

Pediatric pro praxi

2019

B

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2019; 20(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-266-1 | 2019

ABSTRAKTA

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXXVI. dny praktické a nemocniční pediatrie

17.–18. května 2019

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatelé: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
Záštita: Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

20 let s vámi

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PROGRAM / pátek 17. května / LÉKAŘI

- 8.15–8.30 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ** – vystoupení saxofonového kvarteta ZUŠ Žerotín
- **Úvodní slovo děkana LF UP v Olomouci** – prof. MUDr. Milana Koláře, Ph.D.
 - **Úvodní slovo prezidenta kongresu** – prof. MUDr. Vladimíra Mihála, CSc.
 - **Úvodní slovo přednostky Dětské kliniky FN v Olomouci** – prof. MUDr. Dagmar Pospíšilové, Ph.D.
- 8.30–9.50 CO MÁM DĚLAT, KDYŽ...**
garantka doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, CSc.
- **IP Co mám dělat, když dítě neslyší?** – Šlapák I., Urík M., Hošnová D.
 - **IP Co mám dělat, když dítě správně nedospívá** – Zapletalová J.
 - **IP Co mám dělat, když je rezistence v oblasti hlavy a krku dítěte nezvyklá a nezmenšuje se?** – Mihál V.
- 9.50–10.50 PROČ JE DŮLEŽITÉ OČKOVAT DĚTI PROTI HPV?**
garant doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.
- **Znamé i neznámé důsledky infekce lidským papilomavirem** – Hajdúch M., Koudeláková V., Jaworek H.
 - **HPV asociovaná onemocnění nejen u žen** – Sláma J.
 - **Primární prevence HPV infekcí** – Tachezy R., Hamříková E.
- 10.50–11.20 PŘESTÁVKA**
- 11.20–12.30 AKTUALITY V PEDIATRII I**
- **Vyvážená strava batolat a malých dětí – mýty a fakta** – Boženský J.
 - **Nové poznatky o přínosu mastných kyselin EPA a DHA z rybích tuků pro děti a dospívající** – Suchánek P.
 - **Nové možnosti léčby alergií u dětí i dospělých** – Čáp P.
 - **Nejsou probiotika jako probiotika aneb co v letáku nebylo** – Boženský J.
- 12.30–13.20 OBĚD**
- 13.20–14.30 CO MŮŽE ANESTEZIOLOG ŘÍCI PEDIATRŮM?**
garant doc. MUDr. Vladimír Mixa, Ph.D.
- **Je či není dětská anestezie toxická?** – Mixa V.
 - **PICC, midline – proč, kdy a jak** – Pavlíčková J., Blažková J., Cabanová B., Marešová D.
 - **Management dětského polytraumatu** – Heinige P., Prchlik M., Fajt M.
- 14.30–15.10 VARIA**
- **Aktuální situace po zavedení screeningu u dětí s PAS** – Zahradníková V.
 - **Porucha růstu jako jediný příznak chronického selhání ledvin** – Geier P.
 - **Bakteriální infekce kůže u dětí** – Litvik R.
- 15.10–15.40 PŘESTÁVKA**
- 15.40–16.40 KDYŽ MÁ DÍTĚ POROUCHANOU DUŠI**
garant MUDr. Radkin Honzák, CSc.
- **Sklon k úzkostnému prožívání a vnitřní zranitelnosti jako možný psychosociální faktor gastroduodenálního vředu** – Mihál V., Jugová H.
 - **Když bolí hlava mámu i dceru** – Branna B.
 - **Jen bizarní kašel nebo složitá psychosomatická porucha?** – Stárková L.
 - **Funkční kašel – jak se rodí omyly a jak se rodí příznaky** – Honzák R.
- 16.40–17.50 O ČEM SE ČASTO V PEDIATRII NEMLUVÍ...**
garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- **Úrazy dočasných zubů** – Krejčí P.
 - **Kaz raného dětství ve vztahu k rizikovým behaviorálním faktorům, socioekonomickému stavu rodiny, vzdělání a věku matky** – Míšová E.
 - **Single Parenting** – Zmeškalová D.
 - **Exantémy pohledem pupínkologa** – Blechová Z.

PROGRAM / pátek 17. května / SESTRY

- 8.30 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**
Mgr. Světlana Kašubová
- 8.35–10.40 SPIS – SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH. KOMUNIKACE NA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVÍŠTÍCH**
garantka Eva Hůlková
- **Systém psychosociální intervenční služby** – Hůlková E., Medková P., Kašubová S.
 - **Když nejde jen o tělo...** – Vurst V.
 - **Je interventství přínosem?** – Medková P., Hůlková E.
 - **Beseda s pracovníkem OSPOD** – Moravcová E.
 - **Profesionální spolupráce všeobecné sestry s lékařem v oblasti zdravotní péče** – Škařupová A., Mihál V.
- 10.40–11.10 PŘESTÁVKA**
- 11.10–12.50 SOUČASNÁ PÉČE O CHRONICKY NEMOCNÉ DÍTĚ**
garantka Mgr. Světlana Kašubová
- **Přijetí dítěte k hospitalizaci s diagnózou diabetes mellitus 1. typu** – Hejtmánová A.
 - **Využití moderních technologií u dětí s diabetes mellitus (DM) 1. typu** – Zajíčková M.
 - **Chci domů** – Dočkalová J., Tenora J., Dominik P.
 - **Domácí enterální výživa** – Matějová A.
 - **Péče o pacienta s poruchou vědomí na podkladě cévní mozkové příhody v podmínkách urgentního dětského příjmu** – Roubová S.
- 12.50–13.25 VARIA**
- **Nové poznatky o přínosu mastných kyselin EPA a DHA z rybích tuků pro děti a dospívající** – Suchánek P.
 - **Význam synbiotik při prevenci alergií** – Bělohávková S.
- 13.25–14.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 14.10–16.05 CO NOVÉHO V DĚTSKÝCH AMBULANCÍCH ALERGOLOGIE A PNEUMOLOGIE**
garantka Bc. Monika Chromcová
- **Práce sestry na Ambulanci dětské alergologie a imunologie. Vyšetřovací a léčebné metody v imunologii. Potravinová alergie a intolerance** – Chromcová M.
 - **Vyšetřovací metody v alergologii, imunologii a pneumologii** – Závodská J.
 - **Nové metody vyšetřování plicních funkcí** – Čerňanová K.
 - **Chřipka – 100 let největšího zabijáka v dějinách** – Látalová V.
 - **Cystická fibróza (CF) u dětí** – Macourková A.
- 16.05–16.30 PŘESTÁVKA**
- 16.30–17.30 MULTIOBOROVÁ NEONATOLOGIE**
garantka Mgr. Jana Romanová
- **Pět dnů s Adélkou** – Rellová J.
 - **29 hodin s Matyášem** – Hálek J.
 - **Radost na druhou** – Kubesová Marková J., Siegelová D.
 - **Vliv rodiček s DM na zdraví jejich dětí** – Antoníčková I.

PROGRAM / sobota 18. května / LÉKAŘI

9.00 ZAHÁJENÍ KONGRESU

9.00–10.00 **IP ATB, atd. nebo ABT**
garantky MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

10.00–11.45 AKTUALITY V PEDIATRII II

- **Role pediatra v diagnostice autoinflamatorních chorob** – Fingerhutová Š.
(Symposium sponzorováno firmou Novartis, s. r. o.)
- **Meningokoková onemocnění a jejich prevence** – Rožnovský L.
(Tato přednáška vznikla za podpory společnosti GSK, s.r.o.)
- **Význam synbiotik při prevenci alergií** – Kopelentová E.
- **Očkování proti meningokokům a klíšťové encefalitidě** – Blechová Z.
- **Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“ u dětí a adolescentů** – Slíva J.

11.45–12.15 PŘESTÁVKA

12.15–12.45 NEVINNÝ PŘÍZNAK, ZÁVAŽNÁ DIAGNÓZA

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

- **Denisa a její spalničky** – Gregora M.
- **CESD (Cholesterol Ester Storage Disease)** – Slabá K., Šťastná J., Jáhlová H., Hrubá E., Malinová V., Štorkánová G., Procházková D.
- **Dialýza z ulice** – Papež J., Štarha J.

12.45–13.00 **A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z Afriky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

13.00 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER XXXVI. dny praktické a nemocniční pediatrie

17.–18. května 2019 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatelé

společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi

Záštita

Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

Prezident akce

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Organizační výbor

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D., prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,
Mgr. Světlana Kašubová, MUDr. Tomáš Nečas

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Kultánová, 774 712 162, kultanova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Lucie Šilberská

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena kredity pro lékaře.



Supplementum B Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi 2019; 20(Suppl B).

Vydavatel: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISSN 1803-5892

ISBN 978-80-7471-266-1

LÉKAŘSKÁ SEKCE / PÁTEK

Co mám dělat, když...

garantka doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, CSc.

pátek / 17. května 2019 / 8.30–9.50 hod.

Co mám dělat, když dítě neslyší?

prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc., MUDr. Milan Urík, Ph.D., MUDr. Dagmar Hošnová, Ph.D.

KDORL LF MU a FN Brno

Rozvoj řeči, jako základního komunikačního lidského kanálu, je bezprostředně a nenahraditelně závislý na sluchu. Porucha sluchu různé tíže až hluchota má negativní vliv na rozvoji řeči. Proto je nezbytné zjistit možnou poruchu sluchu u dítěte co nejdříve, aby bylo možno zahájit vhodnou léčbu nebo přidělit potřebnou kompenzační pomůcku. V novorozeneckém věku nelze spontánně zjistit poruchu sluchu, a proto byl zaveden novorozenecký skríníng sluchu sofistikovanými metodami. Již v porodnici probíhá vyšetření otoakustickými metodami, které odhalí možnou poruchu sluchu. Ve spolupráci s otolaryngologem a foniatrem je pak nejpozději do 3 měsíců věku určen typ a tíže poruchy sluchu. Dítě dostává jako kompenzační pomůcku sluchadla různých typů a technické konstrukce podle charakteru poruchy, včetně vibračních. U těžce nedoslýchavého dítěte nebo u neslyšícího proběhne do jednoho roku řada vyšetření a dítě se připraví k oboustranné kochleární implantaci. Rozvoj sluchu musí být sledován u všech dětí i v dalších letech života dítěte, a proto byl zaveden předškolní skríníng sluchu u 5 letých dětí ve spolupráci pediatra a otolaryngologa. V případě potřeby je indikováno přidělení kompenzační pomůcky nebo operační řešení. Přichází v úvahu sluchadla a implantovatelné pomůcky typu Adhear, Bonebridge nebo kochleárního implantátu.

Brněnské implantační centrum, jeho dětská část, poskytuje pro dětské pacienty komplexní nabídku a řešení celého rozsahu všech typů nedoslýchavostí až k hluchotě. V posledních 5 letech bylo v tomto brněnském centru implantováno celkem 78 kochleárních implantátů u 47 dětí (většina oboustranně). Ve stejné době byl použit u 3 pacientů vibrační systém bonebridge a 1x sluchadlo systému BAHA a u 18 dětí byl použit nalepovací vibrační systém Adhear. Prezentovány jsou indikace k operačnímu nebo konzervativnímu řešení poruchy sluchu. Jsou demonstrovány funkce a výhody jednotlivých systémů.

Co mám dělat, když dítě nedospívá?

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Sexuální dozrávání (puberta) je součástí pohlavního vývoje, jenž začíná již v intrauterinním období. Jeho fyziologický průběh vede k dovršení pohlavní zralosti, která je předpokladem budoucí reprodukční schopnosti.

K hlavním fyzickým změnám spojeným s dospíváním patří:

- vývoj sekundárních pohlavních znaků,
- dozrávání a postupné navození dospělé funkce ovaríí, testes a nadledvin,
- ukončení tělesného růstu, dosažení dospělého stavu vývoje skeletu, svalů a tukové tkáně,
- ukončení růstu dalších tělesných orgánů a tkání.

Opožděná puberta je charakterizována chyběním somatických známek dospívání u dívek do 13. roku věku, u chlapců do 14 let věku, nebo pokud neprobíhá pohlavní vývoj přiměřeně: do 5 let od objevení se prvních známek puberty nedojde k dosažení kompletní pohlavní zralosti. Je častější u chlapců a bývá provázána retardací kostního zrání a tělesného růstu. Ve většině případů jde o pouhé fyziologické opoždění pohlavního vývoje (u 50–60 %), ale příčinou může být nepoznané

(tedy neléčené) onemocnění systémového typu (např. celiakie), ale i klasický hypogonadismus v důsledku vrozené nebo získané poruchy osy hypothalamus-hypofýza-gonády (HT-HY-G).

