



XXXIV. Moravskoslezské pneumologické dny

23. - 26. září 2026

Orea Congress Hotel Brno

Sborník abstrakt

INTERSTICIÁLNÍ PLICNÍ PROCESY NA PODKLADĚ GENETICKÉ PREDISPOZICE: KOHO TESTOVAT	5
<i>Doubková M.</i>	
DOPORUČENÝ POSTUP PÉČE O HIV POZITIVNÍ PACIENTY S TUBERKULÓZOU	5
<i>Džingozovová M., Solichová L.</i>	
KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTY S INTERSTICIÁLNÍMI PLICNÍMI PROCESY	6
<i>Hajdová L., Žurková M., Jakubec P., Kriegová E.</i>	
ÚSKALÍ PRESKRIPCE MODULÁTOROVÉ LÉČBY: KAZUISTIKA PACIENTKY S CYSTICKOU FIBRÓZOU	6
<i>Fila L.</i>	
PŘÍNOS SUBLOBÁRNÍCH ANATOMICKÝCH RESEKČÍ PLIC PRO PACIENTA	7
<i>Hanke I., Maršík L.</i>	
PERSONALIZOVANÁ CHIRURGICKÁ TERAPIE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PLIC	7
<i>Chovanec Z., Čundrlé I., Peštál A., Červeňák V., Prudius V., Hanslík T., Daňa P., Sasínek F., Resler J.</i>	
INFEKČNÍ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI PLIC	8
<i>Jakubec P., Kufa J., Žurková M., Mizera J., Genzor S., Vykopal M.</i>	
AI V PNEUMOLOGII	8
<i>Mizera J.</i>	
KLINICKÉ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU PACIENTŮ S DEFICITEM α1-ANTITRYPSINU	9
<i>Nevoránek L.</i>	
BRONCHOPULMONÁLNÍ DYSPLÁZIE - PÉČE PNEUMOLOGA OD NAROZENÍ DO DOSPĚLOSTI	10
<i>Kalichová L., Rybníček O.</i>	
MOŽNOSTI LOKÁLNÍ ABLAČNÍ CHIRURGIE A RADIOTERAPIE POKROČILÝCH ZHOUBNÝCH NÁDORŮ PLIC	10
<i>Pešek M., Vodička J., Svatoň M., Krákorová G., Vojtíšek R., Sukovská E., Vaněček T., Bocko J.</i>	
LAZARŮV FENOMÉN U NEMOCNÝCH S GENERALIZOVANÝMI KARCINOMY PLIC	11
<i>Pešek M., Minárik M., Vaněček T., Bocko J., Baxa J.</i>	
AKTUÁLNÍ POHLED NA PLICNÍ SEGMENTEKTOMIE PRO KARCINOM PLIC	12
<i>Peštál A., Chovanec Z., Prudius V., Hanslík T., Daňa P., Sasínek F., Resler J.</i>	
PERI-BRONCHOSKOPICKÝ MANAŽMENT ANTITROMBOTÍK	12
<i>Poláková M.</i>	

DIAGNOSTICKÁ BRONCHOSKOPIA S VYUŽITÍM SKIASKOPIE <i>Poláková M.</i>	13
PLICNÍ REHABILITACE PACIENTŮ S AATD <i>Raisová K.</i>	14
MIKROBIOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA TBC A MYKOBAKTERIÓZ <i>Svobodová J.</i>	15
PŘÍNOS GENETICKÉHO VYŠETŘENÍ A ANALÝZY DÉLKY TELOMÉR V DIAGNOSTICE INTERSTICIÁLNÍCH PLICNÍCH PROCESŮ <i>Šterclová M., Parobková E., Sulcová H., Bartoška J., Drösslerová M., Libík M., Holubová A., Macek M.</i>	15
BUĎTE KROK PŘED EXACERBACEMI: VČASNÁ INTERVENCE V LÉČBĚ NESTABILNÍCH PACIENTŮ S CHOPN <i>Špás P.</i>	16
RIGIDNÍ TORAKOSKOPIE/PLEUROSKOPIE – 15 LET ZKUŠENOSTÍ Z KLINICKÉ PRAXE <i>Štochel J.</i>	16
KEĎ TUMOR PLŮC NIE JE TUMOR - GRANULOMATÓZA S POLYANGIITÍDOU AKO DIAGNOSTICKÁ VÝZVA <i>Žúrková E., Balková D., Štrbová Z.</i>	17
PODPŮRNÁ A PALIATIVNÍ PÉČE V PNEUMOLOGII <i>Žurková M., Hajdová L., Genzor S., Mooz P., Jakubec P., Kirchnerová M., Fritscherová Š., Kriegová E.</i>	17

INTERSTICIÁLNÍ PLICNÍ PROCESY NA PODKLADĚ GENETICKÉ PREDISPOZICE: KOHO TESTOVAT

Doubková M.

Klinika nemocí plicních a TBC FN Brno a LF MU

Úvod: Intersticiální plicní procesy (IPP) jsou heterogenní skupinou onemocnění, u nichž je etiologie často označovaná jako idiopatická. V posledních letech však přibývají důkazy o významné roli genetické predispozice, zejména u pacientů s fibrotickým fenotypem onemocnění. Rozpoznání genetického podkladu má zásadní dopad na diagnostický proces, terapeutickou strategii i prognózu.

Cíl: Cílem sdělení je upozornit na klinický význam geneticky podmíněných IPP prostřednictvím 5 kazuistik reprezentujících odlišné patofyziologické mechanismy vedoucí k plicní fibróze.

Metodiky a kazuistiky: Prezентujeme pět pacientů z klinické praxe plicního centra. První kazuistika popisuje pacienta s Heřmanského-Pudlákův syndromem, u něhož byla progresivní plicní fibróza hlavním faktorem prognózy a vedla k časné úvaze o transplantaci plic. Druhý případ představuje pacienta s mutací genů telomerového komplexu, u něhož byla fibrotická IPP první manifestací syndromu krátkých telomer, následovaná hematologickými abnormalitami. Další se zaměřujeme na surfaktant-protein asociované IPP, kde mutace genů surfaktantového systému vedla k poškození alveolárního epitelu, rozvoji fibrotického IPP a omezeným možnostem imunosupresivní léčby, nasazením antifibrotické terapie a časnou referencí do transplantačního centra.

Výsledek: U všech pacientů vedla genetická predispozice k rozvoji fibrotického intersticiálního plicního onemocnění, často s obrazem UIP na HRCT hrudníku. Genetická diagnóza zásadně ovlivnila terapeutické rozhodování – zejména omezení imunosupresivní léčby, preferenci antifibrotické terapie a časné plánování transplantace plic. Současně umožnila cílené genetické poradenství a screening rodinných příslušníků.

