



Lékařská fakulta
v Hradci Králové
Univerzita Karlova



ČESKÁ SPOLEČNOST
OTORINOLARYNGOLOGIE
A CHIRURGIE HLAVY A KRKU

Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN Hradec Králové a LF HK

87. KONGRES ČESKÉ SPOLEČNOSTI OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU ČLS JEP



ARKON
PRODUKCE

8.- 10. 6. 2026, HRADEC KRÁLOVÉ

WWW.ORL2026.CZ

SBORNÍK ABSTRAKTŮ

Příspěvky ve sborníku abstraktů byly předneseny na kongresu

87. KONGRES ČESKÉ SPOLEČNOSTI OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU ČLS JEP, konaný ve dnech 8.–10. 6. 2026 v Hradci Králové.

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, autorskými korekturami ani korekturami organizačního výboru.

Redakce nenesे odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

Organizační zajištění kongresu, vydavatel:

Ing. Šárka Martiníková Marenová

U Chatek 1444/1C

725 25 Ostrava 25

Tel.: +420 774 889 264

E-mail: martinikova@arkon-produkce.cz

<https://orl2026.cz/>

1. vydání

Ostrava 2026

978-80-909402-8-4

DĚKUJEME VŠEM PARTNERŮM A VYSTAVOVATELŮM ZA PODPORU,
BEZ JEJICH POMOCI BYCHOM NEMOHLI KONFERENCI POŘÁDAT.

STŘÍBRNÝ PARTNER



Synektik



VIATRIS

PARTNER



AstraZeneca

AudionIKA
MED⁹EL

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

OLYMPUS



ReSound GN

Resmed

sanofi

PARTNER KULATÝCH STOLŮ

AstraZeneca

promedica

sanofi

Cochlear[®]
Hear now. And always

PHONAK
life is on

PARTNER KÁVOVÉ PŘESTÁVKY

AstraZeneca

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

EarWell[®]

MSD

SYS
MEDICAL

Synektik

PARTNER WORKSHOPŮ

Medtronic

Synektik

INTUITIVE

Da Vinci SP

Designed for narrow,
alternative access,
and extraction site
surgery.



Synektik

SYNEKTIK Czech Republic s.r.o.
Spaces Smichoff, Plzeňská 3350/18, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Czech Republic
E-mail: contact@synektik.eu
www.synektik.cz

DUPILUMAB – PODMÍNKY ÚHRADY V INDIKACI CHRONICKÁ RINOSINUSITIDA S NOSNÍ POLYPÓZOU (CRSwNP):

DUPILUMAB JE HRAZEN jako přídatná terapie k intranazálním kortikosteroidům u dospělých s těžkou chronickou rinosinuitidou s oboustrannými nosními polypy a po předchozím endoskopickém sinonazálním chirurgickém výkonu (pokud není kontraindikován) nebo při nedostatečné účinnosti či kontraindikaci systémových kortikosteroidů.

Úspěšnost terapie se vyhodnotí po 24 týdnech od zahájení léčby a dále nejméně každých 24 týdnů.

Léčba bude ukončena v těchto případech:

- nedosažení redukce SNOT-22 o více nebo rovno 8,9 bodu a redukce skóre nosních polypů (NPS) nejméně 1 v týdnu 24 v porovnání s výchozím stavem,
- nezvládnutelné nežádoucí účinky,
- nedostatečná adherence k léčbě,
- zhoršení skóre SNOT-22 o 9 bodů nebo NPS při dvou po sobě následujících kontrolách v rozmezí 24 týdnů.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je hrazeno:⁴

- do 24. týdne léčby 2 podání za 4 týdny,
- po 24. týdně léčby 1 podání za 4 týdny.

DUPIXENT®
(dupilumab)

JEDINÉ DUÁLNÍ BIOLOGIKUM, KTERÉ PŘÍMO PŮSOBÍ NA SIGNALIZACI IL-4 A IL-13, ČÍMŽ SNIŽUJE RIZIKO ZÁNĚTU TYPU 2 U CHRONICKÉ RINOSINUSITIDY S NOSNÍ POLYPÓZOU¹⁻³

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Dupixent 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru, Dupixent 300 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru. **Léčivá látka:** Dupilumab. **Indikace:** **Atopická dermatitida (AD):** Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké AD u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let a starších, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii, a k léčbě těžké atopické dermatitidy u dětí ve věku od 6 měsíců do 11 let, které jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii. **Astma:** Dupixent je indikován jako přídatná udržovací léčba u dospělých, dospívajících od 12 let a dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem se zánětem typu 2 charakterizovaným zvýšeným počtem eozinofilů v krvi a/nebo zvýšením množství exhalovaného oxidu dusnatého (FENO), jejichž nemoc není dostatečně kontrolována inhalačními kortikosteroidy (IKS) ve vysokých dávkách (v případě dětí od 6 do 11 let ve středních až vysokých dávkách) a dalším léčivým přípravkem k udržovací léčbě. **Chronická rinosinuitida s nosní polypózou (CRSwNP):** Dupixent je indikován jako přídatná terapie k intranazálním kortikosteroidům pro léčbu dospělých s těžkou CRSwNP, u nichž terapie systémovými kortikosteroidy a/nebo chirurgický zákrok nezajišťují dostatečnou kontrolu onemocnění. **Prurigo nodularis:** Přípravek Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké prurigo nodularis (PN) u dospělých, kteří jsou vhodnými kandidáty pro systémovou terapii. **Eozinofilní ezofagitida (EoE):** Přípravek Dupixent je indikován k léčbě eozinofilní ezofagitidy u dospělých, dospívajících a dětí ve věku od 1 roku s tělesnou hmotností alespoň 15 kg, jejichž onemocnění není dostatečně kontrolováno konvenční léčbou, netolerují ji nebo kteří nejsou pro konvenční léčbu vhodnými kandidáty. **Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN):** Dupixent je indikován jako přídatná udržovací léčba nekontrolované chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) charakterizované zvýšeným počtem eozinofilů v krvi v kombinaci s inhalačním kortikosteroidem (IKS), dlouhodobě působícím beta2-agonistou (LABA) a dlouhodobě působícím muskarinovým antagonistou (LAMA) nebo v kombinaci s LABA a LAMA, nejsou-li IKS vhodné. **Chronická spontánní urtikarie (CSU):** Přípravek Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké chronické spontánní urtikarie u dospělých, dospívajících a dětí (ve věku od 2 let) s nedostatečnou odpovědí na H1-antihistaminika a kteří dosud nebyli léčeni anti-IgE terapií CSU. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Dávkování a způsob podání subkutánní injekce:** **Atopická dermatitida:** Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden formou subkutánní injekce. U dospívajících pacientů ve věku od 12 do 17 let s hmotností méně než 60 kg: úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden. U dospívajících s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 60 kg: úvodní dávka 300 mg v den 1, následovaná dávkou 300 mg v den 15, a následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny (Q4W), počínaje 4 týdny po dávce v den 15. Dávka může být u pacientů s tělesnou hmotností 15 kg až méně než 60 kg na základě posouzení lékařem zvýšena na 200 mg Q2W. U dětí ve věku 6 až 11 let s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s hmotností 5 až méně než 15 kg: úvodní dávka 200 mg, následovaná dávkou 200 mg každé 4 týdny. U dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s hmotností 15 až méně než 30 kg: úvodní dávka 300 mg, následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny. Dupilumab v předplněném peru je určen k použití u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 2 let. Dupilumab v předplněné injekční stříkačce je určen k použití u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 6 měsíců. Dupilumab lze používat s topickými kortikosteroidy (TKS) nebo bez nich. U pacientů, u nichž nebyla po 16 týdnech léčby zaznamenána žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby AD. **Astma:** Doporučená dávka dupilumabu u dospělých a dospívajících (od 12 let a starších): U pacientů s těžkým astmatem užívajících perorální kortikosteroidy nebo u pacientů s těžkým astmatem a komorbidní středně těžkou až těžkou AD nebo u dospělých pacientů s komorbidní těžkou CRSwNP je úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U všech ostatních pacientů je úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden podávanou formou subkutánní injekce. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 30 kg: 300 mg každé 4 týdny (Q4W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 30 kg až méně než 60 kg: 200 mg každý druhý týden (Q2W) nebo 300 mg každé 4 týdny (Q4W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 60 kg nebo více: 200 mg každý druhý týden (Q2W). U pediatrických pacientů (ve věku od 6 do 11 let) s astmatem a komorbidní těžkou atopickou dermatitidou má být podle schválené indikace dodržována doporučená dávka uvedená pro atopickou dermatitidu. Pacienti užívající současně perorální kortikosteroidy mohou snížit dávku steroidů, pokud již léčbou dupilumabem došlo ke klinickému zlepšení. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. Potřeba pokračování v léčbě má být zvážena nejméně jednou ročně na základě lékařského vyhodnocení závažnosti příznaků astmatu u pacienta. **CRSwNP:** Doporučená úvodní dávka u dospělých pacientů je 300 mg dupilumabu, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. U pacientů, u nichž nebyla po 24 týdnech zaznamenána žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby. **Prurigo nodularis:** Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg (dvě 300mg injekce), následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab lze používat s topickými kortikosteroidy nebo bez nich. **Eozinofilní ezofagitida:** Doporučená dávka dupilumabu u pacientů s tělesnou hmotností alespoň 15 kg až méně než 30 kg je 200 mg každý druhý týden (Q2W), s tělesnou hmotností 30 kg až méně než 40 kg je 300 mg každý druhý týden (Q2W), s tělesnou hmotností 40 kg nebo více je 300 mg každý druhý týden. **CHOPN:** Doporučená dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 300 mg, podávaná každý druhý týden. **Chronická spontánní urtikarie:** Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg podávanou každý druhý týden. U dětí a dospívajících pacientů ve věku od 6 do 17 let: s hmotností 15 kg až méně než 30 kg: úvodní dávka 300 mg v den 1 následovaná dávkou 300 mg v den 15, následně 300 mg každé 4 týdny (Q4W), počínaje 4 týdny po dávce podané v den 15; s hmotností 30 kg až méně než 60 kg: úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden (Q2W); s hmotností více než 60 kg: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 2 do 5 let: s hmotností 5 kg až méně než 15 kg: úvodní dávka 200 mg, následovaná dávkou 200 mg každé 4 týdny (Q4W). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Dupilumab není určen k léčbě akutních příznaků ani akutních exacerbací astmatu nebo CHOPN. Dupilumab není určen k léčbě akutního bronchospazmu ani status asthmaticus. Po zahájení léčby dupilumabem se nesmí náhle vysadit systémové, topické či inhalační kortikosteroidy. **Hypersenzitivita:** Pokud dojde k systémové hypersenzitivní reakci (okamžitě nebo opožděně), musí být podávání dupilumabu okamžitě přerušeno a musí být zahájena příslušná léčba. **Eozinofilní stav:** U dospělých pacientů léčených dupilumabem, kteří se zúčastnili programu zaměřeného na vývoj astmatu, byly hlášeny případy eozinofilní pneumonie a případy vaskulitidy konzistentní s eozinofilní granulomatózou s polyangiitidou (EGPA). **Parazitární infekce (helminthózy):** Pacienti se známými parazitárními infekcemi byli vyloučeni z účasti v klinických studiích. Pacienti s již existujícími parazitárními infekcemi mají být léčeni ještě před zahájením léčby dupilumabem. Pokud se pacienti nakazí během léčby dupilumabem a nereagují na antiparazitární léčbu, musí být léčba dupilumabem přerušena, dokud infekce neodezní. **Příhody související s konjunktivitidou a keratitidou:** Pacienti léčení dupilumabem, u nichž dojde k rozvoji konjunktivitidy přetrvávající po standardní léčbě nebo pacienti se známými a příznaky naznačujícími keratitidu, mají v případě potřeby podstoupit oftalmologické vyšetření. **Komorbidní astma:** Pacienti léčení dupilumabem pro středně těžkou až těžkou AD nebo těžkou CRSwNP, kteří mají také komorbidní astma, nemají upravovat nebo přerušovat léčbu astmatu bez konzultace s lékařem. Pacienti s komorbidním astmatem mají být pečlivě sledováni po vysazení dupilumabu. **Očkování:** Živé nebo atenuované vakcíny se nemají aplikovat při podávání dupilumabu, protože nebyla stanovena jejich klinická bezpečnost a účinnost. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Interakce:** V klinické studii u pacientů s AD byly hodnoceny účinky dupilumabu na PK substrátů CYP. Účinek dupilumabu na PK souběžně podávaných léčiv se nepředpokládá. **Fertilita, těhotenství a kojení:** **Těhotenství:** Údaje o podávání dupilumabu těhotným ženám jsou omezené. Dupilumab lze v těhotenství použít pouze tehdy, pokud potenciální přínos převládá potenciální riziko pro plod. **Kojení:** Není známo, zda se dupilumab vylučuje do lidského mateřského mléka nebo zda je systémově absorbován po perorálním podání. Je třeba rozhodnout, zda je vhodné přerušit kojení nebo přerušit léčbu dupilumabem s přihlédnutím k přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. **Fertilita:** Studie na zvířatech neprokázaly zhoršení fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Dupilumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky při léčbě atopické dermatitidy, astmatu a CRSwNP jsou reakce v místě injekce (včetně erytému, edému, pruritu, bolesti a otoku), konjunktivitida, alergická konjunktivitida, artralgie, herpes úst a eozinofilie. Dalším nežádoucím účinkem hlášeným při léčbě EoE a CHOPN byla modřina v místě injekce. U pacientů s CHOPN a CSU byly hlášeny další nežádoucí účinky, jako je indurace v místě injekce a dermatitida v místě injekce. U pacientů s CHOPN byly hlášeny další nežádoucí účinky, jako je vyrážka v místě injekce, a u pacientů s CSU byl hlášen hematom v místě injekce. Vzácně byly hlášeny případy sérové nemoci, reakce podobné sérové nemoci, anafylaktické reakce a ulcerózní keratitidy. **Předávkování:** Pro předávkování dupilumabem neexistuje žádná specifická léčba. V případě předávkování je třeba u pacienta sledovat jakékoliv známky a příznaky nežádoucích účinků a okamžitě zahájit vhodnou symptomatickou léčbu. **Doba použití roztoku:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce (2° C – 8° C). Chránit před mrazem, uchovávat v původní krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Dupixent 200 mg v 1,14 ml roztoku a Dupixent 300 mg v 2 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru. **Registrační čísla:** EU/1/17/1229/005-006, 008-010, 012-014, 016-018, 020, 023-028. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly. **Datum poslední revize textu:** 8. 4. 2026. Přípravek Dupixent je vydáván pouze na lékařský předpis, je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým pacientům, pediatrickým a dospívajícím pacientům s těžkou formou atopické dermatitidy od 6 let do 18 let, v léčbě dospělých pacientů s těžkou CRSwNP a v léčbě dospělých a dospívajících pacientů od 12 let věku s těžkým refrakterním eozinofilním astmatem. V indikaci u dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s těžkou formou atopické dermatitidy, u dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem, prurigo nodularis, eozinofilní ezofagitida a CHOPN není dosud hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. **Další informace jsou k dispozici na adrese:** Sanofi s.r.o., Generála Píky 430/26, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111 nebo na www.sanofi.cz.

Reference: 1. SPC léčivého přípravku Dupixent, datum revize textu 8. 4. 2026. 2. Gandhi NA, Bennett BL, Graham NMH, Pirozzi G, Stahl N, Yancopoulos GD. Targeting key proximal drivers of type 2 inflammation in disease. *Nat Rev Drug Discov.* 2016;15(1):35–50. doi:10.1038/nrd4624. 3. Schleimer RP. Immunopathogenesis of chronic rhinosinusitis and nasal polyposis. *Annu Rev Pathol.* 2017;12:331–357. doi:10.1146/annurev-pathol-052016-100401. 4. www.sukl.cz po zadání vyhledávacího kritéria Dupixent.

MAT-CZ-2400010-5.0-05/2026. Účteno pro odbornou veřejnost.

sanofi **REGENERON**

Sanofi s.r.o.
Generála Píky 430/26, Dejvice, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111, e-mail: cz-info@sanofi.com

DUPIXENT®
(dupilumab)

OBSAH

PRE-KONGRESOVÉ SYMPOZIUM

Moderní trendy a praktické postupy v současné otoneurologii

Novinka v diagnostice závratí: Binokulární Video Head Impulse Test

Stříteská M. (Hradec Králové)

Vestibulární migréna v dětském věku

Čada Z. (Praha)

Využití virtuální reality k vestibulární rehabilitaci u pacientů po operaci vestibulárního schwannomu

Balatková Z. (Praha)

BPPV – diagnostika a terapeutické manévry

Califano L. (Benevento, Italy)

Kazuistiky atypických případů BPPV

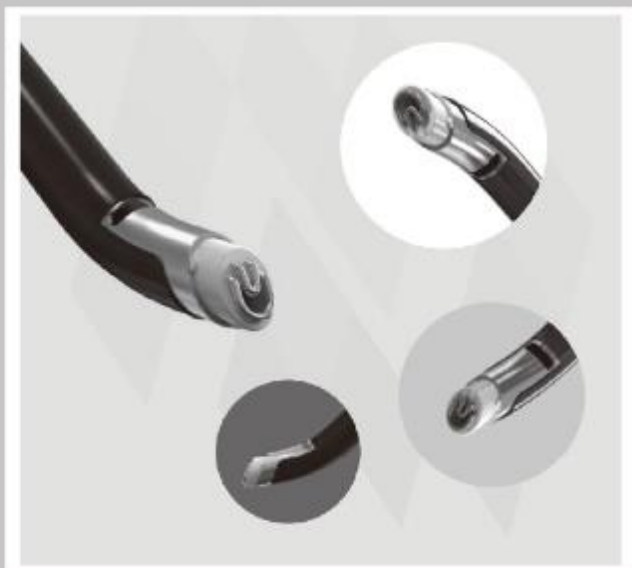
Kozinkyna-Marchenko K. (Ústí nad Orlicí)

RF plazma generátor pro ORL

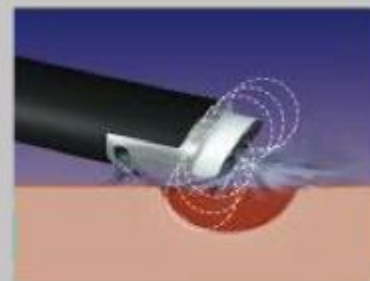
NMPA



CE 0197



**Inovované elektrody
s vylepšeným průtokem pro
precizní řez, ablaci a
koagulaci v chirurgii báze
lebeční**



SEZNAM KULATÝCH STOLŮ

RT1 – Stenózy hrtanu a průdušnice

Předoperační vyšetření a endoskopie

Švejdová A. (Hradec Králové)

Zobrazovací metody

Mikšík L. (Praha)

Stenózy hrtanu

Zeleník K. (Ostrava)

Stenózy subglotis a cervikální trachey

Zábrodský M. (Praha)

Pohled pneumologa

Koblížek V. (Hradec Králové)

Pohled hrudního chirurga

Lischke R. (Praha)

RT2 – Kognice a sluch

Proč by měl ORL lékař vyšetřovat paměť a řeč?

Profant O. (Praha)

Typy demencí

Bartoš A. (Praha)

Vztah výsledků audiologických vyšetření a kognitivních schopností?

Profant O. (Praha)

Velmi krátké testy ALBA a POBAV ke snadnému vyšetření paměti a řeči

Bartoš A. (Praha)

Výsledky vyšetření kognitivních testů v ORL ambulanci, na co si dát pozor

Čapková D. (Praha)

Nastavení sluchadel u pacientů s kognitivním deficitem (15 minut)

Murgašová L. (Praha)

RT3 – Od screeningu sluchu po kochleární implantaci a poté

Screening novorozenci

Chrobok V., Dršata J., Hejduk K. (Hradec Králové, Praha)

Současný stav CI v ČR, jak dále?

Bouček J. (Praha)

Genová terapie nedoslýchavosti

Kremlíková Pourová R. (Praha)

Praktické rady bioinženýra

Krejzlová P., Bauer L., Svobodová S. (Hradec Králové, Praha)

Praktické rady: Meningitida a hluchota

Urík M. (Brno)

Praktické rady: Středoušní zánět po CI

Čada Z. (Praha)

RT4 – Poleptání polykacích cest

První vyšetření a triáž

Černá Pařízková R. (Hradec Králové)

Poleptání dospělého – pohled ORL

Pokorný K. (Pardubice)

Poleptání dospělého – pohled gastroenterologa

Cyrany J. (Hradec Králové)

Poleptání dítěte – pohled pediatra

Melek J. (Hradec Králové)

Poleptání dítěte – pohled ORL

Jurovčík M. (Praha)

Úloha zobrazovacích metod

Štefánek M. (Praha)

Indikace k chirurgické intervenci při poleptání polykacích cest

Lochman P. (Hradec Králové)

RT5 – Chrapot a hlasová terapie

Základní pojmy – chraptivost, dyšnost nebo drsnost, dyšnost, slabost, spasticita (GRBAS)

Vydrová J. (Praha)

Kmitavý pohyb sliznice hlasivek a jeho diagnostika

Švec G. J. (Olomouc)

Současné možnosti chirurgických přístupů

Lukeš P. (Praha)

Konzervativní hlasová terapie a její principy

Néma K. (Hradec Králové)

Hlasové protézy

Janoušková K. (Praha)

RT6 – Současná a budoucí forenzní rizika v klinické medicíně

Forenzní aspekty medicíny a defenzivní medicína.

Černý V. (Hradec Králové, Ústí nad Labem)

Právní aspekty lékařského povolání

Michálek R., Pilař V. (Pardubice)

Informovaný souhlas jako proces: právo, judikatura a nové technologie v klinické praxi

Kopsa Těšínová J. (Praha)

Forenzní aspekty operačních zákroků v ORL oblasti

Obtulovičová K., Moravanský N. (Ružomberok)

Výskyt komplikací po tonzilektomii v ČR – retrospektivní multicentrická studie

Slouka D., Vodička J., Kostlivý T (Plzeň, Pardubice)

RT7 – Biologická léčba

Úvod do problematiky biologické léčby v ORL

Plzák J. (Praha)

Kazuistika ORL

Kračková D. (České Budějovice)

Biologická léčba a čich

Vodička J. (Pardubice)

Očekávání u T2 zánětů – cesta nekončí

Krčmová I. (Hradec Králové)

Očekávání u non-typ 2 zánětů

Koblížek V. (Hradec Králové)

Revmatologické projevy u biologické léčby zánětu typu 2

Šenolt L. (Praha)

RT8 – Umělá inteligence

AI v otorinolaryngologii

Homoláč M. (Hradec Králové)

Potenciál (úskalí) využití AI ve zdravotnictví, AI v neurologii

Volný O. (Ostrava)

AI v radiodiagnostice

Ryška P. (Hradec Králové)

AI v gastroenterologii

Tachecí I. (Hradec Králové)

AI v patologii

Ryška A. (Hradec Králové)

RT9 – Maligní nádory kůže

Úvod: Kožní nádory hlavy a krku: kde začíná a kde končí odpovědnost jednotlivých oborů?

Gál B. (Brno)

Dermatolog: Klinika a dermatoskopie kožních nádorů: možnosti a limity předoperační diagnostiky.

Jedličková H. (Brno)

Histopatolog: Histologická diagnostika: od biopsie k hodnocení excize a resekčních okrajů.

Laco J. (Hradec Králové)

ORL: Chirurgická excize: bezpečnostní lem, radikalita a význam primárního výkonu.

Kostlivý T. (Plzeň)

Plastický chirurg: Rekonstrukce po excizích kožních nádorů: rizikové lokalizace a časté chyby.

Dvořák Z. (Brno)

ORL: Metastazující spinocelulární karcinom kůže hlavy a krku: kdy je lokální nádor systémovým problémem?

Mejzlík J. (Hradec Králové)

RT10 – Poruchy polykání – nádory hlavy a krku

Špecifiká dysfágie u pacientov s tumormi hlavy a krku

Tedla M. (Bratislava)

Dysfágie u tumorů baze lebky

Chovanec M. (Praha)

Nutriční screening a terapeutický management u pacienta s HNC

Sobotka L. (Pardubice)

VFSS a její specifika u ORL onkologického pacienta

Dědková J. (Hradec Králové)

DIGEST FEES

Čičelová E. (Bratislava)

"Patient reported outcome measures" s relevancí pro dysfagii a tumory hlavy a krku

Šatanková J. (Hradec Králové)

Koncept proaktivnej intervencie pri HNC

Čičelová E. (Bratislava)

SEZNAM IC KURZŮ

IC1 – PRO A PROTI Endoskopická versus mikroskopická (exoskopická) chirurgie ucha

Komínek P. (Ostrava): Salzman R. (Olomouc), Čada Z. (Praha)

IC2 – Jednodenní chirurgie v ORL – možnosti a limity

Zábrodský M. (Praha), Kastner J. (Beroun), Janoušek P. (Praha)

IC3 – Management diagnostiky a léčby hlubokých krčních infekcí

Slouka D., Bergrová T., Moláček J., Hauer L., Beneš J. (Plzeň)

IC4 – Aplikace botulotoxinu v ORL

Dršata J., Krtičková J., Kunc P., Chrobok V. (Hradec Králové)

IC5 – Functional septorhinoplasty

Dietz A. (Leipzig, Germany)

IC6 – Therapy options for unilateral recurrent laryngeal nerve paralysis – when and how to intervene?

Müller A. (Gera, Germany)

IC7 – The place of endoscopic ear surgery today – practical guidance on surgical techniques

Szanyi I., Bölcsföldi B. (Pécs, Hungary)

IC8 – Prstienková myringoplastika

Sičák M., Obtulovičová K. (Ružomberok, Slovensko)

IC9 – PRO A PROTI Adenotomie studené versus teplé nástroje

Zeleník K. (Ostrava): Urík M. (Brno), Jurovčík M. (Praha)

IC10 – Krvácení po TE

Vodička J. (Pardubice), Slouka D. (Plzeň), Syrovátka J. (Nový Jičín)

IC11 – Otoskleróza: sluchadlo, stapedoplastika nebo kochleární implantát?

