ale zároveň se řadí mezi jedny z nejtoxičtějších léčiv zejména pro svůj dlouhý eliminační poločas. Vzhledem k vysokému obsahu jódu také často ovlivňuje funkce štítné žlázy. Pacientům léčeným amiodaronem by se proto měly pravidelně kontrolovat hodnoty TSH, fT4 a fT3, které upozorní na případný rozvoj amiodaronem indukované tyreopatie (AIT). Rozlišujeme dva patofyziologické mechanismy vedoucí k rozvoji AIT. Pro typ I je charakteristická hypersekrece hormonů štítné žlázy při přetížení jódem u již autonomně fungujícího orgánu (laboratorně průkaz protilátek proti štítnici). Typ II je typický nadměrným uvolňováním preformovaného hormonu do oběhu při destrukci folikulů u amiodaronem navozené tyreoiditidy (protilátky jsou negativní). Existují také formy smíšené, kde se uplatňují oba mechanismy. Samotná diagnostika AIT je pak založena na kombinaci klinických, laboratorních a zobrazovacích metod. Terapií volby AIT typu I jsou tyreostatika, v případě typu II pak kombinace tyreostatik s glukokortikoidy v různých režimech. Dlouhodobé užívání kortikosteroidů a tyreostatik vyvolává významné nežádoucí účinky a nemusí dosáhnout kýženého efektu, proto lze dle doporučených postupů doplnit léčbu lithiem. Při neadekvátní odpovědi na far-

makoterapii představuje totální tyreoidektomie jediné řešení. Tato práce se zaměřuje na získané zkušenosti s AIT u série šesti pacientů diagnostikovaných během půl roku s popisem průběhu, postupu terapie a následným porovnáním. Jelikož jsme na našem pracovišti zaznamenali výrazný nárůst incidence AIT, považujeme tak za vhodné tomuto onemocnění věnovat pozornost a následně se v budoucnu pokusit objasnit tento narůstající trend výskytu. Zajímavým zjištěním během sledování souboru kazuistik byla pozitivita onemocnění covid-19 u pěti z nich, a to vždy v rozmezí maximálně čtrnácti měsíců před stanovením samotné diagnózy.

*Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892  
a grantem IGA\_LF\_2023\_002.*

### **Účinnost skórovacích systémů v určování podtypů primárního hyperaldosteronismu**

**Kološová B.<sup>1</sup>, Waldauf P.<sup>2</sup>, Wichterle D.<sup>3</sup>,  
Kvasnička J.<sup>1</sup>, Zelinka T.<sup>1</sup>, Petrák O.<sup>1</sup>,  
Krátká Z.<sup>1</sup>, Forejtová L.<sup>4</sup>, Kaván J.<sup>4</sup>,  
Widimský J.<sup>1</sup>, Holaj R.<sup>1</sup>**

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,  
III. interní klinika – endokrinologie  
a metabolismu

V nedávné době byl pro určování podtypů primárního hyperaldosteronismu navržen nový skórovací systém (SCORE), který by v diagnostice mohl předcházet odběrům z nadledvinových žil. Naše studie si kladla za cíl srovnat toto SCORE s dříve publikovaný-

mi skórovacími systémy a jejich otestování na kohortě pacientů z našeho centra, kteří měli pozitivní test s fyziologickým roztokem a byla u nich stanovená diagnóza primárního hyperaldosteronismu a u kterých byla určena bilaterální forma podle odběrů z nadledvinových žil nebo unilaterální forma, pokud došlo k normalizaci biochemických ukazatelů po adrenalectomii. K posouzení diagnostické funkčnosti zmíněných skórovacích systémů bylo využito takto potvrzených diagnóz. Pouze Kamemurův model (s maximem 4 bodů) a Kobayashiho skóre (s maximem 12 bodů) dosáhly 100% spolehlivosti pro predikci bilaterální formy, ale za cenu pouze 3% sensitivity. Naproti tomu SCORE při hodnotě 3 (se senzitivitou 48%), SPACE skóre při hodnotě  $\geq 18$  (se senzitivitou 35%), Kobayashiho skóre  $\leq 2$  (se senzitivitou 28%) a Kocjanovo skóre s hodnotou 3 (se senzitivitou 28%) byla schopna určit unilaterální formu se 100% pravděpodobností. Dále jak Umakoshiho, tak Yungův model dosáhly 100% spolehlivosti pro učení unilaterální formy při skóre 4 pro Umakoshiho a při obou prediktivních faktorech dohromady pro model Yungův, ale ve srovnání s ostatními skóre s nízkou senzitivitou – Umakoshiho 4% a Yungův 14%. Navzdory očekávání žádný z modelů tedy neprokázal vysokou diagnostickou účinnost, a proto by tyto modely měly být používány pouze v přesně definovaných případech.



## PNEUMOLOGIE – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

### **Vliv interních komplikací na kvalitu života u pacienta s cystickou fibrózou po transplantaci srdce a plic – kazuistika**

Olejová J.<sup>1</sup>, Jakubec P.<sup>1</sup>, Kufa J.<sup>1</sup>, Žurková M.<sup>1</sup>, Hajdová L.<sup>1</sup>, Genzor S.<sup>1</sup>, Lischke R.<sup>2</sup>, Šimonek J.<sup>2</sup>, Pozniak J.<sup>2</sup>, Kolařík J.<sup>2</sup>, Havlín J.<sup>2</sup>, Fila L.<sup>3</sup>, Valentová-Bartáková L.<sup>3</sup>, Pirk J.<sup>4</sup>, Hošková L.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc

<sup>2</sup>III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol

<sup>3</sup>Pneumologická klinika 1. LF UK a FN Motol

<sup>4</sup>KARDIOCENTRUM, Institut klinické

a experimentální medicíny

Cystická fibróza je geneticky podmíněné autozomálně recesivní multiorgánové onemocnění postihující CFTR gen, který je klíčový pro transport chloridových iontů buněčnou membránou. Klinicky se nejčastěji projevuje chronickým progredujícím onemocněním dýchacích cest a plic, exogenní pankreatickou insuficiencí a poruchou reprodukce u mužů. Incidence u indoevropského obyvatelstva je 1 : 2500–3000. Kazuistika popisuje případ 43letého pacienta s dF508 mutací CFTR genu po transplantaci srdce a plic v roce 2014, průběh jeho četných hospitalizací a závažných interních komplikací zahrnujících: recidivující infekce až septické stavy, chronickou renální insuficiencí, diabetes mellitus, těžký OSAS a nežádoucí účinky terapie včetně hematotoxicity a farmakologicky indukované trombotické

mikroangiopatie. 5leté přežití u pacientů po transplantaci je okolo 55 % a navzdory těžkým klinickým stavům, které pacient prodělal, jeho kvalita života výrazně neutrpěla i přes nepříznivou prognózu základního onemocnění. Biopticky známky humorální ani chronické rejekce nebyly prokázány, oženil se a těší se ze dvou zdravých dětí.

### **Komplikace po transplantaci srdce**

Kiml J., Jakubec P., Genzor S., Kufa J., Žurková M.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Transplantace srdce je (TxS) je chirurgická metoda léčení nemocných, kteří dospěli do konečné fáze srdečního selhávání. Přesněji nazveme tuto operaci ortotopická allotransplantace srdce. I když první experimenty s přenosem srdce byly provedeny před více než 100 lety, první transplantaci srdce provedl v roce 1967 Christiaan Barnard. Ke skutečnému rozvoji metody však došlo až v 80. letech minulého století. U nás byla první úspěšná TxS provedena 31. 1. 1984 v pražském IKEM. Transplantace srdce zlepšuje stav nemocného významným způsobem. Zlepšení pozoruje nemocný již v prvních dnech po operaci, rekonvalescence postupuje velmi rychle a během prvních týdnů se již nemocný navrácí k normálnímu životu. Je však nutné počítat s určitými problémy, které přináší operace i přítomnost cizího orgánu v lidském těle.

**Cíle práce, metodika a výsledky:**

Prezentace kazustického sdělení 67leté nemocné po transplantaci srdce 2018 pro dilatační kardiomyopatii s Schmidt-Carpenterovým syndromem, která byla došetřována na Plicní klinice pro levostrannou pneumonii. Dle CT hrudníku z 02/2023 oproti vyš z 11/22 – mírná progresse rozsahu konsolidací, nově s rozpadovými dutinami – dif. dg. bakteriální, mykotické etiologie. etiologie – septické emboly? Zahájená terapie – LMWH, antimikrobiální terapie (ciprofloxacin, cefotaxim, flukonazol, metronidazol, oseltamivir), rehydratace. Odebrány kompletní mikrobiologické odběry (PCR EBV v krvi, PCR chřipka typu A, v moči E. coli, ze stěru z krku Candida albicans). Vzhledem k otoku PDK doplněno Dopplerovské vyšetření, kde průkaz hluboké žilní trombózy i přes antikoagulační terapii, snaha o navýšení LMWH za kontrol antiXa (v minulosti i léčená warfarinem i apixabanem). Pro krvácivé komplikace (protrahované epistaxe) ORL ošetření. Doplněna jícnová echokardiografie, kde přítomny tromby v levé síni k dalšímu event. průkazu dalších susp. trombů doporučena CT venografie. CT s k.l. v žilní fázi provedeno dne 28. 2. 2023 – vícečetné tromby v HDŽ, z nichž jeden tvoří subkompletní uzávěr jejího lumen. Dorzálně pokračují tromby do vena azygos, z HDŽ pokračuje kraniálně trombus do nápadně gracilní v. brachiocephalica – nejspíše chronická trombóza. Dále navazující VJI sin. tvoří filiformní proužek – nejspíše také chronický uzávěr.

**Systémové glukokortikoidy v terapii reziduálního plicního postižení po COVID-19**

Mizera J., Genzor S., Losse S., Jakubec P.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Olomouc

**Úvod:** COVID-19, onemocnění vyvolané virem SARS-CoV-2, má ve většině případů lehký průběh, s mortalitou mezi 0,2–2 % ve vyspělých zemích. Řada pacientů je po různě dlouhou dobu po prodělání COVID-19 sužována řadou příznaků, zejména respiračních, které mohou být doprovázeny patologickými radiologickými a funkčními plicními nálezy. Výraz post-COVID syndrom označuje soubor příznaků přetrvávajících déle než tři měsíce od infekce virem SARS-CoV-2.

**Metody:** Na Klinice plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Olomouc vznikla v květnu 2020 specializovaná post-COVID ambulance. Vyšetřovaným pacientům byla nabídnuta účast v observační studii. Indikačním kritériem bylo doložení pozitivního PCR, či antigenního testu, nebo klinické podezření. Post-hoc byli vyřazeni pacienti bez pozitivního testu a s negativními protilátkami proti SARS-CoV-2. Pacienti podstoupili komplexní pneumologické vyšetření s odběrem anamnézy, fyzikálním vyšetřením, krevními odběry, skiagramem hrudníku (ev. HRCT), a funkčním vyšetřením plic (spirometrie, body-pletysmografie, vyšetření plicní difuze). Tato vyšetření byla provedena v odstupu průměrně 12 týdnů od infekce, a podruhé po dalších průměrně 21 týdnech. Během dispensarizace

byly u části pacientů, vzhledem k neustupujícím plicním nálezům a potížím, nasazeny systémové glukokortikoidy. Indikační kritéria vycházela ze zkušeností s jinými virovými a atypickými pneumoniemi, a byla v souladu s doporučením České pneumologické a ftizeologické společnosti. Byla vyhodnocována dynamika radiologických změn, vývoje funkčních parametrů a subjektivních potíží. Výsledky byly srovnány s pacienty bez glukokortikoidů, s ohledem na tíži onemocnění, pohlaví, věk, BMI a komorbiditu.

**Výsledky:** Bylo zařazeno 2 729 pacientů (45,7 % muži), přičemž 1 915 pacientů mělo post-COVID příznaky a/nebo patologické objektivní nálezy. U 221 pacientů byly nasazeny glukokortikoidy nebo je již užívali pro jinou diagnózu. Podávání Prednisonu v dávce 30 mg s postupnou detrakcí během 3 měsíců nevedlo k signifikantnímu zlepšení míry radiologické regrese ( $p = 0,707$ ) a míry subjektivního zlepšení symptomů ( $p = 0,361$ ) ve srovnání s pacienty bez glukokortikoidů. Ve skupině s glukokortikoidy došlo k významně většímu zlepšení funkčních parametrů plic: VC, FEV1, TLC, DLCO ( $p < 0,0001$ ), MEF25 ( $p = 0,001$ ), KCO ( $p = 0,038$ ).

**Závěr:** Terapie post-COVID plicního postižení glukokortikoidy vedla k signifikantnímu zlepšení funkčních parametrů, ale neovlivnila míru subjektivního a radiologického zlepšení.

## Dispenzarizace po plicní transplantaci – zkušenosti z našeho centra

Kufa J., Jakubec P., Genzor S.,  
Žurková M.

