

# KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 4

ROČNÍK 2

2005

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

GEUM



## Vážení čtenáři,

poslední letošní číslo *Kazuistik v pneumologii*, které držíte v rukou, má poněkud netradiční podobu. Uzavěřeli jsme druhý ročník, první s úplným počtem čísel, což je dobrá příležitost bilancovat, zhodnotit svou práci a ohlédnout se zpátky. Pět předchozích čísel, která právě nyní leží přede mnou, nepředstavuje příliš dlouhou tradici. Přesto mám pocit, že si *Kazuistiky v pneumologii* již našly své „místo na slunci“, své čtenáře i autory, a cítím velkou zodpovědnost za další existenci a podobu tohoto periodika.

V nadcházejícím roce nás čeká řada úkolů. Domníváme se, že v našem časopise by měly být ve větší míře než dosud zastoupeny příspěvky s alergologickou a imunologickou tematikou, aby byl zajímavým periodikem i pro lékaře těchto oborů. Rádi bychom se více prezentovali také čtenářům na Slovensku. Velkou metou, na jejímž dosažení intenzivně pracujeme, je zařazení *Kazuistik v pneumologii* do některé z velkých mezinárodních bibliografických databází.

Hodnotit dosavadní práci autorů, recenzentů, redakce i vydavatelství budete především vy – naši čtenáři. Budeme rádi, pokud si své názory a komentáře nenecháte pro sebe, ale pomůžete jimi zlepšit naši práci. Vaše náměty, připomínky a hodnocení jsou pro nás velmi cenné. Uvítáme rovněž vaše případné rozhodnutí prezentovat vlastní zkušenosti v podobě *kazuistik* (nebo jiných příspěvků) na stránkách časopisu.

Vašemu hodnocení může napomoci přehled souhrnů jednotlivých publikovaných prací. Je obsahem *Ročníkového resumé*, které v tomto čísle najdete na místě přílohy *Interdisciplinární spolupráce*. Věříme, že resumé, tradičně publikované ve všech našich periodikách, usnadní seznámení s časopisem také novými a potenciálními předplatiteli. Všem lékařům v České a Slovenské republice i nadále nabízíme bezplatné zaslání ukázkového čísla (je možné vyžádat si je telefonicky, e-mailem, písemně nebo pomocí internetového formuláře – kontakty jsou uvedeny v tiráži časopisu). Budeme rádi, pokud *Kazuistiky v pneumologii* doporučíte také svým kolegům.

Novou rubriku v tomto čísle je *Funkční vyšetření plic – test*. První díl připravila prim. MUDr. Jarmila Fišerová. *Netradiční podoba článku* umožňuje porovnat vlastní hodnocení funkčního vyšetření plic s hodnocením autorů. Nejen k tomuto článku uvítáme také vaše diskusní příspěvky, ať již určené k diskusi s autory, či k otevření širší debaty na stránkách časopisu.

V závěru ročníku bych rád poděkoval za spolupráci všem našim autorům, recenzentům a členům redakční rady. Získává-li si časopis dobrou pověst, je to především jejich zásluha. Všem vám pak přeji klidné a příjemně prožité Vánoce a šťastný nový rok 2006.

Karel Vízner  
šéfredaktor

Obrázek na obálce:

### **Coronilla varia L.** Čičorka pestrá

Rostlina s krásným českým názvem čičorka pestrá patří mezi bobovité rostliny. Je víceletá a její poléhavé stonky mohou dorůstat až dvoumetrové délky. Roste na vlhkých místech, loukách, ale také mezích, náspech a lesních okrajích. Její obsahové látky jsou zkoumány pro svůj medicínský potenciál. Testovány jsou především obsažené glykosidy (hyrcanosid, deglucohyrcanosid) a jejich působení kardiotonické, ale např. i antitumorózní. V lidovém léčitelství je používána tradičně. Bezprostřední využití však, zdá se, nalezne čičorka jako energetická rostlina využívaná pro výrobu bioplynu.

(foto GEUM – Mgr. Karel Vízner)

Poznámky pod čarou věnované životopisným údajům lékařských osobností pocházejí z publikace Vokurka, M., Hugo, J. et al. Velký lékařský slovník. 4. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. Lékařské slovníky nakladatelství Maxdorf naleznete také na <http://www.slovníky.cz>

časopis pro pneumology, alergology,  
lékaře ORL, praktické lékaře a pediatriy

Ročník 2.

ISSN 1214-6404

Vydává:  
Nakladatelství GEUM Praha, s. r. o.

Šéfredaktor:  
Mgr. Karel Vízner  
E-mail: KarelVizner@geum.org

Redakční rada:  
prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.  
prim. MUDr. Jarmila Fišerová  
MUDr. Pavel Jansa  
prim. MUDr. Viktor Kašák  
doc. MUDr. Petr Panzner, CSc.  
MUDr. Jindřich Pohl  
doc. MUDr. František Salajka, CSc.  
MUDr. Milan Teřl, Ph.D.  
prim. MUDr. Martina Vašáková  
MUDr. Vladimír Zindr

Vydavatel – poštovní kontakt:  
(autorské příspěvky a předplatné)  
Nakladatelství GEUM  
redakce Kazuistiky v pneumologii  
P. O. Box 436, 111 21 Praha 1

Tel.: +420 721 639 079  
E-mail: geum@geum.org  
Internet: http://www.geum.org/pneumo

Inzertní oddělení:  
Dagmar Kaprálová  
Tel.: + 420 604 935 365  
E-mail: kapr@geum.org

Vedoucí redaktor:  
MUDr. Juraj Szántó

Zástupce vydavatele:  
Mgr. Kamila Víznerová

Sazba:  
Mgr. Christo Bjalkovski

Redakční zpracování, ilustrační fotografie:  
GEUM – Mgr. Karel Vízner  
geum@geum.org

Tisk:  
Tiskárna Glos Semily, s. r. o.  
tiskarna@glos.cz

#### Předplatné:

Předplatné je možné uhradit nejméně na 4 čísla dopředu. Cena časopisu včetně poštovního a balného je 39 Kč/číslo, tj. 156 Kč/4 čísla. Předplatné lze objednat na adrese vydavatele. Distribuci provádí pověřená společnost. Za uvedené ceny je prováděna distribuce v rámci ČR a SR, do ostatních států je cena předplatného vyšší o příslušnou sazbu poštovního do zahraničí.

# Obsah



Editorial .....	1
Robert Vyšehradský, Peter Strapko, Lukáš Plank, Jana Straková, Hubert Poláček, Eva Rozborilová Je to sarkoidóza? .....	4
Marcela Škvařilová, Pavel Jansa, Tomáš Paleček, Jan Horák, Stanislav Šimek, Michael Aschermann Aneurysma arterie pulmonalis u nemocné s idiopatickou plicní arteriální hypertenzí.....	11
Pavel Bartoň, Martin Drajna, Zoltán Kerekes Zajímavé bronchologické (a morfológické) nálezy, 3. díl – Tuberkulóza .....	17
Rarita Martina Vašáková Co je to sklerotizující mediastinitida? .....	20
Funkční vyšetření plic – test Jarmila Fišerová Námahová dušnost mladého muže (Popis funkčního vyšetření plic) .....	21
Téma: kouření Lékaři, sestry a kouření cigaret (MUDr. Eva Králíková, CSc.) .....	23
Téma: kouření Přemysl Sobotka K zákonu o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky .....	25
Jiří Kandus Osobnost pneumologie Doc. MUDr. Karel Kadlec, CSc. ....	26
Náš rozhovor Asthma bronchiale a CHOPN (MUDr. Viktor Kašák) .....	28
Představujeme Odborný léčebný ústav Albertinum v Žamberku (MUDr. Jiří Jireš) .....	30
Náš rozhovor O evropském kongresu dětských pneumologů a alergologů v Praze (doc. MUDr. Petr Pohunek, CSc.) .....	33
Milena Secká, Juraj Szántó Kapitoly z historie Nemoci v životě Emila Holuba .....	35
Ročníkové resumé – Kazuistiky v pneumologii (2004–2005) samostatný obsah .....	40



# Je to sarkoidóza?



Robert Vyšehradský<sup>1</sup>, Peter Strapko<sup>1</sup>,  
Lukáš Plank<sup>2</sup>, Jana Straková<sup>4</sup>, Hubert Poláček<sup>3</sup>,  
Eva Rozborilová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika tuberkulózy a pľúcnych chorôb

<sup>2</sup>Ústav patologickej anatómie

<sup>3</sup>Rádiodiagnostická klinika

Univerzita Komenského, Jesseniova lekárska fakulta a Martinská fakultná nemocnica, Martin

<sup>4</sup>Oddelenie klinickej imunológie a alergológie, Martinská fakultná nemocnica, Martin

## Súhrn:

Autori prezentujú prípad staršej pacientky s diagnózou sarkoidózy kože a pľúc, potvrdenou histologickým vyšetrením kožnej biopsie v roku 1996. Ďalší klinický a röntgenologický vývoj ochorenia však viedol k pochybnostiam o správnosti diagnózy. Uvedeným prípadom chcú dokumentovať, že sarkoidóza je stále chorobou mnohých tvárí a v niektorých prípadoch môže byť spektrum diferenciálnej diagnostiky veľmi široké. Konečné rozuzlenie všetkých sporných otázok v danom prípade umožnilo až histologické vyšetrenie biopsie supraklavikulárnej lymfatickej uzliny a rebiopsie kože.

## Summary:

Is it sarcoidosis?

Authors present a case of a senior female patient diagnosed with a skin and pulmonary form of sarcoidosis confirmed by histological examination of skin biopsy in 1996. However, the diagnosis had been disputed by the following clinical and radiological progress of the illness. In the presented case authors would like to document that sarcoidosis has been yet the disease of various characters and that in many cases the range of differential diagnosis could be very wide. The final decision of all controversial questions was made by histological examination of supraclavicular lymphatic node biopsy and skin re-biopsy.

Vyšehradský, R., Strapko, P., Plank, L., Straková, J., Poláček, H., Rozborilová, E. Je to sarkoidóza? Kazuistiky v pneumologii 2, č. 4: 4–10, 2005.

## Kľúčové slová:

- sarkoidóza
- tuberkulóza
- aktinická keratóza
- systémové choroby spojiva
- diferenciálna diagnostika

## Key words:

- sarcoidosis
- tuberculosis
- actinic keratosis
- systemic connective tissue diseases
- differential diagnosis

## Úvod:

Sarkoidóza je označovaná ako choroba mnohých tvárí (James 1990). Zaslúžil sa o to jej variabilný obraz v klinických aj pomocných vyšetreniach, ako aj individuálny vývoj v čase. Nie náhodou si Svetová asociácia sarkoidózy a iných granulomatózných porúch (WASOG) vybrala za svoj znak draka s viacerými hlavami. Aj keď v mnohých prípadoch je obraz choroby typický a diagnostika nerobí vážnejšie problémy, vyskytujú sa aj stavy, ktorých diferenciálna diagnostika je široká. Ani zlatý štandard diagnostiky – histologické overenie – nemusí vždy priniesť konečnú odpoveď, ak nie je správne interpretované v súlade s kompletnou klinickou informáciou o pacientovi (American Thoracic Society 1999).

## Kazuistika:

66-ročná pacientka bola odoslaná v máji 2005 spádovým pneumoftizeológom do našej ambulancie pre choroby pľúcneho interstícia za účelom konziliárneho vyšetrenia.

V roku 1996 jej bola z veľkej papulóznej eflorescencie na pravom ramene histologicky diagnostikovaná sarkoidóza kože. Následne bola robená natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii, na ktorej boli prítomné mäkké škvrnité tieňe v periférii oboch horných pľúcnych polí, ďalej tenké vodorovné pruhovité zatiene v strednom pľúcnom poli vpravo (interlobárna fisura) a mäkké zazávojovanie oboch dolných pľúcnych polí (obr. č. 1). Pacientka bola odoslaná do jedného z odborných liečebných ústavov tuber-

Obr. č. 1: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii  
21. 5. 1996

Snímka v čase stanovenia diagnózy: Mäkké škvrnité tie-  
ne v periférii oboch horných pľúcnych polí, tenké vodorov-  
né pruhovité zatienie v strednom pľúcnom poli vpravo  
(interlobárna fisura) a mäkké zazávojovanie oboch dolných  
pľúcnych polí.

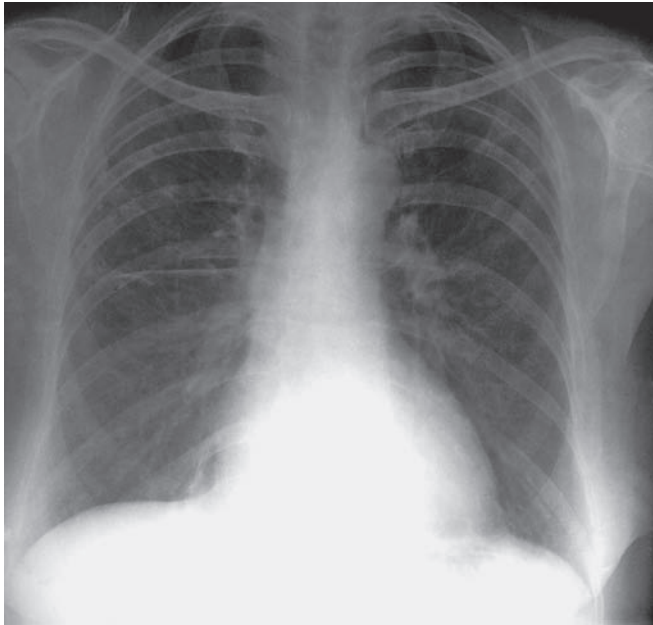


Foto z archívu autorů

Obr. č. 2: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii  
16. 11. 1999

Postupné zvyrazňovanie škvrnito-pruhovitých tieňov  
v oboch pľúcnych krídlach.

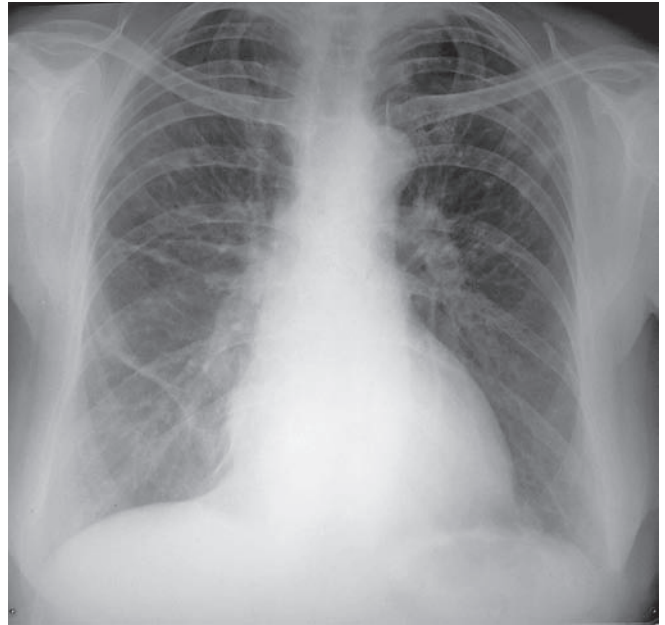


Foto z archívu autorů

kulózy a respiračných chorôb na ďalšiu diagnostiku a liečbu. Tam na základe nálezu na natívnej snímke hrudníka, výsledku kožnej biopsie a zástúpenia buniek v bronchoalveolárnej lavážnej tekutine (30 % lymfocytov, subpopulácie nevyšetrené) bol stav uzavretý ako sarkoidóza pľúc v II. štádiu. Biopsiu pľúc pracovisko neindikovalo. Pacientka v tomto období bola bez reštrikčnej aj bez obštrukčnej ventilačnej poruchy, difúzna kapacita pľúc na oxid uhoľnatý, meraná jednodychovou metodikou, bola v referenčnom rozpätí. Bola začatá liečba systémovými kortikoidmi. Po roku bola liečba ukončená pre vznik duodenálnych vredov. Následne bola pacientka len sledovaná klinicky, röntgenologicky a funkčne spádovým pneumofyzikológom a v uvedenom liečebnom ústave a liečená inhalačnými kortikosteroidmi.

V rokoch 2000 až 2005 došlo postupne k zhoršovaniu dýchania, k schudnutiu o 45 kg pri dobrom apetíte, k röntgenologickej progresii (obr. č. 2, 3) a k vzniku reštrikčnej ventilačnej poruchy ľahkého stupňa a poruchy difúzie stredného stupňa. Aktuálne kožné eflorescencie (obr. č. 4) spádový dermatológ hodnotil skôr ako psoriázu, než ako sarkoidózu kože.

V čase nášho vyšetrenia udávala dýchavicu pri chôdzi po rovine, bolesti kolenných a bedrových zhybov a drobných kĺbov rúk (distálne aj proximálne interfalangeálne zhyby). Udávala však aj zbelenie a zmodranie prstov rúk pri expozícii chladom, dysfágiu, odydnofágiu, xerostómiu, xeroftalmiu a edémy predkolení. Zvýšenie telesnej teploty popierala.

V osobnej anamnéze bola mastitída počas laktácie, ktorá si vyžiadala chirurgickú intervenciu, exstirpácia bazocelulárneho karcin-

Obr. č. 3: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii  
30. 3. 2005

Ďalšia röntgenologická progresia so zvyraznením oboch hi-  
lov a vytváraním väčších škvrnitých tieňov v oboch pľúcnych  
krídlach.

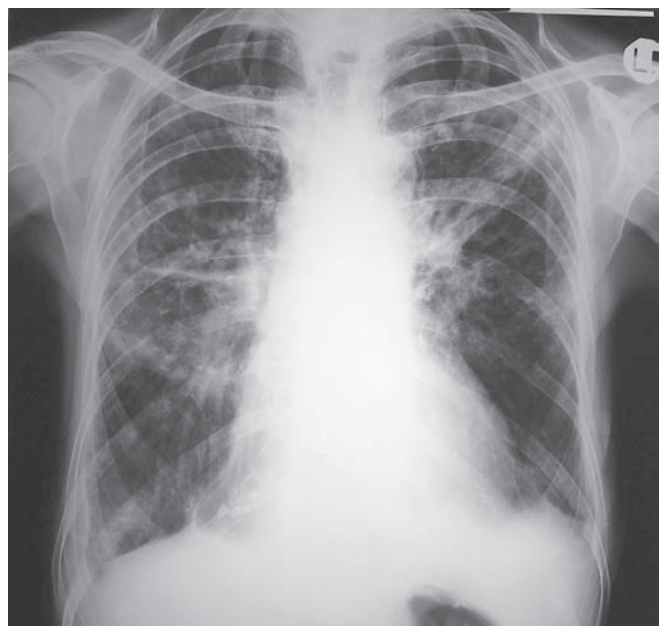


Foto z archívu autorů

**Obr. č. 4: Kožné eflorescencie na ruke a predlaktí**

Dominantne makulózne živo ružové aj livídne eflorescencie s lamelóznou deskvamáciou aj s krustami na povrchu.



Foto z archívu autorů

**Obr. č. 5: Kožné eflorescencie na predkoleniach**

Makulo-papulózne živo ružové, hnedé aj livídne eflorescencie od 2 do 12 mm veľké, miestami s lamelóznou deskvamáciou na povrchu.



Foto z archívu autorů

nómu na špičke nosa s následnou rádioterapiou a excíziou spinoceulárneho karcinómu dolnej pery vpravo. Bola nefajčiarka. Rodinná anamnéza bola bez pozoruhodností. V čase nášho vyšetrenia bola na starobnom dôchodku, predtým pracovala ako robotníčka v železiarňach a v tehelni, kde bola exponovaná prachom, výparmi z tavenia kovov, nie však kremičitým prachom ani azbestom. Bývala v paneľovej bytovke, nechovala žiadne domáce zvieratá ani vtáky.

V objektívnom náleze dominoval neuspokojivý stav výživy (BMI=17,3 kg/m<sup>2</sup>). Na celom tele s maximom na predlaktiach a predkoleniach boli prítomné makulo-papulózne živo ružové eflo-

rescencie od 2 do 12 mm veľké s lamelóznou deskvamáciou a krustami na povrchu (obr. č. 4, 5).

Pred pravým sternokleidomastoideom a v pravej supraklavikulárnej jamke bolo hmatateľných niekoľko drobných tuhých nefixovaných solitárnych lymfatických uzlín do 8 mm veľkých. Akcia srdca bola nepravidelná, na celom prekordiu bol počuteľný systolický šelest intenzity 3/6 s maximom nad mitrálным ústím a bez jasnej propagácie. Poklop nad pľúcami bol hypersonorný a dýchanie vezikulárne s ojedinelými inspiračne-expiračnými piskotmi nad pravým hemitoraxom. Hepatomegália ani splenomegália neboli prítomné. Na oboch predkoleniach boli edémy do troch štvrtín.

Na natívnej snímke hrudníka boli obe pľúcne krídla (viac pravé) prestúpené sýtymi škvrnito-pruhovitými tieňmi, ktoré v pravom strednom pľúcnom poli

splývali až do obrazu nehomogénneho zatienenia (obr. č. 6).

Vo funkčnom vyšetrení pľúc (tab. č. 1) bola prítomná reštrikčná ventilačná porucha ľahkého stupňa a redukcia difúznej kapacity pľúc na oxid uhoľnatý stredného stupňa (merané jednoducho-ovou metodikou).

Vzhľadom na anamnézu dysfágie, xerostómie, xeroftalmie, Raynaudovho fenoménu, kachektizácie, rozsiahly röntgenologický nález a netypické kožné eflorescencie sa ponúka niekoľko otázok:

1. Ide skutočne o sarkoidózu pľúc?
2. Bol histologický nález z biopsie kože zhodnotený správne?



Tab. č. 1: Vývoj pľúcnych funkcií

Parameter	FEV <sub>1</sub>		FVC		TLC		RV		D <sub>LCosb</sub>	
	(l)	(% RH)	(l)	(% RH)	(l)	(% RH)	(l)	(% RH)	(mmol/min/kPa/)	(% RH)
3. 5. 2005	1,48	65,3	1,88	69,7	4,21	82,5	2,42	118	4,24	58
29. 7. 2005	1,8	79,4	2,29	84,6	4,92	97,0	2,63	123	4,09	59

Legenda: FEV<sub>1</sub> = objem vzduchu vydychnutý za prvú sekundu úsilného výdychu, FVC = úsilná vitálna kapacita, TLC = totálna pľúcna kapacita, RV = reziduálny objem, D<sub>LCosb</sub> = difúzna kapacita pľúc pre oxid uhoľnatý meraná jednoduchoovou metodikou, RH = referenčná hodnota

Obr. č. 6: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii 3. 5. 2005

Snímka pred nasadením systémovej kortikoterapie: Obe pľúcne krídla (viac pravé) prestúpené sýtymi škvrnito-pruhovitými tieňmi, ktoré v pravom strednom pľúcnom poli splývajú až do obrazu nehomogénneho zatienenia.

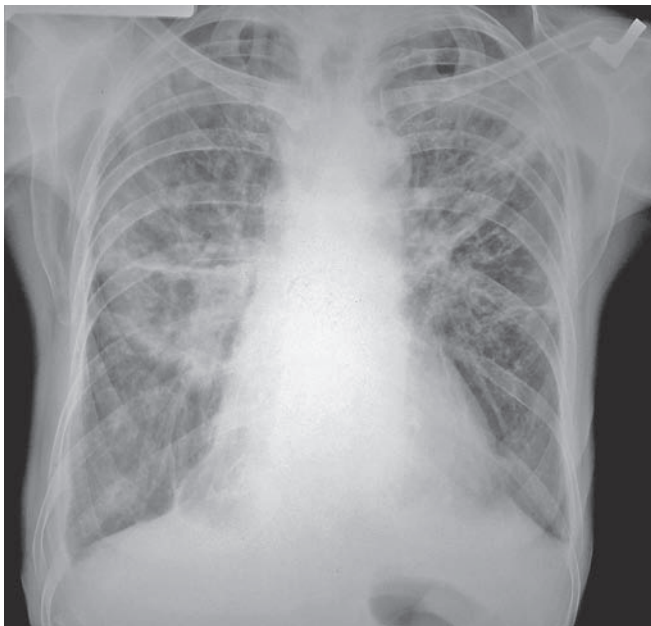


Foto z archívu autor

3. Nejde o niektoré orgánovo-nešpecifické autoimunitné ochorenie (systémová skleróza, zmiešaný spojivový syndróm)?

Pacientku sme hospitalizovali s diferenciálno-diagnostickým cieľom.

Rýchlosť sedimentácie erytrocytov bola 44/92. V krvných plynoch vyšetrených z teploty arterializovanej kapilárnej krvi bola stredne ťažká hypoxémia bez hyperkapnie, zvýšený nález v laboratórnom skríningu bol v referenčnom rozpätí vrátane hladiny mukoproteínov a cirkulujúcich imunokomplexov. Antinukleárne pro-

tilátky, protilátky proti extrahovateľnému nukleárnemu antigénu aj protilátky proti cytoplazme neutrofilných leukocytov (perinukleárny aj cytoplazmatický typ) neboli dokázané.

Elektrokardiogram ukazoval nepravidelnú akciu, rytmus sínusový s pomerne početnými supraventrikulárnymi extrasystolami, frekvencia akcie srdca 82/min, elektrická os 55°, prechodná zóna V3-4, PQ 0,16 s, difúzne ploché T-vlny, naznačené horizontálne depresie ST-segmentu vo zvodoch I, II, III, aVF, V4-6.

Bolo realizované bronchoskopické vyšetrenie. Trachea bola bez patologických zmien, tracheálna karina štíhla. Vľavo antrakotické pigmentácie v oblasti linguly a bazálnych segmentov, ktoré boli výrazne deformované. Vpravo antrakotické pigmentácie na mediálnej stene intermediárneho bronchu s výraznejšou cievnu kresbou, deformačné zmeny ústí bazálnych segmentov s antrakotickými pigmentáciami. Výrazná stenóza ústia stredného lobárneho bronchu neprechodná pre endoskop. Sliznica atrofická, fragilná. Urobená bronchoalveolárna laváž, materiál okrem rozpočtu buniek mikroskopicky aj prietokovým cytometrom odoslaný aj na mykobakteriologické vyšetrenie.

Vzhľadom na uvedené makroskopické endoskopické zmeny pribudli k vyššie uvedeným diferenciálno-diagnostickým otázkam ďalšie:

1. Nejde o tuberkulózu pľúc?
2. Bola mastitída počas laktácie špecifickej etiológie?

Analýza bronchoalveolárnej lavážnej tekutiny prietokovou cytometriou poukázala na lymfocytózu v lavážnej tekutine (zastúpenie lymfocytov 34 %), pomer medzi CD4+ a CD8+ T-lymfocytmi bol zachovaný (1,1).

Tuberkulínová reakcia podľa Mantoux II bola negatívna. Opakovane bola potvrdená ľahká hypokalciémia a hyperkalciúria.

Röntgenová snímka rúk okrem porotického skeletu odhalila ojedinelé cystoidné prejasnenia v karpálnych kostičkách a v hlavíčke stredných článkov prstov (obr. č. 7).

Vyšetrenie pľúc počítačovou tomografiou s vysokou rozlišovacou schopnosťou (obr. č. 8) poukázalo na známky pokročilej pľúcnej fibrózy s vyznačenými distorziami cievnych a bronchiálnych štruktúr, bráničnými adhéziami aj pachypleurou, ktorá vpravo postihovala aj interlobárnu pleuru. Boli prítomné neostre peribronchovaskulárne infiltráty aj početné ohraničené noduly veľkosti do

RAYNAUD MAURICE (vysl. rejnó, 1834–1881) – francouzský lekár, ktorý pracoval v niekoľkých pařížských nemocniciach bez ambícií na profesionálny postup. Pro své zásluhy byl zvolen do lékařské akademie a obdržel řád důstojníka Čestné legie; nedožil se však zřízení katedry historie medicíny, o což mnoho let usiloval. Viz R. fenomén (nemoc), R. syndrom (Zdroj: Velký lékařský slovník)

MANTOUX CHARLES (vysl. mantú, 1877–1947) – francouzský lékař, který vyvinul nitrokožní aplikaci tuberkulinu pro tuberkulinovou zkoušku, jeho postup záhy vytlačil podkožní aplikaci. Byl průkopníkem rentgenologického vyšetření plic, zabýval se záněty pohrudnice a patřil k prvním, kdo použili umělý pneumothorax. Sám trpěl tuberkulózou a trávil dlouhá období v sanatoriích. Viz M. zkouška (Zdroj: Velký lékařský slovník)

Obr. č. 7: Výrez natívnej snímky skeletu ruky  
Cystické prejasnenie v hlavičke 2. článku 3. prsta.



Foto z archívu autorů

Obr. č. 8: Počítačová tomografia pľúc s vysokou rozlišovacou schopnosťou (HRCT)

Fokálne zhrubnutia pleury, viacpočetné – predominantne subpleurálne lokalizované – nodulárne denzity, zhrubnutia interlobulárnych línií a rozsiahle nepravidelné fokálne hyperdenzity charakteru fibrotických ložísk.

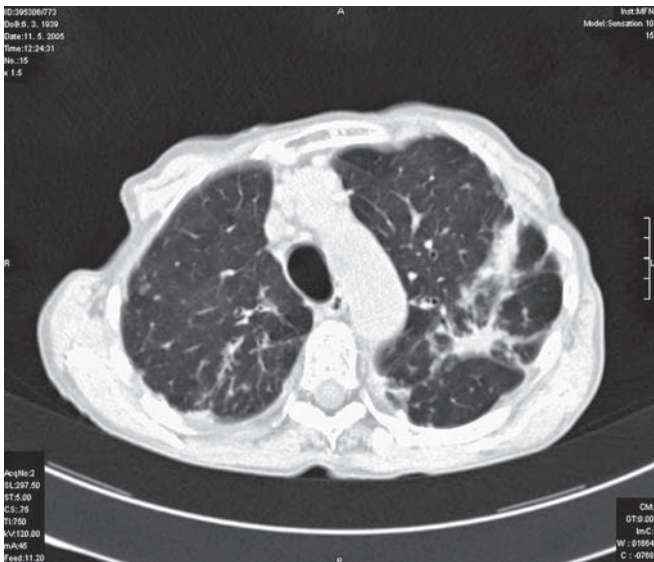


Foto z archívu autorů

1 cm. Najviac nodulov bolo uložených v subpleurálnej zóne. Mediastinálne lymfatické uzliny boli mierne zväčšené s početnými kalifikáciami hrudkovitého vzhľadu.

Prvé výsledky mikroskopického vyšetrenia spúta nedokázali prítomnosť acido-rezistentných tyčiek.

Obr. č. 9: Natívna snímka hrudníka v zadoprednej projekcii  
29. 7. 2005

Podstatná (aj keď nie úplná) regresia röntgenologického nálezu po 3-mesačnej systémovej kortikoterapii.

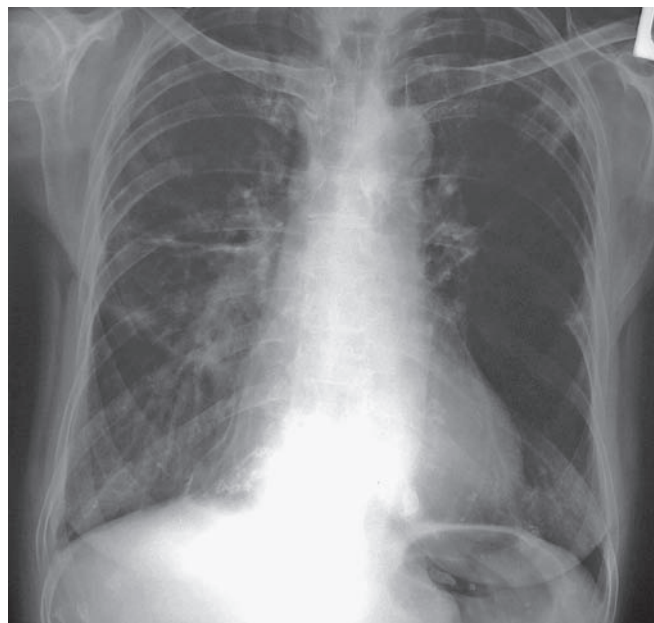


Foto z archívu autorů

Echokardiograficky bola zistená len mitrálna regurgitácia I. stupňa, aortálna chlopňa bola bez stenózy aj bez insuficiencie, oddiely ľavého srdca bez dilatácie, s dobrou systolickou funkciou. Pravé srdce bolo ľahko rozšírené s trikuspidálnou regurgitáciou I. stupňa a významnou pľúcnou hypertenziou 65 až 70 torrov. Perikard bol bez výpotku.

Endoskopicky nebola potvrdená porucha motility pažeráka ani zmeny jeho sliznice. Sliznica žalúdka a dvanástorníka bola aktuálne bez príznakov peptickej lézie.

Zároveň sme realizovali biopsiu jednej z hmatných supraklavikulárnych lymfatických uzlín. Jej histologické vyšetrenie poukazyvalo na granulomatózny zápal typu sarkoidózy bez známok kazeifikácie, prítomnosť acidorezistentných tyčiek nebola histologicky dokázaná.

Vzhľadom na tieto výsledky sme stav uzatvorili ako sarkoidózu pľúc III. štádium. Pre aktuálnu funkčnú aj röntgenologickú progresiu ochorenia sme od 13. mája 2005 zahájili systémovú kortikoterapiu prednisonom v iniciálnej dennej dávke 40 mg s postupnou pomalou detrakciou. Pri tejto liečbe došlo veľmi rýchle k ústupu námahovej dýchavice, celkovej slabosti, anorexie aj vedľajších dýchacích fenoménov. Sedimentačná rýchlosť erytrocytov sa normalizovala. Došlo k podstatnej (aj keď nie úplnej) regresii röntgenologického nálezu (obr. č. 9). Signifikantne vzrástli statické aj dynamické pľúcne objemy a kapacity (tab. č. 1). Neskôr obdržané výsledky kultivácie spúta na mykobaktérie tuberkulózy boli negatívne.

Nakoľko kožné eflorescencie nemali vzhľad typický pre sarkoidózu, rozhodli sme sa ešte pre rebiopsiu kože, ktorú sme realizovali 5. deň po nasadení kortikoterapie. Jej histologickým vyšetrením boli zistené zmeny zodpovedajúce aktinickej keratóze,



diagnóza sarkoidózy kože ani psoriázy z odobratej eflorescencie na ľavom predlaktí nebola potvrdená.

Dermatovenerologický konziliár potvrdil uvedenú diagnózu, avšak vyslovil podozrenie, že na predkoleniach (obr. č. 5) ide aj o koincidienciu sarkoidózy kože. V súlade s týmto podozrením uvedené eflorescencie regredovali po nasadení systémovej kortikoterapie.

## Diskusia:

Röntgenologický obraz ochorenia v čase prvého vyšetrenia v našej ambulancii síce bol kompatibilný s diagnózou sarkoidózy v III. až IV. štádiu. Pochybnosti o správnosti pôvodnej diagnózy do prípadu vniesol aktuálny klinický obraz. Kožné eflorescencie neboli typické pre ktorúkoľvek formu kožnej sarkoidózy. Anamnéza xerostómie a xeroftalmie, najmä keď sa vyskytuje spolu s Raynaudovým syndrómom, dysfágiou a odynofágiou, je sugestívna z možnej prítomnosti niektorého z difúzných chorôb spojiva. Sarkoidóza exokrinných žliaz nespôsobuje obraz Sjögrenovho syndrómu (Sauvezie et al. 2001), Raynaudov syndróm nepatrí do obrazu sarkoidózy. Neexistuje predsa žiadna záruka, že pacientka so sarkoidózou kože nemôže mať súčasne niektorú z týchto autoimunitných chorôb. Takáto koincidiencia síce nie je častá, ale ani vylúčená (De Bandt et al. 1997; Enzenauer et West 1992; Ishioka et al. 1999; Mizumoto et al. 1994). Celkom sme nemohli vylúčiť ani diagnostický omyl pri hodnotení pôvodnej kožnej biopsie. Aj keď sa sarkoidóza radí medzi špecifické zápaly, obraz nekazeifikujúceho granulómu s formovaním epitelioidných buniek môže vytvoriť ešte celý rad iných chorôb (American Thoracic Society 1999), napríklad aj granulomatózna reakcia na nešpecifické infekčné agens v imunodeficitného jedinca. Poruchy imunity sú pritom časté u pacientov s difúznymi chorobami spojiva. Taktiež výsledok analýzy bronchoalveolárnej lavážnej tekutiny nie je typický pre sarkoidózu (pomer medzi CD4+ a CD8+ T-lymfocytmi 1,1). Výsledky laboratórneho skríningu na orgánovo-nešpecifické autoimunitné choroby a vaskulitídy však boli negatívne. Nepotvrdili sme ani objektívnu poruchu motility ezofagu a napokon ani kožná biopsia nepotvrdila zmeny typické pre systémove choroby spojiva či vaskulitídy. Absencia predomnancie CD4+ T-lymfocytov v bronchoalveolárnej lavážnej tekutine tiež nevylučuje diagnózu sarkoidózy. Tento jav je dokumentovaný asi u 5 % pacientov s touto diagnózou (Kolek et al. 1998). Na základe týchto výsledkov a úvah sme definitívne upustili od podozrenia, že by vyššie uvedený klinický obraz bol spôsobený systémove chorobou spojiva, či už samostatnou, alebo v koincidiencii so sarkoidózou.