V **ordinaci praktického dětského lékaře** má důležitost kromě získání anamnestických údajů o dospívání u prvostupňových příbuzných, rovněž údaj o průběhu „minipuberty“, která by chyběla u vrozených poruch HT-HY-G osy. Nezastupitelné místo má pečlivé hodnocení sekundárních pohlavních znaků v korelaci s věkem, růstovou rychlostí a retrospektivním hodnocením tělesné výšky při jednotlivých preventivních prohlídkách (a v indikovaných případech i mimo ně). Varovné je náhlé zpomalení růstového tempa, absence sekundárních pohlavních znaků nebo zástava jejich rozvoje, které jsou možným signálem získané poruchy hypotalamo-hypofýzo-gonadální osy (nádor CNS, počínající chronické onemocnění systémového typu, porucha příjmu potravy, týrání nebo zneužívání). Na druhé straně existuje řada nemocí provázených hypogonadismem (zejména geneticky podmíněných syndromů, vrozených nebo získaných morfologicky determinovaných vad), které je možno na základě jiných příznaků rozpoznat již v raném věku a chybení puberty u nich lze předvídat.

Diferenciálně diagnostická rozvaha vedoucí k racionálnímu vyšetřovacímu postupu musí proto být u pacientů s absencí puberty v době jejího očekávaného počátku pokud možno rychlá a vést k přesnému stanovení diagnózy. **Potvrzení hypogonadismu je podmínkou vedení odpovídající substituční léčby pohlavními hormony.**

Co mám dělat, když je rezistence v oblasti hlavy a krku dítěte nezvyklá a nezmenšuje se?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Lidské tělo má asi 600 lymfatických uzlin. Slezina, krční a nosní mandle a Peyerovy pláty jsou součástí lymfatické tkáně a jejich úlohou je „filtrovat/čistit“ antigeny z extracelulární tekutiny. Periferní lymfatické uzliny jsou ty, které jsou umístěny hluboko v podkoží a mohou být hmatné, pokud dojde k jejich zvětšení. Lymfadenopatie (LAP) je termín, který popisuje stavy, ve kterých se lymfatické uzliny stávají abnormálními ve velikosti, konzistenci a počtu. Periferní lymfatické uzliny tvoří nejpočetnější skupinu hmatných rezistencí na krku. Obecně je lymfatická uzlina normální velikosti menší než 1 cm v průměru. Lymfadenopatie (LAP) je často způsobena lokálním nebo systémovým, benigním, samovolným nebo infekčním onemocněním. Může se však jednat o projev základní malignity. Sedmdesát pět procent všech LAP je lokalizovaných, s více než 50% výskytem v oblasti hlavy a krku. Cervikální lymfatické uzliny jsou zapojeny častěji než ostatní lymfatické oblasti. Zvětšená lymfatická uzlina v lymfaticky bohaté oblasti představuje většinou lokální onemocnění. Přítomnost červeného pruhu (lymfangitida) může být detekována v lokalizované infekci. Obecně je to způsobeno infekcemi, ale většina nadklíčkových lymfadenopatií je spojena s malignitou. Na základě různých geografických oblastí je etiologie různá. Například v tropických oblastech je tuberkulóza hlavní benigní příčinou LAP u dospělých a dětí, u nás není vyloučena, ale častěji se můžeme setkat s atypickou mykobakterií. Pacienti s lymfomegalií by měli podstoupit kompletní a systematické fyzikální vyšetření s podrobnou anamnézou, jenž je nezbytnou a nenahraditelnou součástí diagnózy. Měla by být vyhodnocena jakákoli hmatná lymfatická uzlina z hlediska umístění, velikosti, konzistence, fixace a citlivosti. Dalšími kroky často nelehké diagnózy jsou laboratorní testy, zobrazovací diagnostické vyšetření a odběr vzorků tkáně k histologické analýze. Ke confirmaci konečné diagnózy je biopsie tkáně obvykle zlatým standardem hodnocení LAP. I přes nízkou prevalenci nádorové etiologie zůstává malignita hlavním problémem, jak pacientů a jejich rodičů, tak lékařů.

Bylo zjištěno, že v prostředí primární péče je prevalence malignity pouze 0,4% u pacientů mladších 40 let a 4% u osob starších 40 let. Prevalence ale stoupá na 17% v odborných střediscích a na 40–60% u vysoce podezřelých pacientů. Studie ukázaly, že její prevalence v běžné praxi je menší než 1% u pacientů s nevysvětlenou LAP. Ve většině případů není nutné další vyšetřování, protože příčina bývá obvykle zřejmá z primárního hodnocení (např. infekce). Pro hodnocení rezis-

tencí v oblasti hlavy a krku mohou zobrazovací metody přesněji identifikovat velikost a distribuci lymfatických uzlin a dalších modalit než fyzikální vyšetření.

Ultrazvuk je pro hodnocení lymfatických uzlin v povrchových oblastech, jako je krk, nejvhodnější neinvazivní metodou pro hodnocení rezistencí v oblasti hlavy a krku.

Úplná anamnéza pacienta je nezbytná pro stanovení etiologie LAP. Věk, doba prezentace, trvání symptomů, základní onemocnění a okolnosti, za kterých lymfomegalie byla detekována, mají velkou hodnotu. Diagnóze může dále pomoci anamnéza expozice zvířat, požití některých léků a potravin, rizikového chování a anamnéza opakovaných infekcí a snížené imunoreaktivity. Pokud lymfadenopatie trvá méně než dva týdny, nebo více než jeden rok bez progresu velikosti, pravděpodobnost malignity je poměrně nízká.

Prvotní rozdělení rezistencí v oblasti hlavy a krku by mělo být na vrozené a získané. Rezistence může být přítomná již po narození (cystický lymfangiom krku, cysta ductus thyreoglossus apod.) nebo s chronickou drenáží nebo rekurujícími epizodami opakovaného zduření a obvykle je vrozená. Přítomnost horečky v anamnéze pomáhá k diagnóze zánětlivé etiologie. Konstituční příznaky jako jsou horečka, noční pocení, pokles tělesné hmotnosti mohou indikovat nádorová onemocnění nebo granulomatózní proces. Bezbolestná a rychle rostoucí rezistence je podezřelá rovněž z malignity. Zvětšené lymfatické uzliny jsou naopak na pohmat bolestivé. Rezistence v oblasti krku, které způsobují svým růstem kompresi trachey, jícnu nebo laryngeálního nervu, jsou odhaleny velmi rychle, jelikož vedou k život ohrožujícím komplikacím. Přítomnost amnestických údajů o opakovaných oparech, celulitidách, sinobronchitidách, nebo opakovaných infekcích zvyšuje riziko syndromu porušené obranyschopnosti.

Mnoho autorů se zabývalo vhodným přístupem k diagnóze a řízení LAP. V interaktivní přednášce autor na základě vlastních mnohaletých zkušeností, podložených literárním přehledem, diskutuje o doporučených diagnostických postupech a popisuje, jak by měl pediatr k rezistenci v oblasti hlavy a krku přistupovat.

LITERATURA

1. Rajasekaran K, Ktrakowitz P. Enlarged nck lymph nodes in children. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:923-936.
2. Mohseni S, Shajaiefard A, Khorgami Z, et al. Iran J Med Sci 2014;39(2):158-170. Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained lymphadenopathy: evaluation and differential diagnosis. *Am Fam Physician* 2016;94(11):896-903.
3. Helminen M. Enlarged lymph nodes and other neck lumps in children. *EBM Guidelines Duodecim*, latest change 21.8.2018.
4. Pomeranz AJ, Sabins S, Busey SL, Kliegman RM. Neck masses. *Pediatric decision-making strategies*, 2nd edition, Saunders, 2016.
5. Brown RL, Azizkhan RG. Pediatric head and neck lesions. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:889.

Proč je důležité očkovat děti proti HPV?

garant doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.

pátek / 17. května 2019 / 9.50–10.50 hod.

Primární prevence HPV infekcí

RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D., RNDr. Eva Hamšíková

Oddělení imunologie, Národní referenční laboratoř pro papillomaviry a polyomaviry,

Ústav hematologie a krevní transfuze a Katedra genetiky a mikrobiologie,

Přírodovědecká fakulta UK, Praha

Papilomaviry jsou nejčastější sexuálně přenášenou virovou infekcí. V průběhu života se s infekcí setká až 80 % sexuálně aktivních žen a mužů, přičemž k infekci dojde velice záhy po zahájení pohlavního života. V posledních čtyřiceti letech stále narůstá výskyt nemocí spojených s infekcí HPV. Příčinou tohoto nárůstu je pravděpodobně současná epidemie papilomavirových infekcí, která je podmíněna změnami v sexuálním chování člověka. I když převážná většina HPV infekcí proběhne asymptomaticky, HPV jsou schopné vyvolat řadu benigních projevů charakteristických vysokou morbiditou. Závažnější skutečností je, že jsou též etiologickým agens řady malignit mužů a žen v různých anatomických lokalizacích. Pro onemocnění vyvolaná HPV neexistuje žádná léčba, ale

u řady HPV vyvolaných nádorů je možné detekovat premaligní změny a včas tyto léze odstranit. Vyhledávání rizikových jedinců probíhá formou screeningových programů. Ve vztahu k HPV se jedná o screening pro karcinom hrdla děložního. Preventivní sledování se též provádí u rizikových skupin mužů, kteří mají vyšší pravděpodobnost vzniku análního karcinomu.

Velký průlom v prevenci HPV asociovaných malignit nastal s dostupností primární prevence, vakcínami proti HPV typům, které nejčastěji vyvolávají onemocnění. První vakcína byla schválena ke klinickému použití v roce 2006, druhá v roce 2007. Od prosince 2014 je schválena třetí vakcína, dostupná v České republice od roku 2015. Klinické studie těchto vakcín ukázaly jejich vysokou imunogenost, bezpečnost a účinnost. Dlouhodobé sledování (> 10 let) zatím nenaznačuje nutnost přeočkování další dávkou. Vakcíny brání vstupu viru do organismu, a proto se jejich vysoká účinnost týká jedinců naivních, tzn. těch, kteří se dosud nesetkali s HPV infekcí. U jedinců infikovaných mohou vakcíny vyvolat tvorbu protilátek proti HPV genotypům, s nimiž se jedinec dosud nesetkal, či potencionovat tvorbu již přítomných protilátek. Vakcíny se též zdají účinné při snižování frekvence rekurencí.

V současné době je možné podávat dětem ve věku 9–13 let vakcíny jen ve dvou dávkách, ostatní věkovým skupinám je třeba podat dávky tři. V populacích s vysokou proočkovaností je již dokumentována efektivita vakcín poklesem výskytu HPV asociovaných onemocnění. Incidence HPV asociovaných malignit je u mužů nižší než u žen, s výjimkou nádorů hlavy a krku, a proto se zprvu o vakcinaci chlapců neuvažovalo. Navíc se předpokládala komunitní imunita. Ta skutečně prokázána byla, ale je striktně ovlivněna výší proočkovanosti populace.

V současnosti i vakcinace proti HPV trpí zvyšující se aktivitou antivakcinačních skupin a ta je často důsledkem nízké proočkovanosti i v případě existence plné úhrady nákladů od zdravotních pojišťoven. V této situaci je pohlavně neutrální vakcinace jediným efektivním způsobem prevence HPV asociovaných onemocnění u mužů, a zcela jediným způsobem u mužů majících sex s muži. V České republice je schválena Novela zákona č. 48/1997 Sb s účinností od 1. ledna 2018, která stanovuje možnost očkování i chlapců od 13–14 roku věku za úhradu.

Část autorů byla podpořena v rámci projektu MŠMT ČR Národního programu udržitelnosti II (projekt BIOCEV-FAR) LQ1604 a projektu BIOCEV (CZ.1.05/1.1.00/02.0109), z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Aktuality v pediatrii I

pátek / 17. května 2019 / 11.20–12.30 hod.

Vyvážená strava batolat a malých dětí – mýty a fakta

MUDr. Jan Boženský

Dětské oddělení Vítkovická nemocnice, Ostrava

Mnohé studie prokazují, že množství i složení stravy významně ovlivňuje průběh i léčbu některých nemocí. Potravou přijímáme mnoho bioaktivních látek a některé z nich se mohou přímo vázat na buněčné receptory, ovlivňovat přepis řady genů a mnohé metabolické procesy. Ukazuje se, že výživa a případná substituce vhodného množství bioaktivních látek, může pozitivně či negativně ovlivnit nejen metabolické procesy a vývoj daného jedince, ale cestou epigenetického programování ovlivnit vznik a rozvoj mnohých, dnes jednoduše označovaných, civilizačních chorob. Vhodná nutriční intervence u těhotných, kojenců a batolat pak může příznivě ovlivnit i další generace. I přes relativně dobrou dostupnost pestré a vyvážené stravy, dokazují mnohé studie závažné chyby ve stravování již kojenců a batolat, výrazné deficity při příjmu některých vitaminů a naopak, značný nadbytek soli, nasycených tuků a cukrů. Bez detailních znalostí vlivu potravy na všechny epigenetické procesy, se asi zatím nepodaří nastavit obecně platné doporučení, ale výsledky mnohých studií naznačují možnosti pozitivního ovlivnění nejen aktuálního zdravotního stavu, ale i naší epigenetické výbavy. V přednášce budou popsány nejvýznamnější deficity ve výživě dětí předškolního věku a nejčastější mýty ve výživě ve vztahu k rozvoji k civilizačním onemocněním jako je obezita a metabolický syndrom.

