

Pediatric pro praxi

2022

F

www.solen.cz | Pediatr. praxi. 2022;23(Suppl F) | 2022

ABSTRAKTA

8. kongres Pediatric pro praxi v Brně

9.–10. září 2022
Hotel International, Brno



Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o.,
ve spolupráci s Pediatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno
Mediální partner: časopis Pediatric pro praxi

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PŘÍPRAVEK DUPIXENT
JE HRAZEN OD 6 LET VĚKU³

SPOLEČNÝ ÚSPĚCH

SPOLEČNÁ ÚLEVA

LÉČBA STŘEDNĚ TĚŽKÉ AŽ TĚŽKÉ ATOPICKÉ DERMATITIDY U DOSPĚLÝCH A DOSPÍVAJÍCÍCH VE VĚKU OD 12 LET A STARŠÍCH A LÉČBA TĚŽKÉ ATOPICKÉ DERMATITIDY U DĚTÍ VE VĚKU OD 6 DO 11 LET¹

» První a doposud jediná
léčba zacilená na IL-13,
a IL-13, klíčové spouštěče
přetrvávajícího
zánětu typu 2^{1,2}

» Rychlé zlepšení
rozsahu lézí a jejich
závažnosti, intenzity
svědění a měřitelné
kvality života^{1,4}

» Prokázaný bezpečnostní profil u dětí
od 6 let^{1,4}

– není potřeba sledovat míru orgánové toxicity^{1,4}
• nejčastějšími nežádoucími účinky byly reakce v místě injekce,
konjunktivitida, artralgie, herpes úst a eozinofilie¹

Reference: 1. SPC Dupixent, datum revize textu 4. 4. 2022. 2. Gandhi NA et al. *Nat Rev Drug Discov* 2016; 15:35–50. 3. www.sukl.cz po zadání vyhledávacího kritéria: Dupixent. 4. Paller AS et al. *J Am Acad Dermatol* 2020; 83:1282–1293.

Zkrácená informace o přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Název přípravku: Dupixent 100 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, Dupixent 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce/ v předplněném peru, Dupixent 300 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce/ v předplněném peru. **Léčivá látka:** Dupilumab. **Indikace:** *Atopická dermatitida (AD):* Dupixent je indikován k léčbě středně těžké až těžké AD u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let a starších, kteří jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii, a k léčbě těžké atopické dermatitidy u dětí ve věku od 6 do 11 let, které jsou vhodnými kandidáty na systémovou terapii. *Astma:* Dupixent je indikován jako přídatná udržovací léčba u dospělých, dospívajících od 12 let a dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem se zánětem typu 2 charakterizovaným zvýšeným počtem eozinofilů v krvi a/nebo zvýšením množství exhalovaného oxidu dusnatého (FENO), jejichž nemoc není dostatečně kontrolována inhalačními kortikosteroidy (IKS) ve vysokých dávkách (v případě dětí od 6 do 11 let ve středních až vysokých dávkách) a dalším léčivým přípravkem k udržovací léčbě. *Chronická rinosinusitida s nosní polypózou (CRSwNP):* Dupixent je indikován jako přídatná terapie k intranazálním kortikosteroidům pro léčbu dospělých s těžkou CRSwNP, u nichž terapie systémovými kortikosteroidy a/nebo chirurgický zákrok nezajišťují dostatečnou kontrolu onemocnění. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Dávkování a způsob podání subkutánní injekce:** *Atopická dermatitida:* Doporučená úvodní dávka dupilumabu u dospělých pacientů je 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden formou subkutánní injekce. U dospívajících pacientů ve věku od 12 do 17 let s hmotností méně než 60 kg: úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden. U dospívajících s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 60 kg: úvodní dávka 300 mg v den 1, následovaná dávkou 300 mg v den 15, a následovaná dávkou 300 mg každé 4 týdny (Q4W), počínaje 4 týdny po dávce v den 15. Dávka může být u pacientů s tělesnou hmotností 15 kg až méně než 60 kg na základě posouzení lékařem zvýšena na 200 mg Q2W. U dětí ve věku 6 až 11 let s hmotností 60 kg nebo více: úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab v předplněném peru není určen k použití u dětí mladších 12 let. U dětí ve věku od 6 do 11 let s atopickou dermatitidou je pro podávání v této populaci vhodný dupilumab v předplněné injekční stříkačce. Dupilumab lze používat s topickými kortikosteroidy (TKS) nebo bez nich. U pacientů, u nichž nebyla po 16 týdnech léčby zaznamenána žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby AD. *Astma:* Doporučená dávka dupilumabu u dospělých a dospívajících (od 12 let a starších): U pacientů s těžkým astmatem užívajících perorální kortikosteroidy nebo u pacientů s těžkým astmatem a komorbidní středně těžkou až těžkou AD nebo u dospělých pacientů s komorbidní těžkou CRSwNP je úvodní dávka 600 mg, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. U všech ostatních pacientů je úvodní dávka 400 mg, následovaná dávkou 200 mg každý druhý týden podávanou formou subkutánní injekce. U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 15 kg až méně než 30 kg: 100 mg každý druhý týden (Q2W) nebo 300 mg každé 4 týdny (Q4W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 30 kg až méně než 60 kg: 200 mg každý druhý týden (Q2W) nebo 300 mg každé 4 týdny (Q4W). U dětí ve věku od 6 do 11 let s hmotností 60 kg nebo více: 200 mg každý druhý týden (Q2W). U pediatrických pacientů (ve věku od 6 do 11 let) s astmatem a komorbidní těžkou atopickou dermatitidou má být podle schválené indikace dodržována doporučená dávka uvedená pro atopickou dermatitidu. Pacienti užívající současně perorální kortikosteroidy mohou snížit dávku steroidů, pokud již léčbou dupilumabem došlo ke klinickému zlepšení. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. Potřeba pokračování v léčbě má být zvážena nejméně jednou ročně na základě lékařského vyhodnocení závažnosti příznaků astmatu u pacienta. *CRSwNP:* Doporučená úvodní dávka u dospělých pacientů je 300 mg dupilumabu, následovaná dávkou 300 mg každý druhý týden. Dupilumab je určen pro dlouhodobou léčbu. U pacientů, u nichž nebyla po 24 týdnech zaznamenána žádná odpověď, je třeba zvážit ukončení léčby. *Zvláštní upozornění a opatření pro použití:* Dupilumab není určen k léčbě akutních příznaků astmatu ani akutních exacerbací. Dupilumab není určen k léčbě akutního bronchospasmu ani status asthmaticus. Po zahájení léčby dupilumabem se nesmí náhle vysadit systémové, topické či inhalační kortikosteroidy. *Hypersenzitivita:* Pokud dojde k systémové hypersenzitivní reakci (okamžitě nebo opožděně), musí být podávání dupilumabu okamžitě přerušeno a musí být zahájena příslušná léčba. *Eozinofilní stav:* U dospělých pacientů léčených dupilumabem, kteří se zúčastnili programu zaměřeného na vývoj astmatu, byly hlášeny případy eozinofilní pneumonie a případy vaskulitidy konzistentní s eozinofilní granulomatózou s polyangitidou (EGPA). *Parazitární infekce (helmintózy):* Pacienti se známými parazitárními infekcemi byli vyloučeni z účasti v klinických studiích. Pacienti s již existujícími parazitárními infekcemi mají být léčeni ještě před zahájením léčby dupilumabem. Pokud se pacienti nakazí během léčby dupilumabem a nereagují na antiparazitární léčbu, musí být léčba dupilumabem přerušena, dokud infekce neodezní. Příhody související s konjunktivitidou a keratitidou: Pacienti léčení dupilumabem, u nichž dojde k rozvoji konjunktivitidy přetrvávající i po standardní léčbě nebo pacienti se známými a příznaky naznačujícími keratitidu, mají v případě potřeby podstoupit oftalmologické vyšetření. *Komorbidní astma:* Pacienti léčení dupilumabem pro středně těžkou až těžkou AD nebo těžkou CRSwNP, kteří mají také komorbidní astma, nemají upravitovat nebo přerušovat léčbu astmatu bez konzultace s lékařem. Pacienti s komorbidním astmatem mají být pečlivě sledováni po vysazení dupilumabu. *Očkování:* Živé nebo atenuované vakcíny se nemají aplikovat při podávání dupilumabu, protože nebyla stanovena jejich klinická bezpečnost a účinnost. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. *Interakce:* V klinické studii u pacientů s AD byly hodnoceny účinky dupilumabu na PK substrátů CYP. Účinek dupilumabu na PK souběžně podávaných léčiv se nepředpokládá. *Fertilita, těhotenství a kojení:* Těhotenství: Údaje o podávání dupilumabu těhotným ženám jsou omezené. Dupilumab lze v těhotenství použít pouze tehdy, pokud potenciální přínos převládá potenciální riziko pro plod. *Kojení:* Není známo, zda se dupilumab vylučuje do lidského mateřského mléka nebo zda je systémově absorbován po perorálním podání. Je třeba rozhodnout, zda je vhodné přerušit kojení nebo přerušit léčbu dupilumabem s přihlédnutím k přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. *Fertilita:* Studie na zvířatech neprokázaly zhoršení fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Dupilumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky v kontrolovaných klinických studiích s dupilumabem u atopické dermatitidy, astmatu a CRSwNP byly reakce v místě injekce (včetně erytému, edému, pruritu, bolesti a zduření), konjunktivitida, alergická konjunktivitida, artralgie, herpes úst a eozinofilie. Vzácně byly hlášeny případy sérové nemoci, reakce podobné sérové nemoci, anafylaktické reakce a ulcerózní keratitidy. Bezpečnostní profil pozorovaný u dospívajících ve věku od 12 do 17 let a u dětí ve věku od 6 do 11 let v klinických studiích s atopickou dermatitidou byl podobný jako u dospělých. Bezpečnostní profil u dospívajících pacientů ve věku od 12 do 17 let s astmatem byl podobný bezpečnostnímu profilu pozorovanému u dospělých pacientů. U dětí ve věku od 6 do 11 let se středně těžkým až těžkým astmatem byly reportovány mírné až středně závažné případy enterobiózy a eozinofilie bez nutnosti přerušit léčbu dupilumabem. **Předávkování:** Pro předávkování dupilumabem neexistuje žádná specifická léčba. V případě předávkování sledujte pacienta na všechny příznaky a projevy nežádoucích účinků a okamžitě zahajte vhodnou symptomatickou léčbu. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce (2–8 °C). Chránit před mrazem, uchovávat v původní krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Dupixent 100 mg v 0,67 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce (není dostupný v ČR), Dupixent 200 mg v 1,14 ml roztoku a Dupixent 300 mg v 2 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce/ v předplněném peru. **Registrační čísla:** EU/1/17/1229/001-020,022. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe: 54, rue la Boétie, 75008 Paris, Francie. **Datum poslední revize textu:** 4. 4. 2022. Přípravek Dupixent je vydáván pouze na lékařský předpis, je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým pacientům, dětským a dospívajícím pacientům s těžkou formou atopické dermatitidy od 6 let do 18 let a u léčbě dospělých pacientů s těžkým refrakterním eozinofilním astmatem v indikaci chronická rinosinusitida s nosní polypózou u dětí ve věku od 6 do 11 let s těžkým astmatem není dosud hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznámte s úplnou informací o přípravku. **Další informace jsou k dispozici na adrese:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, nebo na www.sanofi.cz.