Klinika plicních nemocí a TBC, FNOL

**Úvod:** Transplantace plic (LuTx) je vysoce specializovaný chirurgický výkon, ke kterému jsou indikováni pacienti v terminálním stadiu chronických plicních onemocnění, kteří splňují indikační kritéria. Program transplantace plic byl zahájen v České republice pod vedením prof. Pařka v roce 1997 v Praze. Transplantace plic je prováděna na III. chirurgické klinice FN Motol, t.č. pod vedením prof. Lischkeho. S rostoucím počtem transplantovaných vyvstala potřeba úzké spolupráce s pneumology. Od 3. 10. 2016 byla zahájena dispenzarizace moravských a slezských pacientů po transplantaci v našem nově vzniklém Centru péče o pacienty po transplantaci plic na Klinice plicních nemocí a tuberkulózy v Olomouci.

### Cíle práce, metodika a výsledky:

Představení výsledků naší transplantační poradny s aktuálností dat k 31. 3. 2023. Prezentace komorbidit a komplikací pacientů po plicní transplantaci. Soubor tvoří 97 nemocných, kteří byli nebo jsou sledováni a léčeni v centru po plicní transplantaci Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice v Olomouci. 28 pacientů již zemřelo, aktuálně je tedy v naší specializované ambulanci dispenzarizováno 69 pacientů.

**Závěr:** Kvalitní po transplantáční péče, včasná diagnostika a terapie komplikací je asociována s delším prežíváním a lepší kvalitou života. Celoživotní imunosupresivní léčba prináša s sebou celou řadu komplikací, proto je nutná pravidelná dispenzarizace a úzká mezioborová spolupráce. Odměnou za tuto

náročnou komplexní činnost je dlouhodobé přežívání nemocných, kteří by dříve zemřeli do několika měsíců/let na progredující chronické plicní onemocnění. Transplantovaní pacienti se často vrací do téměř normálního plnohodnotného života, nežádka i do pracovního procesu.

## KARDIOLOGIE (1) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

### Využitie priamych orálnych inhibítorov faktora Xa v liečbe intrakardiálnej trombózy

Moravčíková Z., Brisudová K., Bolek T., Samoš M., Mokáň M.

I. interná klinika UNM, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského

Intrakardiálny trombus sa najčastejšie vyvinie v ľavej predsieni a ľavej komore pri fibrilácii predsiení a postmyokardiálnej fibrilácii. Súčasné usmernenia odporúčajú prednostne u pacientov s verifikovaným trombom ľavej komory alebo predsieni po infarkte myokardu, terapiu antagonistom vitamínu K. Použitie antagonistu vitamínu K je obmedzené krvácanými komplikáciami, interakciami s rôznymi potravinami a liekmi a úzkym terapeutickým oknom, vyžadujúcim časté sledovanie. Použitie perorálnych antikoagulancií na liečbu intra-

kardiálnej trombózy, vzhľadom na ich priaznivý farmakologický profil môže dosiahnuť predpokladaný úspech v terapii. Terapeutický účinok priamych perorálnych antikoagulancií na intrakardiálnu trombózu nebol doteraz jednoznačne formálne uverejnený vo veľkých randomizovaných kontrolovaných štúdiách. Viaceré práce však dokazujú priaznivé výsledky s kompletným vymiznutím trombu a nízkou mierou tromboembolických aj hemoragických komplikácií. Priame perorálne antikoagulanciá (vrátane inhibítorov faktora Xa a priamych inhibítorov trombínu) sú bezpečnou a účinnou terapeutickou možnosťou pre intrakardiálnu trombózu, najmä v prípadoch rezistentných na terapiu antagonistom vitamínu K. Cieľom našej kazuistiky je predstaviť pacientku po úspešnom resorbovaní trombu ľavej predsieni v terapii edoxabanom.

## Plazmatické hladiny sekretoneurinu u pacientů s různou etiologií srdečního selhání: předběžná data

Dodulík J., Lazárová M., Václavík J., Stejskal D., Švagera Z., Chobolová N., Šulc P., Evin L., Plášek J.

Fakultní nemocnice Ostrava

**Úvod:** Sekretoneurin (SN) je neuropeptid, který může být potenciálně používán jako biomarker kardiovaskulárních onemocnění. Předpokládá se, že hlavní účinek SN je zprostředkován jeho inhibicí kalmmodulin-dependentní kinázy II (CaMKII), která ovlivňuje metabolismus vápníku. Naším cílem je zhodnotit plazmatické hladiny SN s různými etiologiemi srdečního selhání.

**Metody:** Byly použity převážně neparаметrické testy (Spearmanova korelace, Mann-Whitney U-test).

**Výsledky:** Do analýzy bylo zahrnuto celkem 51 pacientů (82,4 % mužů, 17,6 % žen) ve věku  $66,5 \pm 13$  let s BMI  $28,1 \pm 5,3$ . Plazmatické hladiny SN se významně lišily podle etiologie srdečního selhání. Nejvyšší byly ve skupině dilatční kardiomyopatie nebo koincidence dilatční a ischemické kardiomyopatie ( $P = 0,04$ ). U žen byl trend k vyšším hladinám SN v plazmě ( $30,1 \pm 22,3$  vs.  $27,9 \pm 25,1$ ,  $P = \text{NS}$ ). Plazmatické hladiny SN se nelišily podle věku a nebyly spojeny s komorbiditami, ejekční frakcí levé komory, hladinou troponinu nebo plazmatickými hladinami natriuretických peptidů.

**Závěr:** Plazmatické hladiny SN se významně lišily podle etiologie srdečního selhání, nejvyšší byly u pacientů s dilatční kardiomyopatií. Výše hladin nebyla ovlivněna věkem, přidruženými chorobami ani dalšími biomarkery.

## Epidemiologická analýza rizikových faktorů, léčby, komplikací a mortality u pacientů s infarktem myokardu s ST eleváciami na Slovensku – retrospektívna „single-center“ štúdia

Benko J.<sup>1,5\*</sup>, Péc M.J.<sup>1\*</sup>, Jurica J.<sup>1</sup>, Pěčová M.<sup>2,3</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>, Nehaj F.<sup>4</sup>, Sokol J.<sup>2</sup>, Bolek T.<sup>1</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interná klinika, Univerzitná nemocnica Martin, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

<sup>2</sup>Klinika hematológie a transfuziológie, Univerzitná nemocnica Martin, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

<sup>3</sup>Onkologické centrum, Univerzitná nemocnica Martin

<sup>4</sup>Oddelenie arytmií a kardiostimulácie, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb v Bratislave

<sup>5</sup>Kardiologická klinika, Fakultná nemocnica Nitra

\*Obaja autori prispeli rovnakou mierou.

**Úvod:** Vysoká mortalita pacientů s infarktom myokardu s ST eleváciami (STEMI) predsta-

vuje aj v dnešnom čase výzvu. Prevencia tohto ochorenia je kľúčovým krokom v zlepšení celkového zdravotného stavu obyvateľstva. V minulosti bolo rozoznaných viacero rizikových faktorov a ich znalosť môže pomôcť lepšie definovať celkové riziko jednotlivých subpopulácií.

**Metodológia:** Realizovali sme „single-center“ retrospektívnu analýzu pacientov so STEMI (n = 383) prijatých k výkonu koronarografie a prípadnej koronárnej intervencie v roku 2015. Údaje sme získali zo zdravotnej dokumentácie a záznamov poskytnutých štátnymi inštitúciami Slovenskej republiky. Všetky dáta sme spracovali a vyhodnotili celkové charakteristiky a rozdiely medzi pohlaviami. Na stanovenie štatistickej významnosti sme použili hodnoty P.

**Výsledky:** STEMI sa vyskytovalo častejšie u mužov ako u žien. Našli sme významné rozdiely medzi pohlaviami, čo sa týka prevalence artériovej hypertenzie, diabetes mellitus 2. typu, predchádzajúcich cievnych mozgových príhod, užívania alkoholu a nikotínu, incidencie 2-cievneho postihu a mortality.

**Záver:** Zistili sme rozdiely v hlavných rizikových faktoroch pre STEMI medzi pohlaviami, ktoré sú v súlade s nálezmi z podobných štúdií v strednej Európe.

## Nezvyklý průběh závažného onemocnění srdce

Červenka A., Zeman K., Gisting T.  
Nemocnice Frýdek-Místek

V kazuistice predstavíme 33letého pacienta, u ktorého i přes nezvyklost příznaků a trnitou cestu dochází ke správné diagnostice závažného onemocnění srdce. Pacient přichází primárně pro bolestivost pravého ramene s následným přidáním dalších příznaků jako stěhovavá oligoartritis, dlouhodobá únava a váhový úbytek, laboratorně dlouhodobá elevace zánětlivé aktivity. Pro vstupní potíže byl v péči ortopeda ve spolupráci s revmatologem, kdy bylo přistoupeno k „zavádějícímu“ MR ramene. I přes naordinovanou léčbu dochází jen k částečné úlevě od příznaků, navíc dochází k nově k erytrocyturii a proteinurii, pro spolupráci přizván urolog a nefrolog. Zde následně záchyt tachykardie s elevací krevního tlaku, zažádáno o kardiologické vyšetření, kdy byla stanovena závěrečná diagnóza, a to infekční endokarditida aortální chlopně. Nález konzultován v kardiochirurgickém centru a bylo přistoupeno k nezvyklému a lehce kontroverznímu řešení - Rossově operaci (náhrada aortální chlopně chlopní plicní). Ve sdělení dále uvedeme, jak se pacientovi s odstupem daří od komplikovaného a nezvyklého zákroku. Infekční endokarditida je závažná zánětlivá nemoc, kdy dochází k poškození endokardu srdce, projevující se nejčastěji horečkami, šelestem či embolizací. Jak vidíme ve sdělení, není to vždy pravidlem.

## Parametre deformácie ľavostranných oddielov srdca a koncentrácie markerov endotelovej dysfunkcie u pacientov s akútnou dekompenzáciou chronického srdcového zlyhávania

Jurica J.<sup>1</sup>, Pěč M. J.<sup>1</sup>, Bolek T.<sup>1</sup>, Škorňová I.<sup>2</sup>, Staško J.<sup>2</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1,3</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>1. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>2</sup>Národné centrum hemostázy a trombózy, Klinika hematológie a transfuziológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>3</sup>Oddelenie akútnej a intervenčnej kardiológie, 2. Klinika kardiológie a angiológie lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb (SÚSCCH, a. s.) v Banskej Bystrici, Banská Bystrica

**Ciele:** Dvojmerná „speckle tracking“ (2D ST) analýza umožňuje zhodnotenie deformácie myokardu a môže byť využitá v determinácii funkcie ľavej komory (ĽK) a ľavej predsene (ĽP). Cieľom našej štúdie bolo porovnať výsledky globálneho longitudinálneho „strain“ (GLS) ĽK a „reservoir strain“ (R) ĽP medzi pacientami s akútnou dekompenzáciou chronického srdcového zlyhávania (SZ) a jedincami bez známeho kardiovaskulárneho ochorenia (KVO); a taktiež pozorovať zmeny v plazmatickej koncentrácii vaskulárneho

endotelového rastového faktora (VEGF) počas liečby akútnej dekompenzácie SZ.

**Metódy:** Realizovali sme prospektívnu, observačnú štúdiu zahŕňajúcu 16 pacientov prijatých pre akútnu dekompenzáciu SZ. Každý pacient absolvoval transtorakálne echokardiografické vyšetrenie (TTE) vrátane 2D ST analýzy s určením hodnôt GLS a R. Pacienti boli rozdelení na základe hodnoty ejekčnej frakcie (EF) ĽK, pričom hodnota  $\leq 40\%$  odlišovala SZ s redukovanou ejekčnou frakciou (SZrEF) – 6 pacientov, od SZ so zachovanou ejekčnou frakciou (SZpEF) – 10 pacientov. U každého pacienta boli odobraté dve vzorky krvi na vyšetrenie plazmatickej koncentrácie VEGF - pred liečbou a po liečbe. Kontrolná skupina pozostávala zo 16 jedincov bez KVO, u každého bolo realizované TTE vyšetrenie vrátane 2D ST analýzy.

**Výsledky:** Zistili sme, že hodnoty parametrov GLS a R boli signifikantne nižšie u oboch podskupín SZrEF aj SZpEF v porovnaní s kontrolnou skupinou. Navyše, bol zaznamenaný signifikantný rozdiel v parametri GLS, ale nie v parametri R medzi SZrEF a SZpEF podskupinami. Plazmatické koncentrácie VEGF po liečbe boli signifikantne vyššie v podskupine so SZpEF v porovnaní s podskupinou so SZrEF. Nebol zistený žiaden signifikantný rozdiel v plazmatických koncentráciách VEGF pred liečbou.