Nové poznatky o přínosu mastných kyselin EPA a DHA z rybích tuků pro děti a dospívající

RNDr. Pavel Suchánek

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Rybí tuky jsou nositeli několika velmi důležitých složek výživy. Kromě důležitých omega 3 mastných kyselin s dlouhým řetězcem (EPA a DHA), které jsou naprosto klíčové zejména pro rozvoj mozku a tzv. kognitivních funkcí, včetně tzv. koordinace oko-ruka, mají tyto mastné kyseliny zásadní vliv i na imunitní a oběhový systém. Dále je popisován vliv na schopnost mozku zapamatovat si určitou informaci a následně si ji vybavit rychleji. Toto bylo prokázáno jak v populaci nejmenších dětí, tak i v populaci dospívajících. Nejnověji je zdůrazňován i protizánětlivý účinek těchto mastných kyselin, protože současný životní styl a kromě jiného i nárůst dětské obezity má vliv na vznik tzv. systémového zánětu. Dlouhodobý a chronický zánět se v dospělosti podílí na vzniku řady onemocnění, jako jsou obezita, diabetes, kardiovaskulární choroby, nebo deprese a právě EPA a DHA, tedy omega 3 mastné kyseliny s dlouhým řetězcem z mořských ryb, mají výrazné protizánětlivé účinky a pomáhají v rámci prevence těchto onemocnění. Jejich účinek je ještě zesílen přítomností vitamínu D a E, které se přirozeně nachází právě v tuku mořských ryb.

Nejsou probiotika jako probiotika, aneb co v letáku nebylo

MUDr. Jan Boženský

Dětské oddělení Vítkovické nemocnice, Ostrava

V přednášce jsou popsány aktuální poznatky týkající se preventivních i terapeutických možností podávání probiotik při úpravě střevní mikrobioty v dětském věku. Mimo doporučených indikací jsou prezentovány základní pravidla pro výběr probiotik. S ohledem na dětský věk jsou v závěrečné části ukázány možné interakce při některých kombinacích probiotik a dalších potravinových doplňků.

Co může anesteziolog říci pediatrům?

garant doc. MUDr. Vladimír Mixa, Ph.D.

pátek / 17. května 2019 / 13.20–14.30 hod.

Je či není dětská anestezie toxická?

doc. MUDr. Vladimír Mixa, Ph.D.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Neuroxicita běžně užívaných anestetik na dozrávající mozek malého dítěte je v současné době často diskutovaná a ne zcela prokázaná skutečnost. Prostřednictvím NMDA a GABAergních receptorů v mozku, jejichž ovlivněním si vysvětlujeme působení většiny celkových anestetik, je současně řízeno dozrávání centrálního nervového systému. Může tak být ovlivněna neurogeneze mozku s následkem poruchy kognitivních a behaviorálních funkcí. Ačkoliv definitivní výsledky recentních klinických studií nejsou ještě k dispozici, je nutno používat léky s nižší potenciální neurotoxicitou (sevofluran, opiáty), kombinovat celkovou a regionální anestezii a vyvarovat se všem vlivům, které by mohly případnou neurotoxicitu prohloubit (hypoxie, hyperkapnie, hypoglykemie, hypotermie apod.). Důležité je též výkony v anestézii velmi uvážlivě indikovat zejména u dětí do čtyř let věku. V případě dotazu rodičů na neurotoxicitu léků užívaných v anestézii je vhodné je ujistit, že provedení výkonu bez celkové anestezie by mělo na rozvoj dítěte neskonale větší dopad než správně podaná anestezie a použít formulaci „Současné poznatky týkající se neurotoxicity anestetik zdaleka nejsou dostačující ke změně dosavadní praxe“.

PICC, midline – proč, kdy a jak?**MUDr. Jana Pavlíčková, MUDr. Jana Blažková, MUDr. Barbora Cabanová,
MUDr. Dagmar Marešová**

KARIM FN Motol, Praha

PICC a midline katetry jsou vhodnou variantou střednědobých a dlouhodobých cévních vstupů u dětí. PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) je katetr zavedený z periferie do centrálního žilního řečiště. Jedná se o elektivně zaváděný vstup, nevhodný pro urgentní situace. Při dobré péči může být zavedený až 1 rok. Hlavní indikací zavedení PICC je požadavek zajištění centrálního žilního vstupu na dobu delší než 14 dní (dlouhodobá parenterální výživa, antibiotická terapie, chemoterapie, speciální i. v. léčba nevhodná pro podání do periferie), a také jako alternativa centrálního žilního katetru u pacientů s těžkou koagulopatií, anatomickými abnormalitami a vysokým rizikem vzniku pneumotoraxu při zavádění. Midline katetr je dlouhodobou variantou periferního žilního vstupu (6 dnů – 1 měsíc), jeho použití je omezené na látky a farmaka, které lze podávat do periferie. Oba typy katetrů jsou vhodné pro hospitalizované i ambulantní pacienty. Zavádí se za sterilních podmínek s použitím ultrazvukové navigace, dle věku pacienta v lokální anestezii, analgosedaci nebo celkové anestezii (kojenci, batolata). U katetrů s větším průsvitem (od 3 Fr) lze při dodržení základních postupů provádět i odběry. Pro správné a úspěšné používání PICC a midline katetrů je zcela zásadní důsledná ošetrovatelská péče, prováděná edukovaným personálem a spolupráce rodičů a pacientů. Mezi hlavní benefity patří minimalizace možných rizik při zavádění centrálního žilního katetru, inzerce je často možná bez celkové anestezie a zejména snížení traumatizace dětských pacientů opakovanými kanylacemi a krevními odběry.

Management dětského polytraumatu**MUDr. Pavel Heinige, MUDr. Martin Prchlík, MUDr. Martin Fajt**Jednotka intenzivní a resuscitační péče, Klinika dětské chirurgie a traumatologie
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Thomayerovy nemocnice v Praze

Autoři ve svém sdělení prezentují současný pohled na problematiku správně vedené přednemocniční a časné nemocniční péče o dětského pacienta se závažným poraněním, ve smyslu vyšetření, zajištění a časné léčby a správného směřování pacientů do dětských traumatologických center v přednemocniční péči a dále optimální obecný algoritmus zajištění, diagnostiky a definitivní léčby v dětském traumacentru.

V rámci přednášky je uveden přehled aktuálně fungující sítě dětských traumacenter v České republice.

Varia

pátek / 17. května 2019 / 14.30–15.10 hod.

Aktuální situace po zavedení screeningu PAS**Bc. Veronika Zahradníková**

Středisko rané péče SPRP, pobočka Olomouc

Incidence poruch autistického spektra v poslední době neustále narůstá. V současné době se prevalence pohybuje na hranici zhruba 1 ze 70 až 100 dětí. Co stojí za stoupajícím počtem takto postižených dětí je otázkou na delší diskuzi, nicméně svou roli bezesporu hraje především včasná a kvalitní diagnostika těchto poruch. K té přispělo zavedení celoplošného screeningu poruch autistického spektra v roce 2017. Ten probíhá během preventivní prohlídky batolat ve věku 18. měsíců, kdy se kromě celkového zhodnocení psychomotorického vývoje dítěte využívá základní dotazník M-CHAT-RTM (Modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruch autistického spektra u batolat) a v případě potřeby navazující dotazník M-CHAT-R/FTM. V případě, že pediatr po vyhodnocení dotazníku zjistí zvýšené riziko možnosti přítomnosti PAS (součet bodů v dotazníku 2 nebo více) měl by odkázat dítě k odborné diagnostice a v ideálním případě předat rodině kontakt na ranou péči (intervenci).

Středisko rané péče SPRP, pobočka Olomouc - Regionální centrum pro děti s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením, vede dlouhodobě evidenci žadatelů o službu. Hypotézou bylo zvýšení počtu žadatelů z řad rodin s dětmi s PAS po zavedení celoplošného screeningu, a tato hypotéza se opravdu potvrdila. V roce 2015 bylo rodin s dětmi s PAS žádajících o službu 11 z celkových 32, v roce 2018 se jednalo o 23 z celkových 53 žadatelů a k 1. 4. 2019 se momentálně v evidenci nachází 5 žadatelů z celkových 15. Z evidence však vyplývá, že se snižuje věk těchto dětí (dětí získávají diagnózu v nižším věku a dříve je u nich zahájena raná intervence). Mění se také zdroje, od kterých se žadatelé o službě rané péče dozvěděli (všichni žadatelé, nejen žadatelé s dětmi s PAS). V roce 2015 bylo nejvíce kontaktů na ranou péči žadatelům předáno od dětských psychologů (7 z celkových 32) a pouze 1 žadatel získal kontakt od svého pediatra. V roce 2018 rovněž nejvíce kontaktů žadatelům předali dětské psychologové (9 z celkových 53), nicméně přibýlo kontaktů získaných přímo od pediatriů (5 z 53). Alarmující je, že velké množství žadatelů si službu rané péče muselo vyhledat samo (5 z 53) nebo se o ní dozvědělo od jiné klientské rodiny (8 z 53).

I přes aktivní depistáž u pediatriů Olomouckého kraje, o kterou se Středisko rané péče, pobočka Olomouc snaží, jen nízký počet žadatelů získává kontakt na ranou péči přímo od nich. Z výše uvedených údajů je patrné, že se nejvíce žadatelů o rané péči dozví až od dětských psychologů. Přitom například prodleva, která nastává mezi návštěvou pediatra a zjištěním rizika přítomnosti PAS a následnou návštěvou psychologa (či jiného odborníka), může být v rozmezí několika měsíců, kdy by danému dítěti a jeho rodině již mohla být poskytnuta pomoc v podobě rané intervence. Tu středisko rané péče poskytuje ve formě základního i odborného sociálního poradenství (předání kontaktů na další odborníky, výběr vhodného školského zařízení, podpora při žádosti o sociální dávky, atd.), podpory rodičů v takto náročné životní situaci a především podpory vývoje těchto dětí (rozvoj všech kognitivních dovedností, nastavení funkčního komunikačního systému, rozvoj sebeoslužných a sociálních dovedností a mnoho dalšího).

Zavedení celoplošného screeningu PAS jednoznačně vedlo ke zkvalitnění diagnostiky a včasnému zachytu rizika přítomnosti PAS u malých dětí. Nutné je však rovněž předat rodinám těchto dětí neprodleně kontakt na ranou péči, protože raná intervence je stěžejní pro jejich další vývoj.

Poruch růstu jako jediný příznak chronického selhání ledvin

doc. MUDr. Pavel Geier, Ph.D.

Division of Nephrology Department of Pediatrics Children's Hospital of Eastern Ontario
University of Ottawa, ON Canada

Přestože je závažná porucha růstu pravidelným příznakem chronického selhání ledvin (CSL), jako první a jediný viditelný příznak se vyskytuje poměrně vzácně.

Na CSL nejčastěji upozorní vysoký krevní tlak, hematurie nebo proteinurie, normocytární anémie, metabolická acidóza, metabolické onemocnění kostí nebo recidivující horečnaté infekce močových cest.

Kazuistika: 9letý hoch se dostavil na pohotovost pro bolesti kolen. Při vyšetření byl nápadně malý, jeho výška byla hluboko pod 3 percentilem. Jeho krevní tlak byl normální. Moč při vyšetření papírkem bez nápadnosti s výjimkou nízké specifické hmotnosti. Podle rodičů byl jeho příjem tekutin normální. Netrpěl pomočováním. Rodina žila v řídce osídlené oblasti a odmítala očkování. Chlapec neměl žádné stížnosti, a proto nenavštívil žádného lékaře v posledních 5 letech. Podle rodičů byl dosud zdravý. Rodičům nebylo divné, že jeho o dva roky mladší sestra je o hlavu větší, protože „holky v tomto věku rostou rychleji“.

Při vyšetření měl nápadné genua valga a na RTG končetin výraznou osteoporózu. Kreatinin měl 662 $\mu\text{mol/l}$, ureu 45 mmol/l . V krevním obraze byla závažná anémie (HGB 59 g/l), vyšetření acidobazické rovnováhy potvrdilo těžkou metabolickou acidózu. Z dalších vyšetření vybíráme výrazně zvýšenou ALP, ionizované Calcium 0,89 mmol/l , fosfát 2,4 mmol/l a PTH 50x nad horní hranici normy.

Ultrazvukové vyšetření ledvin odhalilo zvýšenou echogenitu obou ledvin s drobnými cystami v kortikomedulární oblasti. Genetické vyšetření potom potvrdilo mutaci v genu pro nefronofitidu. Léčen byl hemodialýzou, optimalizací diety, darbopoetinem, bikarbonátem sodným, aktivním vitaminem D, calcium carbonicem. Po úpravě kostního metabolismu, dokončení doporučeného očkování a provedení

všech předtransplantačních vyšetření byla provedena úspěšná transplantace ledvin. Po celou dobu relativně dobře rostl a v 18 letech dosáhl výšky 165 cm. Po celou dobu odmítal léčbu růstovým hormonem.