MAT-CZ-2200506 – 1.0 – 05/2022. Určeno pro odbornou veřejnost.

sanofi **REGENERON**

sanofi-aventis, s.r.o.
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111
fax: +420 233 086 222
e-mail: cz-info@sanofi.com

DUPIXENT®
(dupilumab)

PROGRAM – pátek 9. září

9.00 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ – doc. MUDr. Petr Jabandžiev, Ph.D.

9.05–10.00 KOŽNÍ LÉKAŘSTVÍ

Odborná garantka MUDr. Blanka Pinková, Ph.D.

- **Condylomata acuminata u dětí** – Pinková B.
- **Histiocytózy v dětském věku** – Kopuleťá J.
- **Neurofibromatózy u dětí** – Porubanová M.

10.00–11.00 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Čím nás překvapí podzimní sezóna respiračních infekcí?** – Kopřiva F.
- **Možnosti časně diagnostiky Duchennovy svalové dystrofie – doporučení pro pediatry** – Juříková L.
- **Gaucherova choroba z pohledu dětského hematologa** – Blažek B.
- **Probiotika jako součást léčby atopického ekzému a alergické rýmy** – Vagnerová H.

11.00–11.30 PŘESTÁVKA

11.30–13.00 DĚTSKÁ ONKOLOGIE

Odborný garant prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D.

- **Gynekologické nádory u dětí a adolescentních dívek** – Bajčiová V.
- **Nádory pohlavních orgánů u chlapců (nádory varlat a prostaty)** – Bajčiová V.
- **Co vše se může skrývat za bolestmi hlavy** – Tinka P.
- **Není boule jako boule** – Šurková S.
- **Bolesti kostí u dětí a dospívajících** – Rohleder O.

13.00–14.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

14.00–15.25 DĚTSKÁ GASTROENTEROLOGIE

Odborný garant doc. MUDr. Petr Jabandžiev, Ph.D.

- **Zánětlivá onemocnění střev: praktický přístup v primární péči** – Jabandžiev P.
- **Celiakie: novinky v diagnostice** – Hrunka M.
- **Eosinofilní esophagitida v praxi PLDD** – Pecl J.
- **Diferenciální diagnostika hyperbilirubinemie v novorozeneckém věku** – Hloušková E.

15.25–16.45 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- **Jak podpořit optimální složení střevní mikrobioty kojenců – význam oligosacharidů mateřského mléka** – Látalová V.
- **Novinky v podpůrné léčbě ORL onemocnění** – Havlík R.
- **Ibuprofen – správná volba optimální dávky** – Slíva J.
- **Imunomodulace v kontextu trénované imunity** – Pinček M.
- **Novinky v oblasti léčby atopické dermatitidy** – Pinková B.

16.45–17.15 PŘESTÁVKA

17.15–18.15 VYBRANÉ KAPITOLY Z DĚTSKÉ ORTOPEDIE

Odborný garant prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.

- **Úrazy u dětí a jejich primární ošetření** – Plánka L.
- **Funkční vady pohybového aparátu u dětí (flexibilní plochonoží, vadné držení těla)** – Urbášek K.
- **IP Akutní stavy v dětské ortopedii/v ambulanci praktického lékaře** – Gabúřlová A, Urbášek K.

PROGRAM – sobota 10. září

9.00–10.00 PRÁVNÍ PROBLÉMY V LÉKAŘSKÉ PRAXI – JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

10.00–11.30 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- **Aktuální postupy – profylaxe a léčba dny** – Němec P.
- **Moderní léčba atopické dermatitidy** – Drochytková J.
(Přednáška sponzorována společností Sanofi-aventis, s.r.o.)
- **Systémová enzymoterapie a její terapeutické možnosti v medicíně** – Kočár A.
- **Klíšťová meningoencefalitida a pneumokokové infekce, co je poji?** – Blechová Z.
- **MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci** – Benmammar S.
- **Urogenitální infekce – kazuistiky** – Emmer J.

11.30–12.10 PŘESTÁVKA

12.10–13.00 SPOLUPRÁCE SE ZÁCHRANNOU SLUŽBOU: PŘEVZETÍ PACIENTA POSÁDKOU ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
Odborná garantka MUDr. Eva Jiráčková

13.00–14.30 ZÁVISLOSTI
Odborný garant MUDr. Jiří Pokora

- **Diagnostika a ústavní léčba závislosti na alkoholu a jiných návykových psychotropních látkách** – Pokora J.
- **Fungování a význam adiktologické ambulance v rámci péče (nejen) o závislé** – Věchet D, Věchetová S.
- **Centrum duševního zdraví a jeho role v zajišťování komplexní psychiatrické péče** – Vachková L.