Koucký V., Kalitová P, Bouček J. (Praha)

IC12 – Czech Salivary Gland Database: praktická ukázka počítačového programu pro vedení registru nádorů slinných žláz a jeho využití v klinické praxi

Kalfeřt D. (Praha), Jelínek V., Nový P., Brůha P. (Plzeň)

IC13 – PRO A PROTI Karcinom hrtanu

Gál B. (Brno): Chrobok V., Vošmik M., Laco J., Dědková J. (Hradec Králové)

IC14 – Cholesteatom od A až po Z

Bouček J. (Praha)

IC15 – Komplexní péče o pacientky male to female

Néma K., Mejzlík J., Fifková H., Jačková K., Staňková T., Dršata J., Krtičková J., Chrobok V. (Hradec Králové)

IC16 – Role zobrazovacích metod u pacienta se závratí: na co se zaměřit?

Koucký V., Martinkovič L. (Praha)

IC17 – PRO A PROTI Sekretorická otitida

Školoudík L. (Praha): Formánek M. (Ostrava), Hošnová D. (Brno)

IC18 – Současný pohled na diagnostiku a terapii mimojícnových projevů refluxní choroby jícnu

Vydrová J., Lukešová E., Lukavcová E. (Praha)

IC19 – Moderní septorinoplastika

Kaňa R. (Praha), Kastner J. (Beroun), Miletín J. (Praha)

IC20 – Vertigo mezi ORL a neurologií

Stříteská M., Kozynkina-Marchenko K., Murgašová L. (Hradec Králové)

DUPILUMAB – PODMÍNKY ÚHRADY V INDIKACI CHRONICKÉ RINOSINUSITIDA S NOSNÍ POLYPÓZOU (CRSwNP):

DUPILUMAB JE HRAZEN jako přídatná terapie k intranazálním kortikosteroidům u dospělých s těžkou chronickou rinosinuitidou s oboustrannými nosními polypy a po předchozím endoskopickém sinonazálním chirurgickém výkonu (pokud není kontraindikován) nebo při nedostatečné účinnosti či kontraindikaci systémových kortikosteroidů.

Úspěšnost terapie se vyhodnotí po 24 týdnech od zahájení léčby a dále nejméně každých 24 týdnů.

Léčba bude ukončena v těchto případech:

- nedosažení redukce SNOT-22 o více nebo rovno 8,9 bodu a redukce skóre nosních polypů (NPS) nejméně 1 v týdnu 24 v porovnání s výchozím stavem,
- nezvládnutelné nežádoucí účinky,
- nedostatečná adherence k léčbě,
- zhoršení skóre SNOT-22 o 9 bodů nebo NPS při dvou po sobě následujících kontrolách v rozmezí 24 týdnů.

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je hrazeno:⁴

- do 24. týdne léčby 2 podání za 4 týdny,
- po 24. týdnu léčby 1 podání za 4 týdny.

DUPIXENT[®]
(dupilumab)

JEDINÉ DUÁLNÍ BIOLOGIKUM, KTERÉ PŘÍMO PŮSOBÍ NA SIGNALIZACI IL-4 A IL-13, ČÍMŽ SNIŽUJE RIZIKO ZÁNĚTU TYPU 2 U CHRONICKÉ RINOSINUSITIDY S NOSNÍ POLYPÓZOU¹⁻³

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Dupixent 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru, Dupixent 300 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru. **Léčivá látka:** Dupilumab. **Indikace:** **Atopická dermatitida (AD):** Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké AD u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let a starších, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii, a k léčbě těžké atopické dermatitidy u dětí ve věku od 6 měsíců do 11 let, které jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii. **Astma:** Dupixent je indikován jako přídatná udržovací léčba u dospělých, dospívajících od 12 let a dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem se zánětem typu 2 charakterizovaným zvýšeným počtem eozinofilů v krvi a/nebo zvýšením množství exhalovaného oxidu dusnatého (FENO), jejichž nemoc není dostatečně kontrolována inhalačními kortikosteroidy (IKS) ve vysokých dávkách (v případě dětí od 6 do 11 let ve středních až vysokých dávkách) a dalším léčivým přípravkem k udržování léčbě. **Chronická rinosinuitida s nosní polypózou (CRSwNP):** Dupixent je indikován jako přídatná terapie k intranazálním kortikosteroidům pro léčbu dospělých s těžkou CRSwNP, u nichž terapie systémovými kortikosteroidy a/nebo chirurgický zákrok nezajišťují dostatečnou kontrolu onemocnění. **Prurigo nodularis:** Přípravek Dupixent je indikován k léčbě středně těžkého až těžkého prurigo nodularis (PN) u dospělých, kteří jsou vhodnými kandidáty pro systémovou terapii. **Eozinofilní ezofagitida (EoE):** Přípravek Dupixent je indikován k léčbě eozinofilní ezofagitidy u dospělých, dospívajících a dětí ve věku od 1 roku s tělesnou hmotností alespoň 15 kg, jejichž onemocnění není dostatečně kontrolováno konvenční léčbou, netolerují ji nebo kteří nejsou pro konvenční léčbu vhodnými kandidáty. **Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN):** Dupixent je indikován u dospělých pacientů jako přídatná udržovací léčba nekontrolované chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) charakterizované zvýšeným počtem eozinofilů v krvi v kombinaci s inhalačním kortikosteroidem (IKS), dlouhodobě působícím beta2-agonistou (LABA) a dlouhodobě působícím muskarinovým antagonistou (LAMA) nebo v kombinaci s LABA a LAMA, nejsou-li IKS vhodné. **Chronická spontánní urtikarie (CSU):** Přípravek Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké chronické spontánní urtikarie u dospělých, dospívajících a dětí (ve věku od 2 let) s nedostatečnou odpovědí na H1-antihistaminika a kteří dosud nebyli léčeni anti-IgE terapií CSU. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Dávkování a způsob podání subkutánní injekce: Atopická dermatitida:** Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden formou subkutánní injekce. U dospívajících pacientů ve věku od 12 do 17 let s hmotností méně než 60 kg: úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden. U dospívajících s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 60 kg: úvodní dávka 300 mg v den 1, následovaná dávkou 300 mg v den 15, a následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny (Q4W), počínaje 4 týdny po dávce v den 15. Dávka může být u pacientů s tělesnou hmotností 15 kg až méně než 60 kg na základě posouzení lékařem zvýšena na 200 mg Q2W. U dětí ve věku 6 až 11 let s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s hmotností 5 až méně než 15 kg: úvodní dávka 200 mg, následovaná dávkou 200 mg každé 4 týdny. U dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s hmotností 15 až méně než 30 kg: úvodní dávka 300 mg, následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny. Dupilumab v předplněném peru je určen k použití u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 2 let. Dupilumab v předplněné injekční stříkačce je určen k použití u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 6 měsíců. Dupilumab lze používat s topickými kortikosteroidy (TKS) nebo bez nich. U pacientů, u nichž nebyla po 16 týdnech léčby záznamována žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby AD. **Astma:** Doporučená dávka dupilumabu u dospělých a dospívajících (od 12 let a starších): U pacientů s těžkým astmatem užívajících perorální kortikosteroidy nebo u pacientů s těžkým astmatem a komorbidní středně těžkou až těžkou AD nebo u dospělých pacientů s komorbidní těžkou CRSwNP je úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U všech ostatních pacientů je úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden podávanou formou subkutánní injekce. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 30 kg: 300 mg každé 4 týdny (Q4W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 30 kg až méně než 60 kg: 200 mg každý druhý týden (Q2W) nebo 300 mg každé 4 týdny (Q4W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 60 kg nebo více: 200 mg každý druhý týden (Q2W). U pediatrických pacientů (ve věku od 6 do 11 let) s astmatem a komorbidní těžkou atopickou dermatitidou má být podle schválené indikace dodržována doporučená dávka uvedená pro atopickou dermatitidu. Pacienti užívající současně perorální kortikosteroidy mohou snížit dávku steroidů, pokud již léčbu dupilumabem došlo ke klinickému zlepšení. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. Potřeba pokračování v léčbě má být zvažována nejméně jednou ročně na základě lékařského vyhodnocení příznaků astmatu u pacienta. **CRSwNP:** Doporučená úvodní dávka u dospělých pacientů je 300 mg dupilumabu, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. U pacientů, u nichž nebyla po 24 týdnech léčby záznamována žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby. **Prurigo nodularis:** Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg (dvě 300mg injekce), následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab lze používat s topickými kortikosteroidy nebo bez nich. **Eozinofilní ezofagitida:** Doporučená dávka dupilumabu u pacientů s tělesnou hmotností alespoň 15 kg až méně než 30 kg je 200 mg každý druhý týden (Q2W); s tělesnou hmotností 30 kg až méně než 40 kg je 300 mg každý druhý týden (Q2W), s tělesnou hmotností 40 kg nebo více je 300 mg každý týden. **CHOPN:** Doporučená dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 300 mg, podávaná každý druhý týden. **Chronická spontánní urtikarie:** Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg podávanou každý druhý týden. U dětí a dospívajících pacientů ve věku od 6 do 17 let: s hmotností 15 kg až méně než 30 kg: úvodní dávka 300 mg v den 1 následovaná dávkou 300 mg v den 15, následně 300 mg každé 4 týdny (Q4W), počínaje 4 týdny po dávce podané v den 15; s hmotností 30 kg až méně než 60 kg úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden (Q2W); s hmotností více než 60 kg úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 2 do 5 let: s hmotností 5 kg až méně než 15 kg úvodní a následné dávky 200 mg každé 4 týdny (Q4W), s hmotností 15 kg až méně než 30 kg úvodní a následné dávky 300 mg každé 4 týdny (Q4W). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Dupilumab není určen k léčbě akutních příznaků ani akutních exacerbací astmatu nebo CHOPN. Dupilumab není určen k léčbě akutního bronchospazmu ani status asthmaticus. Po zahájení léčby dupilumabem se nesmí náhle vysadit systémové, topické či inhalační kortikosteroidy. **Hypersenzitivita:** Pokud dojde k systémové hypersenzitivní reakci (okamžitě nebo opožděně), musí být podávání dupilumabu okamžitě přerušeno a musí být zahájena příslušná léčba. **Eozinofilní stav:** U dospělých pacientů léčených dupilumabem, kteří se zúčastnili programu zaměřeného na vývoj astmatu, byly hlášeny případy eozinofilní pneumonie a případy vaskulitidy konzistentní s eozinofilní granulomatózou s polyangiitidou (EGPA). **Parazitární infekce (helminthózy):** Pacienti se známými parazitárními infekcemi byli vyloučeni z účasti v klinických studiích. Pacienti s již existujícími parazitárními infekcemi mají být léčeni ještě před zahájením léčby dupilumabem. Pokud se pacienti nakazí během léčby dupilumabem a nereagují na antiparazitární léčbu, musí být léčba dupilumabem přerušena, dokud infekce neodezní. **Přehled souvisejících konjunktivitid a keratitid:** Pacienti léčení dupilumabem, u nichž dojde k rozvoji konjunktivitidy přetrvávající i po standardní léčbě nebo pacienti se známými a příznaky naznačujícími keratitidu, mají v případě potřeby podstoupit oftalmologické vyšetření. **Komorbidní astma:** Pacienti léčení dupilumabem pro středně těžkou až těžkou AD nebo těžkou CRSwNP, kteří mají také komorbidní astma, nemají upravovat nebo přerušovat léčbu astmatu bez konzultace s lékařem. Pacienti s komorbidním astmatem mají být pečlivě sledováni po vysazení dupilumabu. **Okčování:** Živé nebo atenuované vakcíny se nemají aplikovat při podávání dupilumabu, protože nebyla stanovena jejich klinická bezpečnost a účinnost. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Interakce:** V klinické studii u pacientů s AD byly hodnoceny účinky dupilumabu na PK substrátů CYP. Účinek dupilumabu na PK souběžně podávaných léčiv se nepředpokládá. **Fertilita, těhotenství a kojení:** **Žehotazivita:** Údaje o podávání dupilumabu těhotným ženám jsou omezené. Dupilumab lze v těhotenství použít pouze tehdy, pokud potenciální přínos převáží potenciální riziko pro plod. **Kojení:** Není známo, zda se dupilumab vylučuje do lidského mateřského mléka nebo zda je systémově absorbován po perorálním podání. Je třeba rozhodnout, zda je vhodné přerušit kojení nebo přerušit léčbu dupilumabem s přihlédnutím k přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. **Fertilita:** Studie na zvířatech neprokázaly zhoršení fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Dupilumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky při léčbě atopické dermatitidy, astmatu a CRSwNP jsou reakce v místě injekce (včetně erytému, edému, pruritu, bolesti a otoku), konjunktivitida, alergická konjunktivitida, artralgie, herpes úst a eozinofilie. Dalším nežádoucím účinkem hlášeným při léčbě EoE a CHOPN byla modřina v místě injekce. U pacientů s CHOPN a CSU byly hlášeny další nežádoucí účinky, jako je indurace v místě injekce a dermatitida v místě injekce. U pacientů s CHOPN byly hlášeny další nežádoucí účinky, jako je vyrážka v místě injekce, a u pacientů s CSU byl hlášen hematom v místě injekce. Vzácně byly hlášeny případy sérové nemoci, reakce podobné sérové nemoci, anafylaktické reakce a ulcerózní keratitidy. **Předávkování:** Pro předávkování dupilumabem neexistuje žádná specifická léčba. V případě předávkování je třeba u pacienta sledovat jakékoliv známky a příznaky nežádoucích účinků a okamžitě zahájit vhodnou symptomatickou léčbu. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce (2° – 8° C). Chránit před mrazem, uchovávat v původní krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Dupixent 200 mg v 1,14 ml roztoku a Dupixent 300 mg v 2 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce / v předplněném peru. **Registrační číslo:** EU/1/17/1229/005-006, 008-010, 012-014, 016-018, 020, 023-028. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly. **Datum poslední revize textu:** 8. 4. 2026. Přípravek Dupixent je vydáván pouze na lékařský předpis, je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělých pacientů, pediatrickým a dospívajícím pacientům s těžkou formou atopické dermatitidy od 6 let do 18 let, u těžkých dospělých pacientů s těžkou CRSwNP a u léčbě dospělých a dospívajících pacientů od 12 let věku s těžkým refraktemním eozinofilním astmatem. V indikaci u dětí ve věku od 6 měsíců do 5 let s těžkou formou atopické dermatitidy, u dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem, prurigo nodularis, eozinofilní ezofagitida a CHOPN není dosud hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. **Další informace jsou k dispozici na adrese:** Sanofi s.r.o., Generála Píky 430/26, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111 nebo na www.sanofi.cz.

Reference: 1. SPC léčivého přípravku Dupixent, datum revize textu 8. 4. 2026. 2. Gandhi NA, Bennett BL, Graham NMH, Pirozzi G, Stahl N, Yancopoulos GD. Targeting key proximal drivers of type 2 inflammation in disease. *Nat Rev Drug Discov.* 2016;15(11):35–50. doi:10.1038/nrd4624. 3. Schleimer RP. Immunopathogenesis of chronic rhinosinusitis and nasal polyposis. *Annu Rev Pathol.* 2017;12:331–357. doi:10.1146/annurev-pathol-052016-100401. 4. www.sukl.cz po zadání vyhledávacího kritéria Dupixent.

MAT-CZ-2400010-5-0-05/2026. Určeno pro odbornou veřejnost.

sanofi **REGENERON**

Sanofi s.r.o.
Generála Píky 430/26, Dejvice, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111, e-mail: cz-info@sanofi.com

DUPIXENT[®]
(dupilumab)

VOLNÁ SDĚLENÍ – LÉKAŘSKÁ SEKCE

OTOLOGIE 1

Petrózní cholesteatom – diagnostika a léčba

Chovanec M., Kulkovská D., Trnková K., Murgašová L., Profant O., Verešpejová L., Urbániová Z., Knotek M., Vyhnánková S., Černý L., Holešta M. (Praha)

Anamnéza a řešení otogenních komplikací

Markalous B., Šuldová B. (Jindřichův Hradec)

Otoskleróza – pistony

Klačanský J. (Bratislava)

Mikrocie–rekonstrukce boltce individuálně vyráběným 3D implantátem

Sukop A., Kendra M. (Praha)

Nekrotizující externí otitida, výsledky na ORL klinice FN v Plzni 2018–2024

Ruml F., Kostlivý T., Slouka D. (Plzeň)

OTOLOGIE, IMPLANTACE

Využití systémů CROS/BiCROS u dětí

Aksenovová Z., Svobodová V. (Praha)

Rehabilitace sluchu implantabilními systémy u pacientů po resekci tumoru spánkové kosti

Murgašová L., Černý L., Bauer L., Profant O., Knotek M., Fuksa J., Chovanec M. (Praha)

Povědomí a akceptace sluchové rehabilitace u pacientů s vestibulárním schwannomem

Fík Z., Shpilman J., Lazák J., Koucký V., Bouček J., Kalitová P., Vlasák A. (Praha)

Kochleární implantace u dětí s vrozenými anomáliemi vnitřního ucha: výzvy a výsledky

Urík M., Hošnová D., Šíma J., Kruntorád V. (Brno)

Možnosti chirurgického umístění, audiologický přínos a kvalita života po implantaci aktivního kostního implantátu Bonebridge u dětí

Urík M., Hošnová D., Šíma J., Kruntorád V. (Brno)

RINOLOGIE

Endoskopicky asistovaná septoplastika

Kastner J. (Beroun), Olšavová D., Kufa R., Schalek P., Kaňa R., Štěpánek J.

Estetická rekonstrukce nosu: Jak vyměřit a vypočítat krásný nos?

Dvořák Z., Kubát M. (Brno)

Význam komplexního vyšetření čichu u poúrazové ztráty čichové funkce

Holý R., Kalfeřt D., Janoušková K., Vašina L., Vorobiov O., Pastorková N., Astl J.

Možnosti využití vyšetření DISE

Jeřábková Z., Kešnerová L.

Aktuální přístup k diagnostice a léčbě dětské obstrukční spánkové apnoe v České republice

Kubalíková A. (Benešov), Haasová T. (Praha)

DĚTSKÁ ORL

Koloaurální píštěle – diagnostický a terapeutický přístup v pediatrické populaci

Smolková K., Katra R., Čada Z. (Praha)

Multidisciplinární přístup k adenoidním vegetacím: synergie ORL lékaře a klinického logopeda

Richtrová B., Fritzlová K. (Žamberk)

Lymfatické malformace hlavy a krku u dětí – současné možnosti léčby

Katra R., Smolková K., Fialová L., Balatková Z., Balogová Z., Čada Z. (Praha)

Chirurgické řešení netuberkulózní mykobakteriální lymfadenitidy u dětí – zkušenosti specializovaného ORL centra

Katra R., Chárová K., Fialová L., Balatková Z., Balogová Z., Čada Z. (Praha)

Incidence karcinomů štítné žlázy v dětské populaci České republiky

Katra R., Fialová L., Balatková Z., Balogová Z., Čada Z. (Praha)

Genetické pozadí medulárního karcinomu štítné žlázy u dětí – klíčová role mutací RET

Fialová L., Katra R., Balatková Z., Čada Z., Kuklíková V. (Praha)

ONKOLOGIE, HRTAN, ŠTÍTNÁ ŽLÁZA

Srovnání diagnostické výtěžnosti endoskopických metod u lézí hrtanu – od flexibilní videolaryngoskopie k potencované kontaktní endoskopii

Kántor P., Staníková L., Zeleník K., Kondé A., Švejnová A., Hránková V., Komínek P. (Ostrava, Hradec Králové)

Hlasové protézky: od chirurgického řešení k funkčnímu hlasu

Janoušková K.

Naše první zkušenosti s robotickou chirurgií na ORL klinice FNKV

Kraus J., Chovanec M., Šulc T., Urbániová Z. (Praha)

Monitorace hladin volné cirkulující HPV DNA u pacientů s HPV asociovanými karcinomy orofaryngu

Krátká Z., Lohynská R., Lacek M., Vojtěchová Z., Saláková M., Šmahelová J., Tachezy R., Čoček A. (Praha)

Význam podtlakové terapie v managementu hojení rán v ORL oblasti

Kutáčová S., Kalivoda I., Syrovátka J. (Nový Jičín)

Anamnéza záchyty 500 tyreopatií řešených tyreoidektomií

Markalous B., Šuldová B. (Praha)

Kolizní tumory štítné žlázy, klinicko-patologická analýza dvou případů

Lukáš J., Černý M. (Plzeň), Vlček P., Včelák J., Syrůček M., Dušková J. (Praha)

E-POSTERY

P01 – Prínos komplementárnej liečby pleuranom v manažmente detí s recidivujúcim zápalom stredného ucha

Uhliarová B. (Bánská Bystrica), Vojčíková A. (Bratislava), Jeseňák M. (Martin)

P02 – Návrh biologické protézky pro léčbu perforací bubínku pomocí 3D tkáňového tisku

Pochroň Ľ. A., Vachutka J., Salzman R. (Olomouc)

P03 – Pilotní hodnocení modulu stapedoplastiky pro 3D tištěný model ucha v otologickém tréninku

Mateášiková Z., Sněhota M., Salzman R. (Olomouc)

P04 – Multidisciplinárny prístup k adenoidným vegetacím: synergie ORL lekára a klinického logopeda

Fritzlová K., Richtrová B. (Žamberk)

P05 – Vztah mezi mikrobiomem adenoidních vegetací a chronickou sekretorickou otitidou u dětí

Valenta T., Ryšková L., Néma K., Kukla R., Bolehovská R., Vrbacký F., Štefková K., Kanděra J., Školoudík L. (Brno, Hradec Králové)

P06 – Diagnostika a léčba peritonzilárních komplikací tonzilitidy

Tusay, E., Krtíčková J., Zimanová M., Školoudík L., Chrobok V. (Hradec Králové)

P07 – Granulomatóza s polyangitidou průušních žlaz imitující T-lymfom

Hojdekrová K., Binková H. (Brno)

P08 – Plazmocytom nosohltanu – kazuistika

Šejvlová E., Školoudík L., Chrobok V., Dědková J. (Hradec Králové)

P09 – Schwannom n. hypoglossus imitující krční lymfadenopatii

Jedinák R., Mejzlík J., Laco J., Chrobok V. (Hradec Králové)

P10 – Epidemiologie závažných epistaxí

Herejková V., Amirkhanian E., Kostlivý T., Nasswetter J., Slouka D. (Plzeň)

P11 – Pseudoaneuryzma karotické tepny jako hrozící akutní karotick. "blowout" syndrom

Khamedova K., Krobot J., Mejzlík J. (Hradec Králové, Zlín)

P12 – Roboticky asistovaná chirurgie v otorinolaryngologii – naše první zkušenosti

Sirotnáková L., Uhliarová B., Pniak T. (Bánská Bystrica)

P13 – Výsledky užívání tracheoezofageální hlasové protézky: existuje rizikový faktor pro vznik komplikací a uspokojivou fonaci?

Bonaventurová M., Koucký V. (Praha)

P14 – Synchronní duplicitní karcinom z pleomorfního adenomu podčelistní žlázy a karcinom hrtanu

Stuchlíková N., Kuchař M. (Praha)

P15 – Klinický logoped jako součást multidisciplinární péče u pacientů s nádory hlavy a krku

Zítková Š. (Ústí nad Labem)

P16 – Logopedická intervence u pacientky s mnohočetným myelomem a dysfagií: případová studie z klinické praxe

Zítková Š., Hájková V. (Ústí nad Labem)

P17 – Barbed Reposition Faryngoplastica (BRP) v chirurgické léčbě OSA

Matyášek M., Betka J. (Praha)

P18 – Injekční aplikace ropných produktů do měkkých tkání krku – dvě kazuistiky

Huaman M., Kunorová L. (Praha)

P19 – Multifokální versus solitární výskyt papilárního karcinomu štítné žlázy

Hrabě V., Kubec V., Krčál J., Škopek P., Fránová A., Šrámková T., Vohnoutová B., Veselovský J., Slouka D. (Plzeň)

P20 – Využití tekutých biopsií ve diagnostice a monitoraci recidivy HPV asociovaného orofaryngeálního karcinomu

Horáková Z., Bouška O., Koudeláková V., Michálek J., Salzman R. (Olomouc)

P21 – Keratoakantom – kazuistiky, diagnostické a terapeutické dilema

Golovach P., Sakař R. (Plzeň)

P22 – Eaglův syndrom a jeho chirurgické řešení transorálním přístupem

Míčková D., Zavadil M., Hudcová N. (Brno)

P23 – Konzervativní terapie akutní descendentní mediastinitidy po odmítnutí chirurgického zákroku

Langer R., Ambruš M. (Mladá Boleslav)

P24 – Rozvoj slyšení u prvních dětských pacientů se sluchovou kmenovou neuroprotézou

Bauer L., Aksenovová Z., Myslíková M., Pospíšilová O., Vlasák A., Čada Z. (Praha)

P25 – Léčbou podmíněné změny biologického věku u nádorů hlavy a krku: srovnání metabolických a epigenetických hodin

Homoláč M., Hruška L., Vošmik M., Borský P., Philippová T., Párová H., Borská L.

P26 – AirPods Pro 2 a 3 jako možný doplněk sluchové rehabilitace? První zkušenosti

Ševčík M., Szwarc M. (Třinec)

VOLNÁ SDĚLENÍ – NELÉKAŘSKÁ SEKCE

NLZP – ROBOTICKÁ CHIRURGIE

Robot není samotář – TORS a multioborová spolupráce v péči o pacienta

Šimurdová M. (Praha)

NLZP – TRAUMATA V ORL OBLASTI, KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM V ORL OBLASTI

Traumatická fraktura manubria mallei

Ungrová P., Taudy B. (Praha)

Totální glosektomie u dětského pacienta s následnou rekonstrukcí spodiny ústní

Pelikánová N., Bartoníčková I. (Praha)

NLZP – PSYCHOHYGIENA PRO NLZP, HLASOVÁ HYGIENA, VARIA

Když slaná chutná kyselá: vzorce poruch vnímání chuti

Blanař V. (Pardubice)

Vyšetření retronazálního čichu testem RESENS

Brothánková P. (Pardubice)



PRE-KONGRESOVÉ SYMPOZIUM

Moderní trendy a praktické postupy v současné otoneurologii

Předkongresové sympozium přináší komplexní pohled na diagnostiku a léčbu závrativých stavů. Program je propojuje nejnovější technologické poznatky s praktickou výukou a řešením složitých klinických případů.

V úvodní části se zaměříme na technologický pokrok v diagnostice. Přednáška dr. Maji Stříteské, věnovaná binokulárnímu vHITu (video-Head Impulse Test) představí výhody současného snímání obou očí, které zvyšuje přesnost hodnocení vestibulárně-okulárního reflexu a usnadňuje diferenciální diagnostiku akutních stavů.

