

Pediatric pro praxi

2022



www.solen.cz | Pediatr. praxi. 2022; 23(Suppl C) | ISBN 978-80-7471-398-9 | 2022

ABSTRAKTA

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

38. dny praktické a nemocniční pediatrie

6.–7. května 2022

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci
s Dětskou klinikou LF UP v Olomouci a Sdružením Šance
Mediální partner: časopis Pediatrie pro praxi

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

DUPIXENT[®]

(dupilumab)

PODMÍNKY ÚHRADY

Dupilumab je hrazen dospělým pacientům s těžkou formou atopické dermatitidy po selhání (nedostatečné účinnosti) alespoň jednoho ze způsobů konvenční systémové imunosupresivní terapie (s výjimkou kortikosteroidů) nebo u pacientů, kteří systémovou terapii nemohou být léčeni z důvodu intolerance nebo kontraindikace. Dupilumab je dále hrazen dětským a dospívajícím pacientům od 6 let věku do dosažení 18 let s těžkou formou atopické dermatitidy, u kterých indikovaná maximalizovaná lokální terapie a dostupné vyšší typy léčby, jako je fototerapie nebo balneoterapie, nevedly ke kontrole onemocnění. Úspěšnost terapie dětských a dospívajících pacientů od 6 let i dospělých se vyhodnotí po 16 a po 24 týdnech od zahájení léčby a dále nejméně každých 24 týdnů a bude ukončena v těchto případech:

- nedosažení nejméně EASI-50 v týdnu 16,
- nedosažení nejméně EASI-75 v týdnu 24,
- v případě výskytu nezládnutelných nežádoucích účinků,
- při nedostatečné adherenci na terapii,
- při poklesu účinnosti pod EASI-50 při dvou po sobě následujících kontrolách.^{1,2}

U již léčených dospívajících pacientů pokračuje léčba dupilumabem po dovršení 18 let věku bez podmínky předchozí konvenční systémové terapie.^{1,2}

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 300 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce/ v předplněném peru, Dupixent 200 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 a dospívajících od 12 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 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. Doporučená dávka dupilumabu 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. Doporučená dávka dupilumabu 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. 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 polyangiitidou (EGPA). **Parazitární infekce (helminthózy):** Pacienti se známými parazitárními infekcemi byli vyloučeni z účasti v klinických studiích. Pacienti s již existujícími parazitárními infekcemi mají být léčeni ještě před zahájením léčby dupilumabem. Pokud se pacienti nakazí během léčby dupilumabem a nereagují na antiparazitární léčbu, musí být léčba dupilumabem přerušena, dokud infekce neodezní. **Příhody související s konjunktivitou 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 upravovat nebo přerušovat léčbu astmatu bez konzultace s lékařem. Pacienti s komorbidním astmatem mají být pečlivě sledováni po vysazení dupilumabu. **Očkování:** Živé nebo atenuované vakcíny se nemají aplikovat při podávání dupilumabu, protože nebyla stanovena jejich klinická bezpečnost a účinnost. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Interakce:** V klinické studii u pacientů s AD byly hodnoceny účinky dupilumabu na PK substrátů CYP. Účinek dupilumabu na PK souběžně podávaných léčiv se nepředpokládá. **Fertilita, těhotenství a kojení:** **Těhotenství:** Údaje o podávání dupilumabu těhotným ženám jsou omezené. Dupilumab lze v těhotenství použít pouze tehdy, pokud potenciální přínos převáží potenciální riziko pro plod. **Kojení:** Není známo, zda se dupilumab vylučuje do lidského mateřského mléka nebo zda je systémově absorbován po perorálním podání. Je třeba rozhodnout, zda je vhodné přerušit kojení nebo přerušit léčbu dupilumabem s přihlédnutím k přínosu kojení pro dítě a přínosu léčby pro ženu. **Fertilita:** Studie na zvířatech neprokázaly zhoršení fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Dupilumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky 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, 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. **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:** 2 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce/ v předplněném peru. **Registrační čísla:** EU/1/17/1229/001-008, EU/1/17/1229/017-020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe: 54, rue la Boétie, 75008 Paris, Francie. **Datum poslední revize textu:** 11. 11. 2021. Přípravek Dupixent je vydáván pouze na lékařský předpis a je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým pacientům, dětským a dospívajícím pacientům od 6 let do 18 let. V indikaci astma a chronická rinosinusitida s nosní polypózou 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.

Reference:

1. SPC Dupixent, datum revize textu 11. 11. 2021
2. Viz databáze léčivých přípravků SÚKL po zadání vyhledávacího kritéria: Dupixent