14.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

8. kongres Pediatrie pro praxi v Brně

9.–10. září 2022 | Hotel International, Brno

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s Pediatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno

Odborný garant kongresu

doc. MUDr. Petr Jabandžiev, Ph.D.

Mediální partner

časopis Pediatrie pro praxi

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: JUDr. Klára Černošková, 725 382 744, cernoskova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Kultánová, 774 712 162, kultanova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Děrešová, deresova@solen.cz

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



Supplementum F Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi. 2022;23(Suppl F).

Vydavatel: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-410-8

Probiotika jako součást léčby atopického ekzému a alergické rýmy

Bactodermal

PODPORA ZDRAVÉ POKOŽKY BĚHEM VÝVOJE DĚTÍ A SPRÁVNÉ FUNKCE KOŽNÍ IMUNITY U DOSPĚLÝCH

Bactodermal je doplněk stravy obsahující kombinaci patentovaného probiotika (*Lactobacillus paracasei* (GMNL-32&GMNL-133)) s vitamíny zaměřený na harmonizaci fyziologických procesů, pro normální funkci imunitního systému a tím i zdraví pokožky během vývoje dětí a podporu správné funkce kožní imunity u dospělých. Biotin přispívá k udržení zdravého stavu pokožky a vitamín D přispívá ke správné funkci imunitního systému. Péče o atopickou pokožku začíná ve střevě.

- Bactodermal pro dospělé a děti od 3 let
- Bactodermal Baby pro děti od 1 roku
- patentováno ve Švýcarsku
- klinicky testováno u dětí
- vysoká míra přijetí u dětí

DERMALAC ZYN



Bactodermal Baby

doplněk stravy se sladidlem | výživový doplněk so sladidlem

OPTIMALIZOVANÁ KOMBINACE PATENTOVANÉHO PROBIOTIKA S BIOTINEM A VITAMÍNEM D PRO UDRŽENÍ ZDRAVÉHO STAVU POKOŽKY

Obsahuje probiotika a prebiotika
Obsahuje probiotika a prebiotika

Pro děti od 1 roku
Pro děti od 1 roku

30
sáčků
vrecušk

pharmaceutical
biotechnology

DERMALAC ZYN



Bactodermal

doplněk stravy se sladidlem | výživový doplněk so sladidlem

OPTIMALIZOVANÁ KOMBINACE PATENTOVANÉHO PROBIOTIKA S BIOTINEM A VITAMÍNEM D PRO UDRŽENÍ ZDRAVÉHO STAVU POKOŽKY

Obsahuje probiotika a prebiotika | Obsahuje probiotika a prebiotika

Pro dospělé a děti od 3 let | Pro dospělé a děti od 3 rokov

30
pastilek
pastilek

pharmaceutical
biotechnology

DERMALAC ZYN



Bactorhino

+VITAMIN D

PATENTOVANÉ PROBIOTIKUM SLIZNICE NOSU — PYLOVÁ SEZÓNA

RHINO ZYN

Bactorhino je unikátní doplněk stravy obsahující kombinaci důležitého patentovaného probiotika s vitamínem D zaměřený na harmonizaci fyziologických procesů, pro správnou funkci imunitního systému a k normální hladině vápníku v krvi, což také podporuje správnou funkci slizniční imunity dětí i dospělých.

www.faveaplus.cz

favea +
pro vaše zdraví



Bactorhino

doplněk stravy | výživový doplněk

PATENTOVANÉ PROBIOTIKUM
SLIZNICE NOSU
PYLOVÁ SEZÓNA

Obsahuje probiotika | prebiotika

RHINO ZYN

VÝROBENO PODLE
SVÝČARSKÉHO PATENTU

30
tobolek
tobolek

pharmaceutical
biotechnology



Kožní lékařství

Odborná garantka MUDr. Blanka Pinková, Ph.D.

pátek / 9. září 2022 / 9.05–10.00 hod.

Condylomata acuminata u dětí

MUDr. Blanka Pinková, Ph.D.

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky FN Brno a LF MU v Brně

Dětské kožní oddělení pečuje o děti od narození až do 18 let věku.

Je pracovištěm specializovaným na rozmanitá kožní onemocnění dětského věku, včetně venerologických případů.

Autorka demonstruje zajímavé případy, které mají narůstající tendenci.

Autoři proto kladou důraz na nutnost prevence také v ambulancích gynekologů a pediatriů.

Histiocytózy v dětském věku

MUDr. Jana Kopuleťá

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky, Fakultní nemocnice Brno

Histiocytózy jsou onemocnění způsobená proliferací dendritických a nedendritických monocyto-histiocytárních buněk. Řadíme je mezi vzácné hematologické choroby postihující různé orgány – kůži, kosti, nervový systém, játra, slezinu či plíce. Průběh onemocnění je velmi rozmanitý, a to od benigních spontánně se hojících forem až po závažné život ohrožující hematologické jednotky.

Klasifikace histiocytóz je poměrně složitá, umožňuje predikovat prognózu onemocnění a volit tak správnou terapii. Základní rozdělení zahrnuje histiocytózy z Langerhansových buněk a non-Langerhansových buněk. Rozlišujeme dále tzv. izolované formy postihující pouze jeden orgán (jednoloziskové či víceloziskové) – kosti, kůži, lymfatické uzliny, prognóza bývá dobrá. Víceorgánové postižení v dětském věku rozdělujeme na nízkorizikové – kůže, kosti, lymfatické uzliny, hypofýza a vysokorizikové – thymus, slezina, kostní dřeň, plíce. Pokud rizikové orgány nejsou postiženy, je šance na přežití při použití standardní chemoterapie velmi vysoká. Při postižení vysoce rizikových orgánů je prognóza závažnější, přistupuje k chemoterapii až transplantaci hematopoetických buněk.

Onemocnění vykazuje některé typické makroskopické znaky, definitivní diagnózu však stanovujeme vždy histologicky.

Autorka ve svém sdělení uvádí nejnovější klasifikaci, popisuje klinické nálezy, vyjadřuje se k terapii onemocnění a prezentuje několik případů histiocytóz z Dětské nemocnice v Brně. Často je praktický lékař prvním klinikem, kterého pacient navštíví, proto je znalost této problematiky nezbytná.

Neurofibromatózy u dětí

MUDr. Monika Porubanová

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky, FN Brno

Neurofibromatózy představují skupinu autozomálně dominantně dědičných neurokutánních multisystémových onemocnění, které vznikají jako následek mutace tumor supresorových genů. Jsou spojené s predispozicí k vzniku benigních i maligních tumorů. Rozlišujeme 3 formy tohoto onemocnění, které se liší klinickým průběhem – neurofibromatóza typu 1, kterou je postiženo více než 90 % pacientů s neurofibromatózou a bude hlavním předmětem přednášky, dále neurofibromatóza typu 2 a schwannomatóza.

Z kožních projevů se u pacientů s neurofibromatózou 1. typu typicky objevují cafe-au-lait skvrny, dále freckling s predilekční lokalizací v axilách a inguinách a dále typicky kožní, podkožní a plexiformní neurofibromy. Mimokožní manifestace je značně variabilní, může se jednat o změny

NOVINKA
ZDRAVOTNICKÝ PROSTŘEDEK
PRO FÁZE VZPLANUTÍ EKZÉMU

LIPIKAR ECZEMA MED

s obsahem aktivní složky **[ENDOBIOMA™]**,
která specificky cílí na bakterie odpovědné
za rozvoj zánětu, aniž by eliminovala
bakterie nezbytné pro zdraví pokožky.



BEZ OBSAHU KORTIKOSTEROIDŮ.
RYCHLE ZMÍRŇUJE SYMPTOMY EKZÉMU:
ZÁNĚT, PODRÁŽDĚNÍ, SVĚDĚNÍ A ZARUDNUTÍ
A PŘÍSPÍVÁ KE ZDRAVÉ ROVNOVÁZE
MIKROBIOMU POKOŽKY.

65 % UŽIVATELŮ ZAZNAMENALO VÝRAZNÉ ZLEPŠENÍ DO 3 DNŮ,

91 % UŽIVATELŮ DO 7 DNŮ.*
*KLINICKÁ STUDIE, 43 SUBJEKTŮ

HYPOALERGENNÍ, DERMATOLOGICKY TESTOVÁNO.