Závěr: Geneticky podmíněné IPP představují poddiagnostikovanou, avšak klinicky významnou skupinu onemocnění. Zařazení genetického vyšetření do diagnostického algoritmu u vybraných pacientů s fibrotickou IPP umožňuje přesnější stratifikaci rizika, individualizaci léčby a její optimalizaci.

DOPORUČENÝ POSTUP PÉČE O HIV POZITIVNÍ PACIENTY S TUBERKULÓZOU

Džingozovová M., Solichová L.

Centrum pneumologie a intervenční bronchologie, Masarykův onkologický ústav,
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, LF Masarykovy univerzity a FN Brno

Infekce HIV je jedním z významných rizikových faktorů pro rozvoj tuberkulózy (TB), která patří mezi vedoucí příčiny morbidit i mortality u HIV pozitivních pacientů. Pacienti s TB v koincidenci s HIV mají vyšší riziko úmrtí než pacienti s TB bez HIV. Naštěstí při zavedení antiretrovirové terapie v posledních dekádách klesá incidence koinfekce TB a HIV. Přítomnost HIV infekce je třeba vyšetřit u všech pacientů s TB, a naopak u pacientů s HIV by měla být vždy vyloučena TB. Ve sdělení bude představen nově vzniklý doporučený postup týkající se této problematiky, která poskytuje shrnutí specifík diagnostiky, léčby a projevů TB u pacientů infikovaných současně HIV. Základem úspěchu léčby obou nemocí je současně probíhající léčba a mezioborová spolupráce mezi infektologií pneumologií. Plnou verzi doporučených postupů lze nalézt na stránkách České pneumologické a ftizeologické společnosti.

KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTY S INTERSTICIÁLNÍMI PLICNÍMI PROCESY

Hajdová L.¹, Žurková M.¹, Jakubec P.¹, Kriegová E.²

¹ Klinika plicních nemocí a TBC, LF UP a FN Olomouc

² Ústav imunologie, LF UP a FN Olomouc

Úvod: Intersticiální plicní procesy (IPP) představují heterogenní skupinu onemocnění plicního parenchymu, jejichž společným jmenovatelem je riziko rozvoje ireverzibilní plicní fibrózy a respiračního selhání. Vzhledem k často nespecifickým počátečním symptomům bývá stanovení správné diagnózy prolongované, což zásadně zhoršuje prognózu pacientů. Tato přednáška se zaměřuje na koncept komplexní a personalizované péče, která je klíčem k úspěšnému managementu těchto onemocnění.

Přednáška bude zaměřena na diagnostiku, farmakologickou i nefarmakologickou terapii a podpůrnou terapii. Zcela zásadní je význam multidisciplinárního týmu jako zlatého standardu v diagnostice IPP, kde úzká spolupráce pneumologa, radiologa a patologa minimalizuje riziko diagnostických omylů. Následně se přednáška zaměří na současné terapeutické možnosti antifibrotické a imunosupresivní léčby.

Nezbytnou součástí komplexní péče je však také podpůrná a symptomatická léčba. Diskutována bude role dlouhodobé domácí oxygenoterapie (DDOT), plicní rehabilitace, nutriční podpory a včasné indikace k plicní transplantaci. Opomenut nezůstane ani význam paliativní péče v pokročilých stádiích nemocí, která cílí na zachování maximální možné kvality života pacientů a podporu jejich rodin.

Závěr: Moderní management IPP již nestojí pouze na farmakoterapii, ale vyžaduje koordinovaný, holistický přístup celého zdravotnického týmu. Cílem sdělení je ukázat, jak efektivně propojit nejnovější klinická doporučení s každodenní praxí ve prospěch pacienta.

ÚSKALÍ PRESKIPCE MODULÁTOROVÉ LÉČBY: KAZUISTIKA PACIENTKY S CYSTICKOU FIBRÓZOU

Fila L.

Pneumologická klinika 2. LF UK a FN MH

Úvod: Modulátorová léčba znamená zásadní pokrok v péči o nemocné s cystickou fibrózou (CF). Aktuálně je nejpoužívanější modulátorovou léčbou kombinace elexakftor/tezakftor/ivakftor (ETI).

Kazuistika: V dubnu 2024 byla odeslána žádost o úhradu léčivého přípravku kombinace ETI 34,5leté nemocné s CF s těžkou poruchou plicních funkcí (FEV1 34 % nál. hodn.), nosičce mutací genu *CFTR* N1303K a 3272-26A>G. Žádost byla podána cestou § 16 zákona č. 48/1997 na základě publikací v odborné literatuře prokazující účinnost kombinace ETI u nosičů mutace N1303K. V červnu 2024 revizní lékař (RL) zdravotní pojišťovny (ZP) žádost zamítl s odůvodněním, že nemocná není nosičkou mutace F508del genu *CFTR* (v souladu s tehdy platným SPC) a současně nejde o jedinou možnost léčby ani o výjimečný případ dle § 16. Druhá žádost o úhradu cestou § 16 byla podána v lednu 2025 na základě schválení léčby kombinací ETI pro nosiče tzv. ETI-responzivních mutací americkou FDA v prosinci 2024. Mezi tyto tzv. ETI-responzivní mutace patří i obě mutace genu *CFTR* této pacientky. V březnu 2025 RL ZP žádost opět zamítl s odůvodněním, že registraci FDA v U.S.A. nelze vztáhnout na evropské legislativní prostředí a současně nejde o jedinou možnost léčby

ani o výjimečný případ dle § 16. Třetí žádost o úhradu cestou § 16 byla podána 4. 7. 2025 na základě schválení léčby kombinací ETI pro nosiče non-class I mutací evropskou EMA z 2. 7. 2025. Obě mutace genu *CFTR* této pacientky patří mezi non-class I mutace. 11. 9. 2025 RL ZP žádost opět zamítl s odůvodněním, že nejde o jedinou možnost léčby ani o výjimečný případ dle § 16.

Závěr: Předkládaná kazuistika ukazuje administrativně náročný proces preskripce modulátorové léčby u nemocných CF cestou § 16, v tomto případě bohužel neúspěšný.

PŘÍNOS SUBLOBÁRNÍCH ANATOMICKÝCH RESEKČÍ PLIC PRO PACIENTA

Hanke I., Maršík L.

Chirurgická resekční léčba je dosud v léčbě časných stádií NSCLC stále nejlevnější a velmi účinná. Zavedení sublobárních anatomických plicních resekcí umožnila dále rozšířit počet pacientů, u kterých je z funkčního plicního hlediska dostupná.