**Záver:** Naša štúdia preukázala signifikantný rozdiel v parametroch GLS a R u všetkých zaradených pacientov so SZ v porovnaní s kontrolnou skupinou. Taktiež bol dokázaný signifikantný rozdiel v parametri GLS medzi SZrEF a SZpEF podskupinami. Kľúčové slová: globálny longitudinálny strain, reservoir strain, vaskulárny endotelový rastový faktor, akútna dekompenzácia chronického srdcového zlyhávania

## KARDIOLOGIE (2) – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

### Arteriální hypertenze a reakce krevního tlaku na zátěž u sportovců

Jelínek L.<sup>1</sup>, Moravcová K.<sup>2</sup>, Ožana J.<sup>2</sup>, Sovová M.<sup>2</sup>, Václavík J.<sup>3</sup>, Jiravský O.<sup>4</sup>, Jiravská-Godula B.<sup>5</sup>, Pešová P.<sup>4</sup>, Puškašová K.<sup>6</sup>, Sovová E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, Fakultní nemocnice Olomouc; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého; 72. mechanizovaný prapor, Armáda České republiky

<sup>2</sup>Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, Fakultní nemocnice Olomouc; Lékařská fakulta, Univerzita Palackého

<sup>3</sup>Interní a kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava; Lékařská fakulta; Ostravská univerzita

<sup>4</sup>Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Třinec

<sup>5</sup>Sportovní ambulance s.r.o., Karvinná

<sup>6</sup>Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s., Ostrava

**Úvod a cíle:** Arteriální hypertenze je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a nejčastějším patologickým nálezem při vyšetření sportovců. Na druhé straně pohybová aktivita vede ke snížení krevního tlaku a je tak základní součástí režimových opatření při léčbě hypertenze. Osoby, které se chtějí zabývat sportem na výkonnostní úrovni, by měly být preparticipativně vyšetřovány zátěžovým testem. Součástí vyšetření je pravidelné měření tlaku v klidu a při samotném výkonu. Část vyšetřovaných má klidovou hypertenzi (včetně

izolované systolické a diastolické) a část excesivní reakci na zátěž (definovanou jako nárůst systolického tlaku v zátěži o více než 30 mm Hg na každý 1 W/kg relativního výkonu). Naším cílem bylo zjistit, jaká část testovaných sportovců měla jednotlivé hypertenzní fenotypy a hyperreakci tlaku v zátěži. Dále jsme chtěli porovnat výskyt arteriální hypertenze mezi jednotlivými typy sportovních aktivit – smíšené, vytrvalostní, silové a dovednostní.

**Metodika:** Retrospektivně jsme analyzovali data 1 733 dospělých atletů, kteří mezi roky 2 019 a 2 023 podstoupili zátěžové vyšetření ve dvou centrech sportovní medicíny. 11 osob test nedokončilo pro arteficiální ukončení lékařem z různých příčin. Průměrný věk byl 24,9 let, 69 % osob byli muži a relativní výkonnost byla průměrně 4,08 W/kg. Měřena a zaznamenána byla klinická data v klidu a při zátěži. Následně byla data statisticky zpracována.

**Výsledky:** Celkem 431 (24,9 %) osob splňovala kritéria arteriální hypertenze při měření tlaku v klidu. Z toho 182 (10,5 %) mělo izolovanou systolickou hypertenzi a 104 (6 %) izolovanou diastolickou hypertenzi. 19 (1,1 %) osob mělo tlakovou hyperreakci v zátěži. Zvýšený diastolický krevní tlak se vyskytuje signifikantně častěji u sportovců s dovednostním nebo silovým typem sportu než u sportovců se smíšeným typem sportu (24,0 % a 24,2 % vs. 12,6 %,  $p = 0,009$  a  $p = 0,037$ ). Hypertenzní reakce na zátěž se vyskytuje signifikantně častěji u sportovců se silovým typem sportu než u sportovců se smíšeným typem sportu (4,5 % vs. 0,7 %,  $p = 0,006$ ).



**Závěr:** Častější incidence klidové a zátěžové arteriální hypertenze u specifických typů sportu by měla vést k intenzivnější diagnostice a péči o tyto konkrétní typy sportovců. Definice zátěžové tlakové hyperreakce je aktuálně nejednotná. Delší sledování osob s hraničními a patologickými hodnotami by mohlo vést k efektivnější indikaci testování a následných léčebných a režimových opatření.

### Úloha transezofageálnej echokardiografie v diferencijálnej diagnostike kryptogénnej cievnjej mozgovej príhody – kazuistika

Pěč M.J.<sup>1</sup>, Bolek T.<sup>1</sup>, Pěčová M.<sup>2,3</sup>, Jurica J.<sup>1</sup>, Laková L.<sup>1</sup>, Benko J.<sup>1,5</sup>, Blaško P.<sup>4</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1,6</sup>, Mokáň M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>2</sup>Onkologické centrum, Univerzitná nemocnica Martin, Martin

<sup>3</sup>Klinika hematológie a transfuziológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

<sup>4</sup>Kardiologická ambulancia, Bánovce n.

Bebravou

<sup>5</sup>Kardiologická klinika, Fakultná nemocnica Nitra, Nitra

<sup>6</sup>Oddelenie akútnej kardiológie, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Banská Bystrica

Ischemická cievnna mozgová príhoda (iCMP) je dôsledok uzavretia intrakraniálnej alebo

extrakraniálnej mozgovej tepny. V prípade kardioembolických CMP je vznik uzavretia cievy najčastejšie podmienený krvnou zrazeninou, zriedkavo iným materiálom (nádorová alebo aterómová masa, prípadne iné). Klinický obraz iCMP závisí od rozsahu zasiahnutej oblasti ako i od konkrétnej cievy, ktorá je uzavretá, a vždy sa spája s výrazným neurologickým deficitom. Pacienti po iCMP často trpia zhoršením kvality života. Príčiny kardioembolickej CMP sú rozmanité, radíme sem fibriláciu a flutter predsieni, chlopňové náhrady, endokarditídy, ochorenia mitrálnej chlopne, trombus v ľavej predsieni alebo komore, nádory srdca, abnormality predsieňového septa ako i aterosklerotické lézie ascendentnej aorty či disekciu aorty. V práci prezentujeme prípad 36-ročnej pacientky bez významnejšieho predchordia s magnetickou rezonanciou verifikovanou kryptogénnou iCMP s viacerými ischemickými ložiskami bilaterálne. Na našom pracovisku bola pacientke realizovaná transezofageálna echokardiografia (TEE), 7 dňové monitorovanie EKG a sonografické vyšetrenie dolných končatín za účelom stanovenia origa. TEE vyšetrenie preukázalo perzistujúce foramen ovale (PFO) s provokovateľným P-L skratom a pacientka bola odoslaná na intervenčné riešenie.

## **Faktory interferující s koncentraciemi přímých orálních antikoagulancií (DOAK) u pacientů s fibrilací predsení – naše zkušenosti**

Bolek T.<sup>1</sup>, Samoš M.<sup>1</sup>, Galajda P.<sup>1</sup>, Škorňová I.<sup>2</sup>, Staško J.<sup>2</sup>, Kubisz P.<sup>3</sup>, Mokáč M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interní klinika, Jesseniova lékařská fakulta v Martin, Univerzita Komenského v Bratislavě

<sup>2</sup>Národní centrum hemostázy a trombózy, Klinika hematologie a transfuziologie, Jesseniova lékařská fakulta v Martin, Univerzita Komenského v Bratislavě

Základnou farmakoterapiou u pacientů s fibrilací predsení, která významně snižuje riziko kardioembolických příhod, je orální antikoagulační léčba. V současnosti jsou léky první volby přímo orální antikoagulační (DOAK), které v porovnání s vitamín K-dependentními antikoagulanty prokázaly více výhod, jako jsou fixní dávkování, rychlý nástup účinku, není potřeba rutinního laboratorního monitorování, vyšší účinnost, nižší riziko krvácivých komplikací a mají méně lékových a potravinových interakcí. Například vysoké účinnosti této

léčby, v rutinní klinické praxi se setkáváme i s její nedostatečnou účinností, která se často krát manifestuje ischemickou cévnou mozkovou příhodou (iCMP). Právě pro uvedené je důležité definovat potenciální faktory, které mohou snižovat účinnost léčby DOAK a tím zvyšovat riziko iCMP. V této práci shránujeme výsledky našich prioritních pozorování, které hodnotili vliv inhibitorů protónové pumpy, věku, statínů, diabetu mellitus na účinnost léčby DOAK u pacientů s fibrilací predsení.

## **Trombus levé komory – kazuistika**

Adámek R.

Interní oddělení VN Olomouc

I. interní klinika UNM

Na následující kazuistice bych chtěl popsat a rozebrat management řešení trombózy levé komory u pacienta středního věku, který je hospitalizován pro úpravu a nastavení léčby fibrilace síní, u které byla upravována antikoagulační terapie pro krvácivé komplikace. Rodinou je anamnesticky popisována zhoršující se, výrazná abulie. Během hospitalizace nacházíme trombus, nasedající na stěnu levé komory velikosti 6 x 2,5 cm.

## DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE A PORUCHY METABOLISMU (2) – SEKCE 1 (Malá posluchárna PRAVÁ)

### Adiponectin / leptin ratio as an index to determine metabolic risk in patients after kidney transplantation

Graňák K.<sup>1,2</sup>, Vnučák M.<sup>1,2</sup>,  
Beliančinová M.<sup>1,2</sup>, Kleinová P.<sup>1,2</sup>,  
Pytliaková M.<sup>3</sup>, Dedinská I.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Transplant Centre, University Hospital Martin

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine I, Jessenius Medical Faculty of Comenius University and University Hospital Martin

<sup>3</sup>Department of Gastrointestinal Internal Medicine, Jessenius Medical Faculty of Comenius University and University Hospital Martin

**Introduction:** It has been confirmed that adiponectin / leptin (A/L) ratio correlates better with cardiometabolic risk factors than hormone levels alone. Based on the results in general population, A/L ratio > 1 can be considered normal, A/L ratio of 0.5 – 1 indicate a moderate increased risk and A/L ratio < 0.5 a severe increased cardiometabolic risk. The aim of our study was to determine the risk of developing post-transplant diabetes mellitus (PTDM), pre-diabetes and other metabolic risk factors depending on A/L ratio in patients after kidney transplantation (KT). Material and methods: In the prospective analysis, the studied sample (n = 104) was divided into three groups: 1. control group, 2. patients who developed pre-diabetes and 3. patients who developed PTDM.

Pretransplantation and at 3, 6 and 12 months after KT, we recorded the basic characteristics of the donor and recipient, including parameters reflecting graft function, metabolic and anthropometric parameters. At the same time, we monitored the levels of adipocytokines and calculated A/L ratio.

**Results:** During the observed period, we recorded statistically significant increase in the A/L ratio in the control group (P = 0.0013), on the contrary, significant decrease in the PTDM group (P = 0.0003). Comparing the individual subgroups divided according to the values of A/L ratio in 1 year after KT, we found that patients with A/L ratio < 0.5 compared to those with a value > 1 were significantly longer in dialysis program, had higher BMI, waist circumference, poorer graft function, higher proportion of pre-diabetes and PTDM in 1 year after KT. We used significant variables in the multivariate analysis and using logistic regression we identified age at time of KT (OR 1.0709, P = 0.0337), triglycerides at 1 year (OR 2.7735, P = 0.0446) and A/L ratio < 0.5 as an independent risk factors for pre-diabetes and PTDM development 1 year after KT (OR 3.1724, P = 0.014). We found that the baseline A/L ratio was negatively correlated with BMI value (P = 0.0013) and A/L ratio 1 year after KT was negatively correlated with BMI (P = 0.0111), waist

circumference ( $P = 0.0108$ ) and triglycerides ( $P = 0.0261$ ) 1 year after KT.

**Conclusion:** This is the first study to evaluate the relationship between A/L ratio and the risk of PTDM and associated metabolic states in patients after KT. In our study, we found out that A/L ratio  $< 0.5$  is an independent risk factor for prediabetes and PTDM development 1 year after KT.

## Steatóza pankreatu u bariatrických pacientů

Blaho M.<sup>1,2</sup>, Bužga M.<sup>3,4</sup>, Švagera Z.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Oddělení gastroenterologie, Interní a kardiologická klinika FN Ostrava

<sup>2</sup>Katedra interních oborů LF Ostravské univerzity

<sup>3</sup>Ústav fyziologie a patofyziologie LF Ostravské univerzity

<sup>4</sup>Ústav laboratorní medicíny FN Ostrava

<sup>5</sup>Ústav laboratorní medicíny LF Ostravské univerzity

**Úvod:** Steatóza pankreatu je označení pro stav charakterizovaný zvýšenou akumulací tuku v pankreatu. Nejčastější příčinou je obezita a metabolický syndrom. Steatóza pankreatu má metabolické důsledky na celý organismus i lokální vliv na samotný pankreas. Diagnostika je založena na neinvazivních vyšetřeních a kvantifikace tuku v pankreatu pomocí magnetické rezonance je nejpřesnější metodou. Sledovali jsme vliv metabolického syndromu na přítomnost steatózy pankreatu, rozdíl mezi pacienty se steatózou a bez ní, a metabolický vliv bariatrických zákroků.