NEOBSAHUJE KORTIKOSTEROIDY, KYSELINY, ALKOHOL, PARFÉMY.

na kostech, neuropsychiatrické, kardiovaskulární a oční projevy a častější vznik benigních i maligních nádorů, typickým a charakteristickým nálezem pro neurofibromatózu typu 1 je benigní gliom optiku.

Důležitou roli v diagnostice neurofibromatózy 1. typu často sehrává praktický lékař pro děti a dorost, který může při běžném fyzikálním vyšetření pozorovat specifické kožní změny a pacienta následně nasměrovat k dalšímu došetření a sledování.

Dispenzarizací pacientů s neurofibromatózou se snažíme o včasné zachycení případných komplikací a nežádoucích změn. Péče o tyto pacienty by měla být soustředěna do specializovaných center pro vzácná onemocnění s mezioborovým týmem specialistů a dalších zdravotnických pracovníků.

Aktuality v pediatrii

pátek / 9. září 2022 / 10.00–11.00 hod.

Gaucherova choroba z pohledu dětského hematologa

MUDr. Bohumír Blažek

Oddělení dětské hematologie, Klinika dětského lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod: Gaucherova choroba patří k onemocněním, se kterými se většina pediatriů nesetkává často, někteří dokonce nikdy v průběhu celé své praxe. Jedná se o nejdéle známé střádavé onemocnění ze všech obvykle uváděných deseti kategorií sfingomyelinóz. Podstatou je genetická odchylka, způsobující nedostatek glukocerebrosidázy, enzymu, jehož úkolem je štěpit tukovou substanci glukocerebrosid na ceramid a glukosu. Deficit vede ke hromadění glukosylceramidu (glukocerebrosidu) v různých orgánech, zejména v systému monocyto-makrofágovém (MMS), což je podkladem tomu odpovídajících klinických projevů. Kromě jater, sleziny či CNS je jedním z míst ukládání těchto tukových látek v kostní dřeni, kde může být také detekován při mikroskopickém vyšetření.

Příznaky onemocnění: V závislosti na místě hromadění glukosylceramidu jsou důsledkem onemocnění poruchy krvetvorby, zvětšení jater a sleziny s projevy hypersplenismu, dochází k patologickým zlomeninám, úporným bolestivým atakám v oblasti pohybového aparátu či později k poškození centrálního nervového systému.

Diagnostika: Kromě klinických vyšetření jednotlivých zasažených orgánů a základních laboratorních parametrů včetně posouzení kostní dřene ze vzorků aspirace i trepanobiopsie je zásadní diagnostika lyzozomální aktivity beta-glukosidázy. Do spektra vyšetření patří zobrazovací metody se zaměřením na postižené orgány, především nukleární magnetická rezonance, hodnocení osteoporózy denzitometrií, sledování oční, kardiologické a další.

Léčba: Dodávka upraveného rekombinantního enzymu má pro další průběh nemoci zásadní význam. Velmi důležité je včasné zahájení terapie, což souvisí s diagnostickými možnostmi a rozšiřováním povědomí o tomto vzácném onemocnění ve zdravotnické veřejnosti.

Kazuistika: V popisu případu informujeme o dosavadním příznivém průběhu této vzácné choroby u dívky, o kterou na našem pracovišti pečujeme v rámci sdílené péče spolu s odborníky z Kliniky pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN.

C-APROM/CZ/VPR/0002; 07/2022.

Probiotika jako součást léčby atopického ekzému a alergické rýmy

Hana Vagnerová

Společnost Favea Plus, a. s., Praha

Úloha střevního mikrobiomu v patogenezi onemocnění kůže je novou oblastí výzkumu, ve které teprve začínáme získávat informace. V krátké prezentaci uvedeme kazuistiky z ambulancí, které souvisejí s léčbou atopické dermatitidy.

Přednáška sponzorovaná společností Favea Plus, a. s.

Dětská onkologie

Odborný garant prof. MUDr. Jaroslav Štěrbá, Ph.D.

pátek / 9. září 2022 / 11.30–13.00 hod.

Gynekologické nádory u dětí a adolescentních dívek

MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie LF MU a Fakultní nemocnice Brno

Nádory reprodukčních orgánů u dětí a dospívajících dívek jsou specifickou částí nejen pediatrie, dětské onkologie, ale i gynekologie z mnoha důvodů. Ve srovnání s gynekologickými nádory u dospělých žen mají celou řadu věkově specifických charakteristik. Jiná a věkově specifická je epidemiologie gynekologických nádorů u mladé populace (nádory reprodukčních orgánů jsou u dětí vzácné), nejčastější jsou nádory ovarií s vrcholem výskytu v adolescentním věku. Extraovariální nádory (nádory dělohy, děložního čípku, vagíny a vulvy) patří mezi raritní nádory. Z nich nejčastější jsou nádory děložního čípku. Až na výjimky (např. gonadální dysgeneze) nelze definovat rizikovou skupinu dívek, které jsou ohroženy vznikem gynekologického nádoru.

Věkově specifické a zásadně odlišné od gynekologických nádorů v dospělém věku je zastoupení jednotlivých histologických typů nádorů – u nádorů ovarií výrazně převažují nádory ze zárodečných buněk (tzv. germinální typy nádorů), u děložního čípku je rhabdomyosarkom výrazně častější než karcinom. Primární nádory dělohy jsou extrémně raritní. Stejně vzácné jsou nádory vulvy a vagíny.

Klinické příznaky jsou většinou nespecifické, nádory mohou být klinicky dlouho němé, a tak velká část dívek přijde už s lokálně pokročilým nádorem.

Protože se jedná o mladou generaci dívek ve fertilním věku, většinou nulligravidy a nullipary, má operátor nelehký úkol na jedné straně radikálně odstranit nádor, na straně druhé zachovat fertilitu pacientky. Kromě operace je zásadní léčebnou modalitou u gynekologických nádorů dětského věku systémová chemoterapie, u sarkomů i cílená biologická léčba. Radioterapie u germinálních nádorů není indikována, u sarkomů pouze v případě lokálně pokročilé nemoci, kdy radikální resekce není možná.

V posledních desetiletích se výrazně zlepšila prognóza a dlouhodobé přežívání mladých pacientek s gynekologickým typem nádoru. Nádory ovarií patří mezi kurativní typy nádorů s dlouhodobým přežíváním u cca 96–98% dívek. Tyto pacientky vyžadují celoživotní sledování nejen vzhledem k zachování fertility či hormonální substituci, ale rovněž je nutné sledování potenciálních pozdních následků po absolvované léčbě, z nichž nejvýznamnějším je riziko rozvoje sekundární malignity.

Péče o mladé pacientky s onkogynekologickým onemocněním je typickým příkladem interdisciplinární spolupráce o onkologického pacienta a klade vysoké nároky na odbornou, etickou, morální a lidskou stránku všech zainteresovaných odborníků. Péče o mladou onkogynekologickou pacientku nekončí vyléčením nádoru a dosažením klinické remise, ale trvá prakticky celý její život.

Role praktického pediatra je klíčová na všech úrovních péče o tyto dívky – od rozpoznání prvních příznaků, přes hodnocení nástupu a průběhu puberty až po komplexní péči v průběhu onkologické léčby a po jejím ukončení.

Nádory pohlavních orgánů u chlapců (nádory varlat a prostaty)

MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie, LF MU a FN Brno

Nádory varlat patří v dětském věku mezi vzácné typy nádorových onemocnění. U dětí pod 12 let věku tvoří pouze 1–2% ze všech nádorů. Jejich incidence se prudce zvyšuje v pubertálním období a u adolescentů, u kterých tvoří 12–15% a patří mezi nejčastější solidní nádory vůbec. V České republice je meziroční incidence testikulárních nádorů ve věkové skupině 0–14 let 1,7/1 milion, ve věkové skupině 15–19 let 24,2/1 milion. Incidence má, především u adolescentů, v posledních desetiletích stoupající trend.

