proLékaře.cz | 15.11.2026



# 25 let AKNÉ PORADNY V JIHLAVĚ

Dne 6. září 2024 se konal v hotelu Rytířsko u Jihlavy **seminář dermatovenerologů kraje Vysočina a přizvaných hostů ku příležitosti 25 let od založení Akné poradany v Jihlavě**. Seminář byl organizován kožním oddělením Nemocnice Jihlava a Jihlavskou medicínskou akademií pod záštitou České dermatovenerologické společnosti. Semináře se zúčastnili nejen dermatologové z kraje Vysočina, ale i pozvaní hosté z celé České republiky.

Po zahájení semináře všechny účastníky krátce pozdravili profesor MUDr. Petr Arenberger, DrSc. MBA, FCMA, předseda České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP, Mgr. Petr Ryška, primátor statutárního města Jihlava a MUDr. Lubomír Slavíček, Ph.D., člen vědecké rady Nemocnice Jihlava.

Následovaly dva bloky zajímavých přednášek. Jako první vystoupil *profesor MUDr. Petr Arenberger* s přednáškou **Vždyť já nejsem infekční.** Jednalo se o krátké video. V něm vystupoval reportér, u kterého byly maskéry uměle vytvořeny projevy lupénky na obličeji a v oblasti kštice. Tento "pacient" skrytou kamerou natočil, jak měl pro své kožní postižení velké obtíže s návštěvou holiče (zprvu byl kadeřnicí odmítnut) a následně nebyl puštěn pro svůj vzhled do bazénu. Pan profesor tímto videosnímkem názorně demonstroval problém kvality života a každodenních obtíží pacientů s postižením obličeje. Následovala přednáška *doc. MUDr. Karla Ettlera* s názvem **Laické narušení integrity kůže – piercing.** Jak pan docent uvedl, piercing je vytvoření vpichu do kůže až chrupavky pro umístění dekorativního šperku. Teoreticky může být umístěn kdekoli na povrchu těla. Motivací k provedení piercingu jsou etnické tradice, snaha o zvýšení sexuální přitažlivosti, sebemutilace nebo pouze sebemodifikace (snaha být zajímavý, odlišit se). Piercing má bohužel četná zdravotní i psychologická rizika. Ze zdravotních rizik jsou nejčastější bakteriální infekce (až u 45 %), méně častá jsou krvácení, hypertrofické jizvy až keloidy, cysty, granulomy a poškození tkáně. Přednáška byla doplněna "krásnými" ukázkami piercingu v nejrůznějších lokalizacích. *Asistentka MUDr. Nina Benáková* přednesla sdělení **Periunguální bělavé makuly.** Třináctiletý chlapec sledovaný jen pro alergickou rýmu byl přiveden pro obtíže na rukou trvající bez zjevné příčiny asi 2 měsíce. Objektivně bylo přítomno nápadné zbělení kůže, zejména na 3.–5. prstu, postihující proximální nehtové valy až k DIP kloubům, palpačně měkké, tvarově korelovalo s lokalizací nehtové matrix, nehty byly bez dystrofie. Jinak byla kůže na celém integumentu bez patologie. Histologické vyšetření ze 3. prstu pravé ruky ukázalo jen superficiální perivaskulární dermatitidu. Následně bylo náhodně nalezeno ložisko v pravém třísle, u něhož probatorní excize připouštěla diagnózu a teprve tehdy byla stanovena diagnóza lichen sclerosus jako jistá. Referovaný případ ukázal vzácné zprvu izololované akrální postižení (bez postižení nehtů) s teprve pozdějším vznikem typických projevů na těle. *MUDr. Luboš Drlík* se věnoval tématu **Golfer's purpura.** Postiženou byla 44letá žena, která přišla koncem léta pro otok a zarudnutí pravého bérce v distální třetině trvající asi týden, navíc