**Metodika:** U 34 pacientů, kteří podstoupili bariatrický zákrok (chirurgický či endoskopický), jsme hodnotili změny v antropometrických údajích, biochemických hodnotách a výskytu metabolického syndromu. 24 měsíců po zákroku pacienti absolvovali magnetickou rezonanci s následným manuálním vymodelováním 3D segmentační masky k určení obsahu tuku v pankreatu. Porovnali jsme rozdíly v množství tuku a přítomnosti steatózy pankreatu u osob s metabolickým syndromem a bez něj a porovnali jsme pacienty se steatózou pankreatu a bez ní.

**Výsledky:** Nenalezli jsme významný rozdíl v množství pankreatického tuku či výskytu steatózy pankreatu mezi skupinami s metabolickým syndromem a bez něj. Jsou významné rozdíly mezi pacienty s pankreatickou steatózou a bez ní – obzvláště v body mass indexu (BMI), množství tělesného tuku, viscerální tukové tkáni, v hodnotách vybraných adipocytokinů a lipidovém spektru. V hodnotách hladin glykémie rozdíl nebyl. Pozorovali jsme významný metabolický efekt bariatrických výkonů.

**Závěr:** Bariatrické výkony lze považovat za efektivní v léčbě obezity, metabolického syndromu a některých jeho komponent. Námi vypracovaná metoda měření pankreatického tuku pomocí magnetické rezonance neprokázala žádný rozdíl ve vztahu k přítomnosti metabolickému syndromu, nicméně pacienti, kteří po bariatrickém výkonu zhubli na BMI  $< 30$ , neměli steatózu pankreatu a měli menší množství celkového tělesného tuku i viscerálního tuku. Hodnoty glykémie neměly vliv na přítomnost steatózy pankreatu.

## Souvisí endokrinní orbitopatie s onemocněním/vakcinací proti COVID-19?

Bolacká M., Schovánek J., Karhanová M.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc a Oční klinika LF UP a FN Olomouc

**Úvod:** Mezi rizikové faktory endokrinní orbitopatie (EO) patří kromě kouření a stresu i infekční onemocnění, bylo popsáno i několik případů reaktivace či vzniku EO v návaznosti na očkování proti COVID-19.

**Soubor a metodika:** Kazuistické sdělení dvou pacientek s EO.

**Výsledky:** Již opakovaně jsme se setkali s případy vzniku a progresu EO v průběhu nebo po prodělání onemocnění COVID-19 či po vakcinaci proti tomuto infekčnímu onemocnění. První kazuistika ilustruje případ 56leté pacientky, u které došlo k výrazné progresi onemocnění v souvislosti s nemocí COVID-19, druhá kazuistika pak představuje 74letou pacientku po bilaterální dekompresi očních v téměř 20leté remisi EO, u které došlo k závažné reaktivaci EO krátce po druhé dávce očkování proti COVID-19.

**Závěr:** Souvislost mezi COVID-19 a endokrinní orbitopatií (i jinými autoimunitními chorobami) bude i nadále předmětem zkoumání. Na základě již i dříve publikovaných kazuistik lze předpokládat, že v důsledku imunitních změn po prodělání onemocnění COVID-19 či po vakcinaci proti němu může dojít ke vzniku, reaktivaci či progresi EO.

*Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU21J-01-00017. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena. Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a grantem IGA\_LF\_2023\_002*

## Od pôrodníka k endokrinológovi Dzubová P., Klčovanská A., Bobályová A., Rajec J.

Klinika vnútorného lekárstva, Fakultná nemocnica Trnava

Hyponatriémia patrí medzi najčastejšie príčiny rozvratu vnútorného prostredia vyžadujúca si komplexnú diferenciálnu diagnostiku. V našej kazuistike pojednávame o 32-ročnej pacientke v období šestonedelia hospitalizovanej na Klinike vnútorného lekárstva a anamnézou nešpecifických príznakov – cefalea, nausea, febrility. Vo vstupných laboratórnych vyšetreniach bola zachytená ťažká hypoosmolárna euvolemická hyponatriémia a hypochlorémia. V rámci diferenciálnej diagnostiky bola doplnená magnetická rezonancia mozgu s obrazom postichemických zmien v tkanive adenohypofýzy. V kontexte závažného minerálového dysbalansu, odobratého kompletneho hormonálneho profilu a vyššie uvedeným nálezom na MR bol u pacientky diagnostikovaný Sheehanov syndróm ako zriedkavá príčina hyponatriémie s panhypopituitarizmom, s nutnosťou celoživotnej hormonálnej substitúcie.

## Od prosté dehydratace k vzácné diagnóze

Mačáková D., Krystyník O., Dohnal R., Cibičková L., Karásek D

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc

Tato kazuistika popisuje případ mladé 36leté ženy, dosud bez sledovaných onemocnění, která byla přijata do nemocnice pro šokový stav s těžkou refrakterní hypotenzí s nutností kardiopulmonální resuscitace a použití extrakorporální membránové oxygenace. V klinickém a laboratorním obraze dominovaly známky těžké dehydratace včetně polyglobulie, bez zjevné etiologie. Po vyloučení klasických příčin šokového stavu byla zvažována endokrinní příčina (panhypopituitarismus, centrální hypothyreóza, diabetes insipidus, pozdní Sheehanův syndrom). Za hospitalizace však došlo k výraznému edému a omezení prokrvení levé dolní končetiny, byl diagnostikován compartment syndrom, který vyústil až k amputaci končetiny ve stehně. Po stabilizaci stavu byla pacientka propuštěna na substituci kortikoidy a levothyroxinem při suspektním pozdním Sheehanově syndromu. Tento šokový stav se ale zopakoval ještě dvakrát i při plně nastavené substituční léčbě, vždy byl provázen těžkou hypotenzí s nutností vasopresorické podpory, polyglobulií, hypoalbuminémií, zhoršením renálních funkcí. Po pár dnech intenzivní léčby a rehydratace vždy s návratem k normálu. To nás donutilo přehodnotit dosavadní diagnózu a najít ještě vzácnější příčinu, než byl původně diagnostikovaný Sheehanův syndrom.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892  
a grantem IGA\_LF\_2023\_002.

## Glykační index hemoglobinu (HGI) jako ukazatel individuální glykace u pacientů s diabetem 1. typu na kontinuální a okamžité monitoraci glukózy

Martin P., Navrátilová V., Horová E., Škrha J.jr., Prázný M, Škrha J.

3. IK 1. LF UK a VFN, Praha

**Cíl studie:** S rostoucím využíváním kontinuálních glukózových senzorů v terapii diabetu je stále častěji vyjadřována kompenzace diabetu pomocí GMI (glucose management indicator) založeném na průměrné senzorové glukóze. U části pacientů se však liší od hodnoty glykovaného hemoglobinu HbA1c stanoveného v laboratoři. Tuto diskrepanci charakterizuje glykační index hemoglobinu – HGI (hemoglobin glycation index), kterým se zabývala tato studie.

**Soubor vyšetřených a metody:** Do studie bylo zařazeno 344 osob s diabetem 1. typu (prům. věk  $42 \pm 14$  let, ženy 54 %) využívajících kontinuální (CGM, 53 %) nebo okamžité měření glukózy (FGM, 47 %), léčených inzulinovými pery (56 %) nebo inzulinovou pumpou (44 %). U všech pacientů byly sledovány rutinní biochemické parametry, albuminurie i základní antropometrická data, jakož i četnost diabetických komplikací. HGI byl vypočten jako rozdíl HbA1c a GMI.

**Výsledky:** Specifické diabetické komplikace mělo 29 % osob (21 % retinopatie, 8 % diab.

onemocnění ledvin, 14 % neuropatie, 1,5 % diab. noha). Průměrný HbA1c byl  $57 \pm 12$  mmol/mol, GMI  $53 \pm 9$  mmol/mol a čas strávený v cílovém rozmezí (TIR)  $65 \pm 17$  %. Dle HGI byli pacienti pro další vyhodnocení rozděleni do tercilů na „vysoké“ (HGI+; 6,1–43,5), „střední“ (HGI0; -0,1–6,1) a „nízké glykátory“ (HGI-; -16,9–(-0,1)). Skupiny se lišily v HbA1c ( $68 \pm 12$ ,  $55 \pm 8$  a  $49 \pm 9$  mmol/mol,  $p < 0,0001$ ), TIR ( $60 \pm 18$ ,  $68 \pm 16$  a  $67 \pm 19$  %,  $p < 0,005$ ), výšce ( $173 \pm 10$ ,  $172 \pm 8$  a  $176 \pm 10$  cm,  $p < 0,005$ ), hmotnosti ( $76 \pm 14$ ,  $75 \pm 14$  a  $81 \pm 17$  kg,  $p < 0,01$ ) a věku ( $45 \pm 16$ ,  $44 \pm 13$  a  $38 \pm 12$  let,  $p < 0,001$ ). Naopak se nelišily délkou trvání diabetu ( $18 \pm 13$ ,  $16 \pm 11$  a  $15 \pm 11$  let, NS), celkovou denní dávkou inzulínu ( $50 \pm 22$ ,  $44 \pm 17$  a  $49 \pm 23$ , NS), GMI ( $55 \pm 11$ ,  $52 \pm 7$  a  $53 \pm 8$  mmol/mol, NS) a BMI ( $25 \pm 4$ ,  $25 \pm 4$  a  $26 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup>, NS). Pacienti s diabetickými komplikacemi měli oproti osobám bez komplikací významně vyšší HGI 6,7 (-9,1–43,5) vs. 2,9 (-16,9–36,3),  $p < 0,0005$ .

**Závěr:** Naše práce ukazuje HGI jako marker interindividuální variability glykace, který vysvětluje v praxi občas pozorovaný nepoměr mezi HbA1c odhadovaným z kontinuální monitorace glukózy a laboratorně změřeným HbA1c. Zvýšený HGI u pacientů s komplikacemi podporuje představu o nepříznivém vlivu glykace v patogenezi diabetických cévních změn.

*Práce byla podpořena grantem RVO-  
-VFN64165.*

## Porovnání efektu léčby autologními kmenovými buňkami a konservativní léčby u diabetiků s chronickou končetinou ohrožující ischemií – randomizovaná kontrolovaná studie

Sojáková D.<sup>1,2</sup>, Husáková J.<sup>1,2</sup>, Fejfarová V.<sup>1</sup>, Wosková V.<sup>1</sup>, Jarošíková R.<sup>1</sup>, Dubský M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny Praha

<sup>2</sup>1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

**Východiska:** Autologní buněčná terapie (ACT) je už řadu let využívána u pacientů s chronickou končetinou ohrožující ischemií (CLTI), u kterých není možné provést revaskularizační výkon (no-option CLTI). Na našem pracovišti v Centru diabetologie IKEM proběhla randomizovaná studie, kde byl porovnáván účinek ACT u diabetiků s CLTI v porovnání s konzervativním postupem (standard therapy – ST).

**Metodika:** Pacienti byli v rámci studie randomizováni na skupinu léčenou ACT (n = 21) a na skupinu léčenou konzervativně (n = 19). Při ACT jsme využili mononukleární frakci buněk kostní dřeně (BMMNC) získaných z 250 ml odebrané kostní krve z lopaty kosti kyčelní, po separaci se pak BMMNC aplikovaly intramuskulárně do svalů bérce a do okolí defektu. Efekt léčby byl hodnocen dle vyšetření transkutánní tenze kyslíku (TcPO2) a počtem pacientů se zhojeným defektem. Stupeň bolesti byl posuzován podle Visual Analogue Scale (VAS). V obou skupinách byl sledován počet amputačních výkonů a délka

přežití bez potřeby amputace (amputation-free survival, AFS).

**Výsledky:** Po 12 týdnech sledování měli pacienti po ACT hodnoty TcPO<sub>2</sub> signifikantně zvýšené z 20,8 ± 9,6 na 41,9 ± 18,3 mm Hg (p=0,005) oproti ST, kde nebyla pozorovaná žádná změna (z 21,2 ± 11,4 na 23,9 ± 13,5 mm Hg). ST pacienti v 12. týdnu podstoupili také ACT a za dalších 12 týdnů se hodnoty TcPO<sub>2</sub> také u nich zvýšily z 20,1 ± 13,9 na 41,9 ± 14,8 (p=0,005), přičemž hodnoty u ACT pacientů zůstaly zvýšené po celou dobu sledování. Ve skupině ACT jsme pozorovali signifikantně více zhojených defektů oproti ST skupině (5/16 vs. 0/13, p=0,048). Dle VAS hodnocení byla bolest po 12 týdnech signifikant-

ně redukována u pacientů, kteří podstoupili ACT (z 5,5 ± 2,5 na 2,3 ± 2,1, p = 0,002) v porovnání ST pacienti (5,0 ± 2,2 na 5,9 ± 1,7, p = 0,003). Avšak nepotvrdili jsme signifikantní rozdíl v počtu vysokých amputací mezi skupinami po 12 týdnech.