Přestože mají nádory varlat ve všech věkových skupinách celou řadu společných vlastností, existují věkově specifické rozdíly, které se projevují především v epidemiologii, patogeneze, věko-

vé predilekci histologických typů nádorů, biologickém chování, cytogenetických a molekulárně genetických nálezech a následně v rozdílném přístupu k diagnostice a léčbě. Zatímco většina prepubertálních nádorů varlat jsou nádory benigní, až 75 % testikulárních nádorů u adolescentů jsou nádory maligní.

I když etiologie TGCT není přesně známá, jsou známe faktory zvyšující riziko vzniku testikulárního nádoru u mladých chlapců. Mezi známé rizikové faktory patří kryptorchismus, pozitivní rodinná anamnéza a nádor varlete u příbuzných 1. linie (otec, bratr), kontralaterální nádor varlete, vrozené vývojové vady urogenitálního systému, dysgenetické gonády, hypogonadismus a infertilita (např. u Klinefelterova syndromu).

Zavedením chemoterapie na bázi cisplatiny a standardizaci operačních postupů se nádory varlat zařadily mezi kurabilní typy nádorů. Dlouhodobě přežívá více než 97 % pacientů. Důležitým faktorem ovlivňujícím prognózu je délka anamnézy a trvání klinických příznaků. Pubertální chlapci a adolescenti jsou v tomto bodě opět riziková skupina pacientů. Přes 80 % pacientů s metastatickou chorobou jsou pacienti starší 15 let. Oddálení diagnózy a zahájení léčby má přímý vliv nejen na léčebnou strategii, délku a intenzitu léčby, ale i na následnou morbiditu, kvalitu života a v neposlední řadě i na mortalitu pacientů. Pozdní diagnóza a pokročilé onemocnění snižují šanci na trvalé vyléčení.

Nádory prostaty jsou v dětském a adolescentním věku vzácné. Karcinom prostaty se v tomto věku nevyskytuje, nejčastěji je primárním nádorem vyrůstajícím ze stěny prostaty rhabdomyosarkom, nebo rhabdomyosarkom vyrůstající ze stěny močového měchýře a infiltrující prostatu. Protože je iniciálně klinicky němý, obvykle je diagnostikován až v lokálně pokročilém stadiu s infiltrací okolích orgánů a tkání malé pánve. Léčba a prognóza je stejná jako u sarkomů měkkých tkání v jiné lokalizaci a závisí od typu nádoru, jeho rozsahu a postižení okolí, možností radikální chirurgické resekce a odpovědi na systémovou léčbu.

Co se může skrývat za bolestmi hlavy

MUDr. Pavel Tinka, MUDr. Klára Vejmelková, MUDr. Zdeněk Pavelka, MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

Klinika dětské onkologie, FN Brno

Bolest hlavy je jedním z nejčastějších příznaků trápících člověka. Samozřejmě se nevyhýbá ani dětské populaci. Pediatr se ve své praxi s těmito symptomy setkává prakticky na denní bázi. Z etiologického hlediska rozlišujeme primární příčiny, mezi něž patří například migrény, tenzní bolesti hlavy, dehydratace a méně časté, závažnější, sekundární příčiny: meningitidy, krvácení a nádory CNS.

Nádory CNS se objevují v každé věkové kategorii, incidence tohoto onemocnění v dětské populaci se v ČR pohybuje okolo 2,5–3 případů na 100 000 dětí a představuje okolo 20 % všech dětských malignit. Jedná se často o závažné a život ohrožující onemocnění vyžadující neurochirurgickou intervenci. Prognóza se mezi jednotlivými nádorovými typy výrazně liší. Například nejčastější low-grade gliomy mají dobrou prognózu a většinou vyžadují „pouze“ operaci, dále máme maligní meduloblastomy vyžadující intenzivní radioterapii a chemoterapii, která však může pacienty vyléčit. Avšak děti trápí i high-grade gliomy, kde máme k dispozici pouze paliativní péči.

Klinická prezentace je závislá na lokalizaci tumoru a na věku pacienta. U skupiny kojenců a batolat sledujeme zejména regresi PMV, problémy s prospíváním, makrocefalii a zvracení. Starší věkové kategorie jsou již schopny popsat bolesti hlavy, které mají typicky chronický charakter trvající měsíce a stupňují se co do intenzity a frekvence. K tomu mají podle lokalizace tumoru ještě další „varovné“ příznaky. V dětském věku se 60–70 % těchto nádorů vyskytuje v zadní jámě, kde se kromě bolestí hlavy objevují problémy s koordinací složitějších pohybů, zejména chůze, a postižení hlavových nervů v různém rozsahu: strabismus, diplopie, asymetrie obličeje atd. V případě supratentoriální lokalizace sledujeme rozvoj fokálních neurologických deficitů a epileptiformní záchvaty. Specifickou kategorií tvoří paraselární lokalizace, kde dochází k výpadkům zorného pole a endokrinopatiím. Nezapomínejme však ani na další nespecifické příznaky, jako je nepřiměřená únava a snížený školní výkon.

Imunoglukan P4H[®]

doplňky stravy pro zdravou rodinu



Imunita¹

- dlouhodobá podpora imunity pro starší děti, dospělé a seniory
- v období zvýšených nároků na organismus
- vhodný při fyzickém a psychickém stresu
- při rekonvalescenci, očkování
- před nástupem do školy/školky
- jednoduché dávkování 1x denně

Imunita² • Vyčerpání³

- krátkodobá podpora imunity
- při prvních příznacích vyčerpání a únavy
- 5 kapslí na 5 dní

¹vitamin C přispívá k normální funkci imunitního systému a k ochraně buněk před oxidativním stresem

²vitamin C a zinek přispívají k normální funkci imunitního systému

³vitamin C přispívá ke snížení míry únavy a vyčerpání

Včasnost stanovení diagnózy a následné intervence mohou zásadně ovlivnit nejen přežití pacienta, ale i výsledný pooperační neurologický deficit. Problém opožděné diagnostiky v těchto případech je dán nespecifitou příznaků, snadnou záměnou za jinou příčinu či nízkým věkem pacienta, který své obtíže není schopen popsat.

Není boule jako boule

MUDr. Silvie Šurková

Klinika dětské onkologie, Fakultní nemocnice Brno

Diferenciální diagnostika lymfadenopatie je jednou z nejširších kapitol učebnic diferenciální diagnostiky v medicíně. Může se jednat o náhodný nález u jinak asymptomatického pacienta, zánětlivou etiologii, méně často ale i o nádorové onemocnění přímo ohrožující pacienta na životě.

Právě praktický lékař bývá prvním, kdo vznese podezření na onkologické onemocnění a odešle pacienta na specializované pracoviště. Cílem sdělení je ukázat, s jakými symptomy pacienti nejčastěji na Kliniku dětské onkologie přicházejí, jaké jsou první kroky další diagnostiky a jaká vyšetření případně může praktický lékař provést i před samotným předáním pacienta na onkologii.

Podezření budí zvětšené uzliny (nad 1 cm, v axile a inguinách nad 1,5 cm), s porušeným LT indexem a sklonem ke tvorbě paketů, izolované asymetricky umístěné, nebo generalizované, nehomogenní, palpačně tužší, často nebolestivé, málo pohyblivé proti spodině. V případě Hodgkina lymfomu bývá anamnéza dlouhá často i několik měsíců, pacienti přicházejí původně se suspekci na infekční onemocnění, které ale nereaguje na léčbu různými antibiotiky. V případě non-hodgkinských lymfomů, leukemií nebo metastatického postižení uzlin například sarkomem může být naopak nárůst uzlin velmi rychlý (v řádu dní). V anamnéze by měly budit zvýšenou pozornost noční pocení, teploty a výraznější úbytek hmotnosti.

Laboratorní vyšetření pak může ukázat změny v krevním obraze s diferenciálním rozpočtem bílých krvinek či zvýšenou sedimentací, které mohou být přítomny i u infekčních onemocnění, stejně jako paraneoplasticky způsobené zvýšení zánětlivých parametrů, jako je CRP. První laboratorní vyšetření na onkologickém pracovišti zahrnuje i stanovení kyseliny močové, laktát dehydrogenázy, při podezření na některé konkrétní malignity pak i specifické tumormarkery.