Pediatrickou otoneurologii zastoupí prof. Zdeněk Čada, který se zaměří na problematiku vestibulární migrény u dětí. Téma je v klinické praxi často poddiagnostikováno a přednáška nabídne vodítka pro včasné rozpoznání a specifickou léčbu tohoto onemocnění u dětských pacientů.

Budoucnost vestibulární kompenzace představí dr. Balatková, která se bude věnovat využití virtuální reality (VR) v rehabilitaci. Ukáže, jak imerzní?? prostředí pomáhá urychlit proces neuroplasticity a zvyšuje motivaci pacientů s chronickými poruchami rovnováhy.

Závěr sympozia bude patřit problematice benigního paroxysmálního polohového vertiga (BPPV). Světově uznávaný expert dr. Luigi Califano formou praktických ukázek předvede diagnostické a repositionální manévry, včetně svých osvědčených „figlů“, které zvyšují úspěšnost léčby i u komplikovaných nálezů. Na něj naváže dr. Marchenko, která prezentací zajímavých kazuistik a atypických případů BPPV ilustruje šíři a záludnost nejčastějšího typu závratě.

Cílem sympozia je poskytnout účastníkům praktické dovednosti a teoretické znalosti, které mohou okamžitě aplikovat ve své klinické praxi.

Účastníci sympozia si budou moci v jeho rámci nebo po skončení vyzkoušet přístrojovou techniku společnosti Interacoustics A/S

KULATÉ STOLY

RT 1 – Stenózy hrtanu a průdušnice

Stenózy dýchacích cest jsou závažným problémem a jejich diagnostika a zejména léčba je výzvou. Kulatý stůl se věnuje léčbě stenóz hrtanu, glotického prostoru, subglotického prostoru, cervikální průdušnice, a i oblasti stenóz hrudní průdušnice. Jsou probrány nejčastější diagnostické postupy a jednotliví panelisté se věnují postupně všem nejčastějším typům zúžení. Není probírána jen chirurgická terapie, ale věnujeme se i možnostem nechirurgické léčby. Panel přinese i ukázky chirurgických postupů. Jako "take home message" je doporučen konkrétní postup u konkrétních stavů. RT bude zakončen panelovou diskusí.

RT 2 – Kognice a sluch

Porucha sluchu je v současnosti považována za jeden z významných modifikovatelných rizikových faktorů kognitivního úpadku a demence. ORL lékař je často prvním specialistou, který se s těmito pacienty setkává, a může tak přispět k časnému zachytu kognitivních obtíží. Cílem tohoto round table je představit vztah mezi sluchovými poruchami a kognitivními funkcemi a nabídnout praktické možnosti jejich orientačního vyšetření v ORL ambulanci.

V jednotlivých sděleních budou diskutovány důvody, proč by měl ORL lékař věnovat pozornost vyšetření paměti a řeči, přehled základních typů demencí a jejich klinických projevů, a vztah výsledků audiologických vyšetření ke kognitivním schopnostem pacientů. Představeny budou také velmi krátké screeningové testy ALBA a POBAV umožňující rychlé zhodnocení paměti a řeči v běžné ambulantní praxi. Další příspěvek se zaměří na zkušenosti s prováděním kognitivního screeningu v ORL ambulanci a na úskalí interpretace výsledků. Diskuse bude doplněna o problematiku nastavení sluchadel u pacientů s kognitivním deficitem.

Cílem round table je upozornit na význam mezioborové spolupráce mezi otorinolaryngology, neurology, případně jinými specialisty zabývajícími se kognitivními poruchami a nabídnout ORL lékařům praktické nástroje pro časný záchyt kognitivního deficitu u pacientů se sluchovým postižením.

RT 3 – Od screeningu sluchu po kochleární implantaci a poté

Kulatý stůl představí analýzu dat a reportů screeningu sluchu novorozenců připravovaných Národním screeningovým centrem, současný stav a počty kochleárních implantací v České republice a možnosti genové terapie nedoslýchavosti. Druhá část uvede praktické rady pro každého ORL lékaře z pohledu bioinženýra, vztah meningitidy a hluchoty a v neposlední řadě, jak ošetřit středoušní zánět u pacienta s kochleárním implantátem.

RT 4 – Poleptání polykacích cest

Kulatý stůl umožní mezioborovou debatu o problematice poleptání polykacích cest. Diskuse se zaměří na specifika diagnostiky a léčby dětí i dospělých pacientů, včetně včasné fáze ošetření, prevence komplikací a následné péče. Pohled otorinolaryngologa doplní odborníci z oboru anesteziologie a intenzivní medicíny, gastroenterologie, pediatrie, chirurgie a radiologie. Mezioborová spolupráce je v těchto případech klíčová, a to jak při zajištění dýchacích cest a stabilizaci pacienta, tak při indikaci a načasování endoskopických a zobrazovacích vyšetření či chirurgických výkonů. Kulatý stůl nabídne účastníkům kongresu komplexní pohled na tuto problematiku a podpoří efektivní mezioborovou spolupráci v každodenní praxi.

RT 5 – Chrapot a hlasová terapie

Úkolem diskutantů kulatého stolu „Chrapot a hlasová terapie“ je podat souhrnný pohled na příčiny chraptivosti, na jeho akustickou charakteristiku, na možnosti diagnostiky slizničních lézí hlasivek. Probereme možnosti konzervativní i chirurgické terapie stavů, které k chraptivosti vedou. Má-li být terapie hlasových poruch komplexní, je její nedílnou součástí i terapie hlasová, která zahrnuje nácvik dechových a rezonančních stereotypů správného tvoření hlasu. Nezapomeneme ani na protetickou část, která navazuje na chirurgickou léčbu rakoviny hrtanu.

RT 6 – Současná a budoucí forenzní rizika v klinické medicíně

Blok „Současná a budoucí forenzní rizika v klinické medicíně“ je koncipován jako interdisciplinární panelová diskuse reflektující dynamicky se měnící prostředí klinické praxe, v němž se lékař pohybuje mezi odbornou odpovědností, právní regulací a narůstajícími očekáváními pacientů i společnosti. Cílem kulatého stolu je nejen pojmenovat nejčastější forenzní rizika současné medicíny, ale především formulovat doporučení pro forenzní uvažování lékaře – tedy schopnost předvídat právní a odpovědnostní konsekvence klinických rozhodnutí ve své denní praxi a vymezit se vůči tzv. defenzivní medicíně.

RT 7 – Biologická léčba

S rozvojem biologické léčby u chronické rinosinuitidy s polypy máme v oboru ORL možnost tlumit zánětlivé procesy nejen pomocí kortikoidů, ale cíleně v oblasti receptoru IL-4 α , interleukinu (IL-5), imunoglobulinu E a alarminu (thymický stromální lymfopoetin). Cílem kulatého stolu je přiblížit indikace k jednotlivým typům léčby, sledování efektu na symptomy (včetně čichu) a především zaměření na nežádoucí účinky léčby. Právě posledně zmiňované účinky mohou poukázat na onemocnění, která se za chronickou rinosinuitidou s polypy mohou skrývat. Proto byli do panelu přizváni odborníci z alergologie/imunologie, plicního lékařství a revmatologie.

RT 8 – Umělá inteligence

V kulatém stole bude představeno využití umělé inteligence v různých specializacích (otorinolaryngologie, radiodiagnostika, gastroenterologie, patologie). Budou představeny vize a cíle České společnosti pro umělou inteligenci a inovativní digitální technologie v medicíně (ČSAIM).

V diskusi budou hledány odpovědi na otázky související s dalším potenciálem využití umělé inteligence ve zdravotnictví, s využitím AI při výuce mediků a mladých lékařů, a s riziky/limity, které s jejím využitím souvisí.

RT 9 – Maligní nádory kůže

Anotace: Kulatý stůl se zaměří na diagnostické a terapeutické výzvy kožních nádorů v oblasti hlavy a krku, kde první rozhodnutí často zásadně ovlivňuje prognózu i funkční a estetický výsledek léčby. Formát je koncipován jako moderovaná mezioborová diskuse dermatologa, histopatologa, ORL a plastického chirurga, v níž se budou střetávat různé odborné pohledy na indikaci biopsie, rozsah primární excize, hodnocení radikality výkonu a význam správně načasované rekonstrukce.

RT 10 – Poruchy polykání – nádory hlavy a krku

So specialistami z různých odborností sa zameriame na dysfágiu u pacientov s tumormi hlavy a krku. Ide o pomerne komplexnú problematiku, ktorá bude prezentovaná z pohľadu špecialistu pre nutriciu, rádiodiagnostika, klinického logopéda a ORL lekárov. Predstavíme špecifický FEES protokol používaný pri vyšetrení ORL onkologického pacienta spolu s prehľadom najpoužívanejších dotazníkových metód. V samostatnej prednáške sa zameriame aj na pacientov s poškodením tzv bočného zmiešaného systému po operáciách laterálnej bázy lebky.

IC KURZY

IC 1 – Pro a proti: Chirurgie ucha: Endoskop vs mikroskop (exoskop)

Komínek P., Salzman R., Čada Z.

V instruktážním kurzu budou představeny dva odlišné přístupy k operacím ucha – operace s pomocí endoskopu a operace s pomocí exoskopu (mikroskopu). Budou diskutovány výhody a limity obou technologií.

Endoskopická chirurgie ucha se prosazuje v klinické praxi od 80. let 20. století. Indikace se postupně z prostých myringo- a osikuloplastik rozšířily přes odstraňování cholesteatomů všech rozsahů až po zákroky na vnitřním uchu a limitované nádory středouší. Endoskopická chirurgie umožňuje lépe šetřit zdravé tkáně, vede k menší bolestivosti při zachování stejné radikality vůči chronickým zánětlivým změnám. Výhodou je pohled „za roh“.

Exoskop je moderní alternativou operačního mikroskopu a je možné jej použít u celého spektra ušních operací. Umožňuje bezpečné a efektivní provádění výkonů samostatně i v hybridním režimu s mikroskopem. Výhodou je kvalitní 3D a 4K vizualizace, lepší ergonomie operátora, sdíleného obrazu pro celý tým, flexibilní zobrazení operačního pole z různých úhlů, snadná dokumentace výkonů a integrace navigace, neuromonitoringu a zobrazovacích dat s potenciálem dalšího technologického rozvoje.

IC 2 – Jednodenní chirurgie v ORL – možnosti a limity

Zábrodský M.¹, Kastner J.², Janoušek P.³

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK, FN Motol*

² *Ušní, nosní, krční ambulance Kastner s.r.o.*

³ *ALFA MEDICA s.r.o.*

Úvod:

Jednodenní chirurgie je rychle se rozvíjející součástí ORL péče a umožňuje bezpečné provádění vybraných výkonů v režimu jednodenní péče na lůžku (JPL). Cílem sdělení je stručně představit současný medicínsko-právní rámec, proces schvalování výkonů v pracovní skupině MZ ČR a zdravotních pojišťoven a definovat praktické možnosti i limity pro nosní, ušní a laryngeální operativu vhodnou pro jednodenní chirurgii.

Metodika:

Zpracování vychází z analýzy legislativních předpisů MZ ČR zohledněné v Úhradové vyhlášce, zkušeností s jednáním o „balíčcích“ se zdravotními pojišťovnami i doporučení odborných společností. Do přehledu byly zahrnuty ORL výkony posouzené z hlediska bezpečnosti, rizika krvácení, dýchacích komplikací, potřeby monitorace a organizačních nároků. Součástí instruktážního kurzu budou i krátké video-prezentace některých operačních výkonů.

Výsledky:

Prezentovaná analýza ukazuje, že řada výkonů v oblasti nosu a VDN, ušní chirurgie i endoskopické laryngeální operativy může být provedena bezpečně v režimu jednodenní chirurgie, pokud jsou splněna stanovená kritéria. Klíčovými faktory jsou správná selekce pacientů, kontrola rizik krvácení, stabilita dýchacích cest a jasně nastavený pooperační plán včetně dostupnosti urgentní péče.

Závěr:

Jednodenní chirurgie v ORL je efektivní a bezpečný model péče za předpokladu dodržení legislativních, organizačních a klinických požadavků. Prezentované principy poskytují praktický rámec pro zavedení jednodenní chirurgie do běžné praxe. Rozvoj tohoto modelu vyžaduje multidisciplinární spolupráci, přesné indikace a další aktualizaci doporučení.

IC 3 – Management diagnostiky a léčby hlubokých krčních infekcí

Slouka D.¹, Bergrová T.², Moláček J.³, Hauer L.⁴, Beneš J.⁵

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, LF UK a FN Plzeň*

² *Ústav mikrobiologie, LF UK a FN Plzeň*

³ *Chirurgická klinika, LF UK a FN Plzeň*

⁴ *Stomatologická klinika, LF UK a FN Plzeň*

⁵ *Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, LF UK a FN Plzeň*

Úvod: Hluboké krční infekce jsou zánětlivým postižením fasciemi definovaných oblastí krku, které vznikají z mnoha příčin, nejčastěji však na podkladě odontogenní etiologie. Diagnostika, která bývá mnohdy velice obtížná, je založena na symptomatologii, na důkladném klinickém vyšetření následovaným provedením CT s podáním kontrastní látky. Léčba spočívá v provedení pečlivé chirurgické drenáže zánětlivého ložiska v celkové anestezii společně s okamžitým zahájením parenterální antibiotické terapie.

Metodika:

ORL: retrospektivní studie, data byla následně statisticky zanalyzována.

Stomatologie: retrospektivní studie, data byla následně statisticky zanalyzována.

Chirurgie, mikrobiologie a KARIM: Přehledová edukační sdělení z pohledu oboru.

Závěr: Nejčastějším etiologickým agens byly ve studovaném souboru pacientů streptokoky, z anaerobů šlo o *Fusobacterium sp.* Z možných rizikových faktorů rozvoje akutní mediastinitidy se jako statisticky nejvýznamnější ukázalo vysoké CRP. Zajímavostí je, že statisticky významným rizikovým faktorem rozvoje akutní mediastinitidy je kombinace dvou faktorů, a to vysokého CRP a relativně nízkého nárůstu hladiny leukocytů, jejichž počty se výrazně neliší oproti jejich počtu u pacientů s hlubokou krční infekcí nekomplikovanou akutní mediastinitidou.

IC 4 – Aplikace botulotoxinu v ORL

Dršata J.¹, Kunc P.², Zeleník K.³, Dědková J.⁴

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Fakultní nemocnice Hradec Králové*

² *Neurologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové*

³ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Fakultní nemocnice Ostrava*

⁴ *Radiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové*

Instruktažní kurz představuje komplexní přehled současných možností využití botulotoxinu v otorinolaryngologii, doplněný o interdisciplinární souvislosti a praktické aspekty jednotlivých aplikací.

Úvodem bude představena historie, mechanismus účinku a rozšíření botulotoxinu v medicíně. Další sdělení informuje o neurofarmakologických vlastnostech botulotoxinu a na jeho zavedených indikacích v neurologii, které tvoří teoretický základ pro další použití v ORL.

Praktická část představí jednotlivé indikace, výběr pacientů, princip výkonu, pomoc radiologa, a očekávatelný efekt, kazuistiky. Přednášející sdělí své tipy a triky, aplikační dávky, doporučení, zkušenosti s komplikacemi a jejich prevencí.

V diskusi bude prostor na vzájemné sdílení zkušeností a zodpovězení dotazů. Kurz je určen lékařům se zájmem o moderní miniinvazivní postupy v ORL a nabídne ucelený přehled využití botulotoxinu v ORL praxi.

IC 5 – Functional septorhinoplasty – tricks and pit falls

Dietz A.

ENT-Clinic, University of Leipzig, Germany

Surgery of the framework of the nose for esthetic and functional reasons (nose reshaping; rhinoplasty) is one of the most complex procedures we know in the field of Otorhinolaryngology. The instructional course will introduce the participants to the basic principles in different surgical techniques addressing specific goals in functional septorhinoplasty. Correct analysis of pathologic patterns, agreement about the goals and consensus regarding the natural limits of any nose surgery with the patient are crucial for the success of any procedure. Moreover, clear documentation and a second confirmatory talk with the patient is mandatory. Every nose is different and causes very specific surgical planning. There are many different procedures for the detailed parts of the nose (tip, nostrils, dorsum, thirds of dorsum, hump, septum, lower turbinates, bony and cartilage framework, as well as the different projections of these parts). The different areas are closely connected. If one specific part of the nose is surgically altered, this will inevitably affect other areas of the nose aesthetically and functionally. A classic problem is simply removing a nasal hump without stabilizing the frontal third of the dorsum and the tip. The frequently observed Pollybeak deformity is a dreaded but common condition here. Many techniques are successful only in highly skilled hands, some techniques are robust enough to be learned by beginners with predictable and acceptable results. In this instructional course the main task will be to deliver the surgical principles of the different approaches and to give advice about levels of importance of the different procedures for a good outcome. Finally, the lecture will address postoperative care and good guidance through the healing phase.

IC 6 – Therapy options for unilateral recurrent laryngeal nerve paralysis – when and how to intervene?

A.H. Mueller

SRH Wald-Klinikum Gera, Dept. ORL HNS, Germany

The course offers a step-by-step introduction to the diagnosis of vocal cord paralysis, from laryngoscopy to laryngeal EMG.

Depending on the stage of unilateral vocal fold paralysis, the patient's needs, and the severity of clinical symptoms, the possibilities of temporary augmentation, type I thyroplasty, and non-selective reinnervation with the Ansa cervicalis nerve are discussed. Case studies will be used to demonstrate the procedures. The treatment results of the different methods will be presented along with our study results and an overview of international literature.

Both beginners and advanced participants are welcome.

IC 7 – The place of endoscopic ear surgery today – practical guidance on surgical techniques

Szanyi I., Bölcsföldi B.

University of Pécs, Hungary, Clinical Center, Department of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery

In addition to traditional ear surgery performed with a microscope, a new surgical procedure, endoscopic ear surgery, has been spreading worldwide in recent years and has become part of the surgical portfolio at our institute. This new minimally invasive method allows us to perform surgery in the middle ear using an endoscope inserted through the external auditory canal. Its advantage over traditional techniques is that, with minimal bone work, the hidden areas of the middle ear can be easily visualized and accessed, resulting in more precise dissection. This not only shortens the duration of the surgery and recovery time, but also eliminates external scarring and minimizes postoperative pain. With more experience, inner ear and skull base surgeries can also be performed using this new method. After a brief introduction to the anatomy of endoscopic ear surgery, we will demonstrate its many applications with surgical videos. In addition to practical guidance, we will also discuss the advantages and limitations of the surgical technique. We will also present the results of endoscopic myringoplasty performed at our clinic and its impact on quality of life, which we compared with traditional microscopic surgery.

IC 8 – Prstienková myringoplastika - inštruktážny kurz

Sičák M., Klačanský J.

Klinika Otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku pri LF SZÚ Bratislava a KÚ Ružomberok, v Ústrednej vojenskej nemocnici-FN Ružomberok

V rekonštrukcii väčších defektov blanky bubienka, najmä u subtotálneho a totálneho defektu, sa používa celé spektrum techník a materiálov na rekonštrukciu bubienka. Prstienková myringoplastika ponúka náhradu bubienka vrátane anulus tympanicus, ktorá je anatomicky aj fyzikálne veľmi blízko bubienku, ktorý vytvorila príroda. Inštruktážny kurz popisuje aj formou video nahrávok jednotlivé kroky operácie.

IC 9 – Pro a proti: Adenotomie studené versus teplé nástroje

Zeleník K., Urík M., Jurovčík M.

Adenotomie je najčastejši prováděnou operaci v dětské otorinolaryngologii. "Klasická" kyretáž adenoidních vegetace studenými nástroji za endoskopické kontroly je v posledních 20-25 letech standardní operační technikou. V posledních letech se k operaci využívají i další metody, jako je koblace, laserová ablace a další. Cílem tohoto sdělení typu PRO a PROTI je přehledně diskutovat výhody a nevýhody jednotlivých přístupů s ohledem na efektivitu výkonu, bezpečnost, perioperační komplikace a dlouhodobé výsledky.

IC 10 – Krvácení po tonzilektomii – postup a organizace péče

Vodička J., Slouka D., Syrovátka J.

Krvácení v blízkosti dýchacích cest představuje jeden z nejrizikovějších akutních stavů v oboru otorinolaryngologie. Mezi nejčastější pak patří krvácení po výkonech na patrových mandlích.

Úvod bude zahrnovat sdělení poznatků ze studie zaměřené na výskyt krvácení po tonzilektomii a tonzilotomii, která proběhla na pracovištích v České republice. Cílem je poukázat na rizikové faktory a srovnat výsledky se zahraničními poznatky.

Hlavní probíranou oblastí je postup při krvácení v blízkosti dýchacích cest na lůžkové části oddělení a při ošetření na ambulanci, případně na urgentním příjmu. Důraz je kladen na přípravu postupů a zajištění bezpečného transportu. Zmíněny budou chirurgické i nechirurgické možnosti ošetření krvácení.

Závěrem pak bude pohled a doporučení tří vybraných pracovišť, které zastupují jednotliví přednášející instruktážního kurzu.

IC 11 – Otokleróza: sluchadlo, stapedoplastika nebo kochleární implantát?

Kalitová P., Koucký V., Bouček J.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1.LF UK a FN Motol

Otokleróza je onemocnění charakterizované remodelací kosti v oblasti otické kapsuly. Hlavním symptomem procesu kostní resorpce a následné sklerotizace je především progredující převodní či kombinovaná vada sluchu, v nejtěžších případech vedoucí až k praktické hluchotě. Dosud není známa žádná efektivní terapie, která by mohla remodelaci kosti zastavit. Lékařská péče je tak zaměřena na řešení sluchové vady. V současnosti máme k dispozici řadu instrumentů, díky kterým můžeme sluch pacienta s otosklerózou rehabilitovat. Pro každého pacienta je tak možné najít vhodné řešení v závislosti na jeho osobních preferencích, tíži sluchové vady, rozsahu otosklerotického postižení a celkovém zdravotním stavu. V rámci instruktážního kurzu budou diskutovány metody rehabilitace sluchu využitelné u pacientů s otosklerózou a faktory, které je potřeba zohlednit při jejich volbě. Budeme prezentovat vlastní výsledky rehabilitace sluchu u různých podskupin pacientů s otosklerózou. Kazuistickými případy pak vneseme celou diskutovanou problematiku do kontextu každodenní klinické praxe.

IC 12 – Czech Salivary Gland Database: praktická ukázka počítačového programu pro vedení registru nádorů slinných žláz a jeho využití v klinické praxi

Kalfeřt D.¹, Jelínek V.², Nový P.², Brůha P.²

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN Motol, 1. LF UK, Praha*

² *Katedra informatiky a výpočetní techniky, FAV, ZČU, Plzeň*

Nádory slinných žláz představují vzácnou, klinicky i biologicky heterogenní skupinu onemocnění, u nichž je pro optimální diagnostiku, léčbu a dispenzarizaci zásadní systematický sběr a analýza klinicko-patologických dat. Czech Salivary Gland Database je nově vyvinutý počítačový program umožňující efektivní správu a hodnocení dat pacientů se zhoubnými nádory velkých slinných žláz na úrovni jednotlivých pracovišť i budoucího národního registru.

Kurz nabídne praktickou ukázkou práce se softwarem — od základního zadávání a filtrování dat až po vizualizaci a statistickou analýzu včetně Kaplan-Meierových křivek a dalších implementovaných metod pro hodnocení léčebných výsledků. Zdůrazněn bude význam standardizovaného sběru dat u vzácných diagnóz a možnosti využití databázových výstupů v klinické praxi i výzkumu (např. identifikace prognostických ukazatelů či optimalizace dispenzárních postupů).

Cílem kurzu je motivovat odbornou veřejnost k aktivní spolupráci na centralizovaném systému sběru dat, který může zásadním způsobem přispět ke zlepšení péče o pacienty s nádory slinných žláz v České republice.

Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti SURG.

IC 13 – Pro a proti: Karcinom hrtanu

Gál B., Chrobok V., Vošmik M., Laco J., Dědková J.

Hlavními léčebnými modalitami karcinomu hrtanu jsou chirurgická léčba a radioterapie, případně chemoterapie. V instruktážním kurzu budou představeny výhody a nevýhody chirurgické a konzervativní léčby. Pro a proti jednotlivých metod uvede otorinolaryngolog a onkolog.

Volba optimálního postupu vychází z doporučení multidisciplinárního týmu, rozsahu a biologických vlastností nádoru, celkového stavu pacienta, očekávaných funkčních důsledků léčby a preferencí nemocného. Na kazuistikách bude demonstrována spolupráce multidisciplinárního týmu: chirurg, onkolog, radiodiagnostik a patolog.

IC 14 – Cholesteatom od A až po Z

Bouček J.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1.LF UK a FN Motol

Chronická otitida s cholesteatomem je nejčastější indikací k sanační operaci v oblasti spánkové kosti a středouší. Postup od diagnostiky, předoperační rozvahy, variant operačního postupu až po pooperační péči a sledování budou shrnuty v rámci instruktážního kurzu.

IC 15 – Komplexní přístup k hlasové terapii v procesu genderové tranzice Male to Female

Néma K.^{1,2,3}, Mejzlík J.^{1,2}, Fifková H.⁴, Jačková K.⁵, Staňková T.⁵, Chrobok V.^{1,2}

¹ *Fakultní nemocnice Hradec Králové, Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*

² *Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové*

³ *Univerzita obrany, Vojenská lékařská fakulta*

⁴ *MUDr. Hana Fifková, Sexuologická a psychoterapeutická ordinace, Praha*

⁵ *Medical Healthcom, Hlasové a sluchové centrum Praha*

U pacientek v procesu genderové tranzice male-to-female (MtF) je velmi důležitý chápat a multidisciplinární přístup. Na péči se podílejí odborníci z řad psychiatrů, sexuologů, psychologů, hlasových terapeutů i chirurgů, a to včetně foniatrů a otorinolaryngologů.

Instruktažní kurz je zaměřen na přehled současných poznatků v péči o MtF pacientky se zvláštním důrazem na hlasovou problematiku jako významnou součást genderové afirmace.

Bude prezentován pohled psychiatra, sexuologa, včetně přístupu k pacientkám, diagnostického procesu a terapeutických možností v průběhu tranzice.

