proLékaře.cz | 22.11.2026

Posterová sekce

OŠETŘOVATELSTVÍ

P1/3007. KAZUISTIKA PACIENTKY S DIFÚZNÍM VELKOBUNĚČNÝM B-LYMFOMEM

Bujnochová P., Huserová M. (***klinika hematoonkologie, FN Ostrava***)

Naše kazuistika se týká 45leté ženy, která byla přijata v červenci 2015 na kliniku hematoonkologie – FN Ostrava s diagnózou difúzní velkobuněčný B- lymfom s exulcerací tumorózních mas v pravém třísle. Pacientce byla diagnóza a následná léčba započata v nemocnici v Novém Jičíně, ale z osobních důvodů, požadovala další léčbu ve FN Ostrava. U pacientky bylo provedeno PET vyšetření, kde zjištěny ložiska v pravém třísle, stehně, kosti kyčelní a obou plicích. Neustále se projevovala výrazná únava, nechutenství, svědění kůže a úbytek hmotnosti. V časových intervalech byly aplikovány postupně tři chemoterapie (R-ICE); (DA-EPOCH-R); (mini Dexa-BEAM). Tato léčba byla bez efektu. Defekt na stehně a třísle i po důkladném ošetřování a častých převazech se zvětšoval a nekrotizoval. Bylo nutné chirurgické ošetření. V říjnu z CT vyšetření nalezeny další ložiska v mediastinu a retroperitoneu. Byla zahájena již paliativní léčba. Pacientka byla s výsledkem své léčby srozuměna. Projevila přání poslední dny svého života strávit doma. Po důkladně nastavené analgetizaci a domluvě s mobilním hospicem Ondrášek, byla propuštěna do domácí péče. Desátý den po propuštění, v domácím prostřední a mezi svými blízkými, důstojně umírá. Naše práce se zaměřuje na psychosomatické problémy, jak u pacientky, tak i její rodiny. Chceme poukázat na psychické vypětí a komunikaci mezi pacientkou a zdravotním personálem, z důvodu, že se jednalo o osobu nám velmi blízkou - naší bývalou kolegyni.

P2/2948. VÝROBA DELEUKOTIZOVANÝCH RESUSPENDOVANÝCH ERYTROCYTŮ A JEJICH VÝHODY

Rousková M., Smital J., Otyepková M., Koukalová A., Galuszková D. (***Transfuzní odd., FN, Olomouc***)

Úvod: Hemoterapie představuje náhradu určité součásti krve, jejíž obsah je v cirkulaci snížený nebo došlo k poruše její funkce. Plná krev odebraná dárcům krve se v současnosti v hemoterapii již nepoužívá, před jejím použitím pro pacienta probíhají dodatečné úpravy. Jednou z významných úprav je snížení obsahu leukocytů dárce ve výsledném transfuzním přípravku (TP). Leukocyty přítomné v transfuzním přípravku jsou odpovědné za řadu nežádoucích účinků, jejich redukce vede např. ke snížení rizika výskytu febrilní reakce, přenosu virových infekcí, HLA aloimunizace. Použití deleukotizovaných TP je tak výhodnější zejména pro imunosuprimované pacienty, chronicky transfundované pacienty nebo děti. Jedinou nevýhodou deleukotizovaných transfuzních přípravků je jejich vyšší cena. Cíl: Popsat produkci deleukotizovaných resuspendovaných erytrocytárních transfuzních přípravků na Transfuzním oddělení FNOL. Metody: U odebrané plné krve standardně probíhá dělení na erytrocyty a plazmu, odsátí vrstvy buffy coatu a nahrazení plazmy výživným roztokem pro erytrocyty (resuspenze). Tak vznikají erytrocyty bez buffy coatu resuspendované (EBR), což je v hemoterapii nejběžnější erytrocytární transfuzní přípravek. Pokud je při odběru plné krve od dárce použit navíc leukocytární filtr, vzniknou erytrocyty resuspendované deleukotizované bez buffy coatu (ERD). Dodatečně lze deleukotizovat přes filtr také již vyrobené EBR, vzniknou potom erytrocyty bez buffy coatu resuspendované deleukotizované (EBRD). Deleukotizované erytrocyty lze odebrat dárci i pomocí separátoru, získáme potom erytrocyty z aferézy resuspendované deleukotizované (EARD). ERD, EBRD a EARD se tedy liší jen způsobem výroby, výsledný produkt je stejný. Jakostní parametry: Reziduální obsah leukocytů v deleukotizovaných erytrocytárních TP musí být menší než 1x106. Kontrolní laboratoř TO FNOL provádí kontrolu jakosti u 1 % všech vyrobených transfuzních jednotek, nejméně 10 jednotek měsíčně. Výsledky: Z vyrobených deleukotizovaných erytrocytárních TP na TO FNOL převažují ERD (89%), EBRD (10%) se vyrábějí převážně jen pro pokrytí většího výdeje konkrétní krevní skupiny, EARD (1%) se vyrábějí nejméně. Ze všech vydaných erytrocytárních TP z TO FNOL tvoří v současnosti deleukotizované přípravky asi 20% (21% v roce 2015, 20% v roce 2014, 18% v roce 2013). Většina směřuje k pacientům Hemato-onkologického oddělení a Kardiochirurgického oddělení, také transfuzní přípravky vydávané na Dětskou kliniku jsou povětšinou