Vzhled uzliny může velmi dobře posoudit zkušený radiolog pomocí ultrazvuku. Je-li to možné, měl by být co nejdříve proveden i ultrazvuk břicha (při suspekci i ostatních uzlinových oblastí) a rentgen hrudníku k odhalení dalších lokalizací lymfadenopatie, hepato a splenomegalie a postižení mediastina. To bývá dle rozsahu příčinou dalších klinických projevů – bolesti, tlaku na hrudníku, dušnosti až syndromu útlaku horní duté žíly. Dalším krokem je potom přesnější zobrazovací metoda, nejčastěji CT nebo PET/CT, které podá informaci i o metabolické aktivitě procesů.

Nezbytná je ve většině případů exstirpace reprezentativní uzliny a její histologické vyšetření. V dnešní době je nedílnou součástí diagnostiky i vyšetření molekulárně genetické, podávající nejen velmi přesné informace o diagnóze, ale i o možnosti cílené léčby.

Bolesti kostí u dětí a dospívajících

MUDr. Ondřej Rohleder

Klinika dětské onkologie, Fakultní nemocnice Brno – Dětská nemocnice

Bolesti kostí patří mezi časté obtíže dětského a adolescentního věku. Na etiologii těchto problémů se podílejí různé příčiny od zcela benigních, přes infekční až po život ohrožující zhoubná onemocnění.

Diagnostika se opírá o důkladnou anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní testy, popřípadě zobrazovací metody. Rozlišit biologickou povahu nálezů zobrazovacích metod je však často nemožné. V těchto případech je nutná histologická verifikace nálezu, případně další cílená vyšetření odebrané tkáně. V rámci diferenciální diagnostiky je nutno brát v úvahu benigní jednotky, jako jsou

prosté růstové bolesti dolních končetin, stresová fraktura či osteoidní osteom. Širší diagnostiku poté vyžadují jednotky, jako jsou infekční či neinfekční osteomyelitida nebo zhoubná onemocnění dětského a adolescentního věku (primárně kostní nádory nebo diseminované malignity).

Bolesti kostí u dětí mohou vzhledem k široké paletě možných příčin představovat pro ošetřujícího lékaře diagnostický oříšek. Časná diagnostika a zahájení léčby mohou být pro budoucí prognózu pacienta zásadní.

Dětská gastroenterologie

Odborný garant doc. MUDr. Petr Jabandžiev, Ph.D.

pátek / 9. září 2022 / 14.00–15.25 hod.

Zánětlivá onemocnění střev: praktický přístup v primární péči

doc. MUDr. Petr Jabandžiev, Ph.D.

Pediatrická klinika FN Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity

Středoevropský technologický institut, CEITEC, Brno

Zastřešující termín zánětlivá onemocnění střev (inflammatory bowel disease, IBD) popisuje onemocnění, která způsobují chronický zánět gastrointestinálního traktu. IBD se klasicky dělí na Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. V posledních desetiletích jsme byli svědky celosvětového nárůstu incidence IBD, které se tak staly se jedním z nejvíce studovaných onemocnění. Patogeneze IBD zahrnuje interakci genetických a environmentálních vlivů, které narušují vztah mezi imunitním systémem a střevní mikroflórou. Klinické projevy IBD mohou být nejen střevní, ale i mimostřevní a u dětí jsou často přítomny agresivnější formy onemocnění ve srovnání s dospělými. Průběh IBD je nepředvídatelný, střídají se období vzplanutí a remise. IBD v dětství může narušit somatický a psychický vývoj a má relevantní sociální a ekonomické důsledky. Důležitou součástí komplexní péče o pacienty s IBD je úzká spolupráce gastroenterologa a praktického lékaře pro děti a dorost. Předkládané sdělení shrnuje poznatky v této problematice s důrazem na využití v praxi.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

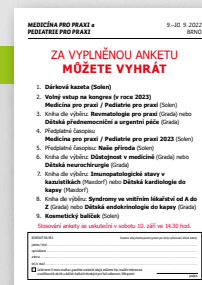
Celiakie: novinky v diagnostice

MUDr. Matěj Hrunka

Pediatrická klinika, LF MU a FN Brno

Celiakie je autoimunitní onemocnění, které je způsobeno nesnášenlivostí lepkových peptidů obsažených v obilovinách, jako jsou pšenice, ječmen a žito. Konzumace těchto obilovin může vést u lidí s genetickou predispozicí k rozvoji autoimunitní reakce s následným poškozením epitelu střevní sliznice, která tímto ztrácí svou funkci. Celosvětová incidence onemocnění se udává kolem 1 % a zdá se, že v posledních letech narůstá. Jedinou v dnešní době možnou léčbou je celoživotní bezlepková dieta, která je velice finančně nákladná. Je snaha co nejvíce rozšiřovat portfolio bezlepkových potravin. Pozornost v tomto směru získává zejména oves. Oves toleruje až 95 % pacientů s celiakií díky jeho nižší imunitní aktivitě. Problémem však v našich podmínkách zůstává jeho častá kontaminace jinými obilovinami, proto celiakům většinou není doporučován. Diagnostika onemocnění v dětském věku doznala v posledních letech několika zásadních změn. Postupně dochází k odklonu od invazivních metod, tedy enterobiopsie. V řadě případů je preferován méně invazivní přístup pomocí sérologických metod. V prezentaci budou shrnuta aktuální doporučení pro diagnostiku celiakie a praktický přístup k této chorobě v primární péči.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).



ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

Eozinofilní ezofagitida v praxi PLDD**MUDr. Jakub Pecl, MBA**

Pediatrická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Eozinofilní ezofagitida (EoE) je chronické progresivní zánětlivé onemocnění jícnu charakterizované lokální eozinofilní infiltrací doprovázenou příznaky dysfunkce jícnu. Spolu s gastroezofageální refluxní chorobou je v současnosti nejčastěji identifikovanou příčinou obtíží při polykání u dětí a mladistvých. Tři dekády výzkumu EoE provází enormní nárůst její prevalence a již není vzácným onemocněním, za které se dříve považovalo. Cílem sdělení je upozornit na situace, při kterých je nutné na diagnózu EoE pomýšlet a ilustrovat postupy v péči o děti s EoE z naší klinické praxe, vycházející ze současných mezinárodních doporučení.

Diferenciální diagnostika hyperbilirubinemie v novorozeneckém věku**MUDr. Eliška Hloušková**

Pediatrická klinika

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

Hyperbilirubinemie je definována jako hladina sérového bilirubinu vyšší než 25 $\mu\text{mol/l}$. Klinicky se projevuje ikterem sklér, kůže a sliznic. V novorozeneckém věku je tento stav do jisté míry fyziologický. Na druhou stranu díky nezralosti exkrečních funkcí jater jsou novorozenci zvýšeně náchylní k poškození jater, které se projevuje hyperbilirubinemií a neonatální cholestázou. Cholestáza je definována jako hladina konjugované složky bilirubinu vyšší než 35 $\mu\text{mol/l}$ anebo podíl konjugované frakce více než 20 % z celkové hladiny bilirubinu.

Základem posouzení hyperbilirubinemie je pečlivé klinické vyšetření dítěte, orientačně lze využít transkutánní bilirubinometrii. Nicméně transkutánně naměřené hodnoty se mohou výrazně lišit od sérové hladiny bilirubinu. Z klinické praxe jsou známy určité varovné známky vedoucí k podezření na patologickou hyperbilirubinemii. Mezi tyto varovné známky patří nástup ikteru již během prvních 36 hodin života dítěte, rychle rostoucí hyperbilirubinemie, hladina bili. přesahující 210 $\mu\text{mol/l}$, prematurita, verdinový ikterus, hypocholické až acholické stolice, neprospívání, anamnéza chirurgických výkonů především pro NEC, sepse, hypoxie či parenterální výživa. Pak je nutné provést vyšetření sérových hladin celkového i konjugovaného bilirubinu a jaterních testů. Dále musí být laboratorně vyšetřeno každé dítě starší 14 dnů s přetrvávajícím ikterem bez ohledu na ev. nepřítomnost varovných známek. Léčba nekonjugované hyperbilirubinemie v novorozeneckém věku je řízena dle hladin bilirubinu a stáří dítěte. Dříve hojně využívané grafy dle Hodra a Poláčka, jsou nyní nahrazeny grafy vycházejícími z doporučení American Academy of Pediatrics (AAP) z r. 2004. Současně je nutné zaměřit se na optimalizaci výživy a hydratace dítěte. Dítě s konjugovanou hyperbilirubinemií musí být neprodleně podrobně vyšetřeno a léčeno nejlépe dětským gastroenterologem. V první řadě jde o vyloučení biliární atrezie. Včasně provedená portoenteroanastomóza dle Kasaie rapidně ovlivňuje další prognózu pacienta. Je-li provedena po 6. týdnu života klesá šance na dosažení dospělosti s vlastními játry pod 20 %. I řada dalších chorob způsobujících novorozeneckou cholestázu je při pozdní diagnostice zatížena infaustní prognózou.