Závěr: Porucha růstu může být vzácně prvním viditelným příznakem CSL. Vyšetření funkce ledvin by mělo být součástí diagnostiky malého vzrůstu.

Bakteriální infekce kůže u dětí

MUDr. Radek Litvik

Kožní oddělení FN Ostrava

Vznik pyodermií (hnisavých kožních onemocnění) obecně závisí na přítomnosti mikroba s určitou patogenní schopností a obranyschopností kůže a celého organismu. O tom, jaký bude výsledek setkání člověka s mikroorganismem, rozhodují zejména virulence mikroba, velikost infekční dávky a schopnost organismu reagovat na vniklé agens a charakter této reakce. Z patogenních mikrobů vyvolávají pyodermie zejména stafylokoky a streptokoky. Obrana lidského organismu proti infekci se skládá z bariérové funkce kůže, z nespecifických faktorů humorálních a buněčných a ze specifické humorální a buněčné imunity. Obranyschopnost kůže proti mikrobům je komplexní, tvoří ji především bariérová funkce rohové vrstvy epidermis, která je velmi rezistentní proti infekci. Tato rezistence je určena mechanickou kontinuitou kožní bariéry rohové vrstvy, trvalou deskvamací zevních vrstev rohové vrstvy, sekrecí volných mastných kyselin a produktů degradace filaggrinu, které udržují na povrchu kůže kyselé pH a samy mají také určitý antibakteriální účinek. Velmi významným mechanismem obrany kůže proti infekci je produkce keratinocytárních antimikrobiálních peptidů (zejména defenzinů), které *in vitro* usmrcují široké spektrum gram pozitivních i gram negativních bakterií, řadu hub a virů. Dále je kůže kolonizována fyziologickou mikroflórou, která produkuje antibakteriálně působící substance. Bakterie, viry a houby mohou kůži proniknout pouze tehdy, je-li její bariérová funkce porušena.

Podle klinického postižení kůže dělíme hnisavá onemocnění kožní na ta, která postihují převážně adnexa (pyodermie adnexální) a ta, která postihují plošně epidermální povrch (pyodermie mimoadnexální). Mezi nejčastější klinické jednotky patří:

Impetigo contagiosa streptogenes

Původce: *Streptococcus beta haemolyticus* (*Streptococcus pyogenes*)

Zdroj nákazy: nejčastěji děti (streptokoková tonzilo-faryngitida)

Klinický obraz: drobné vezikuly s čirým obsahem, po stržení jejich krytky – krustózní plochy medové barvy. Hojení bez jizev, dočasnou hyperpigmentací.

Komplikace: postižení meatus nasi, angulus infectiosus, paronychia, ve 4% postinfekční glomerulonefritida

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost agens na antibiotika

Diferenciální diagnostika: skupina pyodermií, tinea, syfilis secundaria, Lyellův syndrom

Terapie: celková antibiotika dle citlivosti

Ostiofolliculitis (impetigo Bockhardt)

Původce: *Staphylococcus aureus*

Klinický obraz: folikulárně vázaná pustula s centrální depresí a zarudlým blízkým okolím

Nejčastěji končetiny, obličej, kštiny

Diagnostika: klinický obraz, event. histologie: subkorneální pustula

Diferenciální diagnostika: impetigo, papulonekrotický tuberkulid

Terapie: zevní – antiseptika a/nebo antibiotika

Folliculitis a perifolliculitis

Původce: *Staphylococcus aureus*

Klinický obraz: solitární nebo diseminované folikulárně vázané pustuly se zánětlivým infiltrátem, hojení hyperpigmentací nebo varioliformní jizvičkou.

Diagnostika: klinický obraz

Diferenciální diagnostika: sycosis barbae parazitaria, acne vulgaris, syphilis secundaria

Terapie: zevní – antiseptika a/nebo antibiotika

Folliculitis gramnegativa

Původce: *Enterobacter*, *Escherichia*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Serratia*, *Klebsiella*

Klinický obraz: nejčastěji v okolí úst, nosu folikulárně vázané pustuly s chronickým průběhem

Diagnostika: nutná kultivace a citlivost agens na antibiotika

Diferenciální diagnostika: folikulitidy, acne vulgaris, rosacea

Terapie: obtížná, celkově i lokálně antibiotika, event. celkově izotretinoin

Furunculus/carbunculus

Původce: *Staphylococcus aureus*

Klinický obraz: zánětlivý, v hloubce uložený, bolestivý hrbol, tvorba centrálního nekrotického čepu, perforace, hojení jizvou. Nejčastěji lokalizace – končetiny, hýždě, šíje. U karbunklu – nekrotizující pyodermie více folikulů, abscesy, píštěle a regionální lymfadenopatie, možná je systémová symptomatologie (zimnice, třesavka, horečka).

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost agens na antibiotika

Diferenciální diagnostika: acne conglobata, aktinomykóza, trichophycia profunda, syphilis terciaria gummosa

Terapie: antibiotika a antiflogistika celkově, lokálně derivancia a antibiotika, u karbunklu i chirurgické řešení

Periporitis

Původce: *Staphylococcus aureus*

Klinický obraz: mnohočetné zánětlivé pustuly až nodulo-pustuly na zádech, hýždích a na šíji (zejména u novorozenců)

Diagnostika: klinický obraz

Diferenciální diagnostika: furunkulóza, syphilis congenita recens manifesta

Terapie: celkově dle klinického nálezu antibiotika, lokálně antiseptika a/nebo antibiotika

Když má dítě porouchanou duši

garant MUDr. Radkin Honzák, CSc.

pátek / 17. května 2019 / 15.40–16.40 hod.

Sklon k úzkostnému prožívání a vnitřní zranitelnosti jako možný psychosociální faktor gastroduodenálního vředu

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouci

Duodenální ulcerace, nejsou v klinické praxi u dětí časté. Bylo nashromážděno mnoho důkazů, že infekce zapříčiněná *Helicobacter pylori* a nesteroidní analgetika jsou hlavními faktory podílejícími se na vzniku vředové nemoci žaludku a dvanáctníku (1). Uváděné vysvětlení nemoci se nyní nezdá být dostačující (u 5–20% nemocných se neprokáže přítomnost *H. pylori* ani zvýšená spotřeba NSAID) (2). Zvýšená pozornost se dnes věnuje i psychosociálnímu stresu, obzvláště v dnešní uspěchané době s vysokými nároky na školní prospěch dítěte nebo častou dysfunkcí jeho rodiny. Každý rok zažívá dnes více než 25 000 českých dětí rozvod nebo odloučení rodičů. Samotný rozvod je obvykle už jen vyvrcholením jiných stresových faktorů, kterých se dítě často odkrytě zúčastňuje a naplno prožívá rodičovský konflikt a napětí svých nejbližších osob. Řada studií se zabývá vlivem psychosociálního stresu na vznik ulcerací, ale převážně jen u dospělých. U dětí se touto problematikou zabývají jen ojedinělé studie (3). Názor, že vředová choroba má multifaktoriální podklad, lze považovat za vhodnou formulaci pochopení nemoci. Náš případ dvanáctiletého chlapce s alarmující psychosociální

anamnézou může být vhodným příkladem poukazujícím na multifaktoriální vlivy (*H. pylori* a NSAID) s významným podílem psychosociálního stresu.

Autoři referují o 12letém chlapci ve střídavé péči s recidivami vředové nemoci žaludku a dvanáctníku zapříčiněnými infekcí *Helicobacter pylori*. Autoři diskutují spojitost mezi vředovou nemocí žaludku a dvanáctníku a silným psychosociálním stresem doprovázeným bolestmi hlavy a břicha (rozvod rodičů, konflikty v rodině), které si sám mírnil nekontrolovaným podáváním nesteroidních analgetik. Rozpad rodiny byl pro něj náročný. Nerad na toto období a hádky rodičů vzpomíná. Udává problémy s prospěchem ve škole, nedodržuje zásady správné životosprávy (často vynechává obědy a jí nepravidelně). S novými partnery rodičů (především s partnerkou svého otce) nemá dobrý vztah. Na otázku, jak dlouho je ve střídavé péči, překvapivě odpověděl bez jakéhokoliv delšího přemýšlení: „**1 rok, 6 měsíců a 23 dní**“. Opakovaně se u něj vyskytly bolesti hlavy a břicha, které jsou obvykle léčeny (tablety si dává sám, nelze určit, jaká je četnost užití) nesteroidními analgetiky.

V diskuzi autoři uvádějí, že meta-analýza 25 studií z roku 2002 v dospělé populaci udává, že *H. pylori* a NSAID jsou dva nezávislé rizikové faktory, které signifikantně zvyšují riziko vzniku peptických ulcerací (15).

Guariso a spol. (1) v přehledovém článku zkoumali epidemiologii, diagnostické postupy a dostupnou léčbu peptické vředové choroby v dětském věku. Parametry a výsledky vybraných studií z let 2002–2012 zpracovali do Tabulky 1, kterou jsme doplnili o další publikaci z roku 2013 (4). Ze všech zařazených studií lze konstatovat, že až u 29–48 % pacientů s vředovou nemocí nebyla objasněna její příčina, což vede k zamyšlení nad dalšími možnými rizikovými faktory. Zvláštní pozornost by měla být věnována především těm neorganickým, těžko změřitelným a hodnotitelným, k nimž nesporně patří i psychosociální stres. Diaconescu a spol. (3) se v retrospektivní studii zabývali rizikovými faktory vzniku peptických ulcerací u dětí. Kromě *H. pylori* (71 %) byly u 84 dětí ze souboru za další rizikové faktory uvedeny nevhodná strava (63 %), kouření (58 %), alkohol (16 %) a psychologický stres (27 %). Výsledky jejich studie potvrdily vliv psychologického stresu (školní stres, rodinné konflikty, problémy s vrstevníky) na vznik vředové choroby u dětí, a to zejména v dospívání. V naší kazuistice dvanáctiletého chlapce se objevily hned dva významné rizikové faktory pro vznik ulcerace, a to infekce *H. pylori* (s největší pravděpodobností získaná od infikované matky) a nekontrolované užívání NSAID. Přesto klademe velký důraz na psychosociální stav pacienta a řadíme jej k dalšímu důležitému rizikovému faktoru nemoci, pokud možná k nejdůležitějšímu. Aktuálně zvýrazněný neuroticismus, sklon k úzkostnému prožívání změn rodinné situace jsou pravděpodobně příčinou opakovaných bolestí hlavy a břicha (psychosomatických potíží) chlapce, které si opakovaně léčil pomocí NSAID. Všechny tři u něj prokázané faktory se na etiopatogenezi onemocnění podílejí. Nabízí se k úvaze, že nadměrný stres v ní může hrát dominantní roli.

LITERATURA

1. Guariso G, Gasparetto M. Update on peptic ulcers in the pediatric age. Ulcers [online]. September 2012, vol. 2012, article ID 896509 [cit. 2015-01-22]. Dostupný z WWW (DOI): <http://dx.doi.org/10.1155/2012/896509>.
2. Jones MP. The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease: Beyond *Helicobacter pylori* and NSAIDs. J Psychosom Res 2006; 60: 407–412.
3. Diaconescu S, Ignat A, Gimiga N, et al. Clinical-epidemiological considerations regarding primary peptic ulcer in children – 5 years retrospective study. Rom J Pediatr; 2014; 63(3): 254–258.
4. Bontems P, Kalach N, Vanderpas J, et al. *Helicobacter pylori* Infection in European Children with Gastro-duodenal Ulcers and Erosions. Pediatr Infect Dis J 2013; 32(12): 1324–1329.

Když bolí hlava mámu i dceru

MUDr. Barbora Branna

Psychologická a psychosomatická ambulance Ostrava

Psychosomatické potíže dětí se často projevují nezvyklým průběhem onemocnění, somatickými projevy, které nemají medicínské vysvětlení a různými atypickými symptomy.

Ty mohou souviset s psychosociálním prostředím dítěte.