Ďalšie komplikácie priniesol bronchoskopický nález masívnych deformačných zmien bronchiálneho stromu s antrakotickými pigmentáciami. Sarkoidóza bronchiálneho stromu môže viesť k jeho deformačným zmenám. Bývajú však skôr lokalizované (Benatar 1974). Rozsah a difúznosť deformačných zmien u danej pacientky uprednostňoval pôvod v tuberkulóze bronchov. K tejto diagnóze prispievala aj prítomnosť antrakotických pigmentácií na bronchiálnej stene, ktoré sa obvykle objavujú v jazvách po adenobronchi-

álnych tuberkulózných fistulách. Špekulácie o možnej účasti mykobaktérií tuberkulózy v patogenéze sarkoidózy sú dobre známe. Ťahajú sa históriou bezvýsledného skúmania etiológie sarkoidózy od polovice minulého storočia (Refvem 1952; Vaněk 1967) až po súčasný záujem oživený génovými sondami (Fite et al. 2005). Koincidiencia jednoznačne diagnostikovaných týchto dvoch ochorení nie je častá (Tufan et al. 2005). Opísaná však bola aj koincidiencia sarkoidózy kože a pľúcnej tuberkulózy (Ahmad et Powell 2005). Prítomnosť mykobaktérií tuberkulózy v spúte ani v bronchoalveolárnej lavážnej tekutine uvedenej pacientky sme opakovanými mikroskopickými a kultivačnými vyšetreniami nepotvrdili. Histologické vyšetrenie biopsie krčnej lymfatickej uzliny nepotvrdilo prítomnosť kazeifikačných nekroz v granulómoch. Po nasadení systémovej kortikoterapie došlo ku klinickému aj röntgenologickému zlepšeniu – pri tuberkulóze by sme očakávali pravý opak. Aktívnu tuberkulózu pľúc teda môžeme vylúčiť. Naďalej však musíme pripustiť možnosť, že pacientka prekonala tuberkulóznú infekciu v minulosti.

## Záver:

Klinický, röntgenologický, laboratórny aj mikromorfologický obraz sarkoidózy je dobre definovaný a dokumentovaný. Všeobecne platné definície sú však v medicíne vždy konfrontované s interindividuálnou variabilitou ochorenia, na ktorej sa podstatnou mierou môže podieľať komorbidita pacienta. Neostáva nám teda nič iné, než stále svedomito a kriticky analyzovať všetky nálezy a zistenia a prehodnocovať predchádzajúce diagnostické závery v ich kontexte. Hlavným zmyslom tohto postupu určite nie je uspokojenie našej túžby po poznaní, ale snaha nepoškodiť pacienta nesprávnym liečebným postupom.

## Literatúra:

- Ahmad, K., Powell, F. C. Cutaneous sarcoidal reaction in a patient with pulmonary tuberculosis. *Ir Med J* 98, 6: 182, 2005.
- Benatar, S. R. A comparative study of sarcoidosis in white, black and coloured South Africans. In: *Proc. 8<sup>th</sup> Internat. Conf. Sarcoidosis*. Cardiff: Alpha and Omega Press, 1980.
- De Bandt, M., Perrot, S., Masson, C., Meyer, O. Systemic sclerosis and sarcoidosis, a report of five cases. *Br J Rheumatol* 36, 1: 117 – 119, 1997.
- Enzenauer, R. J., West, S. G. Sarcoidosis in autoimmune disease. *Semin Arthritis Rheum* 22, 1: 1 – 17, 1992.
- Fité, E., Fernandez-Figueras, M. T., Prats, R. et al. High Prevalence of Mycobacterium tuberculosis DNA in Biopsies from Sarcoidosis Patients from Catalonia, Spain. *Respiration*, 17. 8. 2005 (v tlači; <http://content.karger.com>).
- Ishioka, S., Yamanishi, Y., Hiyama, K. et al. Sarcoidosis associated with connective tissue diseases: report of 3 cases. *Intern Med* 38, 12: 984 – 987, 1999.
- James, D. G. The many faces of sarcoidosis. The Thome Villar memorial lecture. *Sarcoidosis* 7, 1: 1 – 8, 1990.

Kolek, V, Heřman, M., Mysliveček, M. Vyšetřovací metody u sarkoidózy. In: Kolek, V. et al. Sarkoidóza – známé a neznámé. Praha: Grada Publishing, 1998.

Mizumoto, M., Adachi, Y. O., Chihara, J. et al. A case of mixed connective tissue disease combined with sarcoidosis. *Ann Rheum Dis* 53, 2: 151, 1994.

Refvem, O. Boeck's disease (or sarcoid) and the tubercle bacillus. *Acta Tuberc Scand* 27, 3 – 5: 314 – 326, 1952.

Sauvezie, B., Tournadre, A., Chamard, C., Dubost, J. J. Secondary Gougerot-Sjogren syndrome. *Rev Prat* 51, 2: 171 – 176, 2001.

Statement on Sarcoidosis. Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999. *Am J Respir Crit Care Med* 160, 2: 736 – 755, 1999.

Tufan, A., Ranci, O., Sungur, A. et al. Concurrent presentations of the sarcoidosis, tuberculosis and lymphoma in a single patient. *Respir Med* 18. 10. 2005, (v tlači; <http://www.sciencedirect.com>).

Vaněk, J. Nález acidorezistentních tyčinek charakteru mykobakterií u sarkoidózy. *Rozhl Tuberk* 27, 7: 461 – 462, 1967.

**Doc. MUDr. Robert Vyšehradský, Ph.D.**  
**Klinika tuberkulózy a plicných chorób**  
**Univerzita Komenského, Jesseniova lekárska fakulta**  
**Kollárova 2**  
**036 59 Martin**  
**E-mail: Robert.Vysehradsky@jfmed.uniba.sk**

## Viktor Kašák

# Chronická obstrukční plicní nemoc

Po autorově knížce *Asthma bronchiale*, kterou nakladatelství Maxdorf letos zahájilo svou novou edici *Farmakoterapie pro praxi*, vyšla v ní nyní jeho další publikace, věnovaná složité problematice CHOPN. Její opodstatněnost a časovost je dána nejen prevalencí nemoci ve světě a v naší zemi, ale mj. také tím, že od července je zpřístupněna v elektronické formě aktualizovaná česká verze Globální strategie pro diagnostiku, léčbu a prevenci CHOPN (její tištěná podoba vyjde v nadcházejícím roce, kdy uplyne právě deset let od přijetí definice CHOPN v českém konsenzu). Autor, zabývající se nemocemi respiračního ústrojí a jejich farmakoterapií z vědeckého zájmu a z hlediska své každodenní lékařské praxe, přináší v této své publikaci z dostupných poznatků oboru a z vlastních odborných zkušeností vše, co je důležité pro praktické lékaře, ale i pro specialisty, kteří se podílejí na celoživotní péči o pacienty s touto nemocí.

Také tento svazek zachovává již osvědčenou strukturu ediční řady: repetitorium základních znalostí – diferenciální diagnostika – farmakoterapie – chyby a omyly. Každá z těchto částí je však obohacena souvisejícími informacemi, které jsou významnou pomocí lékaři, jenž chce do problematiky zasvětit i nemocného a jeho blízké, přičemž výjimkou není ani stěžejní část farmakoterapeutická se statemi např. o ovlivnění sexuálního života pacientů s CHOPN, o vlivu léků na těhotné a kojící ženy, terapii ve stáří nebo medikaci při komorbiditách. Ústřední myšlenku své knížky formuluje autor slovy: „Pokud budou splněny základní podmínky pro úspěšnou léčbu CHOPN, tj. včasná diagnóza, zanechání kouření, včasná komplexní farmakoterapie, rehabilitace, účinné monitorování nemoci a pokud se přidá i racionální a funkční systém poskytování zdravotní péče, pak výhledy pro 800 000 nemocných s CHOPN v ČR budou značně optimističtější, než tomu bylo v minulosti.“

**Maxdorf, Praha, 2005.**

# Aneurysma arterie pulmonalis u nemocné s idiopatickou plicní arteriální hypertenzí



Marcela Škvařilová, Pavel Jansa,  
Tomáš Paleček, Jan Horák, Stanislav Šimek,  
Michael Aschermann

II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha

## Souhrn:

Aneurysma arterie pulmonalis (AAP) je vzácnou klinickou jednotkou, která se nejčastěji vyskytuje v souvislosti s vrozeními kardiovaskulárními nebo plicními abnormalitami. Může však vzniknout i v důsledku těžké plicní arteriální hypertenze (PAH). Jen výjimečně není nalezeno další postižení; potom je označováno jako idiopatické AAP. Stanovení diagnózy je jednoduché, problémem je další léčba. Zatím nejsou k dispozici jednoznačná doporučení pro léčbu těchto nemocných. Nemocní s AAP mohou mít stenózu, nebo dokonce až okluzi kmene levé věnčité tepny vznikající útlakem z AAP. Chirurgická léčba s náhradou aneurysmatu konduitem nebo bandáží arterie pulmonalis je metodou volby u nemocných bez plicní hypertenze. V našem sdělení referujeme o mladé ženě s těžkou PAH a AAP komplikovaným útlakem proximálního úseku ramus interventricularis anterior (RIA) při abnormálním odstupu ramus circumflexus z pravého Valsalva sinu. U nemocné jsme zatím volili farmakologickou léčbu.

## Summary:

Pulmonary artery aneurysm caused by idiopathic pulmonary hypertension

Pulmonary artery aneurysm (PAA) is rare clinical finding and appears mostly in association with significant cardiovascular or pulmonary abnormalities. PAA may be caused by pulmonary hypertension. Nevertheless, it seems that there is certain group of patients without presence of any serious cardiovascular or pulmonary abnormality, then we speak about idiopathic PAA. To determinate diagnosis is not difficult. However, guidelines for the treatment were not established. Some of the patients can suffer by left main coronary artery compression or occlusion by dilated main pulmonary artery. Surgical repair of the trunk aneurysm with graft replacement or banding of the pulmonary artery is possible in patients without pulmonary hypertension. We refer a young woman with PAA associated with severe pulmonary hypertension complicated by compression proximal segment of left anterior descending artery (left circumflex artery arising from the right sinus of Valsalva) in whom we did not indicate surgical correction.

Škvařilová, M., Jansa, P., Paleček, T., Horák, J., Šimek, S., Aschermann, M. Aneurysma arterie pulmonalis u nemocné s idiopatickou plicní arteriální hypertenzí. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 4: 11–16, 2005.

## Klíčová slova:

- aneurysma arterie pulmonalis
- plicní hypertenze
- stenóza kmene levé věnčité tepny

## Key words:

- pulmonary artery aneurysm
- pulmonary hypertension
- stenosis of left main coronary artery

## Úvod:

Aneurysma arterie pulmonalis (AAP) bylo zmiňováno už před koncem 18. století. V 19. a 20. století byla jeho nejčastější příčinou tuberkulóza a syfilis (Deterling et Clagett 1947). Většinu zjiš-

těných aneurysmat jak arterie pulmonalis, tak hrudní aorty způsobovala před objevem antibiotik právě tato dvě onemocnění (Gould et al. 1977). Zatímco syfilis postihuje zejména velké plicní tepny, tuberkulóza se projevuje na malých intraparenchymálních arteriích (Bartter et al. 1988). Po zavedení antibiotik do rutinní léčby



Tab. č. 1: Příčiny vzniku aneurysmatu arterie pulmonalis (AAP)

AAP bez arteriovenózní komunikace
<b>Infekce (mykotická)</b>
Tuberkulóza
Syfilis
Ostatní (bakteriální, plísně)
<b>Strukturální srdeční abnormality</b>
Vrozené
Získané
<b>Strukturální cévní abnormality</b>
Vrozené
<b>Cystická medionekróza/ateroskleróza</b>
Získaná
Marfanův syndrom
<b>Vaskulitidy</b>
Behçetův syndrom
Jiné
<b>Plicní hypertenze</b>
<b>Idiopatická</b>
Hughes-Stovinův syndrom
Behçetův syndrom
<b>Ojedinelé</b>
Trauma
Jiné
<b>AAP s arteriovenózní komunikací (pulmonary artery aneurysm with arteriovenous communication – PAVA)</b>
<b>Vrozené</b>
Izolovaně
V souvislosti s hereditární hemoragickou teleangiektázií
<b>Získané</b>
Infekce
Trauma

Tab. č. 2: Rozdělení plicní hypertenze podle závažnosti

Střední tlak v plicnici v klidu
25–34 mmHg – lehká plicní hypertenze
35–44 mmHg – středně těžká plicní hypertenze
>45 mmHg – těžká plicní hypertenze

se s oběma těmito příčinami AAP setkáváme jen velmi ojediněle. Protože AAP je vzácně se vyskytující onemocnění, jsou informace o přirozeném vývoji sporé a dosud nemáme k dispozici jednoznačná doporučení pro další léčbu. Soustavným studiem AAP bylo zjištěno, že příčinou může být řada etiologicky odlišných nemocí. Hlavním dělícím znakem je přítomnost nebo nepřítomnost arteriovenózního zkratu (pulmonary artery aneurysm with arteriovenous communication – PAVA) – viz tab. č. 1. Toto dělení umožňuje odlišit etiologii, ale i projevy a předpokládané komplikace AAP (Burke et al. 1986). Rovněž způsob léčby se u těchto dvou skupin liší. Stanovení diagnózy AAP je snadné, obvykle stačí skiagram hrudníku nebo echokardiografické vyšetření, lze však využít i CT vyšetření nebo magnetické rezonance. Mnohem obtížnější je zjištění etiologie a volba optimálního léčebného postupu. Naše kazuistika uvádí případ 30leté ženy s idiopatickou formou plicní hypertenze (PAH) a rozsáhlým AAP.

### Kazuistika:

Koncem roku 2003 byla na naše pracoviště odeslána k vyšetření mladá žena, která měla už od svých deseti let problémy s dušností. Nikdo v rodině pro dušnost léčen nebyl. V devatenácti letech byl u této ženy zjištěn šelest na srdci; již tehdy byl při echokardiografickém vyšetření diagnostikován dilatovaný hlavní kmen plicnice.

Obr. č. 1: CT hrudníku prokazuje rozsáhlé aneurysma arterie pulmonalis (AAP)

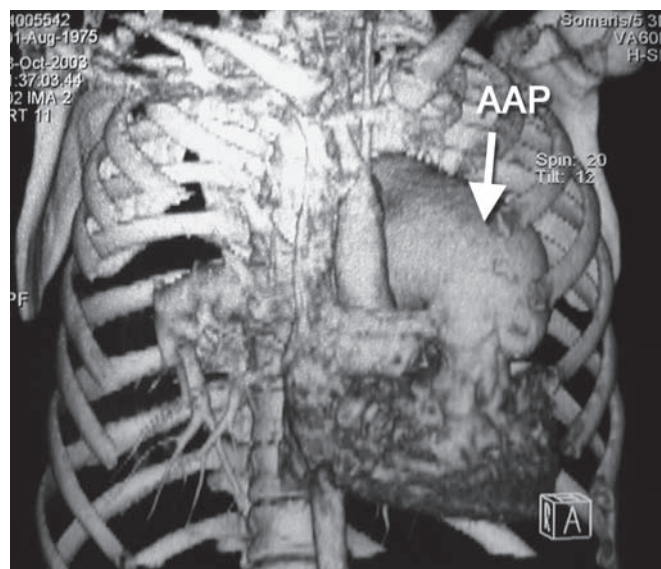


Foto z archivu autorů

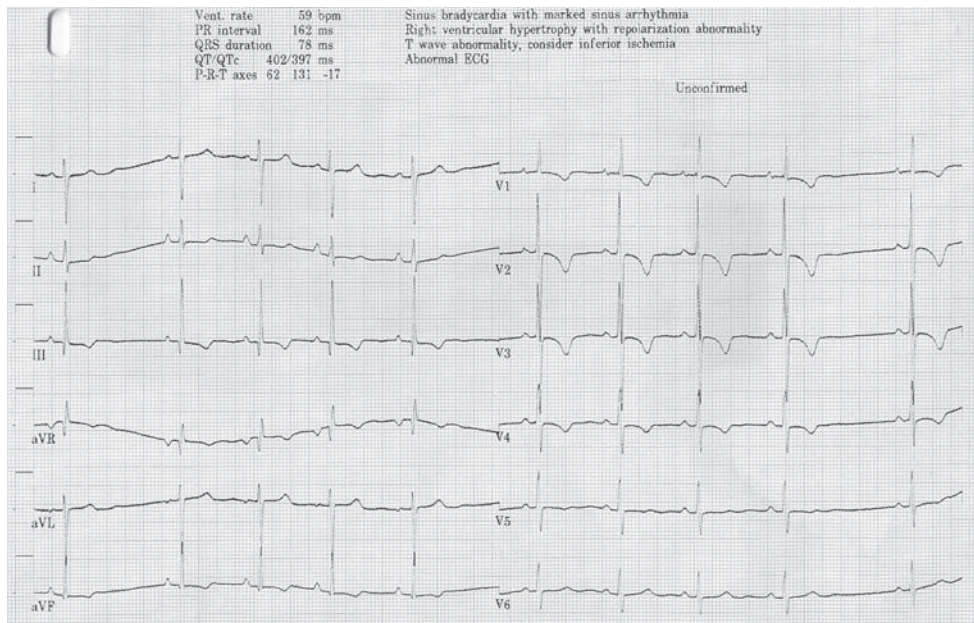
**VALSALVA ANTONIO M.** (1666–1723) – italský profesor anatomie v Boloni, který vydal knihu s vynikajícími anatomickými ilustracemi. V ní popsal podrobně středoušní dutinu, pojmenoval Eustachovu trubici a popsal svůj manévř, původně zamýšlený pro odstranění cizího předmětu z ucha. Viz V. zkouška, V. antrum, V. manévř, V. sinus (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**HASHIMOTO HAKARU** (vysl. hašimoto, 1881–1934) – japonský chirurg. Po studiu lékařské fakulty v Kjúšú vykonával chirurgickou praxi u profesora Hauri Miyake, tyroiditidu popsal v habilitační práci. Viz H. struma (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**TAWARA SUNAO** (1873–1952) – japonský patolog, působil v Tokiu, v mládí pracoval u Aschoffa v Marburgu, spolu s nímž popsal atrioventrikulární uzel. Vzhledem k tomu, že uzel před ním popsal již His, lze se setkat i s názvem Hisův-T. uzel. Viz T. raménko, T.-Aschoffův uzel, Hisův-T. uzel (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**BOTALLO LEONARDO** (1530–1600) – italský chirurg. Viz B. dučej (Zdroj: Velký lékařský slovník)

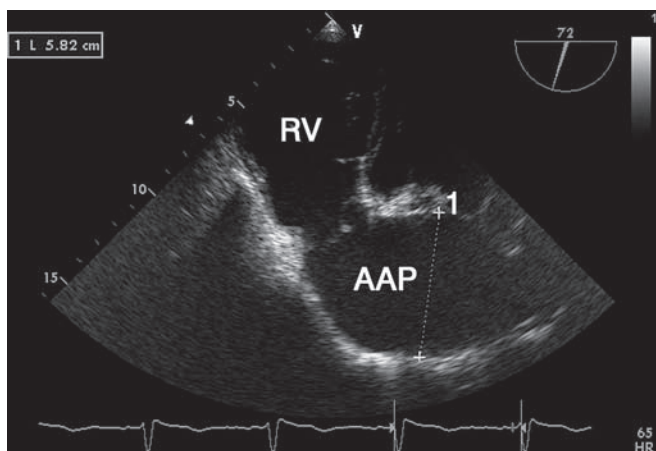
Obr. č. 2: EKG nemocné s AAP



Ve dvaceti letech zjištěna Hashimotova thyreoiditida s hypothyreózou – nasazena substituční léčba. V roce 1999 porodila zdravé dítě. Po porodu se začala dušnost zhoršovat. V roce 2002 se kromě dušnosti začalo objevovat v horkých letních dnech také svírání na hrudi a pacientka byla tudíž přijata k podrobnějšímu vyšetření do nemocnice. Zde byla vedle dalších vyšetření provedena pravostranná katetrizace. Ta prokázala těžkou plicní hypertenzi s tlaky v plicnici 99/39/61 mmHg, tlak v zaklínění se nepodařilo změřit. (Rozdělení závažnosti PH viz tab. č. 2.)

Koronarografie odhalila významnou stenózu proximálního segmentu samostatného odstupujícího ramus interventricularis anterior (RIA). Ramus circumflexus odstupoval atypicky zprava a na této větvi ani na pravé věnčité tepně nebyla nalezena patologie. CT plic, hrudní aorty a plicnice potvrdilo dilataci plicních tepen od kořene plicnice do periferie, dále s hypertrofií svaloviny pravé komory a di-

Obr. č. 3: Šířka aneurysmatu plicnice z TEE – 5,82 cm



latací pravé komory a pravé síně. Perfuzní scintigrafie plic prokázala nehomogenní plicní perfuzi korelující s RTG snímkem, necharakteristickou pro plicní embolizaci. Nemocná byla (vedle pokračující substituční léčby hormony štítné žlázy) nasazena léčba anti-koagulační. Pro nález těžké plicní hypertenze s AAP pak byla odeslána do centra pro plicní hypertenzi na našem pracovišti.

Při přijetí na naši kliniku byla nemocná bez klidové dušnosti, ikteru a cyanózy. Mírně zvětšená štítná žláza bez hmatného uzlu, nad karotidami slyšitelný tichý, přenesený systolický šelest. Náplň krčních žil mírně zvýšená. Tlak krve na obou horních končetinách 110/70 mmHg. Srdeční akce pravidelná, klidná, s akcentovanou II. ozvou nad plicnicí. V celém pre-

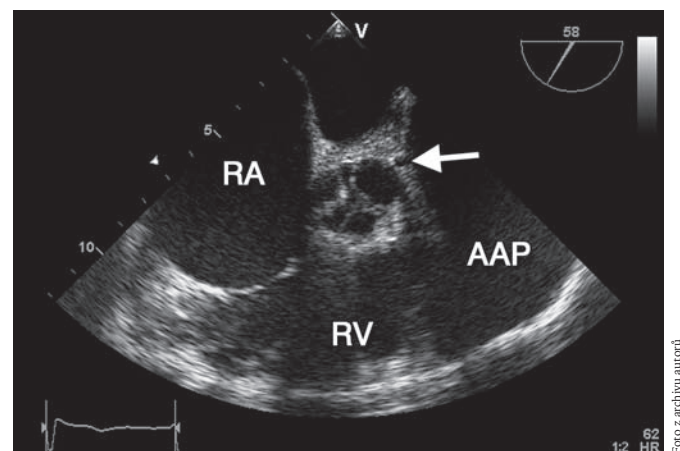
kordiu dobře slyšitelný diastolický šelest s maximem nad dolním sternem a nad srdečním hrotem. Poslechový nález nad plicemi v mezích normy, játra ani slezina nezvětšeny. Nebyly přítomny žádné známky ascitu. Dolní končetiny bez otoků a známek zánětu, periferní pulzace dobře hmatné.

EKG: sinusový rytmus s naznačeným P pulmonale, s inkompletním blokem pravého Tawarova raménka a známkami hypertrofie pravé komory se zatížením (obr. č. 2).

Skiagram hrudníku: rozšíření pravé komory a výrazná dilatace truncus intermedius bez známek městnání v malém oběhu.

Při jícnové echokardiografii byl popsán extrémně dilatovaný hlavní kmen plicnice (na 58 mm), s dilatací obou hlavních větví plicnice (obr. č. 3). Dále byla dobře patrná dynamická stenóza ústí kmene levé věnčité tepny s výrazným zúžením tepny v diastole a téměř normální šířkou ústí tepny v systole (obr. č. 4, 5). Byla přítomna významná pulmonální insuficience až do hrotu pravé ko-

Obr. č. 4: Komprese ústí kmene levé věnčité tepny v diastole





Obr. č. 5: Normalizace ústí kmene levé věnčité tepny v systole

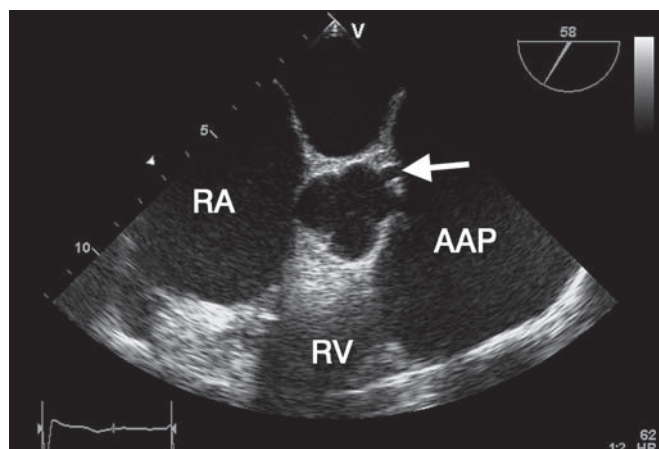


Foto z archivu autorů

Obr. č. 6: Stenóza proximálního úseku RIA dilatovaným kmenem plicnice (označena šipkou)

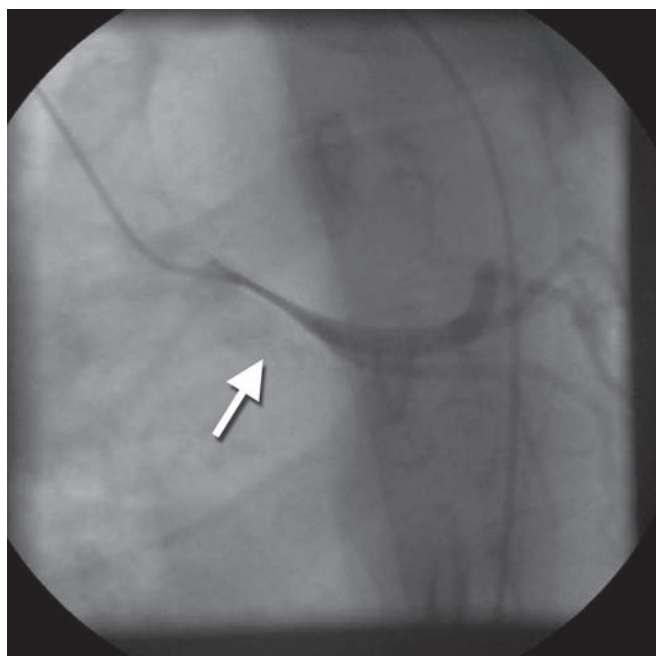


Foto z archivu autorů

mory a trikuspidální insuficience při dilataci trikuspidálního anulu a pravé komory. Při dopplerovském vyšetření byly přítomny známky těžké plicní hypertenze.

Pravostranná katetrizace provedená na naší klinice: tlak v pravé síni 4 mmHg; v pravé komoře 75/12 mmHg; v plicnici 72/46/53 mmHg; v zaklínění 6 mmHg; srdeční výdej 2,95 l/min; srdeční index 1,73 l/min/m<sup>2</sup>; transpulmonální gradient 47 mmHg; plicní arteriální rezistence 1 294 dyn.s.cm<sup>-5</sup>; tlak v aortě 130/70/88 mmHg. Test akutní plicní vazodilatace byl negativní.

Koronarografie: na proximálním segmentu ramus interventricularis (obr. č. 6) bylo patrné významné tubulární zúžení z útlaku dilatovaným kmenem plicnice bez další stenózy na věnčitých tepnách.

Při šestiminutovém testu chůzí nemocná ušla 497 metrů. Saturace arteriální krve kyslíkem před testem 97%, po testu 83%; tepová frekvence před testem 86/min, po testu 98/min.

Radionuklidová flebografie prokázala oboustranně průchodný hluboký žilní systém dolních končetin, bez známek dříve prodělané flebotrombózy. Kromě hyperurikémie neprokázala laboratorní vyšetření odchylky v biochemickém souboru, krevním obrazu, nebyly přítomny autoprotilátky, R faktor byl negativní, stejně tak i HBs antigen. Imunoelektroforeticky nebyla zjištěna přítomnost paraproteinu. Vyšetření tepenných krevních plynů bylo normální. Při spirometrii zjištěna lehká obstrukce periferních dýchacích cest.

Na základě přehledu provedených vyšetření, která vyloučila jinou možnou příčinu plicní hypertenze, byla stanovena diagnóza idiopatické plicní arteriální hypertenze, kdy dlouhodobé zvýšení tlaku v arteria pulmonalis vedlo k rozvoji AAP. Už při první hospitalizaci jsme vzhledem k nálezům zvažovali transplantaci plic, event. srdce – plic. Nemocná však s touto léčbou neshouhlasila.

## Diskuse:

Aneurysma arterie pulmonalis se vyskytuje vzácně. Deterling a Clagett v roce 1947 našli ve 109 571 autopsiích pouze 8 aneurysmat plicnice. Přes určité limitace této retrospektivní studie tak dobře dokladovali výjimečnost výskytu AAP. Aneurysma je lokalizované vydutí tepny, jehož průměr je minimálně o 50 % větší než očekávaný průměr tepny s přihlédnutím k pohlaví a zobrazovací modalitě. Jedná se o vak vytvořený dilatovanou stěnou tepny nebo žíly, naplněný krví. Podle tvaru rozlišujeme aneurysmata fuziformní (vřetenovitá) a sakulární (vakovitá), podle uložení centrální a periferní. Aneurysmata se mohou vyskytovat solitárně nebo mnohočetně (Ferko et Krajina 1999). Morfologie aneurysmatu nijak neovlivňuje diagnostiku, prognózu ani léčbu. Další rozlišení, jako disekující aneurysma, falešné aneurysma nebo mykotické aneurysma nemá bližší souvislost s naším případem, proto odkazujeme jen na přehlednou literaturu (Bartter et al. 1988). Důležité je rozlišení, zda se jedná o aneurysma s přítomností nebo bez přítomnosti arteriovenózní píštěle. Tyto dvě skupiny se od sebe liší

**DOPPLER CHRISTIAN J.** (1803–1853) – rakouský fyzik a matematik, v letech 1841–1847 profesor matematiky a geometrie na pražské technice, později profesor experimentální fyziky a ředitel Fyzikálního ústavu ve Vídni. Viz D. jev, d. echokardiografie, D. ultrazvukový průtokoměr (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**FALLOT ETIENNE-LOUIS A.** (vysl. fálo, 1850–1911) – francouzský lékař, od r. 1888 profesor hygieny a soudního lékařství v Marseille. Viz F. pentalogie, tetralogie (tetráda), triologie (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**KLINFELTER HARRY F.** (vysl. klainfeltr, 1912) – americký lékař, endokrinolog a revmatolog, od r. 1965 mimořádný profesor na Johns Hopkins Medical School. Nalezený syndrom feminizace se též někdy označuje jmény amerického endokrinologa E. C. Reifensteina (1908–1975), Klinefelterova spoluautora, a Fullera Albrighta. Viz K. syndrom (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**STENT CHARLES R.** (1845–1901) – britský zubní lékař. Viz stent, S. hmota (Zdroj: Velký lékařský slovník)



etiologií, výskytem komplikací, ale také léčbou. Nemocní s PAVA mohou mít mnohočetná postižení, jejichž vícečetná resekce nemusí být vždy možná. Proto se u PAVA stále častěji používá uzavření pomocí kovových spirál nebo jiných perkutánních embolizačních technik (Taylor et al. 1978).

Před zavedením antibiotik do rutinní terapie byly nejčastějšími příčinami AAP tuberkulóza a syfilis. V současnosti vzniká až u poloviny nemocných v souvislosti s vrozenou srdeční vadou: nejčastěji u otevřené Botallovovy dučeje a u defektu septa síní nebo komor, méně často u Fallotovy tetralogie, stenózy nebo insuficience plicní chlopně, transpozice velkých cév a dále u pacientů s plicní hypertenzí.

Na vzniku AAP se u nemocných s plicní hypertenzí podílí více faktorů. Může to být oslabení stěny plicnice při vrozených strukturálních abnormalitách, nebo marantická embolizace s lokálním zánětem cévní stěny. Zejména se však uplatňují mechanické vlivy, které vznikají na podkladě zvýšeného radiálního tlaku turbulentního toku krve na stěnu tepny před nebo za překážkou (Butto et al. 1987). U části nemocných se právě tyto mechanické vlivy uplatňují v souvislosti s vrozenou srdeční vadou – např. u stenózy plicnice, Fallotovy tetralogie nebo u Klinefelterova syndromu.

Prognóza nemocných s AAP je nejistá. Přibližně jedna třetina pacientů zemře na rupturu aneurysmatu, často provázenou hemoptýzou (van Rens et al. 2000). Část nemocných je ohrožena náhlou srdeční smrtí, zřejmě na podkladě maligní arytmie, na které se vedle jiných faktorů může podílet i útlak kmene levé věnčité tepny dilatovanou plicnicí. Řada kazuistických sdělení však referuje o přežití delším než 10, a dokonce i 40 let (Holm et al. 2003) bez operačního řešení.

Pokud by naše nemocná neměla závažnou formu plicní hypertenze, pravděpodobně bychom zvažovali provedení resekce aneurysmatu plicnice s náhradou kmene plicnice dacronovým štěpem (Casselman et al. 1995; Kuwaki et al. 2000) nebo aneurysmorafii (Garcia-Rinaldi et Howell 1976; Finch et al. 1983). Bandáž aneurysmatu se provádí pouze u malých dětí (Opie et al. 1983). Vzhledem k těžké plicní hypertenzi však jediným kurativním řešením může být transplantace srdce – plicce (Wekerle et al. 1998; Force et al. 2003). Tato náročná operace však zatím nebyla v ČR provedena a navíc nemocná v současné době nespĺňuje indikační kritéria pro transplantaci (tab. č. 3). Protože je nyní oběhově kompenzována

**Tab. č. 3: Indikace k transplantaci plic**

Oběhová kompenzace NYHA III.–IV. třídy  
 Srdeční index <2 l/min/m<sup>2</sup>  
 Tlak v pravé síni >15 mmHg  
 PAMP (střední tlak v plicnici) >55 mmHg  
 Věkový limit – 60 let

na ve třídě NYHA II–III, při šestiminutovém testu chůzí ujde více než 450 metrů a její stav je stabilní, zahájili jsme farmakologickou léčbu plicní hypertenze.

Zevní komprese kmene levé věnčité tepny je jednou z popisovaných komplikací AAP (Manojkumar et Grover 2002). Jedná se však pouze o kazuistická sdělení, ze kterých nelze vyvozovat obecná doporučení pro řešení tohoto nálezu. Zdá se, že možným řešením by mohla být implantace stentu do komprimovaného kmene ACS (Decuypere et al. 2004), ale dlouhodobé zkušenosti s takto mechanicky namáhaným stentem nejsou. U naší nemocné dynamickou stenózu proximálního úseku samostatně odstupující RIA zatím neřešíme, protože nemocná nemá stenokardie a ani thaliová scintigrafie myokardu neprokázala významnější ischemii.

## Závěr:

V současné době nemáme k dispozici jednoznačná doporučení, které nemocné s AAP a plicní hypertenzí (a ve kterém stádiu) operovat a které léčit pouze farmakologicky. Vzhledem k závažnosti onemocnění, obtížné diagnostice a jistě i svízelné léčbě se domníváme, že nemocní s takto vzácným postižením mají být sledováni ve specializovaném centru, které má široké zázemí ve specialistech z řady oborů, dobře obeznámených s problematikou PH. Samozřejmě je spolupráce s kardiochirurgií, která má rovněž zkušenost s těmito nemocnými.