Ačkoli je hyperbilirubinemie v novorozeneckém věku v podstatě fyziologická, může být jediným projevem závažného onemocnění dítěte. Včasná diagnostika a léčba provedená v prvních týdnech života výrazně ovlivňuje další prognózu pacienta.

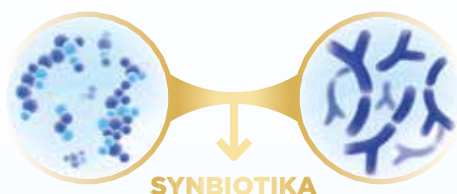
NOVINKA



NUTRILON® PROfutura CESARBIOTIK™

Speciálně vyvinutá **receptura se synbiotiky^{1,2} pro děti narozené císařským řezem, které nemohou být kojeny**

ROZVOJ STŘEVNÍ MIKROBIOTY A PODPORA IMUNITNÍHO SYSTÉMU³⁻²³



PREBIOTIKA

scGOS/lcFOS (9:1)
> klinicky prokázané snížení rizika infekcí^{1,6}

PROBIOTIKA

Bifidobacterium Breve M-16V
> klinicky prokázaný imunomodulační efekt^{7,8}



HIMO 2'FL

> nejdominantnější HMO v mateřském mléce^{9,10}
> prospěšný pro střeva a imunitu, **blokování růstu patogenů** ve střevě¹¹⁻¹³



IMUNONUTRIENTY*

LCP (DHA & ARA)
Vitamíny C, D, E a zinek
> přispívají ke **správné funkci imunitního systému**¹⁴⁻²³

HMO = oligosacharid mateřského mléka. **HIMO 2'FL** = Human-identical Milk Oligosaccharide = oligosacharid identický s oligosacharidem v mateřském mléce, 2' fukosylaktóza.

*podle požadavků legislativy všechna počáteční mléka obsahují vitamíny C, D, E, zinek a kyselinu dokosaheksaenovou (DHA)

REFERENCE: 1. Chua M, et al. JPN, 2017;65:102-106. 2. Lay C, et al. BMC microbiology. 2021. 21(1):191. 3. Bruzzese E, et al. Clin Nutr. 2009;28(2):156-161. 4. Arslanoglu S, et al. J Nutr. 2007;137:2420-2424. 5. Chatchatee P, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58(4):428-437. 6. Arslanoglu S, et al. J Nutr. 2008;138:1091-1095. 7. Van der Aa LB, et al. Clin Exp Allergy. 2010;40:795-804. 8. Wong CB, et al. Nutrients. 2019;11(8). 9. Thurl S, et al. Nutr Rev. 2017;75:920-933. 10. Erney RM, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000;30(2):181-192. 11. Reverri EJ, et al. Nutrients. 2018;10(10):1346. 12. Weichert S, et al. Nutr Res. 2013;33:831-838. 13. Yu ZT, et al. J Nutr. 2016;146:1980-1990. 14. Costantini L, et al. Int J Mol Sci. 2017;18:2645. 15. Hageman, et al. Curr Allergy Asthma Rep. 2012;2:564-573. 16. Lassi ZS, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4(4). 17. EFSA Journal, 2009;7(9):1229,34pp. 18. EFSA Journal, 2014;12(5):3653,9pp. 19. EFSA Journal, 2015;13(7):4182,9pp. 20. EFSA Journal, 2015;13(11):4298,9pp. 21. Carr AC, Maggini S. Nutrients. 2017;9(11):1211. 22. Lewis ED, et al. IUBMB Life. 2019;71(4):487-494. 23. Lee GY, Nim Han S. Nutrients. 2018;10(11):1614.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je pro dítě to nejlepší a zdravá a vyvážená strava matky je při kojení velmi důležitá. Rozhodnutí nekojit či přestat kojit může být nevratné. Počáteční kojenecká výživa je určena dětem od narození, pokud nemohou být kojeny. Kojenecká výživa by měla být používána na základě doporučení lékaře nebo osoby kvalifikované v oblasti výživy lidí, farmacie nebo péče o matku a dítě a měly by být zvaženy i její finanční dopady. Pro zdraví kojence je důležité důsledně dodržovat doporučený postup přípravy a dávkování a použití kojenecké výživy uvedený na obale. Způsob použití a další informace na obalech. Potravinu pro zvláštní výživu. **MATERIÁL JE URČENÝ POUZE PRO ODBORNOU VEŘEJNOST - NENÍ URČEN PRO PACIENTY ANI ŠIROKOU VEŘEJNOST.** 03/2022. BF312735

Dobrá rada do vaší ordinace

pátek / 9. září 2022 / 15.25–16.45 hod.

Jak podpořit optimální složení střevní mikrobioty kojenců – význam oligosacharidů mateřského mléka

MUDr. Vendula Látalová

Dětská klinika FN Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Střevní dysbióza je v posledních letech spojována s rozvojem celé řady onemocnění, od alergických chorob přes chronické střevní záněty až k metabolickým onemocněním. V rámci prevence těchto chorob stojí v popředí snaha o optimální složení a diverzitu střevního mikrobiomu. Spíše než dodávání určitého prospěšného bakteriálního kmene se ukazuje být přínosným důraz na správné složení stravy a její úprava. V kojeneckém věku mohou ke správnému zastoupení střevních bakterií přispět i oligosacharidy mateřského mléka, což jsou nestravitelné rozvětvené sacharidové struktury s mnoha funkcemi nejen probiotickými, ale i na úrovni zachování střevní bariéry či imunoregulace.

Ibuprofen – správná volba optimální dávky

doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha

Ibuprofen je nesteroidní protizánětlivé léčivo (NSA) běžně užívané během jakékoli infekce doprovázené horečkou. Je to účinné antipyretikum a analgetikum a je dnes k dispozici v celé řadě volně prodejných přípravků určených pro dospělé a pediatrickou populaci nemocných. Pro dosažení maximálního poměru mezi přínosem léčby a potenciálním rizikem nežádoucích účinků je klíčová optimalizace jeho dávkovacího režimu, tj. velikosti dávky a dávkovacího intervalu, s ohledem na konkrétního nemocného i právě volenou lékovou formu. V rámci sdělení budou prezentována data stran vhodného dávkování v kontextu uvedeného, a to i se zohledněním mezinárodních doporučených terapeutických postupů. Zmíněna bude rovněž problematika věčné diskuze ohledně alternace či simultánního podávání ibuprofenu a paracetamolu při léčbě horečky.

Vybrané kapitoly z dětské ortopedie

Odborný garant prof. MUDr. Ladislav Plánka, Ph.D.

pátek / 9. září 2022 / 17.15–18.15 hod.

Funkční vady pohybového aparátu u dětí (flexibilní plochonoží, vadné držení těla)

MUDr. Karel Urbášek, Ph.D.^{1,2}

¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice Brno

²Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

Děti s funkčními vadami pohybového aparátu jsou často odesílány na ortopedická pracoviště. Mezi nejčastější důvody návštěvy bývá flexibilní plochá noha a tzv. „vadné držení těla“.