Tab. 1. Přehled studií zabývajících se vředovou chorobou u dětí a jejími rizikovými faktory, publikovány v letech 2002–2014 (zpracováno podle Guariso G, et al., 2012)

Autor, rok	Metoda studie	Počet vyšetřených dětí	Vředová choroba gastroduodena	Infekce <i>H. pylori</i>	Užívání NSAID	„Neznámý“ rizikový faktor
Bontems et al. 2013; (3)	Multicentrická, prospektivní, studie případů a kontrol	202 případů, 390 kontrol	202 Ulcerace 71 ■ gastrické 34 ■ duodenální 34 ■ gastrické i duodenální 3 Eroze 131 ■ gastrické 83 ■ duodenální 38 ■ gastrické i duodenální 10	60/202 (32 %)	23/202 (11,4 %)	97/202 (48,0 %)
Kalach et al. 2010; (2)	Multicentrická, prospektivní	694	56/694 (8,1 %) Ulcerace ■ gastrické 17 ■ duodenální 7 Eroze ■ gastrické 31 ■ duodenální 15	15/56 (27 %)	8/56 (14 %)	24/56 (42,8 %)
Huang et al. 2010; (4)	Monocentrická, retrospektivní a prospektivní	1 234	67/1234 (5,4 %) gastrické 27 duodenální 40	32/67 (47,7 %)	11/67 (16,5 %)	24/67 (35,8 %)
Egbaria et al. 2008; (17)	Monocentrická, retrospektivní	751	169 (22,5 %) Ulcerace 51 (6,8 %) Eroze 118 (15,7 %)	112/169 (66,3 %)	34/169 (20,1 %)	49/169 (29 %)

Symptom nebo potíže velmi často patří do rodinného trojúhelníku otec-matka-dítě. Dítě je jen nositelem a pomyslnou „anténkou“, zdviženým prstem, upozorněním – že nastala potřeba změny. Ta změna se může týkat vztahů, zaběhaných vzorců chování, života rodiny.

V pediatrii máme velkou výhodu, že k nám s dětmi chodí i rodinní příslušníci. Můžeme tedy léčit nejen naše dětské klienty, ale i jejich rodinný systém.

V kazuistice, kdy k vyšetření pro opakující se bolesti hlavy přichází máma s dcerou poukáží na to, s čím vším může pediatr při vyšetření „zacházet“ a čeho si může všimnout.

A jak je pro každodenní praxi výhodné znát základy psychosociálních zákonitostí vývoje dítěte v rodině.

V dětské ambulanci běžně odebereme anamnézu, vyšetříme, uděláme vše potřebné k diagnostice. Pokud najdeme somatický problém – léčíme.

Pokud nenajdeme vysvětlení – diagnózu – příčinu:

- uznáme potíže i přes negativní somatický nález,
- uklidíme rodinu, že s takovou situací máme opakovanou zkušenost a umíme s ní zacházet,
- to nám umožní dále neprovádět zbytečná vyšetření iniciovaná obavami rodičů,
- můžeme si to dovolit,
- domluvíme si kontrolu k „mapování“ potíží,
- doprovázíme rodinu a v případě přetrvávání symptomů odesíláme k psychoterapeutické (psycholog) nebo psychosomatické (lékař psychosomatik) konzultaci.

Vše se děje v bezpečném rámci vztahu lékař – pacient – rodina.

Jen bizarní kašel nebo složitá psychosomatická porucha?

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychomed, s. r. o., a PKFN Olomouc

Dětský psychiatr ví, že somatické projevy jsou velmi častým klinickým obrazem psychických poruch u dětí. Dítě nedokáže popsat příčiny a souvislosti potíží, nemá rozvinuté abstraktní myšlení. Někdy je hledání příčin nemoci snadnější, někdy ovšem velmi složité. Budeme demonstrovat klinický obraz, který byl velmi bizarní a v mnoha směrech komplikovaný. Prakticky nebylo nic typického,

diagnostika byla obtížná, diferenciální diagnostika ještě složitější a léčba odrážela různé úhly pohledu různých odborníků.

Základním příznakem byl bizarní kašel, spíše připomínající štěkot. Chlapec byl už dříve léčený pro alergii, proto byla první léčba zaměřená tímto směrem. Následovala dg. spastické dysfonie na ORL a chlapci byla doporučena léčba pedopsychiatrická. První diagnóza v naší ambulanci byla dg. Tiková porucha (fonační tiky), susp. Tourettova nemoc. Kromě nápadných fonací se objevilo zvláštní držení těla (chodil v předklonu), občas pády na kolena. Neurologické vyš. souhlasilo se závěry psychiatra, EEG bylo v normě. Zhruba ve stejné době se objevily potíže v oblasti GIT, byly zjištěny drobné eroze v oblasti žaludku, podezření na hiátovou hernii bylo později vyvráceno. Chlapec jedl málo, spíše výběrově, stav postupně naplňovat dg. atypické mentální anorexie. Měl také zvláštní projevy chování při usínání, které matka popisovala jako záchvaty, kdy při usínání kvílel a vyžadoval matčinu přítomnost. Sami jsme při návštěvách v ambulanci, kam obvykle přicházela celá rodina, pozorovali poruchu sourozenecké rivalry (mladší zdravou sestru, „sluníčko“ rodiny, dokázal neustále napomínat, kritizovat, manipulovat).

Chlapec byl z úplné rodiny, oba rodiče vysokoškoláci v povoláních se značnou společenskou prestiží, orientovaní na výkon. Chlapec v té době úspěšně zvládl přijímací zkoušky na víceleté gymnázium, zpíval sóla v dětském souboru, stále ale toužil po větším úspěchu, měl značné ambice. Zatímco maminka byla spíše overprotektivní, otec sice milující, ale náročný, někdy lehce impulzivní, zneklidněný chlapcovými nápadnými projevy.

Kasuistiku demonstrujeme jako ukázkou zdánlivě monosymptomatické poruchy (bizarní fonační tik), jejíž léčba se na počátku nezdála složitá, nakonec však psychická porucha zásadním způsobem ovlivnila globální fungování chlapce. Postupně vyplouly na povrch další možné příčiny a souvislosti, které obraz i léčbu komplikovaly. Stav se upravil až po 2 letech, přičemž ani dnes nelze stav jednoznačně diagnosticky (dle klasifikace MKN) zařadit.

Funkční kašel; jak se rodí omyly a jak se rodí příznaky

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Zbožňoval jsem být nemocný. A to nikoliv ze zcela prostých důvodů, kvůli kterým si nemoc oblíbili líní žáci, dokonce ani tak ne kvůli ojedinělému privilegii stonat v mamčině posteli, která byla umístěna ve světlejším pokoji, kde byla okna na jih – ale kvůli tichu. Kvůli příměři mezi matkou a starým K., které bylo vynuceno mou nemocí, kdykoliv jsem měl angínu nebo chřipku.

Wojciech Kuczok: SMRAD

To, co všechny živé systémy – od bakterie po člověka – hledají, je stav, kdy se cítí dobře. Pocit bezpečí, jistoty a nasycení základních potřeb je to, co by nám zajistilo šťastný život od počátku až k blažené smrti. Jenže je tu řada překážek a život není pohodová cesta růžovým sadem, ale věčný souboj s nepřízní. Čím lepší řídicí systémy, tím úspěšnější zvládání. Mozek člověka je v tomto ohledu velmi dobrým nástrojem, také vzhledem k tomu, že v také dalších systémech má účinné pomocníky.

Nikdo není dokonalý a chyby se snadno vloudí. Strategie účinná v jednom případě může být velmi nevýhodná v jiných situacích, přesto je znovu používána; to je třeba příběh zánětů, které se z původního cíle v dalším pokračování obrátí proti tkáním vlastního organismu. Také složitější chování, původně účelné, může jindy vyznít naplano až ke škodě. Podívejme se na mechanismus vzniku chyb, které se mohou odehrát ve vývoji každého:

Malé dítě je svědkem rodičovské hádky, má strach a dá jej najevo; pocit odpovídá emoci, neboli oba procesy jsou kongruentní, rodiče však v hádce pokračují. Dítě se bezmocí a strachy rozpláče, ale rodiče svou při nekončí. Dítě se pokusí něco s ohrožující situací udělat a jeho první strategií je, že předvede kašpárka, protože ví, že to vždycky všechny rozesmálo. Hádky však nekončí. Dítě je kreativní a zkusí další variantu: zeširoka se rozkročí, dá si ruce v bok a „strašným“ hlasem babičky pronese rozzlobené: „Teď už toho mám právě dost!“ Rodiče se rozesmějí a je po hádce. Vyjde-li dítěti tento postup několikrát, vytvoří se naprosto nesprávné spojení a do paměti se mu zapíše zkrat:

úzkost = rozhořčení, rozčilení a k tomu něco agrese. A do budoucna bude jeho pocit (rozčilení) inkongruentní s jeho emocí (úzkost).

Ještě zajímavější může být, když se dítě v záchvatu úzkosti a zmatku usilovně rozkašle. Stejný výsledek, konec hádky a navíc láskyplná péče a další výhody, to vše se zapíše rychle do paměťové databáze. Kašel je obranný reflex, který je možné spustit z jakékoliv oblasti nervu vagu, bloudivého nervu, tedy také z té, která má blízko k emočním centrům. Dítě to rozhodně nedělá úmyslně, nevědomé strategie hledající klid a bezpečí ho po třetím úspěšném zopakování bezpečně navedou a stresová odpověď kromě aktivace adrenergního systému nabudí tentokrát také bloudivý nerv.

Proto je namísto rodinné terapie, protože zdroj problému je v celém rodinném systému a jinak pro samotné dítě se těžko najde řešení.

O čem se často v pediatrii nemluví...

garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

pátek / 17. května 2019 / 16.40–17.50 hod.

Úrazy dočasných zubů

MUDr. Přemysl Krejčí, Ph.D.

Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN Olomouc

Klinika zubního lékařství FN Olomouc

Prevalence úrazů dočasných zubů ve věkové skupině 0–6 roků překračuje 50 %, vrchol incidence leží mezi 2. a 3. rokem věku a podíl poranění periodontálních tkání je větší než 80 %.

Hlavním cílem ošetření je volba metody, která zbaví dítě bolesti a současně nebude ohrožovat vývoj zárodků stálých nástupců. Výběr léčebného postupu úrazu dočasných zubů je často náročnější než samotné ošetření a největším problémem v praxi bývá nezvládnutí poúrazové situace – jak ze strany dětí, tak neškoleného zdravotnického personálu. Na obě tato základní témata reagovala International Association of Dental Traumatology (IADT) tým, že opakovaně vydala doporučení pro ošetřování úrazů dočasných zubů.

Obsahem tohoto sdělení jsou praktické zkušenosti při aplikaci doporučení IADT u úrazů periodontálních tkání dočasných zubů představené na několika drobných kazuistikách.

Kaz raného dětství ve vztahu k rizikovým behaviorálním faktorům, socioekonomickému stavu rodiny, vzdělání a věku matky

MUDr. Eva Míšová, Ph.D.

Klinika zubního lékařství Olomouc, Lékařská fakulta UP a FN Olomouc

Zubní kaz v raném dětství – Early Childhood Caries (ECC) – je používaný termín pro zubní kaz kojenců, batolat a předškolních dětí. Je to multifaktoriální, přenosné a infekční onemocnění, které díky své vysoké prevalenci, vlivu na kvalitu života malých dětí a potencionálnímu riziku poškození stálé dentice, je pravděpodobně jedním z nejzávažnějších a nejdražších onemocnění u dětí. Klíčovými faktory vzniku ECC jsou kariogenní mikroorganismy, sacharidy, slina a vnímavá zubní tkáň společně s ekonomickými, sociálními, kulturními a behaviorálními aspekty.

V rámci longitudinální prospektivní studie bylo v Olomouci v České republice vyšetřeno 140 pětiletých dětí v rámci běžné preventivní stomatologické prohlídky na Klinice zubního lékařství v Olomouci. Matkám dětí byl předán dotazník zaměřený na dietetické návyky, ústní hygienu a použití fluoridových přípravků u dětí, dále obsahoval blok otázek týkajících se věku, vzdělání, socioekonomického a rodinného stavu matek a jejich obecných názorů na zubní kaz. Vyšší kazivost pozitivně korelovala se špatnou hygienou, nevhodnými dietetickými návyky a nižším vzděláním matky. Vzdělání matky je významným prediktorem rizika ECC a je všeobecně považováno za příčinu rozdílu v kazivosti předškolních dětí.

SESTERSKÁ SEKCE / PÁTEK

SPIS – systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnických zařízeních.

Komunikace na zdravotnických pracovištích

garantka Eva Hůlková

pátek / 17. května 2019 / 8.35–10.40 hod.

Systém psychosociální intervenční služby

Eva Hůlková, Mgr. Pavla Medková, Mgr. Světlana Kašubová

Systém psychosociální intervenční služby – SPIS, FN Olomouc

Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) ve zdravotnictví poskytuje prostřednictvím vyškolených zdravotníků podporu nejen svým kolegům záchranářům, lékařům, zdravotním sestrám, ale i příbuzným, známým a svědkům nečekaných a náhlých událostí, při kterých dochází k náhlému poškození zdraví v důsledku nehody, náhlého onemocnění či úmrtí.

Zdravotnictví je velmi specifický obor lidské činnosti, v němž se setkávají pacienti se svými pomáhajícími, tedy se zdravotníky. Třetí stranou pomyslného trojúhelníku jsou blízcí, příbuzní pacientů. I oni často vstupují do prostoru zdravotnického prostředí. Tato vzájemná setkání, zejména při náhlých a těžkých onemocněních, úrazech, nebo dokonce úmrtích, nebývají radostná, chtěná, ani plánovaná. Naopak, někdy k nim dochází za lidsky velmi obtížných, či tragických okolností.