**Obr. 1.** Zahájení semináře k 25. výročí Akné poradny v Jihlavě

proLékaře.cz | 15.11.2026

se v posledních dvou dnech objevily stejné symptomy menšího rozsahu i na levém bérci. Projevy mírně pálily, svědily. Pacientka uvedla opakované mnohakilometrové pochody v těžším terénu za velmi teplého počasí. Jak pan primář ukázal, jednalo se o typické projevy ponámahové vaskulitidy (Exercise induced vasculitis, Golfer's purpura). Ta je v klinické praxi poměrně častá, ale poddiagnostikovaná. Postiženy jsou více ženy (60 %). Klinicky je patrný pálicí (43 %) či svědicí (31 %) plošný erytém (19 %), purpura (31 %), případně jejich kombinace (44 %), méně často urtikariální exantém na bércích po větší fyzické námaze v horku. Současně může být přítomný otok dolních končetin oboustranně či jednostranně (50 %). Projevy vynechávají oblast tlaku ponožek, mohou se ale rozšiřovat i distálně. Většinou spontánně vymizí během několika dnů bez zanechání pigmentace, recidivují případně při další fyzické námaze. Onemocnění je typické pro chodce, běžce, turisty, horolezce, golfisty. Pacienti bývají starší padesáti let. Léčebně se používají lokální kortikosteroidy, venofarmaka a komprese. Prevencí recidiv jsou nesteroidní antiflogistika, venofarmaka, zevní komprese. Znalost této nozologické jednotky vede k rychlému uklidnění pacienta, šetří případná další vyšetření a také nadbytečnou léčbu. *MUDr. Zuzana Nevoralová* pak před přestávkou přednesla sdělení týkající se **25 let Akné poradny v Jihlavě**. Akné poradna v Jihlavě byla založena 1. 9. 1999 při kožním oddělení Nemocnice v Jihlava po vzoru Akné poradny v Brně, kterou založila a dosud vede doc. Rulcová. Hlavní náplní poradny je léčba závažných forem akné a jiných chorob obličeje včetně korektivní a konzultační činnosti, dále přednášková a publikační činnost, výzkumná práce, vzdělávání ostatních lékařů, zapojení do činnosti Sekce akné České dermatovenerologické společnosti, zapojení do evropského vzdělávání (EADV). Akné poradna spolupracuje i se zahraničními institucemi (např. v San Diegu, USA). Za 25 let zde bylo ošetřeno již několik tisíc pacientů a několik dalších set zkonzultováno.

Po přestávce pokračoval odborný program přednáškou *MUDr. Renaty Páskové* **Hyperpigmentace zase jinak**. MUDr. Pásková se tentokrát věnovala hyperpigmentacím v oblasti dolních víček po kosmetickém výkonu. Uvedla, že základem opatření je přesně stanovit, o jaký typ pigmentace se jedná, a následně zvolit správné techniky řešení. Hyperpigmentace mohou být epidermální, dermální a epidermálně-dermální. Posledně jmenované tvoří většinu dermo-estetických indikací k terapeutickému řešení. Sekundární hyperpigmentace v periokulární oblasti po chirurgickém výkonu vznikají až ve fázi hojení do několika týdnů až měsíců. Ihned po chirurgickém výkonu je nutná celospektrální fotoprotekce – ochrana proti UVB, UVA i viditelnému světlu o vlnové délce 400–500 nm a IR-A. Pak následuje fáze terapie, která se dělí na časnou a pozdní fazi. V časné fázi jsou užívány látky s bělícím účinkem (např. ovocné kyseliny, fenol, resveratrol a řada dalších). Paní doktorka podrobně rozebrala látky s bělicím účinkem a možnosti jejich užití. Po této přednášce následovalo několik zajímavých kazuistik. Jako první uvedla svoji kazuistiku i s teoretickým sdělením **Kožní mastocytózy** *MUDr. Veronika Wertzová*. Ukázala případ malého chlapce s ložiskem na pravém rameni. Probatorní excise potvrdila diagnózu kožní mastocytózy, bylo doporučeno vyloučit systémovou formu onemocnění. Chlapec byl vyšetřen na dětské hemato-onkologické ambulanci, kde nebylo indikováno další vyšetřování. Nová ložiska se u pacienta již netvoří. Druhou pacientkou byla žena s diagnózou urticaria pigmentosa (UP). Jak paní doktorka uved-