Samostatná část bude věnována psychometrickému vyšetření, s obecným přehledem používaných dotazníků a detailním představením dotazníku TWVQ (Trans Women Voice Questionnaire) jako nástroje subjektivního hodnocení hlasu.

Stěžejní část kurzu se zaměří na konzervativní a chirurgickou terapii hlasu. Budou probrány různé techniky, typy a triky hlasové terapie. Diskutovány budou také chirurgické možnosti zvýšení hlasu, včetně nových postupů.

Závěr kurzu bude věnován prezentaci kazuistik, diskusi klinických zkušeností a shrnutí klíčových aspektů multidisciplinární péče o MtF pacientky.

IC 16 – Role zobrazovacích metod u pacienta se závratí: na co se zaměřit?

Koucký V.¹, Martinkovič L.²

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1.LF UK a FN Motol*

² *Neurologická klinika 2.LF UK a FN Motol*

Zobrazovací metody tvoří důležitý prvek v diagnostice pacientů se závrativými obtížemi. Ačkoliv je u velké části pacientů se závratí podkladem jejich obtíží funkční postižení vestibulárního aparátu, přesto zobrazovací metody využíváme pro vyloučení zobrazitelných patologií, které se mohou prezentovat identickým klinickým obrazem. V případě postižení periferního vestibulárního ústrojí se jedná o léze v oblasti mostomozečkového koutu a pyramidu kosti skalní včetně patologií středního a vnitřního ucha. V případě postižení centrálního nervového systému se zaměřujeme nejen na oblasti mozku kmene, mozečku, ale i na další subkortikální a kortikální struktury. V rámci instruktažního kurzu budeme diskutovat kdy a jaké zobrazovací metody indikovat v kontextu klinických symptomů pacienta a jaké výsledky můžeme očekávat. Popíšeme na jaké periferní i centrální struktury se během hodnocení zobrazovacích metod zaměřit. Budeme se věnovat identifikaci ischemických ložisek u pacientů s akutní závratí a validitě zobrazovacích metod u této podskupiny pacientů s potenciálně závažnou prognózou. Zahrnuta bude i problematika zobrazení endolymfatického hydrospu a neurovaskulárního konfliktu v oblasti vnitřního zvukovodu. Teoretické poznatky budeme dokládat na četných případech z klinické praxe.

IC 17 – Pro a proti: Chronická sekretorická otitida – konzervativní vs. chirurgická léčba

Školoudík L.¹, Hošnová D.², Formánek M.³

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

²Klinika dětské otorinolaryngologie FN Brno a LF MU

³Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Městská nemocnice Ostrava

Úvod: Chronická sekretorická otitida představuje nejčastější příčinu nedoslýchavosti v dětském věku, ale objevuje se i u dospělých pacientů. Přes existující doporučení přetrvává nejednotnost v přístupu k léčbě onemocnění na jednotlivých pracovištích v České republice.

Metodika: Formou strukturované diskuse PRO - PROTI budou porovnány možnosti konzervativní a chirurgické léčby chronické sekretorické otitidy. Konzervativní přístup bude prezentován foniatričkou s bohatými zkušenostmi v péči o dětské pacienty, s důrazem na jasně definované indikace, limity a situace, ve kterých je konzervativní terapie nezbytná, zatímco chirurgický postup bude hájit kofochirurg.

Výsledky: Na úvod bude představeno onemocnění, jeho etiopatogeneze a diagnostické postupy. Následně zastánce konzervativní léčby představí možné postupy a jejich výhody, zastánce chirurgických metod uvede možnosti a rizika chirurgické intervence. V moderované diskusi budou na jednotlivých kazuistikách argumentovány léčebné metody.

Závěr: Diskuse umožní posluchačům seznámit se s pohledy foniatra a ušního chirurga na léčbu chronické sekretorické otitidy a přispěje k racionální volbě terapeutické strategie v klinické praxi.

IC 18 – Současný pohled na diagnostiku a terapii mimojícnových projevů refluxní choroby jícnu v otorinolaryngologii

Vydrová J.,¹ Lukešová E.,¹ Lukavcová E.^{1,2}

¹Hlasové a sluchové centrum Praha, Medical Healthcom spol. s r.o.

²Klinika otorinolaryngologie a maxilofaciální chirurgie 3.LF UK a ÚVN

Cíl: Cílem instruktážního kurzu je podat ucelený pohled na možnosti současné diagnostiky a terapie mimojícnových projevů refluxní choroby jícnu.

Extrazofageální reflux (EER) je stav, kdy dochází k průniku (duodeno)gastrického obsahu nad úroveň horního jícnového svěrače (HJS). **Extrazofageální refluxní choroba (EERCH)** je stav, kdy reflux působí obtíže a/nebo komplikace v laryngu, faryngu, respiračním traktu a ústní dutině. Přesná prevalence EERCH není známa; jedná o nehomogenní skupinu pacientů s kolísavou závažností příznaků. Za nejdůležitější příčinu se považuje nedomykání HJS. Důležitým patogenetickým faktorem je chemické složení refluxátu a délka jeho expozice na sliznici jednotlivých orgánů. Roli může hrát i spánkový reflux. Ve vzdálenějších oblastech (středouší, paranazální dutiny, plíce) se předpokládá i úloha **aerosolových refluxů**. Typické příznaky refluxní choroby jícnu, jako pálení žáhy a regurgitace, se objevují jen u části nemocných s extrazofageální refluxní chorobou (u 6 až 43 % pacientů s ORL potížemi, u 40 až 60 % pacientů s astmatem a u 25 až 57 % pacientů s kašlem). Vzhledem k tomu, že stoupá incidence a prevalence refluxní choroby jícnu (RCHJ), stoupá i incidence a prevalence extrazofageální refluxní choroby (EERCH). Vznikla naléhavá potřeba diagnostiky mimojícnových projevů refluxní choroby v otorinolaryngologii.

Diagnostika: Stanovení diagnózy extrazofageální refluxní choroby není jednoduché, neexistuje jediná specifická metoda, ale k diagnostice přispívá mozaika dostupných vyšetření: zvětšovací laryngoskopie, 24hodinová monitorace jícnové impedance pH, 24hodinová monitorace orofaryngeálního pH, Pep test.

Terapie: Léčba musí být komplexní a sestává zejména z opatření režimových a dietních. V medikamentózní léčbě hrají roli algináty, antacida, prokinetika, inhibitory protonové pumpy a v určitých případech i adsorbenty žlučových kyselin. Laparoskopická fundoplikace a další možné chirurgické postupy jsou indikovány ve specifických případech, až po neúspěchu léčby konzervativní.

IC 19 – Moderní septorinoplastika

Kaňa R.¹, Kastner J.², Miletín J.³

¹ORL odd. VFN, Esthé, FortMedica, Praha

²ORL ambulance Beroun a Plzeň, OJP RN Beroun, Nem. Hořovice, Perfectclinic

³Perfectclinic, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1.LF UK a FNM, Praha

Tři autoři, tři různé odborné zkušenosti, tři pohledy na funkční, rekonstrukční a estetickou chirurgii nosu. Společný zájem o optimální výsledek. Zajímají vás otázky typu zavřený/otevřený přístup? Prezervační techniky? Perforace septa? Endoskopicky asistovaná septoplastika? Rekonstrukční techniky, štěpy, kde, kam, jak? Revizní operace? Složitý (psychicky) pacient? Ekonomický pohled?!

Primář Kaňa z ORL VFN se dlouhodobě věnuje funkční a estetické i rekonstrukční operativě nosu, je předním českým specialistou v primární i revizní septorinoplastice. Organizuje domácí i mezinárodní workshopy. Jeho zájem o nos hraničí až s posedlostí, nebojí se nových výzev, sleduje moderní trendy a uvádí je do své klinické praxe.

MUDr. Kastner je ambulantním ORL lékařem z Berouna. Kromě své praxe se stále věnuje i operativě, a to jak spolu s plastickými chirurgy v Perfectclinic, tak i v rámci jednodenní chirurgie v Nemocnici v Berouně a Hořovicích.

MUDr. Miletín z pracoviště plastické chirurgie a estetické medicíny Perfectclinic, s úvazkem na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1.LF UK neustále posunuje hranice své chirurgické erudice v nose, jeho zkušenost jak z pohledu estetické medicíny, tak i rekonstrukčních výkonů posunuje mezioborovou spolupráci na další úroveň.

Přijďte si poslechnout tři odborníky s rozdílným profesním zázemím, a přesto společnou vášní, společným zájmem a snahou o funkčně-esteticky dokonalý nos, kteří se snaží spolu s dalšími kolegy posunovat hranice moderní septorinoplastiky.

IC 20 – Vertigo mezi ORL a neurologií

Stříteská M., Marchenko K., Murgašová L.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN HK, LF HK

V klinické praxi, na pomezí ORL a neurologie, je závrať jedním z nejčastějších, ale také nejvíce zavádějících symptomů. Instruktažní kurz je navržen jako praktický průvodce pro odlišení benigních periferních poruch od centrálních (i život ohrožujících) příhod, naše pozornost se zaměří na signály narušení integrity mozkového kmene a mozečku.

Hlavním pilířem kurzu je včasná identifikace varovných signálů, které signalizují neurologický deficit či komplikaci otologické diagnózy. Detailně probereme protokol HINTS+ a specifické červené vlajky, jako jsou poruchy okulomotoriky, centrální typy nystagmu, změny funkce hlavových nervů či náhlou ataxii.

Cílem je vyostřit klinický instinkt lékaře tak, aby v záplavě „běžných“ závratí nepřehlédnul tichý nástup cévní mozkové příhody, symptomy pokročilého vestibulárního tumoru, degenerativních onemocnění CNS, komplikace otologických úrazů, nebo zánětlivé nitrolební komplikace otologického původu. Naučíme se vkládat pozornost do kritických detailů vyšetření, které rozhodují o kvalitě života pacienta.

VOLNÁ SDĚLENÍ – LÉKAŘSKÁ SEKCE

OTOLOGIE 1

Petrózní cholesteatom – diagnostika a léčba

Chovanec M.¹, Kulkovská D.¹, Trnková K.¹, Murgašová L.¹, Profant O.¹, Verešpejová L.¹, Urbániová Z.¹, Knotek M.¹, Vyhnánková S.¹, Černý L.², Holešta M.³

¹Otorinolaryngologická klinika, 3.lékařská fakulta Univerzita Karlova a FN Královské Vinohrady

²Foniatrická klinika, 1.lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná Fakultní Nemocnice

³Klinika radiologie a nukleární medicíny, 3.lékařská fakulta Univerzita Karlova a FN Královské Vinohrady

Úvod: Petrózní cholesteatom (PBC) představuje nenádorovou invazivní lézi postihující pyramidu spánkové kosti. PBC může být získaný, iatrogenní či kongenitální. Vzhledem k lokalizaci a variabilnímu klinickému obrazu vyžaduje diagnostika provedení zobrazovací metody. Léčba je výhradně chirurgická. Pro lokalizaci, rozsah, vztah ke kritickým strukturám nejsou přístupy běžně užívané v otologické chirurgii dostačující.

Metodika: Retrospektivní monocentrická analýza 28 pacientů (ženy 16/muži 12; 7-77 let) operovaných v letech 2015–2025. Rozsah onemocnění byl stanoven HRCT/MRI (vč. non EPI DWI) a klasifikován dle Sanny. Operační strategie vycházela z lokalizace, rozsahu, stavu sluchu a funkce n.VII. Hodnoceny jsou demografické údaje, etiopatogeneze, funkce n.VII (House–Brackmann), komplikace, reoperace a recidivy.

Výsledky: Nejčastější etiologií byla získaná (50%) následovaná iatrogenními (29%) a kongenitálními (21%) PBC. Dle Sannovy klasifikace byly nejčastějšími typy supralabyrintální (54%; 15), masivní (21%, 6) a infralabyrintálně-apikální (14%, 4). Hlavními symptomy byla hypakuze (96%; 27), oteřea a vertigo/instabilita (obojí 43%, 12) a paréza n.VII (36%, 10). Celkem bylo provedeno 29 chirurgických výkonů, nejčastěji subtotální petrosektomie (29%; 8), transotický přístup (18%; 5), modifikovaný transkochleární přístup A nebo kombinace subtemporálního a retrolabyrintálního přístupu (obojí 14%; 4). Medián sledování činil 56 měsíců, recidiva byla zaznamenána u 2 pacientů (28 a 81 měsíců po výkonu).

Závěr: Chirurgický přístup je určen typem PBC, stavem sluchu a funkcí n.VII. Hlavním cílem je úplná eradikace cholesteatomu. Výsledky jsou srovnatelné s jinými velkými soubory publikovanými v relevantní literatuře.

Poděkování: Práce vznikla s podporou projektu Univerzity Karlovy Cooperatio 34 surgical disciplines

Anamnéza a řešení otogenních komplikací – kazuistiky

Markalous B., Šuldová B.

Ušní, nosní a krční oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.

Úvod, výsledky: retrospektivní přehled námi operovaných případů za 21 let. Z etických důvodů neuvedena vstupní pracoviště.

K1: 4letá dívka s atakou febrilií, závratí hospitalizována na neurologickém oddělení. CT mozku, lumbální punkce negativní, bez terapie. Později pediatrem nasazena ATB. Na žádost matky vyšetření ORL. Po zhodnocení starší CT, úpravě jasového okna je evidence otomastoiditidy. Terapie: ATB, steroidy, paracentéza, oboustranná antromastoidektomie (AM) - zhojena.

K2: 8leté děvče s tříměsíčním kolísáním sluchu sledováno pediatrem a otolaryngologem. Pro otomastoiditidu oboustranná AM - zhojena.

K3: 5letá dívka s několikadenní bolestí ucha, horečkami: ambulantně otolaryngologem vloženy cípky do zvukovodu. Druhý den retroaurikulární absces při otomastoiditidě. Po paracentéze, AM zhojena.

K4: 56letému pacientovi aplikovány pro údajnou pravostrannou percepční poruchu sluchu a vertigo infúze s kortikoidy bez efektu. Za týden zvracení, bezvědomí. Hospitalizován na ARO s purulentní meningoencefalitidou, sepsí, otomastoiditidou, pansinusitidou. Navzdory paracentéze, AM, FESS a mezioborové terapii otok mozku. Neurochirurg již neindikoval kraniotomii ani monitoraci ICP, pacient exitoval.

K5: 71letý nemocný s třítýdenní bolestí ucha, zhoršením sluchu vyšetřen 2krát praktickým lékařem, 1krát otolaryngologem bez ATB či paracentézy. Pro bezvědomí hospitalizován na ARO pro purulentní meningoencefalitidu, otomastoiditidu. Po mezioborové péči, paracentéze, AM zhojen.

K6: 50letý pacient s externími otitidami, nedoslýchavostí při obturující exostóze zvukovodu byl objednan za jeden rok k operaci exostóz. Námi zhotovená CT: otomastoiditida, cholesteatom. Snesením exostóz, tympanoatikoantromastoidektomií zhojen.

Závěry: Opomenutí anamnézy a vyšetření vede k diagnostickým a léčebným omylům. Racionální „selský“ rozum, kterého se v současnosti, bohužel, poněkud nedostává i ve zdravotnictví, musí být na prvním místě a nelze spoléhat na další konziliáře a/nebo artificial intelligence.

Otoskleróza – pistony

Klačanský J.

ORL, Univerzitná Nemocnica Bratislava

Prednáška sa venuje vývoju filozofie a chirurgického postupu pri otoskleróze od stapedektómie cez stapedotómiu s ochranou nákovky a vnútorného ucha

Mikrocie – rekonstrukce boltce individuálně vyráběným 3D implantátem

Sukop A.

Mikrocie je vrozená vývojová vada boltce s incidencí přibližně 1 : 6 000–12 000 porodů.

V České republice se ročně rodí přibližně 10–16 dětí s touto diagnózou, které jsou centralizovány na Klinice plastické chirurgie FN Královské Vinohrady, Dětské klinice FN Motol a Stomatologické klinice FN Královské Vinohrady.

Moderní možnost rekonstrukce představují individuálně vyráběné porézní polyethylenové 3D implantáty, které umožňují anatomicky přesnou rekonstrukci boltce na základě skenu kontralaterálního ucha. Metoda umožňuje jednoetapovou rekonstrukci již v předškolním věku s realistickým estetickým výsledkem, dobrou symetrií a minimální morbiditou.

Autoři zároveň prezentují první pacienty s kombinovanou operací, kdy je během jedné operace provedena rekonstrukce boltce současně s rekonstrukcí sluchu pomocí implantátu Osia, a to ve spolupráci s dětskou ORL klinikou FN Motol.

Přednáška shrnuje indikace, chirurgickou techniku implantace s krytím temporální fascií, možnosti kombinace s rekonstrukcí sluchu a vlastní klinické zkušenosti. Diskutovány jsou také limity metody, možné komplikace a postavení této technologie v současné komplexní péči o pacienty s mikrocí.

Nekrotizující externí otitis, výsledky na ORL klinice FN v Plzni 2018-2024

Ruml F.¹, Kostlivý T.¹, Slouka D.¹

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň, ČR

Úvod: Nekrotizující zánět zevního zvukovodu je typický plíživým průběhem, někdy diskrétním klinickým nálezem s možnými závažnými komplikacemi, včetně letálních. Rizikovou skupinou jsou fragilní starší polymorbidní pacienti. Příčinným patogenem je Gramm negativní aerobní bakterie *Pseudomonas aeruginosa*

Metodika: Jsou prezentovány výsledky retrospektivní analýzy souboru 14 pacientů na ORL klinice ve FN Plzeň v letech 2018-2024. Sledovali jsme věk, pohlaví, komorbiditu, přednemocniční léčbu, dobu antibiotické terapie, komplikace onemocnění, kultivační nález, histologii, rekurenci onemocnění, charakter případné chirurgické intervence.

Výsledky: Převažovali muži bez stranové predilekce. Vždy polymorbidní pacienti, průměrného věku 76 let. Polovina nemocných trpěla diabetem. Dva pacienti byli imunosuprimováni. U čtyř nemocných následovaly potíže po výplachu obturujícího cerumina. Téměř polovina nemocných byla hospitalizována opakovaně. Terapie zahrnovala intravenózní podání protipseudomonádových antibiotik, intenzivní lokální léčbu, u poloviny pacientů byl nutný chirurgický zásah variabilní šíře od odstranění polypů, sekvestrů kosti a chrupavky zvukovodu až po sanační výkon na temporální kosti. Evidovanými komplikacemi v souboru byly pozdní stenozy zvukovodu, osteomyelitida spánkové kosti, postižení lícního nervu, převodní hypakuze až hluchota, při postižení baze lební a IX,X, XII hlavového nervu i významná malnutrice při dysfagii. Léčení si průměrně vyžádalo 74 dnů antibiotické terapie.

Závěr: Nekrotizující zánět zevního zvukovodu je závažné onemocnění starších polymorbidních pacientů vyžadující dlouhodobou léčbu. V našem souboru pacientů jsme zaznamenali prakticky všechny popisované komplikace. Nikdo z pacientů nezemřel v přímé souvislosti s nekrotizující externí otitidou.

Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Podpořeno MZ ČR - RVO (FNPI, 00669806).

OTOLOGIE, IMPLANTACE

Využití systémů CROS/BiCROS u dětí

Aksenovová Z.

Klinika ušní nosní a krční 2.LF UK a FN Motol a Homolka

Úvod: Jednostranná hluchota nebo asymetrická ztráta sluchu může u dětí negativně ovlivňovat porozumění řeči, její vývoj, sociální interakce i školní vzdělávání. Jednou z možností sluchové kompenzace je použití systémů CROS nebo BiCROS, které zajišťují bezdrátový přenos akustického signálu z neslyšící strany do slyšícího ucha, případně do ucha s menší sluchovou ztrátou.

Cílem studie bylo zhodnotit míru využívání a přínos těchto systémů u dětských pacientů.

Metodika: Do sledování bylo zařazeno 12 uživatelů systémů CROS/BiCROS (6 chlapců a 6 dívek) s věkovým průměrem 12 let. Hodnocena byla průměrná denní doba používání pomůcky na základě datalogu, porozumění řeči v šumu pomocí standardizovaných audiologických testů a subjektivně vnímaný přínos systému prostřednictvím Bernského dotazníku.

Výsledek: Plně aktivními uživateli bylo 6 pacientů, 5 dětí využívalo kompenzační pomůcku pouze ve školním prostředí a 1 dívka přestala systém CROS zcela používat. Subjektivní i objektivní hodnocení prokázalo zlepšení porozumění řeči v šumu a schopnost vnímat zvuky přicházející ze strany neslyšícího ucha. Směrové slyšení ani lokalizace zdroje zvuku se nezlepšily.

Závěr: Jako metodu první volby u jednostranné hluchoty zvažujeme kochleární implantaci, která jako jediná umožňuje obnovu binaurálního slyšení. Pokud není kochleární implantace indikována, lze použít systém CROS/BiCROS. Další možnosti jsou sluchadla nebo implantabilní systémy na kostní vedení. Tyto alternativy sice nezajišťují plnohodnotné binaurální slyšení ani neumožní lokalizovat zdroj zvuku, ale eliminují akustický stín hlavy a zlepšují komunikační schopnosti v hlučném prostředí.

Rehabilitace sluchu implantabilními systémy u pacientů po resekci tumoru spánkové kosti

Murgašová L.¹, Černý L.², Bauer L.¹, Profant O.¹, Knotek M.¹, Fuksa J.¹, Chovanec M.¹

¹Otorinolaryngologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha, Česká republika

²Foniatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha, Česká republika

Úvod: Chirurgická léčba tumorů spánkové kosti je vzhledem k nutnosti radikální resekce často spojena s postižením sluchové funkce, nejčastěji ve smyslu převodní nebo smíšené nedoslýchavosti, případně hluchoty na postižené straně. Porucha sluchu může negativně ovlivnit kvalitu života pacientů. V případech, kdy konvenční sluchadla nepřinášejí dostatečný efekt nebo jejich použití není z anatomických či funkčních důvodů možné, mohou implantabilní sluchové systémy představovat alternativu rehabilitace sluchu. Mezi tyto technologie patří aktivní středoušní implantáty, implantáty pro kostní vedení a kochleární implantát. Cílem práce je prezentovat možnosti a přínosy rehabilitace sluchu pomocí těchto implantabilních systémů.

Metodika: Retrospektivně hodnotíme rehabilitaci sluchu u 6 pacientů (5 mužů, 1 žena; věk 31–67 let) s různým typem nedoslýchavosti vzniklé jako následek chirurgické léčby tumoru spánkové kosti.

Výsledky: U pěti pacientů byla dříve provedena subtotální petrosektomie v rámci léčby patologického procesu postihujícího spánkovou kost (dlaždicový karcinom: 2, basocelulární karcinom: 1, petrosní cholesteatom: 2). U těchto pacientů byla pooperačně přítomna smíšená nedoslýchavost. U jednoho pacienta byla indikací jednostranná hluchota bez možnosti kochleární implantace. U všech pacientů byl testován přínos konvenčních sluchadel, resp. systému CROS a systému pro kostní vedení. Na základě audiometrických testů a výsledků zobrazovacích vyšetření jsme u 3 pacientů indikovali implantaci aktivního středoušního implantátu a u 3 pacientů implantaci systému pro kostní vedení. Ve všech případech byl dosažen očekávaný sluchový zisk a pacienti jsou aktivními uživateli.

Závěr: Implantabilní sluchové systémy představují důležitou součást rehabilitace sluchu u pacientů po chirurgické léčbě nádorů spánkové kosti. Volba typu implantátu závisí na typu sluchové vady i anatomických poměrech ovlivněných rozsahem předchozích chirurgických výkonů.

Podpora projektu: Práce byla podpořena výzkumným projektem Univerzity Karlovy Cooperatio 43 Surgical Disciplines.

Povědomí a akceptace sluchové rehabilitace u pacientů s vestibulárním schwannomem

Fík Z.¹, Shpilman J.², Lazák J.,¹ Koucký V.¹, Bouček J.¹, Kalitová P.¹, Vlasák A.²

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 1.LF UK, FN Motol a Homolka

²Neurochirurgická klinika dětí a dospělých, 2.LF UK, FN Motol a Homolka

Úvod: Chirurgická léčba vestibulárního schwannomu (VS) často vede ke ztrátě funkčního sluchu na postižené straně, tedy k jednostranné hluchotě (single-sided deafness, SSD), která může mít významný dopad na komunikaci i psychosociální fungování pacientů. Rehabilitace zaměřená na SSD, zahrnující systémy CROS/BiCROS, kostně vedené sluchové pomůcky či v indikovaných případech kochleární implantaci, může zlepšit funkční sluchové výsledky. Míra informovanosti pacientů o těchto možnostech a jejich ochota rehabilitaci podstoupit však v klinické praxi není dostatečně známa. Cílem této studie bylo zhodnotit subjektivně vnímaný sluchový handicap po operaci VS, míru informovanosti o možnostech sluchové rehabilitace a zájem pacientů o její využití, a dále analyzovat možné souvislosti s demografickými a klinickými faktory.

Materiál a metody: Do analýzy bylo zařazeno 50 pacientů po resekci vestibulárního schwannomu (27 žen, 23 mužů; průměrný věk 40,5 roku). Velikost nádoru byla hodnocena podle maximálního průměru a klasifikace dle Koose. Pacienti vyplnili dotazník Hearing Handicap Inventory (HHI), rozšířený o otázky zaměřené na informovanost o možnostech sluchové rehabilitace, znalost jednotlivých metod a aktuální či zvažované využívání rehabilitačních pomůcek. Z klinické dokumentace byly získány audiologické parametry před a po operaci (PTA, SDS, klasifikace AAO-HNS).

Výsledky: Průměrná doba od operace do vyplnění dotazníku činila 114,6 měsíce. Pooperačně převažovala klasifikace AAO-HNS třídy D, která byla zaznamenána u 38 z 42 pacientů s dostupnými audiologickými údaji. V dotazníku HHI uvedlo alespoň mírný sluchový handicap 55,3 % pacientů (26/47), z toho 40,4 % (19/47) uvádělo handicap významný. O možnostech sluchové rehabilitace bylo informováno 64 % pacientů (32/50), zatímco 28 % (14/50) uvedlo, že tyto informace neobdrželo. Nejčastěji zmiňovanými metodami rehabilitace SSD byly pomůcky na principu kostního vedení (n = 16), kochleární implantace (n = 11), konvenční sluchadla (n = 11) a systémy CROS (n = 9). Aktivní zájem o rehabilitaci nebo její aktuální využívání uvedlo 18 % pacientů (9/50). Tento zájem byl častější u informovaných pacientů (8/9) a byl spojen s vyšším subjektivně vnímaným handicapem (medián HHI 34 vs. 22).