Autoři referují své zkušenosti s roboticky prováděnými sublobárními resekcemi na svém pracovišti během jednoho kalendářního roku.

V principu jsou tři možné indikace:

1. čistě onkologická splňující kritéria ESMO
2. u funkčně limitovaných nemocných v pokročilém věku
3. resekce plánované pro nejasná ložiska, která spojují dva cíle diagnostiku a léčbu v jednom kroku

Výsledky: Provedli jsme 192 plicních anatomických resekcí. 142 roboticky asistovaně a 99 z nich bylo provedeno na sublobární úrovni.

Závěr: sublobární anatomické resekce přispívají k rozšíření cílové skupiny operovaných s plicními patologiemi. Robotická cesta provedení operace, ERAS přístup a časná extrakce hrudního drénu přispívají k velmi dobrému snášení chirurgické léčby pacienty. Krátkému pobytu v nemocnici a celkové spokojenosti nemocných.

PERSONALIZOVANÁ CHIRURGICKÁ TERAPIE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ PLIC

Chovanec Z.¹, Čundrle I.², Peštál A.¹, Červeňák V.³, Prudius V., Hanslík T., Dáňa P., Sasínek F., Resler J.

¹ I. chirurgická klinika Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně

² Anesteziologicko resuscitační klinika Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně

³ Klinika zobrazovacích metod Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně

Úvod: Moderní hrudní chirurgie bronchogenního karcinomu se stále více opírá o personalizovaný přístup, vyžadující úzkou spolupráci komplexního multidisciplinárního týmu s cílem minimalizovat rizika související s operační terapií při současném zachování dostatečné onkologické radikality výkonu.

Cíl: Prezentovat ucelený koncept personalizované chirurgické péče, která integruje pokročilé předoperační, perioperační a pooperační postupy u pacientů s plicním nádorovým onemocněním.

Metodika: Personalizovaný management terapie nádorového onemocnění plic začíná zhodnocením nálezu multidisciplinární komisí (onkolog, radiolog, radiační onkolog, pneumolog a chirurg). U pacientů indikovaných k chirurgické terapii je nutné posoudit rizikovost operační terapie, zvolit optimální chirurgický přístup a následné vedení pooperační péči. V **předoperačním období** je klíčové nastavení cílené prehabilitace. **Perioperačně** preferujeme miniinvasivní přístupy (VATS, RATS), k jejichž bezpečnosti a přesnosti přispívá 3D plánování a předoperační značení subpleurálních lézí. U vysoce rizikových pacientů s hraničními plicními funkcemi či obtížným zajištěním dýchacích cest s nutnou selektivní ventilací využíváme perioperační podporu veno-venózní extrakorporální membránové oxygenace (VV-ECMO). V **pooperační fázi** pak zavedení digitálních systémů hrudní drenáže a adekvátní analgetická terapie umožňují dřívější extrakci drénů, zrychlují rekonvalescenci a zkracují dobu hospitalizace.

Závěr: Úspěšná personalizovaná chirurgie plicních nádorů prokazatelně snižuje pooperační morbiditu i mortalitu. Její realizace je však přímo podmíněna kooperací celého týmu, v němž hraje klíčovou roli úzká spolupráce chirurga, anesteziologa a v našem případě i radiologa.

INFEKČNÍ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI PLIC

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

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc

Úvod: Pacienti po transplantaci plic jsou jako těžce imunokompromitovaní pacienti významně ohroženi běžnými, ale i oportunními infekcemi. Tato infekční postižení u nich probíhají často modifikovaně a jsou příčinou značné morbidity a mortality.

Metodika: popis charakteristiky osob po transplantaci plic jako významné skupiny imunosuprimovaných pacientů, popis možných infekčních komplikací u této kohorty osob.

Dále zveřejňujeme soubor infekčních komplikací u osob po transplantaci plic sledovaných a léčených v Poradně pro pacienty po transplantaci plic Kliniky plicních nemocí a TBC FN Olomouc za období říjen 2016 až prosinec 2025.

Výsledek: přesné výsledky budou zveřejněny na kongresu

Diskuse: Infekce jsou u pacientů po transplantaci plic asociovány s vyšší úmrtností, komplikacemi, atypickými průběhy (mitigovaný, fulminantní) a vztahem k rejekci. U pacientů po transplantaci plic je nutno vždy pomýšlet na možnost oportunní infekce i při minimální či nejasném klinickém obraze.

Závěr: Bez časné a agresivní léčby mají tyto infekce často fatální průběh. Je nutná rychlá diagnostická rozvaha, vyšetření a zahájení léčby. Důležitá je multidisciplinární léčebná strategie

AI V PNEUMOLOGII

Mizera J.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Pokračuje výzkum využití umělé inteligence (AI) v pneumologické diagnostice, prognostice, zobrazovacích metodách i zpracovávání klinické dokumentace. Cílem práce bylo zmapovat vývoj publikační aktivity a tematické směrování výzkumu AI v jednotlivých podoblastech pneumologie, se zvláštním důrazem na období posledních čtyř let.

Metodika: V databázi PubMed bylo provedeno systematické vyhledávání pomocí kombinací MeSH terms pro 13 oblastí: bronchogenní karcinom malobuněčný a nemalobuněčný, chronická obstrukční plicní nemoc, astma, intersticiální plicní procesy, transplantace plic, spánková apnoe, funkční vyšetření plic, radiologie, plicní noduly, bronchoskopie a dokumentace. Byl hodnocen celkový počet publikací a zvláště práce z let 2025–2026. Klíčová slova byla roztržena do 189 kategorií a zbylé unikátní položky ponechány nezařazené. Pro každou podoblast byly vytvořeny histogramy 10 nejčastějších kategorií a porovnána období 2023–2024 a 2025–2026.

Diskuse: Analýza umožňuje zachytit rozdíly v tempu výzkumu AI mezi jednotlivými oblastmi pneumologie a identifikovat témata s nejvýraznější publikační dynamikou. Porovnání dvou recentních časových období ilustruje posun výzkumného zájmu v souvislosti s recentním rozvojem technik AI. Výsledky jsou doplněny výběrem reprezentativních prací ilustrujících aktuální trendy výzkumu v této oblasti.

Závěr: Bibliometricko-tematická analýza poskytuje přehled o rozsahu a směrování využití AI v pneumologii a identifikuje oblasti s nejrychlejším vývojem, i témata, jejichž význam v posledních letech narůstá.

KLINICKÉ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU PACIENTŮ S DEFICITEM α_1 -ANTITRYPSINU

Nevoránek L.