**Shrnutí:** Naše studie prokázala, že autologní buněčná terapie je efektivní metoda léčby CLTI u diabetiků, zlepšuje parametry ischemie a urychluje hojení ran. Snížení vysokých amputací jsme v krátkém sledování neprokázali.

*Podpořeno projektem Národní institut pro výzkum metabolických a kardiovaskulárních onemocnění (Program EXCELES, číslo projektu: LX22NPO5104) – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU a projektem MZO 00023001.*

## GASTROENTEROLOGIE A HEPATOLOGIE – SEKCE 1 (Malá posluchárna PRAVÁ)

### Od gastroenteritidy k Zollinger-Ellison syndromu – kazuistika

Cveková S., Aiglová K., Zoundjekpon V.

II. interní klinika gastroenterologická  
a geriatrická Fakultní nemocnice Olomouc

**Úvod:** Zollinger-Ellison syndrom je popisován jako kombinace vředové nemoci a inzulárního tumoru pankreatu s autonomní nadprodukcí gastrinu. Patří mezi vzácné nádorové afekce s incidencí 0,5–2 případů na 1 milion obyvatel. V 60–80% je lokalizován v pankreatu a 20–40% extrapankreaticky, nejčastěji v duodenu. V klinickém obrazu je dominantní hypersekrece HCl

v žaludku a recidivující peptické vředy žaludku a duodena manifestující se krvácením, perforací či penetrací. Mezi časté příznaky onemocnění patří bolesti břicha, průjem a pyróa.

**Kazuistika:** 71letý pacient byl hospitalizován pro epigastralgie, zvracení, odeznívající průjem, poruchu příjmu potravy. Vstupně provedeno CT břicha s nálezem prosáklé stěny duodena, v oblasti D2 drobná hyperdenzita v oblasti stěny, suspektní drobné krvácení v oblasti vředu, dále patrná patologicky zvětšená lymfatická uzlina vel. 31×27 mm ventrálně od hlavy pankreatu a cirkulárně rozšířena stěna distálního jícnu. Doplněn mikrobiální scree-



ning na průkaz infekčního agens způsobující průjmovité onemocnění. Sérologicky potvrzena *Yersinia enterocolitica*, pacient udává možnou alimentární příčinu, požití vepřového masa nakládaného v močovíně. Po stabilizaci stavu je doplněno gastroscopické vyšetření k vyloučení neoplastického procesu, kde je potvrzena přítomnost četných ulcerací duodena ad apexu po bulbus a těžká refluxní ezofagitis. Histologicky popisován fokální středně intenzivní chronicky záněť a přítomnost Barrettova jícnu C1 M 1,5. Anamnesticky pacient po 2 epizodách krvácení z vředové léze duodena s nutností hospitalizace a hemosubstituce. Pro podezření na přítomnost gastrinomu odebrána hladina gastrinu, která byla 1021 mU/l. Následně doplněno scintigrafické vyšetření Tc-TEKTROTID, kde nalezen tumor s expresí somatostatinových receptorů v D2 duodena a v jedné lymfatické uzlině v retroperitoneu. Dle rozhodnutí multidisciplinární onkochirurgické komise pacient indikován k resekcijnímu výkonu, který odmítá. Proto pokračováno v medikamentózní terapii vysokými dávkami PPI a podáváním analoga somatostatinu. Kontrolní gastroscopie s odstupem 12 týdnů popisuje kompletní zhojení ulcerace bulbu duodena a zhojení těžké ezofagitidy s přítomností Barrettova jícnu.

**Závěr:** Námi prezentovanou kazuistikou chceme poukázat na vzácný případ pacienta s gastrinomem duodena a jeho specifickou diagnostickou sekvencí a terapií.

## Frekvencia kmitania cílií u pacientov s laryngofaryngeálnym refluxom je nižšia ako u zdravých dobrovoľníkov.

Vážanová D., Ďuriček M., Čelková P., Kvaššayová J., Lipták P., Bánovčin P.

Interná klinika gastroenterologická UNM a JLF UK

**Úvod:** Laryngofaryngeálny reflux (LPR) je ochorenie charakterizované širokým spektrom ťažkostí, najčastejšie z nich predstavuje kašeľ, potreba očisťovania hrdla a pocit cudzieho telesa v krku. Značná časť pacientov udáva rekurentné alebo perzistentné zápaly horných dýchacích ciest (HDC). Patogenéza týchto zápalových zmien je komplexná, avšak predpokladá sa účasť mikroaspirácií gastroduodenálneho refluxátu. Porušenie funkcie mukociliárneho epitelu HDC môže viesť ku vzniku rekurentných zápalových zmien. Stanovili sme preto hypotézu, že pacienti s LPR majú narušený mukociliárny klírens epitelu HDC. Preto sme stanovili frekvenciu ciliárnych kmitov (ciliary beat frequency – CBF), hlavného merateľného parametra mukociliárneho klírensu u pacientov s LPR.

**Ciele a metódy:** Zaradili sme pacientov, ktorým bol potvrdený LPR 24-hodinovou dvojkanálovou pH metriou s impedanciou. V čase vyšetrenia a 10 dní pred ním mali vysadené inhibítory protónovej pumpy (PPI). Vzorku ciliárneho epitelu sme získali nazofaryngeálnym kefkovitým sterom a následne ju analyzovali v softvérovej aplikácii Ciliary Analysis (NI LabVIEW) pod digitálnym vysoko-rýchlostným videomikroskopom.

Ako kontrolnú skupinu sme použili zdravých dobrovoľníkov, ktorí nemali pažerákové alebo extrapažerákové symptómy pažerákovrej refluxovej choroby (GERD). Do oboch skupín boli zaradení len tí, ktorí v období posledných 3 mesiacov neprekonali infekciu dýchacích ciest, vrátane infekcie Covid-19. Sledovali sme maximálnu, minimálnu a strednú hodnotu frekvencie ciliárnych kmitov (CBF) v Hz.

**Výsledky:** Analyzovali sme 18 pacientov s LPR (13 žien/5 mužov) a 8 zdravých dobrovoľníkov (6 žien/2 mužov). Stredná hodnota frekvencie ciliárnych kmitov bola podstatne nižšia u pacientov s LPR ako u zdravých dobrovoľníkov ( $6,34 \pm 1,75$  vs.  $10,85 \pm 1,67$  Hz,  $p < 0,0001$ ). Maximálna frekvencia ciliárnych kmitov bola tiež významne nižšia u pacientov s LPR ako u zdravých ( $15,38 \pm 2,39$  vs.  $17,9 \pm 0,95$  Hz,  $p=0,002$ ). Aj v hodnotách minimálnej frekvencie ciliárnych kmitov boli pozorované signifikantné rozdiely ( $1,91 \pm 0,70$  vs.  $3,73 \pm 1,32$ ,  $p<0,0001$ ).

**Záver:** Pacienti s LPR mali signifikantne nižšie hodnoty maximálnej, strednej aj minimálnej frekvencie ciliárnych kmitov v porovnaní so zdravými dobrovoľníkmi. Naše dáta naznačujú, že frekvencia ciliárnych kmitov je u pacientov s LPR znížená, čo môže viesť ku zníženému mukociliárnemu klírensu. Je však potrebné získanie ďalších dát k potvrdeniu priameho účinku refluxátu na túto skutočnosť.

## Anorektálny hemangiom jako vzácná příčina enteroragie

Pospíšilová B.<sup>1</sup>, Frydrych J.<sup>2</sup>, Krajina A.<sup>3</sup>, Ůrhalmi J.<sup>4</sup>, Mikoviny Kajzrlíková I.<sup>1</sup>, Vítek P.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Interní oddělení, Beskydské Gastrocentrum, Nemocnice ve Frýdku-Místku

<sup>2</sup>Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou

<sup>3</sup>Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

<sup>4</sup>Chirurgické oddělení Nemocnice Hořovice

<sup>5</sup>Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

**Úvod:** Popisujeme případ nemocného léčeného od dětství pro rezistentní proktitidu s krvácením. V rámci převzetí pacienta do gastroenterologické ambulance byl nález reevaluován a ukázalo se, že příčinou obtíží je anorektální hemangiom.

**Popis případu:** 21letý pacient byl od dětství léčen azathioprinem a mesalazinem pro ulcerózní kolitidu s postižením rekta. Přes léčbu trvaly enteroragie, které se stupňovaly a vyžadovaly krevní převody vzhledem k symptomatické anémii. Pro atypický endoskopický nález v rektu a negativní sérologii (ANCA, ASCA) byl pacient odeslán k došetření do centra. Na našem pracovišti byla provedena koloskopie s nálezem venektazií a varixů rekta v rozsahu až do rektosigmoidea, histologie byla bez známek zánětu; gastrokopický nález pak zcela v mezích normy. V návaznosti jsme doplnili CT břicha s nálezem flebolitů v okolí rekta a vyloučením trombózy

v portálním řečišti i v malé pánvi. Následně byla indikována MR rekta a pánve, která potvrdila vzácnou vaskulární afekci – anorektální hemangiom. Pacient byl konzultován s koloproktologem, případný chirurgický výkon by byl spojen s vysokou morbiditou. Proto bylo rozhodnuto o miniinvazivním radiointervenčním řešení. Pacientovi byla na specializovaném pracovišti provedena angiografie dolní mesenterické tepny s částečnou embolizací rektálních větví pomocí PVA mikročastic ve dvou sezeních s odstupem 9 měsíců. Po výkonech došlo ke snížení enteroragie a parciální regresi endoskopického nálezu. Nadále je však nutnost perorální substituce železa.

**Diskuze:** Anorektální hemangiom je benigní vaskulární tumor, jehož hlavní klinickou manifestací je nebolestivá enteroragie a onemocnění je často asociováno se sideropenickou anémií. Diferenciálně diagnosticky zvažujeme především možnost vaskulární ektázie, případně angiodyplazie. V našem případě byl nemocný dlouhodobě léčen jako rektální tvar ulcerózní kolitidy. Zejména při výskytu triády intermitentní enteroragie, nálezu ektopických flebolitů a hemangiomů na kůži by měl být zvážen intestinální hemangiom jako zdroj GI krvácení.

**Závěr:** V případě atypického klinického či endoskopického obrazu u pacientů s enteroragií je před uzavřením diagnostického procesu nutno pomyslet i na vzácnější příčiny enteroragie jako je anorektální hemangiom. U našeho nemocného byla léze řešena miniinvazivně selektivní embolizací.

## Syndróm miznúcich žľčovodov pri liekmi indukovanom poškodení pečene u pacienta po polytraume

Faktorová X.<sup>1</sup>, Žigrai M.<sup>1</sup>, Horniaková L.<sup>2</sup>, Adamcová-Selčanová S.<sup>3</sup>, Belica R.<sup>1</sup>, Guga D.<sup>1</sup>, Vyskočil M.<sup>1</sup>

Interná klinika SZU, Univerzitná nemocnica –  
Nemocnica svätého Michala, a. s., Bratislava

44 ročný muž bez interného predchorenia po ťažkej polytraume (zrážka s kamiónom) s užívaním komplexnej liečby (antibiotiká, antimykotiká, LMWH) dlhodobo hospitalizovaný na traumatologickom oddelení bol preložený na internú kliniku pre postupne sa rozvíjajúci nebolestivý ikterus a pruritus celého tela. Laboratórne pri prijatí sme zaznamenali hyperbilirubinémiu (bilirubín celkový 350,5 μmol/l; bilirubín konjugovaný 338,9 μmol/l), zvýšené cholestatické enzýmy (GMT 1,15 μkat/l; ALP 4,71 μkat/l), anémiu ľahkého stupňa (Hb 109 g/l), mierne zvýšenú hladinu IgG (16,50 g/l), koagulačné parametre v medziach normy. Sérologickým vyšetrením sme vylúčili akútnu vírusovú (HBV, HCV, HAV, CMV, EBV, VZV, HSV) a vrodenú metabolickú etiológiu ochorenia pečene (Wilsonova choroba, hereditárna hemochromatóza). Z panelu autoprotilátok sme zistili pozitívitu IgG4, ostatné autoprotilátky (ANA, ANCA, AMA, antiLKM-1, antiLC-1, Ro-52) boli negatívne. Genetickým vyšetrením sme vylúčili Gilbertov syndróm. U pacienta sme vysadili potenciálne hepatotoxickú liečbu, nasadili empiricky silymarín a ursodeoxycholovú kyselinu. Realizovali sme MRCP, ktoré zobrazilo nepravidelné intrahepatálne žľčové cesty v dif.

dg. obraz primárnej sklerotizujúcej cholangitídy, resp. poliekové poškodenie typu SC-like, s nemožnosťou vylúčenia akútnej cholangitídy. Napriek empirickej liečbe nastal opätovný vzostup bilirubínu (bilirubín celkový 425,73 $\mu$ mol/l; bilirubín konjugovaný 408,19 $\mu$ mol/l), prehĺbenie anémie na stredne ťažký stupeň so znížením protrombínového času pod 50 %. Biopsia pečene vylúčila autoimunitnú hepatitídu aj IgG4 hepatopatiu a zobrazila „vanishing bile duct syndrome“ pri liekmi indukovanom poškodení pečene (DILI). Pre hroziace akútne zlyhanie pečene (INR 1,51) sme v spolupráci s hepatológmi zahájili terapiu vysokými dávkami intravenózneho N-acetylcysteínu (1200 mg denne). Vzhľadom na neprítomnosť autoimunitného procesu nebola kortikoidná liečba zahájená. Zhruba 12 dní od potencovanej hepatoprotektívnej liečby sme zaznamenali pokles hladiny bilirubínu, normalizáciu koagulačných parametrov. Zhruba mesiac po prepustení na ambulantnej liečbe došlo u pacienta k úplnému ústupu pruritu, ikteru a zlepšeniu biochemických parametrov. Kazuistika opisuje zriedkavý syndróm miznúcich žľčovodov potvrdený histologicky v prípade poliekového poškodenia cholestatického typu u pacienta bez akéhokoľvek predošlého hepatálneho ochorenia a poukazuje na potrebu myslieť na DILI ako jednu z príčin inak neobjasnenej hepatopatie.