Závěr: I dlouhodobě po operaci vestibulárního schwannomu je sluchový handicap spojený s jednostrannou hluchotou častý, zatímco využívání dostupných rehabilitačních možností zůstává nízké. Proaktivní poskytování informací o možnostech rehabilitace se jeví jako potenciálně ovlivnitelný faktor, který může zvýšit ochotu pacientů zvažovat rehabilitaci SSD.

Kochleární implantace u dětí s vrozenými anomáliemi vnitřního ucha: výzvy a výsledky

Urík M., Hošnová D., Kruntorád V., Šíma J.

Klinika dětské otorhinolaryngologie FN Brno a LF MU v Brně

Úvod: Kochleární implantace (KI) je nejmodernější léčebná metoda pro senzoryneurální ztrátu sluchu, včetně pacientů s vrozenými malformacemi vnitřního ucha. Cílem této studie bylo vytvořit trojrozměrný (3D) model malformovaného vnitřního ucha, identifikovat přítomnost sluchového nervu z předoperačních snímků, vizualizovat umístění elektrod implantátu uvnitř hlemýždě z pooperačních snímků a vyhodnotit pooperační přínosy KI pro sluch.

Metodika: Retrospektivní studie v terciárním centru. Software Slicer byl použit k 3D segmentaci vnitřního ucha před implantací a analýze polohy elektrod v hlemýždě po implantaci. Pomocí stejného softwaru byl navigován průřez vnitřního zvukovodu (IAC), aby se vizualizovala přítomnost nebo absence sluchového nervu. Byly vyhodnoceny prahy srozumitelnosti řeči (SIR) a průměrné prahy čistých tónů (PTA) pro přínosy získané z KI.

Výsledky: Naše databáze obsahovala celkem 12 dětí s radiologicky diagnostikovanou malformací vnitřního ucha, z nichž 19 uší bylo léčeno pomocí kochleárního implantátu firmy MEDEL. V této kohortě byly zjištěny různé typy malformací, jako je rozšířený vestibulární akvadukt (EVA), neúplná přepážka (IP) typu I a II, hypoplazie kochley (CH), stenóza kochleární apertury a společná dutina (CA). Gusher byl pozorován u malformací typu EVA a IP typu II. Vyšší skóre SIR a nižší prahové hodnoty PTA byly zaznamenány u méně závažných typů malformací a naopak.

Závěr: Závažnost malformace má negativní vliv na výsledky sluchu s KI. MRI je důležitým nástrojem při identifikaci sluchového nervu u subjektů s diagnostikovanou malformací anatomie vnitřního ucha.

Možnosti chirurgického umístění, audiologický přínos a kvalita života po implantaci aktivního kostního implantátu Bonebridge u dětí.

Urík M., Hošnová D., Kruntorád V., Šíma J.

Klinika dětské otorhinolaryngologie FN Brno a LF MU v Brně

Úvod: Cílem studie bylo vyhodnotit, jak menší velikost transkutánního implantátu pro kostní vedení BCI602 ovlivňuje možnosti chirurgického umístění u dětí ve srovnání s jeho předchůdcem, modelem BCI601 a také analyzovat audiologický přínos, kvalitu života a chirurgickou bezpečnost systému Bonebridge.

Metodika: Prospektivní studie v terciárním centru zkoumající 21 pacientů. Byly hodnoceny audiologické výsledky z hlediska audiometrie zvukového pole, prahu rozpoznávání řeči a rozpoznávání řeči v hluku. K hodnocení subjektivních přínosů z hlediska sluchu a kvality života byly použity dotazníky Speech, Spatial, and Qualities of Hearing Scale (SSQ12) a Assessment of Quality of Life 6 Dimensions (AQoL-6D). Analýza předoperačních snímků počítačové tomografie.

Výsledky: Umístění BCI602 v transmastoidní lokalizaci bylo možné u 100 % dětí, stejně jako u 89,5 % případů s variantou BCI601 při použití podložek. Stejně tak by bylo možné umístit BCI602 u 100 % pacientů v pozici nad linea temporalis. U starší verze BCI601 by to bylo možné pouze v 58 % případů. Obě varianty implantátu přinesly pacientům signifikantní zlepšení sluchu a kvality života, zároveň jsme zaznamenali minimum komplikací.

Závěr: Díky kombinaci vysoké bezpečnosti, významných audiologických přínosů a snadného umístění BCI602 je Bonebridge pohodlnou a účinnou volbou pro rehabilitaci sluchu u dětí.

RINOLOGIE

Endoskopicky asistovaná septoplastika – zkušenosti a výsledky

Kastner J^{1,2,3,4}, Olšavová D², Kufa R⁴, Schalek P⁵, Kaňa R⁶, Štěpánek J⁷

¹ORL Kastner s.r.o., ordinace Beroun a Plzeň

²Nemocnice Hořovice

³OJP RNB, Beroun

⁴Perfectclinic Praha

⁵Otorinolaryngologická klinika 3. LF UK v Praze a FN Královské Vinohrady v Praze

⁶Odd. ORL, VFN, Praha

⁷Odd. ORL, Nemocnice Na Homolce, FNM+H, Praha

Úvod: Endoskopicky asistovaná septoplastika umožňuje preciznější preparaci, mobilizaci i jemnější resekci, v neposlední řadě i přehlednější rekonstrukci. Je výhodná i pro výuku správné techniky septoplastiky.

Metodika: Práce zahrnuje retrospektivní analýzu pacientů s poruchou nosní průchodnosti, kteří podstoupili endoskopicky asistovanou septoplastiku v rámci operativy hlavního autora v letech 2021-2025. V prezentaci jsou představeny zejména možnosti správné volby pacienty, předoperačního posouzení potíží (dotazníky) i objektivního nálezu (videoendoskop, rinomanometrie, případně CT) a pooperační evaluace výsledků (endo-kontrola a dotazníky).

Výsledek: Zařazeno bylo celkem 184 pacientů. Jsou popsány „minor“ komplikace (5x), jeden pacient potřeboval po masivnějším krvácení (následek současné turbinoplastiky) transfuzi krve.

Závěr: Výsledky retrospektivní studie jasně potvrzují výhody, pokud si operátor v rámci „obyčejné“ septoplastiky nechá od sálových sestřiček připravit i endoskop. Je nesporné, že endoskopicky asistovaná septoplastika poskytuje lepší výsledky, také je nesporný přínos při výuce techniky správného provedení při výuce.

Práce by nevznikla bez spolupráce se všemi spoluautory, moc jim tímto děkuji.

Estetická rekonstrukce nosu: Jak vyměřit a vypočítat krásný nos?

Dvořák Z.^{1,2}, Kubát M.¹

¹ Klinika plastické a estetické chirurgie Fakultní nemocnice u sv. Anny a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně

² Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie LF UP a FN Olomouc

Při rekonstrukci nosu je cílem pacientovi obnovit nejen funkci nosu, ale současně zajistit i dostatečný estetický výsledek rekonstrukce, který by pacienta sociálně nehandicapoval. Zejména estetický výsledek operace je často obtížně hodnotitelný, ale pro pacienta z výše uvedeného důvodu zásadní.

Estetickou hodnotu nosu lze objektivizovat pomocí antropometrického měření dle Farkaše buď pomocí klasického antropometrického měření nosu (posuvným milimetrovým měřítkem a úhломěrem) anebo lze použít i 3D skenování a jednotlivé antropometrické rozměry pak lze opakovaně měřit na virtuálních modelech například pomocí programu Blender.

Klasicky je hodnoceno 9 vertikálních a 9 horizontálních měření společně s vyhodnocením 5-ti úhlů nosu a obličeje. Z těchto rozměrů je poměrem vypočítáno 17 indexů areálních (popisují vzájemný poměr jednotlivých částí nosu) a 17 indexů interareálních, definujících poměr nosu k celému obličeji. Pokud se má jednat o esteticky přijatelný nebo krásný nos, musí se rozměry nosu pohybovat do 1 SD od kraniometrického průměru. Na základě interkántální vzdálenosti (en-en) a výšky obličeje (n-gn) lze pro konstrukci ideálního nosu dopočítat 5 základních rozměrů nosu:

Výšku kořene nosu (S3; en-msag)

Šířku kořene nosu (H2; mf-mf)

Výšku nosu (V3; n-sn)

Šířku nosu (H3; al-al)

Protruzi nosní špičky (S2; sb-prn).

Takto jsme postupovali v připojené kazuistice pacienta s totální ztrátou nosu, kterému byl kompletně rekonstruován nos se snahou ctít jeho ideální rozměry.

(studie byla podpořena Interním grantem specifického výzkumu – MUNI/A/1820/2025).

Význam komplexního vyšetření čichu u pouřazové ztráty čichové funkce

Holý R.^{1,2}, Kalfeřt D.³, Janoušková K.^{1,2}, Vašina L.^{2,4}, Vorobiov O.^{1,2}, Pastorková N.⁵, Astl J.^{1,2}

¹Klinika otorinolaryngologie a maxilofaciální chirurgie 3. LF UK a ÚVN, Praha

²3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

³Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FNM-H, Praha

⁴Neurologické oddělení, Vojenská nemocnice Brno, Brno

⁵Neurologické oddělení ÚVN, Praha

Úvod: úraz hlavy může vést k čichové dysfunkci (OD). O mozkových reakcích na odoranty u subjektů s postraumatickou OD je toho však známo jen málo. V lékařské praxi jsou běžně užívány psychofyzikální čichové testy. Využití objektivní olfaktometrie u této diagnózy je popsáno raritně. Cílem této studie bylo analyzovat "preliminary" data komplexního vyšetření čichu u skupiny pouřazové OD a srovnat s kontrolní skupinou.

Materiál a metoda: Prospektivní monocentrická studie, skupina I (n=15, věk 31-77 let) se subjekty s pouřazovou OD, kontrolní zdravá skupina II (n=21, věk 22-84 let). Komplexní vyšetření čichu provedeno pomocí psychofyzikálního vyšetření čichu - Sniffin' Sticks identification test (SSIT) a dále pomocí objektivní elektrofyziologické čichové metody - vyšetřením čichových/ trigeminálních evokovaných potecialů (OERPs/TERPs).

Výsledky: Podle SSIT byl výskyt OD ve skupině I ve 100% versus 0% ve zdravé skupině II (p<0,001). Objektivní elektrofyziologické testy ukazují, že výskyt absence vln OERPs ve skupině I byl v 53% versus 0% u zdravé skupiny II (p<0,001). Absence vln TERPs ve skupině I byla v 47% versus 14% u zdravé skupiny II (statisticky nevýznamné). U skupiny I byla delší latence vlny N1 u křivek OERPs (p=0,05). U skupiny I byla také delší latence vlny N1 i P2 u vln TERPs (p=0,003 resp. p=0,05). U skupiny I byla u vln TERPs snižená amplituda intervalu N1-P2 (p=0,03).

Závěr: Pouřazová OD je multioborovým problémem i otázkou mediko-legální. Komplexní vyšetření čichu může predikovat vývoj onemocnění a díky dostupnosti objektivní olfaktometrie v České republice může být i jasně interpretováno poškození funkce čichové dráhy. Předběžné výsledky naznačují, že průkaz absence vln OERPs jako známky poškození čichové funkce je u pouřazové OD statisticky signifikantní. Studie dále probíhá.

Práce vznikla s podporou projektu NU 22-09-00493 Ministerstva zdravotnictví České republiky a projektu MO 1012 Ministerstva obrany České republiky.

Možnosti využití vyšetření DISE

Jeřábková Z.¹, Kešnerová L.²

¹Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov

²Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol

Úvod: Přehledové sdělení se věnuje metodice provedení, jednotlivým indikacím a způsobu hodnocení endoskopie ve farmakologicky navozeném spánku (DISE).

Metodika: Prezentace představuje DISE jako prediktor úspěšnosti operační léčby obstrukční spánkové apnoe a prostředek k volbě optimální chirurgické techniky. Dále popisuje toto vyšetření jako diagnostický nástroj u problematické titrace PAP. Věnuje se specifickému přístupu k provedení DISE u dětských pacientů.

Výsledky: Jednotlivé možnosti využití jsou demonstrovány na kazuistikách.

Závěr: DISE představuje standardní vyšetřovací postup před chirurgickým výkonem u dospělých s obstrukční spánkovou apnoí. Cílem práce je podat ucelený přehled o možnostech využití, a to jak v klasických, tak v méně obvyklých indikacích, mezi které patří obtížná titrace PAP či vyšetření dětských pacientů.

Aktuální přístup k diagnostice a léčbě dětské obstrukční spánkové apnoe v České republice

Kubalíková A., Haasová T.

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov

Obstrukční spánková apnoe (OSA) u dětí představuje významné onemocnění s potenciálním dopadem na kardiovaskulární zdraví, neurokognitivní vývoj i kvalitu života. Včasná diagnostika a adekvátní léčba proto patří mezi důležité úkoly současné otorinolaryngologie a spánkové medicíny. Přístup k dětské OSA však vyžaduje úzkou spolupráci více odborností, zejména otorinolaryngologie, pneumologie, pediatrie, neurologie a ortodontie.

V současnosti probíhá finalizace národních doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu dětské OSA v České republice. Tento náročný multidisciplinární proces si klade za cíl vytvořit jednotná doporučení podporující bezpečnou, efektivní a racionální péči o dětské pacienty. Současně je však nutné reflektovat i specifika českého zdravotnického systému, zejména omezenou dostupnost polysomnografie a polygrafie, která významně ovlivňuje diagnostický algoritmus i následné terapeutické rozhodování.

Příspěvek přináší přehled aktuálních doporučení pro diagnostiku dětské OSA a diskutuje možnosti využití dostupných vyšetřovacích metod v klinické praxi. Součástí sdělení bude také prezentace praktického přístupu k diagnostice a léčbě dětské OSA na ORL oddělení nemocnice v Benešově, kde péči zajišťují lékaři s erudicí v otorinolaryngologii i spánkové medicíně. Na základě vlastních zkušeností bude ukázáno, jak lze v podmínkách regionální nemocnice efektivně organizovat diagnostický a terapeutický proces u těchto pacientů.

Cílem sdělení je přiblížit praktický a mezioborový přístup k dětské OSA a upozornit na klíčové výzvy spojené s implementací doporučených postupů v českém prostředí.

DĚTSKÁ ORL

Koloaurální píštěle – diagnostický a terapeutický přístup v pediatrické populaci

Smolková K., Katra R., Čada Z.

Klinika ušní, nosní a krční 2.LF UK a FNMH

Úvod: Abnormality uzávěru 1. žaberní štěrby jsou velmi vzácné, výsledkem je provazec táhnoucí se od kůže horní části krku do zevního zvukovodu. Tyto abnormality se standardně dělí na dva histologické typy dle přítomnosti chrupavčité tkáně. Cílem této práce je představit zkušenosti naší kliniky s touto vzácnou klinickou jednotkou, a to konkrétně u pediatrických pacientů.

Metodika: Retrospektivní studie vycházející ze zkušeností Kliniky ušní, nosní a krční 2.LF UK a FNMH mezi lety 2011 a 2025. Jedná se o pacienty ve věku 0-18 let, postižení je přítomno unilaterálně, bilaterální lézi jsme nezaznamenali, pacienti byli jak muži, tak ženy. Všichni pacienti podstoupili operační výkon. Závěrem jsou uvedeny kazuistiky tří konkrétních pacientů.

Výsledky: Setkáváme se s oběma typy píštělí. Ve vstupním klinickém obraze dominovala především inflamovaná rezistence v horní partii krku/v parotické oblasti, méně chronická ušní sekrece. Kauzální terapií je kompletní odstranění provazce píštěle při zachování podstatných struktur (především n.VII). Většina pacientů před extirpací absolvovala minimálně jeden nedostačující výkon, nejčastěji prostou incisi a drenáž.

Závěr: Koloaurální píštěle jsou vzácnou jednotkou, na kterou je však nutno pomýšlet u pacientů s recidivující zánětlivou afekcí v horní partii krku, parotické oblasti či s recidivující sekrecí z ucha. K vyléčení dochází pouze za úplného odstranění píštěle. Koloaurální píštěle nebývají včas diagnostikovány a jsou často léčeny nedostatečně.

Multidisciplinární přístup k adenoidním vegetacím: synergie ORL lékaře a klinického logopeda

Richtrová, B. ¹, Fritzlová, K. ².

¹*Klinická logopedie a poradenství Davle*

²*Klinická logopedie Poliklinika Žamberk*

Od klinického logopeda se většinou očekává korekce artikulace. Tento problém je často pouze hrotem ledovce komorbidních myofunkčních poruch, na jejichž etiologickém pozadí je hypertrofie adenoidní vegetace, nebo tonsil způsobující horší průchodnost horních dýchacích cest s následným přechodem k orálnímu dýchání. Tato nefyziologická dechová funkce, kromě snížené kvality orální řeči a narušení klidové polohy jazyka, spouští celou škálu další klinické symptomatiky. Negativně ovlivňuje orofaciální myofunkční status a tím vývoj dentoskeletálních struktur a formování splanchnocrania, dochází k různým formám malokluze. Negativně ovlivňuje neurokognitivní funkce a distribuci pozornosti, hormonální rovnováhu a celkovou kondici dítěte. Dlouhodobé narušení dechové funkce zhoršuje posturální tonizaci, ovlivňuje posturu a tonus svalstva hrubé motoriky.

Pro úspěšnost klinicko-logopedické intervence je často klíčová indikace k adenotomii, tonsilektomii, nebo discizi/frenulektomii a následné včasné zahájení myofunkční terapie a úpravy dechové funkce cestou aktivního myofunkčního tréninku, nebo myofunkčních aparátů.

Cílem přednášky je vzájemné pochopení širšího kontextu problematiky a etiologické kauzality, kdy efektivní spolupráce ORL lékařem a včasné indikace k zákroku jsou významným faktorem úspěšnosti intervence klinického logopeda. Další záměrem je otevřít otázku, zda je možný určitý typ konzervativní léčby nebo ne, a v kterých případech není indikována adenotomie nebo frenulektomie a proč. V neposlední řadě je cílem sdílení zásadních informací o důležitosti a přínosu včasné péče po zákroku u klinického logopeda.

Lymfatické malformace hlavy a krku u dětí – současné možnosti léčby.

Katra R., Smolková K., Fialová L., Balatková Z., Balogová Z., Čada Z.

Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

Úvod: Lymfatická malformace (LM), dříve označovaná jako lymfangiom, je vrozená vaskulární malformace dle klasifikace ISSVA. Jedná se o strukturální anomálii lymfatického systému bez neoplastické proliferace endotelu. V oblasti hlavy a krku představují LM nejčastější lokalizaci a mohou dosahovat značného rozsahu s infiltrací okolních tkání. Klinicky se manifestují jako makrocystické, mikrocystické nebo smíšené formy, přičemž biologické chování i terapeutická odpověď se mezi jednotlivými typy liší.

Terapie: Chirurgická exstirpace zůstává zásadní léčebnou modalitou zejména u symptomatických a ohraničených lézí. Výkony jsou často technicky náročné vzhledem k infiltrativnímu charakteru malformace, alterovaným anatomickým poměrům a nutnosti šetrné preparace hlavových nervů a velkých cév. Radikalita výkonu je klíčová, avšak může být limitována rizikem trvalého neurologického deficitu. U difuzních, „inoperabilních“ či recidivujících forem je využívána systémová terapie inhibitory mTOR (sirolimus). V posledních letech se u pacientů s prokázanou aktivací PI3K/AKT/mTOR dráhy, zejména u PIK3CA-asociovaných malformací, uplatňuje cílená léčba inhibitory PI3K α (alpelisib). Tato terapie může vést ke zmenšení objemu léze a redukci symptomů, avšak zpravidla nepředstavuje definitivní kurativní řešení.

Závěr: Lymfatické malformace hlavy a krku představují komplexní terapeutický problém vyžadující multidisciplinární přístup. Správná klasifikace dle ISSVA je zásadní pro volbu adekvátní léčebné strategie. Přestože jsou LM benigní povahy, jejich léčba může vyžadovat rozsáhlé a rizikové výkony, přičemž kombinace chirurgických a cílených systémových metod dnes umožňuje individualizovaný přístup k pacientovi.

Podpora: Podpořeno grantem AZV MZ ČR č. NU21-01-00448 a a projektem GA UK č. 194123.

Chirurgické řešení netuberkulózní mykobakteriální lymfadenitidy u dětí – zkušenosti specializovaného ORL centra

Katra R., Smolková K., Chárová L., Balatková Z., Balogová Z., Čada Z.

Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

Úvod: Netuberkulózní mykobakteriální lymfadenitida (NTM) je specifické zánětlivé onemocnění krčních uzlin v dětském věku, jehož incidence v posledních letech narůstá. Onemocnění se typicky manifestuje jako nebolestivá, jednostranná krční rezistence bez systémových příznaků a bývá často mylně považováno za bakteriální lymfadenitidu. Chirurgická léčba představuje základní terapeutickou modalitu, avšak je technicky náročná a zatížená rizikem komplikací.

Metodika: Narůstající incidence NTM lymfadenitid v dětském věku v České republice se odráží i v klinické praxi našeho pracoviště, kde byl v letech 2015–2025 zaznamenán setrvalý nárůst počtu chirurgicky řešených pacientů. Hodnocena byla lokalizace uzlinového postižení, rozsah chirurgického výkonu, nutnost revizních operací a výskyt komplikací.

Výsledky: Do souboru bylo zařazeno 150 pacientů s mediánem věku 2 roky. Ve většině případů se jednalo o solitární jednostranné postižení krčních uzlin, méně často s infiltrací okolních struktur včetně slinných žláz či parafaryngeálního prostoru. Radikální exstirpace postižených uzlin vedla k rychlé klinické úzdavě. Přechodná paréza n. facialis nízkého stupně byla zaznamenána u části pacientů, ve všech případech došlo k úplné úpravě bez trvalých následků. Pouhé incize či drenáže byly spojeny s vyšším rizikem perzistence onemocnění a nutností revizních výkonů.

Závěr: Po roce 2010 byl v České republice zaznamenán více než desetinásobný nárůst incidence NTM lymfadenitid v dětském věku. Radikální chirurgická exstirpace představuje nejefektivnější léčbu NTM lymfadenitidy u dětí. Výkon vyžaduje zkušenost dětského ORL chirurga a centralizaci péče, aby bylo dosaženo optimálních léčebných i kosmetických výsledků při minimalizaci komplikací.

Podpora: Podpořeno grantem AZV MZ ČR č. NU21-01-00448 a a projektem GA UK č. 194123.

Incidence karcinomů štítné žlázy v dětské populaci České republiky.

Katra R., Chárová L., Balatková Z., Balogová Z., Čada Z.

Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Karcinomy štítné žlázy u dětí a adolescentů patří mezi vzácná onemocnění, jejichž incidence však v posledních dekádách narůstá. Přestože se vyznačují agresivnějším lokoregionálním chováním než u dospělých, dlouhodobá prognóza je velmi příznivá. Cílem práce je zhodnotit epidemiologické souvislosti a výsledky léčby pacientů léčených v jednom specializovaném centru.

Metodika: Retrospektivně jsme analyzovali soubor pacientů do 19 let věku s maligním onemocněním štítné žlázy léčených na dětské ORL klinice FNMH v letech 2005–2023. Současně byla provedena orientační analýza dostupných populačních dat k posouzení celorepublikového epidemiologického kontextu.

Výsledky: Na základě populačních dat lze odhadnout, že v letech 2005–2023 bylo v České republice ve věkové skupině 0–19 let diagnostikováno přibližně **500–530 nových případů** karcinomu štítné žlázy. Onemocnění se vyskytovalo častěji u dívek (cca **70–75 %**), s poměrem **dívky: chlapci přibližně 2,5–3 : 1**, zejména v adolescentním věku. V analyzovaném souboru jednoho centra dominoval papilární karcinom štítné žlázy.

Závěr: Karcinomy štítné žlázy v dětském věku vyžadují centralizovanou, multidisciplinární péči. Vzhledem k častému uzlinovému postižení je indikována radikálnější chirurgická strategie, která při správném provedení nevede ke zvýšení morbidity a umožňuje vynikající dlouhodobé výsledky.

Podpora: Podpořeno grantem AZV MZ ČR č. NU21-01-00448 a a projektem GA UK č. 194123.

Genetické pozadí medulárního karcinomu štítné žlázy u dětí – klíčová role mutací RET

Fialová L., Katra R., Balatková Z., Čada Z., Kuklíková V.,

Klinika ušní, nosní a krční 2.LF UK, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Úvod: Medulární karcinom štítné žlázy je maligní nádor vycházející z parafolikulárních C-buněk a u dětských pacientů představuje vzácné, avšak závažné onemocnění, které je ve většině případů podmíněno germinálními mutacemi protoonkogenu RET. Tyto mutace jsou typické pro hereditární formy onemocnění, zejména v rámci syndromů mnohočetné neoplazie typu 2 (MEN2A, MEN 2B) a familiárního medulárního karcinomu štítné žlázy.

Metodika: Byla provedena přehledová analýza odborné literatury zaměřené na genetické pozadí MTC u pediatrických pacientů. Tato analýza byla doplněna o klinická data a zkušenosti pracoviště ORL kliniky 2.LF, FN Motol, Homolka. Pozornost je věnována na jejich klinickou manifestaci, význam genetického testování, stratifikaci rizika a plánování profylaktické léčby.

Výsledky: Analýza dostupných dat potvrzuje, že mutace genu RET představují hlavní genetický determinant MTC u dětských pacientů. Byly popsány jasné genotypově-fenotypické souvislosti mezi lokalizací mutace a klinickým průběhem onemocnění. Dále je zjištěno, že včasná genetická diagnostika umožňuje efektivní stratifikaci rizika a optimální načasování profylaktických chirurgických výkonů, což může vést ke zlepšení prognózy pacientů.

Závěr: Znalost mutací RET má zásadní význam pro včasnou diagnostiku a klinické rozhodování u dětských pacientů s MTC. Genetické testování umožňuje včasnou identifikaci rizikových jedinců a optimalizaci preventivních i terapeutických postupů. Je poukázáno na význam multidisciplinární spolupráce v péči o dětské pacienty s MTC.