SPIS je zde proto, aby nabízel a poskytoval podporu v rovině první psychické pomoci. Umožňuje využití kolegiální (tzv. peer) péče všem zdravotníkům, které zasáhla těžká, především profesní, zkušenost. Druhou částí systému tvoří zdravotničtí intervenenti, jež naopak poskytují podporu akutně psychicky zasaženým blízkým pacientů, či zemřelých.

Když nejde jen o tělo ...

Vítězslav Vurst, B.Th.

Systém psychosociální intervenční služby – SPIS, FN Olomouc

Setkání s nemocí – a to bez rozdílu její závažnosti – otevírá u pacienta, u jeho blízkých, ale často i u ošetřujícího personálu řadu otázek. Jejich okruh a hloubka je o to větší, čím závažnější onemocnění je. Jedná-li se však o pacienty v dětském věku, jejich síla a bolestivost se ještě znásobuje. Nabídka rozhovoru s nemocničním kaplanem v takové chvíli je pro většinu lidí v té chvíli spojena spíše s předzvěstí špatných zpráv a mnozí na ni reagují odmítavě. Pomocí může být správné pochopení toho, co kaplan nabízí, ale také – a často se to právě od toho odvíjí – správné představení toho, co v rozhovoru s kaplanem nabízíme.

Je interventství přínosem?

Mgr. Pavla Medková, Eva Hůlková

Systém psychosociální intervenční služby – SPIS, FN Olomouc

Posluchači budou seznámeni s prací intervenťáka, krátkou kazuistikou. Cílem prezentace je seznámení s možnými riziky komunikačních bariér ze stran ošetřujícího personálu.

Beseda s pracovníkem OSPD

Mgr. Eliška Moravcová, DiS.

Oddělení péče o rodinu a děti Magistrátu města Olomouce

První část besedy bude zaměřena na základní představení toho, jak prakticky postupuje pracovník OSPD v případě zanedbávaného, týraného či zneužívaného dítěte. Druhá část se bude

věnovat dotazům směřovaným na oblast náhradní rodinné péče. Bude možné probrat například práva pěstouna, poručníka, opatrovníka ve vztahu k dítěti, dále vliv úpravy rodičovským kompetencí na rodinu, dotazy na postup a kompetence pracovníka OSPOD při nastavování náhradní rodinné péče nebo také otázky na téma včasného zachycení případu zanedbávaného dítěte. Formát besedy bude nabízet možnost odpovědět na Vaše dotazy k danému tématu.

Profesionální spolupráce všeobecné sestry s lékařem v oblasti zdravotní péče

Bc. Anna Škařupová, prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Vývojem medicíny i ošetrovatelství prošel vztah lékaře a sestry mnoha proměnami a v dnešní době dostává zcela nový rozměr. Původním posláním sestry bylo přijímat a plnit rozkazy. Změna přišla již za dob Florence Nightinghalové, která položila základy novodobému ošetrovatelství, jež jsou založeny na vzájemné efektivní spolupráci lékařů a sester. Existuje nespočet výhod plynoucích právě z vhodné interakce mezi lékaři a sestrami jakožto rovnocennými partnery. Taková interakce zahrnuje koordinaci a kooperaci zdravotnického týmu, komunikaci v rámci týmu, sdílení a řešení problémů, a především pochopení sebe a svých rolí navzájem. Největším pozitivem plynoucím z efektivních interakcí mezi lékaři a sestrami je profit pro pacienta, kdy dle důkazů dochází ke zvýšení bezpečnosti poskytované péče a zlepšení výchozích cílů léčby. Již v roce 2006 byl realizován výzkum, kde hlavním podstatným výsledkem byl fakt, že v případě efektivní interdisciplinární spolupráce a především komunikace, dochází ke zlepšení výchozích výsledků pacientů až o 5 %. Další dopad spolupráce je patrný i při sledování kvality zdravotnických služeb. Stávající systém zdravotní péče a jeho kvalita v poskytování zdravotních služeb je na velmi vysoké úrovni. Kvalita je kontrolována i řízena. Předpokladem pro zajištění kvalitních zdravotnických služeb pro pacienty je vysoké a kontinuální vzdělání lékařů a všeobecných sester. V rámci poskytování zdravotní péče dochází ke snížení nákladů, zvyšuje se spokojenost pacientů a v neposlední řadě i spokojenost zdravotníků. V dnešní době pozorujeme rozvoj technických vymožeností a pokrokových technologií, nesmí být však opomíjena významnost lidských zdrojů. Lepší vztahy na pracovišti mimo jiné snižují fluktuaci a přinášejí příjemnější atmosféru na pracovišti, kde se snižuje míra stresu, a tím i riziko možnosti vzniku medicínských chyb. Velké množství prováděných výzkumů poukazuje na aktuálnost tématu a potřebu řešení problému spolupráce tak, aby spolupráce byla chápána jako proces pozitivní komunikace mezi členy týmu, která reaguje na aktuální potřeby pacientů. Pro změnu je důležitá informovanost o nutnosti rovnocenných vztahů a potřeby efektivní komunikace a celkového zlepšení vztahů. Cílem této práce je uvědomit si tyto potřeby, hledat vhodné strategie a možnosti řešení problému neefektivní interakce mezi zdravotnickými profesionály a aplikovat je do praxe. Prvním klíčem k úspěchu je akceptace problému. Vystává potřeba celkově změnit nastavená pravidla v postavení lékařů a všeobecných sester a klást důraz na kvalitní meziprofesionální vztahy, jež jsou předpokladem pro tu nejlepší poskytovanou zdravotní péči pacientům.

Současná péče o chronicky nemocné dítě

garantka Mgr. Světlana Kašubová

pátek / 17. května 2019 / 11.10–12.50 hod.

Přijetí dítěte k hospitalizaci s diagnózou diabetes mellitus 1. typu

Mgr. Anna Hejtmanová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Příspěvek popisuje dominantní anamnestické údaje, klinické příznaky, diagnostické postupy a ošetrovatelskou péči na JIRP o dítě s prvotním záchytem diabetu mellitu 1. typu. Většinou se jedná

o akutní stav charakterizovaný ketoacidózou, hyperglykemií a dehydratací. Při nekomplikovaném průběhu a dobré spolupráci dítě stráví na JIRP přibližně 2 až 4 dny.

Využití moderních technologií u dětí s diabetes mellitus (DM) 1. typu

Miloslava Zajíčková

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

V dětském věku stále převažuje DM 1. typu, který se vyskytuje u 98 % dětí s cukrovkou. Hlavním cílem v léčbě diabetu u dětí je dlouhodobě udržet glykémii v pásmu, které se přibližují hodnotám glykemií zdravých jedinců.

Jedinou léčbou diabetu u dětí je aplikace inzulinu. Nenahraditelným pomocníkem v léčbě je stálé měření glykemie glukometrem, používání moderních inzulinových per a inzulinových pump.

Dokonalý přehled o vzestupu a poklesu glykemie nyní poskytuje kontinuální monitoring glukózy. Při správném používání monitoringu se zlepšuje kompenzaci dětí a zmírňují se obavy dětí a rodičů z hypoglykemie.

Chci domů

Mgr. Jana Dočkalová¹, MUDr. Josef Tenora¹, MUDr. Petr Dominik²

¹Dětské oddělení Nemocnice Prostějov

²Klinika dětské anesteziologie a resuscitace FN Brno

Příběh 13letého chlapce s mukopolysacharidózou III. typu (Sanfilipův syndrom), u kterého došlo v únoru 2018 ke zhoršení stavu s nutností UPV. Po hospitalizaci na Klinice dětské anesteziologie a resuscitace v Brně byl přeložen na Dětské oddělení Nemocnice Prostějov a zařazen do Pilotního programu VZP pro pacienty na DUPV. Tento program byl zaveden do praxe od 1. 9. 2017, je určen pro pacienty VZP, kteří vyžadují UPV. Do projektu je začleněno v rámci ČR 5 pracovišť, jedno z toho je také SMN, a. s. Zajišťujeme kompletní péči o pacienta v domácím prostředí, včetně lékařské i ošetrovatelské péče, přístrojového vybavení, spotřebního materiálu. Toto je realizováno formou návštěv lékaře a sestry našeho dětského oddělení v rodině dítěte, kdy zajišťujeme výměnu TSK, proplach podkožního i. v. portu, odběry biologického materiálu, kontrolu FF, ventilačního režimu atd. Navíc rodiče mají možnost telefonické konzultace s lékařem nebo sestrou nepřetržitě v průběhu 24 hod. Velký význam pro rodinu má i respitní péče, která jí je poskytována. Úzce spolupracujeme s firmou dodávající přístrojové i materiální vybavení, včetně servisu přístrojů. Péče o chlapce je příkladem multioborové spolupráce zdravotníků mnoha oborů a rovněž firmy zajišťující potřebné přístrojové vybavení. V současné době je v rámci SMN, a. s. v tomto programu zařazeno 5 pacientů.

V kazuistice se poukazuje na to, co vše musí rodiče zvládnout, aby si mohli vzít chlapce domů a starat se o něj doma. Důležité je i následné zajištění zdravotní i ošetrovatelské péče, vybavení a pomůcek. Pro nás je důležitá zpětná vazba od rodičů a pečujících osob, že jsou velmi spokojeni a mohou pečovat o své blízké v domácím prostředí. Péče o chlapce je příkladem multioborové spolupráce zdravotníků mnoha oborů a rovněž firmy zajišťující potřebné přístrojové vybavení.

Domácí enterální výživa

Bc. Alena Matějová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Enterální výživa (EV) v domácím prostředí je chápána jako podávání nutričních roztoků do trávicího traktu, a to buď formou popíjení nebo sondou. Domácí nutriční péče ve srovnání s hospitalizací umožňuje dětem lepší kvalitu života, zlepšení psychického stavu a je finančně výhodnější.

Domácí enterální výživa – indikace, způsoby aplikace, možné komplikace a edukace.

Péče o pacienta s poruchou vědomí na podkladě cévní mozkové příhody v podmínkách urgentního dětského příjmu

Stanislava Roubová, DiS.

Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí, Fakultní nemocnice Motol, Praha

Cíl: seznámit na příkladu kazuistiky s péčí a základní monitorací u pacienta s poruchou vědomí na podkladě cévní mozkové příhody.

Kazuistika: 13letý chlapec byl přeložen na OUPDet z dětského oddělení okresní nemocnice s progredující poruchou vědomí trvající 48 hodin. Při přijetí byl zhodnocen dle ABCDE. Dýchací cesty měl volně průchodné, spontánně ventiloval dostatečně, byla tendence k bradykardii a hypertenzi v rámci obrazu nitrolební hypertenze. Bulby stácel vpravo, zornice měl izokorické. Lékař indikoval restriktii tekutin, provedení CT angiografického vyšetření se závěrem: rozvinutá ischemie a. cerebri anterior a a. cerebri media vpravo při úplném uzávěru a. carotis interna nad bifurkací. Pacient byl předán přes anesteziologicko-resuscitační oddělení (KARIM) k neurochirurgickému výkonu – dekompresivní kraniotomie.

Závěr: úkolem sestry pečující o pacienta s poruchou vědomí je zajistit dostatečnou průchodnost dýchacích cest a následně ventilaci s oxygenací. Změna vitálních funkcí s prohloubením bradykardie a nárůstu krevního tlaku se změnou vědomí na GCS 8 a méně značí závažnou nitrolební hypertenzi s možností vzniku okcipitálního konu. Tento stav by bylo nutné řešit zajištěním dýchacích cest tracheální intubací a kroky vedoucí ke snížení intrakraniálního tlaku. Proto je péče zkušené sestry o takového pacienta nezastupitelná.

Varia

pátek / 17. května 2019 / 12.50–13.25 hod.

Nové poznatky o přínosu mastných kyselin EPA a DHA z rybích tuků pro děti a dospívající

RNDr. Pavel Suchánek

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Abstrakt na straně 12.

Co nového v dětských ambulancích alergologie a pneumologie

garantka Bc. Monika Chromcová

pátek / 17. května 2019 / 14.10–16.05 hod.

Práce sestry na Ambulanci dětské alergologie a imunologie. Vyšetřovací a léčebné metody v imunologii.

Potravinová alergie a intolerance

Bc. Monika Chromcová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

V imunologii využíváme **k diagnostice** kožní prick testy (SPT) s inhalačními alergeny nebo nativními potravinami, atopy patch testy (APT), eliminačně-expoziční testy s potravinami – nejčastěji s bílkovinou kravského mléka nebo vaječnou bílkovinou.

Samostatnou kapitolu potom tvoří **laboratorní metody** – vyšetření buněčné a protilátkové imunity, stanovení specifických IgE protilátek proti jednotlivým potravinám i jejím komponentům, hmyzím jedům, pylům, roztočům, domácímu prachu, zvířecí srsti, plísňím, některým lékům a profesním alergenům.