## Literatura:

- Bartter, T., Irwin, R. S., Nash, G. Aneurysms of the pulmonary arteries. *Chest* 94, 5: 1065 – 1075, 1988.
- Burke, C. M., Safai, C., Nelson, D. P., Raffin, T. A. Pulmonary arteriovenous malformations: a critical update. *Am Rev Respir Dis* 134, 2: 334 – 339, 1986.
- Butto, F., Lucas, R. V., Edwards, J. E. et al. Pulmonary arterial aneurysm. *Chest* 91, 2: 237 – 241, 1987.
- Casselman, F., Deferm, H., Peeters, P., Vanermen, H. Aneurysms of the left pulmonary artery: surgical allograft repair. *Ann Thorac Surg* 60, 5: 1423 – 1425, 1995.
- Decuypere, V., Delcroix, M., Budts, W. Left main coronary artery and right pulmonary vein compression by a large pulmonary artery aneurysm. *Heart* 90, 4: e21, 2004. ([www.heartjnl.com](http://www.heartjnl.com))
- Deterling, R. A., Clagett, O. T. Aneurysm of the pulmonary artery: review of the literature and report of a case. *Am Heart J* 34: 471 – 498, 1947.
- Ferko, A., Krajina, A. Arteriální aneuryzmata. Hradec Králové: Nakladatelství ATD, 1999.
- Finch, E. L., Mitchell, R. S., Guthaner, D. F. et al. Pulmonary artery surgical aneurysmorrhaphy: where do we go from here? *Am Heart J* 106, 3: 614 – 618, 1983.

**MARFAN ANTOINE-BERNARD J.** (1858–1942) – francouzský pediatr, jeden ze zakladatelů pediatrie ve Francii. Rozpoznal odolnost proti nákaze plicní tuberkulózou u jedinců s imunitou vyvinutou po zahojení lokálních tuberkulózních lézí, což byla inspirace pro Calmettovu BCG vakcínu. Byl zakladatelem a aktivistou sociálních programů péče o dítě, výživy a prevence. Viz M. syndrom (Zdroj: Velký lékařský slovník)

**BEHÇET HULUSI** (vysl. bechset, 1889–1948) – turecký profesor dermatologie v Istanbulu. Po 1. světové válce působil dva roky v Budapešti a Berlíně, po návratu se orientoval na studium syfilidy a etiopatogeneze kožních a pohlavních chorob typických pro Střední východ. Byl znám svou zdravotně osvětovou činností. Viz B. syndrom (Zdroj: Velký lékařský slovník)

Force, S. D., Lau, C. L., Moazami, N. et al. Bilateral lung transplantation and pulmonary artery reconstruction in a patient with chronic obstructive pulmonary disease and a giant pulmonary artery aneurysm. *J Thorac Cardiovasc Surg* 126, 3: 864 – 866, 2003.

Garcia-Rinaldi, R., Howell, J. F. Aneurysm of the main pulmonary artery: long survival after aneurysmorrhaphy and closure of a ventricular septal defect. *Ann Thorac Surg* 21, 2: 180 – 183, 1976.

Gould, L., Reddy, C. V., Yang, C. S. Aneurysms of the pulmonary arteries. *Angiology* 28, 2: 119 – 124, 1977.

Holm, F., Paleček, T., Linhart, A. et al. Idiopatické aneuryzma arterie pulmonalis. *Vnitřní lékařství* 49, č. 3: 244 – 247, 2003.

Kuwaki, K., Morishita, K., Sato, H. et al. Surgical repair of the pulmonary trunk aneurysm. *Eur J Cardiothorac Surg* 18, 5: 535 – 539, 2000.

Manojkumar, R., Grover, A. Left main coronary artery compression by dilated main pulmonary artery in endocardial cushion defect. *Indian Heart J* 54, 1: 74 – 76, 2002.

Opie, J. C., Sandor, G. G., Ashmore, P. G., Patterson, M. W. Successful palliation by pulmonary artery banding in absent pulmona-

ry valve syndrome with aneurysmal pulmonary arteries. *J Thorac Cardiovasc Surg* 85, 1: 125 – 128, 1983.

Taylor, B. G., Cockerill, E. M., Manfredi, F., Klatte, E. C. Therapeutic embolization of the pulmonary arteriovenous fistula. *Am J Med* 64, 2: 360 – 365, 1978.

van Rens, M. T., Westermann, C. J., Postmus, P. E., Schramel, F. M. Untreated idiopathic aneurysm of the pulmonary artery: long-term follow-up. *Respir Med* 94, 4: 404 – 405, 2000.

Wekerle, T., Klepetko, W., Taghavi, S., Birsan, T. Lung transplantation for primary pulmonary hypertension and giant pulmonary artery aneurysm. *Ann Thorac Surg* 65, 3: 825 – 827, 1998.

**MUDr. Marcela Škvařilová, Ph.D.**

**II. interní klinika VFN a 1. LF UK**

**U nemocnice 2**

**128 08 Praha 2**

**E-mail: marcela.skvarilova@centrum.cz**

## zpráva

### Potraviny a imunopatologie

Listopadová pracovní schůze České společnosti alergologie a klinické imunologie byla tentokrát věnována především potravinové alergii a celiakii.

MUDr. Ettlerová a MUDr. Gutová se ve svých přednáškách věnovaly expozičním testům v diagnostice potravinové alergii, diagnostickým postupům obecně i vztahu k atopickému ekzému.

Pro léčbu celiakie zůstává zatím k dispozici především bezlepková dieta. Zkoumané potenciální cesty terapie, jakými jsou např. enzymoterapie, genové modifikace gliadinových sekvencí v obilí k výrobě nealergizujících potravin, interferenční

léčba k antigenní prezentaci či inhibice tkáňové transglutinázy zatím zůstávají spíše jen hudbou budoucnosti. I těm byla věnována fundovaná přednáška doc. Tučkové z Mikrobiologického ústavu.

Předpokládaná prevalence celiakie je 1:200–250, diagnostikována je však jen u pětiny nemocných. V diagnostice rostou možnosti sérologických vyšetření, potvrzení přináší většinou enterobiopsie. Možnosti diagnostiky celiakie prezentovala prim. Honzová z pražského Immumedu.

Závěrečná přednáška prof. Tlaskalové shrnula současné názory na účinnost a využitelnost prebiotik a probiotik v terapii alergických onemocnění a poruch imunity.

(kvíz)

# Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy



Pavel Bartoň<sup>1</sup>, Martin Drajna<sup>1</sup>, Zoltán Kerekes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>OLÚ Jevíčko

<sup>2</sup>Patologie, s. r. o., Litomyšl

Bartoň, P., Drajna, M., Kerekes, Z. *Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy. 3. díl – Tuberkulóza. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 4: 17–19, 2005.*

## 3. díl – Tuberkulóza

V prvním příspěvku zmíníme ještě jednu antrakofibrotické změny – pigmentace.

### Případ 6.

80letá pacientka, důchodkyně. Celý život pracovala v zemědělství. Nekuřačka. Bronchoskopie byla indikována na základě CT vyšetření pro suspektní centrální plicní tumor vlevo, s parézou levé hlasivky.

**Klíčová slova:**

- tuberkulóza
- flexibilní bronchoskopie (FOB)
- bronchoskopické nálezy

**Key words:**

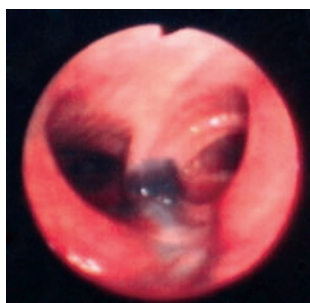
- tuberculosis
- flexible bronchoscopy (FOB)
- bronchoscopic findings

#### FOB nález

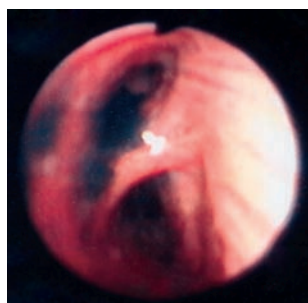
Obr. 6/1



Obr. 6/2



Obr. 6/3



Obr. 6/4

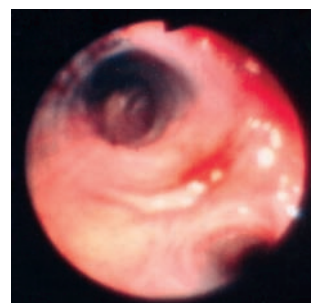


Foto z archivu autorů

Obr. 6/1: Paréza levé hlasivky, která je v postavení při střední čáře

Obr. 6/2: Deviace hlavní cariny doprava s rozsáhlou pigmentací a jizevnatými slizničními změnami

Obr. 6/3: Rozsáhlé, výrazné deformativní až stenozující změny s pigmentacemi v oblasti B<sup>3</sup> dx.

Obr. 6/4: „Vlastní“ horní lobární bronchus vlevo – pigmentace

Cytologické vyšetření bylo negativní.

Výplachy bronchů a vyšetření genovou sondou kulturačně pozitivní na BK.



POMOCNÍK

alergologa a klinického imunologa

[http://www.geum.org/pa\\_zakli.htm](http://www.geum.org/pa_zakli.htm)



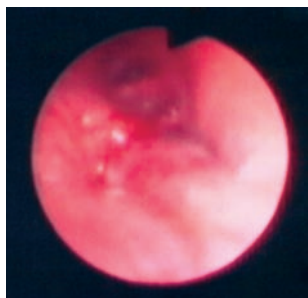
Významné slovo, zvláště při bronchoskopickém nálezu slizničních granulací, má patolog. Ten také může jako jeden z prvních vyslovit konečný, pro léčbu „včasný“ a velmi důležitý diagnostický závěr. Zvláště pokud ostatní vyšetření (především mikroskopické na BK) neposkytují pozitivní nálezy. – Výsledky dalších vyšetření totiž mají několikadenní až několikátýdenní prodlevu.

## Případ 7.

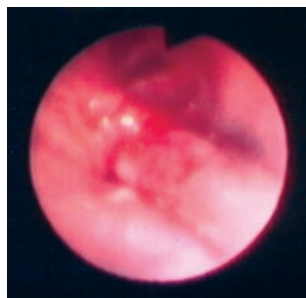
Jedná se o 75letou pacientku. Vyšetření bylo indikováno pro subjektivní obtíže, jimž dominoval kašel a febrilie. Na skiagramu hrudníku byl oboustranný nálezy suspektní z TBC.

### FOB nálezy

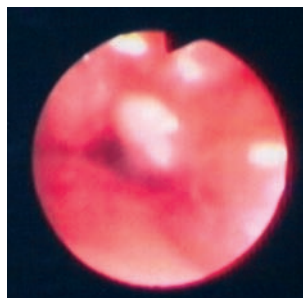
Obr. 7/1



Obr. 7/2



Obr. 7/3



Obr. 7/4

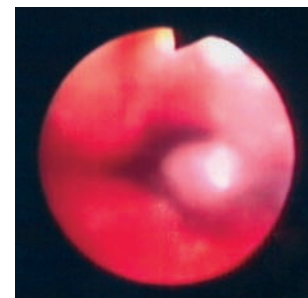


Foto z archivu autorů

Obr. 7/1, 2: Pod šipkou je pohled z levého hlavního bronchu do horního lobárního a lingulárního bronchu

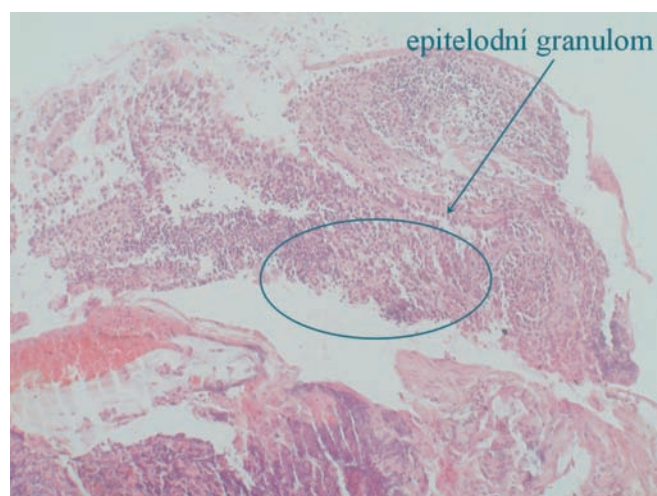
Obr. 7/3, 4: Objemnou granulaci deformovaný, zúžený průsvit dolního lobárního bronchu vlevo

Podezření na možnou nádorovou etiologii nálezy v odstupu levého dolního lobárního bronchu vyvrátil patolog, který histologickým vyšetřením potvrdil TBC etiologii procesu.

Specifickou etiologii potvrdila i BK mikroskopická a kultura pozitivita.

### Histologický nálezy

Obr. 7/5



Obr. 7/6

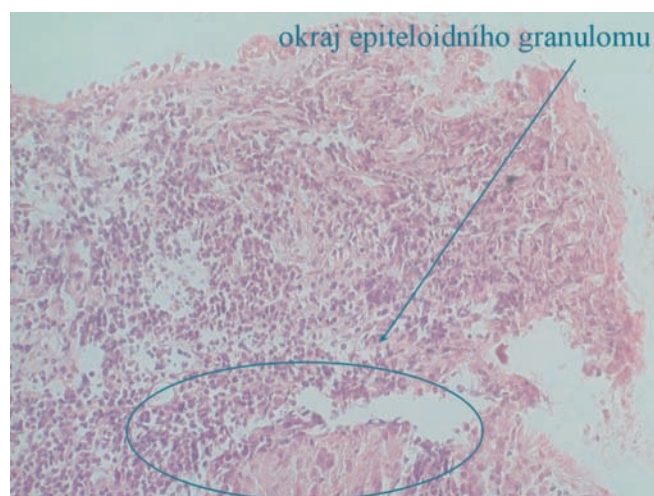


Foto z archivu autorů

Obr. 7/5: Fragment respirační sliznice s epiteloidním granulomem – přehled

Obr. 7/6: Okraj epiteloidního granulomu v dolní části obrazu

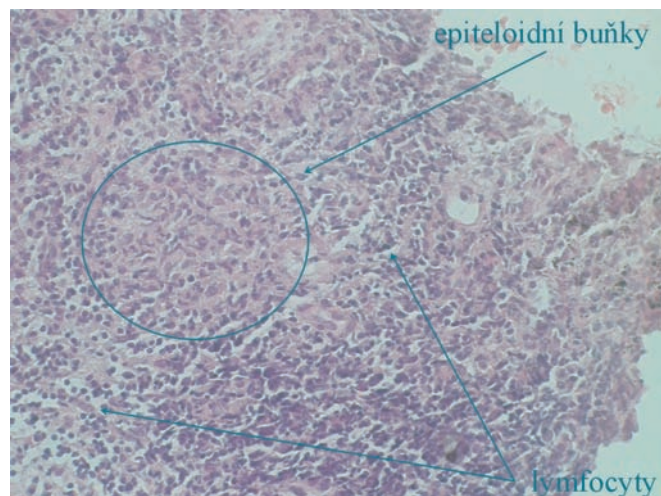
Obr. 7/7: Tuberkulózní granulom s kazeózní nekrózou uprostřed

Obr. 7/8: Detail tuberkulózního granulomu, epiteloidní buňky s lymfocyty v okolí

Obr. 7/7



Obr. 7/8



### Souhrn:

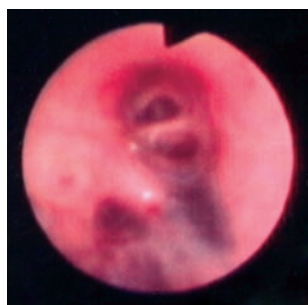
Tuberkulózní granulom je histologicky charakterizován přítomností kazeózní nekrózy s epiteloidním a lymfocytárním lemem kolem nekrózy. Vícejaderné histiocyty nejsou ve vyšetřovaných řezech přítomny.

Pro cytologický nález tuberkulózy je charakteristická kazeózní nekróza, přítomnost drobných skupin epiteloidních buněk a ojedinělých vícejaderných histiocyty v nátěrech. Tyto elementy jsou přítomny pouze v cytologických nátěrech punkční aspirační cytologie.

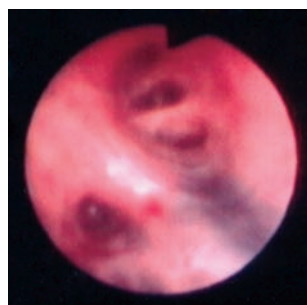
Cytologie sputa, bronchiálního výplachu, aspirátu a kartáčového stěru není pro diagnózu tuberkulózy přínosná.

### Bronchoskopický nález se sedmiměsíčním odstupem po antituberkulotické léčbě

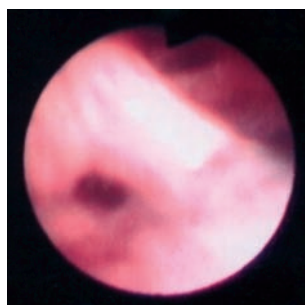
Obr. 7/9



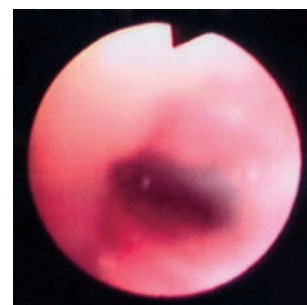
Obr. 7/10



Obr. 7/11



Obr. 7/12



### Literatura:

Homolka, J. Pneumologie. Vnitřní lékařství. Svazek III. Praha: Galén – Karolinum, 2001.

Rikimaru, T., Tanaka, Y., Ochikawa, Y., Oizumi, K. Endoscopy classification of tracheobronchial tuberculosis with heating process. Chest 105, 1: 318–319, 1994.

Udaya, B. S. Prakash (ed.) Bronchoscopy. New York: Raven Press, 1994.

MUDr. Pavel Bartoň  
OLÚ 510  
569 43 Jevíčko



KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII



## Co je to sklerotizující mediastinitida?

Martina Vašáková

Sklerotizující mediastinitida je velmi vzácné onemocnění, které celosvětově postihuje pouhé desítky až stovky jedinců.

Onemocnění je patofyziologicky charakterizováno fibrózou a postupnou sklerózou mediastina s postupně se vyvíjejícím syndromem útlaku nitrohruďných struktur. Poprvé byla nemoc popsána Oulmontem roce 1855 jako idiopatická sklerotizující mediastinitida. V roce 1930 pak Osler popsal další pacienty s tímto klinickým syndromem s vyvinutými symptomy útlaku horní duté žíly. Nejprve se předpokládalo, že onemocnění vzniká jako důsledek tuberkulózy nebo příjice, v roce 1925 Knox popsal jako příčinu i plísňové infekce. V současné době je spojován vznik sklerotizující mediastinitidy zvláště s histoplazmózou.

Obecně lze říci, že onemocnění může být následkem chronických zánětlivých procesů v mediastinu, mediastinálních malignit a autoimunitních nemocí. V případě malignit je v anamnéze prakticky vždy protinádorová léčba – cytostatická nebo radiační.

V klinickém obraze obvykle dominuje dušnost, hemoptýza, chrapot nebo dysfagie, objektivně může být vyjádřen syndrom horní duté žíly. Bronchoskopický náález bývá bez pozoruhodností, ale při stlačení bronchů fibrózní tkáně je patrna jejich stenóza a deformace. Radiologický obraz onemocnění většinou zahrnuje

je rozšíření stínu mediastina, rozšíření hilů, někdy i s obrazem kalcifikací. Kontrastní vyšetření při CT hrudníku může prokázat syndrom obstrukce horní duté žíly. Někdy masa fibrózní tkáně imituje nádor mediastina.

K histologickému vyšetření zřídka stačí pouze perbronchiální punkce (v případech, kdy fibrózní masy nasedají na tracheu, nebo hlavní bronchy). Většinou musíme indikovat diagnostickou thorakotomii, mediastinoskopii nebo sternotomii. Histopatologický náález popisuje proliferaci denzní fibrózní tkáně s hyalinními fibrózními svazky zasahujícími do volné pojivové tkáně a někdy i do lumen mediastinálních cév. V některých případech proces přechází i na pleuru a do plicního intersticia s obrazem intersticiální plicní fibrózy.

V léčbě onemocnění není zmiňováno podávání protizánětlivých ani antifibroticky působících léků. Popsaná léčba byla vždy symptomatická, zaměřená na řešení obstrukce horní duté žíly, většinou pomocí cévních bypassových operací. Tato léčba obvykle přinesla velmi dobré výsledky. Prognóza onemocnění je nejistá. Lepší je v případě nenádorového postižení mediastina jako primární diagnózy.

### Literatura:

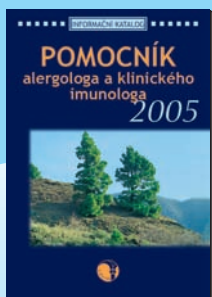
Mole, T. M., Glover, J., Sheppard, M. N. Sclerosing mediastinitis: a report on 18 cases. Thorax 50, 3: 280 – 283, 1995.

**OSLER WILLIAM Sir** (1849–1919) – kanadský lékař, absolvent McGill University, profesor fyziologie a patologie v Montrealu, od r. 1904 profesor vnitřního lékařství v Oxfordu, kde během několika let zcela změnil charakter britské medicíny; její prestiž se díky Oslerovi v očích současníků vyrovnala do té doby „vládnoucí“ medicíně německo-rakouské a francouzské (byl to první krok k přesunu hlavního centra pokroku do USA, dovršenému exodem židovských vědců z Evropy ve 30. letech). Jeho učebnice „Principles and Practice of Medicine“ vyšla poprvé v r. 1892 a na dlouhou dobu se stala nejvýznamnější lékařskou učebnicí anglosaského světa. Kromě mnoha objevů ve vnitřním lékařství změnil zásadně charakter výuky medicíny, propagoval výuku u lůžka nemocného a spojení vědeckého bádání s rutinní klinickou prací u učitelů klinických oborů. Po ztrátě jediného syna u Ypres na konci 1. světové války se psychicky zhroutil a po roce zemřel. Viz O.-Vaquezova nemoc (polycythaemia vera), O.-Renduova-Webberova nemoc, O. nodozity (uzly) (Zdroj: Velký lékařský slovník)

### Poznámka redakce:

Redakce spolu s patronkou této rubriky, prim. MUDr. Martinou Vašákovou, si dovoluje vyzvat k publikaci všechny případné autory (pneumology i lékaře jiných oborů), kteří by chtěli prezentovat nějakou další pneumologickou zajímavost či raritu.

Autorské pokyny pro tuto rubriku jsou samostatnou součástí autorských pokynů a jsou umístěny na internetu (<http://www.geum.org/pneumo>).



Pomocník alergologa  
a klinického imunologa

[www.geum.org](http://www.geum.org)





## Námahová dušnost mladého muže (Popis funkčního vyšetření plic)

Jarmila Fišerová

### Stručná anamnéza:

19letý muž, student, sportovec – hraje tenis.

Stěžuje si na rok trvající námahovou dušnost, potíže též při změnách počasí. Dosud nebyl vážněji nemocen, bez pravidelné medikace. V rodinné a v osobní anamnéze alergické projevy neudává, nekuřák.

V minulosti neměl provedeno funkční vyšetření plic.

Tab. č. 1: Křivka průtok–objem, naměřené hodnoty

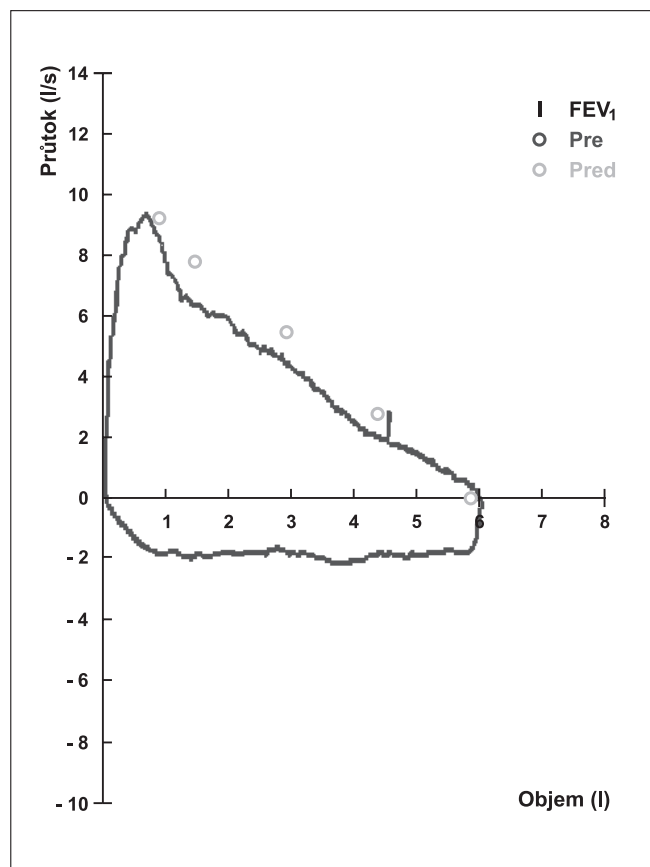
	n.h.	změř.	% n.h.
FVC (l)	5,85	5,92	101
FEV <sub>1</sub> (l)	4,80	4,46	93
FEV <sub>1</sub> % FVC	83	75	
PEF (l/s)	9,23	9,29	101
MEF <sub>50</sub> (l/s)	5,55	4,28	77
MEF <sub>25</sub> (l/s)	2,88	1,94	67

**Legenda:** FVC – usilovná vitální kapacita, FEV<sub>1</sub> – usilovně vydechnutý objem za 1. vteřinu, PEF – vrcholový výdechový průtok, MEF<sub>50</sub>, MEF<sub>25</sub> – maximální výdechové průtoky na úrovni 50 a 25% FVC

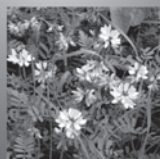
### Zadání:

- Proveďte zhodnocení křivky průtok–objem.
- Budete indikovat další vyšetření plicních funkcí, jaká?  
Hodnocení testu str. 22.

Graf č. 1: Křivka průtok–objem



KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII



KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII  
časopis pro pneumology a alergology

**Pomocník alergologa  
a klinického imunologa**

informační publikace pro lékaře  
pečující o alergiky a astmatiky



# Funkční vyšetření plic – test

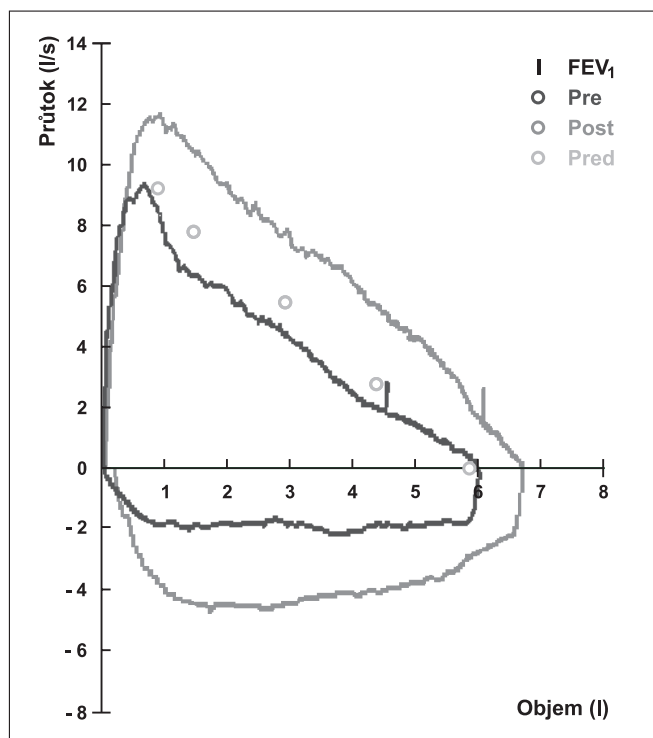
## Hodnocení:

Hodnoty FVC a FEV<sub>1</sub> jsou v mezích normy, jsou hraniční hodnoty poměru FEV<sub>1</sub>/FVC% a MEF<sub>25</sub>. Nález budí podezření na obstrukci převážně v periferních dýchacích cestách.

Tab. č. 2 a grafy č. 2: Křivka průtok–objem, křivka objem–čas, celotělová pletysmografie, BDT (Ecosal 400 µg přes nástavec, kontrolní vyšetření za 30 minut) – naměřené hodnoty a grafy

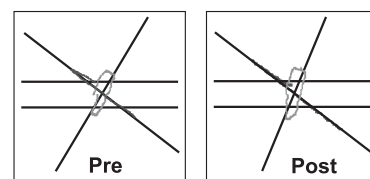
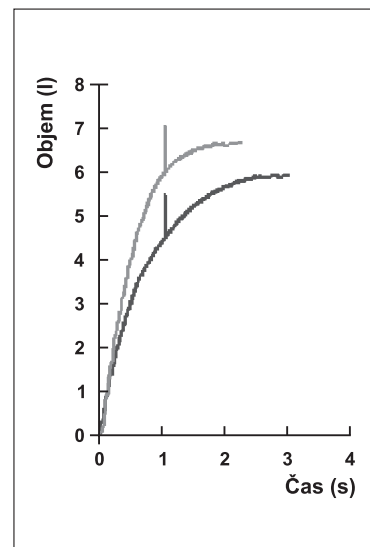
	před BDT			po BDT		
	n.h.	změř.	% n.h.	změř.	% n.h.	% změny
SVC (l)	5,73	5,88	103	6,53	114	11
FVC (l)	5,85	5,92	101	6,65	114	13
FEV <sub>1</sub> (l)	4,80	4,46	93	6,00	125	35
FEV <sub>1</sub> % FVC	83	75		90		20
PEF (l/s)	9,23	9,29	101	11,65	126	25
MEF <sub>50</sub> (l/s)	5,55	4,28	77	7,52	135	76
MEF <sub>25</sub> (l/s)	2,88	1,94	67	5,26	183	171
sRAW (kPa.s)	do 1,0	1,66		1,13		-32
RV (plet) (l)	1,43	1,98	138	1,66	116	-16
TLC (l)	7,15	7,86	110	8,19	115	4
RV% TLC	22	25		20		-20

Legenda: SVC – klidová vitální kapacita, FVC – usilovná vitální kapacita, FEV<sub>1</sub> – usilovně vydechnutý objem za 1. vteřinu, PEF – vrcholový výdechový průtok, MEF<sub>50</sub>, MEF<sub>25</sub> – maximální výdechové průtoky na úrovni 50 a 25% FVC, sRaw – specifický odpor dýchacích cest (sRaw=Raw.TGV), RV – reziduální objem, TLC – totální plicní kapacita



## Doporučená vyšetření:

- bronchodilatační test (BDT)
- celotělová pletysmografie



## Hodnocení doplňujících vyšetření:

Obstrukce v dýchacích cestách je reverzibilní, vzestup FEV<sub>1</sub> o 35% (1,54 l), BDT je pozitivní, je přítomná zvýšená bronchiální reaktivita. Dle celotělové pletysmografie jsou lehce zvýšené odpory v dýchacích cestách, mírně zvýšená hodnota RV a poměru RV%TLC svědčí pro počínající lehkou hyperinflaci.

## Závěry pro praxi:

- Pokud pacient udává dechové potíže nebo kašel, proveďte spirometrii
- Hodnoty FEV<sub>1</sub> a FVC jsou v normě, ale je hraniční hodnota poměru FEV<sub>1</sub>/FVC% a MEF<sub>25</sub>, MEF<sub>50</sub> – proveďte BDT (pokud jde o první vyšetření, neznáme optimální hodnoty vyšetřovaného, mohou být výrazně nad 100% n.h.)
- Anamnéza, známky obstrukce v dýchacích cestách a průkaz zvýšené bronchiální reaktivity (pozitivní BDT) svědčí pro dg. Asthma bronchiale.

prim. MUDr. Jarmila Fišerová  
 Oddělení funkčního vyšetřování, Masarykova nemocnice  
 401 13 Ústí nad Labem  
 E-mail: jarmila.fiserova@mnu.cz



*Inteview, které míří do vlastních řad*

## Lékaři, sestry a kouření cigaret

Kouření jako společenský nešvar, protikuřácký zákon, možnosti a meze boje proti kouření, ale zejména ovlivnění dětí a dospívající mládeže příkladem kouřících rodičů, vychovatelů i lékařů a sester – to všechno je častým námětem diskusí zodpovědnější části naší veřejnosti. V duchu přísloví „zameřme si před vlastním prahem“ hovoříme s expertkou na tuto problematiku, MUDr. Evou Králíkovou, CSc. z 1. LF UK a VFN v Praze.



**Kuřákem se v mnoha případech stane i mladý člověk, který se připravuje na povolání zdravotní sestry nebo lékaře. Máte o tom nějaké poznatky ze středních zdravotnických škol a z lékařských fakult?**

Máte pravdu, kouření, respektive nekuřáctví sester a lékařů je velmi důležité; ovlivňují jak své sociální okolí, tak své pacienty. Navíc doporučení přestat kouřit není věrohodné od někoho, z koho je cítit cigaretový kouř. Kouření sester, mediků a lékařů sledujeme, a přestože lékaři kouří o málo méně než je průměr populace, sester kouří téměř dvojnásobek než celkově žen v populaci. Pokud jde o mediky, v pátém ročníku je to bohužel stále přes dvacet procent. Smutnou zkušenost mám z přednášky na střední zdravotnické škole, kde mezi více než stovkou dívek bylo jen šest nekuřáček.

**Sama působíte mezi studujícími – jak se vám v této práci daří a co by se dalo či mělo udělat ve zdravotnickém školství, aby absolventi nastupovali na svá pracoviště jako nekuřáci?**

To je dlouhodobá a mnohostranná práce. Podstatný je především přístup společnosti, jistě i legislativa – v tomto případě na prvním místě zcela nekuřácké veřejné prostory. Evropská unie by je měla mít přibližně do čtyř let, doufám tedy, že i Česká republika. Nic by to nestálo ani by na to nikdo – kromě tabákového průmyslu – nedoplátil; naopak, nekuřácké restaurace všude ve světě vydělávají víc. Klesne ovšem, a to o devět až deset procent, počet prodaných cigaret. Ale to si snad přejeme... Pokud jde o 1. LF UK, už tradičně oslovuje její děkan studenty prvního ročníku dopisem o významu rizika kouření, o tom, že na fakultě se nemá kouřit a o významu lékaře jako nekuřáckého vzoru. Všech sedm našich lékařských fakult se také přihlásilo k Etickému kodexu kontroly tabáku WHO.

**Uvědomují si vůbec zdravotníci z povolání význam svého osobního postoje ke kouření a vlastního kuřáckého chování pro pacienty a jejich nejbližší?**

Věřím, že si to uvědomovat začínají. Zaznamenávám velký vzestup zájmu kolegů a řadu nových aktivit.

**Považujete za reálné, aby se lékaři a sestry, kteří jsou kuřáci, nadobro zřekli cigaret, případně se podrobili léčbě?**

Určitě. Měli by to udělat mezi prvními a doufám, že to udělají, jak už ostatně naznačuje trend u lékařů. Ve Velké Británii nebo Spojených státech kouří kolem tří procent lékařů.

**Co si myslíte o zákazu kouření ve zdravotnických zařízeních, o jeho nedodržování na řadě pracovišť – pokládáte za účinnější přesvědčování, nebo represí a sankce?**

Návod či postup je celkem jednoznačný, a to podle literatury i programů například European Network of Smoke-Free Hospitals. Veškeré prostory zdravotnických zařízení mají být nekuřácké, a to jak pro zdravotnické pracovníky, tak pro ostatní personál i pacienty. Nelze to ale vyhlásit ze dne na den, aby se kuřáci mohli připravit a byl také čas vysvětlit jim důvody a výhody nekuřáckého pracoviště, jakým by např. nemocnice rozhodně měla být; tabákový kouř jednoznačně poškozují zdraví a do nemocnice se lidé přicházejí léčit, neměli by tedy být vystaveni tomuto riziku.

Kuřáci z řad personálu by měli mít řádově několik měsíců, většinou nejméně rok na to, aby zvolili jednu ze tří možností: přestat kouřit (zaměstnavatel by je měl podpořit příspěvkem na léky, dnem volna nebo jinak), smířit se s tím, že během pracovní doby se obejdou bez cigaret a zapálí si až mimo areál nemocnice, nebo konečně poslední možnost – najít si jiné pracoviště.



### A co kuřáci přijatí do péče lůžkových zařízení?

Pochopitelně se může problém objevit i u pacientů. Při příjmu, třeba při podepisování souhlasu s podmínkami hospitalizace, by měli být seznámeni s tím, že přicházejí do nekuřácké nemocnice. Na druhou stranu silní kuřáci mohou bez nikotinu prožívat abstinenční syndrom. Zahraniční nemocnice proto nabízejí některou z forem náhradní terapie nikotinem. Tam, kde nikotin není hrazeným lékem, jako u nás, bychom alespoň měli kuřákovi doporučit, aby si například náplast do nemocnice přinesl. Samozřejmě by o jeho kuřáckém statusu, abstinenčních příznacích i léčbě měl vědět ošetřující lékař. Ve velké nemocnici by mělo být specializované centrum, které by mu poskytlo podporu. Zatím u nás vzniklo pět takových center pro léčbu závislosti na tabáku při fakultních nemocnicích.