Podpora: Grantem AZV MZ ČR č. NU21-01-00448 a a projektem GA UK č. 194123

ONKOLOGIE, HRTAN, ŠTÍTNÁ ŽLÁZA

Srovnání diagnostické výtěžnosti endoskopických metod u lézí hrtanu – od flexibilní videolaryngoskopie k potencionané kontaktní endoskopii

Kántor P.¹, Staníková L.¹, Zeleník K.¹, Kondé A.^{2,3}, Švejdrová A.^{4,5}, Hránková V.¹, Komínek P.¹

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská Fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava, Česká republika

²Katedra aplikované matematiky, Fakulta elektrotechniky a informatiky, VŠB – Technická univerzita Ostrava, Ostrava, Česká republika

³Útvar náměstka ředitele pro vědu, výzkum a výuku, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika

⁴Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Hradec Králové, Česká republika

⁵Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika

Úvod: Přesné rozlišení mezi benigními a maligními lézemi hrtanu je zásadní pro správné vedení léčby. Rutinně je používáno více endoskopických metod – flexibilní videolaryngoskopie, rigidní endoskopie v bílém světle, IMAGE 1S a potencionaná kontaktní endoskopie – avšak dosud není zcela jasné, která z nich nabízí nejvyšší diagnostickou přesnost. Cílem této studie je porovnání těchto technik a stanovení nejefektivnější metody pro hodnocení lézí hrtanu.

Materiál a metody: Prospektivní kohortový soubor 87 lézí hrtanu. U všech lézí byla provedena transnazální flexibilní videolaryngoskopie v bílém světle, následovaná použitím intraoperační rigidní endoskopie v bílém světle, rigidní endoskopie s IMAGE 1S a potencionané kontaktní endoskopie v celkové anestezii. U všech lézí byla odebrána biopsie s následným histopatologickým vyšetřením, které bylo použito jako referenční standard. Z dosažených výsledků byly vypočteny a porovnány následující parametry – senzitivita, specifita, pozitivní a negativní prediktivní hodnota, přesnost a věrohodnostní poměry.

Výsledky: Histologicky bylo identifikováno 48 benigních a 39 maligních lézí. Flexibilní videolaryngoskopie dosáhla senzitivity 84,6 %, specifity 56,2 % a přesnosti 69,0 %, s vysokým podílem falešně pozitivních výsledků. Rigidní endoskopie v bílém světle zlepšila výsledky (senzitivita 92,3 %, specifita 72,9 %, přesnost 81,6 %), zatímco rigidní endoskopie s IMAGE 1S dosáhla senzitivity 92,3 %, specifity 75,0 % a přesnosti 82,8 %. Nejlepších výsledků dosáhla ECE se senzitivitou 100,0 %, specifitou 79,2 % a přesností 88,5 %; nebyly pozorovány žádné falešně negativní nálezy. Celková přesnost se mezi jednotlivými modalitami statisticky významně lišila ($p = 0,010$).

Závěr: Potencionaná kontaktní endoskopie poskytla nejvyšší diagnostickou přesnost a vynikající schopnost vyloučení malignity, čímž překonala ostatní testované endoskopické metody. Tato zjištění podporují význam potencionané kontaktní endoskopie pro detailní posouzení lézí hrtanu.

Hlasové protézky: od chirurgického řešení k funkčnímu hlasu

Janoušková K.

Klinika otorinolaryngologie a maxilofaciální chirurgie 3. LF a UVN, Praha

Cíl: Cílem sdělení je podat přehled současných možností hlasové rehabilitace v tuzemských podmínkách pomocí hlasových protézek u pacientů po totální laryngektomii, zhodnotit jejich klinickou efektivitu, nejčastější komplikace a vliv na kvalitu života pacientů.

Metodika: Byla provedena narativní analýza dostupné odborné literatury zaměřené na tracheoezofageální punkci a použití hlasových protézek v klinické praxi. Součástí sdělení je také shrnutí zkušeností s výběrem typu hlasové protézky, její implantací, výměnami a dlouhodobou péčí o laryngektomované pacienty se zaměřením zejména na parametry srozumitelnosti hlasu, spokojenost pacientů a výskyt komplikací.

Výsledky: Hlasové protézky představují neefektivnější metodu náhradní hlasové rehabilitace po totální laryngektomii. Ve srovnání s jícnovým hlasem a elektrolaryngem umožňují vznik hlasu s lepší srozumitelností, přirozenější intonací a vyšší mírou akceptace pacienty. Mezi nejčastější komplikace patří periprotetický únik, mikrobiální kolonizace protézky, dislokace protézky a granulace v oblasti tracheoezofageální punkce. Tyto komplikace mohou vést ke zkrácení životnosti protézky a vyžadují pravidelné odborné kontroly.

Závěr: Hlasové protézky jsou metodou první volby v hlasové rehabilitaci po totální laryngektomii. Úspěch terapie závisí na správné indikaci, volbě vhodného typu protézky, edukaci a compliance pacienta a multidisciplinární spolupráci. Další vývoj směřuje ke zlepšení materiálových vlastností protézek a redukci komplikací.

Naše první zkušenosti s robotickou chirurgií na ORL klinice FNKV

Kraus J., Chovanec M., Šulc T., Urbániová Z.

Otorinolaryngologická klinika FN Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha

Úvod: Autoři shrnují svoje zkušenosti se zavedením robotické chirurgie na ORL klinice FNKV.

Metodika: Analyzován je soubor 82 pacientů operovaných metodou TORS (transorální robotická chirurgie) od 11/2024 do 3/2026. Sledovány jsou nejčastější indikace a význam metody pro jednotlivé diagnózy. Dále autoři uvádějí praktické zkušenosti a nejvýznamnější překážky a úskalí při zavádění nové metody do rutinní praxe.

Výsledky: V souboru operovaných pacientů bylo 49 mužů a 33 žen. Nejstaršímu muži bylo 90 let a nejmladšímu 19 let v době operace, nejstarší ženě potom 82 let a nejmladší 22 let. Nejčastější indikací k TORS byl histologicky prokázaný maligní nádor oropharyngu a metastázy karcinomu do krčních uzlin neznámého primárního origa, po dvaceti případech v obou indikacích. V osmnácti případech se jednalo o vysokou suspekci na malignitu v oblasti oropharyngu ve smyslu resekční biopsie. V mnohem menší míře byla metoda užitá v indikaci obstrukční spánkové apnoe s resekcí kořene jazyka, a to při osmi operacích. Největším technickým problémem v současné době je nalezení optimálního rozvěrače pro TORS. Sdílení techniky s ostatními obory klade potom vysoké organizační nároky. Přínos metody je hlavně v obtížněji dosažitelných lokalitách faryngu, například kořene jazyka.

Závěr: TORS je nyní rutinní metodou na ORL klinice FNKV. Považujeme ji za velmi cennou, s vysokým přínosem pro pacienty a v některých indikacích za obtížně nahraditelnou. Největší klinický význam spatřujeme zejména v indikaci pátrání po primárním tumoru při metastázách karcinomu neznámého primárního origa.

Práce byla podpořena výzkumnými projekty AZV NW24-03-00459 a Cooperatio 34 Surgical Disciplines.

Monitorace hladin volné cirkulující HPV DNA u pacientů s HPV asociovanými karcinomy orofaryngu

Krátká Z.¹, Lohynská R.², Lacek M.², Vojtěchová Z.³, Saláková M.³, Šmahelová J.³, Tachezy R.³, Čoček A.¹

¹ Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

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

³ Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Biocev, Praha

Úvod: Cílem práce bylo vyhodnotit význam sledování volné cirkulující HPV DNA (cfHPV DNA) u pacientů s HPV pozitivními karcinomy orofaryngu, jejichž incidence neustále roste.

Metodika: Padesát sedm pacientů s histologicky verifikovaným HPV pozitivním karcinomem orofaryngu podstoupilo před a poté v pravidelných intervalech během léčby odběry krve, hladina cfHPV DNA byla měřena pomocí digitální PCR metody v laboratořích Biocev. Výsledky byly statisticky zpracovány a vyhodnoceny, křivky kumulativního přežití byly sestaveny pomocí Kaplan-Meierovy metody.

Výsledky: Vstupní hladina cfHPV DNA koreluje s objemem nádoru a se stádiem onemocnění. U primárně operovaných pacientů dochází k velmi rychlému poklesu v krvi, liší se poločas rozpadu u R0 a R1 resekce (1,43-3,37 hodiny u R0 resekce oproti 1,99-23,41 hodiny u R1 resekce). Křivka přežití u operovaných pacientů je výrazně ovlivněna mírou poklesu cfHPV DNA první den po operaci. U pacientů, u kterých došlo první pooperační den k poklesu cfHPV DNA na méně jak 1% původní hodnoty, pozorujeme 3 roky po operaci 100% přežití, u pacientů, u nichž došlo k méně výraznému poklesu, se 3leté přežití pohybuje kolem 90%, u pacientů, u nichž došlo k vzestupu hladiny cfHPV DNA je 3leté přežití pod 30%. Podobnou korelaci jsme sledovali i u nemocných, primárně podstupujících radikální nechirurgickou terapii.

Závěr: Do budoucna bychom chtěli výsledky naší práce z rozsáhlejšího souboru pacientů implementovat do klinické praxe, a to jak v možné stratifikaci pacientů před léčbou, tak při monitoraci během terapie k odhalení časného molekulárního relapsu.

Projekt byl podpořen projektem Ministerstva zdravotnictví ČR – DRO (Fakultní Thomayerova nemocnice -FTN, 00064190).

Význam podtlakové terapie v managementu hojení rán v ORL oblasti

Kutáčová S., Kalivoda I., Syrovátka J. .

ORL oddělení a chirurgie hlavy a krku Nemocnice Agel, Nový Jičín

Úvod: Podtlaková terapie (vacuum-assisted closure, VAC) představuje moderní strategii léčby u rozsáhlých ran v ORL oblasti např. po salvage onkologických chirurgických výkonech nebo v důsledku hlubokých krčních infekcí. Jedná se o hermeticky uzavřený systém složený z pěnové výplně rány, lepicí folie s drenážním portem a odsavného kanystru.

Metodika: Autoři popisují kazuistické sdělení mladé pacientky s hlubokou krční infekcí vzniklé na podkladě pedikulózy. Po zklidnění septického stavu a drenáži rozsáhlé abscesové dutiny byly defekty doléčeny pomocí podtlakové terapie, čímž se nejen výrazně urychlilo hojení, ale i předešlo nutnosti zakrytí defektu lalokovou plastikou v celkové anestezii.

Výsledky: Podtlaková terapie působí na všechny fáze hojení rány. Zvyšuje prokrvení spodiny, čímž vede k autolytickému debridementu a rychlejší demarkaci nekrotizované tkáně, odvádí exudát a tkáňový mok, účinně snižuje bakteriální a toxickou zátěž na spodině a zároveň brání kontaminaci rány z vnějšího prostředí. Poklesem koncentrace prozánětlivých faktorů dochází k tvorbě granulační tkáně, remodelaci spodiny a postupnému zacelení rány.

Závěr: Naložení hermeticky uzavřeného systému podtlakové terapie je v ORL oblasti vlivem anatomických poměrů náročnější než v jiných chirurgických oblastech. Přesto i zde představuje významnou modalitu v managementu hojení rán u hospitalizovaných i ambulantních pacientů.

Anamnéza záchytu 500 tyreopatií řešených tyreoidektomií

Markalous_B., Šuldová B., Přeučil P.

Ušní, nosní a krční oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., ¹Endokrinologická ambulance Praha 6

Úvod, metodika: prevalence tyreopatií v ČR 5,6–15,6 %. Retrospektivní data 500 pacientů po tyreoidektomii na ORL oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec za 2,5 roku (2023–2025).

Výsledky: ženy 421 (84 %) s průměrným věkem 48 let (9–83 roků), muži 79 (16 %), průměrný věk 46 let (18–75). Počty tyreopatií: vyšetření TSH pro nespécifické obtíže u 165 pacientů (33 %). 85krát (17 %) rezistence krku zjištěná pacientem. „Boule“ krku objevená okolím 74krát (15 %). USG pro onemocnění krku 52krát (10 %). Struma diagnostikována USG srdce kardiologem u 41 nemocného (8 %), při DUS krčních tepen neurologem, radiologem, internistou 35krát (7 %). Struma zachycena RTG S a P, CT, MR, PET indikovanými pro jiná onemocnění 27krát (5 %). 21 pacient (4 %) si vyžádal preventivní vyšetření. U každého desátého nemocného diferencovaný karcinomu štítnice; v 80 % mikrokarcinom bez nutnosti následné aplikace radiojodu.

Diskuse, závěry: zkruseno malými čísly a zaměřením našeho pracoviště. Systematické vyšetřování tyreopatií (TSH, anti TPO a USG) nedoporučuje Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP ani Česká endokrinologická společnost. Preventivní vyšetřování tyreopatií doporučuje SVL ČLS JEP pouze u pacientů s DM I. typu. Palpační vyšetření krku doporučené SVL ČLS JEP nepovažujeme za relevantní, protože pozitivita je již pozdním příznakem. V rámci prevence a časného záchytu tyreopatií, a zejména dalších závažných lézí krku doporučují autoři skríníng TSH a USG již na úrovni privátního sektoru v rámci preventivních prohlídek, a to zejména praktickými lékaři dospělých, pediatry, otolaryngology aj. Skríníng tyreopatií v graviditě by měl být prováděn důsledněji a to především gynekology.

Kolizní tumory štítné žlázy, klinicko-patologická analýza dvou případů

Lukáš J.^{1,2}, Černý M.², Vlček P.³, Včelák J.⁴, Syrůček M.⁵, Dušková J.⁶

¹Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

²Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Fakultní nemocnice a LF UK v Plzni

³Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 2. LF UK a FNMH, Praha

⁴Endokrinologický ústav. Oddělení molekulární endokrinologie, Praha,

⁵Oddělení patologie Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

⁶Ústav patologie 1.LF UK a VFN v Praze

Úvod: Kolizní tumor štítné žlázy je vzácná koexistence dvou histologicky odlišných nádorů v témže laloku, oddělených normální tkání. Etiopatogeneze není zcela objasněna. Diagnóza je potvrzena až pooperačním histopatologickým vyšetřením. Terapie vyžaduje mezioborovou spolupráci a individuální přístup.

Metodika: Retrospektivní analýza dvou pacientů s kolizními tumory štítné žlázy. Pooperační ultrasonografie byla zaměřena na přítomnost uzlinových metastáz, recidivy a hodnoty nádorových markerů, anti-TgI a CEA. Iniciální tyreoačinná léčba radiojodem v hypotyreóze a nález metastáz na postterapeutické scintigrafii Na-131I doplněné tomografií krku a hrudníku byl indikací k aplikaci radiojodu a exstirpaci uzlinových metastáz krku.

Výsledky: V období 2016-2025 byly detekovány 2 kolizní tumory (T1a-b) v kohortě 171 operovaných pacientů s maligním nádorem. Prvním případem byla koexistence low-grade medulárního a mikropapilárního karcinomu. Po totální, kurativní tyreoidektomii bylo dosaženo dokonalé tyreoidální eliminace. Pacientka je 120 měsíců bez recidivy a metastáz. Druhým případem byla koexistence papilárního a folikulárního karcinomu. Diagnosticko-terapeutická aktivita 131 I v hypotyreóze byla podána třikrát v celkové dávce 14,3 GBq131I. Následovaná postterapeutickou scintografií prokázala akumulaci v uzlinách vlevo na krku se sonografickým korelátem, TgI bazálně 134 ug/l, negativních anti-TgI. Supraselektivní krční disekce (oblast VI) a histopatologické vyšetření potvrdilo metastázy papilárního karcinomu (6/6). Na druhé postterapeutické scintigrafii byl nález akumulace 131I v solitární uzlině vlevo na krku (oblast IV) se sonografickou korelací a ložisko ve středním laloku pravé plíce bez korelátu LDCT, TgI 19,3ug/l. Třetí postterapeutické scintigrafie Na-131I doplněná tomografií krku a hrudníku potvrdila vymizení ložisek patologické akumulace 131I a laboratorní remisi.

Závěr: Rozdílná biologická agresivita nádorů vyžaduje rozdílný rozsah léčby a má odlišnou prognózu.

Klíčová slova - kolizní tumory – uzlinové metastázy

E-POSTERY

P01 – Prínos komplementárnej liečby pleuranom v manažmente detí s recidivujúcim zápalom stredného ucha

Uhliarová B.^{1,2}, Vojčíková A.³, Jeseňák M.⁴

¹ Oddelenie otorinolaryngológie, FNsP FD Roosevelta, Banská Bystrica

² ORL-SANTE, s.r.o., Banská Bystrica

³ PLEURAN, s.r.o, Bratislava

⁴ Klinika detí a dorastu, Jesseniova lekárska fakulta, Univerzita Komenského a Univerzitná nemocnica, Martin

Úvod: Zápal stredného ucha (otitis media acuta, OMA) je jedným z najčastejších dôvodov návštevy ORL lekára v detskom veku. V manažmente dieťaťa s rekurentnými OMA je dôležitá prevencia infekcií horných dýchacích ciest. V liečbe a prevencii respiračných infekcií sa čoraz častejšie využívajú aj imunomodulanciá, t.j. podávanie prírodných alebo syntetických látok, ktoré majú pozitívny vplyv na fungovanie imunitného systému.

Cieľ: Cieľom našej pilotnej otvorenej štúdie bolo vyhodnotiť efekt imunodulačných prípravkov s obsahom pleuranu (β -glukán z *Pleurotus ostreatus*,) v kombinácii s vitamínom C, prípadne vitamínom D a zinkom na priebeh rOMA u detí.

Metodika: Do štúdie bolo zaradených 42 detí (1-8 rokov) s rOMA, priemerný vek $4,5 \pm 2,5$ rokov. Deťom boli podávané prírodné imunomodulanciá – tekutý prípravok s obsahom pleuranu v kombinácii s vitamínom C (dávka: 2ml/ 5 kg telesnej hmotnosti) alebo cmúľacie tablety obsahujúce pleuran v kombinácii s vitamínom D a zinkom (dávka: 1 tbl. < 25 kg telesnej hmotnosti, 2 tbl. > 25 kg) počas 3 mesiacov. Následne boli deti sledované ešte ďalšie 3 mesiace po ukončení suplementácie (follow-up).

Výsledky: Prípravky s obsahom pleuranu signifikantne znížili chorobnosť detí (infekcie horných dýchacích ciest) ako aj epizód OMA. Nezaznamenali sme žiadne nežiadúce účinky a liečba bola pacientmi dobre tolerovaná.

Záver: Správnou imunomoduláciou v detskom veku môžeme prispieť k zníženiu frekvencie infekcií horných dýchacích ciest ako aj epizód rOMA. U časti pacientov tak môžeme ustúpiť od chirurgickej intervencie, prípadne dosiahnuť stabilizáciu ochorenia, a tak preklenúť obdobie do operácie (vzhľadom na často dlhšie čakacie doby na operačný výkon).

Súhrnom možno konštatovať, že aj otorinolaryngológovia v prípade pleuranu získavajú zaujímavý, bezpečný doplnok s potvrdenou účinnosťou na respiračnú chorobnosť, s potenciálom znížiť výskyt a závažnosť epizód rOMA.

P02 – Návrh biologické protézky pro léčbu perforací bubínku pomocí 3D tkáňového tisku

Pochroń Ł.^{1,2}, Vachutka J.², Salzman R.^{1,2}

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Olomouc

²Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod: Perforace bubínku se ve většině případů hojí spontánně, u části pacientů je však nutný terapeutický zásah. Hojení je podmíněno migrací keratinocytů, které překlenou perforaci a vytvoří dočasnou buněčnou strukturu usměrňující migraci fibroblastů k uzávěru defektu. V praxi se k podpoře hojení využívají provizorní materiály - celofán, cigaretový papírek, želatinová hemostatická houba či náplastové proužky. Cílem práce bylo vytvořit, pomocí 3D biotisku, model biologické protézky napodobující strukturálně i funkčně bubínkovou membránu.

Metodika: K výrobě prototypů jsme použili 3D tkáňovou tiskárnu CELLINK BIO X a bioinkoust GelMA (methakrylovanou želatinu). Vytvořili jsme okrouhlé modely napodobující strukturu stratum fibrosum v oblasti pars tensa s radiálně a cirkulárně uspořádanými vlákny. Měnili jsme tloušťku modelů i počet radiálních vláken s cílem přiblížit se architektuře buněčné sítě bubínku.

Výsledky: Modely vykazovaly nevyhovující makroskopické vlastnosti. Po polymeraci a zaschnutí byly příliš tuhé a křehké, docházelo k jejich drobení a lámání. Tyto vlastnosti naznačují, že by protézky nezajistily dostatečnou elasticitu ani efektivní přenos akustických vibrací.

Závěr: Výzkum přinesl cenné poznatky o limitech použitého bioinkoustu. V dalším kroku chceme se zaměřit na modifikaci struktury a porozity konvenčně používaných materiálů s cílem zvýšit jejich bioaktivitu při zachování vhodných mechanických vlastností. Po dosažení makroskopicky vyhovující struktury budeme *in vitro* sledovat migraci fibroblastů na upravených a neupravených materiálech a porovnáme jejich potenciál při hojení perforace bubínku.

P03 – Pilotní hodnocení modulu stapedoplastiky pro 3D tištěný model ucha v otologickém tréninku

Mateášiková Z.¹, Sněhota M.², Salzman R.¹

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci

²Ústav lékařské biofyziky, Univerzita Palackého v Olomouci

Úvod: Stapedoplastika je mikrochirurgický výkon vyžadující precizní jemnou motoriku. Možnosti tréninku této procedury jsou limitovány nedostatečnou dostupností simulátorů a omezeným přístupem ke kadaveróznímu materiálu. Technologie 3D tisku představuje inovativní, bezpečnou a cenově dostupnou alternativu pro nácvik chirurgických dovedností. Cílem studie byla validace 3D tištěného ušního modulu pro trénink stapedoplastiky.

Metodika: Do studie se zapojilo 13 ORL lékařů se zkušenostmi se středoušní chirurgií z České a Slovenské republiky. Účastníci provedli simulovanou stapedoplastiku na modulu třikrát po sobě pod endoskopickou kontrolou. Následně hodnotili modul pomocí dotazníku založeného na Likertově škále k vyjádření anatomické věrohodnosti (face validity) a didaktického potenciálu (content validity).

Výsledky: Anatomická věrohodnost modulu byla hodnocena velmi příznivě (průměr 1,45/5). Mírná variabilita byla zaznamenána při identifikaci okrouhlého okénka a lícního nervu (rozsah 1–4). Při hodnocení mechanických vlastností byl největší rozptyl pozorován u krimpování pistonu a manipulace s pistonem, které byly částí hodnotitelů vnímány jako obtížnější oproti realitě. Fenestrace ploténky třmínku byla naopak hodnocena jako jednodušší. Didaktický potenciál modulu byl hodnocen velmi příznivě (průměr 2,00/5).

Závěr: 3D tištěný modul vykazuje vysokou anatomickou věrohodnost a dobrý didaktický potenciál. Představuje vhodný nástroj pro trénink stapedoplastiky.

Práce byla podpořena MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892) a interním grantem IGA LF 2025-13.

P04 – Multidisciplinární přístup k adenoidním vegetacím: synergie ORL lékaře a klinického logopeda

Fritzlová, K.¹, Richtrová, B.².

¹Klinická logopedie Poliklinika Žamberk

²Klinická logopedie a poradenství Davle

IAOM (International Association of Orofacial Myology) definuje myofunkční poruchy jako atypické pohybové vzorce v oblasti orofaciálního komplexu vzniklé vlivem svalové dystonie a nesprávných návyků. Mezi nejčastější etiologické faktory je uváděna adenoidní vegetace, hypertrofie tonzil, změna průchodnosti choan, časté záněty nosních dutin a frenulum breve. Problematika myofunkčních poruch je transdisciplinární, zasahuje obor klinické logopedie, ortodontie, stomatologie, fyzioterapie a vzhledem k etiologické kauzalitě i obor ORL. Pro klinického logopeda, jako terapeuta myofunkční poruchy, je spolupráce s ORL lékařem klíčová a vzájemné pochopení širšího kontextu problematiky orofaciální myologie je významným faktorem úspěšnosti léčby.

Vlivem obstrukce horních dýchacích cest dochází k postupnému přechodu z fyziologického nazálního dýchání na dýchání orální. Dýchání ústy způsobuje pokles jazyka na spodinu dutiny ústní a postupnou fixaci jazyka do nesprávné klidové polohy. Zhoršuje se tonus svalů rtů a tváří. Nesprávné umístění jazyka vede ke kompenzačnímu reverznímu polykání. Jazyk na spodině nemůže působit jako přirozený faktor expanze horní čelisti a negativně ovlivňuje formování dentoskeletálních struktur. Dochází různým formám malokluze, stěsnání mezialveolárních prostor, zúžení patra. To ovlivňuje kvalitu orální řeči. Dochází k různým odchýlkám vývoje. Avšak dochází i k negativnímu vlivu na posturální svalstvo a celkovou duševní pohodu. Spolupráce ORL lékaře a klinického logopeda je nezbytná ve včasné indikaci k adenotomii, tonsilektomii či frenulektomii. Současně také v indikaci k následné rehabilitaci po zákroku, bez které většinou k samovolné úpravě funkce svalů v orofaciálním komplexu nedochází.

P05 – Vztah mezi mikrobiomem adenoidních vegetací a chronickou sekretorickou otitidou u dětí

Valenta T. ^{1,2}, Ryšková L. ³, Néma K. ², Kukla R. ³, Bolehovská R. ³, Vrbacký F. ⁴, Štefková K. ⁵, Kanděra J. ¹, Školoudík L. ²

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta

²Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská Fakulta v Hradci Králové

³Ústav klinické mikrobiologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská Fakulta v Hradci Králové

⁴IV. Interní klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská Fakulta v Hradci Králové

⁵Ústav anatomie, Univerzita Karlova, Lékařská Fakulta v Hradci Králové

Úvod: Chronická sekretorická otitida (OME) je jedno z nejčastějších onemocnění dětského věku. Projevuje se nedoslýchavostí, která u malých dětí může vést k opožděnému vývoji řeči, u dětí školního věku k horším školním výsledkům. V posledních letech se do popředí zájmu dostaly nové etiopatogenetické faktory, jako změny mikrobiomu adenoidů a středouší. Cílem této studie je analyzovat složení adenoidálního a středoušního mikrobiomu u dětí s OME a bez ní.