proLékaře.cz | 22.11.2026

deleukotizované. Kontroly kvality deleukotizovaných transfuzních přípravků vycházejí dlouhodobě bezproblémově. Závěr: Z hlediska bezpečné hemoterapie přinášejí deleukotizované erytrocytární transfuzní přípravky významné výhody, vliv deleukotizace na snížení výskytu nežádoucích účinků transfuze byl prokázán v řadě studií. V ideálním případě můžou zcela nahradit nejběžněji používané EBR, což by ovšem naráželo na zvýšenou finanční zátěž. V řadě zemí na světě probíhá deleukotizace všech transfuzních přípravků již běžně. Navýšení výroby deleukotizovaných erytrocytárních transfuzních přípravků je jedním z dlouhodobých cílů kvality TO FNOL.

P3/ 2936. IMPLEMENTACE MANAŽERKY I.V. VSTUPŮ NA TRANSFUZNÍM ODDĚLENÍ S CÍLEM TRVALÉHO SNIŽOVÁNÍ KOMPLIKACÍ U DÁRCŮ

Koukalová A., Žochová R., Galuzsková D. (***Transfuzní odd., FN, Olomouc***)

Úvod: Příspěvek prezentuje nově zavedenou funkci manažerky i.v. vstupů a její význam pro chod Transfuzního oddělení Kvalifikační požadavky kladené na manažerku i.vstupů na TO : specializační vzdělání, praxe v oboru min. 3 roky praxe na odběrovém sále, kurz v péči o i.vstupy nebo jiné školení v dané tématice. Cílem: implementace manažerky i.v. vstupu na naše oddělení je trvalé snižování komplikací u Její úkolem je identifikovat příčiny komplikací, stanovit jednotný postup při stanovaní nápravných nebo preventivních opatřeních. Vstupně jsou definovány jednotlivé druhy komplikací (přepichy, nedokončené odběry, problém v žíle, odběr nad 10 min., nevolnost, kolaps, technické komplikace a příměs erytrocytů při přístrojových odběrech.), ty jsou po odběru zaznamenány všeobecnou sestrou. Výsledky: Od roku 2004 je sledování komplikací pravidelně vyhodnocováno za celý rok. Kompetence manažerky i.v. vstupů 1. Zaškolení nelékařského personálu v rámci adaptačního procesu ve správné technice venepunkce. 2. Periodické proškolování nelékařského personálu v technice venepunkce 1 x ročně. 3. Zavedení techniky odběrů v odběrové místnosti krevních vzorků: volba slabší žíly k odběru krevních vzorků a ponechání kvalitnějšího žilního vstupu k odběru (plné krve nebo přístrojovému odběru). 4. Na základě vyhodnocení sledovaných komplikacích spolupracovat na stanovování nápravných opatření. Tabulka sledovaných komplikací Jednotlivé sledované komplikace hlavně u aferetických odběrů vykazují za 11 let klesající trend a to zřejmě vlivem pečlivého hodnocení vhodnosti dárce pro aferézy. U odběrů plné krve=běžné odběry dárců je trend komplikací kolísavý a to v závislosti na počtech prvodárců, jejich přípravy před odběrem a zaškolování nových zaměstnanců na odběrovém sále. Nápravné opatření: stanovení přísnějších kritérii ve výběru zaměstnanců na odběrový sál a získávání prostřednictvím náborových aktivit nových dárců s důrazem na edukace vzhledem ke příjmu potravy a pitného režimu před odběrem. Závěr: Implementací funkce manažerky i.v.vstupů a sledováním komplikací u dárců je dosaženo naplnění cílu snižovat, respektive předcházet komplikacím v průběhu všech odběrů u dárců.