V medailonu prim. MUDr. Jiřího T. Kozáka, CSc. ve 2. čísle našeho časopisu, jste mimo jiné napsala: „Podstatné je, aby lékař řekl kuřákovi při každém kontaktu, že pro jeho zdraví je nutné přestat s kouřením – ale ani tuto jednoduchou větu kupodivu dobrá polovina českých lékařů svým pacientům zatím neříká.“ Uvažovala jste o tom či zkoumala, proč je tomu tak?

Většinou si lékaři neuvědomují význam takového „obyčejného“ doporučení. I když úspěšnost je skutečně jen kolem pěti procent, právě fakt, že je dostane každý kuřák od každého lékaře, hraje důležitou roli. Tato krátká intervence se tak stává neefektivnější léčbou závislosti na tabáku co do času. Uvedu příklad. Kdyby lékař měl řekněme padesát hodin v roce na intervenování, můžeme srovnat tři možnosti: Stráví-li s jedním pacientem tři hodiny, může mít úspěšnost dvacet pět procent, ale za těch padesát hodin takto vyléčí čtyři nemocné. Stráví-li s jedním pacientem jen hodinu, úspěšnost je menší, patnáctiprocentní, ale zdvojnásobí se počet vyléčených pacientů, na osm za padesát hodin. A při krátké, tří až pětiminutové intervenci je úspěšnost jen kolem pěti procent, ale za padesát hodin tak vyléčíte skoro padesát pacientů!

Od kterých skupin lékařů byste očekávala v tomto směru větší aktivitu vzhledem k rizikovosti kouření při nemocech jejich pacientů?

Od všech lékařů prvního kontaktu, internistů, pneumologů... Takto bych však měla uvést kolegy nejrozličnějších specializací, kte-

ří přicházejí do styku s nemocným. Kouření způsobuje nemoci, které se týkají většiny medicínských oborů.

**Jaká je, paní doktorko, skladba lékařů hlásících se do vašich dvou denních kurzů, které pořádáte v rámci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví?**

Tyto kurzy probíhají od roku 1992, v Institutu od roku 1995, dvakrát ročně a prošly jimi již stovky kolegů. Oproti původním absolventům, většinou z oboru hygieny a epidemiologie, jsou to dnes více praktičtí lékaři, internisté nebo pneumologové. Začínají se objevovat i sestry, což mne obzvláště těší, a věřím, že v budoucnu si budou takové kurzy organizovat přímo samy. Dvě šikovné a motivované sestry pracují v našem centru.

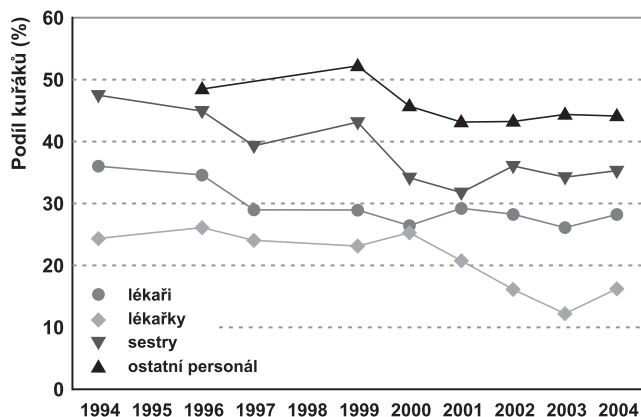
**Jakou měrou se vám podařilo zainteresovat do problematiky kouření a jeho léčby Českou lékařskou společnost a které odborné společnosti, případně jimi zaštitěná občanská sdružení využívají vaší odborně metodické pomoci?**

Předsednictvo České lékařské společnosti tyto aktivity podpořilo a v roce 2000 zřídilo Pracovní skupinu pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku. Informace jsou na webové stránce [www.cls.cz](http://www.cls.cz). Tato skupina nemá pevnou strukturu a ad hoc jsou vítáni všichni, kdo mají chuť se zapojit. Využíváme právě zastoupení různých oborů v ČLS, a tak můžeme reagovat na aktuální témata v závislosti na tom, co se objeví v médiích, diskusi o legislativě nebo v odborném tisku. Můžeme přinášet argumenty podpořené odborníky různého zaměření. V minulosti to byli nejen pneumologové, ale i genetici, internisté, onkologové, diabetologové, oftalmologové a chirurgové.

Pracovní skupina je také členem Framework Convention Alliance, která má přes dvě stě členů z více než sedmdesáti zemí a je to aliance na podporu Framework Convention on Tobacco Control, Rámcové úmluvy o kontrole tabáku, která byla po pětiletém vyjednávání přijata v roce 2003 členskými zeměmi Světové zdravotnické organizace. Je to první dohoda o zdraví v historii – na podobném principu jako Kyotský protokol. Obsahuje základní body kontroly tabáku, které by měla přijmout každá země. Její text je možné najít na internetové adrese [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz). To jsou stránky České koalice proti tabáku, což je jedno ze sdružení, se kterými spolupracujeme.

*Otázky kladl Juraj Szántó*

Procenta kuřáků mezi zdravotníky v ČR v letech 1994–2004





## K zákonu o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky

Přemysl Sobotka

*předseda Senátu Parlamentu České republiky*

*Tzv. protikuřácký zákon projednával Senát Parlamentu ČR na své letošní sedmé schůzi 28. července. Tato podle mého soudu kontroverzní norma byla veřejností na své legislativní cestě parlamentem podrobně sledována a v denním tisku i v elektronických médiích se těšila velké pozornosti. V úvodu bych rád rovnou uvedl, že jsem hlasoval pro odmítnutí tohoto zákona a normu nakonec odmítl i Senát jako celek.*

V čem spatřuji problematičnost zákona?

Legislativní pouť tohoto zákona začala 19. března v roce 2003, kdy jej do Poslanecké sněmovny předložila vláda a zástupcem návrhatele bylo určeno ministerstvo zdravotnictví. Sněmovní Organizační výbor návrh zákona doporučil k projednání a přikázal jej Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví.

První čtení proběhlo 11. dubna 2003 na 14. schůzi Poslanecké sněmovny. Druhé čtení zákona proběhlo až na 38. schůzi sněmovny 23. listopadu 2004, tedy téměř za rok a půl; zákon prošel obecnou rozpravou a byl určen do rozpravy podrobné. V tomto stadiu legislativního procesu zůstal až do konce června 2005, když se o něm průběžně jednalo v únoru 2005 na 41. schůzi, v červnu na 45. schůzi a nakonec 29. června 2005 byl zákon Poslaneckou sněmovnou ve třetím čtení schválen.

Do Senátu Parlamentu ČR byl doručen 19. července 2005 a byl projednán nejprve ve výborech. Garančním výborem byl určen Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku a projednával jej rovněž Hospodářský a Ústavní právní výbor. Všechny tři výbory zákon doporučily zamítnout. Plénum, které projednávalo návrh zákona 28. července, ho zamítlo. Návrh zákona se v souladu s legislativním procesem vrátil do Poslanecké sněmovny a ta na své 46. schůzi při hlasování 19. srpna 2005 setrvala na původním znění zákona vráceném Senátem a zákon opět přijala. Prezident zákon podepsal 9. září 2005.

Záměr zákona, tedy ochrana veřejnosti před vlivem a působením tabákových výrobků, ale i alkoholu, je na mnoha místech problematický. Poslanci do zákona přijali mnoho komplexních pozměňovacích návrhů, bohužel však často na úkor jasnosti, stručnosti a jednoznačného výkladu předkládané normy. V zákoně se například používají termíny, které v jiných zákonech neexistují a tento zákon je nevyhledává. Zákon má totiž úzkou vazbu na zákon o spotřební dani, protože sám řeší otázku vymezení prodeje alkoholu a tabáku. Ale není s tímto zákonem kompatibilní (to je onen známý problém pojízdných prodejen) a podnikatelské subjekty vrhá do právní nejistoty a vlastně chaosu.

Každý ze senátorů – a já jsem byl té situaci vystaven také – musel řešit problém, zda zvednout ruku pro zákon, jehož potřebu sice



Foto z archivu autora

cítíme a plně respektujeme, ale zároveň je jasné, že jde o legislativní paskvil. Je zcela zjevné, že podobný zákon český právní systém musí mít. Jsem však přesvědčen, že je profesionální a správné dát přednost zamítnutí špatného zákona před pocitem, že nám takový zákon bude ještě nějakou chvíli chybět. Senát umí zákony opravovat a naši legislativci velmi často zákony očisťují a dávají do souladu s ostatními předpisy, ale u tohoto zákona to bohužel nebylo možné.

Mediálně nejvíc se mluví v souvislosti s tímto zákonem o paragrafu osm zákona, kde se v písmenu c zakazuje kouření v zařízeních společného stravování, lidsky řečeno v restauracích. Je vidět, že možné sporné výklady, zda se kouření v restauracích povoluje nebo zakazuje a co to jsou nutné úpravy, resp. opatření pro to, aby kuřáci a nekuřáci mohli sedět v jednom zařízení, jasně ukazují, že naše zamítnutí návrhu zákona bylo správné.

Rád bych se v této souvislosti zmínil ještě o jednom vládním návrhu, který jsme letos v Senátu projednávali (na 6. schůzi 23. června). Jde o Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku, která byla podepsána v Ženevě v roce 2003. Senát k této úmluvě nepřijal žádné usnesení. Tato úmluva je nadbytečná a svým způsobem kontroverzní, neboť český právní rámec naplňuje většinu požadavků, jež si úmluva vytkla za cíl.

Dovolím si zde pro příklad použít argument pana kolegy senátora Kubery, který ve své obhajobě, proč tuto úmluvu odmítá, konstatoval, že Evropská komise chce na boj s kouřením vydat sedmdesát dva miliónů eur, ale zároveň v rámci zemědělské dotační politiky podporuje producenty tabáku částkou až jedné miliardy eur.

**Vždy je důležité, abychom dokázali rozlišit, čím pro nás přijetí takové úmluvy bude přínosné, co bude prakticky znamenat pro náš právní řád a pro občany České republiky. Nemá totiž smysl přijímat zákony formálně. Přijímání nedokonalých norem není cestou ke snížení spotřeby tabáku nebo alkoholu. Dobré úmysly totiž pro zákon nestačí.**



## Doc. MUDr. Karel Kadlec, CSc.

\* 25. prosince 1914 – † 1. května 1971

*Více než devadesát let uběhlo od narození a přes čtvrtstoletí od úmrtí doc. MUDr. Karla Kadlece, CSc., přednosty bývalého Ústavu hygieny práce a chorob z povolání v Ostravě, jedné z vůdčích osobností v oblasti pneumologie a pracovního lékařství v Československu. Bylo by nevděčné zapomenout a nepřipomínat si světlou památku člověka, jehož pracovní výsledky zejména na poli patofyziologie dýchání po dlouhé roky obohacovaly teoretickou bázi a každodenní praxi naší pneumoftizeologie.*

Karel Kadlec absolvoval lékařské studium na brněnské univerzitě. Již během studijních let pracoval jako asistent ve fyziologickém ústavu lékařské fakulty a do této doby se datují jeho první práce z oblasti plicní fyziologie, která se nadále stala jeho hlavním zájmem a těžištěm jeho výzkumné práce.

Promoval v tragickém roce 1939 a po násilném uzavření českých vysokých škol pracoval na různých odděleních Zemské nemocnice v Brně. V lednu 1941 odešel do nemocnice ve Zlíně. V té době se tam při Ústavu pro průmyslové zdravotnictví, který nesl jasné stopy prozíravosti Tomáše Bati, začal formovat pracovní kolektiv zanícených mladých výzkumných pracovníků. MUDr. Karel Kadlec se rozhodl přejít na toto perspektivní pracoviště. Vedle pracovní lékařské tematiky, zvláště problematiky nemocí z otřesů, se věnoval především fyziologii a patofyziologii dýchání a publikoval v té těžké době několik prací o vlivu umělých odporů na dýchání. Za okupace byl určen na místo lékaře pracovního úřadu, kde neohroženě zachraňoval řadu českých občanů před nucenými pracemi v nacistickém Německu. V těchto časech pomáhal i jinde, hlavně poskytováním zdravotnické péče partyzánům operujícím v okolí Zlína a Vizovic. Konec války ho zastihl ve štábu brigády Jana Žižky jako lékaře tohoto protifašistického odbojového útvaru.

Po osvobození Československa se MUDr. Karel Kadlec vrátil do Brna, kde pomáhal nově budovat fyziologický ústav lékařské fakulty. V roce 1947 převzal vedení Ústavu pracovního lékařství a po docentské habilitaci ve stejném roce zřídil a od roku 1952 také vedl Klinikou chorob z povolání. Z té doby pochází řada jeho vědeckých prací, z nichž největší význam mají práce o rozepsaném výdechu vitální kapacity (FEV). Tuto dnes celosvětově používanou metodu vyvíjel nezávisle na francouzských autorech a první práci o ní publikoval spolu s Vyskočilem v roce 1950.

V tomto údobí patentoval svůj automatický eliminátor faktoru atmosférického tlaku a teploty při registraci spirogramu. Později, kdy pracoval jako vedoucí výzkumného pracoviště pro aerosolovou inhalační léčbu v Brně, se věnoval převážně problematice léčebné a diagnostické aerosologie. Tehdy se začal též zabývat



Portrét z archivu autora

studiem mechaniky dýchání, která se v dalších letech stala jeho hlavní badatelskou disciplínou.

V roce 1964 byl doc. MUDr. Karel Kadlec pověřen vedením nově zřízeného Ústavu hygieny práce a chorob z povolání v Ostravě, který se jeho zásluhou stal během krátké doby vedoucím, perfektně fungujícím pracovištěm v komplexním výzkumu pneumokoniózy v Československu. Vedle organizační činnosti se zde vrátil k problematice pneumokoniózy a funkce plic u tohoto onemocnění, pokračoval ve studiu mechaniky dýchání, připravoval komplexní klinicko-experimentální výzkum otázky sklípkového surfaktantu a nezanechal ani dalších výzkumů v oblasti aerosolové inhalace.

Bohužel u nás se úspěch už tradičně neodpouští – a tak slibný začátek byl nakonec stranickými koryfeji násilně přerušen; úsilí





Foto z archivu autora

docenta Kadlece zlidštit současnost normalizace, aby na minulost navazovala lepší budoucnost, vyústilo vedle zrušení ústavu, v němž působil, i v jeho předčasný skon...

Doc. MUDr. Karel Kadlec, CSc. uveřejnil během svého života osmdesát tři původních vědeckých prací a napsal pět knižních monografií, z nichž po jedné věnoval otravě oxidem uhelnatým (1959), funkčnímu vyšetřování plic (1959), patofyziologii dýchání (1966) a dvě problematice inhalační aerosolové léčby (1959, 1964). Byl neobyčejně aktivním členem Čs. společnosti fyziologie a patofyziologie dýchání ČLS JEP a zároveň jejím místopředsedou, dále zakládajícím členem Societas europaea physiologiae clinicae respiratoriae a také členem předsednictva Evropské aerosolové společnosti i členem řady dalších vědeckých a lékařských společností. Jeho vědecká práce – v mnohém originální a průkopnická – zůstane pro nás trvalým pomníkem, protože byla v mnoha směrech základem, z něhož vyrostla moderní československá fyziologie a patologie dýchání.

Jestliže se Československá společnost fyziologie a patofyziologie dýchání rozhodla, že k uctění památky tohoto našeho předního odborníka a průkopníka v oblasti moderního funkčního vyšetřování dýchání založí tradici odborných setkání široké lékařské veřejnosti, bylo to rozhodnutí nanejvýš opodstatněné. Nejen pro bohatou odbornou „anamnézu“ docenta Kadlece, ale i pro jeho pozoruhodné vlastnosti lidské. *Kadlecovy dny*, z nichž první se konal za moderování dr. Ouředníka již 15. února 1972, se rozvinuly v tradiční akci.

Doc. MUDr. Karel Kadlec, CSc. byl ceněn nejen jako vynikající odborník, nýbrž i jako člověk pozoruhodného pracovního a lidského profilu. Přesto se netlačil mezi elitu – sám žertem říkal, že člověk je nenahraditelný pouze na svém pohřbu. Byl skromným člověkem, který nedovedl těžit z přízně doby, ani z osobních známostí. Velikost lidí neposuzoval podle toho, s kým se znají či jaké mají kontakty.

V bouřlivém průběhu minulého století nebyl ani on ušetřen mnoha neodčiněných a dnes již neodčinitelných křivd. Viděno dnes – bohužel již jen prizmatem vzpomínek – byl člověkem, u něhož syntéza moudrosti, rozvahy, taktu, soucitu a sebeovládání byla umocněna nekonformní kolegiální a kamarádstvím ve starém dobrém slova smyslu, tak potřebném v každé lidské pospolitosti, kde získávání určitého „turgoru“ dobře prosperující a harmonicky vyvinuté osobnosti je nedílnou součástí zdravého a přirozeného „tahu vzhůru“. I když miloval spíše dialog, znal i cenu mlčení. Šetřil gesty jak v projevech štěstí, tak i opaku.

Mnoho času a energie vložil do konkrétní vědecké práce svých četných spolupracovníků, jejichž vědeckým ambicím dával s příznačnou osobní skromností často vyniknout i za cenu vlastní publikační anonymity. Byl ovšem nejen výborným „režisérem“ jejich vědeckého růstu, ale i dotváření jejich osobností. Jak jinak by se byli z převážné většiny všech jeho brněnských či ostravských žáků stali vysoce platní jedinci naší společnosti. Za své úspěšné uplatnění v oboru vděčí z velké míry právě jemu, jenž vedle skvělé výuky určoval i adekvátní mírou tolerance k někdy značně svobodným názorům nejen globální objem jejich vědomostí, ale i smysl pro životní, neegoistickou „fair play“.

Jiří Kandus

Doc. MUDr. Jiří Kandus, CSc.  
Městská nemocnice Ostrava-Fifejdy  
E-mail: [jiri.kandus@mnof.cz](mailto:jiri.kandus@mnof.cz)

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII



**O knihách s prim. MUDr. Viktorem Kašákem**

## Asthma bronchiale a CHOPN

*Právě v těchto dnech se prim. MUDr. Viktor Kašák v plné pracovní, společenské a tvůrčí aktivitě dožívá 55 let. Zrovna tolik jeho odborných článků z domácí a zahraniční literatury je uvedeno v medailónku autora v jedné z jeho letos vydaných knížek, ovšem jejich počet dnes přesahuje šedesát. Oblastí jeho vědeckého zájmu je asthma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc a antibiotická léčba respiračního ústrojí. Již třetí volební období zastává funkci druhého místopředsedy České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS Jana Ev. Purkyně a zastupuje ji zejména v problematice lékové politiky a kategorizace léčiv. Mnoha čtenářům je znám z přednášek v IPVZ, na sympoziích a kongresech.*



Foto archiv redakce

Pane primáři, jsem si vědom, že toho máte „na kontě“ mnohem více, než snese krátký úvod k našemu rozhovoru o vašich knižních publikacích. Měl bych připomenout ještě alespoň fakt, že jste zakladatelem a sekretářem České iniciativy pro astma... raději mne však doplňte sám.

Chcete-li, uveďte, že jsem spolupracoval na tvorbě něko-

lika pneumologických standardů, jsem spoluřešitelem řady mezinárodních klinických studií, členem Evropské respirační společnosti a navíc členem redakční rady Kazuistik v pneumologii a několika dalších časopisů vycházejících na území někdejšího Československa. V poslední době považuji za významné své spoluautorství kapitoly Farmakoterapie plicních nemocí (spolu s doc. MUDr. Janou Skříčkovou, CSc.) v knize Farmakoterapie vnitřních nemocí, která vyšla ve zcela přepracovaném vydání letos v srpnu a je farmakologickou „biblí“ internistů. Zpracoval jsem problematiku plicních nemocí s obstrukcí, tj. především astma a CHOPN. V naší kapitole je uvedena nová terminologie a nové diagnostické i farmakologické přístupy, které na řadě pracovišť vnitřního lékařství dosud nejsou známy nebo používány.

**Jste však spoluautorem také dalších odborných publikací. Za poslední roky jsou to mj. tituly vydané Českou iniciativou pro astma – Globální strategie péče o astma a jeho prevenci a Inhalační systémy.**

K té první publikaci musím připomenout, že jde o překlad pravidelně aktualizovaného základního dokumentu mezinárodní nezávislé neziskové organizace Globální iniciativa pro astma, který byl vydán pod patronací Světové zdravotnické organizace právě před deseti lety. A příští rok uplyne deset let nejen od vyhlášení Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice, ale také od založení ČIPA. Po posledním vydání novelizované podoby základního dokumentu GINA tiskem je od podzimu loňského roku k dispozici také její elektronická verze.

V Maxdorfu, kde s vámi počítají jako s kmenovým autorem, byla nová edice příruček Farmakoterapie pro praxi zahájena vaší knížkou Asthma bronchiale a nyní se dostává na police knižních prodejen další dílko z vašeho počítače, nazvané Farmakoterapie CHOPN. Necítil jste se při tvorbě těchto svých autorských textů poněkud omezen šéfredaktorem stanovenou jednotnou strukturou?

Z počátku mi předem stanovený rámec působil lehké obtíže, ale pak se mi tato struktura zdála vskutku racionální pro praktické příručky ošetřujících lékařů a umožnila mi říci všechno, na co by měl její čtenář či uživatel myslet, například v posudkové problematice, ale třeba i v souvislosti se sexem, sportem či s jinými aspekty.

**V obou těchto příručkách se věnujete i prevenci. Jsou významné rozdíly také v preventivních opatřeních?**

U astmatu sice víme, že již od 22. týdne gravidity může dojít k senzibilizaci plodu; zatím však nelze prenatalně ani postnatálně doporučit jednoznačně účinná opatření kromě zákazu kouření během těhotenství a poporodního období, včetně eliminace pasivního kouření, jemuž je žena a její plod nebo dítě vystaveno pro závislost některého člena rodiny. Primární prevence astmatu je zatím málo účinná. V případě CHOPN jsme na tom lépe. I zde uplatňujeme ve vztahu k těhotenství a mateřství doporučení nekouřit a zároveň varujeme před kouřením v adolescentním věku, který je z tohoto aspektu nejnebezpečnějším obdobím. Jistý rozdíl tudíž je v preventibilitě obou nemocí, ale účinná primární prevence prakticky neexistuje u žádné z nich. Jinak je to u sekundární a terciární prevence, pro kterou jsou vypracována zcela konkrétní opatření, týkající se vytěsnění rizik z prostředí, ale i preventivně působící, specifická farmakoterapie.

**V závěru kazuistiky prim. MUDr. Jarmily Fišerové, publikované ve 2. čísle našeho časopisu s názvem „Asthma nebo CHOPN? – Je naše diagnóza správná?“, čteme: „Asthma a CHOPN jsou dvě různá onemocnění, která se liší způsobem vedení terapie a prognózou. Zejména ve starším věku může být odlišení těchto chorob obtížné...“ Souhlasíte v tom s autorkou?**

Klinické odlišení astmatu a CHOPN je opravdu někdy obtížné. I když je u obou nemocí společným patogenetickým faktorem

zánět, ten je u astmatu převážně eozinofilní, zatímco u CHOPN je převážně neutrofilní. Záleží ovšem na fenotypu. Je-li fenotyp u astmatu nebo CHOPN eozinofilní a pacient nekouří, je nemoc poměrně dobře kortikosenzitivní. Pokud je fenotyp u astmatu a CHOPN neutrofilní, jsou nemoci relativně kortikorezistentní. Navíc se v případě kuřáků u obou nemocí přidává k primární neutrofilní kortikorezistenci i sekundární chromatinová kortikorezistence. Lékař i jeho pacient by si měli uvědomit možnosti a meze farmakoterapeutického ovlivnění choroby. Astma jsme schopni většinou vhodnými léky zastavit, zatímco progresi CHOPN můžeme i těmi nejmodernějšími přípravky pouze zpomalit. Proto je rozdílná také prognóza obou nemocí.

**Napsal jste, pane primáři, i populární publikace. Jste autorem knihy určené široké veřejnosti Jak přežít smog, která je již také po reedici zcela rozebraná, a jste prvním z trojice autorů knihy pro nemocné Překonejte své astma, která rovněž vyšla v druhém vydání. Jak se vám píše pro laiky?**

Myslím si, že stýká-li se odborník dennodenně se zdravými nebo chorými občany, s nimiž má stejný mateřský jazyk, nemůže mít potíže, když jim má srozumitelně objasnit závažné otázky jejich života. Přitom problematika životního prostředí, čistota ovzduší a zejména smog patřily k tématům, která bezprostředně před listopadem 1989 a po něm zajímala celou naši společnost a hlad po informacích jsem v těch letech jako lékař považoval za velmi aktuální výzvu. A opravdu nemám pocit, že píši pro laiky, ani když tvořím publikaci pro nemocné s průduškovým astmatem. Přestože o své nemoci mají zpočátku jen chabé znalosti, považuji za svoji povinnost seznámit je s podstatou, vznikem, projevy a příznaky a léčbou jejich onemocnění v celém rozsahu, přístupně všem, kteří mají alespoň středoškolské vzdělání. To není samoučelný záměr, protože astmatiky a jejich okolí je třeba na celoživotní léčbu a na opatření sekundární a terciární prevence připravit takřka na úrovni středních zdravotnických pracovníků, aby se mohli stát vskutku platnými partnery svých lékařů.

*Rozmlouval Juraj Szántó*

## zpráva

### XIV. Moravskoslezské dny pneumologie

Olomouc, 14.–15. října 2005



Vyhlášená témata kongresu – efektivita, etika, ekonomika – byla na kongresu přítomna především na pozadí příspěvků. Krásně je ilustrují například slova z přednášky prim. Kašáka na téma CHOPN: Mezi první cigaretou a smrtí uplyne obvykle řada let, CHOPN se ale vyvine až u 50 % kuřáků...

Škála prezentované problematiky byla velmi široká. Mezi autory přednášek bylo možné zaznamenat řadu našich předních odborníků, osvědčených přednášejících a zkušených klinických pracovníků, prostor však dostali i mladí lékaři z řady pracovišť. Diskuse tak byla mnohdy možností znovu se vrátit k prezentované problematice, revidovat své názory a tříbit je v diskusi se zkušenými kolegy.

Samostatný blok přednášek byl věnován také tématice plicní cirkulace. Kompaktní blok přednášek o plicní hypertenzi zajistili lékaři z Centra pro léčbu plicní hypertenze VFN. Této tématice se na stranách našeho časopisu věnujeme pravidelně a pro některé z budoucích čísel připravíme i představení tohoto centra.

Sympatické bylo publikování abstraktů všech přednášek ve speciálním suplementu časopisu *Respirace*. Takže kdo neměl možnost se akce přímo zúčastnit, může se o problematice dozvědět alespoň touto cestou. Škoda jen, že časopis není dostupný v hlavních lékařských knihovnách, např. v Národní lékařské knihovně, aby mohl být k dispozici i lékařům dalších oborů.

*(kviz)*





## Hovoříme s ředitelem MUDr. Jiřím Jirešem

### O Odborném léčebném ústavu Albertinum v Žamberku

*Jubilující ústav řídilo od jeho vzniku v roce 1905 do roku 1990 sedm významných osobností. Jejich přínos formou medailonů zhodnotil v aktuálně vydané publikaci ALBERTINUM, Boj proti tuberkulóze a jiným nemocem, její autor MUDr. Jiří Jireš, který zde zastává funkci ředitele již 15 let a právě letos dovršil 55 let svého života. Oslovili jsme ho se záměrem představit našim čtenářům nejen ústav, za jehož činnost a rozvoj odpovídá, ale také proto, aby prozradil, proč a jak se mu v něm podařilo zapustit tak hluboké kořeny.*

**Dovolte začít poněkud netradičně – jak jste se dostal ke studiu medicíny a proč jste se rozhodl pro obor pneumologie a ftizeologie?**

Vztah k přírodním vědám ve mně pěstoval otec, povoláním dentista. Pro medicínu jsem se rozhodl až v posledním ročníku střední školy. Vystudoval jsem na fakultě v Hradci Králové všeobecné lékařství a rozhodoval se mezi chirurgií a internou. Rozhodly za mne rodinné důvody. Vrátil jsem se ke své stárnoucí mamince do Žamberka s možností pracovat v plicní léčebně, a tak zvítězil obor tuberkulózy a respiračních nemocí. Ústav měl zajímavou historii a bohatou tradici. Nastoupil jsem v roce 1975 a ještě zastihl generaci lékařů, kteří zažili v léčebně operativu. Od tehdejšího ředitele dr. Květoslava Fialy jsem se naučil bronchologii a stáž jsem absolvoval ve VÚ TRN na Bulovce u dr. Tománka, zakladatele československé bronchologie. Byl jsem jedním z jeho posledních žáků. Ze sekundárního lékaře jsem se vypracoval na ordináře a po deseti letech praxe na primáře oddělení a vedoucího bronchologického pracoviště.

**A oboru, dnes již s novým názvem pneumologie a ftizeologie, jste už zůstal věrný. Za jakých okolností jste nastoupil na post ředitele?**

V roce 1990 bylo vypsáno konkurzní řízení. Přihlásil jsem se proto, že jsem za patnáct let zkušeností v ústavu měl jasnou představu o jeho dalším vývoji, což zřejmě u výběrové komise rozhodlo. Ta funkce ovšem v uplynulém období neznamenala žádný med, nýbrž souvislý sled známých událostí – rozpad okresních ústavů národního zdraví a naše osamostatnění, zřizování Okresním úřadem v Ústí nad Orlicí a v posledních třech letech Pardubickým krajem, dále vznik pojišťoven a veškeré problémy, které nás od té doby provází.

**Když se tak ohlédnete zpět, co nejvíce ztrpčovalo váš život a práci?**

Při pomýšlení na všechna prodělaná jednání s pracovníky jednotlivých zřizovatelů, poboček pojišťoven, ústředí VZP a ministerstva zdravotnictví se divím, že to mé nervy vydržely... Snad nejvíce vysilující jsou jednání, která se nějakým způsobem uzavřou, mezitím se vymění na různých postech úředníci a jednání začíná znova, o stejném problému, se stejně náročným objasňováním skutečností.

**Obsah a úroveň vaší jubilejní publikace ovšem prozrazuje, jak vám ústav přirostl k srdci, a se všemi, pro které práce**

**v něm hodně znamená, máte spíše radost z úspěchů, kterých vskutku není málo. Zrcadlí ale také změnu charakteru vašeho zařízení, které již není jen plicní léčebnou...**

Ty změny vyžadovala doba, potřeby města i jeho okolí a zájem celého regionu. Naši činnost v současnosti charakterizuje velmi rozvinutá spolupráce a propojenost s řadou nemocnic či poliklinik a jejich odborných pracovišť, například v Žamberku, Rychnově nad Kněžnou, Ústí nad Orlicí nebo Hradci Králové. Mohl bych uvést konkrétní případy služeb specialistů, kterých využívá náš ústav, a služeb, kterými jim je oplácíme. Je to v zájmu občanů i pracovníků zdravotnictví a snadněji se tak zajišťují preventivní opatření, diagnostické úkony a komplexní léčebná péče o nemocné. Ale naší hlavní náplní zůstává i nadále péče o pacienty s plicními nemocemi na pneumologickém oddělení, které má také ze všech největší kapacitu.

**Mohl byste to konkretizovat počtem lůžek, jejich rozdělením do stanic podle diagnóz či obložností tohoto oddělení?**

Ve dvou budovách jsme rozdělili 106 lůžek do pěti stanic pro umístění nemocných podle diagnóz. Oddělení má část se 40 lůžky pro akutní příjmy s jednotkou soustředěné péče, stanici pro astmatiky, izolační část pro pacienty s aktivní formou tuberkulózy, stanici onkologické chemoterapie a další. Podle pořadí počtu zastoupených diagnóz je to předně chronická obstrukční plicní nemoc a plicní karcinom, dále astma, akutní záněty a tuberkulóza. K nám na pneumologické oddělení nadále posílají nemocné z velké části východních Čech. Ve třech okresech není nemocniční pracoviště tuberkulózy a respiračních onemocnění. Ačkoliv přijímáme akutní případy, více pacientů je chronických, dlouhodobě nemocných. Protože však provádíme kompletní diagnostiku nemocí plic, průdušek, pohrudnice a mezihrudí, máme poměrně vysoký počet měsíčně přijatých nemocných s krátkou dobou ošetření 25 dní, což je v tomto oboru srovnatelné s péčí v nemocnicích. Celkově zůstává každoročně počet přijatých pacientů srovnatelný a stejně tak i obložnost. K jejím výkyvům dochází v některých měsících v důsledku sezónního charakteru respiračních nemocí a nemožnosti umístit na pokojích společně astmatiky, onkologické nemocné a pacienty s tuberkulózou.

**Malé, samostatné jubileum byste mohli letos slavit také v pavilonu Osada, kde byl – jak jsem se dočetl – před třiceti lety zahájen provoz léčebny dlouhodobě nemocných.**

Došlo k tomu při reprofilizaci čistě tuberkulózního sanatoria

v duchu tehdejšího trendu uvolnit lůžka v nemocnicích, obsazená velkým počtem pacientů s chronickým a dlouhodobým průběhem nemoci, pro případy akutní. V počátcích mého působení v ústavu jsem obdivoval, že narozdíl od řady jiných se zdejší „eldéenka“ nestala odkladištěm starých nemocných lidí, ale že jim byla věnována soustavná léčebná a ošetrovatelská péče i s pohybovou rehabilitací. Díky důkladné rekonstrukci pavilonu v prvních letech tohoto tisíciletí (připravovali jsme ji už od roku 1998) se toto oddělení přeměnilo v moderní zařízení s dvoulůžkovými pokoji, dobrým technickým zázemím pro obsluhu nemocných, čtyřmi výtahy a velkými prostory pro rehabilitaci, tělocvik a fyzikální terapie.

### **Nejde-li tedy o azylové případy s diagnózou „causa socialis“, o jaké nemocné pečují pracovníci tohoto oddělení?**

Mezi tři stanice je rozděleno 70 lůžek, na nichž je pečováno převážně o geriatrické pacienty s interními nemocemi, zejména s ischemickou chorobou srdeční či cévní mozkovou příhodou. Využíváme zde rovněž možnosti rehabilitace k péči o nemocné po operacích zlomenin u starých pacientů s komplikacemi. Máme vypracované postupy tzv. mokré terapie pro léčbu bércových vředů a proleženin.

### **Vaše psychiatrické oddělení v příjemném prostředí Albertovy vily je v okrese jediným zařízením tohoto oboru s lůžky. Kdy a proč došlo k jeho vytvoření?**

Bylo zřízeno po zrušení psychiatrického oddělení v Chocni s 55 lůžky, která se měla alespoň zčásti nahradit. V únoru 1993 jsme měli jen 25 lůžek, později jsme jistými úpravami docílili zvýšení jejich počtu na 36. Jejich obloženost se trvale udržuje na vysokých hodnotách, ale dosud jsme nenašli způsob, jak kapacitu oddělení zvýšit, aby odpovídala skutečné potřebě. O naléhavosti problému svědčí například i skutečnost, že řadu nemocných z okresu je třeba převážet do Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Jinak ovšem naše otevřená a smíšená psychiatrie zvládá kompletní diagnostiku a terapii psychiatrických nemocí dospělých, a to v úzké mezioborové spolupráci s oběma odděleními, o kterých jsme se zmiňovali. To plyne již z faktu, že v ústavu pečujeme o nemocné vyššího věku jak s psychiatrickými poruchami, tak také s jinou závažnou diagnózou, kteří potřebují pomoc psychiatra nebo psychologa. Většinu hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení tvoří pacienti s afektivními poruchami, schizofrenií a alkoholickými psychózami.

### **O kterých pracovištích nebo pracovnících ústavu lze říci, že svoji specializaci uplatňují i jinde?**

Takových je řada, třeba komplement, jehož lékaři, laborantky a jejich spolupracovníci na úseku našich laboratoří zajišťují služby nezbytné pro kvalitní provoz všech lůžkových oddělení a ambulancí. Ty však pacienti nevidí... Z hlediska každodenního, bezprostředního styku s nemocnými to jsou zejména pracovníci rehabilitačního oddělení. Jejich pracoviště je svojí povahou součástí všech

tří lůžkových oddělení, na každém však se specifickou pracovní náplní. Na pneumologii je to především rehabilitace dechových funkcí, na psychiatrii převážně pracovní terapie, u dlouhodobě nemocných pak rehabilitace pohybového ústrojí, přičemž komorbidita vyžaduje u některých pacientů účelnou kombinaci metod rehabilitační léčby.