Centrum pro deficit α_1 -antitrypsinu, Plicní klinika FN Hradec Králové

Deficit alfa-1 antitrypsinu (AATD) je geneticky podmíněné onemocnění způsobené polymorfismem genu SERPINA1, vedoucím k nedostatečné produkci funkčního AAT. Onemocnění je výrazně poddiagnostikované – zachyceno je odhadem méně než 5 % nositelů závažného genotypu. Sdílíme kazuistiku pacientky narozené v roce 1954, sledované od roku 2011 pneumologem pro dušnost s diagnózou překryvu astmatu a CHOPN, kde je na pozadí expozice pasivnímu kouření v pracovním prostředí. Navzdory maximalizované inhalační triple terapii docházelo k deklinaci plicních funkcí. V roce 2023 byla odeslána na naše pracoviště, diagnostikovali jsme již těžkou obstrukční ventilační poruchu s těžkou hyperinflac. Dle doplněného HRCT již obraz rozsáhlého bazálního emfyzému. Sérová hladina Alfa-1 antitrypsinu 0,16 g/l, genotyp PiZZ – nově stanovena diagnóza AATD. Od ledna 2024 byla zahájena augmentační terapie Respreeza® 7g i.v. 1x za 14 dní. V průběhu sledování došlo ke stabilizaci plicních funkcí (FEV₁ a TLco bez dalšího signifikantního poklesu) a absenci závažné akutní exacerpace. Studie RAPID (Lancet 2015) prokázala zpomalení úbytku plicní denzity (–1,5 vs. –2,2 g/l/rok) u pacientů na augmentační terapii. RAPID-OLE (Lancet Respir Med 2017) potvrdila dlouhodobý benefit augmentační terapie. Kazuistika ilustruje, že AATD může unikat diagnóze i při atypické expozici, a ukazuje klinický přínos augmentační terapie ve smyslu stabilizace nemoci a snížení exacerbací. Dále poukazuje na nutnost testování pacientů z rizikových skupin, protože ztracená plicní tkáň se již nikdy nevrátí, proto je včasné zahájení léčby klíčové.

Klíčová slova: deficit alfa-1 antitrypsinu, AATD, augmentační terapie, Respreeza, CHOPN, emfyzém, kazuistika, RAPID, CT denzitometrie

Sdělení je sponzorováno společností CSL Behring.

BRONCHOPULMONÁLNÍ DYSPLÁZIE - PÉČE PNEUMOLOGA OD NAROZENÍ DO DOSPĚLOSTI

Kalichová L., Rybníček O.

Pediatrická klinika FN Brno a LF MUNI

Bronchopulmonální dysplazie (BPD) představuje nejčastější chronické plicní onemocnění u předčasně narozených dětí. Vzhledem k pokrokům v neonatologii přežívá stále vyšší počet extrémně nezralých novorozenců. BPD se však již dávno neřadí mezi výhradně dětské diagnózy. Důsledky narušeného vývoje plic a perinatálního poškození si tito jedinci přinášejí do adolescentního i dospělého věku. Přehledová přednáška přináší pohled na současné klinické postupy v dlouhodobé péči o dětské pacienty s chronickým plicním postižením z nezralosti. U pacientů s anamnézou BPD dochází v dětství a adolescenci k fixaci bronchiální obstrukce, snížení difuzní kapacity plic a k akcelerovanému poklesu plicních funkcí, což v dospělosti klinicky imituje fenotyp těžkého astmatu nebo CHOPN. Mezi závažné dlouhodobé komplikace patří perzistující bronchiální hyperreaktivita, rozvoj plicní hypertenze a zvýšená náchylnost k infekcím dýchacích cest. Klíčovým, avšak v praxi často problematickým krokem, je proces plynulého předání (transition) pacienta z pediatrické do dospělé pneumologické péče. Cílem přednášky je překlenout pomyslnou bariéru mezi dětskou a dospělou pneumologií a iniciovat diskuzi o standardizaci péče pro tuto specifickou a rostoucí skupinu dospělých pacientů.

MOŽNOSTI LOKÁLNÍ ABLAČNÍ CHIRURGIE A RADIOTERAPIE POKROČILÝCH ZHOUBNÝCH NÁDORŮ PLIC

Pešek M., Vodička J., Svatoň M., Krákorová G., Vojtíšek R., Sukovská E., Vaněček T., Bocko J.

Klinika pneumologie a tuberkulózy FN Plzeň

Úvod: Pokročilý NSCLC je v současnosti vnímán i jako onemocnění heterogenní a časově proměnlivé. Těžiště léčby se v posledních letech přesouvá do oblasti léčby systémové. Tak na léčbu systémovou může navazovat lokální zásah, chirurgie či radioterapie s následným pokračováním léčby systémové. Adaptivní chirurgie se může indikovat jako salvage metoda po systémové chemoterapii resekce reziduálního primárního tumoru nebo jako metastazektomie při postižení mozku, nadledvin či plíce. Lokální ablativní radioterapie je využitelná i u dříve k radioterapii neindikovaných lokalizací a stádií.

Tyto postupy pro většinu st. IV. karcinomů plic nejsou standardem, ale u vybraných pacientů mohou mít kurativní výsledek.

Soubor pacientů a použité metody: 15 nemocných, 10 žen a 5 mužů, ve věkovém rozmezí 39-75 let 14 z nich mělo adenokarcinomy plic, jeden atypický plicní karcinoid, podle stádií šlo o st. III.A u 3 nemocných, III.B. u čtyřech a u 8 nemocných šlo o st. IV.

Řídící mutace prokázané genetickými vyšetřeními byly mutace EGFR u 8 nemocných, EML-4-ALK u dvou, fúze ROS 1 u jedné nemocné mutace K-ras, u jednoho nemocného fúze genů FGFR2-TACC2 a jeden nemocný měl mutaci genu PIK3CA.

V tabulkách prezentujeme použité kombinace systémových a lokálně ablativních léčebných postupů i informace o současném stavu nemocných. Z našeho souboru jedna nemocná zemřela na leptomeningeální karcinomu, ostatní žijí.

Závěr: Systémové léčebné modalitty se v současnosti indikují nejen u lokálně pokročilých a metastazujících zhoubných plicních nádorů. Metody lokální ablační terapie mohou přinést benefit oligorezistentních či oligoprogredujících forem onemocnění.

LAZARŮV FENOMÉN U NEMOCNÝCH S GENERALIZOVANÝMI KARCINOMY PLIC

Pešek M., Minárik M., Vaněček T., Bocko J., Baxa J.

Klinika pneumologie a ftizeologie FN Plzeň

Úvod: Lazarův fenomén znamená v onkologii dramatické zlepšení stavu nemocných s ECOG PS 4.U nemocných s karcinomy plic jej pozorujeme obvykle v souvislosti s odpovědí na cílenou léčbu nebo imunoterapii.