P63/2856. KAZUISTIKA U HIV POZITIVNÍHO PACIENTA S DIAGNÓZOU NON-HODGKINŮV LYMFOM

Konupčíková P., Uvízlová E., Labudíková M., Machová R. (***Hematoonkologická klinika, Fakultní nemocnice, Olomouc***)

V září roku 2014 jsme se na Hemato-onkologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci poprvé setkali s HIV pozitivním pacientem, u něhož byl nově diagnostikován non-Hodgkinův lymfom. V posledním desetiletí po zavedení vysoce aktivní antiretrovirové terapie došlo k signifikantnímu snížení rizika vzniku lymfomu u HIV pozitivních nemocných. Výskyt non-Hodgkinových lymfomů (NHL) je u HIV pozitivních pacientů zvýšen 60-200x (dle WHO). K nejčastěji diagnostikovaným lymfomům patří agresivní B-lymfomy, především Burkittův lymfom a Difuzní velkobuněčný B-lymfom, který byl z provedené kožní biopsie diagnostikován u našeho pacienta. Non-Hodgkinské lymfomy jsou nádorová onemocnění, která vycházejí z nekontrolovatelného bujení lymfatických buněk zodpovědných za imunitu , postihují nejen lymfatické uzliny, ale kterýkoliv jiný orgán v těle. Difuzní velkobuněčný B-lymfom je nejčastější a vysoce maligní. Přes svoji agresivitu bývá dobře citlivý na léčbu. Více než polovinu pacientů s nepokročilým postižením a nízkým indexem rizika je možno zcela uzdravit intenzivní chemo-imunoterapií. U naprosté většiny pacientů nelze příčinu onemocnění určit. Zvýšený výskyt lze sledovat u pacientů s oslabenou imunitou po provedených transplantacích, podíl mohou mít i infekce, vyvolané např. virem Epstein-Barrové, Helicobakter pylori v případě lymfomu žaludku, nebo právě u nemocných s HIV. HIV= human immunodeficienty virus = vir lidského imunodeficitu , tedy vir napadající lidskou obranyschopnost. Virus HIV napadá v lidském organismu skupinu bílých krvinek T-lymfocyty, ve kterých se množí, později je zabíjí a snižuje tak jejich počet v těle nakaženého člověka. T-lymfocyty hrají důležitou roli

proLékaře.cz | 22.11.2026

v obranyschopnosti lidského organismu, jejich pokles vede k selhání imunity a rozvoji onemocnění, které bylo poprvé popsáno v roce 1981 ve Spojených státech Amerických a které dostalo později název AIDS. HIV virus byl objeven v roce 1983. V současné době jsou známy dva typy lidských virů způsobujících toto onemocnění a to HIV-1 a HIV-2. Za světovou pandemii HIV infekce je zodpovědný hlavně virus HIV-1, který se vyskytuje v Evropě a na Americkém a Asijském kontinentu. HIV-2 zůstává lokalizován zejména v oblastech západního pobřeží Afriky. Základem léčby je antivirová terapie, jejím cílem je alespoň zpomalit množení viru HIV a předejít tak zhroucení imunitního systému. Konečný cíl protiretrovirové terapie – eliminace viru v organismu není zatím vyřešen.