### **Třicet let práce v oboru a z toho patnáct v řídicí funkci – máte vůbec čas na soukromí, na rodinný život a prezentaci svých zkušeností na odborném fóru?**

Nemám si proč stěžovat. Oženil jsem se s lékařkou, která je primářkou naší mikrobiologické laboratoře. Máme dva již dospělé syny, takže se můžeme věnovat i společným zálibám, pěší turistice, cykloturistice, cestování a práci na zahrádce. K nějaké odborné prezentaci mi zodpovědnost a starosti s řízením ústavu a vlastní péče o nemocné skutečně neoponechávají možnost. K sečení mých příspěvků v odborných časopisech by stačily prsty jedné ruky, spíše se věnuji přednáškové činnosti a důraz kladu na výkon lékařské praxe. Pracuji ale ve dvou komisích ČPFS, bronchologické a legislativní, a v Asociaci nemocnic ČR se rovněž snažím přispět svými zkušenostmi v jednáních o dalším rozvoji oborů tuberkulóza a respirační nemoci, geriatrické a psychiatrie i k problematice financování odborných léčebných ústavů.

### **Jak byste shrnul současné postavení a význam jubilejního ústavu v neustále se měnících podmínkách existence zdravotnických zařízení?**

Albertinum je ústav, s nímž je spojeno mnoho postav novodobých dějin lékařství na území bývalého Československa. Tuto tradici si nejen připomínáme, ale snažíme se v duchu našich předchůdců pracovat na vysoké odborné úrovni a v odpovídajícím prostředí přesto, že se realizace našich požadavků a některých projektů či úprav směřujících k modernizaci mnohdy zpožďuje o celá léta. Nemocní, jejich blízcí a veřejnost to vidí a oceňují naše úsilí. Nikdo nezpochybňuje důležitost odborné péče, kterou ústav poskytuje v rámci dnešních rozsáhlých služeb obyvatelstvu velké východočeské oblasti. Proto nám v posledních letech uvolňuje Pardubický kraj, náš současný zřizovatel, milionové prostředky na investiční akce a dotace k řešení naléhavých problémů. Oplácíme to kvalitní péčí o pacienty s chronickými nemocemi, přičemž je naší ambicí zajistit ji co největšímu počtu nemocných bez čekacích lhůt. A přestože je péče o pacienty s akutními onemocněními nebo o ambulantní nemocné pro nás jen doplňkovou činností, zajišťujeme ji s vědomím, že je nezbytná a často nezastupitelná.

*Otázky kladl Juraj Szántó*



Foto z archivu MUDr. Jiřího Jirěse

**OLÚ Albertinum**  
Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk  
<http://www.albertinum-olu.cz>

Jiří Jireš

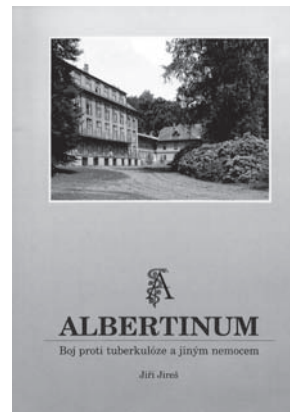
## ALBERTINUM Boj proti tuberkulóze a jiným nemocem

Publikaci, vydanou ke 100. výročí vzniku ústavu, uvádí předmluva hejtmana Pardubického kraje (který je jeho současným zřizovatelem) a ředitele, jenž je jejím autorem spolu se svou chotí, která mu byla při tvorbě díla odbornou konzultantkou. Úvodní část je věnována historii vývoje poznávání tuberkulózy a boje proti ní v Evropě a zvláště v zemích Koruny české – až po založení Albertina.

Vývoj ústavu je popsán a bohatě dokumentován ve třech detailně rozpracovaných etapách: v prvních dvou jde ještě o plicní léčebnu, ve třetí již o odborný léčebný ústav s dnešním víceoborovým zaměřením, jehož základem byl kurz nastoupený v roce 1990. Na vzniku a rozvoji sanatoria v Žamberku se přímo či nepřímo podílela řada významných osobností; těm, kteří ho vedli, věnoval autor ve svém textu samostatný medailónek a zařadil do něj i několik osobních vzpomínek jeho někdejších pracovníků.

Knížku nejen ilustrují, ale také významně obohacují reprodukce archivních listin, ukázek v ústavu používaných zobrazovacích metod, zápisy hostů z ciziny v pamětní knize atd. V její příloze najdeme přehled ředitelů a správců léčebny od jejího vzniku až do dnešní doby a také seznam zaměstnanců a jejich profesní zařazení podle dnešního rozdělení pracovišť. Celkově ji lze hodnotit jako vzácný přínos k dějinám oboru i zdravotnictví v regionu a v republice.

ECC Servis s. r. o. a OLÚ Albertinum, 2005, ISBN 89-86857-03-4, formát A5, brož., 115 stran.



## zpráva

### Granty ČSAKI

Česká společnost alergologie a klinické imunologie vypisuje soutěž o granty na podporu aktivní účasti na kongresu EAACI ve Vídni ve dnech 10.–14. 6. 2006. Jedná se o příspěvek neúspěšným žadatelům o cestovní grant vypsany EAACI (<http://www.congrex.com/eaaci2006/travelgrants.html>).

Výše příspěvku činí 15 000 Kč – je určen k úhradě dopravy, ubytování a registračního poplatku (250 Euro).

Podmínkou pro přijetí žádosti o grant je členství v ČSAKI, věk do 35 let a členství v EAACI (junior membership je zdarma: <http://www.eaaci.org/member.html>).

Žadatelé podají přihlášku o cestovní grant EAACI se všemi náležitostmi a současně odešlou abstrakt své aktivní prezentace na adresu: [panzner@fnplzen.cz](mailto:panzner@fnplzen.cz). Konečný termín pro přihlášení je 18. 1. 2006. Potvrzení o přijetí žádosti bude zasláno obratem zpět.

Přibližně v březnu 2006 budou k dispozici výsledky výběrového řízení EAACI. Vybraní neúspěšní žadatelé budou poté moci uhradit kongresový poplatek z grantu ČSAKI.

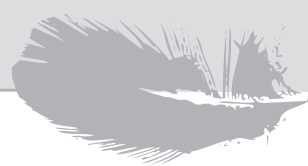
Bližší informace na <http://www.congrex.com/eaaci2006/> a <http://www.csaki.cz>.

(kviz)



**POMOCNÍK** alergologa a klinického imunologa  
[http://www.geum.org/pa\\_zakli.htm](http://www.geum.org/pa_zakli.htm)





**S doc. MUDr. Petrem Pohunkem, CSc.**

## O evropském kongresu dětských pneumologů a alergologů v Praze

Po čtyřech letech od úspěšného světového kongresu dětské alergologie, imunologie a pneumologie (IPRAC 2001) se ve dnech 12. až 15. listopadu opět v Praze sešli pediatri zabývající se respirační problematikou, alergickými nemocemi a imunologií. Setkání v pražském Kongresovém centru připravila z pověření dvou evropských odborných společností – Paediatric Assembly of the European Respiratory Society (PA ERS) a Section on Paediatrics of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology (SP EAACI) – Česká iniciativa pro astma. O podrobnostech jsme hovořili s doc. MUDr. Petrem Pohunkem, CSc., vedoucím pracovní skupiny pro dětskou pneumologii České pediatrické společnosti, jenž byl předsedou mezinárodního organizačního výboru, hlavním koordinátorem programu a duší celého tohoto setkání.

Bezprostředně před kongresem jste uspořádali akci, která navázala na dřívější úzkou spolupráci lékařů vašeho oboru z obou zemí, které tvořily bývalé Československo. Čím byla pozoruhodná a jaký byl její přínos?

Šlo o česko-slovenský postgraduální kurs dětské pneumologie, který organizovala pracovní skupina pro dětskou pneumologii při České pediatrické společnosti ČLS JEP společně s takto specializovanými slovenskými kolegy. Zúčastnilo se ho téměř padesát lékařů, kteří projevíli o přednesená témata značný zájem, což se odrazilo v jejich diskusní aktivitě. Školiteli byli lékaři s bohatými zkušenostmi v oboru – doc. MUDr. Martin Brezina, CSc., MUDr. Petr Čáp, Ph.D., doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., doc. MUDr. Petr Pohunek, CSc., MUDr. František Strmiska, Ph.D., a doc. MUDr. František Kopriva, Ph.D. Přednášky se zabývaly možnostmi neinvazivního monitorování zánětu u astmatu, problémy diagnostiky dětských spánkových respiračních poruch a možnostmi a indikacemi dětské diagnostické flexibilní bronchoskopie. Účastníci se seznámili také s praktickým použitím flexibilního bronchoskopu na modelech. Významným přínosem tohoto kursu bylo rovněž znovunavázání odborné komunikace v oboru dětské pneumologie, kterou jsme kdysi se slovenskými kolegy začínali tvořit společně. Potěšující je i shoda v tom, že tato forma spolupráce by měla pokračovat také v příštích letech.

### Jak byl členěn program vlastního kongresu?

Odborný program kongresu se plně rozběhl v neděli 13. listopadu dopoledne plenární sekcí na téma dětského astmatu. V úvodní přednášce Fernando Martinez ze Spojených států uvedl nejnovější

data o slavné, dlouho sledované kohortě dětí v Arizoně a poukázal na podstatné vztahy genetiky, prostředí a časových souvislostí senzibilizace a význam všech těchto faktorů pro prognózu alergie a astmatu.

Susanne Lau z Německa probrala nejnovější poznatky, které souvisejí s tzv. hygienickou hypotézou. Upozornila na to, že situace kolem široce obviňovaného endotoxinu není zdaleka tak jednoduchá a přímočará. Endotoxin má jistě protektivní vlastnosti, ale některé studie vůbec neprokázaly souvislost. Jorrit Gerritsen z Holandska uvedl, že podle některých studií již prevalence astmatu nestoupá, ale z některých oblastí světa je stále hlášen vzestup. Na závěr první plenární sekce vystoupila Karin Lødrup Carlsen z Norska, která se zabývala zejména rizikovými faktory u časného dětského astmatu.

V paralelních sekcích, které probíhaly téhož dne, se podrobně diskutovala problematika rizikových novorozenců s chronickou plicní nemocí, urgentní situace při anafylaktické reakci a souvislost tabákového kouře s dětskými respiračními onemocněními, přičemž byla zvlášť velká pozornost věnována prevenci, s poukazem na nebezpečný vliv soustavné propagace kouření ve sdělovacích prostředcích a v kinematografii. Tématem polední plenární sekce, nazvané

Early Allergy Diagnosis Event, byl význam časné detekce alergie v primární praxi. Byla to příležitost, abychom účastníkům představili českou verzi brožury EAACI *Is it Allergy?*, určené praktickým lékařům.

I v odpoledních paralelních sekcích se hovořilo o praktických možnostech vyšetřování alergické senzibilizace včetně potravinových provokačních testů. Značnou pozornost vzbudila sekce o no-



Foto z archivu doc. MUDr. Petra Pohunka, CSc.



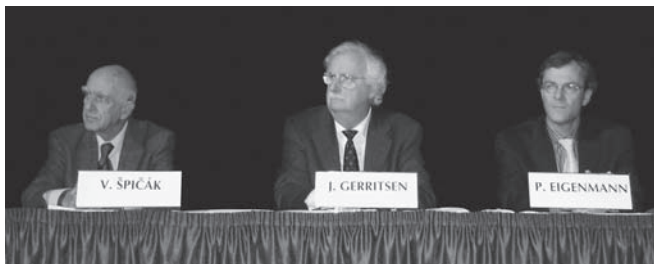


Foto z archivu doc. MUDr. Petra Pohunka, CSc.

**Obr. 1:** Předsedové pořadajících společností – prof. Václav Špičák, Česká iniciativa pro astma, prof. Jorrit Gerritsen, Paediatric Assembly Evropské respirační společnosti, prof. Philippe Eigenmann, Pediatrická sekce Evropské akademie alergologie a klinické imunologie.

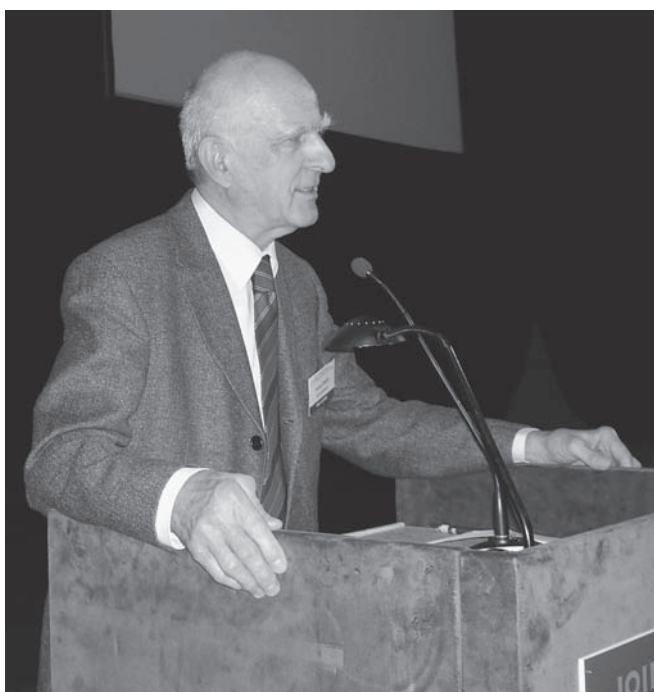


Foto z archivu doc. MUDr. Petra Pohunka, CSc.

**Obr. 2:** Profesor Špičák při zahájení kongresu 12. listopadu 2005.

vých metodikách zobrazování v pneumologii (multidetektorové CT, ultrazvuk, magnetická rezonance).

**To tedy byla opravdu plně pracovní neděle... Neměl jste pocit, že to třeba některým účastníkům vadilo?**

Naopak. A to nebyl jen můj osobní dojem, ale skutečnost – účast na jednotlivých sekcích byla od první plenární sekce v sobotu do poslední odpolední paralelní sekce v úterý vysoká bez ohledu na dny pracovního klidu. To připisuji upřímnému zájmu dětských pneumologů a alergologů o nastolené otázky. V pondělí pokračoval kongres ranním plenárním zasedáním, na kterém němečtí a švédští lékaři Michael Kabesch, Magnus Wickman, Susanne Lau a Bengt Björkstén hovořili o prevenci alergických stavů, vztazích genetiky a prostředí, sledování kohort dětí narozených napříč Evropou a imunomodulačních mikroorganismech se zaměřením na střevní flóru.

V paralelních sekcích se v pondělí mluvilo hlavně o imunoterapii alergemem, anti-IgE, o primární ciliární dyskinezi, o alergickém dítěti ve škole a řešení akutních stavů v jejím prostředí, ale také o dětské tuberkulóze a rezistenci na léčbu a alergii nezprostředkované IgE. Polední plenární sekce se zabývala současnými doporučenými postupy pro péči o dětské astma a potřebou jejich inovace.

**Přednášky posledního dne kongresů již nebývají sledovány s příliš velkou pozorností...**

O tomto bych to netvrdil. V plenární sekci třetího dne John O. Warner z Velké Británie, Ulrich Wahn z Německa, Ernst Eber z Rakouska a Jan Kimpen z Holandska rekapitulovali minulý rok v oblastech alergie, astmatu, cystické fibrózy a respiračních infekcí. V paralelních sekcích byla podrobně probírána další témata – potravinová alergie, atopická dermatitida, intersticiální plicní procesy, infekce dolních cest dýchacích a problematika adolescentů. Zajímavé a také velmi diskutované byly příchozí přihlášené přednášky a postery, které šly opět v duchu celého kongresu napříč celým spektrem alergií a respiračních nemocí.

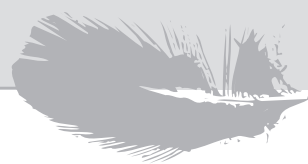
**Jak hodnotili kongres jeho účastníci a co pro vás znamená z hlediska budoucnosti?**

Všichni, s nimiž jsem mluvil, hodnotili kongres velmi pozitivně a bylo vidět, že odborná témata skutečně přitáhla pozornost většiny přihlášených. Řada alergologů uvítala možnost získat odborné informace z oboru dětské pneumologie a naopak. Potěšující bylo, že i renomované pozvané řečníky bylo možné vídat jako posluchače na ostatních přednáškách. Také v řadě dopisů, které dostáváme po kongresu, většina pozvaných světových odborníků oceňuje strukturu i náplň programu a jejich pozitivní ohlasy vůbec neznějí jen formálně zdvořile. Těší nás i to, že se na kongresu podařilo zajistit významnou účast našich lékařů – vždyť jedním z důvodů, proč se takové náročné akce pořádají, je možnost přivést k nám špičkové odborníky a přednášející, které naši lékaři jinak v takové sestavě mají možnost slyšet jen zřídka. Zájem a pozitivní odezva účastníků kongresu vedla obě pořadající odborné společnosti k rozhodnutí opakovat tento *Joint Meeting* nikoliv ve tříletých, ale ve dvouletých intervalech na různých místech Evropy, což je i pro nás výzvou k dalšímu prohlubování odborné vědecké a publikační aktivity.

Za velmi významné považuji, že PA ERS a SP EAACI se právě na tomto pražském kongresu v průběhu závěrečného ceremoniálu přihlásily k podpoře aktivity University of California San Francisco zaměřené na vymýcení tabákové reklamy z hraných filmů, kde její výskyt významně stoupá. Je přitom jednoznačně prokázán vliv takové reklamy na zahájení kouření u mládeže – jak se můžete přesvědčit na internetové stránce [www.smokefreemovies.ucsf.edu](http://www.smokefreemovies.ucsf.edu).

Rozmlouval Juraj Szántó

**Kontakt:**  
 Doc. MUDr. Petr Pohunek, CSc.  
 2. dětská klinika FN Motol a 2. LF UK  
 V Úvalu 84  
 150 18 Praha 5  
 E-mail: [petr.pohunek@lfmotol.cuni.cz](mailto:petr.pohunek@lfmotol.cuni.cz)



## Nemoci v životě Emila Holuba

Milena Secká, Juraj Szántó

*Kolem života a nemocí MUDr. Emila Holuba se udržuje řada fám a nejasností, mezi často formulované otázky patří i to, zda trpěl onemocněním plic, či zda bečuánské děvče, které přivezl do Prahy, zemřelo na tuberkulózu.*

### Z rodinné a osobní anamnézy

František Holub, cestovatelův otec, narozený v roce 1809, pocházel z rodu štáhlavských truhlářů a první porušil tradici – nevyučil se tomuto řemeslu, ale vystudoval medicínu a brzy po promoci se oženil s dcerou pražského měšťana Berta Annou. Stal se městským lékařem v Holicích, kde se manželům narodil syn Emilián Karel Jan. Malý Emil si prý již v útlém dětském věku listoval v knížce s obrázky černochů. Jako žák obecné školy měl zálibu v cestopisech a také později se snažil alespoň dostupnou četbou poznávat vzdálené země, bohatství jejich přírody a ze všeho nejvíce lidi žijící v tajemné Africe.

Kdoví, kdy v něm uzrálo rozhodnutí, že se stane badatelem a cestovatelem. Pokládal to za své životní poslání, na něž se cílevědomě připravoval během gymnaziálního i univerzitního studia. Na toulkách přírodou s otcem i sám rozšiřoval svůj obzor, sbíral hmyz, rostliny, zkameněliny a předměty vytvořené člověkem dávných dob. Svoji „kořist“ doma preparoval, třídil a ukládal; když maturoval, jeho sbírky představovaly úctyhodných sedm tisíc šest set systematicky uspořádaných exponátů.

### Proč se rozhodl pro studium medicíny

Abiturient gymnázia Emil Holub byl již dlouho přesvědčen, že musí studovat lékařství. Od této profesní volby si sliboval, že mu výkon lékařského povolání umožní uskutečnit jeho dávnou touhu – následovat svůj obdivovaný vzor, skotského misionáře a také lékaře, Davida Livingstona. Na lékařské fakultě pražské univerzity začal studovat na podzim 1866, na doktora medicíny byl promován v únoru 1872. Během let svých studií se pilně připravoval i na roli cestovatele, badatele a sběratele. Nikdy se netažil tímto svým celoživotním zaměřením. 20 let po promoci, na II. sjezdu českých lékařů a přírodopytců, shrnul své životní krédo a zkušenosti v přednášce „o důležitosti stavu lékařského v krajích zámořských a jeho vlivu na národní hospodářství ve vlasti a říši“, z níž citujeme:

*„Lékař jest v krajinách zámořských u osadníků i domorodců ve veliké vážnosti. Zejména mezi nevdělanými domorodci se pokládá za osobu vysoko postavenou, často i nad pohlavára.*



Růžena a Emil Holubovi

*U nich jest lékař čarodějem a vládcem tajných přírodních sil; před ním mají úctu a bázeň. Jemu jest snáze, jako lékař, konati všeliká důležitá pozorování a vědecká studia, který má nadto stále příležitost viděti zblízka tělo domorodce, vyšetřuje-li jeho chorobu, což jest veliké důležitosti pro studia antropologicko-anatomická. Lékaři jest i dále možno rozhlédnouti se po skrovné, primitivní domácnosti domorodcově, seznati jeho život rodinný, jeho nářadí, nástroje aj. a to je zase před důležitá okolnost pro studium národopisné. Vzhledem k rozmanitým místním poměrům krajů tropických, nucen jest lékař přizpůsobiti jim své vědomosti, čímž nabývá podkladu pro důležitá srovnávací studia, takže zví o hojnějších nebo řídkých případech některých nemocí, než bývá v pásech kromobratníkových nebo pozná, že se některé choroby vůbec v krajích těch nevyskytují, a naopak, shledá mnohé choroby, jež v otčině jeho jsou neznámy; takové poznatky pak stávají se pro vědu nadmíru zajímavými, nabádajíc ku prozkumu, kde jest původ těchto odchylek. Příčiny dlužno hledat v poměrech klimatických, ve zvláštlostech tamějšího živočišstva a rostlinstva a v jiných poměrech sociálních. Přechasto pohřešuje lékař v tropech potřebných léků, jakož i nástrojů chirurgických, čímž bývá nucen pomáhati si jak tak jiným způsobem. Zkušenosti takto nabyté často se skvěle osvědčí a lékař bývá s to, aby poskytl rady výpravám vědeckým, které mívají podobné potíže s lékařským výstrojem.“*

### Ars medicí

Medicínské znalosti doktora Holuba nebyly zpochybňovány ani jeho oponenty, i když lze některé jeho přístupy, zejména k vlastnímu zdraví, hodnotit spíše záporně. Svědomitá univerzitní příprava a praxe lékaře diamantových polí (v některých obdobích jeho pobytu v Africe) ho nutila zdokonalit se v lékařském umění. To pokračovalo, když vyčerpal peněžní prostředky z podpor posílaných mu z domova i ze světa a musel vydělat na potraviny, léky a jiné potře-



by na své cesty, na krytí výdajů za odesílání beden se sbírkami do vlasti a také našetřit na návrat domů.

Zkušenosti a praktické dovednosti však uplatnil i při navazování styků s domorodými obyvateli. Léčil jejich nemoci a rány, ale nepřátelské Mašukulumby se mu nepodařilo získat ani z pozice lékaře. Nezištně jednajícího Holuba nejednou okradli o všechno, včetně léků.

*„První dobu cítil jsem se svou přehojnou praxí unaveným. Nyní hledám v ní svou útěchu. Nevděčnost lidská atd. mně více trudí mysl a přeče pouze v praxi útěchu nalézám, raduje se z toho, když mi lze život zachovat,“* píše Holub v jednom ze svých dopisů. *„Nelékařím, abych zbohatl; když lékař zde pouze co lékař funguje, zbohatne, ale když lékař zde nezapomene, že má být bratrem člověčenstva, nepodá mu to tak hojně materiální odměny jak zmíněno.“*

Léčení se MUDr. Emil Holub v Africe věnoval nejvíce (téměř pět let) při své sedm let trvající první cestě.

### Co vypovídá deník Josefy Náprstkové

Cestovatele Holuba trápily různé neduhy a bolesti, tuberkulóza však rozhodně nepatřila k „jeho“ nemocem. Plicním onemocněním, i když jiné povahy, netrpěl on, nýbrž jeho otec. Na jeho diagnózu poukazuje zmínka v deníku Josefy Náprstkové, uloženém v archivu muzea, kde si ve Vzpomínkách 1890–1894 s časovým údajem Podzim 1892 mj. zapsala:

*„Právě teď přijel Dr. Holub a pravil, že ... šetří na pomník starého p. Dr. Holuba, který jest pochován v Peruci; rád by převezl starého pána na Vyšehrad, a však starý pán zemřel na raka; p. Dr. Holub je přesvědčen, že rak jest nakažlivý a by nechtěl vzít na se zodpovědnost, aby ten prach z mrtvoly někdo do sebe nadýchal a tím pak by nákaza přeshla na více pokolení; těž prý Prof. Weiss se nakazil a zemřel na raka.“*

Zda o tom byl medicínsky vzdělaný Holub opravdu přesvědčen, nelze vyčíst ze žádných jeho vlastních záznamů.

### Bella a její onemocnění

Tu holčičku přivezl dr. Emil Holub do Čech na podzim v roce 1878, když se na parníku German z Kapského města vrátil do Evropy. Bella byla polosirotkem, po úmrtí matky o ni pečoval otec, jenž se živil těžbou a zpracováním diamantů u Kimberley na severový-

chodě Kapska. Nedokázal udat věk své dcerky. Přibližně šestiletá začala sloužit v rodině anglických přistěhovalců.

V útulném prostředí české rodiny se brzy cítila mezi svými a snadno se přizpůsobovala. Veřejnost pochopitelně s velkým zájmem sledovala, jak žije malá černoška v Praze a jak se jí vede. Proto se také jejím onemocněním zabýval tisk, z něhož lze vyčíst, že vůbec nešlo o tuberkulózu. Např. v listě České noviny (č. 62 ze dne 13. března 1880) čteme: *„Roznemohla se osmiletá Bečuánka Bella velmi povážlivě neštovicemi...“* Z novinové zprávy se dovídáme, že byla pokřtěna ještě jmény Karolina Berta Marie Františka Josefa. Svědomitá léčba v Divizní nemocnici ji uzdravila a vrátila do péče jejích ochránců.

Pro domněnku, že trpěla tuberkulózou, na niž zemřela, není žádných podkladů a důkazů; tato nemoc u ní diagnostikována nebyla.

### Nemoc a smrt cestovatele

RNDr. Jiří Baum, rovněž cestovatel a badatel, popisuje ve své knížce Holub a Mašukulumbové (vyšla v polovině padesátých let 20. století) mj. příhodu, kdy se záchvatem malárie trpící dr. Holub plavil s výpravou proti proudu řeky Zambezi a bezmocně přihlížel, jak se jeden ze člunů s cenným nákladem zásob, léků a cestovních deníků převrtil a potopil. Malárie, o níž byl přesvědčen, že ji působí hnilíčí látky v tropických vodách, z něj učinila trosku. Proto se nechránil moskytovou sítí proti komárům, o nichž se už tušilo, že jsou přenašeči této nemoci. Dále pak autor uvádí, jak se lékaři-cestovateli tato lehkomyšlnost vymstila:

*„Plasmodia malarie jsou ošemetná „zvířátka“: čekají jen na příležitost, až malarik podlehne nastuzení nebo velké námaze, aby se mohla vrhnout na jeho krvinky a započít své ničivé dílo. U Holuba, ploužícího se za ostatními močálem, nastalo osudného večera snad obojí. Pojednou jím lomcovala horečka a cítil se slab jako nikdy předtím. Podal manželce pušky, jež nesl, aby je dopravila k nejbližší stavbě termitů, jedinému suchému místu v tomto kraji močálů. Pak se zhroutil. Když se paní Holubová vrátila, ležel opět ve vodě; s námahou jej dovedla s pomocí Mužemaniho ke stavbě termitů. Zde se Holub opět zhroutil.“*

Nakažlivá nemoc, kterou si přivezl z Afriky, a její následky spolu s jinými nepříznivými okolnostmi (zejména tísnivou finanční situací) ho přinutily vzdát se dalších smělých projektů. Namísto nových výprav za poznáním pořádal výstavy ze svých sbírek, přednášel a publikoval doma i v zahraničí.

Podle česky a německy psaných nekrologů otištěných v novinách byl na konci života u Emila Holuba diagnostikován také zánět plic považovaný za pozdní komplikaci relapsů malárie. Ze soudobého tisku vyjímáme věty o dramatickém konci jeho života:

*„Nosil již s sebou smrt, avšak málo kdo to pozoroval, on sám nestěžoval si nikomu“* nebo: *„Významné je, že největší lékařské autority s chorobou dra Holuba nevěděly si rady“* a rozvedené až do podrobnosti: *„Plných šest měsíců vzdoroval jeho organismus zákeřné nemoci. V posledních dvou měsících byl v lékařských kruzích pokládán za ztracena. Malárie stáhla ho na jeho druhé cestě v Kapském městě, s níž se od této chvíle vlekl. Celé jeho tělo bylo ranami a oteklými poseto. I oči míval tolik zalité, že je někdy po celé dny nemohl otevřít. Polepšení bylo jen zdánlivé, naděje na uzdravení byla klamná. Nemoc pronikla k ledvinám, z čeho se vyvinula urémie. V této době bývaly bolesti nejkřutější. Dlouholetý jeho přítel dr. Kohn, nejhledanější lékař ve Vídni, navštěvoval dra Holuba dvakrát denně.“*



Matoocká vesnice Amare.

Již zmíněný dr. Baum po půl století ve své publikaci takto shrnul poznatky o nemocech, jimiž trpěl jeho dávný předchůdce:

„Když Holub zemřel dne 21. února 1902, teprve čtyřiapadesátiletý, byla za hlavní příčinu jeho předčasně smrti považována malárie. Býval jí na cestách často sužován; a není divu, protože nespal pod moskytovou sítí a chininu užíval teprve, když se dostavily záchvaty. Zanedbával tedy dva hlavní body obrany proti malarii, tak jak je dnešní lékařská věda předpisuje.

Malarii připisoval Holub vznik ischiasu a interkostální neuralgie, jež mu působily velké bolesti. Také pharyngitida ho trápila. Podobně považoval malarii za původce úporného střevního kataru, kterým trpěl až do konce života; ale to snad byla spíše chronická tropická dysenterie. Hodně trpěl revmatismem, což nás neudiví při drsném životě, jež vedl. Ani srdce neměl v pořádku, a to již na počátku své velké cesty, a trampoty, které musel snášet, byly mu proto dvojnásob utrpením. Na sklonku života přidružila se k tomu ještě flegmona, hnisavý zánět vazivových tkání těla. Trpěl bolestmi v prsou a křečemi žaludku a poslední jeho chvíle byly ztrpčeny krutými bolestmi.“

### Zdraví a nemoci paní Růženy

O Holubově osobnosti nelze mluvit bez ocenění a uznání zásluh jeho manželky, která mu byla nejen celoživotní oporou, ale také věrnou družkou na cestách necestách palmovými lesy a močály. Když se v roce 1879 ve Vídni po návratu z první expedice při umístování části svých sbírek seznámil s patnáctiletou dcerou správce státních budov, netušil ve své budoucí ženě tak zdatnou a statečnou družku, jakou se ukázala být. Druhá africká cesta byla již jejich svatební cestou neslýchané délky a trvání, plnou společných zážitků, dobrodružství i útrap.

Paní Růženka zpočátku překypovala zdravím a dobře snášela strasti cestování a těžkých pochodů, za den zdolala i 30 km namáhavé cesty. Jediná žena ve výpravě, kterou tvořili muži bílé a černé pleti, dennodenně osvědčovala svoji odvahu, houževnatost, praktické dovednosti a vzdělání. Uměla stahovat ptačí kůžky, vycpávala ptáky i savce. Zvládla i kaferštinu a dobrou znalostí tohoto jazyka se uplatnila také jako tlumočnice karavanu a úředníků.

V kritických situacích samostatně a pohotově řešila naléhavé problémy, vždy připravena poskytnout první pomoc nebo i trvalou péči kterémukoliv poraněnému, nemocnému nebo umírajícímu členu výpravy. Přišla však doba, kdy také organismus této zdravé ženy podlehl nákaze malárie, ležela v horečkách a byla odkázána na péči manžela a jeho druhů.

Když dr. Baum psal o svém předchůdci, většinou se neopomenul zmínit o paní Růženě:

„Holub byl týrán především malárií, k níž se přidružovaly tak strašné bolesti hlavy, že se mu zdálo, že přijde o rozum... Jeho manželka nějaký čas trpěla malárií do té míry, že ztrácel naději, že ji dopraví domů živou.“

Životní vyhlídky Emila Holuba se po návratu domů dále zhoršily, což podstatně ovlivnilo i její další život. Citujeme ze stati A. Mastné-Kahligové Růžena Holubová – žena a spolupracovnice: „Nebylo jí více než 28 let, když byla lékaři zpravena o tom, že je jen otázkou času, kdy manžel v nerovném boji s chorobami podlehne. Krásná, zdravá, plná života a energie byla si vědoma, že je svázána s nemocným, chudým – byť slavným cestovatelem bez nejmenších vyhlídek do budoucnosti, naopak: s vyhlídkou do bída...“

### Čím Holub obohatil vědu

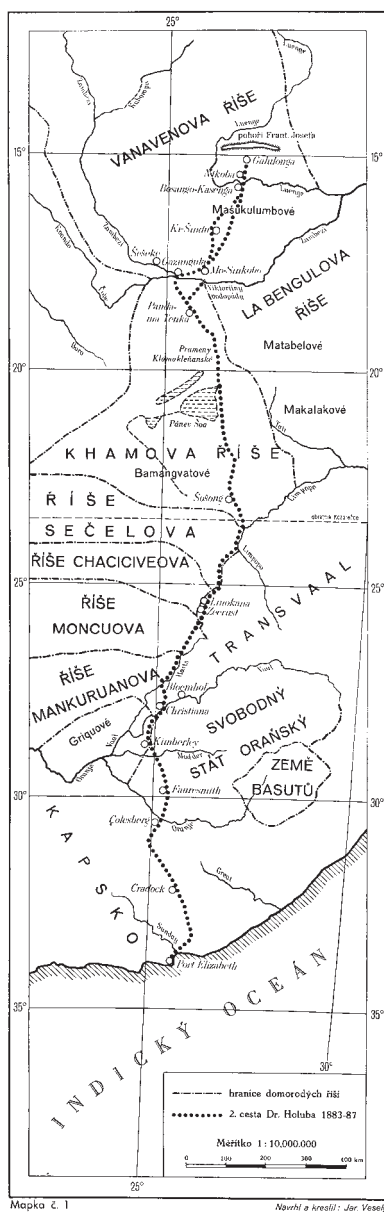
Lékařskou vědu snad jen okrajově, a to svými poznatky o antropologicko-anatomických zvláštnostech různých černošských kmenů, které mohl studovat v jejich vlastním prostředí, a zkušenostmi s léčbou některých chorob domorodého obyvatelstva, které získal během svého působení v roli lékaře diamantových polí. Jeho přínos spočívá vedle vytvoření cestopisného díla, které bylo přeloženo do mnoha světových jazyků, v neocenitelném bohatství objevů, nálezů, popisů, kreseb, preparátů, úlůvků a pojednání, jimiž nesporně přispěl k rozvoji etnologie, zoologie, ornitologie, botaniky, ale také geografie, geologie a paleontologie i dalších oborů.

Čtenáře, v nichž se nám tímto článkem podařilo vzbudit hlubší zájem o přínos MUDr. Emila Holuba, odkazujeme na jeho vlastní cestopisy a na publikace autorů, kteří se zabývali jeho osobností a dílem.

### Prameny:

Archivní fondy Náprstkovy muzea  
Dlouhý, J. et al. Dr. Emil Holub africký cestovatel. Praha: Edice Náprstkovy muzea, 1947.

Baum, J. Holub a Mašukulumbové. Kapitoly o největším českém cestovateli. Praha: Nakladatelství ČSAV, 1955.



Mapka č. 1

Naučil a kreslil: Jar. Veselý

Repro Baum, J. Holub a Mašukulumbové.

### Kontakt:

PhDr. Milena Secká, CSc.