Metodika a popisy případů: Předkládáme pozorování šesti nemocných, pěti žen a jednoho muže. Dvě nemocné měly targetabilní mutace EGFR, jedna mutaci genu BRAF V600E, jedna nemocná karcinom s fúzí EML-4-ALK, jedna nemocná s fúzí genu ROS1. Jeden nemocný léčený imuno-onkologickou léčbou a chemoterapií. Všichni nemocní měli v době zahájení onkologické léčby ECOG PS 3-4, jedna nemocná prodělala v průběhu devítiletého stonání LF.dvakrát

Diskuse: ECOG PS3-4 bývá obvykle v současnosti pokládán za kontraindikaci systémové onkologické terapie cílenou léčbou a imunoterapií. Klinické registrační studie zaměřené na tyto modalitty obvykle takové pacienty nezařazují, a plátcí úhradu této nákladné péče z důvodů chybění dat ze studií vcelku pochopitelně odmítají.

Změny v přístupu k léčení těchto nemocných přinesla až studie Langer a spol. 2009 a publikace Akity Inoue, u pacientů s EGFR řízenými nádory ECOG PS3-4, kde byla zjištěna ORR 66%, MOS 17,8 měsíce a skutečnost, že stav výkonnosti ECOG PS 3-4 se u 66% nemocných zlepšil na PS 0-1. Postupně byly publikovány podobné zkušenosti i u souborů nemocných s karcinomy řízenými mutacemi genů HER 2, fúzemi genů EML-4-ALK, ROS 1 a genů RET.i skipping mutacemi genu MET na exonu 14. Také se objevily zprávy o účinnosti imuno-onkologické léčby u nemocných s ECOG PS 3-4 s vysokou expresí PD-L1.Výsledky uvedených studií podporují podání cílené léčby a nebo imunoterapie u vybraných nemocných. Naopak, u vybraných pacientů s řídícími mutacemi může být ECOG PS3-4 silným argumentem pro urgentní indikaci.

Autoři diskutují molekulárně-genetické faktory související s Lazarovým fenoménem a indikace k urgentní cílené léčbě.

AKTUÁLNY POHLED NA PLICNÍ SEGMENTEKTOMIE PRO KARCINOM PLIC

Peštal A., Chovanec Z., Prudius V., Hanslík T., Daňa P., Sasínek F., Resler J.

I.chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně

Úvod: za tzv. zlatý standard chirurgické léčby karcinomu plic je považována plicní lobektomie, v případě splnění jasných kritérií je ale možná jen plicní segmentektomie s identickou onkologickou radikalitou i desetiletým přežitím

Metodika: plicní segmentektomie je chirurgický výkon, při kterém dochází k odstranění anatomicky jasně definové části plic s příslušnou tepnou, žilou, bronchem a spádovým parenchymem. V rámci chirurgické léčby NSCLC je indikovaná pro tumory stadia I. A1-2. Tedy T do velikosti 20mm při negativitě N parametru.

Diskuse: v případě vícečetných nádorů, limitující funkci plic, předchozí plicní resekci, přidružené plicní nemoci (např. CHOPN) lze individuálně zvažovat tuto resekci i u tumorů větších 20mm. Nutnou podmínkou je zachování volného resekčního okraje. Nedostatečný či velmi rizikový je okraj na preparátu pod 10mm, při vyšetření CT pod 20mm k hranici segmentu, či 25mm od okraje tumoru k bronchu. Velmi přínosné je plánování resekce za použití 3D mapování s využitím virtuálních modelů vycházejících z CT vyšetření. Preferovaným chirurgickým přístupem je tzv. miniinvazivní operační technika, tedy VATS či RATS. Je žádoucí dodržovat doporučení stran peroperačního kryotomového vyšetření resekční linie bronchu a segmentálních LU. Konverze při pozitivitě N parametru na lobektomii je však nadále předmětem diskuze. Při posuzování nádoru hodnotíme TNM klasifikaci a nově i tzv. Rizikové charakteristiky nádorů. V případě vyššího rizika diseminace a invazivního růstu mohou být favorizovány extenzivnější resekční výkony tedy lobektomie. Mezi rizikové faktory náleží SUV max ≥ 9 , lymfatická, vaskulární a pleurální invaze, pozitivita STAS, nízká diferenciacie a high-grade histologie nádoru, CTR nad 0,75.

Závěr: při dodržování jasných kritérií je segmentální resekce dostatečně radikálním chirurgickým výkonem.

PERI-BRONCHOSKOPICKÝ MANAŽMENT ANTITROMBOTÍK

Poláková M.

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Ambulantné centrum pneumológie a ftizeológie

Bronchoskopia predstavuje relatívne bezpečný diagnosticko-terapeutický zákrok v pneumológii. Napriek tomu môže krvácanie do dýchacích ciest viesť ku klinickým komplikáciám. Narastajúci počet pacientov s komorbiditami vyžaduje chronickú antitrombotickú liečbu (antiagreganciou alebo antikoagulanciou). Manažment tejto liečby v peribronchoskopickom období je preto dôležitou úlohou pneumológa.

Hlavným cieľom prednášky je predstaviť optimálny postup prípravy pacienta na bronchoskopický výkon s dôrazom na minimalizáciu dvoch protichodných rizík – rizika závažného krvácania na jednej strane a rizika tromboembolických komplikácií (TE) na strane druhej.

Základom správneho manažmentu je individuálne posúdenie klinických faktorov a stratifikácia pacientov do rizikových skupín. Endoskopické výkony sa delia podľa miery invazivity na výkony s nízkym a vysokým rizikom krvácania. Na základe robustných dát podľa štúdií nesie najvyššie riziko transbronchiálna biopsia a terapeutická intervenčná bronchoskopia, zatiaľ čo bronchoalveolárna laváž a exploratívna bronchoskopia vykazujú riziká najnižšie. Paralelne je nutné stratifikovať TE riziko pacienta podľa primárnej indikácie antitrombotík (napr. akútny koronárny syndróm, fibrilácia predsiení, umelé chlopne, pľúcna embólia).

Rozhodnutie o vysadení liečby musí byť individualizované. S rastúcim rizikom TE komplikácií klesá možnosť obmedzenia antikoagulácie, zatiaľ čo s vyšším rizikom krvácania sa predlžuje doba vysadenia liekov. Kľúčovým faktorom je časový odstup od poslednej TE príhody (odklad elektívnych výkonov o 1 až 3 mesiace).