MNOHOČETNÝ MYELOM

P4/2871. ZKUŠENOSTI S LÉČBOU VZÁCNÉ GAMAPATIE SCHNITZLER SYNDROMU A ERDHEIMOVY-CHESTEROVY CHOROBY INHIBITOREM RECEPTORU INTERLEUKINU-1, PREPARÁTEM ANAKINRA

Adam Z., Krejčí M., Pour L., Sandecká V., Szturz P., Vetešníková E. (***Interní hematologická a onkologická klinikaLF MU a FN, Brno***)

Schnitzler syndrom je velmi vzácné onemocnění provázení monoklonálním imunoglobulinem Pro stanovení této diagnózy byla přijata Štrasburská kritéria (neinfekční horečka, chronická kopřivka, změny kostní struktury, leukocytóza a zvýšená hodnoty zánětlivých markerů – CRP a přítomnost monoklonálního imunoglobulinu většinou typu IgM, zcela výjimečně IgG. Léčbou volby pro tuto nemoc je blokáda účinků interleukinu-1. V praxi je nejčastěji využíván antagonista receptoru pro interleukin-1, anakinra. V současnosti se objevují zprávy i o použití dalších léků blokujících účinek interleukinu-1, canakinumab a rilonacept. Dlouhodobě léčíme 4 pacienty preparátem anakinra (108, 72. 33 a 32 měsíců). U všech nemocných jsme začali s aplikací anakinry v dávce 100 mg 1x denně. Při dávkování 100 mg 1x denně vymizely kompletně všechny příznaky u 3 nemocných, pouze u jednoho nemocného došlo k ústupu příznaků asi o 75 % nikoliv však k úplnému vymizení. Tento pacient by zřejmě potřeboval navýšení dávky alespoň ve dnech se spontánním zintenzivněním potíží. U jednoho ze 3 pacientů, u nichž příznaky při dávkování 1x denně zcela vymizely, se po roce léčby ukázalo dostačující podávat anakinru ve 48hodinových intervalech. Delší prodloužení intervalu mezi aplikacemi však netoleruje. V průběhu léčby jsme nezaznamenali žádné nežádoucí účinky anakinry a v průběhu léčby nedochází k poklesu účinnosti, aplikace anakinry jsou stejně účinné jako na začátku léčby, v průběhu let se však zvyšuje koncentrace monoklonálního imunoglobulinu a v literatuře jsou popsány transformace nejčastěji v lymfoplazmocytární lymfom a proto kontrolujeme dřeň trepanobiopsií při závažném vzestupu koncentrace monoklonálního IgM. Erdheimova-Chesterova choroba je nemoc ze skupiny xanthogranulomu. Způsobuje také teploty, bolestí kostí hlavně dlouhých a způsobuje také fibrózu v oblasti tělních dutin a fibrotické změny cévních stěn. Popsaných léčebných alternativ je více (2-chlorodeoxyadenosin, thalidomid, lenalidomid) ale také anakinra. U jednoho z našich pacientů nereagovala jeho nemoc na žádnou z podaných léčebných alternativ vyjma anakinra. Od roku 2011 je léčen anakinrou (KINERET) a díky kterému jsou normální parametry zánětu a hlavně dle CT hodnocení jsou fibrotické změny retroperitonea stabilní, bez progrese, které pacienty ohrožuje hydronefrózou. Anakinra je přínosem minimální pro dvě krevní choroby - Schnitzler syndrom a Erdheimovu-Chesterovu chorobu.

P5/2875. DIAGNOSTIKA A PROGNOSTICKÁ STRATIFIKACE PACIENTŮ S WALDENSTRÖMOVOU MAKROGLOBULINÉMIÍ – ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

Křupková L., Pika T., Divoká M., Orviská M., Minařík J., Papajík T. (***Hemato-onkologická klinika, FN a LF UP, Olomouc***)

Úvod: Waldenströmova makroglobulinémie (WM) je vzácná hematologická malignita definovaná jako lymfoplazmocytární lymfom s infiltrací kostní dřeně a přítomností monoklonálního imunoglobulinu IgM v séru. U více než 90 % pacientů s WM je přítomna bodová mutace L265P v genu MYD88 a současně jedna třetina těchto pacientů nese frameshift (WHIM-FS) nebo non-sense (WHIM-NS) mutaci v genu CXCR4. Mutace v genu CXCR4 způsobují vznik předčasného stop kodonu, což má za následek zkrácení výsledného proteinového produktu a hyperaktivaci CXCR4-zprostředkované