E-mail: bibl.npm@aconet.cz

MUDr. Juraj Szántó

E-mail: szanto@geum.org



# KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 1 ROČNÍK 1 2004

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 2 ROČNÍK 1 2004

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 1 ROČNÍK 2 2005

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 2 ROČNÍK 2 2005

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 3 ROČNÍK 2 2005

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

KAZUISTIKY  
V PNEUMOLOGII

ISSN 1214-6404



ČÍSLO 4 ROČNÍK 2 2005

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

ROČNÍKOVÉ RESUMÉ

2004 a 2005

[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)



# Obsah ročníkového resumé



Rejstřík autorů ..... 41

Rejstřík klíčových slov ..... 42



Key words list ..... 43

Kazuistiky – rejstřík názvů ..... 44

Aktuality z klinických studií ..... 44

Funkční vyšetření plic ..... 44



Case histories – name list ..... 45

Rarita ..... 45

Zprávy ..... 46



Osobnosti ..... 46

Rozhovory ..... 46

Redakční recenze ..... 47

Kazuistiky v pneumologii 1/2004 ..... 53



Kazuistiky v pneumologii 2/2004 ..... 56

Kazuistiky v pneumologii 1/2005 ..... 59

Kazuistiky v pneumologii 2/2005 ..... 62



Kazuistiky v pneumologii 3/2005 ..... 65

Kazuistiky v pneumologii 4/2005 ..... 68



**KAZUISTIKY**  
V PNEUMOLOGII

## Rejstřík autorů

KP= Kazuistiky v pneumologii

- Anton Jan • KP 1, č. 1: 21–25, 2004; KP 1, č. 2: 19–24, 2004; KP 2, č. 2: 8–10, 2005
- Aschermann Michael • KP 1, č. 1: 8–11, 2004; KP 2, č. 3: 21–24, 2005; KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Balák Jan • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- Bartoň Pavel • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- Bartůňková Jiřina • KP 2, č. 1: 32–34, 2005
- Bohuš Peter • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Boor Andrej • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Bouček Petr • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- Buchancová Jana • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- Čavarga Ivan • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Dobiášová Věra • KP 2, č. 2: 37–38, 2005
- Dorazilová Vlasta • KP 1, č. 2: 14–18, 2004
- Drajna Martin • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- Dudříková Katarína • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Edrisová Alice • KP 1, č. 1: 12–14, 2004; KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- Endrys Jiří • KP 1, č. 1: 8–11, 2004
- Erban Jiří • KP 2, č. 2: 44–45, 2005
- Feciskanin Peter • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Feketeová Eva • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- Fidlerová Markéta • KP 2, č. 2: 34–35, 2005; KP 2, č. 3: 31–34, 2005
- Fila Libor • KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- Filipová Petra • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- Fišerová Jarmila • KP 1, č. 2: 50, 2004; KP 2, č. 2: 31–33, 2005; KP 2, č. 4: 21–22, 2005
- Gregora Evžen • KP 1, č. 1: 30–32, 2004
- Hassmanová Valerie • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- Hobzová Milada • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- Horák Jan • KP 1, č. 1: 8–11, 2004; KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Hradec Jiří • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- Hricíková Ivana • KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- Hugo Jan • KP 2, č. 2: 34–35, 2005; KP 2, č. 3: 31–34, 2005; KP 2, č. 3: 38, 2005
- Huťka Zdeno • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- Hytych Vladislav • KP 1, č. 2: 14–18, 2004; KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- Chlumský Jan • KP 1, č. 1: 48, 2004; KP 1, č. 2: 37–38, 2004; KP 1, č. 2: 52, 2004; KP 2, č. 1: 44, 2005; KP 2, č. 2: 48, 2005; KP 2, č. 3: 17–18, 2005; KP 2, č. 3: 40, 2005
- Chudáček Zdeněk • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- Jansa Pavel • KP 1, č. 1: 8–11, 2004; KP 2, č. 3: 21–24, 2005; KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Jenča Andrej • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Jenšovský Viktor • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- Jireš Jiří • KP 2, č. 4: 30–31, 2005
- Joppa Pavol • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Jůzlová Helena • KP 1, č. 1: 39–40, 2004
- Kalvach Zdeněk • KP 2, č. 1: 36–37, 2005
- Kandus Jiří • KP 2, č. 4: 26–27, 2005
- Kašák Viktor • KP 2, č. 4: 28–29, 2005
- Kašpar Petr • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- Kavečanský Vojtech • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Kerekes Zoltán • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- Kizek Peter • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Klimentová Gabriela • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- Kolek Vítězslav • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- Kos Stanislav • KP 2, č. 3: 35–36, 2005
- Koukolík František • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- Koza Vladimír • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- Králíková Eva • KP 2, č. 2: 39–40, 2005; KP 2, č. 2: 41, 2005; KP 2, č. 4: 23–24, 2005
- Křepela Karel • KP 2, č. 1: 4–8, 2005; KP 2, č. 1: 38, 2005; KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- Kříž Radko • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- Kurča Egon • KP 1, č. 2: 4–9, 2004
- Lázníčka Jiří • KP 2, č. 3: 39, 2005
- Lindner Jaroslav • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- Linhart Aleš • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- Longin Pavel • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- Marek Josef • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- Mayer Eckhard • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- Musil Jaromír • KP 2, č. 2: 11–14, 2005; KP 2, č. 2: 42–43, 2005
- Paleček Tomáš • KP 2, č. 3: 21–24, 2005; KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Panzner Petr • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- Pavlová Pavla • KP 1, č. 2: 39–42, 2004
- Pejšová Eva • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- Perná Zuzana • KP 1, č. 2: 28–31, 2004; KP 2, č. 1: 16–19, 2005
- Petřík František • KP 1, č. 1: 30–32, 2004; KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- Plank Lukáš • KP 1, č. 1: 16–20, 2004; KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Pohl Jindřich • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- Pohunek Petr • KP 2, č. 4: 33–34, 2005
- Poláček Hubert • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Rozborilová Eva • KP 1, č. 1: 16–20, 2004; KP 1, č. 2: 4–9, 2004; KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Sadloň Jaroslav • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- Secká Milena • KP 2, č. 4: 35–37, 2005
- Sládková Helena • KP 1, č. 1: 8–11, 2004
- Sobotka Přemysl • KP 2, č. 4: 25, 2005
- Straková Jana • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Strapko Peter • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Suchánek Jindřich • KP 1, č. 2: 43–45, 2004
- Szaboová Edita • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- Szántó Juraj • KP 1, č. 1: 35–38, 2004; KP 1, č. 2: 36, 2004; KP 2, č. 4: 35–37, 2005
- Šafránková Martina • KP 1, č. 2: 14–18, 2004
- Šimek Stanislav • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Škvařilová Marcela • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Špičák Václav • KP 1, č. 2: 46–47, 2004; KP 2, č. 1: 35, 2005
- Špitálníková Sylvie • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- Štubňa Ján • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Tamášová Mária • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- Teřl Milan • KP 1, č. 1: 4–7, 2004; KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- Thuroczyová Dagmar • KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- Tkáčová Ružena • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Tošovský Jan • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- Trefný Martin • KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- Vašáková Martina • KP 1, č. 1: 12–14, 2004; KP 1, č. 1: 27–29, 2004; KP 1, č. 1: 33, 2004; KP 1, č. 2: 10–13, 2004; KP 1, č. 2: 25, 2004; KP 1, č. 2: 28–31, 2004; KP 2, č. 1: 16–19, 2005; KP 2, č. 1: 29, 2005; KP 2, č. 2: 18, 2005; KP 2, č. 3: 16, 2005; KP 2, č. 3: 28–30, 2005; KP 2, č. 4: 20, 2005
- Vernerová Eva • KP 2, č. 1: 32–34, 2005
- Vízner Karel • KP 2, č. 1: 42, 2005; KP 2, č. 2: 23, 2005; KP 2, č. 2: 40, 2005
- Votruba Jiří • KP 1, č. 1: 30–32, 2004; KP 2, č. 1: 20–22, 2005; KP 2, č. 3: 4–5, 2005
- Vyskoč Jaroslav • KP 1, č. 2: 4–9, 2004
- Vyšehradský Robert • KP 1, č. 1: 16–20, 2004; KP 1, č. 2: 4–9, 2004; KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Zelenková Jana • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- Žáčková Pavla • KP 1, č. 1: 27–29, 2004; KP 2, č. 3: 28–30, 2005
- Žák Vladimír • KP 2, č. 2: 26–29, 2005

## Rejstřík klíčových slov

- aktinická keratóza • KP 2, č. 4: 4–10, 2005  
 akutní infarkt myokardu • KP 2, č. 2: 24–25, 2005  
 akutní respirační selhání • KP 1, č. 2: 32–35, 2004  
 alergie na koryšce • KP 1, č. 1: 4–7, 2004  
 anafylaktická reakce • KP 2, č. 2: 24–25, 2005  
 aneurysma arterie pulmonalis • KP 2, č. 4: 11–16, 2005  
 anti Jo-1 • KP 1, č. 2: 19–24, 2004  
 antituberkulotika • KP 2, č. 1: 4–8, 2005  
 asthma bronchiale • KP 1, č. 1: 4–7, 2004; KP 2, č. 2: 11–14, 2005;  
 KP 2, č. 2: 31–33, 2005; KP 2, č. 3: 6–8, 2005  
 autofluorescenční endoskopie • KP 2, č. 2: 26–29, 2005  
 aviární mykobakteriáza • KP 2, č. 2: 4–7, 2005  
 azbest • KP 2, č. 1: 9–14, 2005  
 biopsie svalu • KP 1, č. 2: 19–24, 2004  
 BiPAP • KP 1, č. 2: 4–9, 2004  
 bronchiální cista • KP 2, č. 3: 25–27, 2005  
 bronchoalveolární laváž • KP 2, č. 1: 23–28, 2005  
 bronchodilatační test • KP 2, č. 2: 31–33, 2005  
 bronchoesophageální píštěl • KP 2, č. 3: 4–5, 2005  
 bronchoskopické nálezy • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15,  
 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005  
 bronchoskopie • KP 2, č. 3: 28–30, 2005  
 compliance • KP 2, č. 3: 6–8, 2005  
 cystický dobře diferencovaný pneumoblastom • KP 2, č. 1: 16–19,  
 2005  
 dětská tuberkulóza • KP 2, č. 1: 4–8, 2005  
 diabetes mellitus 2. typu • KP 1, č. 2: 32–35, 2004  
 diagnostika • KP 1, č. 1: 16–20, 2004  
 diagnóza • KP 1, č. 1: 4–7, 2004  
 diferenciální diagnostika • KP 2, č. 4: 4–10, 2005  
 difúzní alveolární hemoragie • KP 1, č. 2: 10–13, 2004  
 disseminovaný plicní proces • KP 1, č. 1: 16–20, 2004  
 dysplázie • KP 2, č. 2: 26–29, 2005  
 edukace • KP 2, č. 3: 6–8, 2005  
 endarterektomie plicnice • KP 2, č. 3: 21–24, 2005  
 flexibilní bronchoskopie (FOB) • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2,  
 č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005  
 funkční vyšetření • KP 1, č. 1: 4–7, 2004  
 glomerulonefritida • KP 1, č. 2: 10–13, 2004  
 Goodpastureův syndrom • KP 1, č. 2: 10–13, 2004  
 granulomatózní onemocnění • KP 1, č. 2: 14–18, 2004  
 hemoptýza • KP 1, č. 1: 21–25, 2004  
 HRCT hrudníku • KP 1, č. 2: 19–24, 2004  
 hrudní empyém • KP 2, č. 3: 28–30, 2005  
 hyalinóza pleury • KP 2, č. 1: 9–14, 2005  
 hypertrofie tonzil a lymfatické tkáně • KP 2, č. 2: 20–23, 2005  
 hypofyzární nanismus • KP 2, č. 2: 20–23, 2005  
 hypoventilace • KP 1, č. 2: 4–9, 2004  
 chronická granulomatóza • KP 2, č. 2: 4–7, 2005  
 chronická obstrukční plicní nemoc • KP 2, č. 2: 31–33, 2005  
 chronická tromboembolická plicní hypertenze • KP 2, č. 3: 21–24, 2005  
 chronická uremie • KP 1, č. 1: 27–29, 2004  
 interferon • KP 2, č. 2: 8–10, 2005  
 intervenční bronchologie • KP 2, č. 3: 4–5, 2005  
 inzulinová rezistence • KP 1, č. 2: 32–35, 2004  
 kalciofosfátový metabolismus • KP 1, č. 1: 27–29, 2004  
 karcinom ústní dutiny • KP 2, č. 2: 26–29, 2005  
 kardiální plicní edém • KP 1, č. 2: 28–31, 2004  
 kašel • KP 2, č. 3: 25–27, 2005  
 kontinuální přetlakové dýchání • KP 2, č. 2: 20–23, 2005  
 kontrastní vyšetření • KP 2, č. 2: 24–25, 2005  
 kouření • KP 2, č. 3: 9–12, 2005  
 krykoarytenoidní skloubení • KP 1, č. 2: 37–38, 2004  
 křivka průtok-objem • KP 1, č. 2: 37–38, 2004  
 lymfocyty • KP 2, č. 1: 23–28, 2005  
 lymfom • KP 2, č. 1: 23–28, 2005  
 lymfoproliferativní nemoci • KP 2, č. 1: 23–28, 2005  
 MDR TB • KP 2, č. 1: 4–8, 2005  
 metastatické kalcifikace • KP 1, č. 1: 27–29, 2004  
 morbus Charcot-Marie-Tooth • KP 1, č. 2: 4–9, 2004  
 multirezistentní tuberkulóza • KP 2, č. 1: 4–8, 2005  
 Mycobacterium avium • KP 2, č. 2: 4–7, 2005  
 Mycobacterium tuberculosis • KP 2, č. 1: 4–8, 2005  
 myoglobin • KP 1, č. 2: 19–24, 2004  
 nádory plic • KP 2, č. 1: 23–28, 2005  
 nodulárně parenchymová forma amyloidózy • KP 2, č. 1: 20–22,  
 2005  
 obtížně léčitelné astma • KP 2, č. 3: 6–8, 2005  
 obstrukční syndrom spánkové apnoe • KP 2, č. 2: 20–23, 2005  
 operační řešení • KP 2, č. 3: 28–30, 2005  
 pemzová plíce • KP 1, č. 1: 27–29, 2004  
 periferní plicní uzel • KP 2, č. 1: 20–22, 2005  
 perkutánní balónková atriální septostomie • KP 1, č. 1: 8–11, 2004  
 perorální antikoncepce • KP 2, č. 3: 9–12, 2005  
 plicní arteriální hypertenze • KP 1, č. 1: 8–11, 2004; KP 1, č. 1:  
 12–14, 2004  
 plicní biopsie • KP 1, č. 1: 16–20, 2004  
 plicní hypertenze • KP 2, č. 4: 11–16, 2005  
 počítačová tomografie • KP 1, č. 1: 16–20, 2004  
 polymyozitida • KP 1, č. 2: 19–24, 2004  
 prekapilární plicní hypertenze • KP 1, č. 1: 12–14, 2004  
 profesionální onemocnění z azbestového prachu • KP 2, č. 1: 9–14,  
 2005  
 rakovina plic • KP 2, č. 1: 9–14, 2005  
 revmatoidní artritida • KP 1, č. 2: 37–38, 2004  
 rezistence na antituberkulotika • KP 2, č. 2: 4–7, 2005  
 rizikové faktory • KP 2, č. 3: 9–12, 2005  
 sarkoidóza • KP 1, č. 1: 21–25, 2004; KP 2, č. 2: 8–10, 2005; KP 2,  
 č. 4: 4–10, 2005  
 spondylodiscitida • KP 2, č. 2: 11–14, 2005  
 srdeční selhání • KP 1, č. 2: 28–31, 2004  
 stenóza kmene levé věnčité tepny • KP 2, č. 4: 11–16, 2005  
 stent • KP 2, č. 3: 4–5, 2005  
 systémová onemocnění vaziva • KP 2, č. 4: 4–10, 2005  
 tracheobronchiální amyloidóza • KP 1, č. 1: 30–32, 2004  
 transparietální plicní biopsie • KP 2, č. 1: 20–22, 2005  
 tromboembolická nemoc • KP 2, č. 3: 9–12, 2005  
 tuberkulóza • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005;  
 KP 2, č. 4: 4–10, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005  
 tularémie • KP 1, č. 2: 14–18, 2004  
 ventilační podpora • KP 1, č. 2: 4–9, 2004  
 vrozený defekt imunity • KP 2, č. 2: 4–7, 2005



## Key words list

- actinic keratosis • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- acute myocardial infarction • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- acute respiratory failure • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- allergy to crustaceans • KP 1, č. 1: 4–7, 2004
- anaphylactic reaction • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- anti Jo-1 • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- antituberculous drugs • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- arthritis • KP 1, č. 2: 37–38, 2004
- asbestos • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- auto-fluorescent endoscopy • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- aviary mycobacteriosis • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- BiPAP • KP 1, č. 2: 4–9, 2004
- bronchial asthma • KP 1, č. 1: 4–7, 2004; KP 2, č. 2: 11–14, 2005; KP 2, č. 2: 31–33, 2005; KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- broncho-alveolar lavage • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- bronchoesophageal fistula • KP 2, č. 3: 4–5, 2005
- bronchogenic cyst • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- bronchoscopic findings • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- bronchoscopy • KP 2, č. 3: 28–30, 2005
- calcium phosphate metabolism • KP 1, č. 1: 27–29, 2004
- cardiac insufficiency • KP 1, č. 2: 28–31, 2004
- cardiac pulmonary edema • KP 1, č. 2: 28–31, 2004
- chest empyema • KP 2, č. 3: 28–30, 2005
- child tuberculosis • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- chronic granulomatosis • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- chronic obstructive pulmonary disease • KP 2, č. 2: 31–33, 2005
- chronic thromboembolic pulmonary hypertension • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- chronic uremia • KP 1, č. 1: 27–29, 2004
- coin lesion • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- compliance • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- computer tomography • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- congenital immunity defect • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- continuous hypertensive breathing • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- contrast medium aided examination • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- cough • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- cryoarytenoid articulation • KP 1, č. 2: 37–38, 2004
- cystic well differentiated pneumoblastoma • KP 2, č. 1: 16–19, 2005
- diagnosis • KP 1, č. 1: 4–7, 2004
- diagnostics • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- differential diagnosis • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- difficult therapy-resistant asthma • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- diffuse alveolar haemorrhage • KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- disseminated pulmonary process • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- dysplasia • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- education • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- endarterectomy of pulmonary artery • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- flexible bronchoscopy (FOB) • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- flow-volume curve • KP 1, č. 2: 37–38, 2004
- glomerulonephritis • KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- Goodpasture syndrome • KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- granulomatous disease • KP 1, č. 2: 14–18, 2004
- haemoptysis • KP 1, č. 1: 21–25, 2004
- HRCT of thorax • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- hyalinosis of the pleura • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- hypertrophic tonsils and lymphatic tissue • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- hypoventilation • KP 1, č. 2: 4–9, 2004
- insulin resistance • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- interferon • KP 2, č. 2: 8–10, 2005
- interventional bronchology • KP 2, č. 3: 4–5, 2005
- lung cancer • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- lympho-proliferative disease • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- lymphocytes • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- lymphoma • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- MDR TB • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- metastatic calcifications • KP 1, č. 1: 27–29, 2004
- morbus Charcot-Marie-Tooth • KP 1, č. 2: 4–9, 2004
- multi-resistant tuberculosis • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- muscle biopsy • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- Mycobacterium avium • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- Mycobacterium tuberculosis • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- myoglobin • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- nodular parenchymatous form of amyloidosis • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- obstructive syndrome of sleep apnea • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- occupational diseases due to asbestos dust • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- oral cavity carcinoma • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- oral contraception • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- percutaneous atrial septostomy • KP 1, č. 1: 8–11, 2004
- pituitary nanism • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- polymyositis • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- precapillary pulmonary hypertension • KP 1, č. 1: 12–14, 2004
- pulmonary arterial hypertension • KP 1, č. 1: 8–11, 2004; KP 1, č. 1: 12–14, 2004
- pulmonary artery aneurysm • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- pulmonary biopsy • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- pulmonary function testing • KP 1, č. 1: 4–7, 2004
- pulmonary hypertension • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- pulmonary neoplasm • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- pumice lung • KP 1, č. 1: 27–29, 2004
- resistance to antituberculous drugs • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- reversibility test • KP 2, č. 2: 31–33, 2005
- risk factors • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- sarcoidosis • KP 1, č. 1: 21–25, 2004; KP 2, č. 2: 8–10, 2005; KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- smoking • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- spondylodiscitis • KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- stenosis of left main coronary artery • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- stent • KP 2, č. 3: 4–5, 2005
- surgical management • KP 2, č. 3: 28–30, 2005
- systemic connective tissue diseases • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- tracheobronchial amyloidosis • KP 1, č. 1: 30–32, 2004
- transparietal pulmonary biopsy • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- tuberculosis • KP 2, č. 2: 15–17, 2005; KP 2, č. 3: 13–15, 2005; KP 2, č. 4: 4–10, 2005; KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- tularaemia • KP 1, č. 2: 14–18, 2004
- type 2 diabetes mellitus • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- venous thromboembolism • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- ventilation support • KP 1, č. 2: 4–9, 2004

## Kazuistiky – rejstřík názvů

- Akutní respirační selhání komplikované inzulínovou rezistencí u monstrózně obézní pacientky • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- Aneurysma arterie pulmonalis u nemocné s idiopatickou plicní arteriální hypertenzí • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Ani u atopika nemusí být otoky projevem alergie • KP 2, č. 1: 32–34, 2005
- Astma nebo CHOPN? Je naše diagnóza správná? • KP 2, č. 2: 31–33, 2005
- Astma rybáře • KP 1, č. 1: 4–7, 2004
- Asymptomatická hyalinóza pleury a rakovina plic způsobené prachem azbestu • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- Bronchiální cysta mediastina jako neobvyklá příčina kašle • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- Dechové obtíže u pacientky s tracheobronchiální amyloidózou • KP 1, č. 1: 30–32, 2004
- Disseminovaný plicný proces menší obvykle etiologie • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- Embólie do arterie pulmonalis u mladá ženy užívající antikoncepci • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- Endarterektomie plicnice v léčbě chronické tromboembolické plicní hypertenze • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- Infarkt myokardu jako komplikace generalizované alergické reakce • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- Interferonem indukované granulomatózní onemocnění • KP 2, č. 2: 8–10, 2005
- Je to sarkoidóza? • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Kazuistiky syndromu spánkové apnoe • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- Levostranné srdeční selhání imitující oboustranný infiltrativní plicní proces • KP 1, č. 2: 28–31, 2004
- Lymfoidní patologie plic • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- Méně často zjišťované orgánové postižení u revmatoidní artritidy • KP 1, č. 2: 37–38, 2004
- Neobvyklá příčina exacerbace astmatu • KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- Non-compliance jako příčina fatálního astmatu • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- Pemzová plíce – neobvyklá příčina rozsáhlého oboustranného plicního procesu • KP 1, č. 1: 27–29, 2004
- Periferní plicní uzel – stálé diagnostické dilema • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- Perkutánní balónková atriální septostomie v léčbě plicní arteriální hypertenze • KP 1, č. 1: 8–11, 2004
- Plicní forma tularémie imitující bronchogenní karcinom • KP 1, č. 2: 14–18, 2004
- Pneumoblastom jako vzácný tumor u 59leté nemocné • KP 2, č. 1: 16–19, 2005
- Pneumonie s hematurií u mladého muže • KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- Polymyozitida s úvodní manifestací připomínající pneumonii • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- Protrahovaný průběh aviární mykobakteriomy u pacienta s vrozeným defektem imunity • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- První případ dětské tuberkulózy v České republice vyvolaný multirezistentním kmenem mykobakterie tuberkulózy • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- Případ 42leté ženy s těžkou plicní hypertenzí • KP 1, č. 1: 12–14, 2004
- Řešení nemaligní bronchoesophageální píštěle u kriticky nemocného pacienta • KP 2, č. 3: 4–5, 2005
- Sarkoidóza s atypickou prezentací • KP 1, č. 1: 21–25, 2004
- Ventilační insuficience při morbus Charcot-Marie-Tooth • KP 1, č. 2: 4–9, 2004
- Využití autofluorescenční endoskopie v diagnostice preneoplastických a neoplastických změn orální sliznice • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Význam mezioborové spolupráce při léčbě pacientů se zánětlivým plicním onemocněním • KP 2, č. 3: 28–30, 2005
- Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy: 1. díl – Tuberkulóza • KP 2, č. 2: 15–17, 2005
- Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy: 2. díl – Tuberkulóza • KP 2, č. 3: 13–15, 2005
- Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy: 3. díl – Tuberkulóza • KP 2, č. 4: 17–19, 2005

## Aktuality z klinických studií

- Chlumský, J. Časový test chůzí jako faktor tíže a přežití u idiopatické plicní fibrózy • KP 2, č. 2: 48, 2005
- Chlumský, J. Nové důkazy o efektu volum redukční operace plic • KP 1, č. 1: 48, 2004
- Chlumský, J. Šestimínutový test chůzí: předpovědní faktor přežití u pacientů s CHOPN • KP 2, č. 1: 44, 2005
- Chlumský, J. Význam monitorování eozinofilních leukocytů ve sputu u pacientů se středně těžkým až těžkým astmatem • KP 1, č. 2: 52, 2004
- Chlumský, J. Význam monitorování  $FE_{NO}$  u pacientů s lehkým až středně těžkým astmatem • KP 2, č. 3: 40, 2005

## Funkční vyšetření plic

- Chlumský, J. Metoda negativního expiračního tlaku – NEP • KP 2, č. 3: 17–18, 2005
- Fišerová, J. Námahová dušnost mladého muže • KP 2, č. 4: 21–22, 2005

## Case histories – name list

- A fisherman's asthma • KP 1, č. 1: 4–7, 2004
- Acute respiration failure complicated by insulin resistance in case of a monstrously obese patient • KP 1, č. 2: 32–35, 2004
- Application of auto-fluorescent endoscopy in diagnosis of pre-neoplastic and neoplastic changes in mouth mucosa • KP 2, č. 2: 26–29, 2005
- Arteria pulmonalis embolism in a young woman on contraceptive pills • KP 2, č. 3: 9–12, 2005
- Asthma or COPD? Is our diagnosis correct? • KP 2, č. 2: 31–33, 2005
- Asymptomatic asbestos-related pleural plaques and lung cancer • KP 2, č. 1: 9–14, 2005
- Breathing problems in the female patient with tracheobronchial amyloidosis • KP 1, č. 1: 30–32, 2004
- Bronchogenic cyst of mediastinum as an unusual cause of cough • KP 2, č. 3: 25–27, 2005
- Case studies of sleep apnea syndrome • KP 2, č. 2: 20–23, 2005
- Coin lesion – constant diagnostic dilemma • KP 2, č. 1: 20–22, 2005
- Disseminated pulmonary process of less usual etiology • KP 1, č. 1: 16–20, 2004
- Endarterectomy of pulmonary artery in treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension • KP 2, č. 3: 21–24, 2005
- Even in atopic patients swelling is not necessarily a manifestation of allergy • KP 2, č. 1: 32–34, 2005
- First case of child tuberculosis in the Czech Republic caused by multi-resistant *Mycobacterium tuberculosis* • KP 2, č. 1: 4–8, 2005
- Granulomatosis induced by interferon • KP 2, č. 2: 8–10, 2005
- Interesting bronchological (and morphological) findings: Part 1 – Tuberculosis • KP 2, č. 2: 15–17, 2005
- Interesting bronchological (and morphological) findings: Part 2 – Tuberculosis • KP 2, č. 3: 13–15, 2005
- Interesting bronchological (and morphological) findings: Part 3 – Tuberculosis • KP 2, č. 4: 17–19, 2005
- Is it sarcoidosis? • KP 2, č. 4: 4–10, 2005
- Left hand side cardiac insufficiency imitating bilateral pulmonary infiltration • KP 1, č. 2: 28–31, 2004
- Less frequently detected organs involvement in rheumatoid arthritis • KP 1, č. 2: 37–38, 2004
- Lymphoid pathology of lungs • KP 2, č. 1: 23–28, 2005
- Management of non-malignant bronchoesophageal fistula in critically ill patient • KP 2, č. 3: 4–5, 2005
- Myocardial infarction as a complication of generalised allergic reaction • KP 2, č. 2: 24–25, 2005
- Non-compliance as a cause of fatal asthma • KP 2, č. 3: 6–8, 2005
- Percutaneous ball atrial septostomy in the treatment of pulmonary arterial hypertension • KP 1, č. 1: 8–11, 2004
- Pneumoblastoma as a rare tumor in case of a 59 years old woman • KP 2, č. 1: 16–19, 2005
- Pneumonia accompanied by haematuria in case of a young male • KP 1, č. 2: 10–13, 2004
- Polymyositis with initial manifestation resembling pneumonia • KP 1, č. 2: 19–24, 2004
- Protracted aviary mycobacteriosis in a patient suffering from congenital immunity defect • KP 2, č. 2: 4–7, 2005
- Pulmonary artery aneurysm caused by idiopathic pulmonary hypertension • KP 2, č. 4: 11–16, 2005
- Pulmonary form of tularaemia imitating bronchogenic carcinoma • KP 1, č. 2: 14–18, 2004
- Pumice lung – unusual cause of an extensive bilateral pulmonary process • KP 1, č. 1: 27–29, 2004
- Sarcoidosis with atypical presentation • KP 1, č. 1: 21–25, 2004
- The case of a 42 years old woman suffering from grave pulmonary hypertension • KP 1, č. 1: 12–14, 2004
- The importance of interdisciplinary cooperation in treatment of patient with inflammatory pulmonary disease • KP 2, č. 3: 28–30, 2005
- Unusual cause of asthma exacerbation • KP 2, č. 2: 11–14, 2005
- Ventilation insufficiency in case of morbus Charcot-Marie-Tooth • KP 1, č. 2: 4–9, 2004

## Rarita

- Vašáková, M. Buffalo chest neboli býčí hrudník • KP 1, č. 1: 33, 2004
- Vašáková, M. Co hrozí milovníkům parních lázní, bazénů a vířivek? Plíce horkých koupelí aneb „hot tub lung“ • KP 2, č. 2: 18, 2005
- Vašáková, M. Co je to sklerotizující mediastinitida? • KP 2, č. 4: 20, 2005
- Vašáková, M. Co to je pleuroparenchymatózní fibroelastóza? • KP 2, č. 1: 29, 2005
- Vašáková, M. Okrouhlá atelektáza, aneb Blesovského syndrom • KP 2, č. 3: 16, 2005
- Vašáková, M. Za jakých okolností se můžeme u pacienta setkat s chyloptýzou a jak ji diagnostikujeme? • KP 1, č. 2: 25, 2004





## Zprávy

Dobiášová, V. V Trenčíne o Národnom programe kontroly tabaku • KP 2, č. 2: 37 – 38, 2005  
 Králíková, E. Společnost pro výzkum nikotinu a tabáku se sešla v Praze • KP 2, č. 2: 41, 2005  
 Lázníčka, J. Ozdravné pobyty pro děti našich krajanů v Bukovanech • KP 2, č. 3: 39, 2005  
 Sobotka, P. K zákonu o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky • KP 2, č. 4: 25, 2005  
 Szántó, J. Velký lékařský slovník – medicína v souvislostech (z křestu 4. vydání díla) • KP 1, č. 2: 36, 2004  
 Vízner, K. Cena České pneumologické a ftizeologické společnosti pro knihu Funkční vyšetření plic • KP 2, č. 1: 42, 2005  
 Vízner, K. Den astmatu a alergie v České republice • KP 2, č. 2: 23, 2005  
 Vízner, K. Hradecké pneumologické dny • KP 2, č. 2: 40, 2005

XIV. Moravskoslezské dny pneumologie • KP 2, č. 4: 29, 2005  
 Boj proti tuberkulóze a Červený kříž • KP 1, č. 1: 45, 2004  
 Den astmatu a alergie • KP 1, č. 1: 41 – 42, 2004  
 Granty ČSAKI • KP 2, č. 4: 32, 2005  
 Letní škola GA<sup>2</sup>LEN/EAACI v Praze • KP 2, č. 2: 43, 2005  
 Otevření Centra léčby závislosti na tabáku • KP 2, č. 3: 34, 2005  
 Potraviny a imunopatologie • KP 2, č. 4: 16, 2005

## Osobnosti

Fidlerová, M., Hugo, J. Josef Leopold Auenbrugger • KP 2, č. 2: 34 – 35, 2005  
 Fidlerová, M., Hugo, J. René-Théophile-Hyacinthe Laënnec • KP 2, č. 3: 31 – 34, 2005  
 Kandus, J. Doc. MUDr. Karel Kadlec, CSc. • KP 2, č. 4: 26 – 27, 2005  
 Králíková, E. Primář MUDr. Jiří T. Kozák, CSc. • KP 2, č. 2: 39 – 40, 2005  
 Pavlová, P. Prof. MUDr. Jaroslav Jedlička, DrSc. • KP 1, č. 2: 39 – 42, 2004  
 Secká, M., Szántó, J. Nemoci v životě Emila Holuba • KP 2, č. 4: 35 – 37, 2005  
 Szántó, J. Doc. MUDr. Rudolf Křivinka, CSc. • KP 1, č. 1: 35 – 38, 2004  
 Špičák, V. MUDr. Josef Liška • KP 2, č. 1: 35, 2005

## Rozhovory

Aktuálně o dlouhodobé domácí oxygenoterapii (MUDr. J. Erban, CSc.) • KP 2, č. 2: 44 – 45, 2005  
 Asthma bronchiale a CHOPN (prim. MUDr. V. Kašák) • KP 2, č. 4: 28 – 29, 2005  
 Astma ve středu pozornosti (prof. MUDr. V. Špičák, CSc.) • KP 1, č. 2: 46 – 47, 2004  
 České občanské sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci (doc. MUDr. J. Musil, PhD.) • KP 2, č. 2: 42 – 43, 2005  
 Český červený kříž (H. Jůzlová) • KP 1, č. 1: 39 – 40, 2004  
 Farmakoterapie pro praxi (MUDr. J. Hugo) • KP 2, č. 3: 38, 2005  
 Lékaři, sestry a kouření cigaret (MUDr. E. Králíková, CSc.) • KP 2, č. 4: 23 – 24, 2005  
 O evropském kongresu dětských pneumologů a alergologů v Praze (doc. MUDr. P. Pohunek, CSc.) • KP 2, č. 4: 33 – 34, 2005  
 O knize Funkční vyšetření plic (prim. MUDr. J. Fišerová) • KP 1, č. 2: 50, 2004  
 O knize Tuberkulóza dětí a dorostu a její diferenciální diagnostika a roli kazuistik v ní (prof. MUDr. K. Křepela, CSc.) • KP 2, č. 1: 38, 2005  
 O Léčebně tuberkulózy a respiračních nemocí Janov (MUDr. S. Kos, CSc.) • KP 2, č. 3: 35 – 36, 2005  
 O Odborném léčebném ústavu Albertinum v Žamberku (MUDr. J. Jireš) • KP 2, č. 4: 30 – 31, 2005  
 Sdružení Česká katolická charita (J. Suchánek) • KP 1, č. 2: 43 – 45, 2004  
 Více pozornosti a péče populaci seniorů (MUDr. Z. Kalvach) • KP 2, č. 1: 36 – 37, 2005



**POMOCNÍK** alergologa a klinického imunologa  
[http://www.geum.org/pa\\_zakli.htm](http://www.geum.org/pa_zakli.htm)

## Redakční recenze

*ECC Servis*

Jireš, J. ALBERTINUM. Boj proti tuberkulóze a jiným nemocem. Hradec Králové: ECC Servis a OLÚ Albertinum Žamberk, 2005 • KP 2, č. 4: 32, 2005

*Galén*

Ferenčík, M., Rovenský, J., Mařha, V. Ilustrovaný imunologický slovník. Praha: Galén, 2004 • KP 1, č. 1: 26, 2004

Horký, K. (Ed.) a kol. Lékařské repetitorium. Praha: Galén, 2003 • KP 1, č. 1: 26, 2004

Kábrt, J., Kábrt, J. jr. Lexicon medicum. Praha: Galén, 2004 • KP 1, č. 1: 15, 2004

Schreiber, V., Budil, I. Nové křížovatky medicíny. Praha: Galén/Karolinum, 2003 • KP 1, č. 1: 38, 2004

Ševčík, P., Skříčková, J., Šrámek, V. et al. Záněty plic v intenzivní medicíně. Praha: Galén, 2004 • KP 2, č. 1: 28, 2005

Špičák, V., Panzner, P. a kol. Alergologie. Praha: Galén/Karolinum, 2004 • KP 1, č. 1: 11, 2004

*GEUM*

Fišerová, J., Chlumský, J., Satinská, J. a kol. Funkční vyšetření plic. Praha: GEUM, 2003 • KP 1, č. 1: 44, 2004

*Grada Publishing*

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Závazalová, H., Sucharda, P. et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004 • KP 2, č. 1: 37, 2005

*Maxdorf*

Černý, V., Kula, R., Novák, I., Cvachovec, K. et al. Sepse v intenzivní péči. Praha: Maxdorf/Jessenius, 2005 • KP 2, č. 2: 7, 2005

Dostál, P. Základy umělé plicní ventilace. Praha: Maxdorf, 2004 • KP 1, č. 2: 35, 2004

Erbán, J. Dlouhodobá domácí oxygenoterapie. Praha: Maxdorf, 2004 • KP 1, č. 2: 24, 2004

Chrobok, V., Astl, J., Komínek, P. a kol. Tracheostomie a koniotomie – techniky, komplikace a ošetrovatelská péče. Praha: Maxdorf, 2004 • KP 1, č. 2: 31, 2004

Jedličková, A. Antimikrobiální terapie v každodenní praxi. Praha: Maxdorf, 2004 • KP 1, č. 2: 9, 2004

Kašák, V. Asthma bronchiale. Praha: Maxdorf, 2005 • KP 2, č. 2: 14, 2005

Kašák, V. Chronická obstrukční plicní nemoc. Praha: Maxdorf, 2005 • KP 2, č. 4: 10, 2005

Kašák, V., Pohunek, P., Seberová, E. Překonejte své astma. Praha: Maxdorf, 2004 • KP 1, č. 1: 6, 2004

Kopřiva, F. Leukotrieny. Praha: Maxdorf, 2005 • KP 2, č. 1: 8, 2005

Vokurka, M., Hugo, J. a kol. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2003 • KP 1, č. 1: 15, 2004

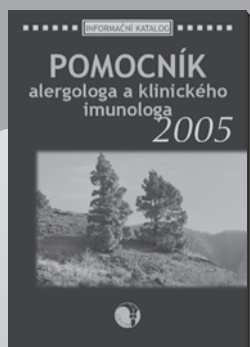
*Nakladatelství Lidové noviny*

Pafko, P. Medicínmani a ti druzí. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004 • KP 2, č. 3: 37, 2005

*Triton*

Kolek, V. Pneumonie – diagnostika a léčba. Praha: Triton, 2003 • KP 1, č. 1: 32, 2004

Widimský, P. a kol. Základní klinické problémy v kardiologii a pneumologii. Praha: Triton, 2004 • KP 1, č. 2: 13, 2004



## Pomocník alergologa a klinického imunologa

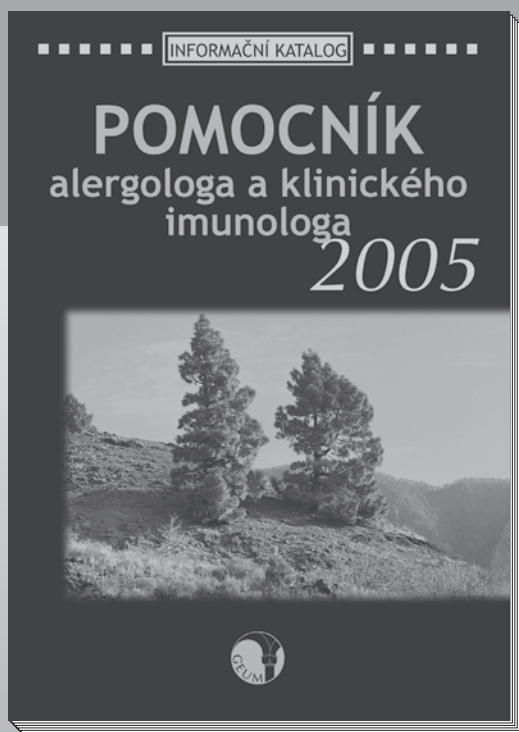


- 1 x ročně (28. 2.)
- pro lékaře pečující o alergiky, astmatiky a nemocné s ostatními imunopatologickými stavy (bez ohledu na specializaci)
- zdarma na základě jednoduché registrace

Distribuce pouze v ČR!