Medzi kľúčové odporúčania pre klinickú prax patrí: kyselina acetylsalicylová sa pri bežných endoskopických výkonoch rutinne nevysadzuje. NOAK a warfarín sa pri štandardnom postupe nepremosťujú pomocou LMWH. Premostenie warfarínu pomocou LMWH je indikované u pacientov s vysokým trombotickým rizikom.

Krvácavá alebo trombotická komplikácia môže nastať pri akomkoľvek zákroku, čo podčiarkuje nutnosť precíznej individuálnej endoskopickej prípravy pacienta.

DIAGNOSTICKÁ BRONCHOSKOPIA S VYUŽITÍM SKIASKOPIE

Poláková M.

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Ambulantné centrum pneumológie a ftizeológie

Diagnostická bronchoskopia patrí medzi základné endoskopické metódy v pneumológii. Jej možnosti sú pri štandardnom postupe limitované priamou viditeľnosťou do segmentárnych priedušiek. Periférne pľúcne lézie, ako sú noduly, infiltráty alebo solitárne tumory sa nachádzajú mimo dosahu priamej zrakovej kontroly bronchoskopistu. Zavedenie skiaskopie (dynamickeho RTG zobrazenia) na endoskopickú sálu v reálnom čase mení úspešnosť diagnostiky. Táto kombinácia umožňuje navigáciu bioptických nástrojov priamo k periférnemu patologickému ložisku, ktoré nie je endoskopicky viditeľné.

Cieľom našej práce je zhodnotiť prínos a efektivitu diagnostickej bronchoskopie s využitím skiascopickej kontroly pri verifikácii periférnych pľúcnych procesov. Práca analyzuje diagnostickú výťažnosť tejto kombinovanej metódy, bezpečnosť pacienta z hľadiska minimalizácie komplikácií a metodické aspekty znižovania radiačnej záťaže pre personál a pacienta.

Použitie skiaskopie je indikované predovšetkým pri nejasných pľúcnych nálezoch na periférii pľúcneho parenchýmu zistených pomocou CT alebo skiagrafie. Kľúčové kroky metodického postupu zahŕňajú lokalizáciu lézie pomocou RTG ramena na endoskopickej sále a následnú navigáciu nástroja.

Využitie skiaskopie preukázateľne zvyšuje diagnostickú úspešnosť u periférnych pľúcnych nodulov v porovnaní s biopsiou vykonávanou „naslepo“. Úspešnosť stúpa najmä pri léziách s priemerom nad 2cm a pri prítomnosti tzv. „bronchus sign“ (prieduška vedúca priamo k ložisku). Z hľadiska bezpečnosti skiaskopia výrazne znižuje riziko vzniku závažného pneumotoraxu pri transbronchiálnej biopsii parenchýmu. Lekár v reálnom čase vidí vzdialenosť nástroja od hrudnej steny a viscerálnej pleury. Ak dôjde k periprocedurálnemu zakrvácaniu, skiaskopia umožňuje lokalizovať zdroj a kontrolovať pozíciu bronchoskopu pri aplikácii lokálnej hemostatickej liečby.

Hlavnou nevýhodou metódy zostáva radiačná záťaž. Na jej minimalizáciu sa v modernej bronchológii využívajú opatrenia ako pulzný režim skiaskopie, striktné clonenie lúča výhradne na cieľovú oblasť záujmu a ochranné pomôcky pre celý endoskopický tím. Metóda naráža na svoje limity pri veľmi malých léziách (pod 1,5cm) alebo v prekrývajúcich sa anatomických štruktúrach hilu, kde ju nahrádzajú novšie modality navigovanej bronchoskopie.

Diagnostická bronchoskopia s využitím skiaskopie predstavuje efektívny, bezpečný a v klinickej praxi stále používaný štandard pre morfológickú verifikáciu periférnych pľúcnych lézií. Táto navigačná metóda je finančne dostupnejšia, má multidisciplinárne využitie – technikou môžu zdieľať viaceré odbory, čo zvyšuje jej dostupnosť v rámci nemocničného zariadenia. V neposlednom rade výrazne zvyšuje presnosť a bezpečnosť diagnostiky pľúcnych lézií.

PLICNÍ REHABILITACE PACIENTŮ S AATD

Raisová K.

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc

Deficit alfa-1 antitrypsinu (AATD) činí jedince náchylnější k časnému nástupu chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Mezi nejčastější respirační symptomy těchto pacientů patří dechové obtíže, pískoty, zvýšený výskyt bronchiálního sekretu a obtížná expektorace. Zvýšení intenzity příznaků nebo nový výskyt se často pojí s exacerbací tohoto onemocnění (1). U pacientů s AATD se vyskytuje také snížená tolerance fyzické zátěže (2). Proto i u takto nemocných se kromě farmakologické léčby dají využít nefarmakologické postupy, jejichž součástí je i plicní rehabilitace (3, 4). Jednotlivé složky plicní rehabilitace by měly být voleny na podkladě syntézy výsledků všech provedených vyšetření. Při poruše pohybové složky dýchání se využívají techniky respirační fyzioterapie zaměřené na podporu dechové vzoru – např. neurofyziologický facilitace dýchání, nácvik bráničního dýchání, dechová gymnastika, dýchání se zpětnovazebnými dechovými trenažéry, a na zvýšení síly dýchacích svalů, který je spojen s cíleným tréninkem dýchacích svalů s využitím dechových trenažérů, na kterých lze nastavit individuální přesnou velikost odporu. Při poruchách expektorace a zvýšeném množství bronchiálního sekretu se z technik respirační fyzioterapie využívají techniky pro podporu hygieny dýchacích cest – tzv. drenážní techniky (5). Tyto techniky mohou být prováděny bez dechových trenažérů i s vibračními dechovými trenažéry nebo přístroji. Při výskytu snížené tolerance fyzické zátěže se indikuje personalizovaný pohybový trénink (6), který zahrnuje vytrvalostní a silový trénink.

Literatura:

1. Choate, R., Sandhaus, R. A., Holm, K. E., Mannino, D. M., & Strange, C. (2022). Patient-reported pulmonary symptoms, exacerbations, and management in a cohort of patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*, 9(4), 549.
2. Chlumsky, J., & Kusalova, K. (2020). Czech national alpha-1 antitrypsin registry. *European Respiratory Journal*, 56(suppl 64): 2440.
3. Alwadani, F. A., Wheeler, K., Pittaway, H., & Turner, A. M. (2023). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease patients with underlying alpha-1 antitrypsin deficiency: a systematic review and practical recommendations. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*, 11(1), 121.
4. Barjaktarevic, I., & Campos, M. (2021). Management of lung disease in alpha-1 antitrypsin deficiency: what we do and what we do not know. *Therapeutic advances in chronic disease*, 12, 20406223211010172.
5. Belli, S., Prince, I., Savio, G., Paracchini, E., Cattaneo, D., Bianchi, M., ... & Balbi, B. (2021). Airway clearance techniques: the right choice for the right patient. *Frontiers in medicine*, 8, 544826.
6. Jarosch, I., Schneeberger, T., Gloeckl, R., Kroll, D., Dennis, C., Hitzl, W., ... & Koczulla, A. R. (2025). A high-intensity versus moderate-intensity exercise training programme in alpha-1 antitrypsin deficiency-related COPD (IMAC): a randomized, controlled trial. *Respiration*, 104(3), 200-205.