## Miera opakovanej hospitalizácie pacientov s cirhózou a jej rizikové faktory

Vrbová P., Lelkes J., Koller T.

V. interná klinika LFUK a UN Bratislava

**Úvod:** Pacienti s cirhózou tvoria nezanedbateľnú časť hospitalizovaných pacientov a sú aj často opakovane hospitalizovaní. Cieľom našej práce bolo zistiť, čo sa deje s pacientami po prepustení z nemocnice do ambulantnej starostlivosti, ako často sú opakovane hospitalizovaní, akú majú prognózu a aké sú rizikové faktory týchto udalostí.

**Metódy:** Údaje o po sebe nasledujúcich pacientoch hospitalizovaných s komplikáciou cirhózy na V. internej klinike boli zaznamenané do databázy. Sledovali sme demografické, sociálne, antropometrické a základné laboratórne parametre spolu s prognostickými indexami. Zaznamenávali sme mieru prvej udalosti po prepustení do 30 a 90 dní, ktorým mohla byť hospitalizácia alebo úmrtie. Následne sme vyhodnotili mortalitu do 30 a 90 dní podľa prvej udalosti a nakoniec aj rizikové faktory úmrtia a opakovanej hospitalizácie po prepustení.

**Výsledky:** Počas sledovaného obdobia 2 rokov sme zaznamenali údaje o 110 hospitalizovaných pacientov. U všetkých pacientov prebehlo minimálne 6 mesiacov od registrácie do databázy do vyhodnotenia udalostí po prepustení, alebo cenzúry dát. Z celého súboru bolo 54 pacientov (%) opakovane hospitalizovaných, počet opakovaných hospitalizácií bol od 1 do 8. Ďalej, 27 pacientov (%) zomrelo bez opakovanej

hospitalizácie a 29 pacientov (%) prežilo sledované obdobie bez opakovanej hospitalizácie. Opakovanú hospitalizáciu do 30 a 90 dní sme zaznamenali u 12 (11 %) a 32 (29,1 %) pacientov. Spomedzi 54 opakovane hospitalizovaných pacientov sme zaznamenali 30 a 90 dňovú mortalitu 3,7% a 16,7%. Spomedzi 27 pacientov, ktorí zomreli bez opakovanej hospitalizácie sme zaznamenali 30 a 90 dňovú mortalitu 59,3% a 77,8%. V multivariantnej analýze pre konkurujúce udalosti počas sledovania (opakovaná hospitalizácia vs. úmrtie) sme zistili, že nezávislým rizikovým faktorom opakovanej hospitalizácie boli akútna alkoholová hepatitída (HR=0,0), INR (HR=0,42), počet ľudí žijúcich v domácnosti s pacientom (HR=1,36), trombocyty (HR=0,99) a cholelitiáza (HR=2,51). Nezávislými rizikovými faktormi úmrtia boli MELD-Na skóre (HR=1,09), CLIF-ACLF skóre (HR=1,99) a status bezdomovca (HR=2,99). Záver: Opakovaná hospitalizácia do 1 a 3 mesiacov od prepustenia bola častá, avšak takmer štvrtina pacientov zomrela bez rehospitalizácie. Rizikovými faktormi opakovanej hospitalizácie boli INR, počet ľudí žijúcich v domácnosti s pacientom, trombocyty a cholelitiáza. Pacienti s akútnou alkoholovou hepatítidou boli opakovane hospitalizovaní len raritne.

## Primárny hyperparatyreóza jako příčina akutní edematózní pankreatitidy s poruchou vědomí

Sirová M., Blaha V.

### III. interní gerontometabolická klinika

Hyperkalcémie je definována jako vzestup sérové koncentrace kalcia nad 2,6 mmol/l. 90 % příčin hyperkalcémie tvoří primární hyperparatyreóza a nádorová onemocnění. Nejčastějšími klinickými příznaky hyperkalcémie jsou poruchy nervového a trávicího systému. Neuromuskulární příznaky jsou únava, křeče, zmatenost a vzácně kóma. K příznakům postižení trávicího traktu patří nevolnost, zvracení, zácpa a bolest břicha (na podkladě pankreatitidy nebo duodenálního vředu). Dále se u pacientů mohou vyskytnout příznaky z postižení ledvin (polyurie, polydipsie) a postižení srdce (poruchy rytmu a poruchy vedení, typicky zkrácení QT intervalu a snížení ST úseku na EKG). V prezentované kazuistice popisují případ 67leté, interně polymorbidní pacientky, která byla přijata pro akutní pankreatitidu překladem z okresní spádové chirurgické JIP na Metabolickou JIP III. interní gerontometabolické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové. Před překladem na naši JIP byla vyloučena biliární obstrukce, laboratorně byla zaznamenána hyperkalcémie a elevace transamináz. Po překladu v klinickém nálezu dominovala porucha vědomí (sopor až kóma) a respirační insuficience II. typu, přechodně s potřebou NIV. Hyperkalcémie byla následně léčena forsírovanou diurézou, podáním zolendronátu a zahájením hemodialýzy. Ve spolupráci s endo-

krinology bylo provedeno ultrazvukové vyšetření krku, při kterém byla detekována expanze v oblasti levého dolního příštítného tělíska. Laboratorně jsme zaznamenali pokles kalcémie, nicméně z důvodu dalšího zhoršení stavu byla provedena opětovná hemodialýza a do medikace byl přidán cinacalcet. V dalším průběhu došlo ke zlepšení celkového klinického stavu včetně stavu vědomí pacientky, na stagingovém CT byl popsán obraz akutní edematózní pankreatitidy, za příčinu byla považována hyperkalcémie. Pacientka byla přeložena k další péči na standardní oddělení IV. interní hematologické

kliniky. Zde byla doplněna MiBi scintigrafie, při které bylo zobrazeno ložisko paratracheálně vlevo, nález nevyločil, ani jednoznačně nepotvrdil přítomnost adenomu či hyperplázie příštítného tělíska. V dalším vývoji byla pacientka již ve stabilním stavu přeložena zpět na interní oddělení spádové okresní nemocnice, a následně předána do péče ambulantního endokrinologa. Ovšem rozluštění celé hádanky ohledně příčiny hyperkalcémie proběhne až na kongresu samotném. Pro upřesnění diagnózy je nyní v plánu doplnit PET/CT s cholinem, které by mělo proběhnout koncem března.

## REVMATOLOGIE – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

### **Difúzní kalcifikace sleziny jako vedlejší skiagrafický nález při koronarografii**

Vácha J., Špaček M.

I. IKK FN Olomouc

Systémový lupus erythematosus (SLE) jakožto multisystémové onemocnění postihuje mimo jiné i slezinu. Typická postižení sleziny při SLE jsou splenomegalie, hyposplenismus, infarkt sleziny, vzácněji spontánní ruptura sleziny, histologickým nálezem typickým pro SLE jsou periarteriální fibrotická ložiska tvaru cibule („onion-skin“). V literatuře je zaznamenáno několik kazuistik pacientů se SLE s nálezem difúzních kalcifikací sleziny. Ačkoli se kalcifikace sleziny mohou vyskytovat u mnoha různých onemocnění, dle amerických autorů je difúzní

typ spíše sférických kalcifikací patognomický pro SLE. Prezentujeme kazuistiku 73leté pacientky, léčené se SLE již 20 let. Pacientka byla vyšetřovaná koronarograficky před zvažovanou katetrizační výměnou stenotické aortální chlopně. Vedlejším skiagrafickým nálezem byly difúzní kalcifikace sleziny. Ty byly patrné i na RTG hrudníku. Na provedeném CT hrudníku jsou ve slezině patrné mnohočetné sférické kalcifikace o průměru do 6 mm distribuované difúzně. Pacientka neměla klinické ani laboratorní známky hyposplenismu. Jiné možné příčiny difúzní kalcifikace sleziny (histoplazmóza, tuberkulóza, brucelóza, amyloidóza, kandidóza, srpkovitá anémie, pneumocystóza, malárie, syfilis a další) byly u této pacientky podle anamnestických dat, laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod nepravděpodobné.

Difúzní kalcifikace sleziny jsou vzácným, avšak velmi patognomickým nálezem u pacientů se SLE. Ačkoli přesný patofyziologický mechanismus zatím není objasněn, měl by tento nálezn vést u pacientů bez diagnostikovaného SLE k dalším cíleným vyšetřením.

## Diferenciální diagnostika horůčky – jednoduchá záležitost?

Michalová R. ml.<sup>1</sup>, Horná S.<sup>1</sup>,  
Jeseňák M.<sup>2</sup>, Beláková G.<sup>3</sup>, Makovický  
P. <sup>1</sup>, Galajda P. <sup>1</sup>, Mokáň M. st.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. interná klinika, Jesseniova lékařská fakulta  
Univerzity Komenského a Univerzitná  
nemocnica Martin

<sup>2</sup>Centrum pre periodické horůčky, Klinika detí  
a dorastu a Klinika pneumológie a fteológie  
Jesseniova lékařská fakulta Univerzity  
Komenského a Univerzitná nemocnica Martin

<sup>3</sup>Reumatologická ambulancia Martin,  
MEDMAN, s. r. o.

**Úvod:** Horůčka neznámeho pôvodu patrí k častým diferenciálne diagnostickým problémom, s ktorým sa internisti stretávajú vo svojej klinickej praxi. Aj keď medzi jej najčastejšie príčiny stále patrí tzv. veľká triáda: infekcie, tumory a autoimunitné ochorenia, do diagnostického algoritmu sa v súčasnosti začlenila aj skupina autoinflamačných ochorení (tzv. syndrómov periodických horůčok). Ide o geneticky heterogénnu, ale klinicky vzájomne podobnú skupinu. Charakterizujú ju opakované ataky zápalu, v rámci ktorých môže, ale nemusí, byť prítomná

horůčka, kožný výsev, serozitída, lymfadenopatia a potihnutie muskuloskeletálneho systému.

**Kazuistika:** 28-ročná pacientka bola prijatá na internú kliniku pre vyše roka pretrvávajúci febrilný stav s výstupmi teplôt do 39–40 °C za účelom jeho diferenciálnej diagnostiky. Boli realizované komplexné vyšetrenia početnými špecialistami ako aj laboratórnymi a zobrazovacími metódami. PET/CT ukázalo zvýšenú akumuláciu fluóródeoxyglukózy v oblasti oboch podnebných mandlí, sliznice orofaryngu, oboch ramenných a bedrových kĺbov a prítomnosť krčnej lymfadenopatie. Ortopedickým a otorinolaryngologickým vyšetrením ako aj biopsiou krčnej lymfatickej uzliny sa ale jednoznačná príčina nepotvrdila. Navyše, ani klinický obraz jednoznačne nespĺňal presne definovanú nozologickú jednotku zo skupiny autoinflamačných ochorení. Vzhľadom na to, že sa nepreukázala iná príčina horůčok, bolo vyslovené podozrenie na nediferencovaný typ systémového ochorenia spojiva a zahájený terapeutický test kortikosteroidmi s parciálnym efektom. Ambulantné genetické vyšetrenie následne potvrdilo patogénny variant v géne TNFRSF1A. Stav bol hodnotený ako autoinflamačný periodický syndróm asociovaný s receptorom pre TNF- $\alpha$  a zahájila sa liečba kanakinumabom – monoklonálnou protilátkou proti IL-1 $\beta$ .

**Záver:** Napriek zlepšujúcemu sa povedomiu o autoinflamačných ochoreniach je rozpoznávanie postihnutých jedincov stále problematické a doba od prvých príznakov k stanoveniu diagnózy niekedy trvá až niekoľko rokov, prípadne desaťročie.