K léčbě imunodeficitů provádíme **podání imunoglobulinů** (IgG) buď v podobě intravenózní nebo subkutánní infuze.

Při **prokázané přecitlivělosti** na trávy, plevely, dřeviny (bříza), roztoče, plísňe nebo zvířecí epitelie (kočka, pes) provádíme **sublinguální alergenovou imunoterapii**. Při přecitlivělosti na hmyzí jedy (včela, vosy) probíhá **injekční** (s. c.) **aplikace imunoterapie**.

Potravinová alergie (PA):

- imunologický fenomén 21. století
- hlavní příčina celkových šokových reakcí
- specifika v ČR
- rodinná dispozice a dědičnost
- hlavní cesta k primární potravinové senzibilizaci
- velká osma
- zkřížená reaktivita
- diagnostika PA
- projevy PA
- anafylaxe navozená potravinou
- léčba PA
- prognóza PA

Vyšetřovací metody v alergologii, imunologii a pneumologii

Jana Závodská

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Představení nového ambulantního úseku Alergologie, pneumologie a imunologie. Seznámení se specifickými vyšetřovacími metodami dýchacích cest.

V ambulanci alergologie provádíme vyšetření:

- Spirometrii – průtok objem za 1 minutu, bronchodilataci a roztažení plic pomocí Ventolinu.
- Oscilometrii – metoda klidného dýchání.
- Bronchoprovokace – dráždění dýchacích cest pomocí metacholinu, bronchokonstrikce.
- Zátěžový test během, NIOX – vydechovaný dusík, nosní NIOX, kondenzát.
- Potní test.
- ILC a vyšetření řasinek.

Mezi nejčastější vyšetřovací zobrazovací metody patří RTG plic, CT plic, na plicní klinice se dětem provádí bodyplektismografie a difuze. Na operačním sále v celkové anestezii bronchoskopie plic.

Nové metody vyšetřování plicních funkcí

MUDr. Kateřina Čerňanová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Dětská klinika FNOL má od loňského roku k dispozici novou metodu funkčního vyšetření plic, která se postupně celosvětově začíná uplatňovat v klinické praxi při vyšetření plicních funkcí. Jedná se o testy vícedechového vyplavování inertního plynu z plic, které se využívají především v rámci dlouhodobého sledování pacientů s chronickými plicními onemocněními, jakými jsou cystická fibróza, astma bronchiale, ciliární dyskineze, poškození plicního intersticia viry, dále pak u perinatálně vzniklých patologií, jako např. bronchopulmonální dysplazie. Toto vyšetření je schopné prokázat počínající patologii periferních dýchacích cest u pacientů, kteří by při vyšetření v rámci klasické spirometrie měli ještě normální spirometrické parametry. Díky těmto testům jsme schopni diagnostikovat poruchu plic nebo při pravidelném sledování funkce plic rozpoznat případnou exacerbaci u chronicky nemocného dítěte podstatně dříve než na podkladě klinických příznaků či

zhoršení spirometrie. Následná změna v léčbě daného onemocnění tak může být zahájena dříve a zabránit nevratným patologickým změnám v plicní tkáni. Další nespornou výhodou těchto testů je možnost vyšetření nespolupracujících pacientů do 2 let věku. Tato vyšetření probíhají v průběhu klidného dýchání a lze je tedy provést buď během spánku nebo při krátké sedaci dítěte. Pomocí této vyšetřovací modalit budeme schopni odhalit počínající poruchu funkce plic např. u cystické fibrózy již v kojeneckém věku, což je období, kdy k prvním změnám při tomto onemocnění dochází.

Chřipka – 100 let největšího zabijáka v dějinách

MUDr. Vendula Látalová

Dětská klinika LF a UP Olomouc

Před 100 lety doznívala největší pandemie chřipky v naší novodobé historii, které podlehl v některých oblastech až čtvrtina tehdejší populace. Od té doby byl na molekulární úrovni popsán původce nákazy, byly objasněny cesty přenosu onemocnění, byly vyvinuty diagnostické metody k průkazu infekce, máme k dispozici specifickou terapii i vakcínu s potenciálem ochránit většinu očkovaných. I přesto zůstává chřipka obávanou infekcí, která je v rozvinutých zemích nejčastější příčinou úmrtí z nálezů, proti kterým lze očkovat.

Ačkoliv má chřipka nejvíce obětí mezi staršími lidmi, dětem se rozhodně nevyhýbá. Příznaky chřipky se u malých dětí těžko odlišují od jiných respiračních infekcí, a proto je velmi důležité znát rizikové faktory, které některé skupiny dětí predisponují k těžšímu průběhu onemocnění, a včas zahájit terapii antiviroty. Děti vylučují chřipkové viriony déle než dospělí, mají vyšší kumulativní incidenci a jsou tak velkým rezervoárem infekce. Dosažení větší proočkovanosti v dětské populaci by snížilo nejen morbiditu a mortalitu u dětí, ale i u dospělých. Chřipku nelze považovat za banální virózu. Může být příčinou komplikací v různých orgánových soustavách a její velká antigenní variabilita z ní činí velmi zákeřnou infekci, čehož jsme byli v posledním století opakovaně svědky.

Cystická fibróza (CF) u dětí

Andrea Macourková, DiS.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Prezentace se zaměří na tato hlavní témata:

- co je to onemocnění CF, základní příznaky
- diagnostika
- možnosti léčby
- dispenzarizace
- prognóza dětí s onemocněním CF

Multioborová neonatologie

garantka Mgr. Jana Romanová

pátek / 17. května 2019 / 16.30–17.30 hod.

Pět dnů s Adélkou

Jana Rellová, DiS.

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Mobilní hospic Nejste sami, Olomouc

Kazuistika dítěte se závažnou vrozenou srdeční vadou, u kterého se rodiče po zvážení všech okolností rozhodli nezvolit operační řešení. Adélka byla propuštěna do domácí péče a zemřela klidně v láskyplném rodinném prostředí.

29 hodin s Matyášem**MUDr. Jan Hálek**

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Mobilní hospic Nejste sami Olomouc

Kazuistika dvojčete se závažnou vrozenou srdeční vadou, kterou nebylo možné operovat. Chlapec byl přeložen na spádové pracoviště, kde po krátké období umírá, pro nepříznivou shodu okolností bez přítomnosti rodičů a sourozence.

Radost na druhou**Jaroslava Kubesová Marková, Bc. Dagmar Siegelová**

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Náplní práce personálu na novorozenecké intenzivní péči není jen péče o nezralá a kriticky nemocná miminka, ale také podpora celé jejich rodiny. Během hospitalizace často vznikají mezi zdravotníky a rodinou maličkých přátelská pouta, která přetrvávají i po propuštění domů. A právě z oboustranné potřeby dalšího vzájemného setkávání vzešel nápad na pořádání pravidelných setkávání s našimi bývalými maličkými pacienty a jejich nejbližšími. Tato setkání jsou personálem intenzivní péče připravována s láskou a jsou tou nejkrásnější zpětnou vazbou, neboť jejich radost je i naší radostí.

Vliv rodiček s DM na zdraví jejich dětí**Mgr. Ilona Antoníčková**

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Prezentace je zaměřena na diabetes mellitus (DM) rodiček a jeho vliv na zdraví jejich dětí. Objasňuje, jaké časně a pozdní komplikace v graviditě mohou nastat a jak může být ovlivněn vývoj plodu, průběh porodu a poporodní adaptace novorozence. Součástí prezentace je popis strategie časného novorozeneckého screeningu glykemií u novorozenců a praktické zkušenosti s ním na Novorozeneckém oddělení FN Olomouc.

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SOBOTA**ATB, atd. nebo ABT**

garantky MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.,

MUDr. Václava Adámková

sobota / 18. května 2019 / 9.00–10.00 hod.

ATB atd., nebo ABT?**MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.¹, MUDr. Václava Adámková²**¹Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha²Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha,

a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

Indikace antibiotické léčby musí být uvážlivým procesem zohledňujícím celou řadu faktorů týkajících se nemocného, jeho klinického stavu včetně komorbidit, charakteru a průběhu onemocnění. Na všech úrovních preskripce je nezbytné brát v úvahu rovněž rezistenci bakteriálních patogenů v daném prostředí či regionu. V primární praxi lze v posledních letech zaznamenat již jistý trend posunu k antibiotikům užšího spektra ve prospěch racionální antibiotické politiky. Částečně

omezení dostupnosti některých přípravků rovněž modifikuje preferenci preskripčních zvyklostí. Navíc u některých infekcí nelze opomíjet nesporný benefit symptomatické a podpůrné léčby. Nemělo by se však zapomínat na důležitost mikrobiologického vyšetření, včetně průkazu agens nejen směrem k benefitu pro konkrétního nemocného, ale z obecného hlediska znalosti vlastností patogenů v dané komunitě. Každé vyšetření by však mělo mít své praktické opodstatnění, jeho výsledek by neměl být samoučelným bez dopadu na preskripci a mělo by být správně interpretováno. Principy správné antibiotické léčby s návazností na výsledky kultivačních a sérologických vyšetření, správné, především dostatečné dávkování v konkrétních klinických situacích, jsou v různých modifikacích opakovaným tématem našich interaktivních sdělení. Zpětná vazba včetně výsledků hlasování potvrzuje, že i opakovaná sdělení mají v tomto směru svá opodstatnění. Aktuální sdělení je zaměřeno na připomenutí praktických situací v primární praxi, kdy je indikace antibiotické léčby sporná a problematická.

Aktuality v pediatrii II

sobota / 18. května 2019 / 10.00–11.45 hod.

Role pediatra v diagnostice autoinflamatorních chorob

MUDr. Šárka Fingerhutová, prof. MUDr. Pavla Doležalová, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK v Praze

Autoinflamatorní onemocnění (AID) jsou charakterizována multiorgánovým postižením a závažnou prognózou. Na jejich etiologii se podílí geneticky podmíněná dysregulace vrozené imunity. Tato zánětlivá onemocnění spojuje jejich odlišnost od jiných systémových chorob infekčních nebo imunitně zprostředkovaných (autoimunních, alergických a imunodeficitních). Nenacházíme zde žádné infekční agens ani pozitivitu autoprotilátek či T-specifické lymfocyty. Onemocnění jsou typická opakujícími se epizodami horeček doprovázených systémovým zánětem, variabilním výskytem jiných orgánových příznaků a možným rozvojem závažných komplikací. Velmi často popisujeme kožní manifestace. Nejzávažnější chronickou komplikací pak bývá manifestace reaktivní (sekundární) amyloidózy. Laboratorní nálezy jsou nespecifické, v průběhu epizod teplot dochází k vzestupu zánětlivých parametrů.

Diferenciální diagnostika recidivujících horeček je široká a především u dětí, které začnou navštěvovat kolektivní zařízení, velmi častá. I přes to, že se jedná o skupinu vzácných chorob, je potřeba na ně pamatovat a v diferenciální diagnostice horečnatých stavů či nejasných systémových zánětlivých onemocnění je zmiňovat. Onemocnění se stala důležitou diferenciálně diagnostickou skupinou v řadě dalších stavů provázených opakovanými horečkami jako jsou infekce - zejména při imunodeficitních stavech či anatomicky disponovaných infekčních focusech, idiopatická zánětlivá a hematoonkologická onemocnění. Z častějších důvodů recidivujících teplot je třeba zvažovat opakované infekce horních cest dýchacích u dítěte s adenoidní vegetací, fokusem může být i kariézní chrup či chronická bakteriální tonsilitida.

Skupina AID se i nadále velmi rychle rozrůstá a pro všechny lékaře je nemožné sledovat všechny nově objevené geny a s nimi popsané jednotky AID. Je však bezesporu zapotřebí na tyto zánětlivé stavy pamatovat a v případě podezření na onemocnění ze skupiny AID vyhledat další pomoc na jiných pracovištích.

Meningokoková onemocnění a jejich prevence

doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Meningokoky vyvolávají akutní život ohrožující onemocnění, která se většinou manifestují jako meningitida, sepsa a smíšená forma s příznaky meningitidy i sepse. V České republice se v posledních letech ročně vyskytuje přibližně 40–70 onemocnění, zejména u malých dětí a mladistvých.

Většinu onemocnění vyvolávají meningokoky séro skupiny B a C. Letalita dosahuje přibližně 10 %, nejvyšší je u meningokokové sepsy se septickým šokem, někteří pacienti zmrárají do 24 hodin od vzniku prvních klinických příznaků.

Klinický obraz meningokokové sepsy a smíšené formy onemocnění je charakteristický, spočívá v kombinaci klinických příznaků sepsy nebo meningitidy se současným výsevem petechií a sufuzí na kůži. Klinická diagnostika spočívá zejména na lékařích první linie a ambulancích nemocnic. Úvodní léčba zahrnuje triádu opatření: infuzní léčbu, až resuscitaci oběhu, adekvátní oxygenii, až umělou plicní ventilaci a podání cefalosporinu 3. generace. Ambulance a lůžková oddělení poskytují kompletní úvodní léčbu. Praktický lékař by měl zahájit infuzní léčbu a neodkladně povolat posádku vozu Rychlé lékařské pomoci, která je schopna poskytnout úvodní léčbu v celém rozsahu.