Metodika: V období březen 2024–květen 2025 bylo na ORL klinice ve FNHK vyšetřeno 31 dětí s OME, u kterých byly odebrány vzorky adenoidů a tekutina ze středouší k mikrobiologickému vyšetření. Kontrolní skupinou bylo 30 dětí s adenoidy bez OME. Vzorky byly vyšetřeny pomocí molekulárních metod na přítomnost DNA respiračních bakteriálních patogenů (*Streptococcus pneumoniae* (SRPN), *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* (HAIN), *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*) a dále byla provedena analýza mikrobiomu.

Výsledky: Ve vzorcích adenoidů byl alespoň jeden patogen prokázán u téměř 97 % dětí každé skupiny. V obou skupinách byl nejčastějším patogenem HAIN (23 a 20 pozitivních vzorků) a SRPN (24 pozitivních vzorků v každé skupině). Relativní abundance byla signifikantně vyšší ve studijní skupině. Dále byly prokazovány patogeny ve středoušní tekutině u dětí s OME, pozitivita byla zaznamenána u celkem 17 dětí. Nejčastějším patogenem byl HAIN (n=9), následovaný SRPN (n=7).

Závěr: Mikrobiom adenoidních vegetací může ovlivňovat rozvoj chronické sekretorické otitidy. Jako významná se jeví zejména přítomnost HAIN, který se vyskytoval v adenoidní tkáni dětí s OME signifikantně častěji, jak u dětí bez OME. Tento patogen byl také nejčastěji se vyskytující ve středoušním výpotku.

P06 – Diagnostika a léčba peritonzilárních komplikací tonzilitidy

Tusay, E.¹, Krtičková J.¹, Zimanová M.¹, Školoudík L.², Chrobok V.²

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

² *Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové*

Úvod: Nejčastější místní komplikací tonzilitid je peritonzilární absces nebo flegmóna. Podle umístění peritonzilárního abscesu rozlišujeme abscesy supra, para, retro a infratonzilární.

Cíl práce: Zhodnotit způsob léčby peritonzilární komplikace a analyzovat klinické výsledky, délku léčby, komplikace a recidivy onemocnění.

Metodika: Retrospektivní analýza pacientů léčených s diagnózou peritonzilární flegmony a peritonzilárního abscesu v období 5 let (2020-2024). Hodnoceny byly demografické údaje, způsob chirurgického ošetření (punkce, incize, tonzilektomie), podaná antibiotická terapie, délka léčby (ambulantní či hospitalizace) a výskyt komplikací.

Diskuse: Peritonzilární komplikace je možné léčit jak ambulantně, tak i za hospitalizace. Antibiotická terapie je postavená na penicilinové řadě antibiotik. Chirurgická léčba je doporučena v případě vytvoření abscesového ložiska. Autoři diskutují výhody a nevýhody jednotlivých chirurgických postupů léčby.

Závěr: Při léčbě peritonzilární komplikace postupujeme individuálně s přihlédnutím k prioritám pacienta, nicméně při vytvoření abscesového ložiska je nutná drenáž, která je možná jak ambulantně, tak za hospitalizace. Léčba peritonzilárního abscesu je chirurgická (punkce, incize, tonzilektomie) spolu s antibiotiky, případně rehydratací.

P07 – Granulomatóza s polyangitidou příušních žláz imitující T-lymfom

Hojdekrová K.¹, Binková H.¹, Mihola S.², Štefániková M.³

¹ *ORL oddělení, VN Brno*

² *Interní oddělení, VN Brno*

³ *Klinika nemocí plicních a tuberkulózy FN Brno a LF MU*

Úvod: Granulomatóza s polyangiitidou (GPA), dříve Wegenerova granulomatóza, je vzácné autoimunitní onemocnění, při kterém dochází k zánětu malých a středně velkých cév. Zánět naruší prokrvení tkání a způsobí poškození různých orgánů, nejčastěji nosu a vedlejších nosních dutin, plic, ledvin. Postižení příušních žláz je raritní. Sdělení poukazuje na úskalí diagnostiky GPA v této atypické lokalitě komplikované symptomatologií svědčící po periferní T-lymfom.

Metodika: Kazuistika 75letého muže s rinosinusitidou a otokem příušních žláz, vyšetřen sonograficky, rinoendoskopicky, biopsie ze zrnité tkáně nosního septa k histologickému vyšetření. Pro zhoršení celkového stavu, podezření na lymfom přijat na internu k dovyšetření (kompletní laboratorní odběry, CT hlavy, plic a břicha, hematologie, revmatologie)

Výsledky: Elevace zánětlivých markerů nereagující na ATB. Flowcytometrie bez průkazu klonální populace. Histologie nosní sliznice vysoce suspektní z CD4+ T buněčné lymfoproliferace. CT: oboustranně plicní noduly nejasné etiologie. Renální funkce v normě. Výrazná pozitivita cANCA (>200) vedla k suspekci GPA. Pro diskrepanci histologie a sérologie provedena biopsie z příušní žlázy s nálezem nespecifického nekroinflatorního granulomu. Nález připouští diagnózu ANCA – asociované vaskulitidy typu GPA. Po kortikoterapii pokles CRP, regrese klinických obtíží. Léčba cyklofosfamidem a rituximabem in cursu.

Závěr: Oboustranná parotitida může být atypickým projevem GPA. V diferenciální diagnostice je třeba na onemocnění myslet, zejména při alteraci celkového stavu, neúspěšné antibiotické terapii, suspektním hematoonkologickým onemocněním. ANCA a histologie je pro diagnózu stěžejní.

P08 – Plazmocytom nosohltanu – kazuistika

Šejvlová E.¹, Školoudík L.¹, Chrobok V.¹, Dědková J.²

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

² *Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

Úvod: Solitární plazmocytom je lokalizovaný maligní nádor vznikající lokální proliferací plazmocytů.

Kazuistika: sdělení popisuje pacienta s plazmocytomem nosohltanu. Prvním příznakem onemocnění byla převodní nedoslýchavost z důvodu obturace nosohltanového ústí sluchové trubice tumorem. Diagnóza byla provedena na základě endoskopického vyšetření nosohltanu a biopsie. Pacient byl předán k hematologické léčbě onemocnění, převodní nedoslýchavost byla léčena ventilační trubičkou.

Diskuse: Plazmocytom je vzácný tumor, tvoří asi 3–5 % všech zhoubných plazmocytárních onemocnění. Přestože se jedná

o hematologické onemocnění, solitární extramedulární plazmocytomy se mohou nacházet v měkkých tkáních nosohltanu, orofaryngu, tonzilách, nosní dutině nebo paranazálních dutinách a první příznak onemocnění se tak může projevit v ORL oblasti. Hlavní léčebnou metodou je radioterapie. Úloha otolaryngologa spočívá především v diagnostice onemocnění a případné léčby lokální komplikace.

Závěr: V případě diagnózy sekreторické otitidy je vždy nutné provést endoskopické vyšetření nosohltanu k vyloučení tumorózní infiltrace nosohltanového ústí sluchové trubice.

P09 – Schwannom n. hypoglossus imitující krční lymfadenopatii

Jedinák R.^{1,3}, Mejzlík, J.,^{1,3} Laco, J.², Chrobok, V.^{1,3}

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku; Fakultní nemocnice Hradec Králové*

² *Fingerlandův ústav patologie; Fakultní nemocnice Hradec Králové*

³ *Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové*

Úvod: Schwannomy hlavových nervů jsou vzácné benigní nádory vycházející z Schwannových buněk nervového obalu. V oblasti krku se nejčastěji manifestují jako pomalu rostoucí rezistence. Schwannom n. hypoglossus patří mezi raritní nálezy a jeho diagnostika může být obtížná. Cílem práce je prezentovat kazuistiku 58 leté pacientky s myleodisplastickým syndromem a pomalu progredující zduřením v submandibulární krajině.

Metodika: Nemocná byla na ORL hospitalizována na doporučení hematologa k exstirpaci zduření na krku. Ultrazvukové vyšetření prokázalo pod pravým úhlem mandibuly hypoechogenní vaskularizovanou formace velikosti 3 cm. Diferenciálně diagnosticky byla zvažována krční lymfadenopatie. Cytologické vyšetření metodou FNAC bylo nedagnostické, a pacientka byla indikována k exstirpaci rezistence.

Výsledky: Peroperačně byly v oblasti II. dle Robbinse nalezeny dvě makroskopicky nesuspektní lymfatické uzliny, které byly odstraněny. Následně bylo identifikováno dobře ohraničené zduření velikosti přibližně 3×2 cm, lokalizované nad bifurkací karotidy, v těsném vztahu k n. hypoglossus, s kontinuitou k jeho průběhu. Léze byla postupně preparována a odstraněna při maximální snaze o zachování nervových vláken. Peroperační histologické vyšetření prokázalo Schwannom. Pooperačně trvá paréza n. hypoglossus vpravo.

Závěr: Schwannom n. hypoglossus představuje vzácný nález v diferenciální diagnostice zduření na krku a bývá zaměňován za lymfadenopatii. Při atypickém ultrazvukovém nálezu a nedagnostickém FNAC je nutné na tuto diagnózu pomýšlet. U krční rezistence v úrovni karotické bifurkace je třeba v diferenciální diagnostice zvažovat i glomus karoticum. Chirurgická léčba vyžaduje pečlivou preparaci s cílem maximálního zachování funkce nervu, přesto je nutné počítat s rizikem pooperační parézy n. hypoglossus.

P10 – Epidemiologie závažných epistaxí – monocentrická retrospektivní studie

Herejková V., Amirkhanian E., Kostlivý T., Nasswetter J., Slouka D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN a LF UK v Plzni

Úvod a cíl práce: Epistaxe je častým akutním stavem v otorinolaryngologii, přičemž část pacientů vyžaduje hospitalizaci a komplexní léčbu. Cílem práce je zhodnotit epidemiologii závažných epistaxí, jejich příčiny a terapeutické postupy na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku FN a LF UK v Plzni.

Materiál a metodika: Do monocentrické retrospektivní analýzy bylo zahrnuto 5725 pacientů ošetřených pro epistaxi v letech 2021–2025. Z tohoto souboru bylo 144 pacientů nutné hospitalizovat. Důvodem hospitalizace bylo intenzivní krvácení neřešitelné ambulantně, recidivující epistaxe, krvácení jako komplikace chirurgického výkonu nebo celkově špatný stav pacienta. Sledovanými parametry byly demografické údaje, komorbidity, užívání antiagregační či antikoagulační terapie, zdroj krvácení, způsob léčby a výskyt recidiv.

Výsledek: Ze 144 hospitalizovaných pacientů bylo 54 žen (37,5%) a 90 mužů (62,5 %). Průměrný věk souboru byl 60 let, z toho 90 pacientů (62,5 %) bylo starších 65 let. Hypertenzi trpělo 102 pacientů (70,8 %) a 73 pacientů (50,7 %) užívalo antiagregační nebo antikoagulační léčbu. Po úpravě terapie a kompenzaci interních komorbidit bylo možno u 99 pacientů postupovat konzervativně (tamponáda, elektro- či chemokoagulace, observace). Chirurgická léčba byla indikována u 38 pacientů. Pro nedostatečný efekt konzervativní a chirurgické léčby byla v 15 případech provedena selektivní embolizace.

Závěr: Závažné epistaxe vyžadující hospitalizaci postihují především starší pacienty s interními komorbiditami. Většinu případů lze zvládnout konzervativně, invazivní metody jsou vyhrazeny pro komplikované a recidivující případy.

Podpora: Institucionální výzkum FNPI 00669806 a Program Cooperatio.

P11 – Pseudoaneuryzma karotické tepny jako hrozící akutní karotický "blowout" syndrom

Khamedova K.¹, Krobot J.², Mejzlík J.^{1,3}

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové*

² *Oddělení zobrazovacích metod, Krajská nemocnice Tomáše Bati, Zlín a.s.*

³ *Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové*

Úvod: Akutní karotický „blowout“ syndrom (CBS) je vzácný, ale potenciálně život ohrožující stav, který se nejčastěji vyskytuje u pacientů po radioterapii nebo chirurgických výkonech v oblasti hlavy a krku. Je spojen s vysokým rizikem neurologických komplikací a mortality. Pseudoaneuryzma karotické tepny může představovat varovný předstupeň tohoto stavu.

Metodika: Práce je zpracována formou kazuistiky pacienta s pseudoaneuryzmatem karotické tepny vzniklým po léčbě nádorového onemocnění hlavy a krku – adenoidně cystický karcinom horního rtu vpravo s krční metastázou.

Diskuse: Kazuistika upozorňuje na možnost vzniku akutní, život ohrožující komplikace v ORL praxi u pacientů i po úspěšně ukončené léčbě nádorového onemocnění v oblasti hlavy a krku. V současné době je preferována endovaskulární léčba, při její nedostupnosti, nevladatelném krvácení nebo infekci v ráně je indikována otevřená chirurgie.

Závěr: Akutní karotický „blowout“ syndrom je vzácné, ale potenciálně letální onemocnění vyžadující koordinované řešení. Zásadní význam na úspěšné řešení uvedeného syndromu má mezioborová spolupráce.

P12 – Roboticky asistovaná chirurgia v otorinolaryngologii – Naše první zkušenosti

Sirotnáková L., Uhliarová B., Pniak T.

Oddelenie otorinolaryngologie FNsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica

Úvod a cieľ práce: Roboticky asistovaná chirurgia predstavuje moderný miniinvazívny chirurgický prístup, ktorý si v posledných rokoch nachádza čoraz širšie uplatnenie aj v otorinolaryngológii. Vďaka trojrozmernému zobrazeniu, stabilite nástrojov a vysokej presnosti pohybov umožňuje bezpečné operovanie v anatomicky náročných oblastiach hlavy a krku s potenciálom lepších funkčných výsledkov. Cieľom práce je prezentovať naše prvé skúsenosti s roboticky asistovanými ORL výkonmi a zhodnotiť ich perioperačné, onkologické a funkčné výsledky.

Metodika: Do retrospektívnej analýzy bolo zaradených 86 pacientov, ktorí podstúpili roboticky asistovaný chirurgický výkon pomocou systému da Vinci v období rokov 2016 – 2025. Indikáciami k operácii boli benígne alebo malígne ochorenia v oblasti orofaryngu rozsahu T1 až T2. Hodnotený bol rozsah a radikalita resekcie, výskyt perioperačných a pooperačných komplikácií, dĺžka hospitalizácie a skoré funkčné výsledky, najmä v oblasti prehĺtania a reči.

Výsledky: Perioperačné a pooperačné komplikácie sa vyskytli u 4 pacientov, prevažne nízkeho stupňa. Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 4 dni. Vo väčšine prípadov boli zaznamenané výborné funkčné výsledky s rýchlym návratom perorálneho príjmu.

Záver: Naše prvé skúsenosti potvrdzujú, že roboticky asistovaná chirurgia v ORL je bezpečná a efektívna metóda liečby vybraných diagnóz. Pri správnej indikácii poskytuje dobré onkologické aj funkčné výsledky a predstavuje perspektívny doplnok súčasných chirurgických postupov.

P13 – Výsledky užívání tracheoezofageální hlasové protézy: existuje rizikový faktor pro vznik komplikací a uspokojivou fonaci?

Bonaventurová M., Radilová M., Semančík V., Kmeť A., Novák Š., Zábrodský M., Koucký V.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol a Homolka

Cíle: Totální laryngektomie je hlavní léčebnou metodou u lokálně pokročilých a recidivujících nádorů hrtanu, kde není možné postupovat dle larynx-záchovného protokolu. Ztráta schopnosti verbální komunikace je pro tyto pacienty stále nevýraznějším faktorem negativně ovlivňujícím jejich kvalitu života. Tracheoezofageální řeč s použitím hlasové protézy je považována za zlatý standard hlasové rehabilitace. Cílem této studie je zjistit účinnost hlasové protézy a četnost komplikací v závislosti na terapii předcházející laryngektomii, adjuvantní léčbě a typu chirurgické rekonstrukce.

Metody: Provedli jsme retrospektivní analýzu pacientů, kteří podstoupili totální laryngektomii v období od ledna 2016 do prosince 2023 na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol.

Výsledky: Ze 230 pacientů, kteří podstoupili totální laryngektomii, mělo 161 (70 %) primární zavedení hlasové protézy. Použitelnou řeč dokázalo produkovat 83 % pacientů po primární a 82 % pacientů po záchranné laryngektomii. Komplikace hojení byla zaznamenána u 14 % případů primární laryngektomie a u 40 % pacientů, kteří podstoupili záchranné zákroky. Nebyl zjištěn žádný významný vztah mezi primárním zavedením hlasové protézy a mírou komplikací hojení, a to jak u pacientů po primární, tak i u pacientů po záchranné laryngektomii. Míra komplikací spojených s hlasovou protézou jako periprostetické protékání, extruze hlasové protézy a tvorba granulací nebyla významně závislá na načasování totální laryngektomie ani na typu rekonstrukce.

Závěry: Tracheoezofageální punkce se zavedením primární hlasové protézy je bezpečná a účinná metoda hlasové rehabilitace bez ohledu na předchozí terapii a typ rekonstrukce po totální laryngektomii.

P14 – Synchronní duplicitní karcinom z pleomorfního adenomu podčelistní žlázy a karcinom hrtanu

Stuchlíková N.^{1,2}, Kuchař M.¹

¹ Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

² Univerzita Karlova, 1. LF UK, Praha

Úvod: odbornou obcí uznávaný názor na dynamiku malignizace pleomorfního adenomu (PLA) vychází z článku Enerotha a Zetterberga (1973). Ten udává malignizaci zhruba 10% tumorů neléčených déle než patnáct let. Současný článek Heleny Levyn a kolektivu udává incidenci malignizace neléčených PLA 3,2% a neprokázal souvislost mezi pravděpodobností malignizace a délkou chirurgicky neléčeného onemocnění. Myoepiteliální karcinom (MECA) slinných žláz vychází z myoepiteliálních buněk, vzniká de novo, nebo častěji jako karcinom z pleomorfního adenomu (CXA). Presentujeme kazuistiku 65letého muže s mnoho let rostoucí asymptomatickou rezistencí na krku. Vyšetřovací sekvenci odstartoval až několik týdnů trvající chrapot.

Metodika: muž, 65 let, interně polymorbidní, vyšetřen v 7/2024 pro až deset let rostoucí nebolestivou rezistenci na krku vlevo a rok trvající chrapot. Na CT popsáno nehomogenní sytící se ložisko vycházející zřejmě z levé GSM, velikosti 66x42x49 mm, klinicky šlo o nefixovanou, ohraničenou rezistenci velikosti 6x6 cm. Laryngoskopicky popsán suspektní zrnitý exofyt levé hlasivky. Histologicky zjištěn G2 rohovějící dlaždicový karcinom levé hlasivky (cT2N0) a pleomorfní adenom podčelistní žlázy. Po dohodě s pacientem a na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu byla provedena extrakapsulární exstirpace ložiska a plánována kurativní radioterapie (RT) tumoru hrtanu. V definitivní histologii byl popsán karcinom z pleomorfního adenomu (CXA) podčelistní žlázy, typizován jako high-grade myoepiteliální karcinom, pT2cN0.

Výsledky: onemocnění uzavřeno jako synchronní duplicita karcinomu hrtanu vlevo a karcinomu z pleomorfního adenomu podčelistní žlázy vlevo. Pacient absolvoval kurativní RT na tumor hrtanu a adjuvantní RT na tumor GSM vlevo. Pacient je dispenzarizován, bez známek původních onemocnění.

Závěr: toto sdělení si dává za cíl upozornit na změnu pohledu na dynamiku malignizace pleomorfního adenomu.

Poděkování za podporu projektu Grantové agentuře Univerzity Karlovy (projekt č. 447125)

P15 – Klinický logoped jako součást multidisciplinární péče u pacientů s nádory hlavy a krku

Zítková Z.^{1,2}

¹ Rehabilitační oddělení KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

² Pedagogická fakulta UK, Praha

Úvod: Onkologická onemocnění hlavy a krku a jejich léčba jsou spojeny s vysokým rizikem funkčních poruch v oblasti polykání, artikulace, hlasu a hybnosti čelisti. Tyto poruchy mohou vést k malnutrici, aspiraci, prolongaci hospitalizace a snížení kvality života. Multidisciplinární přístup je základním předpokladem komplexní péče, přesto zůstává indikace klinického logopeda v některých fázích léčby opožděná.

Cíl: Cílem sdělení je vymezit roli klinického logopeda v multidisciplinárním týmu u pacientů s nádory hlavy a krku a zdůraznit význam jeho časného zapojení do diagnosticko-terapeutického procesu.

Metodika: Sdělení vychází z klinické logopedické praxe u pacientů s nádory hlavy a krku, z přehledu současné odborné literatury a z kazuistických zkušeností. Pozornost je věnována indikacím logopedického vyšetření v jednotlivých fázích onkologické léčby (před zahájením terapie, během léčby a v následné péči), se zaměřením na dysfagii, dysartrii, trismus a poruchy orální fáze polykání.

Výsledky: Včasná logopedická intervence umožňuje včasnou identifikaci funkčních poruch, prevenci rozvoje těžké dysfagie, snížení rizika aspirace a podpůrnou terapii hybnosti čelisti a jazyka. Přispívá k udržení perorálního příjmu, optimalizaci nutričního stavu a ke zlepšení funkčních výsledků onkologické léčby. Nedílnou součástí je edukace pacienta a koordinace péče v rámci multidisciplinárního týmu.

Závěr: Klinický logoped představuje klíčového člena multidisciplinárního týmu v péči o pacienty s nádory hlavy a krku. Jeho časné zapojení by mělo být standardní součástí komplexní ORL onkologické péče.

P16 – Logopedická intervence u pacientky s mnohočetným myelomem a dysfagií: případová studie z klinické praxe

Zítková Z.^{1,2}, Hájková V.²

¹ Rehabilitační oddělení KZ, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

² Pedagogická fakulta UK, Praha

Úvod: Dysfagie u pacientů s mnohočetným myelomem (MM) je popisována spíše vzácně a v odborné literatuře bývá spojována především se systémovou amyloidózou a postižením faryngeální fáze polykání. Poruchy orální fáze, zejména snížená stabilita čelisti a porucha žvýkání při lokální infiltraci nebo neuromuskulárním oslabení, jsou opomíjené. Cílem sdělení je prezentovat kazuistiku pacientky s MM a orální dysfagií se zaměřením na možnosti cílené logopedické intervence.

Metodika: Prezentována je kazuistika 76leté pacientky s MM, odeslané k logopedickému vyšetření pro výrazný úbytek hmotnosti a obtíže při příjmu tuhé stravy. Klinické vyšetření se zaměřilo na hodnocení polykání, stabilitu čelisti, funkci žvýkacích svalů a koordinaci pohybů jazyka. Terapie byla vedena dle konceptu Oral Placement Therapy a Jaw Rehabilitation Program s využitím odporových a oromotorických cvičení, strukturovaného tréninku žvýkání.

Výsledky: Vyšetření prokázalo asymetrickou slabost čelisti v oblasti levého masseteru, snížený rozsah a koordinaci pohybu jazyka. Po několikátýdenní terapii došlo ke zlepšení stability čelisti, efektivity intraorálního transportu bolu, snížení reziduí a rozšíření spektra tolerovaných konzistencí. Pacientka udávala subjektivní zlepšení soběstačnosti při příjmu potravy a kvality života.

Závěr: Kazuistika poukazuje na význam cílené logopedické intervence zaměřené na orální fázi polykání u pacientů s hematologickými malignitami. Včasná diagnostika dysfagie a mezioborová spolupráce mezi ORL, hematologií, logopedií a nutričním týmem může významně ovlivnit nutriční stav a celkovou prognózu pacientů.

Zpět

P17 – Barbed Reposition Faryngoplastica (BRP) v chirurgické léčbě OSA

Matyášek M.¹, Betka J.¹, Lazák J.¹, Klozar J.¹

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Motol a Homolka*

Úvod: Uvulopalatofaryngoplastika (UPPP) je mnoho let nejužívanější chirurgická technika pro pacienty s obstrukcí v oblasti měkkého patra. I přes řadu existujících modifikací má stále také řadu negativ. V současné době se na řadě zahraničních pracovišť prosazuje BPR uvedená Italskými autory (Vicini C., 2015), která i podle našich nových zkušeností má proti původní metodě řadu výhod.

Metodika: Cílem tohoto sdělení je seznámit širší odbornou veřejnost s touto operační technikou. Jednak pro benefit v léčbě OSA, ale také pro možné specifické komplikace, které může BRP přinést, zejména krvácení a extruzi šicího materiálu. V současné době náš soubor zahrnuje 10 pacientů operovaných na naší klinice od prosince 2025.

Výsledky: Ve světové literatuře se uvádí vyšší úspěšnost léčby 64-86% u BRP proti 38-60% u klasického UPPP. Zároveň BRP přináší nižší riziko dlouhodobých komplikací, jako je pocit cizího tělesa při polykání nebo velofaryngeální insuficience. Z našich zkušeností je také výrazně lépe subjektivně snášena.

Závěr: BPR je operační technika léčby OSA, která přináší v prvotních studiích lepší výsledky a méně dlouhodobých komplikací než UPPP. Je ale spojena s několika specifickými pooperačními komplikacemi, s kterými mohou být osloveni lékaři i mimo provádějící pracoviště.

P18 – Injekční aplikace ropných produktů do měkkých tkání krku – dvě kazuistiky

Huaman M., Kunorová L.¹

¹ *Oddělení otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní Thomayerova nemocnice*

Úvod: Injekční aplikace cizorodých látek do oblasti krku představuje vzácnou patologii spojenou s rizikem rozvoje infekčních komplikací, které mohou sekundárně vést až k život ohrožujícím stavům. Cílem této práce je porovnat klinický průběh u dvou pacientů po injekční aplikaci motorového oleje a nafty do měkkých tkání krku a identifikovat faktory ovlivňující závažnost postižení.

Metodika: Práce má charakter kazuistického sdělení dvou pacientů hospitalizovaných na pracovišti ORL FTN. První kazuistika popisuje pacientku po aplikaci nafty do oblasti krku s komplikovaným průběhem, druhá kazuistika pacienta po aplikaci motorového oleje s nekomplikovaným hojením. Hodnocen byl klinický průběh, rozsah lokální reakce, potřeba chirurgické intervence, délka hospitalizace a výskyt komplikací. Součástí analýzy bylo porovnání základních chemických vlastností obou látek a jejich potenciálního vlivu na tkáňovou reakci.