**Obr. 2.** Pozorně poslouchající účastníci

proLékaře.cz | 15.11.2026

la, je UP nejčastější typ kožní mastocytózy. Klinicky jsou přítomna růžovohnědá makulózní až makulopapulózní ložiska. UP u dospělých může perzistovat, mohou být systémové projevy: flush (začervenání), svědění, hypotenze, bolesti břicha, průjem, anafylaxe, bolesti hlavy. Velmi důležité je myslet na systémovou mastocytózu. V závěru přednášky byla uvedena praktická doporučení pro diagnostiku UP, která zahrnují následující: klinický obraz, kožní biopsie, KO + diff., biochemie, tryptáza, UZ břicha, vyšetření opakovat á 3–12 měsíců, dle kliniky a hodnot tryptázy, eventuálně provést vyšetření na c-kit gen. Nutné je alergologické vyšetření (vybavení pohotovostním balíčkem), gastroenterologické vyšetření (prevence GIT komplikací) a hematologie (otázka indikace odběru kostní dřeně DEXA). V daném tématu pokračovala *MUDr. Jiřina Bartoňová* pod názvem **4měsíční chlapeček s tvorbou drobných puchýřků.** U tohoto hošíka byla během hospitalizace pozorována v místě tlaku a oděru oděvem tvorba urtikariálních papulek, pruhů až puchýřků s výbledem v okolí. Projevy přetrvávaly několik hodin až 1–2 dny a následně se hojily ad integrum. Pacient byl prošetřen, byla provedena biopsie, nález byl hodnocen jako kožní mastocytóza. Byl propuštěn s diagnózou suspektní systémová mastocytóza bez hematologického onemocnění. Dodatečně byla ale hlášena vysoká sérová hladina tryptázy. Byla provedena trepanobiopsie, obraz v kostní dřeni podporoval diagnózu systémové mastocytózy. Byla proto zahájena celková léčba Prednisonem v dávce 1,5 mg/kg/den, dávka byla postupně snižována na 0,2 mg/kg/den. U hošíka je kromě systémové mastocytózy s postižením kostní dřeně a pozitivní mutací c-kit bohužel přítomna i epilepsie a středně těžká až těžká mentální retardace. Pacient nyní užívá Cezeru, Pentatop (lék místo nyní nedostupného Nalcromu), Keppru, Topimark a Prednison 5 mg denně. V případě anafylaktické reakce má doporučeno aplikovat Epipen. *MUDr. Nikola Sádecká* ukázala **Kalcifylaktické defekty u mladší pacientky.** V úvodu podrobně popsala kalcifylaxi. Je to vzácná, život ohrožující vaskulopatie, která vede k ukládání krystalů vápníku a fosfátů v cévních stěnách mikrocirkulace, čímž dochází ke vzniku bolestivých, nehojících se ulcerací. Nejčastěji se vyskytuje u chronicky dialyzovaných pacientů (1–4 %). Mortalita dosahuje až 80 %. Přesná patogeneze kalcifylaxe není doposud zcela objasněná. Jde pravděpodobně o poruchu metabolismu kostí a kalcifikace cév na podkladě změn molekulárního a cytochemického systému regulujících mineralizaci a resorpci kostí. Dochází k abnormální homeostáze vápníku a fosfátů, čímž dochází k ukládání Ca-P produktů, vznikají krystaly v oblasti stěny cév, v lumenu těchto cév dochází k trombotizaci a následně k okluzi cév a infarktizaci tkáně. Charakteristické léze jsou: bolestivé kožní indurace na nepostižené kůži, červené až nafialovělé kožní barevné změny, livedo reticularis a racemosa, tuhé indurované noduly, nekrotické kožní okrsky s/bez příškvaru a suchá gangréna. Postiženými lokalitami jsou centrální oblasti s vyšším obsahem tuku. Typická je silná bolestivost. Základem je rozpoznat rizikového pacienta a zabránit vzniku pozdních komplikací kalcifylaxe. Je nutná úprava chronické farmakoterapie, lokální terapie defektů, často je nutná celková antibiotická terapie, thiosulfát sodný. Pomoci mohou bisfosfanáty, vitamin K, kalcimimetika, parathyreoeridektomie. V závěru paní doktorka referovala 59letou, těžce polymorbidní, obézní pacietku s projevy choroby na pahýlech obou DK, která přes intenzivní terapii exitovala. *MUDr. Petr Třeštík* uvedl **Zajímavé kazuistiky ze Svitav.** Ukázal řadu klinických obrazů: necrobiosis lipoidica diabeticorum, morbus Darier, případy rosacey s postižením oka, pacienta s operačně řešeným rinofymatem, dále velmi zajímavý případ onychodystrofie při dorzální cystě, erythema infectiosum u 5letého chlapce, ale i u 36leté ženy, kuchařky v mateřské škole, případ jizvícího lupus profundus. Všechny případy byly bohatě obrazově dokumentovány. Poslední přednášku s názvem **Závažné případy z Akné poradny v Jihlavě** přednesla *MUDr. Zuzana Nevoralová*. Uvedla 3 pacienty. Prvním byl 15letý hoch se závažnou formou acne conglobata doposud léčený na regionální kožní ambulanci vysokými dávkami perorálního izotretinoinu a nízkými dávkami kortikoidů s následným rozvojem acne fulminans sine fulminans. Izotretinoin byl proto vysazen, nasazeny vysoké dávky kortikoidů. Následně byla dávka kortikoidu pomalu snižována a dávka izotretinoinu pomalu navyšována. Druhým pacientem byl 18letý hoch s konglobátní akné na obličeji i na trupu a ložisky folliculitis decalvans ve kštici, u kterého se po 3 měsících navíc objevily závažné projevy hidradenitidy v axilách. Výrazně zlepšeného stavu bylo dosaženo úvodní léčbou p. o. kortikoidy a následně p. o. izotretinoinem, p. o. antihistaminikem a s. c. adalimumabem. Posledním pacientem byl muž s acne fulminans při léčbě upadacinibem pro závažnou formu ulcerózní kolitidy. Dávka upadacinibu byla postupně snížena ze 45 mg na 15 mg. Pacient byl léčen p. o. kortikoidy, pak antibiotiky a následně p. o. izotretinoinem. Stav se pomalu zlepšuje.

Po všech přednáškách následovala bohatá diskuse, která pokračovala i později po ukončení oficiální části semináře.

*Jihlava 3. 10. 2024*
*MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.*