# POMOCNÍK

informační  
publikace



## Pomocník alergologa a klinického imunologa

- 1 x ročně (28. 2.)
- pro lékaře pečující o alergiky, astmatiky a nemocné s ostatními imunopatologickými stavy (bez ohledu na specializaci) zdarma na základě jednoduché registrace
- zahrnuje:
  - instituce, úřady, spolky
  - léky a technika oboru
  - informační zdroje (citace, akce, internet, knihy...)



### REGISTRACE K ODBĚRU:

e-mailem: [geum@geum.org](mailto:geum@geum.org)

písemně: Nakladatelství GEUM, P. O. Box 436, 111 21 Praha 1

VYUŽIJTE INTERNETOVÝ ON-LINE FORMULÁŘ:

[www.geum.org/pa\\_objed.htm](http://www.geum.org/pa_objed.htm)

Distribuce pouze v ČR!



## Distribuce časopisu Kazuistiky v pneumologii

### Geografické vymezení, poštovné, cena předplatného:

Distribuce časopisu Kazuistiky v pneumologii probíhá v rámci České a Slovenské republiky. Poštovné je již započteno v ceně předplatného a odběratel v ČR nebo SR jej tedy dále neplatí. Vydavatel si vyhrazuje právo na změnu v případě zásadních změn podmínek České nebo Slovenské pošty. Cena ročního předplatného se nemění (navzdory stálému zvyšování daňové zátěže v ČR i cen poštovného) a zůstává tedy i pro rok 2006 ve výši 156 Kč, resp. ekvivalentu v Sk dle aktuálního kurzu.

### Předplácené období, platba předplatného:

Předplatné Kazuistik v pneumologii objednávejte na nejbližší čtyři čísla od data objednávky s automatickým prodlužováním. Náš časopis si tak můžete začít předplácet od kteréhokoliv čísla. V případě objednávek v průběhu roku obvykle složenku/fakturu na úhradu předplatného neposíláme a vkládáme ji až do prvního čísla nového ročníku – získáváte tak slevu v podobě bezplatných čísel (jde o obvyklý postup, který není závazkem vydavatele a není na něj tedy právní nárok). Roční předplatné zahrnuje minimálně čtyři řádná čísla a všechna supplementa, která vyjdou v období, na něž se vztahuje předplatné. Na konci Vámi předpláceného období, tj. po roce, obdržíte upozornění v podobě nové složenky nebo zálohové faktury. Pokud ji proplatíte, předplatné je Vám automaticky prodlouženo. V opačném případě bude od dalšího čísla předplatné ukončeno. Data předplatného sledujeme za Vás. Předplatné prosím uhradte nejpozději do vydání dalšího čísla od zaslání složenky/faktury.

### Sponzorované předplatné:

Sponzorované předplatné neposkytuje redakce, ale vybraní sponzoři, kteří s nakladatelstvím uzavřeli příslušnou dohodu. O tuto dohodu projevil zájem řada farmaceutických firem. Systém funguje tak, že sponzor od nakladatelství odkoupí kartičku sponzorovaného předplatného (fialový korespondenční lístek s naším logem), kterou pak věnuje (označenou také svým razítkem) vybranému lékaři. Obdarovaný vyplní na lístku adresu, na kterou si přeje dostávat časopis, a odešle jej nakladatelství. Ode dne přijetí lístku nakladatelstvím má lékař aktivováno předplatné na dobu jednoho roku; zasílací obálka obsahuje upozornění, kdo je sponzorem předplatného. Po vypršení sponzorovaného předplatného vás na tuto skutečnost upozorníme a vy máte možnost buď si zajistit novou kartičku předplatného od sponzora, nebo objednat standardní předplatné.

### Souběh standardního a sponzorovaného předplatného:

Pokud máte objednáno standardní předplatné a zároveň získáte kartičku sponzorovaného předplatného, není třeba předplatné rušit. Náš postup závisí na tom, zda jste předplatné již zaplatil/a, či nikoliv. V případě že ano, prodloužíme Vaše předplatné o příslušný počet čísel. V opačném případě stornujeme zálohovou fakturu (nebo složenku) vydanou k Vašemu předplatnému a nemusíte nic platit. Data předplatného sledujeme za Vás.

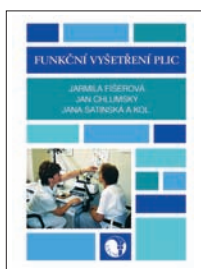
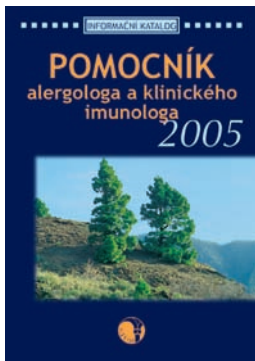
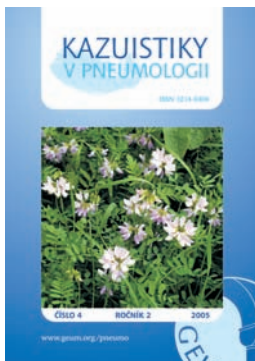
### Objednávky:

Objednat předplatné je možné telefonicky (viz tiráž), e-mailem (geum@geum.org), písemně (GEUM, P. O. Box 436, 111 21 Praha 1) nebo pomocí internetového formuláře (www.geum.org). Pro písemnou objednávku můžete využít objednávací kartičku vloženou v časopise.

### Fakturace:

Na objednávce standardního předplatného prosím vyznačte, zda si přejete platit složenkou, nebo zda vyžadujete fakturu a budete platit převodem z účtu. V případě fakturace vám zasíláme napřed zálohovou fakturu a po jejím zaplacení fakturu – daňový doklad. Při platbě nezapomeňte prosím uvést variabilní symbol, kterým je číslo faktury – podle něj rozlišujeme vaše platby.





### *Mimořádné akce a slevy:*

#### **Ukázkové číslo zdarma:**

Pro všechny lékaře z České a Slovenské republiky, kteří dosud nejsou předplatiteli, zachováme možnost požádat o zaslání 1 ukázkového čísla zdarma. Objednat je můžete prostřednictvím internetového formuláře (<http://www.geum.org/pneumo>), nebo tak lze učinit telefonicky, faxem, e-mailem, resp. písemně.

#### **Bonus 2006, Student 2006:**

I pro letošní rok jsme připravili slevu pro studenty a akci Bonus 2006. V rámci akce Bonus vylosujeme celkem 60 z nových předplatitelů (standardní předplatné), kteří obdrží předplatné zdarma (každého čtvrt roku bude losováno 15 výherců).

Další distribučně-propagační akcí je nabídka **Student 2006**. Tato nabídka je určena výhradně studentům medicíny (v ČR a SR). Každý medik se zájmem o problematiku publikovanou naším časopisem má možnost požádat o zvýhodněné předplatné (v symbolické ceně 1 Kč/rok). Na tuto slevu není právní nárok, ale vydavatel je ochotný poskytovat ji i nadále všem seriózním zájemcům – medikům v řádném studiu. Stačí kontaktovat nakladatelství písemně nebo e-mailem, případně v internetovém formuláři vyznačit poznámku STUDENT 2006.

#### **Sleva pro knihovny:**

Knihovnám obvykle poskytujeme slevu 10 % na všechny námi vydávané publikace (časopisy, knihy, Pomocníky).

## Distribuce Pomocníka alergologa a klinického imunologa

Pomocník alergologa a klinického imunologa je informační publikace pro lékaře. Přináší všechny relevantní kontaktní a systematické odborné údaje oboru tak, aby lékař nemusel vyhledávat data z různých zdrojů (breviře, seznamy, internet...) a ověřovat jejich aktuálnost a platnost. Bližší informace o publikaci je možné nalézt na našich internetových stránkách ([www.geum.org](http://www.geum.org)). Pomocníka alergologa a klinického imunologa vydává nakladatelství GEUM jednou ročně – na konci února.

Publikaci může zdarma získat každý lékař z praxe s doručovací adresou v České republice bez ohledu na obor působnosti, pokud ve své praxi pečuje o alergiky a nemocné s ostatními imunopatologickými stavy; pro bezplatné zaslání (lékaři v praxi) je třeba vyplnit jednoduchou registraci. Příslušný formulář naleznete na internetu ([www.geum.org](http://www.geum.org)), je otištěn v každém Pomocníku na konci publikace nebo lze využít předtištěné kartičky distribuované nakladatelstvím. Ostatní předplatitelé si mohou Pomocníka alergologa a klinického imunologa objednat tradiční cestou za 350 Kč.

**Distribuce všech publikací řady Pomocník probíhá pouze v rámci České republiky!**

## Distribuce knih

Nakladatelství GEUM distribuuje pouze vlastní publikace. Knihy ostatních vydavatelů není možné u nás objednat. Přehled aktuální nabídky je možné nalézt obvykle na stránkách našich časopisů, kompletní nabídka je umístěna na internetu ([www.geum.org](http://www.geum.org)).

**Jednotlivé objednávky knih přijímáme pouze v rámci České republiky**, distribuci na Slovensku zajišťují smluvní distributoři (např. Osveta).

Pro objednávky knih je možné využít předtištěný zelený korespondenční lístek vkládaný do našich časopisů, případně lze objednávku učinit e-mailem ([geum@geum.org](mailto:geum@geum.org)), písemně (GEUM, P. O. Box 436, 111 21 Praha 1) nebo telefonicky (721 639 079). Pro přímé objednávky neúčtujeme poštovné ani balné.

**KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII** CELOROČNÍ SPONZOROVANÉ PŘEDPLATNĚ

Požadujeme, že naše zveřejněná společenství / instituce je sponzorem celoročního předplatného časopisu Kazuistiky v pneumologii pro osobu:

titul, jméno, příjmení \_\_\_\_\_  
 doručovací adresa \_\_\_\_\_  
 (včetně PSČ) \_\_\_\_\_  
 kontakt (telefon nebo e-mail) \_\_\_\_\_

V případě uvedení Vašeho e-mailu Vám pravidelně přijít na Vaši e-mailovou adresu.

datum \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

Celoroční sponzorované předplatné si aktivujete vyplněním údajů a odesláním na adresu nakladatelství. Na jeho základě budete pro další jednání roku dostávat adresu časopisu Kazuistiky v pneumologii. Předplatné tvoří spousta kazuistik z oblasti pneumologie a alergologie. Každá kazuistika obsahuje stručný popis onemocnění, popis příznaků a diagnostiku, popis léčby a výsledky léčby. Každá kazuistika je doplněna obrázkem, kazuistikou a přílohou. Každá kazuistika je doplněna obrázkem, kazuistikou a přílohou. Každá kazuistika je doplněna obrázkem, kazuistikou a přílohou. Každá kazuistika je doplněna obrázkem, kazuistikou a přílohou.

**Kartička sponzorovaného předplatného**

**POMOCNÍK diabetologa**  
 Od roku 2000 je vaším průvodcem v oboru

**POMOCNÍK alergologa a klinického imunologa**  
 Edice Pomocník od roku 2001 také v oboru alergologie a klinická imunologie

**Registrační formulář k bezplatnému odběru Pomocníka**

**KAZUISTIKY V PNEUMOLOGII** OBJEDNÁVKA pro lékaře v praxi

Objednávka předplatného měsíčních 4 čísel časopisu Kazuistiky v pneumologii. Cena předplatného (celá ČR / vč. DPH, s. odstav. 156, - Kč / 4 čísla.

titul, jméno, příjmení \_\_\_\_\_  
 adresa (včetně PSČ) \_\_\_\_\_

IČO (není nutné u fyzických osob) \_\_\_\_\_  
 e-mail nebo telefonní spojení (nepovinné) \_\_\_\_\_  
 přejí si platbu (zaškrtněte svoji volbu)  složenkou (mnohoty vč. DPH)  na fakturu

datum \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

poznámky a připomínky \_\_\_\_\_

**Objednávka standardního předplatného**

**Objednávka knih nakladatelství GEUM**

Objednávám následující tituly knih:

ks \_\_\_\_\_  
 ks \_\_\_\_\_  
 ks \_\_\_\_\_  
 ks \_\_\_\_\_

Každý knižní dovozní náklad je dostupný v elektronické podobě. Pokud nebudete zaškrtnout v tomto termínu, objednávka je považována za neplatnou. Pokud budete do 14 dní předtím než dojde k odeslání knihy, můžete objednávku zrušit. Pokud nebudete do 14 dní předtím než dojde k odeslání knihy, můžete objednávku zrušit. Pokud nebudete do 14 dní předtím než dojde k odeslání knihy, můžete objednávku zrušit.

titul, jméno, příjmení \_\_\_\_\_  
 adresa (včetně PSČ) \_\_\_\_\_  
 telefon nebo e-mail \_\_\_\_\_

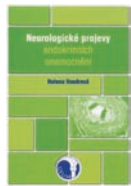
datum \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

**Objednávka knih nakladatelství GEUM**



## Nabídka knih z nakladatelství GEUM

Pro objednání v rámci ČR použijte vložený lístek, distribuci našich knih na Slovensku zajišťuje: Nakladatelstvo a vydavateľstvo Osveta, Špitálska 16, 811 08 Bratislava, tel.: 00421 2 5263 5638-40



**MUDr. Helena Vondrová, CSc. – Neurologické projevy endokrinních onemocnění**  
 (ISBN 80-86256-30-8 – 1. vydání)

Kniha určená neurologům, interním a praktickým lékařům, diabetologům a ostatním odborníkům se zájmem o tuto problematiku. Neurologické projevy všech základních endokrinních onemocnění (včetně rozsáhlé kapitoly o diabetes mellitus) jsou v publikaci probrány velmi fundovaně a se znalostí nejnovějších trendů diagnostiky a léčby. Kniha obdržela cenu IPVZ za nejlepší vědeckou monografii roku 2003.

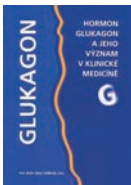
A5, váz., čb schémata a obrázky, 144 stran, 320 Kč



**MUDr. Jarmila Fišerová, MUDr. Jan Chlumský, MUDr. Jana Satinská, et al. – Funkční vyšetření plic**  
 (ISBN 80-86256-38-3 – 2. vydání)

Praktická příručka o metodách funkčního vyšetření plic užitečná všem lékařům, kteří provádějí nebo hodnotí funkční vyšetření plic. Bohaté zkušenosti a renomé autorů mohou přinést užitek především pneumologům a alergologům. Kniha obdržela cenu České pneumologické a ftizeologické společnosti za nejlepší vědeckou monografii roku 2003.

A5, váz., čb. obrázky a grafy, 130 stran, 320 Kč



**Prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc. – Glukagon a jeho význam v klinické medicíně**  
 (ISBN 80-86256-03-0 – 1. vydání)

Souhrn poznatků o glukagonu od významného autora – endokrinologa s širokým mezioborovým přehledem. Určeno lékařům.

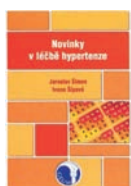
A5, čb. schémata, 61 stran, 150 Kč



**MUDr. Helena Vávrová – Dítě s diabetes mellitus v ambulanci praktického dětského lékaře**  
 (ISBN 80-86256-26-X – 1. vydání)

Názorná publikace určená jak dětským diabetologům a endokrinologům, tak praktickým dětským lékařům. Věnováno diagnostice a terapii všech typů diabetu u dětí. Grafy, schémata, obrázky, kazuistiky.

A5, 127 stran, 220 Kč



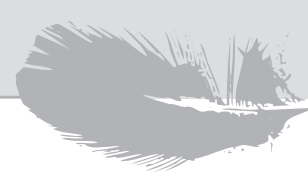
**Prof. MUDr. Jaroslav Šimon, DrSc., MUDr. Ivana Šípková – Novinky v léčbě hypertenze**  
 (ISBN 80-86256-36-7 – 1. vydání)

Kniha obsahuje nejen novinky v terapii a farmakoterapii, ale i poznámky k patofyziologii, epidemiologii hypertenze a samostatné kapitoly věnované léčbě hypertenze u diabetiků nebo hypertenzi ve vyšším věku.

A5, váz., tabulky a schémata, 88 stran, 220 Kč

Knihy Nakladatelství GEUM můžete zakoupit také v pražské prodejně zdravotnické literatury Miroslava Wimmera v Lípové ulici č. 6, Praha 2.





**Teřl, M. Astma rybáře. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 4–7, 2004.**

**Souhrn:** Je popsán případ mladého muže, u kterého dechové potíže, ač poměrně typické a narůstající v průběhu několika let ve vazbě na specifickou expozici, nevedly k diagnóze astmatu ani jeho příčiny. Proč?

**Klíčová slova:** astma, diagnóza, funkční vyšetření, alergie na koryšče

#### **A fisherman's asthma**

**Summary:** The case of a young man, whose respiratory problems, though quite typical and increasing in the course of several years in relation to a specific exposition, did not result in the diagnosis of asthma or its cause. Why?

**Key words:** asthma, diagnosis, pulmonary function testing, allergy to crustaceans

**Jansa, P., Horák, J., Endrys, J., Sládková, H., Aschermann, M. Perkutánní balónková atriální septostomie v léčbě plicní arteriální hypertenze. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 8–11, 2004.**

**Souhrn:** Autoři referují případ nemocného s plicní arteriální hypertenzí, který nebyl vhodným kandidátem pro farmakoterapii. Pacient podstoupil perkutánní balónkovou atriální septostomii. Při stupňované balónkové dilataci v původně intaktním mezisíňovém septu bylo dosaženo vzniku pravo-levého zkratu s očekávanou akceptovatelnou systémovou desaturací a vzestupem srdečního výdeje.

**Klíčová slova:** plicní arteriální hypertenze, perkutánní balónková atriální septostomie

#### **Percutaneous ball atrial septostomy in the treatment of pulmonary arterial hypertension**

**Summary:** The authors describe the case of a patient suffering from pulmonary arterial hypertension who was not a suitable candidate for pharmacotherapy. The patient went through the percutaneous ball atrial septostomy. In the course of escalated ball dilatation in the originally intact atrial septum right-left shunt was achieved with the expected acceptable system desaturation and increased cardiac output.

**Key words:** pulmonary arterial hypertension, percutaneous atrial septostomy

**Edrisová, A., Vašáková, M. Případ 42leté ženy s těžkou plicní hypertenzí. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 12 – 14, 2004.**

**Souhrn:** Autoři předkládají případ mladé ženy s těžkou prekapilární plicní hypertenzí. Provedená vyšetření u pacientky neprokázala jasnou příčinu plicní hypertenze, proto bylo nejprve uvažováno o idiopatické plicní arteriální hypertenzi. Vzhledem k nálezům pozitivit autoprotilátek ENA-SS-A (Ro) a ANA se však nejpravděpodobněji jednalo o plicní arteriální hypertenzi při systémovém onemocnění.

**Klíčová slova:** prekapilární plicní hypertenze, plicní arteriální hypertenze

#### **The case of a 42 years old woman suffering from grave pulmonary hypertension**

**Summary:** The authors present a case of a young woman with grave precapillary pulmonary hypertension. Examinations of the patient did not demonstrate a clear cause of the pulmonary hypertension and thus an idiopathic pulmonary arterial hypertension was considered. Yet, since the ENA-SS-A (Ro) and ANA auto-antibodies test was positive, she most probably suffered from pulmonary arterial hypertension due to system disease.

**Key words:** precapillary pulmonary hypertension, pulmonary arterial hypertension



**Vyšehradský, R., Huřka, Z., Plank, L., Buchancová, J., Klimentová, G., Rozborilová, E. Disseminovaný pľúcny proces menej obvyklej etiologie. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 16–20, 2004.**

**Súhrn:** Autori prezentujú kazuistiku 32-ročnej fajčiarky, fúkačky skla, s anamnézou náhle vzniknutých ťažkostí od decembra 2002. Na natívnej snímke hrudníka disseminácia sýtych mikronodulárnych tieňov. Vyslovené podozrenie zo špecifickej etiologie. Antituberkulotická liečba bez efektu. Indikovaná pľúcna biopsia. Nález hodnotený ako silikóza pľúc so sekundárnou mykózou, mykóza nepotvrdená sérologicky ani kultivačne. Hygienický prieskum pracoviska vylúčil významnú expozíciu prachu SiO<sub>2</sub>. Diagnostické doriešenie s následným liečebným zásahom prinieslo až prehodnotenie pľúcnej biopsie.

**Kľúčové slová:** disseminovaný pľúcny proces, diagnostika, pľúcna biopsia, počítačová tomografia

**Disseminated pulmonary process of less usual etiology**

**Summary:** The authors present the case of a 32 year old female smoker, a glass blower with the history of sudden problems since December 2002. The simple thorax x-ray demonstrates dissemination of deep micronodular shadows. Specific etiology has been suggested. Antituberculous treatment had no effect. Referred for pulmonary biopsy. The finding has led to the assessment of pulmonary silicosis with secondary mycosis. Mycosis has been confirmed neither serologically nor in cultivation. The hygiene officer's examination of the work place ruled out the possibility of prominent exposition to SiO<sub>2</sub> dust. Reassessment of pulmonary biopsy resulted in final diagnosis and subsequent treatment.

**Key words:** disseminated pulmonary process, diagnostics, pulmonary biopsy, computer tomography

**Anton, J. Sarkoidóza s atypickou prezentáciou. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 21–25, 2004.**

**Souhrn:** Sarkoidóza je multisystémové onemocnění z neznámé příčiny. Vykazuje výraznou rasovou heterogenitu prezentace. Jen vzácně se projevuje hemoptýzou a jednostrannou převahou postižení uzlin mediastina, což jsou znaky typické pro nádorové onemocnění. Kazuistika popisuje případ pacienta černé pleti, který byl v důsledku těchto neobvyklých projevů indikován k opakovanému chirurgickému ověření uzlinového procesu v mediastinu.

**Klíčová slova:** sarkoidóza, hemoptýza

**Sarcoidosis with atypical presentation**

**Summary:** Sarcoidosis is a multisystem disease of unknown cause which demonstrates conspicuous racial heterogeneity of presentation. Only rarely it is manifested through haemoptysis and unilateral predominance of mediastinal nodes involvement that is typical for tumorous disease. The case study describes a black patient, who has been repeatedly referred to a surgical verification of the nodes process in mediastinum.

**Key words:** sarcoidosis, haemoptysis

**Žáčková, P., Vašáková, M. Pemzová plíce – neobvyklá příčina rozsáhlého oboustranného plicního procesu. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 27–29, 2004.**

**Souhrn:** Autoři předkládají kazuistiku nemocného s řadu let trvající chronickou renální insuficiencí, která vyústila v ne zcela běžný obraz pemzové plíce. Pemzová plíce je důsledkem metastatických kalcifikací podmíněných poruchou kalciofosfátového metabolismu k němuž dochází mimo jiné při chronické uremii. Kromě plicního intersticia dochází ke vzniku metastatických kalcifikací rovněž v žaludeční sliznici, ledvinách a ve vnitřní elastice tepen.

**Klíčová slova:** chronická uremie, kalciofosfátový metabolismus, metastatické kalcifikace, pemzová plíce

**Pumice lung – unusual cause of an extensive bilateral pulmonary process**

**Summary:** The authors present a case study of a patient suffering a number of years from a chronic renal insufficiency that lead to not a very usual picture of pumice lung. Pumice lung is a result of metastatic calcifications cause by a dysfunction of calcium phosphate metabolism which occurs also during chronic uremia. Besides the pulmonary intersticium, the metastatic calcifications occur also in the gastric membrane, kidneys and in the inner elastic layer of arterial wall.

**Key words:** chronic uremia, calcium phosphate metabolism, metastatic calcifications, pumice lung



[www.geum.org/pneumo](http://www.geum.org/pneumo)

*Votruba, J., Gregora, E., Petřík, F. Dechové obtíže u pacientky s tracheobronchiální amyloidózou. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 1: 30–32, 2004.*

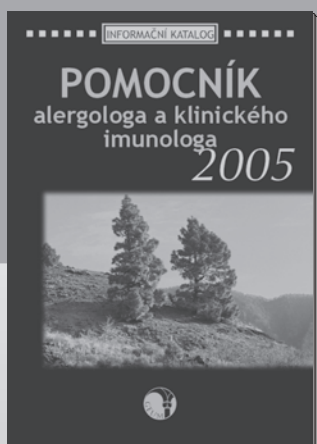
**Souhrn:** Popisujeme případ pacientky s tracheobronchiální amyloidózou sledované na našem pracovišti již 4 roky. Dokumentovány zvolené neinvazivní i invazivní terapeutické postupy a diskutovány možnosti další léčby. Poukazujeme i na obtíže a komplikace, které pacientku obtěžovaly po různých terapeutických modalitách.

**Klíčová slova:** tracheobronchiální amyloidóza

**Breathing problems in the female patient with tracheobronchial amyloidosis**

**Summary:** The paper describes the case of the patient with tracheobronchial amyloidosis during her long-term follow up at our facility. Invasive and noninvasive therapeutic procedures performed are documented and possibilities of further treatment are discussed. We point to the problems and side effects of different therapeutic modalities in this particular case.

**Key words:** tracheobronchial amyloidosis



# POMOCNÍK

## informační publikace

### Pomocník alergologa a klinického imunologa

- 1 x ročně (28. 2.)
- pro lékaře pečující o alergiky, astmatiky a nemocné s ostatními imunopatologickými stavy (bez ohledu na specializaci) zdarma na základě jednoduché registrace
- zahrnuje:
  - instituce, úřady, spolky
  - léky a technika oboru
  - informační zdroje (citace, akce, internet, knihy...)



#### REGISTRACE K ODBĚRU:

e-mailem: [geum@geum.org](mailto:geum@geum.org)

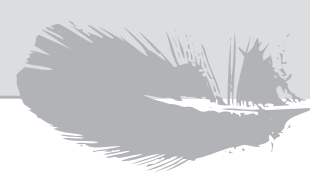
písemně: Nakladatelství GEUM, P. O. Box 436, 111 21 Praha 1

VYUŽIJTE INTERNETOVÝ ON-LINE FORMULÁŘ:

[www.geum.org/pa\\_objed.htm](http://www.geum.org/pa_objed.htm)

**Distribuce pouze v ČR!**





**Vyšehradský, R., Kurča, E., Vyskoč, J., Rozborilová, E. Ventiláčnã insuficiencia pri morbus Charcot-Marie-Tooth. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 2: 4–9, 2004.**

**Súhrn:** Autori prezentujú prípad 20-ročného muža s morbus Charcot-Marie-Tooth, u ktorého sa po akútnej infekcii horných dýchacích ciest s febrilitami vyvinulo ventiláčnã zlyhanie. Bola potvrdenã hypoventilácia s polysomnograficky dokumentovaným výskytom početných hypopnoických príhod v spánku a následných porúch makro- aj mikroarchitektoniky spánku. Elektromyografia bránice a interkostálnych svalov potvrdila ťažké postihnutie periférnych motoneurónov. Pacient bol úspešne liečený ventiláčnou podporou BiPAP.

**Kľúčové slová:** morbus Charcot-Marie-Tooth, hypoventilácia, ventiláčnã podpora, BiPAP

#### Ventilation insufficiency in case of morbus Charcot-Marie-Tooth

**Summary:** The authors present a case of a 20 year old man with morbus Charcot-Marie-Tooth who suffered from ventilation failure following acute infection of upper respiratory system accompanied by febrilities. Examination confirmed hypoventilation with polysomnographically documented occurrence of numerous hypopnoic incidences in sleep and subsequent disorders of micro as well as macroarchitecture of sleep. Electromyography of diaphragm and intercostal muscles confirmed grave disorder of periferic motoneurons. The patient was successfully treated with BiPAP ventilation support.

**Key words:** morbus Charcot-Marie-Tooth, hypoventilation, ventilation support, BiPAP

---

**Vašáková, M., Edrisová, A., Hricíková, I. Pneumonie s hematuriã u mladého muža. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 2: 10–13, 2004.**

**Souhrn:** Autoři předkládají případ mladého muže s plicním nálezem imitujícím pneumonii, s hemoptýzou, patologickým močovým nálezem a anémií. Na skiagramu hrudníku byly patrné infiltráty charakteru alveolární výplně, při bronchoalveolární laváži byla získána čerstvá krev z periferie. Paraklinická vyšetření spolu s klinickým nálezem jednoznačně prokázala vzácné autoimunitní onemocnění – Goodpastureův syndrom s postižením plic a ledvin, v době záhytu bez přítomnosti protilátek proti bazální membráně.

**Klíčová slova:** difúzní alveolární hemorhagie, glomerulonefritida, Goodpastureův syndrom

#### Pneumonia accompanied by haematuria in case of a young male

**Summary:** The authors present a case of pulmonary finding in a young man imitating pneumonia, accompanied by haemoptysis, pathological urinary finding and anaemia. Chest X-ray revealed alveolar filling like infiltrates; broncho-alveolar lavage yielded fresh peripheral blood. Para-clinical examinations combined with clinical findings proved a rare auto-immune disease – Goodpasture syndrome affecting lungs and kidneys, without antibodies against basal membrane at the time of detection.

**Key words:** diffuse alveolar haemorrhage, glomerulonephritis, Goodpasture syndrome

---

**Šafránková, M., Hytych, V., Dorazilová, V. Plicní forma tularémie imitující bronchogenní karcinom. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 2: 14–18, 2004.**

**Souhrn:** Jedná se o případ 67leté pacientky se skiagrafičným nálezem segmentární atelektázy v oblasti levého horního laloku plicního s podezřením na bronchogenní karcinom. Histologicky byl prokázán granulomatózní proces, jehož příčinou se ukázala být plicní forma tularémie.

**Klíčová slova:** tularémie, granulomatózní onemocnění

#### Pulmonary form of tularaemia imitating bronchogenic carcinoma

**Summary:** A 67 years old female patient with X-ray finding of segmentary atelectasis in the left upper pulmonary lobe with suspicion of bronchogenic carcinoma. Histological analysis revealed granulomatous process caused by the pulmonary form of tularaemia.

**Key words:** tularaemia, granulomatous disease

**Anton, J. Polymyozitida s úvodní manifestací připomínající pneumonii. Kazuistiky v pneumologii 1, č.2: 19–24, 2004.**

**Souhrn:** Je popsán případ pacienta, u něhož se polymyozitida poprvé projevila ve formě intersticiálního plicního postižení, které bylo zpočátku mylně považováno za pneumonii nereagující na antibiotika. Na správnou diagnózu nás přivedlo zjištění vysoké hladiny myoglobinu.

**Klíčová slova:** polymyozitida, HRCT hrudníku, myoglobin, anti Jo-1, biopsie svalu

#### Polymyositis with initial manifestation resembling pneumonia

**Summary:** A case of a patient with polymyositis which was first manifested as interstitial pulmonary involvement which was at first mistaken for pneumonia resistant to antibiotics. The correct diagnosis was established after the detection of high myoglobin level.

**Key words:** polymyositis, HRCT of thorax, myoglobin, anti Jo-1, muscle biopsy



**Perná, Z., Vašáková, M. Levostranné srdeční selhání imitující oboustranný infiltrativní plicní proces. Kazuistiky v pneumologii 1, č.2: 28–31, 2004.**

**Souhrn:** Autoři sdělení předkládají případ pacienta přijatého k vyšetření a léčbě pro dušnost a oboustranné plicní infiltráty nejasné etiologie. Navzdory tomu, že pacientova anamnéza stran ischemické choroby srdeční byla němá a klinický obraz nebyl zcela typický, prokázala provedená vyšetření a klinický průběh nemoci, že se jednalo o kardiální plicní edém. Kazuistika upozorňuje na možnost kardiální etiologie oboustranných radiologických plicních nálezů.

**Klíčová slova:** srdeční selhání, kardiální plicní edém

#### Left hand side cardiac insufficiency imitating bilateral pulmonary infiltration

**Summary:** The authors present a case of a patient accepted for examination and treatment of dyspnoea and bilateral pulmonary infiltrates of unclear etiology. Even though the patient had a negative history concerning ischemic cardiac disease and the clinical picture was not typical, the examinations and clinical course of disease proved the patient suffered from cardiac pulmonary edema. The case study indicates the possibility of cardiac etiology of bilateral radiological pulmonary findings.

**Key words:** cardiac insufficiency, cardiac pulmonary edema

**Špitálníková, S., Longin, P., Bouček, P. Akutní respirační selhání komplikované inzulinovou rezistencí u monstrózně obézní pacientky. Kazuistiky v pneumologii 1, č.2: 32–35, 2004.**

**Souhrn:** Tato kazuistika popisuje případ 52leté pacientky, kuřačky, která se dosud pro plicní onemocnění neléčila, diabetičky 2. typu, přijaté na anesteziologicko-resuscitační oddělení pro akutní respirační selhání. Příčinou tohoto závažného stavu byla kombinace těchto vlivů: kouření a s ním související přítomnost chronické obstrukční choroby plicní, bronchopneumonie vzniklá v tomto terénu, levostranná kardiální dekompenzace a extrémní obezita. Vzhledem k vážnému stavu nemocné byla nutná umělá plicní ventilace, podávání antibiotik, masivní rehydratace, suplementace kalia a albuminu. Při tomto postupu došlo k úpravě vnitřního prostředí, pacientka nabyła vědomí a bylo možné ji odpojit od řízené ventilace. U nemocné byla zároveň velmi významně vyjádřena inzulinová rezistence. K úpravě vysokých glykemií bylo třeba použít velké dávky krátce působícího inzulinového analogu v infuzi (Humalog 200–300 IU/24 hodin). Zároveň se zlepšením celkového stavu nemocné bylo dosaženo uspokojivé kompenzace diabetu obvyklými dávkami inzulinu při užití intenzifikovaného inzulinového režimu.