Sdělení sponzorováno společností CSL Behring.

MIKROBIOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA TBC A MYKOBAKTERIÓZ

Svobodová J.

IFCOR-KLINICKÉ LABORATOŘE, s.r.o.

Základem laboratorní diagnostiky TBC a mykobakterií je přímý průkaz původce onemocnění mikroskopicky a kultivačně. Klasická kultivace na vaječných půdách probíhá zároveň s urychlenou kultivací v automatickém systému Bactec MGIT, která prokazuje metabolismus bakterií. Obě kultivační metody se vhodně doplňují. Narostlé mykobakterie jsou identifikovány. Testování lékové citlivosti se provádí u každého nově izolovaného kmene komplexu *Mycobacterium tuberculosis*, u netuberkulózních mykobakterií pouze v klinicky indikovaných případech. Vyšetření je možné rozšířit o rychlé molekulárně biologické metody detekce mykobakteriální DNA (PCR).

V některých situacích jsou přínosné nepřímé testy založené na imunitní odpovědi infikovaného organismu. Hodnotí buňkami zprostředkovanou imunitní reakci, která je v případě mykobakteriální infekce rozhodující. Jsou to tzv. IGRA testy (interferon-gamma release assays) založené na detekci interferonu gama uvolňovaného jako odpověď na stimulaci imunokompetentních buněk specifickými antigeny *Mycobacterium tuberculosis*.

IGRA testy (QuantiFERON-TB a T-SPOT.TB) byly vyvinuty k průkazu latentní tuberkulózní infekce (LTBI). Jsou doporučovány před léčbou preparáty anti-TNF α , u kterých je zvýšené riziko vzplanutí TBC. Testování LTBI je dále doporučeno u pacientů na dialýze, u příjemců krevtvořných buněk nebo solidních orgánů, u kontaktů s nemocnými TBC, u HIV pozitivních. Zvažováno by mělo být u vězňů, bezdomovců, přistěhovalců ze zemí s vysokou incidencí TBC, pravidelných uživatelů ilegálních drog a také u pracovníků ve zdravotnictví. IGRA testy se provádějí z krve odebírané do přesně definovaných odběrových zkumavek.

PŘÍNOS GENETICKÉHO VYŠETŘENÍ A ANALÝZY DÉLKY TELOMÉR V DIAGNOSTICE INTERSTICIÁLNÍCH PLICNÍCH PROCESŮ

Šterclová M.^{1,2}, Parobková E., Sulcová H., Bartoška J., Drösslerová M., Libík M., Holubová A., Macek M.

¹ Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

² Pneumologická klinika 1. LF UK a FTN, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Úvod: Genetická predispozice hraje významnou roli v etiologii monogenních intersticiálních plicních procesů (IPP). Evropská respirační společnost (ERS) doporučuje nabídnout pacientům genetickou konzultaci zejména u familiárních forem onemocnění, časně vzniklých IPP, u nemocných se suspekci na klinický syndrom zahrnující IPP a při podezření na poruchu biologie telomér. Cílem prezentované studie bylo zhodnotit diagnostickou výtěžnost a klinický přínos genetického poradenství a vyšetření délky telomér u pacientů s ILD vybraných podle doporučení ERS (1).

Metody: Do prospektivní observační kohortové studie bylo zařazeno 52 pacientů s IPP splňujících kritéria ERS pro genetické vyšetření. U všech pacientů bylo provedeno celoxomové sekvenování a stanovení délky telomér pomocí kvantitativní PCR (2). Pacienti byli rozděleni do klinických skupin podle indikace ke genetickému vyšetření.

Výsledky: Patogenní nebo pravděpodobně patogenní varianty byly identifikovány u 4 z 52 pacientů (7,7 %). Nejvyšší diagnostická výtěžnost byla zaznamenána u pacientů s podezřením na poruchu biologie telomer, zatímco nejnižší výtěžnost byla zjištěna u pacientů s časně vzniklým IPP bez podezření na komplexní syndrom. Zkrácené teloméry byly prokázány u 21,2 % pacientů, včetně některých případů bez identifikovatelné genetické varianty.

Závěr: Cílené genetické vyšetření v kombinaci se stanovením délky telomer přináší největší diagnostický přínos u pacientů s IPP a podezřením na telomeropatii nebo familiární formu onemocnění. Tento přístup může zvýšit diagnostickou přesnost a přispět k optimalizaci klinického managementu pacientů.

Literatura:

Borie R, Le Guen P, Ghanem M, Taillé C, Dupin C, Dieudé P, et al. The genetics of interstitial lung diseases. Eur. Respir. Rev. 2019;28:190053

Joglekar MV, Satoor SN, Wong WKM, Cheng F, Ma RCW, Hardikar AA. An optimised step-by-step protocol for measuring relative telomere length. Methods Protoc. 2020;3:27.

Podpořeno: institucionální podpora FTN DZ2416; grant AZV NW24-06-00050

BUĎTE KROK PŘED EXACERBACEMI: VČASNÁ INTERVENCE V LÉČBĚ NESTABILNÍCH PACIENTŮ S CHOPN

Špás P.

Otran Kutná Hora s.r.o., Plicní centrum s.r.o.

Exacerbace chronické obstruktivní plicní nemoci (CHOPN) představují klíčový moment v progresi onemocnění. Vedou nejen k akcelerovanému poklesu plicních funkcí a zhoršení kvality života, ale zásadním způsobem zvyšují i kardiovaskulární riziko (např. akutní koronární syndrom, arytmie či cévní mozkové příhody) a celkovou mortalitu. Doporučení GOLD definují jasná kritéria pro zahájení či eskalaci léčby inhalačními kortikosteroidy (IKS), často však reagují až na již proběhlé opakované nebo těžké exacerbace.

Přednáška přináší zamyšlení nad tím, zda u symptomatických „nestabilních“ pacientů nezasahujeme příliš pozdě. Místo pasivního čekání na další exacerbaci se zaměřuje na možnost včasné intervence a aktivního vyhledávání rizikových fenotypových znaků, jako je podíl astmatu či T2-zánětu (hodnoty eozinofilů v krvi, FENO).