Rodiče se často obávají, že nízká nebo chybějící podélná klenba dětského chodidla a s ní související valgozita paty povede k trvalé deformaci nohy nebo postižení dítěte. Víme, že většina dětí ve věku 1–5 let má ploché nohy. Je to součástí normálního vývoje jejich nohou. Svaly a klouby flexibilní ploché nohy jsou z anatomického hlediska utvářeny normálně. Více než 95 % dětí nakonec z flexibilní ploché nohy vyroste a vyvine se jim normální klenba. U zbývajících 5 % plochonoží přetrvává. Jen u malého počtu z nich se však v budoucnu vyvinou klinické potíže. Naprostá většina dětí s plochou nohou je schopna se účastnit fyzických aktivit, včetně závodních sportů. Pokud flexibilní plochá noha dítěti nezpůsobuje bolest nebo nepohodlí, nutnost léčby je minimálně diskutabilní.

V diferenciální diagnostice je třeba vyloučit strukturální patologie, mezi které řadíme například koalice tarzálních kostí, os tibiale externum, zkrácení lýtkového svalu, a v neposlední řadě neuro-muskulární onemocnění. Zbystříme i při výrazné stranové diferencii v postavení nohou.

Althéra[®]
HMO[®]

Alfamino[®]
HMO[®]

Alfaré[®]
HMO[®]

POKROK V ŘEŠENÍ ALERGIE NA BÍLKOVINU KRAVSKÉHO MLÉKA

NOVĚ všechny formule s obsahem unikátních oligosacharidů mateřského mléka HMO (2'FL a LNnT) pro podporu imunitního systému kojenců a snížení rizika infekcí.

Každé dítě je
jedinečné.
Stejně tak
☆ ☆ ☆ jsou
jedinečné
díky HMO.

NOVINKA



SEZNAM ZKRATEK:
2'FL 2'-fukosyllaktóza
LNnT Lakto-N-neotetraóza

DŮLEŽITÁ UPOZORNĚNÍ: Kojení je během prvních měsíců života dítěte nejlepší způsob výživy, proto mu dáváme přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy. Musí být podáváno na základě doporučení lékaře nebo kvalifikovaného pracovníka v oblasti klinické výživy.

Althéra HMO, Alfaré HMO a Alfamino HMO/Junior jsou potraviny pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ), určené pro řízenou dietní výživu při alergii na bílkovinu kravského mléka. Přípravky jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Výše uvedené přípravky jsou kompletní potraviny. Jsou vhodné jako jediný zdroj výživy od narození nebo jako součást smíšené stravy od ukončeného 6. měsíce. Pokud bude přijato rozhodnutí o použití speciální formule určené pro kojení či batole, je důležité postupovat podle pokynů na etiketě.

Určeno výhradně pro odborné pracovníky ve zdravotnictví.

LITERATURA: Puccio Get al. J. Pediatr Gastroenterol Nutr 2017;64(4):624-631.; Nestlé Health Science, data on file. CINNAMON study; Vandenplas Y et al. Abstract presented at PAAM. Florence, Italy, October 19, 2019.

© 2021 Nestlé. Všechna práva vyhrazena.

Pokud není uvedeno jinak, všechny obchodní značky jsou vlastnictvím společnosti Société des Produits Nestlé SA, Avenue Nestlé 55, 1800 Vevey, Švýcarsko – 11/2021.

www.nestlehealthscience.cz

Nestlé
HealthScience[®]

Při vyšetření nohou dítěte pozorujeme nohu v chůzi, ve stoji, ve výponu, a pokud dítě zvládne, i ve stoji na jedné noze, dále zkoušíme rozsah pohybu v koleni, hlezenním a subtalárním kloubu.

Termín vadné držení těla (VDT) ortopedické učebnice více méně neznačí. Často se jedná o běžnou variabilitu vývoje pohybového aparátu dítěte. Často se za diagnózou VDT skrývá jistá nemotornost a nedobrá neuromuskulární koordinace dítěte. Častou příčinou je snížená pohybová aktivita zejména předškolních a mladších školních dětí – což způsobuje neadekvátní, nebo ne zcela optimální vývoj pohybového aparátu.

V diferenciální diagnostice je třeba vyloučit zejména strukturální skoliózu páteře, m. Scheuerman, a také nestejnou délku končetin – stav, který rezultuje v šikmé postavení pánve a následnou sekundární kompenzační nestrukturální skoliózu.

Při vyšetření postury dítěte pozorujeme dítě v chůzi, ve stoji, kde se zaměřujeme na postavení pánve a stranovou asymetrii a v neposlední řadě je nutné vyšetření v předklonu a úklonech.

Všechny funkční vady by měly být primárně řešeny cestou rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů. V případě, že vyvstane podezření na strukturální patologii, je plně indikováno vyšetření ortopedem.

Akutní stavy v dětské ortopedii / v ambulanci praktického lékaře

MUDr. Agnes Gabúlová^{1,2}, MUDr. Karel Urbášek, Ph.D.^{1,2}

¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice Brno

²Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

S bolestmi v oblasti pohybového aparátu nebo kulháním se můžeme v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost setkat u dětí v každém věku. Oba tyto příznaky provázejí jak akutní stavy, vyžadující okamžitou péči a pozornost, tak stavy semiakutní nebo i chronické.

Diferenciální diagnostika je široká, je potřeba myslet jak na časté diagnózy, tak i na onemocnění vzácnější. Může se jednat o úraz, infekci, tumor, zánět, idiopatickou nekrózu, vrozenou vadu a v neposlední řadě neuromuskulární onemocnění.

Věk dítěte může zúžit diagnostickou rozvahu, vzhledem k tomu, že některé diagnózy jsou specifické v určitém věku. Pro praktického lékaře je důležité se rozhodnout, zdali se jedná o akutní stav a zdali je nutné ortopedické vyšetření.

Klíčový je dobrý odběr anamnézy, je nutné vyloučit úraz, ptáme se na bolestivost, jak zátěžovou, tak klidovou, eventuálně i noční. Zajímá nás rychlost nástupu potíží, jejich dynamika. Pátráme i po celkových příznacích, jako např. zvýšená tělesná teplota, únava, hubnutí a celkový psychický stav dítěte, který často hraje významnou roli u chronických potíží.

Zdaleka nejčastější příčinou kulhání u menších dětí je transienční synovialitis (coxitis), která je benigní a v terapii dostačuje přísný klidový režim a nesteroidní analgetika. Tento stav je třeba odlišit od purulentní coxitidy, která je akutním, potenciálně život ohrožujícím stavem. Klidová bolest, horečka a schvácenost může indikovat purulentní zánět. V případě nejasností je nutné zařadit laboratorní vyšetření, event. zobrazovací metody jako UZ a rtg.

U starších dětí a adolescentů jsou časté patologie v oblasti kyčelního kloubu. Bolest při postižení kyčelního kloubu může být pacientem lokalizována do oblasti kolena nebo laterální strany stehna. Důležité je proto vyšetřit vždy pohyb ve všech kloubech dolních končetin včetně kyčlí i když se patologie zdá být lokalizována distálněji.

Prakticky jedinými akutními stavy v dětské ortopedii, vyžadujícími akutní intervenci, jsou purulentní záněty kloubů nebo kostí, zlomeniny dlouhých kostí, event. akutně vzniklé neurologické deficity. Vše ostatní lze řešit ve standardním režimu v pracovní době.

V přednášce bude probírána základní diferenciálně diagnostická rozvaha kulhání u dětí vztažena k věku dítěte, doplněná o kazuistiku a ukázkou klinického vyšetření.

**Abstrakta k sobotnímu programu naleznete
v části Medicína pro praxi na stranách 25–31.**

Předplatné 2023

Pediatric pro praxi

Neplatíte zbytečně víc ...

Při objednání předplatného na našich vzdělávacích akcích
získáte časopis za kongresovou cenu 1260 Kč.

Cena časopisu na rok 2023 je 1500 Kč (6 čísel).



 **≤35**
50% SLEVA

Předplatitelé
do 35 let
získají 50% slevu.



Supplementa
a odborné
publikace



Všechny články
ihned
ve formátu PDF



Objednávejte
www.pediatricpropraxi.cz
predplatne@solen.cz



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