Prevence meningokokových onemocnění se v posledních letech výrazně zlepšila, vakcinace je v současné době dostupná proti meningokokům 5 séro skupin (A, B, C, W a Y), které celosvětově vyvolávají většinu onemocnění. Možnosti vakcinace zahrnují dvě konjugované tetra vakcíny proti meningokokům A, C, W a Y (Menveo, Nimenrix) a dvě rekombinantní vakcíny proti meningokokům B (Bexsero, Trumenba). Starší konjugovaná monovakcína NeisVac-C proti meningokokům C je méně vhodnou variantou při dostupnosti konjugované tetra vakcíny. Vakcinace proti meningokokům je indikována zejména kojencům, dětem do 4 let věku, adolescentům a mladším dospělým ve věku 13–25 let, turistům cestujícím do oblastí s vyšším výskytem meningokokových onemocnění, osobám v profesionálním riziku onemocnění a osobám v ohnisku onemocnění. Přesto mohou být vakcinovány osoby i z jiných věkových skupin, významnou skupinu tvoří i pacienti se zdravotními indikacemi, např. se zaniklou funkcí sleziny, po prodělaném meningokokovém onemocnění, s autologní a alogenní transplantací kmenových buněk a s dalšími imunodeficity. Dávkovací schémata včetně počtu dávek vakcíny se u jednotlivých vakcín liší. Všechny vakcíny je možno podat dospělým, u dětí se dá vakcína Nimenrix aplikovat od 6 týdnů věku, vakcína Bexsero od 2 měsíců věku, vakcína Menveo od 2 let věku a vakcína Trumenba od 10 let věku. Revakcinace je doporučena v pětiletých intervalech po očkování tetra vakcínou, u vakcín proti meningokokům B není dosud termín revakcinace stanoven.

Význam synbiotik při prevenci alergií

MUDr. Eliška Kopelentová^{1,2}

¹Oblastní nemocnice Kolín, a. s., dětská alergologie

²Ústav imunologie 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Nárůst prevalence alergie ve vyspělých zemích vede k hledání preventivních strategií. Alergická onemocnění vykazují polygenní dědičnost. Tyto neovlivnitelné genetické faktory rozvoje alergického onemocnění mohou být modifikovány epigenetickými mechanismy, které zasahují do genetické informace, aniž by měnily příslušný gen. Právě na tyto ovlivnitelné epigenetické mechanismy je zaměřen výzkum, který cílí na preventivní strategie.

Podle současných znalostí patří k rizikovým faktorům rozvoje alergie porod císařským řezem, nemožnost kojení, předčasné zavádění příkrmů před ukončením 4. měsíce věku, expozice tabákovému kouři prenatálně i postnatálně, časná a někdy bohužel zbytečná léčba antibiotiky.

Některé tyto faktory (nekojení, porod císařským řezem, léčba antibiotiky) ve svém důsledku ovlivňují mikrobiom dítěte, a tím také jeho imunitní systém. Pozornost je proto věnována prebiotikům, probiotikům a synbiotikům a jejich úloze v ovlivnění imunitního systému a rozvoje alergie. Částečná hydrolyza syrovátkových proteinů v místě alergenních epitopů, za současného zachování tolerogenních epitopů (indukujících toleranci prostřednictvím regulačních T lymfocytů) může vést ke vzniku tolerogenní formule se sníženou alergenicitou.

Klinické studie se synbiotiky obsahující probiotikum B. breve přináší slibné výsledky nejen na zvířecích modelech, ale i u kojenců (studie JULIUS). Další studie (PATCH) hodnotila účinek částečného syrovátkového hydrolyzátu mléčné bílkoviny se specifickou prebiotickou směsí obsahující scGOS/lcFOS (9 : 1) vůči mléčné formuli s intaktním proteinem na rozvoj atopického ekzému u 1 047

kojenců rizikových z hlediska rozvoje alergie (riziko zjištěné na základě pozitivní rodinné alergické anamnézy dětí).

Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“ u dětí a adolescentů

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústav farmakologie 3. LF UK, Praha

Základní charakteristikou každého pacienta trpícího horečkou je snaha, co nejdříve se jí zbavit nebo alespoň snížit do té míry, aby jej co možná nejméně limitovala v běžných denních aktivitách. Zatímco možnosti farmakoterapie u dospělých nemocných jsou poměrně bohaté, v dětském věku, zejména pak v rámci samoléčby, je de facto možné volit pouze mezi paracetamolem ze skupiny analgetik/antipyretik a klasickým zástupcem neselektivně působících nesteroidních antiflogistik (NSA) odvozeným od kyseliny propionové, ibuprofenem.

Mechanismus účinku napříč jednotlivými zástupci NSA, ibuprofen nevyjímaje, je stejný, nebo přinejmenším velmi podobný (různá míra inhibice cyklooxygenázových isoform COX-1 a COX-2, a tedy inhibice syntézy eikosanoidů včele s prostaglandiny). Navzájem se však tyto látky odlišují svými farmakokinetickými vlastnostmi a bezpečnostním profilem. Rychlost absorpce nezáleží zdaleka pouze na zvolené lékové formě (tableta vs. gelová tobolka vs. perorální roztok), ale i na zvolené formě účinné látky. Lepší absorpce je pozorována např. u solí s aminokyselinami (lysin, arginin či glycin) nebo v případě kombinace s jinými látkami jako jsou guaifenesin, kofein či cyklodextrin.

Terapeutická účinnost obou výše uvedených látek s antipyretickým účinkem se opírá jednak o výsledky/závěry mnoha desítek klinických studií, stejně tak jako i o velmi bohaté klinické zkušenosti plynoucí z jejich dlouholetého využívání. V rámci prezentace jsou shrnuty základní farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti ibuprofenu, a to s odkazem na očekávaný terapeutický benefit. Ten je přitom patrný nejenom v populaci dospělých, ale rovněž u dětí, a to jak předškolního, tak i školního věku.

Každý užívaný léčivý přípravek musí být vedle prokázané účinnosti rovněž přijatelně bezpečný. V tomto směru budou prezentovány recentní meta-analýzy porovnávající bezpečnostní profily paracetamolu s ibuprofenem.

V rámci tématu bude rovněž diskutována otázka možné kombinace nebo alternace obou uváděných léčivých látek.

Nevinný příznak, závažná diagnóza

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

sobota / 18. května 2019 / 12.15–12.45 hod.

Denisa a její, spalničky“

MUDr. Martin Gregora

Nemocnice Strakonice, a. s.

Denisa byla přijata k hospitalizaci pro 4 dny trvající hyperpyrexie, výsev morbiliformního exantému a nepurulentní konjunktivitidu. Klinický obraz byl suspektní pro diagnózu spalniček (dosud nebyla proti spalničkám očkována). V laboratorních vyšetřeních byly nízké zánětlivé parametry (CRP 31,3 mg/l). Výtěr z krku a stěr na chřipku negativní, pozitivní RS viry. Součástí klinického obrazu byl i krční uzlinový syndrom, byť zduření uzlin nebylo velkého rozsahu (dle sonografického vyšetření drobné řetízky plochých uzlinek podél kývačů do 1 cm v průměru). Denisa měla nápadně zarudlý jazyk, bukalní sliznice i rty. Horečky až hyperpyrexie pokračovaly. Serologické vyšetření dg. spalniček nepotvrdilo. Pro zvyšující se zánětlivé parametry (CRP 61 mg/l) a trvající febrilie byla podána ATB (Axetine). Denise se začínají olupovat dlaně a plosky nohou, má rozpraskané rty. Klinickými

známkami splňuje kritéria Kawasakiho syndromu. Po jednorázovém podání i. v. imunoglobulinu, (Kiovig 2 g/kg) za současné terapie anopyrinem v protizánětlivé dávce (80 mg/kg) se klinický stav Denisy zlešuje, ustupují febrilie, exantém bledne.

Onemocnění provází trombocytóza a normochromní normocytární anémie. Echokardiografické vyšetření neprokázalo akutní změny na koronárních arteriích. Denisa byla následně propuštěna do ambulantní péče při sledování revmatologem a kardiologem s dg. Kawasakiho sy při RS virové infekci. Kawasakiho nemoc je druhou nejčastější vaskulitidou dětského věku. Její klinický obraz může připomínat některá infekční exantémová onemocnění jako kupříkladu spalničky, které se u nás v současné době epidemicky šíří.

CESD (Cholesterol Ester Storage Disease)

**MUDr. Kateřina Slabá¹, MUDr. Jana Šťastná, Ph.D.¹, Ing. Helena Poupětová²,
MUDr. Eva Hrubá², MUDr. Věra Malinová², Ing. Gabriela Štorkánová, Ph.D.²,
doc. MUDr. Dagmar Procházková, Ph.D.¹**

¹Pediatrická klinika, LF MU a FN Brno

²Klinika dětského a dorostového lékařství a Diagnostické laboratoře DMP, VFN, Praha

Cholesterol Ester Storage Disease (CESD) (MIM #278000) neboli nemoc ze stádání esterů cholesterolu je vzácné autosomálně recesivní lysosomální stádavé onemocnění podmíněné mutací v genu *LIPA*, 613497.0001, který je lokalizován na chromozomu 10 (v oblasti 10q23.31). Nedostatečná aktivita enzymu kyselé lipázy vede k intracelulární akumulaci esterů cholesterolu a triacylglycerolů především v játrech a slezině a k rozvoji mikrovaskulární steatózy. Jedná se o onemocnění klinicky velmi heterogenní, pomalu progredující, zpočátku s lehkými příznaky a se zdánlivě benigním průběhem, které však může vyústit postupně až v jaterní selhání. Pacienti mohou trpět vážnými kardiovaskulárními příznaky s rizikem náhlého úmrtí v mladém věku. Předpokládaná celosvětová prevalence onemocnění je několikanásobně vyšší než počet diagnostikovaných pacientů. Jedinou kauzální terapií je enzymová substituční terapie Sebelipázou alfa (KANUMA®), jejíž použití je limitováno vysokou cenou.

Kazuistika pojednává o osmileté dívce, která byla široce vyšetřována pro dyslipidemii, hepatopatii a hepatosplenomegálii. Nasměrování diferenciální diagnostiky k lysosomálním stádavým onemocněním umožnila zvýšená aktivita chitotriosidázy v séru. Enzymologické vyšetření prokázalo nízkou aktivitu kyselé lipázy v izolovaných leukocytech. Molekulárně genetickým vyšetřením byla nalezena patogenní prevalentní mutace v exonu 8 genu *LIPA* v homozygotním stavu, a tím potvrzena diagnóza CESD. Cílenou mutační analýzou v rodině byla potvrzena diagnóza CESD ještě u otce a bratra dívky. Kazuistika poukazuje na pravděpodobnou poddiagnostikovanost tohoto onemocnění a klade si za cíl zvýšit povědomí o této chorobě, která by měla být častěji zahrnuta do diferenciální diagnostiky u pacientů s postižením jater spolu s poruchou lipidového spektra.

Práce vznikla za podpory projektu: RVO-VFN 64165.

Dialýza z ulice

MUDr. Jan Papež, MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Ve vzácných případech se i výrazně porušená funkce ledvin nemusí manifestovat nápadnými klinickými příznaky. Jedinými potížemi 17letého chlapce byly několik dní trvající únava, nenápadný otok obličeje a víček a nažloutlý kolorit kůže. Provedená laboratorní vyšetření odhalila těžkou poruchu renálních funkcí s nutností okamžitého zahájení eliminační léčby. Histologické vyšetření vzorku renální tkáně odebraného při punkční biopsii odhalilo IgA nefropatii s pokročilou fibrózou. IgA nefropatie (IgA mezangioproliferativní glomerulonefritida) je nejčastějším typem chronické glomerulonefritidy (CHGN) v dětské i dospělé populaci. Jedná se o onemocnění s velmi závažnou prognózou, jelikož nejčastěji ze všech CHGN vede ke chronickému onemocnění ledvin.

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNEŘI



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



GRADA



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
ALTREVA spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
EWOPHARMA, spol. s r.o.
Generica Bohemia spol. s r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
Jihomoravské dětské léčebny, příspěvková organizace
MARK DISTRI, spol. s r.o.
Novartis s.r.o.
Nutricia a.s.
Odborný léčebný ústav Metylovice-Moravskoslezské sanatorium, příspěvková organizace
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PIERRE FABRE Dermo-Cosmetique TCHEQUIE, s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
Qpharma s.r.o.
R.K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
RosenPharma a.s.
sanofi-aventis, s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
Středisko rané péče SPRP, pobočka Olomouc
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
VITANA, a.s.
WALMARK, a.s.