**Klíčová slova:** akutní respirační selhání, diabetes mellitus 2. typu, inzulinová rezistence

#### Acute respiration failure complicated by insulin resistance in case of a monstrously obese patient

**Summary:** This report describes a case of a 52-year-old obese woman, smoker, who has not been treated for pulmonary disease yet, with type 2 diabetes mellitus, presenting with acute respiratory failure and very significant insulin resistance necessitating the infusion of high doses of a short acting insulin analogue. This serious condition was caused by combination of these influences: smoking connected with chronic obstructive pulmonary disease, bronchopneumonia originated in this environment, left-sided heart failure and extreme obesity. Due to the seriousness of her condition, mechanical ventilation, massive parenteral fluid replacement with potassium and albumin supplements and antibiotic therapy were instituted as well. This resulted in correction of metabolic derangements, regaining of normal consciousness and successful weaning from mechanical ventilation. Later on, diabetes mellitus was satisfactorily controlled by an intensive insulin regimen.

**Key words:** acute respiratory failure, type 2 diabetes mellitus, insulin resistance

**Chlumský, J. Méně často zjišťované orgánové postižení u revmatoidní artritidy. Kazuistiky v pneumologii 1, č. 2: 37–38, 2004.**

**Souhrn:** Autor popisuje případ nemocné s letitou anamnézou revmatoidní artritidy a progredujícím zhoršováním dušnosti, které bylo mylně posuzováno jako bronchiální astma.

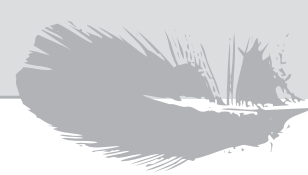
**Klíčová slova:** revmatoidní artritida, krykoarytenoidní skloubení, křivka průtok-objem

**Less frequently detected organs involvement in rheumatoid arthritis**

**Summary:** The author describes a case of a female patient suffering from a long term rheumatoid arthritis and progressing dyspnoea incorrectly assessed as bronchial asthma.

**Key words:** arthritis, crycoarytenoid articulation, flow-volume curve





**Křepela, K., Pohl, J., Kašpar, P. Prvý případ dětské tuberkulózy v České republice vyvolaný multirezistentním kmenem mykobakteria tuberkulózy. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 1: 4–8, 2005.**

**Souhrn:** Dvanáctiletá dívka mongolské národnosti onemocněla krátce po příchodu do České republiky pravostrannou exsudativní pleuritidou. Z hrudního punktátu bylo kultivačně prokázáno *Mycobacterium tuberculosis* rezistentní na většinu antituberkulotik s výjimkou pyrazinamidu. Zdroj onemocnění se nepodařilo prokázat, pravděpodobně se nakazila v Moskvě, kde pobývala několik let před příchodem do České republiky. Přes léčbu antituberkulotiky trvající devět měsíců se vytvořila rozsáhlá pachypleuritida, kterou bylo nutno řešit chirurgickou dekortikací. 17 měsíců po skončení léčby se objevila recidiva v podobě rozsáhlé krční lymfadenitidy. V extirpovaných uzlinách se kultivačně znovu potvrdil multirezistentní kmen mykobakteria tuberkulózy. Opakovanou léčbu antituberkulotiky dívka po několika měsících samovolně přerušila a odcestovala do Mongolska. Prognóza onemocnění zůstává u ní nejistá. Jedná se o první případ dětské tuberkulózy v České republice vyvolaný multirezistentním kmenem *M. tuberculosis*.

**Klíčová slova:** multirezistentní tuberkulóza, MDR TB, dětská tuberkulóza, antituberkulotika, *Mycobacterium tuberculosis*

#### **First case of child tuberculosis in the Czech Republic caused by multi-resistant *Mycobacterium tuberculosis***

**Summary:** A twelve year Mongolian girl fell ill shortly after her arrival in the Czech Republic with the right side exudative pleuritis. The thoracic puncture cultivation proved *Mycobacterium tuberculosis* resistant to all antituberculous drugs except for pyrazinamid. We have not succeeded in proving the source of the disease, she was probably infected in Moscow where she had lived for several years prior to her arrival in the Czech Republic. Despite nine month of treatment with antituberculous drugs an extensive pachypleuritis developed and we had to perform surgical decortication. Seventeen months after the treatment was completed, the relapse of the disease was detected in the form of extensive throat lymphadenitis. Cultivation of extirpated nodes confirmed again the multi-resistant *Mycobacterium tuberculosis*. The girl (of her own will) interrupted the repeated treatment with antituberculous drugs several months later and she left for Mongolia. The prognosis of the disease remains uncertain. It is the first case of child tuberculosis in the Czech Republic caused by multi-resistant *Mycobacterium tuberculosis*.

**Key words:** multi-resistant tuberculosis, MDR TB, child tuberculosis, antituberculous drugs, *Mycobacterium tuberculosis*

---

**Hassmanová, V. Asymptomatická hyalinóza pleury a rakovina plic způsobené prachem azbestu. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 1: 9–14, 2005.**

**Souhrn:** V práci jsou shrnuty základní účinky azbestu, jeho vliv na zdravotní stav exponovaných osob a nemoci z povolání, které jsou v ČR uvedeny v Seznamu nemocí z povolání v souvislosti s touto expozicí. Jsou popsána dvě asymptomatická profesionální onemocnění – hyalinóza pleury a rakovina plic, zachycená při preventivní prohlídce.

**Klíčová slova:** azbest, profesionální onemocnění z azbestového prachu, hyalinóza pleury, rakovina plic

#### **Asymptomatic asbestos-related pleural plaques and lung cancer**

**Summary:** The paper summarizes principal effects of asbestos, its influence on health conditions of exposed persons, and occupational diseases listed in the Czech Republic in the List of Occupational Diseases in relationship with this exposure. Two asymptomatic professional disease are described – hyalinosis of the pleura and lung cancer, found in a preventive medical examination.

**Key words:** asbestos, occupational diseases due to asbestos dust, hyalinosis of the pleura, lung cancer

---

**Perná, Z., Vašáková, M. Pneumoblastom jako vzácný tumor u 59leté nemocné. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 1: 16–19, 2005.**

**Souhrn:** Autoři sdělení předkládají kazuistiku 59leté pacientky s cystickým útvarem v levé plíci, který byl známý od 13 let věku nemocné, kdy byla vyšetřována pro kontakt s tuberkulózou. Během života měla recidivující záněty plic, obzvláště v posledních pěti letech. Na naší kliniku byla přijata v listopadu 2004 a v prosinci 2004 byla provedena horní lobektomie vlevo pro recidivující infekce cysty. Histologicky byl nález popsán jako cystický, dobře diferencovaný pneumoblastom, řazený mezi vzácné kongenitální tumory, vyskytující se v dětství a u mla-

dých dospělých, v dospělosti však zřídka. Věk 59 let v době diagnózy nebyl u této nemoci v dostupné literatuře zaznamenán.

**Klíčová slova:** cystický dobře diferencovaný pneumoblastom

#### **Pneumoblastoma as a rare tumor in case of a 59 years old woman**

**Summary:** The authors describe a case of a 59 years old patient with a cystic formation in her left lung that was first detected when she was 13 years old and examined for contact with tuberculosis. In the course of her life she had suffered from repeated pneumonia, particularly in the last five years. She was hospitalised at our clinic in November 2004 and in December 2004 we performed upper lobectomy because of repeated infection of the cyst. The finding was histologically described as a cystic well differentiated pneumoblastoma classified as a rare congenital tumor that occurs in children and young people but that is rare in adults. We have not found records of this diagnosis in a patient 59 years old.

**Key words:** cystic well differentiated pneumoblastoma

*Votruba, J., Kříž, R., Balák, J., Marek, J. Periferní plicní uzel – stálé diagnostické dilema. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 1: 20–22, 2005.*

**Souhrn:** Předkládáme zajímavou kazuistiku pacientky s periferním plicním uzlem. Krátce diskutujeme význam transparietální plicní biopsie pod CT kontrolou v diagnostickém schématu těchto obtížně diagnostikovatelných stavů, u kterých je často bronchologické vyšetření negativní.

**Klíčová slova:** periferní plicní uzel, nodulárně parenchymová forma amyloidózy, transparietální plicní biopsie

#### **Coin lesion – constant diagnostic dilemma**

**Summary:** In this work we present interesting case of the patient with coin lesion. The importance of transparietal pulmonary biopsy under CT guidance is discussed with attention to such cases in which bronchology examination is often negative.

**Key words:** coin lesion, nodular parenchymatous form of amyloidosis, transparietal pulmonary biopsy

*Teřl, M., Chudáček, Z., Panzner, P., Koza, V. Lymfoidní patologie plic. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 1: 23–28, 2005.*

**Souhrn:** Případ popisuje několikaleté diagnostické tápání kolem pozvolna progredujícího nejasného rentgenologického nálezu u ženy ve středních letech. Během šesti let od roku 1993 prodělala pacientka mj. šest bronchologických vyšetření, tucet CT vyšetření, měla třikrát provedenu bronchoalveolární laváž a prodělala tři chirurgické hrudní intervence – přesnou povahu nálezu se podařilo určit až díky pneumonektomii v roce 1999. Navzdory tomu, že se nakonec jednalo o pokročilou lymfoproliferativní malignitu, žije žena díky následné léčbě hematologů dodnes bez známek recidivy nemoci.

**Klíčová slova:** lymfoproliferativní nemoci, lymfom, bronchoalveolární laváž, lymfocyty, nádory plic

#### **Lymphoid pathology of lungs**

**Summary:** A case of diagnostic search concerning slowly progressing unclear X-ray finding in a middle aged woman that lasted several years. In the course of six years since 1993 the patient was subjected besides others to six bronchological examinations, a number of CT examinations, broncho-alveolar lavage (three times) and three surgical thoracic interventions but the exact diagnosis was made only after pneumonectomy in 1999. Despite the progressive lympho-proliferative malign finding the woman is still alive thanks to the haemato-oncological treatment and she does not show any signs of the relaps of her disease.

**Key words:** lympho-proliferative disease, lymphoma, broncho-alveolar lavage, lymphocytes, pulmonary neoplasm



**POMOCNÍK** alergologa a klinického imunologa  
[http://www.geum.org/pa\\_zakli.htm](http://www.geum.org/pa_zakli.htm)

**Vernerová, E., Bartůňková, J. Ani u atopika nemusí být otoky projevem alergie. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 1: 32–34, 2005.**

**Souhrn:** Edémy mohou být primární klinickou jednotkou, ale častěji jsou příznakem některého z množství různých chorob. Diferenciální diagnostika je rozsáhlá a obtížná.

V této kazuistice je popsána žena, u níž edémy, ač dosti typické pro hypotyreózu, vedly k chybné diagnóze alergických edémů, a tím i k neúčinné léčbě. Příčinou mohl být jak plíživý a nenápadný rozvoj její choroby (tyreoiditidy), tak koincidence několika onemocnění včetně atopie, v jejichž klinickém obraze se obvykle edémy objevují.

**Even in atopic patients swelling is not necessarily a manifestation of allergy**

**Summary:** The cause of the edema can be both, primary and secondary, adjacent with a lot of diseases. Differential diagnosis is often difficult and multisteps.

We demonstrate the case of a woman, whose edema, though were almost typical for hypothyreosis, resulted in the false diagnosis of allergy and hereafter to inefficient treatment. The primary misleading diagnosis was caused both by a slow and inconspicuous development of her primary illness and the coincidence of several disorders including atopy in which the edema is a common symptom.



**Křepela, K. Protrahovaný průběh aviární mykobakteriízy u pacienta s vrozeným defektem imunity. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 4–7, 2005.**

**Souhrn:** Aviární mykobakteriíza postihuje jedince s oslabenou lokální nebo celkovou imunitou a vyvolává onemocnění klinicky i histologicky neodlišitelné od tuberkulózy. Diagnózu ověří bakteriologické vyšetření a pozitivní kožní test s aviárním senzitivem. Léčba je problematická, protože bývá častá rezistence *Mycobacterium avium* na většinu užívaných antituberkulotik. Kde je to možné, má přednost chirurgické řešení. Uvádím kazuistiku pacienta, který je léčen po dobu 23 let pro protrahovaný průběh aviární mykobakteriízy, která postupně postihla lymfatické uzliny, plíce, maxilární dutiny a kůži. Příčinou neobvyklého průběhu je vrozená porucha imunity, která spočívá v poruše nitrobuněčného zabíjení bakterií (chronická granulomatóza). Opakovaná kultivace prokázala rezistenci *Mycobacterium avium* na většinu základních antituberkulotik i na některé léky druhé řady. Léčba trvala dosud s přestávkami 56 měsíců, pacient byl sedmkrát hospitalizován. V léčbě se vystříдалo 11 druhů léků. Prognóza zůstává nejistá.

**Klíčová slova:** aviární mykobakteriíza, *Mycobacterium avium*, rezistence na antituberkulotika, vrozený defekt imunity, chronická granulomatóza

#### **Protracted aviary mycobacteriosis in a patient suffering from congenital immunity defect**

**Summary:** Aviary mycobacteriosis affects individuals with a local or total immunity defect and causes a condition that is clinically as well as histologically undistinguishable from tuberculosis. The diagnosis may be verified by bacteriological examination and by positive dermal test to aviary sensitin. The treatment is problematic due to the frequent resistance of *Mycobacterium avium* to common antitubercotics. Thus, surgical solution is preferable if possible. I present a case of a patient treated for 23 years for protracted aviary mycobacteriosis that gradually affected the lymphatic glands, lungs, maxillary sinus and skin. The unusual development of the condition is caused by congenital immunity defect, namely by chronic granulomatosis. The repeated cultivation proved resistance of *Mycobacterium avium* to most basic antitubercotics as well as to some second generation drugs. So far the patient has been treated with intermissions for 56 months and he has been hospitalised seven times. Eleven types of drugs have been applied. The prognosis is uncertain.

**Key words:** aviary mycobacteriosis, *Mycobacterium avium*, resistance to antitubercotics, congenital immunity defect, chronic granulomatosis

---

**Anton, J. Interferonem indukované granulomatózní onemocnění. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 8–10, 2005.**

**Souhrn:** Kazuistika popisuje tři případy pacientů, u nichž došlo ke vzniku nebo exacerbaci sarkoidózy, případně kožního granulomatózního onemocnění v průběhu protivirové léčby interferonem  $\alpha$ .

**Klíčová slova:** interferon  $\alpha$ , sarkoidóza

#### **Granulomatosis induced by interferon**

**Summary:** The study describes three cases of new sarcoidosis or exacerbation of sarcoidosis or dermatological granulomatosis while treated by interferon  $\alpha$ .

**Key words:** interferon  $\alpha$ , sarcoidosis

---

**Thuroczyová, D., Fila, L., Musil, J., Petřík, F., Trefný, M. Neobvyklá příčina exacerbace astmatu. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 11–14, 2005.**

**Souhrn:** Astma bronchiale je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Obvyklými spouštěči exacerbace astmatu jsou alergeny, tělesná zátěž, hyperventilace, změny počasí, chlad, respirační infekce, kouření, potraviny, aditiva, léky, hormonální vlivy a gastroezofageální reflux. Kazuistika popisuje případ pacientky, u které byla exacerbace vyvolána zánětlivým onemocněním intervertebrálních disků páteře – spondylodiscitidou.

**Klíčová slova:** asthma bronchiale, spondylodiscitida



**Unusual cause of asthma exacerbation**

**Summary:** Bronchial asthma is defined by chronic inflammation of the airways. The asthma exacerbation is usually triggered by allergens, physical exertion, hyperventilation, changes in weather, cold, respiratory infection, smoking, foodstuffs, additives, medical drugs, hormonal effects and gastroesophageal reflux. The study describes a case of a patient in whom the exacerbation was triggered by the inflammation of intervertebral discs – spondylodiscitis.

**Key words:** bronchial asthma, spondylodiscitis

*Bartoň, P., Dražna, M., Kerekes, Z. Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy. 1. díl – Tuberkulóza. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 15–17, 2005.*

**Klíčová slova:** tuberkulóza, flexibilní bronchoskopie (FOB), bronchoskopické nálezy

**Interesting bronchological (and morphological) findings: Part 1 – Tuberculosis**

**Keywords:** tuberculosis, flexible bronchoscopy (FOB), bronchoscopic findings



*Hobzová, M., Kolek, V. Kazuistiky syndromu spánkové apnoe. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 20–23, 2005.*

**Souhrn:** Chceme upozornit na zajímavé případy obstrukčního syndromu spánkové apnoe, které jsme zachytili za dobu posledních dvou let vyšetřování. První kazuistika uvádí typického pacienta, který byl vstupně vyšetřován pro suspektní thyreopatii při nadměrné denní spavosti. Ve druhé kazuistice byla příčinou neobvyklého případu obstrukční spánkové apnoe hypertrofie lymfatické tkáně v oblasti tonzil a kořene jazyka, kdy tato velmi závažná porucha byla vyřešena operativně.

**Klíčová slova:** obstrukční syndrom spánkové apnoe, hypertrofie tonzil a lymfatické tkáně, hypofyzární nanismus, kontinuální přetlakové dýchání

**Case studies of sleep apnea syndrome**

**Summary:** We wish to point out interesting cases of sleep apnea obstructive syndrome we have come upon in the last two years. The first study introduces a typical patient examined originally for suspect thyroopathy as he suffered from excessive daytime somnolence. In the second case the obstructive sleep apnea was caused by hypertrophic lymphatic tissue in the area of tonsils and the root of the tongue. This serious lesion was solved by surgical intervention.

**Key words:** obstructive syndrome of sleep apnea, hypertrophic tonsils and lymphatic tissue, pituitary nanism, continuous hypertensive breathing

*Pejšová, E., Hradec, J. Infarkt myokardu jako komplikace generalizované alergické reakce. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 24–25, 2005.*

**Souhrn:** Kazuistika 63letého muže, který byl přivezen RLP na interní příjem s generalizovanou alergickou reakcí po vosím bodnutí. Dle EKG obraz akutního infarktu myokardu s elevacemi ST anterolaterálně. S tímto nálezem odeslán k direkt PCI. Zdůrazněna urgentnost rozhodování a dokumentován vývoj stavu.

**Klíčová slova:** anafylaktická reakce, akutní infarkt myokardu, kontrastní vyšetření

**Myocardial infarction as a complication of generalised allergic reaction**

**Summary:** A case of a 63 years old man brought by an ambulance to the hospital for a generalised allergic reaction to a wasp's sting. ECG examination proved the acute myocardial infarction with anterolateral ST elevations. Following the finding he was referred to direct PCI. Our case emphasizes urgency of the decision and documents the development of the patient's condition.

**Key words:** anaphylactic reaction, acute myocardial infarction, contrast medium aided examination

Čavarga, I., Feciskanin, P., Kizek, P., Jenča, A., Žák, V., Bohuš, P., Boor, A., Dudříková, K., Kavečanský, V., Štubňa, J., Joppa, P., Tkáčová, R. *Využitie autofluorescenčnej endoskopie v diagnostike preneoplastických a neoplastických zmien orálnej sliznice. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 26–29, 2005.*

**Súhrn:** Autori prezentujú dve kazuistiky pacientov s premalígnymi a malígnymi zmenami sliznice ústnej dutiny. Lézie boli diagnostikované pomocou autofluorescenčnej endoskopie. V obidvoch prípadoch predstavovala autofluorescenčná diagnostika prínos v presnejšom ohraničení lézie a detekcii nenápadných ložísk.

**Kľúčové slová:** autofluorescenčná endoskopia, karcinóm ústnej dutiny, dysplázia

#### **Application of auto-fluorescent endoscopy in diagnosis of pre-neoplastic and neoplastic changes in mouth mucosa**

**Summary:** The authors present two cases of patients with pre-malignant and malignant changes in mouth mucosa. The lesions were diagnosed with the aid of auto-fluorescent endoscopy. In both cases the auto-fluorescent diagnostic method contributed to precise determination of the borders of the lesion and to the detection of inconspicuous focuses.

**Key words:** auto-fluorescent endoscopy, oral cavity carcinoma, dysplasia

Fišerová, J. *Astma nebo CHOPN? Je naše diagnóza správná? Kazuistiky v pneumologii 2, č. 2: 31–33, 2005.*

**Souhrn:** Je popsán případ 77letého muže, bývalého dlouholetého kuřáka, který byl pro dechové potíže vyšetřen nejprve kardiologem, posléze pneumologem s diagnózou chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Pro přetrvávající dechové potíže bylo provedeno funkční vyšetření plic s nálezem těžké obstrukční ventilační poruchy a s výraznou reverzibilitou bronchiální obstrukce dle bronchodilatačního testu. Je diskutován význam anamnézy, spirometrického vyšetření a bronchodilatačního testu jako snadno dostupných metod v diferenciální diagnostice CHOPN a průduškového astmatu.

**Klíčová slova:** chronická obstrukční plicní nemoc, asthma bronchiale, bronchodilatační test

#### **Astma or COPD? Is our diagnosis correct?**

**Summary:** A 77 years old man, a former heavy smoker, was examined for gradually progressive dyspnea by a cardiologist and then by pneumologist with the diagnosis of Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The pulmonary function tests detected serious bronchial obstruction and its considerable reversibility after inhalation of a bronchodilator. The study discusses importance of the case history, spirometric examination and bronchodilator test as accessible methods in the differential diagnostic of COPD and bronchial asthma.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, reversibility test



**Votruba, J.** Řešení nemaligní bronchoesophageální píštěle u kriticky nemocného pacienta. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 3: 4–5, 2005.

**Souhrn:** V kazuistice popisují případ pacienta, u kterého bylo vzhledem k jeho těžkému stavu zvoleno nestandardní řešení bronchoesophageální píštěle pomocí krytého stentu. Pacient je nyní sledován již 18 měsíců a je dokumentováno řešení lokálních komplikací zavedeného stentu.

**Klíčová slova:** bronchoesophageální píštěl, intervenční bronchologie, stent

#### Management of non-malignant bronchoesophageal fistula in critically ill patient

**Summary:** The description of non-standard bronchoesophageal fistula treatment in the article by covered metallic stent is presented. Such a solution has been chosen because of very bad clinical status of the patient. 18 months follow up is described together with the documentation of local complications solving.

**Key words:** bronchoesophageal fistula, interventional bronchology, stent

**Feketeová, E., Zelenková, J.** Non-compliance jako příčina fatálního astmatu. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 3: 6–8, 2005.

**Souhrn:** Asthma bronchiale stále patří mezi smrtelné nemoci. Mezi pacienty s vysokým rizikem úmrtí na astma patří ti, kteří mají v anamnéze těžké astmatické záchvaty, nemocní neužívající preventivní protizánětlivou léčbu, nemocní léčení vysokými dávkami systémových kortikosteroidů a nemocní s velkou spotřebou úlevových léků. Největší skupinou jsou nemocní nespolupracující a nedodržující režim léčby. Bylo prokázáno, že opakovaná trpělivá edukace rozptyluje u nemocných obavy z vedlejších účinků léků, zvyšuje compliance a snižuje úmrtnost na astma. Úmrtnost na astma v České republice klesá, přesto na něj každým rokem umírají 3 lidé na 100 000 obyvatel.

**Klíčová slova:** asthma bronchiale, obtížně léčitelné astma, edukace, compliance

#### Non-compliance as a cause of fatal asthma

**Summary:** Bronchial asthma is still one of the mortal diseases. Patients with high risk of asthma – related death are those who have had near-fatal attacks, do not use preventive antiinflammatory medications, are on high doses of systemic steroids and frequently inhale rescue medication. The largest group are patients with non-compliance and non-adherence with treatment regime. It has been proved that repeated long-term education reduces fear of adverse drug reactions, increases compliance and decreases mortality on asthma. In Czech Republic the mortality on asthma decreases, nevertheless still 3 of 100 000 people die on asthma.

**Key words:** bronchial asthma, difficult therapy-resistant asthma, education, compliance

**Tamášová, M., Sadloň, J., Szaboová, E.** Embólia do artérie pulmonalis u mladej ženy užívajúcej antikoncepciu. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 3: 9–12, 2005.

**Súhrn:** Autori predkladajú kazuistiku mladej ženy, fajčiarky, užívajúcej perorálnu antikoncepciu, u ktorej prišlo ku vzniku rozsiahlej hlbokej trombózy v oblasti vena iliaca a vena femoralis a k embóliázii do arterie pulmonalis.

**Kľúčové slová:** perorálna antikoncepcia, fajčenie, tromboembolická choroba, rizikové faktory

#### Arteria pulmonalis embolism in a young woman on contraceptive pills

**Summary:** The authors describe the case of a young woman, smoker, taking oral contraception, in which emerged large thrombosis in the area of vena iliaca and vena femoralis, and as an embolism also to pulmonal artery.

**Key words:** oral contraception, smoking, venous thromboembolism, risk factors

**Bartoň, P., Drajna, M., Kerekes, Z. Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy. 2. díl – Tuberkulóza. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 3: 13–15, 2005.**

**Klíčová slova:** tuberkulóza, flexibilní bronchoskopie (FOB), bronchoskopické nálezy

**Interesting bronchological (and morphological) findings: Part 2 – Tuberculosis**

**Key words:** tuberculosis, flexible bronchoscopy (FOB), bronchoscopic findings



**Jansa, P., Lindner, J., Mayer, E., Paleček, T., Aschermann, M., Linhart, A., Tošovský, J. Endarterektomie plicnice v léčbě chronické tromboembolické plicní hypertenze. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 3: 21–24, 2005.**

**Souhrn:** Chronická tromboembolická plicní hypertenze je důsledkem opakovaných plicních embolizací. Jde o onemocnění relativně vzácné, ale v případě postižení centrálních větví plicnice úspěšně léčitelné endarterektomií plicnice (PEA). Operaci je nutno provádět v mimotělním oběhu, v hluboké hypotermii a během vlastní endarterektomie v úplné cirkulační zástavě. Při správné indikaci a úspěšné operaci dochází v důsledku poklesu tlaku v plicnici k výraznému zlepšení funkční zdatnosti, srdečního výdeje a ke zmenšení trikuspidální regurgitace. Nezbytným předpokladem úspěchu je interdisciplinární přístup.

V Kardiocentru VFN v Praze byl ve spolupráci s pracovištěm prof. Mayera v Mainzu připraven projekt plicních endarterektomií v České republice. Autoři prezentují kazuistiky dvou úspěšně operovaných pacientek. V obou případech došlo po operaci prakticky k normalizaci tlaků v plicnici. Od září 2004 do září 2005 bylo v Kardiocentru VFN v Praze úspěšně operováno celkem 13 nemocných. V České republice lze očekávat až desítky vhodných kandidátů pro PEA ročně.

**Klíčová slova:** chronická tromboembolická plicní hypertenze, endarterektomie plicnice

#### **Endarterectomy of pulmonary artery in treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension**

**Summary:** Chronic thromboembolic pulmonary hypertension results from repeated pulmonary embolism. It is a relatively rare condition, but if central branches of pulmonary artery are affected it could be successfully treated by endarterectomy of the pulmonary artery (PEA). The surgery must be carried out under extracorporeal circulation, deep hypothermia and factual endarterectomy must be carried out under total circulatory arrest. If condition is properly diagnosed and successfully operated, pulmonary artery pressure decrease leads consequentially to significantly improved performance status, increased cardiac output and decreased tricuspid regurgitation. The interdisciplinary approach forms an essential precondition for success.

The project of pulmonary artery endarterectomies in the Czech Republic was prepared by Kardiocentrum of VFN (General Teaching Hospital) in Prague in cooperation with Clinic of Prof. Mayer in Mainz.

Authors present case histories of two successfully operated female patients. Pulmonary artery pressures were nearly within normal ranges in both cases following the surgery. In the period from September 2004 to September 2005 there were 13 patients in total successfully operated in Kardiocentrum VFN of Prague. In the Czech Republic there are up to tens of eligible PEA candidates anticipated annually.

**Key words:** chronic thromboembolic pulmonary hypertension, endarterectomy of pulmonary artery

**Filipová, P., Jenšovský, V., Hytych, V., Koukolík, F. Bronchiální cysta mediastina jako neobvyklá příčina kašle. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 3: 25–27, 2005.**

**Souhrn:** Kazuistika popisuje případ pacienta, který byl vyšetřován pro léta trvající kašel. Byla stanovena diagnóza tumoru mediastina a indikována jeho resekce s následným ústupem obtíží pacienta. Dle histologického nálezu se jednalo o bronchiální cystu, vzácnější, často asymptomatické onemocnění.

**Klíčová slova:** kašel, bronchiální cysta

#### **Bronchogenic cyst of mediastinum as an unusual cause of cough**

**Summary:** This study describes a case where a patient was examined to determine the cause of a persistent cough. A tumour of mediastinum was diagnosed and surgery was recommended. After the surgical intervention all symptoms disappeared. Histological conclusion identified a bronchogenic cyst, an uncommon, mostly asymptomatic disease.

**Key words:** cough, bronchogenic cyst



Žáčková, P., Vašáková, M. Význam mezioborové spolupráce při léčbě pacientů se zánětlivým plicním onemocněním. *Kazuistiky v pneumologii* 2, č. 3: 28–30, 2005.

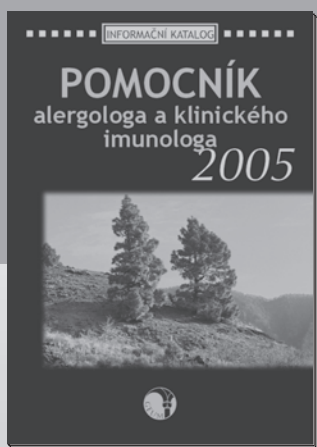
**Souhrn:** Na případu 59leté ženy léčené pro zánětlivý pleurální výpotek chceme demonstrovat důležitost mezioborové spolupráce při léčbě nemocných se zánětlivým plicním onemocněním, nutnost komplexního přešetření (s cílem stanovit jednoznačně patofyziologii procesu) a nezbytnost léčby nemocných s pleurálními komplikacemi na specializovaném pracovišti, které se touto problematikou zabývá.

**Klíčová slova:** hrudní empyém, operační řešení, bronchoskopie

**The importance of interdisciplinary cooperation in treatment of patient with inflammatory pulmonary disease**

**Summary:** By presenting the case of 59 years old female patient treated for inflammatory pleural exudate we would like to demonstrate the importance of interdisciplinary cooperation in treatment of patients with inflammatory pulmonary diseases; the need of a complex verification (aimed to provide unequivocal diagnosis of the patophysiology of the process) and the necessity to treat patients with pleural complications in a specialized department dealing with this issue.

**Key words:** chest empyema, surgical management, bronchoscopy



# POMOCNÍK

## informační publikace

### Pomocník alergologa a klinického imunologa

- 1 x ročně (28. 2.)
- pro lékaře pečující o alergiky, astmatiky a nemocné s ostatními imunopatologickými stavy (bez ohledu na specializaci) zdarma na základě jednoduché registrace
- zahrnuje:
  - instituce, úřady, spolky
  - léky a technika oboru
  - informační zdroje (citace, akce, internet, knihy...)



#### REGISTRACE K ODBĚRU:

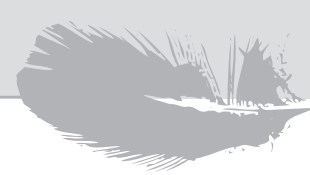
e-mailem: [geum@geum.org](mailto:geum@geum.org)

písemně: Nakladatelství GEUM, P. O. Box 436, 111 21 Praha 1

VYUŽIJTE INTERNETOVÝ ON-LINE FORMULÁŘ:

[www.geum.org/pa\\_objed.htm](http://www.geum.org/pa_objed.htm)

Distribuce pouze v ČR!



**Vyšehradský, R., Strapko, P., Plank, L., Straková, J., Poláček, H., Rozborilová, E. Je to sarkoidóza? Kazuistiky v pneumologii 2, č. 4: 4–10, 2005.**

**Súhrn:** Autori prezentujú prípad staršej pacientky s diagnózou sarkoidózy kože a pľúc, potvrdenou histologickým vyšetrením kožnej biopsie v roku 1996. Ďalší klinický a röntgenologický vývoj ochorenia však viedol k pochybnostiam o správnosti diagnózy. Uvedeným prípadom chcú dokumentovať, že sarkoidóza je stále chorobou mnohých tvárí a v niektorých prípadoch môže byť spektrum diferenciálnej diagnostiky veľmi široké. Konečné rozuzlenie všetkých sporných otázok v danom prípade umožnilo až histologické vyšetrenie biopsie supraklavikulárnej lymfatickej uzliny a rebiopsie kože.

**Kľúčové slová:** sarkoidóza, tuberkulóza, aktinická keratóza, systémové choroby spojiva, diferenciálna diagnostika

### Is it sarcoidosis?

**Summary:** Authors present a case of a senior female patient diagnosed with a skin and pulmonary form of sarcoidosis confirmed by histological examination of skin biopsy in 1996. However, the diagnosis had been disputed by the following clinical and radiological progress of the illness. In the presented case authors would like to document that sarcoidosis has been yet the disease of various characters and that in many cases the range of differential diagnosis could be very wide. The final decision of all controversial questions was made by histological examination of supraclavicular lymphatic node biopsy and skin re-biopsy.

**Key words:** sarcoidosis, tuberculosis, actinic keratosis, systemic connective tissue diseases, differential diagnosis

**Škvařilová, M., Jansa, P., Paleček, T., Horák, J., Šimek, S., Aschermann, M. Aneurysma arterie pulmonalis u nemocné s idiopatickou plicní arteriální hypertenzi. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 4: 11–16, 2005.**

**Souhrn:** Aneurysma arterie pulmonalis (AAP) je vzácnou klinickou jednotkou, která se nejčastěji vyskytuje v souvislosti s vrozenými kardiovaskulárními nebo plicními abnormalitami. Může však vzniknout i v důsledku těžké plicní arteriální hypertenze (PAH). Jen výjimečně není nalezeno další postižení; potom je označováno jako idiopatické AAP. Stanovení diagnózy je jednoduché, problémem je další léčba. Zatím nejsou k dispozici jednoznačná doporučení pro léčbu těchto nemocných. Nemocní s AAP mohou mít stenózu, nebo dokonce až okluzi kmene levé věnčité tepny vznikající útlakem z AAP. Chirurgická léčba s náhradou aneurysmatu konduitem nebo bandáží arterie pulmonalis je metodou volby u nemocných bez plicní hypertenze. V našem sdělení referujeme o mladé ženě s těžkou PAH a AAP komplikovaným útlakem proximálního úseku ramus interventricularis anterior (RIA) při abnormálním odstupu ramus circumflexus z pravého Valsalvova sinu. U nemocné jsme zatím volili farmakologickou léčbu.

**Klíčová slova:** aneurysma arterie pulmonalis, plicní hypertenze, stenóza kmene levé věnčité tepny

### Pulmonary artery aneurysm caused by idiopathic pulmonary hypertension

**Summary:** Pulmonary artery aneurysm (PAA) is rare clinical finding and appears mostly in association with significant cardiovascular or pulmonary abnormalities. PAA may be caused by pulmonary hypertension. Nevertheless, it seems that there is certain group of patients without presence of any serious cardiovascular or pulmonary abnormality, then we speak about idiopathic PAA. To determinate diagnosis is not difficult. However, guidelines for the treatment were not established. Some of the patients can suffer by left main coronary artery compression or occlusion by dilated main pulmonary artery. Surgical repair of the trunk aneurysm with graft replacement or banding of the pulmonary artery is possible in patients without pulmonary hypertension. We refer a young woman with PAA associated with severe pulmonary hypertension complicated by compression proximal segment of left anterior descending artery (left circumflex artery arising from the right sinus of Valsalva) in whom we did not indicate surgical correction.

**Key words:** pulmonary artery aneurysm, pulmonary hypertension, stenosis of left main coronary artery

**Bartoň, P., Dražna, M., Kerekes, Z. Zajímavé bronchologické (a morfologické) nálezy. 3. díl – Tuberkulóza. Kazuistiky v pneumologii 2, č. 4: 17–19, 2005.**

**Klíčová slova:** tuberkulóza, flexibilní bronchoskopie (FOB), bronchoskopické nálezy

**Interesting bronchological (and morphological) findings: Part 3 – Tuberculosis**

**Key words:** tuberculosis, flexible bronchoscopy (FOB), bronchoscopic findings