## **Multimorbidita u pacientů se systémovým lupusem erythematosidem**

**Dudková M., Skácelová M., Horák P.**

III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

**Úvod:** Systémový lupus erythematosides (SLE) patří mezi chronická zánětlivá autoimunitní onemocnění. Pro tato onemocnění je charakteristické mnohočetné orgánové postižení dané samotným onemocněním. Dále byl zjištěn ve vztahu k základnímu onemocnění častější výskyt komorbidit, jako je osteoporóza, kardiovaskulární, plicní, gastrointestinální onemocnění, infekce, malignity nebo poruchy duševního zdraví. Cílem konceptu multimorbidity je obrátit pozornost k zátěži pacienta společným výskytem dvou či více chronických stavů a k individualizaci léčebné strategie.

**Hlavní část:** Cílem sdělení je zvýšení povědomí o multimorbiditě pacientů s revmatickými chorobami, zvláště pak se systémovým lupusem erythematosidem. Multimorbidita byla hodnocena u pacientů splňujících EULAR/ACR kritéria z r. 2019 pro SLE ve věku 18–60let, kteří jsou dlouhodobě léčeni a sledováni na III. interní klinice Fakultní nemocnice Olomouc. Multimorbidita byla hodnocena pomocí dotazníků Rheumatic Disease Comorbidity Index (RDCI) a Multimorbidity index (MMI). Dále byla hodnocena aktuální aktivita SLE pomocí indexu SLEDAI a přítomnost orgánového postižení daného základní chorobou. V době odeslání abstraktu probíhá statistické zpracování dat. Výsledky budou ústně prezentovány na kongresu.

**Závěr:** Multimorbidní pacienti s chronickým zánětlivým autoimunitním onemocněním jsou často nedostatečně léčeni z pohledu souběžných chorob. To může zpětně negativně ovlivňovat aktivitu revmatického onemocnění a prognózu nemocného. Cílem tohoto sdělení je upozornit na důležitost sledování a léčení přidružených onemocnění u pacientů se SLE. Pravidelný komplexní pohled a přizpůsobení léčebných doporučení prioritám a situaci jednotlivce může výrazně zlepšit prognózu nemocného.

*Podpořeno grantem IGA\_LF\_2023\_002*

## **Kandidátní biomarkery ANCA asociovaných vaskulitid**

**Videman J., Skácelová M., Horák P., Skoumalová A.**

III. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

ANCA asociované vaskulitidy (AAV) jsou skupinou autoimunitních onemocnění postihujících cévy malého a středního kalibru, s různorodým histopatologickým mechanismem zahrnujícím nekrotizující poškození cévních stěn, eosinofilní záněť či vznik granulomů. Jejich označení plyne z přítomnosti sérových protilátek proti antigenům cytoplasmy neutrofilů (Anti-Neutrophile Cytoplasm Antigens neboli ANCA), respektive dvěma jejich specifickým podtypům cíleným proti enzymům myeloperoxidáze (anti-MPO, též pANCA) nebo proteináze 3 (anti-PR3 neboli cANCA). Tyto protilátky nadále zůstávají stěžejním diagnostickým vodítkem, jejich praktické využití v průběhu indukční i udržovací fáze terapie je



značně limitováno nízkou korelací s aktivitou onemocnění. Jelikož jsou AAV značně heterogenní skupinou, co se týče rozsahu a tíže orgánového postižení, vyvstává potřeba identifikovat vhodné biomarkery využitelné v klinické praxi ke zhodnocení rizika progresu přítomné orgánové léze či rozvoje dalších orgánových manifestací v budoucím průběhu onemocnění. Tyto biomarkery by mohly přispět k možnosti cílení imunosupresivní terapie na míru konkrétnímu onemocnění a pacientovi, mají též potenciál monitorace odpovědi onemocnění na podávanou léčbu a v průběhu udržovací terapie by mohly být ukazatelem rizika relapsu onemocnění. Identifikaci takovýchto biomarkerů je v poslední době věnována značná pozornost, a ačkoli v dostupné literatuře je takovýchto kandidátních biomarkerů zejména z řad cytokinů a buněčných subpopulací předmětem zkoumání celá řada, jejich uvedení do klinické praxe vyžaduje další extenzivní výzkum. Je prezentována analýza souboru 36 pacientů s ANCA asociovanou vaskulitidou, u kterých byl v době manifestace onemocnění proveden odběr a analýza kandidátních biomarkerů a retrospektivně analyzován rozsah a charakter jejich orgánového postižení. Byly takto detekovány některé serologické a cytologické parametry asociované s jak se samotným onemocněním AAV, tak se specifickým orgánovým postižením či jeho kombinací. Je prezentován přehled takto identifikovaných biomarkerů a jejich porovnání s dostupnou literaturou. Tyto kandidátní biomarkery budou dále předmětem navazujícího prospektivního výzkumu.

*Podpořeno granty IGA\_LF\_2023\_002 a MZ  
ČR-RVO FNOL-00098892.*

## **Diferenciální diagnostika a terapie obrovskobuněčné arteriitidy – kazuistika**

**Kostelníková P.**

III. interní klinika, Fakultní nemocnice  
Olomouc

Kazuistika popisuje případ 54letého pacienta, který byl na naši kliniku přijat k hospitalizaci z Oddělení akutního příjmu pro protrahované subfebrilie až febrilie, cefaleu, pravostranné výpadky zorného pole, čelistní klaudikace a parestezie horních končetin. Byla vyslovena suspekce na obrovskobuněčnou arteriitidu. Vstupně bylo provedeno akutní oční vyšetření vylučující akutní ischemii optiku, dále CT mozku a angiografie tepen s vyloučením ischemického procesu. Diferenciálně diagnosticky byl zvažován neuroinfekt, proto byla provedena lumbální punkce, která vyloučila přítomnost neurologické infekce, pacient byl do mikrobiologických výsledků zajištěn empiricky cefalosporinem III. generace, rozsáhlý mikrobiologický screening byl negativní, antibiotická terapie byla proto ukončena. Z doporučení neurologa byla doplněna též MR mozku s nespecifickým nálezem a vyšetření evokovanými potenciály bez průkazně patologie. Pro subfebrilie až febrilní stavy s nočními poty byl konzultován též hematolog, který zhodnotil, že pacient je bez radiologických či přesvědčivých laboratorních známek hemoblastózy. Nakonec až biopsie temporální arterie jednoznačně potvrdila diagnózu temporální arteriitidy. Provedené PET/CT vyšetření neprokázalo postižení velkých tepen. Pacient byl zajištěn intravenózní kortikoterapií

(Solu-Medrol v kumulativní dávce 2 g), následně s převodem na perorální terapii, s dobrým klinickým efektem, nicméně pouze dílčím poklesem laboratorních známek zánětu, proto bylo nutno přechodně opakovaně podání intravenózního Solu-Medrolu. Pro klinický ústup obtíží a laboratorně setrvale sestupnou tendenci zánětlivých markerů byl pacient propuštěn do domácí péče a k pokračujícím ambulantním kontrolám. Při dimisi byla nastavena terapie methotrexátem a glukokortikoidy v dávce 60 mg denně s plánem postupné detrakce. Obrovskobuněčná arteriitida je onemocnění cév středního kalibru vyskytující se typicky u pacientů po 50. roce věku. Na tuto diagnózu je nutno myslet při výskytu příznaků, jako je cefalea či febrilní stavy. Nutno pomýšlet také na komorbidity tohoto onemocnění. Terapií první volby bývá podání vysoké dávky glukokortikoidů, ovšem v poslední době se rozvíjí nové možnosti léčby.

*Podpořeno grantem IGA\_LF\_2023\_002  
a MZ ČR-RVO FNOL-00098892*

## **Myositida asociovaná s plicním postižením u dospělé ženy**

**Ramík Z., Ožanová Š., Václavík J.**

Fakultní nemocnice Ostrava – Interní  
a kardiologická klinika

Kazuistika popisuje případ 58leté pacientky bez výraznějších komorbidit, přijaté na interní a kardiologickou kliniku FNO pro měsíc trvající febrilie, bolestivost drobných kloubů ruky a sva-

lů předloktí. Předchozí terapie nesteroidními antiflogistiky i 2 kúry antibiotik byly bez efektu. U pacientky zahájena základní diagnostická rozvaha, byli provedeni základní paraklinická vyšetření včetně vyloučení přítomnosti možného infektu (včetně covidu). Laboratorně přítomny elevované parametry zánětu a současně i enzymy svalového postižení. V rámci diferenciální diagnostiky byl doplněn revmatický laboratorní panel s nálezem výrazné positivity anti-Jo a anti-Ro. Na RTG hrudníku byly zjištěny infiltrativní změny, avšak infekční agens nebylo prokázáno. Spirometrie prokázala střední poruchu restrikce a sníženou vitální kapacitu, bez přítomnosti obstrukce. HRCT plic verifikovalo intersticiální plicní postižení, MR stehenních svalů hyperintenzitu signálu v m. vastus medialis l. sin. Vyšetření bronchoalveolární laváží prokázalo nespecifické reaktivní změny, infekční etiologie opětovně vyloučena. Onemocnění bylo uzavřeno jako antisyntetázový syndrom, podány pulzní dávky kortikoidů, nastavena terapie methotrexátem s kortikoidy. Při další dispenzarizaci došlo v rámci měsíců k progresi plicního postižení, u pacientky zahájena i cílená antifibrotická terapie a podání cyklofosfamidu. I přes terapii však stav progreduje a pacientka je nyní referována k transplantaci plic. Kazuistika shrnuje klasický příklad onemocnění přidružené k dermatomyozitidě a polymyozitidě, s typickým klinickým obrazem a nálezem na zobrazovacích vyšetřeních, možnosti terapie a další postup při progresi nemoci.

## Coxsackie virózy

Skoumalová A., Skácelová M., Horák P.

III. interní klinika – NRE, Fakultní nemocnice Olomouc

V našem kazuistickém sdělení prezentujeme tři zdánlivě nesouvisějící případy pacientů došetřovaných na revmatologickém oddělení III. interní kliniky pro možné revmatologické onemocnění. **Případ 1:** 18letá aktivně sportující žena byla přeložena na naše pracoviště z JIP spádové nemocnice pro 4 dny trvající progredující svalovou slabost s křečemi lýtek a otoky DKK a s anamnézou asi měsíc trvajícího mizejícího exantému končetin. Ve vstupním laboratorním vyšetření zjištěna elevace CK, myoglobinu, aminotransferáz, z imunologických vyšetření pak pozitivita ANA protilátek. **Případ 2:** 40letá žena s měsíc trvající anamnézou protrahovaného respiračního infektu s febriliemi s maximem 40 °C, bez reakce na ATB terapii. Hospitalizována pro rozvoj pleurodynií a dušnost. Ve vstupní labora-

toři bez elevace zánětlivých parametrů, negativní troponin, NTproBNP i D dimery. **Případ 3:** 70letá žena s anamnézou vertebrogenního algického syndromu hospitalizovaná na neurologickém oddělení spádové nemocnice a následně na naší klinice pro rozvoj významných thorakalgii a lumbalgii při respiračním infektu. Coxsackie viry jsou neobalené ssRNA enteroviry. Jsou původci onemocnění vyskytujících se dominantně v dětském věku. Coxsackie viry se dělí do dvou skupin – A a B, přičemž je popisováno 23 serotypů skupiny A a 6 serotypů skupiny B. Onemocnění se obvykle vyskytuje sezónně, obvykle v létě („tzv. letní chřipka“), obvykle probíhá asymptomaticky, nicméně může mít i vážnější projevy – exantém (hand-foot-mouth syndrom), gastrointestinální projevy, aseptickou meningitidu, encefalitidu, myoperikarditidu, pneumonii, pleurodynie, myozitidy. Terapie onemocnění je symptomatická a podpůrná.

*Podpořeno granty IGA LF\_2023\_002 a MZ  
ČR-RVO FNOL-00098892*

## VARIA – SEKCE 2 (Malá posluchárna LEVÁ)

### Keď ochorie policajt

Štěpán J., Krejčí K., Horák P.