Výsledky: U pacientky po aplikaci nafty došlo k rozvoji těžkého zánětlivého postižení měkkých tkání s progresí nálezu, nutností opakovaných chirurgických revizí a prodloužené hospitalizace. Naproti tomu u pacienta po aplikaci motorového oleje byl průběh bez významných lokálních či systémových komplikací. Rozdílný průběh koreluje s vyšší tkáňovou penetrací a vyšším obsahem toxických aromatických uhlovodíků u nafty.

Závěr: Chemické vlastnosti aplikované látky zásadně ovlivňují rozsah postižení tkání při jejich injekční aplikaci. Nafta vykazuje výrazně vyšší potenciál rozvoje závažných lokálních komplikací než motorový olej. Tyto rozdíly by měly být zohledněny při časném klinickém rozhodování, indikaci chirurgické revize a intenzitě sledování pacientů. Práce poukazuje na nutnost individuálního přístupu a může přispět k lepší stratifikaci rizika u těchto raritních, avšak závažných stavů.

P19 – Multifokální versus solitární výskyt papilárního karcinomu štítné žlázy

Hrabě V., Kubec V., Krčál J., Škopek P., Fránová A., Šrámková T., Vohnoutová B., Veselovský J., Slouka D.

Klinika Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LFUK a FN Plzeň

Úvod: Multifokalita u diferencovaných karcinomů štítné žlázy je častá. Přestože většina analýz ukazuje jen malý vliv na celkové přežití, přináší nejistotu v rozhodování o rozsahu operace a následném sledování, zejména pro souvislost s rizikem uzlinového postižení a recidivy.

Metodika: Retrospektivně jsme revidovali histologické nálezy pacientů operovaných na našem pracovišti v letech 2020–2024 s cílem stanovit frekvenci multifokalit diferencovaných karcinomů v regionálních podmínkách.

Výsledky: Z 882 operací (681 TTE, 201 HTE) byl karcinom štítné žlázy zjištěn u 67 nemocných; papilární karcinom (PTC) u 51 (76 %). Soubor tvořilo 16 mužů (31,4 %; průměr 55,4 roku) a 35 žen (68,6 %; průměr 43,1 roku). Primárně bylo provedeno 33× TTE (64,7 %) a 18× HTE (35,3 %); všechny HTE byly po průkazu malignity totalizovány ve 2. době. Solitární PTC byl nalezen ve 26 případech (51 %), multifokální nález ve 25 (49 %). U 22 pacientů šlo o další ložisko PTC (43 %), ve 3 případech (5,9 %) o kombinaci s jiným typem malignity. Z multifokálních PTC byly 4 unilaterální (18,2 %) a 18 bilaterálních (81,8 %). Sekundární ložiska nepřesahovala 2 cm, převážně šlo o mikrokarcinomy (pT1a); maximum bylo 5 ložisek.

Závěr: Multifokalita PTC byla přítomna téměř u poloviny pacientů, v souladu s literaturou; v našem souboru byl vyšší podíl bilaterality. Většina ložisek je okultních a může uniknout předoperační ultrasonografií.

Podpora: Institucionální výzkum FNPI 00669806, Program Cooperatio

P20 – Využití tekutých biopsií ve diagnostice a monitoraci recidivy HPV-asociovaného orofaryngeálního karcinomu

Horáková Z.^{1,2}, Bouška O.³, Koudeláková V.³, Michálek J.⁴, Salzman R.^{1,2}

¹*Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc, Česká republika*

²*Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika*

³*Laboratoř experimentální medicíny, Ústav molekulární a translační medicíny, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika*

⁴*Ústav klinické a molekulární patologie, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika*

Pozadí: Incidence orofaryngeálního karcinomu (OPC) stále narůstá, převažují případy asociované s lidským papilomavirem (HPV). Vysoké riziko recidivy zdůrazňuje potřebu spolehlivých biomarkerů pro časnou diagnostiku i monitoraci léčby. Metody tekuté biopsie umožňují stanovit cirkulující HPV DNA z krve i neinvazivní detekci z orálních výplachů, resp. stěrů.

Metody: HPV status nádoru byl hodnocen analýzou HPV DNA v kombinaci s imunohistochemickou detekcí p16. Za HPV-asociovaný OPC byly označeny pouze tkáně HPV DNA i p16 pozitivní. Výplach dutiny ústní, orofaryngeální stěry a krev byly odebírány před léčbou i bezprostředně po ní, a v průběhu následné dispenzarizace, a korelovány s klinickým stavem pacienta. HPV DNA byla detekována pomocí AllPlex™ HPV28 Detection (Seegene) v orálních vzorcích, AllPlex™ HPV HR Detection (Seegene) v primární nádorové tkáni, cf HPV DNA byla detekována pomocí specifické HPV16 ddPCR.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 202 pacientů s OPC a krčními uzlinovými metastázami neznámého primá, (zhodnoceno 683 sad vzorků), z nichž 77 % bylo HPV-asociovaných, 97 % s genotypem HPV16. Analýza tekuté biopsie vykazovala senzitivitu, resp. specificitu detekce HPV: 83 a 95 % u výplachů dutiny ústní, 81 a 95 % u stěrů a 94 a 100 % u cirkulující nádorové HPV DNA v plazmě. Výsledky orálních výplachů a stěrů vzájemně korelovaly v 95 %.

Závěr: Výsledky potvrzují význam metody pro časnou primární diagnostiku OPC, včetně časných stadií onemocnění, detekci recidivy a neinvazivní monitoraci po léčbě. Současně nabízí možnost dostupného skríninku rizikových skupin.

Podpořeno: MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892), IGA LF 2025-13, EATRIS-CZ (LM2023053), MH CZ (NW25J-09-00118), Cancer Research Czech Republic.

P21 – Keratoakantom – kazuistiky, diagnostické a terapeutické dilema

Golovach P.¹, Sakař R.¹, Pizinger K.², Slouka D.¹

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň, ČR*

² *Dermatovenerologická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň, ČR*

Úvod: Keratoakantom představuje specifickou kožní nádorovou jednotku s variabilním klinickým průběhem, která může svým vzhledem i dynamikou růstu napodobovat maligní kožní léze, zejména spinocelulární karcinom. Typickým rysem je rychlá progresse léze, často následovaná spontánní regresí, což významně komplikuje diagnostické rozlišení a volbu adekvátní léčebné strategie. Tato práce prostřednictvím kazuistických sdělení poukazuje na důležitost pečlivého klinického hodnocení a mezioborové spolupráce při rozhodování o dalším terapeutickém postupu.

Kazuistiky: Autoři prezentují dvě kazuistiky pacientů s keratoakantomem v oblasti nosu s odlišným klinickým průběhem a terapeutickým přístupem. V prvním případě byla zvolena strategie pečlivého sledování („watchful waiting“), kdy došlo ke kompletní spontánní regresí léze bez nutnosti chirurgického výkonu. Ve druhém případě se jednalo o rozsáhlý keratoakantom léčený konzervativně intralezionální terapií, kde po následné regresí nádoru byla indikována plastická rekonstrukce zbytkového defektu nosu.

Závěr: Keratoakantom představuje významnou diagnostickou výzvu a správně zvolený, individuální mezioborový přístup může v indikovaných případech umožnit šetrnější léčebnou strategii a předejít zbytečně mutilujícím výkonům, čímž dochází ke snížení funkční i estetické zátěže pacienta.

Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti SURG.

Podpořeno MZ ČR - RVO (FNPI, 00669806).

P22 – Eaglův syndrom a jeho chirurgické řešení transorálním přístupem

Míčková D.¹, Zavadil M.¹, Hudcová N.²

¹ Oddělení ORL, Vojenská nemocnice Brno, p.o.

² Oddělení RDG, Vojenská nemocnice Brno, p.o.

Úvod: Eaglův syndrom je definován jako soubor příznaků, vyvolaných prodloužením processus styloideus nebo osifikací stylohyoidního ligamenta. Projevuje se zejména bodavou bolestí v krční krajině, dalšími příznaky může být obtížné polykání, pocit cizího tělesa v krku, bolesti uší či tinnitus. Příznaky vznikají iritací okolních cév a nervů. Vyskytuje se poměrně vzácně, jednou z možností terapie je resekce prodlouženého výběžku. Cílem práce je prezentovat soubor pacientů, kteří byli na našem pracovišti diagnostikováni a podstoupili chirurgické řešení ve smyslu resekce processus styloideus elongatus transorálním přístupem.

Metodika: Na našem pracovišti byl v letech 2021-2025 diagnostikován čtyřem pacientům Eaglův syndrom. Diagnóza byla stanovena na podkladě subjektivních příznaků, klinického vyšetření a nález byl verifikován zobrazovací metodou- CT hlavy s následnou 3D rekonstrukcí lbi. Všichni pacienti volili v terapii chirurgické řešení transorálním přístupem, kdy byla nejprve odstraněna patrová tonsila a následně přes tonsilární lůžko proniknuto do parapharyngeálního prostoru.

Výsledky: U třech pacientů došlo v řádu dnů až týdnů k vymizení všech původních potíží, u jedné pacientky potíže částečně přetrvávají i po chirurgickém řešení. Jedna pacientka krvácela 8.den z lůžka po tonsilektomii, krvácení nevyžadovalo chirurgickou revizi. U žádného z pacientů jsme nepozorovali závažné komplikace vyplývající z rizik přístupu do parapharyngeálního prostoru.

Závěr: Transorální přístup k resekci stylohyoidního výběžku považujeme za bezpečné a kauzální řešení Eaglova syndromu, které se svou morbiditou a mortalitou významně neliší od běžných tonsilektomií.

P23 – Konzervativní terapie akutní descendentní mediastinitidy po odmítnutí chirurgického zákroku

Langer R.¹, Ambruš M.¹, Janota J.²

¹ Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku ONMB a.s., Mladá Boleslav

² Radiodiagnostické oddělení ONMB a.s., Mladá Boleslav

Úvod: Descendentní nekrotizující mediastinitida tvoří až 70 % z mediastinitid, vzniká z infekcí v oblasti krku, má mortalitu mezi 10-40 %, v případě perforace jícnu až 50 %. Udává se jako komplikace 2-4 % hlubokých krčních a dentogenních zánětů a postihuje fasciální cestou hlavně zadní mediastinum.

Postoperační a descendentní mediastinitida jsou spojeny s vysokou morbiditou a mortalitou, pokud nejsou včas a adekvátně léčeny. Udávaná mortalita je 20-40 %. Neléčená mediastinitida může vést k vážným komplikacím, jako jsou sepse, respirační selhání, konstriktivní perikarditida, pneumonie, pravostranné srdeční selhání, těžké krvácení ...

Metodika: Chirurgická léčba představuje incizi a drenáž. Toto je klíčovým postupem při léčbě mediastinitidy. Operační postup spočívá v širokém otevření mediastinálního hnisavého ložiska, jeho déle trvající účinné drenáži, kombinované s laváží mediastina. Postup je spojen s odstraněním nekrotické tkáně tak, aby se zabránilo dalšímu šíření infekce. Pokud CT obraz mediastina nesignalizuje regresi zánětlivého procesu, je nutné provést revizi. V některých případech může být nutná rekonstrukce poškozených struktur, jako jsou cévy nebo jícen.

Konzervativní léčba mediastinitidy zahrnuje podávání širokospektrálních intravenózních antibiotik, podporu základních životních funkcí, kortikosteroidy.

Výsledky: Tento e-poster dokumentuje konzervativní zhojení descendentní nekrotizující mediastinitidy u pacientky, která odmítla chirurgickou intervenci. I přes CT ověřený nález rozsáhlého postižení, vše zvládla na konzervativní léčbě.

Závěr: Volba mezi konzervativní a chirurgickou léčbou mediastinitidy závisí na několika faktorech, včetně rozsahu infekce, celkového zdravotního stavu pacienta, přítomnosti abscesů a pacientových preferencí. **Včasná a agresivní léčba je klíčová pro zlepšení prognózy a snížení mortality. Individuální přístup k léčbě a pečlivé sledování pacienta jsou nezbytné pro dosažení optimálních výsledků.**

P24 – Rozvoj slyšení u prvních dětských pacientů se sluchovou kmenovou neuroprotézou

Bauer L.¹, Aksenovová Z.¹, Myslíková M.¹, Pospíšilová O.¹, Vlasák A.², Čada Z.¹

¹ *Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol*

² *Neurochirurgická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol*

Úvod: Sluchová kmenová neuroprotéza je jediným možným řešením u pacientů s velmi těžkou ztrátou sluchu v případech, kdy kochleární implantace není proveditelná nebo není efektivním řešením. Možný přínos u dětských pacientů je ovlivněn ve značné míře věkem implantace, tedy včasným zachytem pacienta. Výsledky ve sluchové percepci bývají horší, než s kochleárním implantátem, i tak mohou ale vést k rozumnému běžné řeči bez odezírání.

Metodika: První dva pacienti se sluchovou kmenovou neuroprotézou v České republice byli implantováni ve fakultní nemocnici Motol. První pacient byl implantován ve věku 62 měsíců a je nyní 40 měsíců od aktivace implantátu, druhý byl implantován ve věku 38 měsíců a je nyní 16 měsíců od aktivace implantátu. U pacientů je sledován rozvoj slyšení pomocí ziskových křivek, detekce zvuků a rozumění řeči. Dále je sledován preferovaný způsob komunikace a průměrná doba nošení zvukového procesoru.

Výsledky: Oba implantovaní pacienti jsou aktivními uživateli implantátu. Jejich průměrná zisková křivka je 30 dB a 40 dB. První pacient dochází do školy pro sluchově postižené v Hradci Králové. Komunikuje formou pantomimy, reaguje na zavolání, detekuje okolní zvuky, rozumí omezeným uzavřeným souborům. Druhý pacient chodí do běžné školky. Orientuje se ve zvucích prostoru, reaguje na zavolání, je schopen vybrat z uzavřeného souboru zvířat dle citoslovcí.

Závěr: Oba dětské pacienti se sluchovou kmenovou neuroprotézou dosahují detekce okolních zvuků. Komunikace je vedena s podporou znaků. Při pravidelné logopedické péči rozvíjejí své sluchové schopnosti. U prvního pacienta je vidět jistá stagnace rehabilitace. U druhého, mladšího pacienta je vidět postupný posun a rozvoj slyšení a komunikace.

P25 – Léčbou podmíněné změny biologického věku u nádorů hlavy a krku: srovnání metabolických a epigenetických hodin

Homoláč M.¹, Hruška L.², Vošmik M.², Borský P.³, Philippová T.³, Párová H.⁴, Borská L.³

¹ *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařská fakulta v Hradci Králové, Česká republika*

² *Klinika onkologie a radioterapie, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika a Lékařská fakulta v Hradci Králové, Česká republika*

³ *Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika*

⁴ *Ústav klinické biochemie a diagnostiky, Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařská fakulta v Hradci Králové, Česká republika*

Úvod: Hodiny biologického věku umožňují kvantifikovat stárnutí organismu a mohou se vlivem onkologické léčby odchylovat od věku chronologického. Není však známo, zda metabolické indexy a indexy metylace DNA (DNAm) zachycují při léčbě nádorů hlavy a krku srovnatelné biologické signály.

Metodika: V prospektivní pilotní kohortě 57 pacientů s karcinomem hlavy a krku (HNC; stádia I–IV) byl v párových vzorcích hodnocen biologický věk pomocí šesti ukazatelů: tří metabolických indexů (PhenoAge, metoda Klemery a Doubala [KDM], homeostatická dysregulace [HD]) a tří epigenetických hodin (Horvath, Hannum, Levine DNAm). Hlavním parametrem byla změna akcelerace biologického věku (BAA) jako čistý efekt léčby. Explorativně byly hodnoceny rozdíly dle stádia, lokalizace a modality onkologické léčby.

Výsledek: Léčba vyvolala statisticky významné, avšak protikladné změny BAA: PhenoAge (+2,94 roku; $p = 0,020$), KDM (−6,56 roku; $p = 0,009$), Horvath (−4,13 roku; $p = 0,025$) a HD (−1,26 SD/rok; $p = 0,028$); Hannum a Levine DNAm nebyly signifikantní. Statistická shoda mezi jednotlivými indexy chyběla. Předléčebná BAA PhenoAge byla vyšší u stádia III/IV (+1,90 vs. −1,78 roku; $p = 0,013$). U nefaryngeálních nádorů byla poléčebná BAA PhenoAge větší (+6,99 vs. +1,72 roku; $p = 0,031$). Pacienti léčení chemoradioterapií vykazovali větší nárůst BAA PhenoAge než pacienti léčení (primární/adjuvantní) radioterapií (+5,28 vs. −0,29 roku; $p = 0,041$). DNAm hodiny se nelišily dle stádia, lokalizace ani modality nechirurgické léčby.

Závěr: Metabolické a DNAm hodiny zachycují odlišné, vzájemně nezaměnitelné aspekty léčbou indukovaného stárnutí u HNC. PhenoAge odrážel zátěž onemocnění i intenzitu léčby; DNAm hodiny poskytovaly nezávislý, avšak individuálně nesouhlasný signál. K potvrzení klinické využitelnosti jsou nezbytné prospektivní multiplatformní studie.

Klíčová slova: *biologický věk; epigenetické hodiny; nádory hlavy a krku; PhenoAge; metoda Klemery a Doubala; homeostatická dysregulace; hodiny metylace DNA; léčbou indukované stárnutí*

Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s Agenturou pro zdravotnický výzkum ČR v rámci projektu č. NU23J-07-00018.

VOLNÁ SDĚLENÍ – NELÉKAŘSKÁ SEKCE

NLZP – ROBOTICKÁ CHIRURGIE

Robot není samotář – TORS a multioborová spolupráce v péči o pacienta

Šimurdová M. ¹

¹ Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol a Homolka

Úvod: Péče o pacienty po TORS si žádá sehranou týmovou práci a propojení multioborové spolupráce. Jedná se o spolupráci na operačním sále i spolupráci v pooperační péči. Sdělení je cíleno na spolupráci lékařů, sester, klinického logopeda, fyzioterapeuta a dalších.

Metodika: prezentováno formou dvou až tří kazuistik s fotodokumentací návaznosti celého procesu, doplněné statistickými daty z výzkumu naší kliniky

Výsledky: Ukázka důležitosti spolupráce specialistů během celého léčebného procesu od operačního sálu přes první dny na JIP až k propuštění pacienta a organizace ambulantní péče.

Závěr: Robotický operační výkon je začátek komplexní péče o pacienta, která si žádá spolupráci celého multioborového týmu.

NLZP – TRAUMATA V ORL OBLASTI, KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM V ORL OBLASTI

Traumatická fraktura manubria malleus.

Ungrová P., Taudy B.

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, 1. LF a FN Motol a Homolka

Úvod: Izolovaná fraktura rukojeti kladívka (manubrium mallei) patří mezi vzácnější poranění středoušního převodního systému. Často bývá přehlížena, neboť bubínek může zůstat celistvý. Mezi nejčastější mechanismy vzniku patří náhlé změny tlaku, barotrauma nebo přímé mechanické trauma. V naší práci prezentujeme soubor tří pacientů, u kterých došlo k této lézi autotraumatizací při nešetrné manipulaci prstem v zevním zvukovodu.

Metodika + výsledky: Prezentujeme případy tří pacientů (dvou žen, jednoho muže), kteří byli odesláni na naši kliniku ze spádových pracovišť, s převodní či kombinovanou nedoslýchavostí a tinnitem, vzniklými po mechanickém čištění nebo „uvolňování“ zalehlého ucha prstem.

Byla odebrána podrobná anamnéza, provedena otoskopie, audiometrie + tympanometrie, zobrazovací metody. U dvou pacientů byl zvolen konzervativní přístup, u jednoho chirurgická léčba.

Závěr: Při včasné diagnostice a adekvátním ošetření je prognóza příznivá. Klíčem k úspěchu je rozpoznání léze, která může být při běžném vyšetření často zaměněna například za prostou dysfunkci Eustachovy tuby. Audiologická sestra je důležitým členem celého týmu, pečlivě odebranou sesterskou anamnézou a správně provedenými audiologickými testy se aktivně podílí na diagnostice a celém léčebném procesu.

I zdánlivě banální manipulace v oblasti zevního zvukovodu, jako je čištění ucha prstem, může vést k závažnému poškození středoušních kůstek. Naše sdělení zdůrazňuje nutnost pečlivé diferenciální diagnostiky u pacientů s převodní nedoslýchavostí a intaktním bubínkem po mikrotraumatu.

Kazuistika – Totální glosektomie u dětského pacienta s následnou rekonstrukcí spodiny ústní

Pelikánová N., Bartoníčková I.

COS pro děti, FN Motol a Homolka

Přednáška prezentuje formou kazuistiky chirurgické řešení karcinomu jazyka u jedenáctiletého pacienta. Jedná se o neslyšícího chlapce s kochleárním implantátem, geneticky potvrzeným KID-syndromem a rozsáhlými kožními defekty po celém těle následkem vrozené ichtyózy. Chlapec byl přijat na dětskou kliniku ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol k předoperačnímu vyšetření. Na základě histologického vyšetření biopsie jazyka byl diagnostikován dlaždicobuněčný karcinom jazyka s postižením krčních lymfatických uzlin. Cílem je představit komplexní řešení zjištěné diagnózy, zahrnující předoperační přípravu s následnou pooperační péčí, včetně operačního výkonu, kdy chlapci byla provedena totální glosektomie, oboustranná blokovaná krční resekce s následnou rekonstrukcí spodiny ústní lalokem s vasa radialis. Hlavním přínosem zmíněné radikální operace je zachránění života s možným jeho prodloužením a v odstranění zdroje bolesti. Samozřejmě operační zákrok vyžaduje další léčbu, která spočívá v radioterapii, v chemoterapii, v antiagregační léčbě a v dlouhodobém sledování na onkologii. Nedílnou součástí léčebného procesu je následná intenzivní logopedická péče včetně rehabilitace polykání. Závěrem konstatujeme, že se jedná především o život zachraňující výkon, který představuje mimořádnou chirurgickou, ošetrovatelskou i etickou péči v oblasti dětské ORL onkologie.

Klíčová slova: Karcinom jazyka. Totální glosektomie. Rekonstrukce spodiny ústní. Následná péče.

NLZP – PSYCHOHYGIENA PRO NLZP, HLASOVÁ HYGIENA, VARIA

Když slaná chutná kysele: vzorce poruch vnímání chuti

Blanař V.^{1,2}, Papáčková K.¹, Pospíchal J.¹, Brothánková P.^{1,2}, Vodička J.^{1,2}

¹ *Fakulta zdravotnických studií Univerzita Pardubice*

² *Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Pardubické nemocnice*

Úvod: Mezi nejčastěji vyšetřované poruchy chuti patří kvantitativní poruchy, vyznačující se změnou intenzity vnímání chuti. Částečně opomíjené jsou kvalitativní poruchy, zejména nesprávná identifikace chuti a záměna za jinou – parageusie. Tato porucha může u pacientů vést ke změně stravovacích návyků a nežádoucím chuťovým preferencím, například zvýšená konzumace sladkého jídla, soli nebo tuků.

Metodika: Cílem studie bylo provést retrospektivní analýzu dat získaných při vyšetřování chuti u 4 skupin respondentů (celkem 185), kteří byli vyšetřeni metodou TASENS. První skupina pacientů byla po ušní operaci (48 pacientů), druhá skupina byli geriatrickí pacienti nad 70let věku, (75), třetí skupinu tvořili pacienti, kteří navštívili ORL pracoviště pro subjektivní poruchu chuti (44) a čtvrtá skupina byly zdravé kontroly (18). Žádný z geriatrických pacientů nebyl dříve léčen pro poruchu chuti. Při analýze dat byly porovnány konkrétní záměny chutí (která za kterou) u každé chuťové folie, kterou respondenti nesprávně identifikovali.

Výsledky: Průměrné změřené skóre při vyšetření chuti metodou TASENS bylo ve skupině pacientů po ušní operaci 17 bodů, u skupiny geriatrických pacientů 16 bodů, ve třetí skupině zahrnující pacienty se subjektivní poruchou chuti činil průměr 17 bodů a skóre v kontrolní skupině bylo 21,7 bodů. Nejčasnější záměny v identifikaci byly mezi slanou a kyselou chutí.

Závěr: Zjištěné výsledky dokazují, že geriatrickí pacienti nad 70 let věku, kteří nebyli a nejsou léčeni pro poruchu chuti, dosahují v průměru téměř stejných výsledků, jako skupiny pacientů, po různých operačních výkonech v oblasti ucha, a pacientů se subjektivní poruchou chuti. Nejčastější záměny byly u všech skupin mezi slanou a kyselou chutí.

Vyšetření retronazálního čichu testem RESENS

Brothánková P., Vinařová Š., Vodička J.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Pardubická nemocnice

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Úvod: Hlavním cílem studie bylo vyvinout a vyhodnotit novou metodu hodnocení retronazální čichové funkce u zdravých jedinců a pacientů s poruchami čichu pomocí testu RESENS – nová metoda identifikace využívající fólie impregnované pachovými látkami.

Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno celkem 73 účastníků: 50 zdravých kontrol (průměrný věk = 39,1 ± 14,6 roku) a 23 pacientů s poruchou čichu (průměrný věk = 49,8 ± 21,0 roku). Ortonazální čichová funkce byla hodnocena pomocí standardizovaných screeningových nástrojů, Odourized Marker Test (OMT) a subtestu identifikace Sniffin' Sticks. Retronazální čich byl hodnocen metodou RESENS. Účastníci si položili aromatizovanou fólii na jazyk, provedli hluboký nádech následovaný výdechem nosem a poté byli požádáni, aby identifikovali pach výběrem ze čtyř možností.

Výsledky: Zdraví účastníci dosáhli v testu RESENS vyššího skóre ve srovnání s pacienty s poruchami čichu (medián skóre: 15 vs. 8). Byla zjištěna silná pozitivní korelace mezi skóre RESENS a OMT ($r = 0,79$), stejně jako mezi skóre RESENS a testu identifikace Sniffin' Sticks ($r = 0,75$).

Závěr: Zdraví jedinci dosáhli vyšších bodových zisků ve srovnání s pacienty s poruchou čichu. Test RESENS prokázal silnou souvislost se standardními metodami vyšetření ortonazálního čichu. RESENS je vhodný nástroj vyšetření retronazálního čichu v klinické praxi i výzkumu.