Klíčová slova: CHOPN, exacerbace, IKS, trojkombinace, včasná intervence, překryv astma/CHOPN, FENO, eozinofily.

RIGIDNÍ TORAKOSKOPIE/PLEUOSKOPIE – 15 LET ZKUŠENOSTÍ Z KLINICKÉ PRAXE

Štochel J.

Rigidní torakoskopie (pleuroskopie) představuje jednoduchou, efektivní a především bezpečnou metodu diagnostice i léčbě onemocnění pleurálního prostoru. Cílem tohoto ryze prakticky zaměřeného sdělení je na základě našich patnáctiletých zkušeností připomenout význam této metody, zdůraznit její nezastupitelné místo v současné pneumologii a nabídnout praktický návod k jejímu zavedení i jednoduchému provádění v podmínkách běžného pneumologického oddělení. Domníváme se, že nařadě pracovišť zůstává tato metoda dosud nedostatečně využívána, přestože při odpovídající organizaci péče je dobře dostupná i mimo vysoce specializovaná centra.

KEĎ TUMOR PLŮC NIE JE TUMOR - GRANULOMATÓZA S POLYANGIIITÍDOU AKO DIAGNOSTICKÁ VÝZVA

Žúrková E., Balková D., Štrbová Z.

Klinika pneumológie a ftizeológie LF UK a UN Bratislava

Granulomatóza s polyangiitídou (GPA) je ANCA-asociovaná vaskulitída s postihnutím dýchacích ciest a obličiek. Plúcne prejavy môžu imitovať infekčné aj nádorové ochorenie.

Prezentujeme prípad 48-ročnej pacientky s anamnézou karcinómu prsníka po mastektómii, chemoterapii a rádioterapii, aktuálne na hormonálnej liečbe. V januári 2026 bola hospitalizovaná pre ľavostrannú pleuropneumóniu. HRCT zobrazilo tumoróznú léziu v S4/5 vľavo s obturáciou bronchov, atelektázou a výpotkom a drobnú spikulujúcu léziu v S3 vľavo. Bola realizovaná CT-navigovaná biopsia tumoróznej masy a ultratenká bronchoskopia s biopsiou z B5/B8 vľavo. Histológia nepotvrdila malignitu; preukázala zápalové a fibroproliferatívne zmeny s nekrozami, pri negatívnych farbeniach na mykobaktérie a plesne.

Kontrolné CT ukázalo čiastočnú regresiu pôvodnej konsolidácie, avšak došlo k veľkostnej progresii ložiska v S3 vľavo s kavitáciou. Pri rehospitalizácii pacientka udávala epistaxy, ponáhľavú dýchavicu a pleuritické bolesti. Prítomná bola bilaterálna episkleritída a keratokonjunktivitída, ORL vyšetrenie potvrdilo fragilnú sliznicu s krustami a sínusitídu. Laboratórne bola prítomná výrazná c-ANCA pozitivita s podtriedou anti-PR3 autoprotilátok. Pri bronchoskopii boli v trachei bioptované belavé uzlíky so záchyтом granulomatózneho zápalu s lemom nekrózy a náznakom vaskulitídy malých ciev. Nález podporil diagnózu GPA. Renálne postihnutie nebolo prítomné.

Kazuistika poukazuje na diagnostickú náročnosť GPA, ktorá môže najmä u pacientov s onkologickou anamnézou imitovať nádorové ochorenie pľúc. Kombinácia tumorózne pôsobiacej pľúcnej lézie s mimoplúcnyimi prejavmi, najmä ORL a očným postihnutím, by mala viesť k rozšíreniu diferenciálnej diagnostiky o ANCA-asociovanú vaskulitídu, a to aj pri absencii renálneho postihnutia.

PODPŮRNÁ A PALIATIVNÍ PÉČE V PNEUMOLOGII

Žurková M.¹, Hajdová L.¹, Genzor S.¹, Mooz P.¹, Jakubec P.¹, Kirchnerová M.², Fritscherová Š.², Kriegová E.³

¹ Klinika plicních nemocí a TBC, LF UP a FN Olomouc

² FNOL KARIM, Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

³ Ústav imunologie, LF UP a FN Olomouc

Paliativní péče je specializovaná zdravotní péče zaměřená na zlepšení kvality života pacientů s pokročilými, život ohrožujícími nemocemi. Péče se zaměřuje nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu. Onkologická a chronická onemocnění dnes představují nejvýznamnější zdravotní hrozbu v Evropě. S chronickými nemocemi se potýká více než 80 % lidí starších 65 let a jsou zodpovědné za 86 % všech úmrtí. Světová zdravotnická organizace považuje paliativní péči za jedno z klíčových odvětví zdravotnictví, které má pomoci při zvládání nemocí, jež jsou důsledkem zvyšujícího se věku dožití a stárnutí populace. Čím dříve je paliativní péče zahrnuta do celkové péče o těžce nemocného pacienta, tím více prospěchu z ní pacient i jeho blízcí získají. Klíčové oblasti paliativní péče v pneumologii se zaměřují na komplexní zvládání symptomů a zlepšení kvality života pacientů s pokročilými, nevyléčitelnými plicními onemocněními (např. rakovina plic, CHOPN, intersticiální plicní procesy). Neřeší pouze fyzické obtíže, ale také psychické, sociální a duchovní potřeby nemocného a jeho rodiny. Hlavním

cílem je zmírnění dušnosti (refrakterní dušnost), chronického kašle, bolesti, únavy, nevolnosti a nutričních potíží. Paliativní péče by neměla být vyhrazena pouze pro závěr života, ale měla by být poskytována souběžně s kurativní či biologickou léčbou, což prokazatelně zlepšuje kvalitu života. Vždy je nutný multidisciplinární přístup, který zahrnuje spolupráci pneumologa, paliatra, sester, psychologa a sociálního pracovníka. Velmi žádoucí je také psychosociální podpora při řešení úzkosti, depresí a podpora rodiny pacienta. Je nutné plánování péče, což zahrnuje diskusi o přáních pacienta v závěru života, podpora domácí péče a spolupráci s hospici. Ve dvou kazuistických sděleních popisujeme naše zkušenosti se spoluprací s paliativním týmem FN Olomouc.

Literatura: Sláma O., Kabelka L. et al.: Paliativní medicína pro praxi, Galén, 2022

Grantová podpora: IGA_LF_2026_013, MH CZ – DRO (FNOL, 00098892)

XXXIV. MORAVSKOSLEZSKÉ PNEUMOLOGICKÉ DNY

Kolektiv autorů, sborník abstrakt

ISBN 978-80-88112-26-6

Vydal:

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno
2026