III. interní klinika FN Olomouc

Naša kazuistika prezentuje prípad multiorgánového zlyhania u mladého 38 ročného policajta, ktorý bol preložený na našu kliniku z okresnej nemocnice, kam ho prijali pre týždeň trvajúce ťažkosti, ktorým dominovali nešpecifické prízna-

ky: horúčky, slabosť, zmätenosť. Kolega z práce s podobnými príznakmi bol testovaný pozitívne na COVID 19, u nášho pacienta bola táto infekcia opakovane vylúčená. Doposiaľ prakticky zdravý človek (anamnesticky len vysoký krvný tlak) avšak s rizikovou pracovnou náplňou – likvidácia bezdomoveckého brlohu bol prijatý na JIS nášho pracoviska s výraznou hepatopatiou,

akútným zlyhaním obličiek, neutropéniou, koagulopatiou, vysokými zápalovými parametrami a kvalitatívnou poruchou vedomia. Infekčné hepatídy boli zo spádovej nemocnice negatívne. Toxikologické vyšetrenie, vyšetrenie na huby bolo negatívne, punkcia kostnej drene rovnako. Mikrobiologické výsledky zatiaľ neboli k dispozícii. Po neurologickej stránke bola pri preklade prítomná dysartria, anizokoria, porucha pamäte, doporučené MR vyšetrenie mozgu nejavilo známky encefalitídy. Empiricky bolo pokračované v ATB terapii zo spádu – 3. generácia cefalosporinov. Behom hodín progresia neurostatu preto preklad na ARO, kde rozvoj septického šoku s krčovou aktivitou s nutnou analgosedáciou a umelou pľúcnou ventiláciou. Paralelne priamy mikroskopický záchyt spirochét v zatičení. Po necelých 2 dňoch vo FNOL vyslovená suspekcia na leptospirovú infekciu, do liečby nasadený ampicilín. Naopak cefotaxim pre vysoké hepatálne parametre z liečby vysadený. Pre progresiu azotémie zahájený cyklus kontinuálnych dialýz. Z revmatologického panelu len slabá pozitivita ANA protilátok a hraničné ASLO. V ďalšom priebehu vyšetrenie likvoru negatívne. V 2. mikrobiologickom čítaní potvrdený priamy mikroskopický záchyt leptospiróz v zatičení. Stav uzatvorený ako leptospirová sepsa. Po eskalácii ATB liečby dochádza k postupnému zlepšovaniu stavu. Po 14 dňoch vo FNOL zahájený weaning, o 4 dni neskôr už pacient spontánne dýcha a po ďalších 2 dňoch spolupracuje a začína rehabilitovať. Funkcie zlyhaných orgánov sa postupne upravujú a cestou našej JIS je pacient preložený späť do spádovej nemocnice.

*Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892  
a grantem IGA\_LF\_2022\_003*

## **Infekčná komplikácia u pacientky so syndrómom krehkosti**

**Nagy N., Cingel M., Samoř M., Bolek T., Jurica J., Krivuš J., Mokáň M.**

I. interná klinika UNM JLFUK

Urosepsa je stav, s ktorým sa v nemocnici stretávame pomerne často. Exponenciálne narastá vo vyšších vekových kategóriách, hlavne u polymorbídnych pacientov s tzv. syndrómom krehkosti (frailty syndrómom). Takmer 25% septických stavov pochádza z urogenitálneho traktu. Viac ako 60% pacientov, u ktorých sa vyvinula ťažká sepsa, sú vo vekovej kategórii nad 65 rokov. Bolo preukázané, že u pacientov s frailty syndrómom vzniká septický stav etiologicky najčastejšie na podklade infektu močových ciest, eventuálne infektu dolných dýchacích ciest. V klinickej praxi sa primárne u septických pacientov s frailty syndrómom myslí na urosepsu, pričom sa zabúda aj na iné možné etiológie vzniku. V našej práci chceme prezentovať prípad 71-ročnej imobilnej pacientky, s ochorením diabetes mellitus 2. typu, s paranoidnou schizofróniou, ťažkou encefalopatiou, ktorá bola prijatá na I. internú kliniku UNM Martin pre septický stav pravdepodobne pri infekcii močových ciest, u ktorej sme počas hospitalizácie diagnostikovali purulentnú kolpítidu asociovanú s implantovaným vnútromatericovým telieskom.

Kľúčové slová: urosepsa, frailty syndróm

## Syndrom post-intenzivní péče (PICS, Post-intensive care syndrome)

Pšenička O., Křížová J.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Díky pokrokům v intenzivní péči se zvyšuje počet pacientů propuštěných z jednotek intenzivní péče. Spolu s tím roste také zájem o sledování dlouhodobých následků prodělaného kritického onemocnění. Ukazuje se, že velká část pacientů po propuštění z jednotek intenzivní péče trpí postižením kognitivních, mentálních a fyzických funkcí. Soubor těchto následků je označován jako Post-intensive care syndrome (PICS). Spolu s pacienty jsou zvláště psychickými obtížemi často postiženy i jejich blízké osoby (PICS-Family, PICS-F). Dlouhodobé a trvalé následky po proděláním kritického onemocnění mohou vést ke ztrátě soběstačnosti, snížené kvalitě života, častým rehospitalizacím a četným dalším zdravotním a ekonomickým důsledkům. V předcházení rozvoje PICS je zásadní soubor preventivních opatření, uplatňujících se již během hospitalizace na JIP. Jedná se zejména o zamezení extenzivní sedace, management deliria, a taktéž o časnou mobilizaci a důslednou rehabilitaci. Velmi diskutovaným tématem je také další ambulantní sledování propuštěných pacientů v ambulancích post-intenzivní péče.

## NUT karcinom – kazuistika Hnízdilová V.

II. interní klinika, Fakultní nemocnice  
u sv. Anny v Brně

NUT karcinom je velmi vzácný nádor, na světě bylo dosud zachyceno okolo 300 případů. Etiologickým podkladem této agresivní zhoubné choroby je jeden z několika možných fúzních genů, nejčastěji BRD4-NUTM1 vznikající kombinací mutace 15q14 a 19p13. 12. Karcinom postihuje pacienty v kterémkoliv věku a vyznačuje se středo-čárovou lokalizací, nejčastěji napadá hrudník, hlavu a krk. Vzhledem k rychlé progresi onemocnění je většina pacientů diagnostikována ve stadiu metastatického postižení, medián přežití je 6–9 měsíců a 70–80% pacientů NUT karcinomu podlehnou do dvou let od stanovení diagnózy. Kazuistika pojednává o 19letém pacientovi, který se v prosinci 2022 dostavil na interní ambulanci pro dušnost, kašel a mírnou hemoptýzu. Byl podroben několika vyšetřením, ambulantně absolvoval bronchoskopii s nejistým nálezem. Diagnóza byla nakonec určena analýzou bioptického vzorku získaného VATS. Poté byl pacient předán do péče Kliniky dětské onkologie FN Brno, jejíž cestou probíhá chemoterapie, k 03/2023 dle kontrolního CT se signifikantní regresí tumorózních změn.

## **Prevalencia deficitu vitamínu D u hospitalizovaných pacientov s ochorením COVID-19 v Slovenskej republike signifikantne klesla počas trvania pandémie v priebehu rokov 2020 až 2022**

**Smaha J<sup>1</sup>, Jackuliak P.<sup>1</sup>, Kužma M.<sup>1</sup>, Max F.<sup>2</sup>, Binkley N.<sup>3</sup>, Payer J.<sup>1</sup>**

1 V. interná klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava

<sup>2</sup>Katedra farmakológie a toxikológie Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava

<sup>3</sup>Department of Medicine, Geriatrics Faculty, Medical Sciences Center, University of Wisconsin

**Úvod:** Pandémia ochorenia COVID-19 (z angl. the Coronavirus Disease 2019) viedla k viacerým zmenám životného štýlu, ktoré by mohli ovplyvniť sérové koncentrácie vitamínu D na populačnej úrovni. Cieľom našej práce bolo porovnať sérové koncentrácie 25-hydroxyvitamínu D (25-[OH]D) u hospitalizovaných pacientov s ťažkým priebehom ochorenia COVID-19 medzi dvomi vlnami pandémie (2020/21 vs. 2021/22). Materiál a metódy: 101 pacientov (61 mužov, 40 žien, priemerný vek 69 rokov) z tretej vlny pandémie COVID-19 (2021/22) sme porovnali so 101 pacientmi spárovanými podľa pohlavia a veku z druhej vlny pandémie COVID-19 (2020/21). Pacienti z oboch skupín boli hospitalizovaní počas zimných mesiacov, od 1. decembra do 28 februára. Mužov a ženy sme analyzovali spoločne a aj separátne.

**Výsledky:** Priemerná sérová koncentrácia 25(OH)D sa medzi vlnami pandémie zvýšila z 17,8 ± 9,7 ng/mL na 25,2 ± 12,6 ng/mL. Prevalencia deficitu vitamínu D (30 ng/mL) sa zvýšila z 10 % na 34 % (všetko  $p < 0,0001$ ). Proporcía pacientov, ktorí predhospitalizačne užívali preparáty vitamínu D sa zvýšila z 18 % na 44 % ( $p < 0,0001$ ). Nízka sérová koncentrácia 25(OH)D bola pre celý súbor pacientov nezávisle asociovaná s mortalitou aj po úprave súboru vzhľadom k veku a pohlaviu ( $p < 0,0001$ ).

**Záver:** Prevalencia neadekvátnej sérovej koncentrácie vitamínu D u hospitalizovaných pacientov s ochorením COVID-19 v Slovenskej republike signifikantne klesla, pravdepodobne v dôsledku zvýšenej suplementácie vitamínom D počas trvania pandémie ochorenia COVID-19.

## **Mykotické aneurysma – kazuistika Ševčovičová R., Faltýnek L., Halenka M., Klementa V., Kovářová D., Karásek D., Horák P.**

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická FN Olomouc

Pacient, ročník 1962, přichází poprvé v červnu 2022 na OUP FN Olomouc pro bolesti břicha pod pravým obloukem žeberním a dyspeptické obtíže s elevací zánětlivých markerů (CRP 128). Odeslán proto k hospitalizaci na všeobecné oddělení III. interní kliniky FN Olomouc. Na provedeném CT břicha patrné prosáknutí tuku v okolí žlučníku – susp. incipientní cholecystitida, dále hepatomegalie se steatosou jater

a splenomegalie. V hemokultuře pak pozitivita *Styphlococcus aureus*. Vstupně proto pomýšleno na akutní cholecystitidu, jakožto příčinu septického stavu, a pacient proto zaléčen antibiotickou terapií (Gentamycin + Oxacillin), přičemž dochází k úpravě klinického stavu, ústupu bolestí a rovněž poklesu zánětlivých markerů. Pacient poté i přes poučení o nutnosti pokračování v intravenózní antibiotické terapii popisuje negativní reverz. Vzhledem k nutnosti došetření septického stavu objednan na ambulantní PET/CT vyšetření, které bylo provedeno dva týdny od propuštění z nemocnice. Zde nález hypermetabolismu glukózy v infiltrátu velikosti 15 × 20 × 9mm navazujícím na břišní aortu v úrovni odstupu truncus coeliacus, tedy suspektní zánětlivý fokus. Pacient proto objednan na kontrolní CT břicha s odstupem 3 týdnů. Zde nález parciální regrese zánětlivých změn paraaortálně, dále však nově patrné mykotické pseudoaneurysma aorty při odstupu truncus coeliacus, velikosti 23 × 17 × 11mm. Toto pseudoaneurysma bylo příčinou onoho septické-

ho stavu a klinických obtíží, pro které pacient vstupně přichází do FN Olomouc. Na základě tohoto nálezu byli kontaktováni cévní chirurgové II. chirurgické kliniky (cévně-transplantační) FN Olomouc k rozhodnutí o dalším postupu. V mezidobí pacient nadále užívá předepsanou perorální antibiotickou terapii (flucloxacillin). Rovněž provedena kontrolní mikrobiologická vyšetření vylučující infekci jak *Treponema pallidum*, tak i *Salmonella typhi*. V říjnu 2022 byl pacient přijat na II. chirurgickou kliniku FN Olomouc k plánovanému operačnímu výkonu. Při něm byla provedena endovaskulární exkluze mykotického pseudoaneurysmatu pro pacienta na míru vyrobeným stentgraftem metodou TEVAR (thoracic endovascular aortic repair). Přístupovými tepnami byly arteria femoralis communis bilat. a levá arteria brachialis. Výkon proběhl bez komplikací, v celkové anestezii a trval 5 hodin. Pacient po výkonu ještě po dobu několika měsíců užíval předepsanou antibiotickou terapii a je nadále pravidelně dispenzarizován ve spádové interní ambulanci.





## TIRÁŽ

# 40. dny mladých internistů

## 1.–2. 6. 2023 | Teoretické ústavy LF UP v Olomouci

### Pořadatel

Česká internistická společnost ČLS JEP

### Garant setkání

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc. – přednosta III. interní kliniky FN Olomouc a LF UP Olomouc

### Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Mgr. Kateřina Dostálová, mob.: +420 775 855 572, e-mail: k.dostalova@solen.cz

Grafické zpracování abstrakt a sazba: SOLEN, s. r. o., Michal Bajnok

### Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 10 kredity pro lékaře.

**Vydavatel:** Solen, s. r. o., IČ 25553933

**Cit. zkr.** Vnitř Lék 2023; 69(Suppl. B)

**ISSN 1212-7299, ISBN 978-80-7471-455-9**



# **40. DNY MLADÝCH INTERNISTŮ**

**1.–2. 6. 2023**

**Olomouc**