PROGRAM / pátek 6. května / LÉKAŘI

- 9.00** **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ** – prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
9.05 Vystoupení zdravotních klaunů
- 9.15–9.45** **Vyzvaná přednáška – Distanční výuka a její dopady na žáky, pedagogy a klima ve škole pohledem pedagoga** – PaedDr. Karel Kostka, MBA, Ph.D.
- 9.45–11.25** **INFEKTOLOGIE**
 odborný garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
- **Covid-19 – co vše přivede dítě k hospitalizaci** – Kukrálová L.
 - **Virové gastroenteritidy – stále aktuální?** – Kubiska M.
 - **Průběhy vybraných infekčních onemocnění dětí s poruchami imunity** – Sedláček D.
 - **SARS-CoV-2, potraviny a oxidativní stres** – Kopřiva F.
 - **To be or not to be vaccinated, that is the question** – Mihál V.
- 11.25–12.00** **PŘESTÁVKA**
- 12.00–12.30** **Vyzvaná přednáška – Přístup k očkování a proočkovanost v ČR – poučení z covidové doby** – prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.
- 12.30–13.15** **AKTUALITY V PEDIATRII I**
- **MEDDI – české řešení telemedicíny s globální vizí** – Pecina J.
 - **Současný přístup k terapii infantilních hemangiomů** – Mališ J.
 - **Zvýšení hodnoty omega3 indexu velmi dobře koreluje s výsledky psychomotorických testů mládeže** – Suchánek P.
- 13.15–14.15** **OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 14.15–15.30** **VYBRANÉ KAPITOLY Z DĚTSKÉ UROLOGIE**
 odborný garant doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.
- **Co, kdy, jak s předkožkou?** – Šmakal O.
 - **Velké problémy malých kluků – kryptorchismus, varikokéla** – Šmakal O.
 - **Pomočování u dětí** – Šarapatka J.
 - **Močové infekce od narození po dospělost** – Šarapatka J.
 - **Vezikoureterální reflux a medicína založená na důkazu** – Geier P.
- 15.30–16.00** **PŘESTÁVKA**
- 16.00–17.40** **AKTUALITY V PEDIATRII II**
- **Imunomodulace v kontextu trénované imunity** – Kuniaková R.
 - **Rotaviry – ne vždy jen průjem... vlastní zkušenost** – Mokroš P.
 - **Alergie na bílkovinu kravského mléka – od teorie k praxi a k možnostem prevence** – Látalová V.
 - **Návaznost zdravotní péče o děti těžce nemocné nebo s postižením** – Matyášová P.
 - **Pilotní projekt novorozeneckého screeningu a první zkušenosti s genovou léčbou SMA** – Haberlová J.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)
 - **Podpora pacientů se spinální svalovou atrofií** – Kočová H.
 - **Rekurentní infekce močových cest** – Kacatl L.
 - **Představení Dětského oddělení Vsetínské nemocnice** – Kurtinová E.
- 17.40–18.40** **DUŠEVNÍ PORUCHY U DĚTÍ A COVID-19**
 odborná garantka doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.
- **Duševní poruchy u dětí a adolescentů v období pandemie covidu-19 – nárůst depresivních a úzkostných poruch** – Bínová Š.
 - **Covid-19 a lockdown – vliv na incidenci poruch příjmu potravy** – Stárková L.
 - **Děti a digitální technologie** – Sadílková Z.

PROGRAM / pátek 6. května / SESTRY

9.15 ZAHÁJENÍ SESTERSKÉ SEKCE

9.15–11.00 ŽIVOTEM INTENZIVNÍ PÉČE V PEDIATRII I.

odborná garantka Hana Ptáčková, MBA

- Akutní stavy v pediatrii – Šeda M.
- Životem naší JIPKY – Hanousková T.
- Základní a rozšířená neodkladná kardiopulmonální resuscitace u dětí – Šeda M.
- Extrakorporální ohřev hluboce podchlazeného utonulého 7letého chlapce v kardiiovaskulárním centru pro dospělé – Šimek M.
- Neštěstí u Zámeckého rybníka – Bantová Z.
- Jak dokáže pneumokok potrápít – Hejtmanová A.
- Vánoční zázrak – Urbášková L.

11.00–12.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

12.00–12.45 ŽIVOTEM INTENZIVNÍ PÉČE V PEDIATRII II.

odborná garantka Hana Ptáčková, MBA

- Nebezpečná hra – Malík O.
- Preanalytická fáze při analýze krevních plynů je klíčová – Plassová M.
- I v nouzi se dá pobavit – Marabety A.

12.45–14.10 ONEMOCNĚLO NÁM DÍTĚ...

odborná garantka Mgr. Světlana Kašubová

- Maro, zastav rhabdo! – Jurčíková M., Medková P.
- Lilianka bojovnice – Frelichová L., Medková P.
- Edukace neslyšící matky u dítěte s DM I. typu – Kuncková M., Rojová P.
- Těšili se na miminko... Stelinka – Kašubová S., Hůlková E.
- Návaznost zdravotní péče o děti těžce nemocné nebo s postižením – Matyášová P.
- Aplikace imunoglobulinů u imunodeficitních pacientů – Müllerová I.

14.10–14.40 PŘESTÁVKA

14.40–15.40 TAJEMSTVÍ ÚSMĚVU

odborná garantka Mgr. Pavla Medková

- Vali vs. Nanda Auditorová – Švestková H., Nemerádová H.
- Zlatá rybka – Juráčková A.
- Každá rodina s vážně nemocným dítětem potřebuje naši pomoc a podporu – Mihálová H.
- Zdravotní klaun – Vodičková Z.

15.40–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–17.00 ZAJÍMAVOSTI V DĚTSKÉ CHIRURGII

odborná garantka Bc. Hana Dědochová

- Závažné komplikace covidu-19 u dětí – Dvořák D., Vykopalová K.
- Plazmová koblace – metoda odstranění nosní a krční mandle – Králová K., Novotná L.
- Ošetrovatelská péče o dítě po operaci pyeloplastiky – Koldová L.
- Vývojová dysplazie kyčelního kloubu – Dědochová H.

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

PROGRAM / sobota 7. května / LÉKAŘI

- 9.00–10.00** **IP PROMOŘENÍ COVIDEM-19 – MÁME NOVÉ INFEKČNÍ VÝZVY?** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
Interaktivní přednáška s hlasováním publika
- 10.00–10.15** **AKTUALITY V PEDIATRII III**
■ **Moderní léčba atopické dermatitidy** – Vavříková L.
(Přednáška sponzorovaná společností Sanofi)
- 10.15–10.45** **PŘESTÁVKA**
- 10.45–12.00** **NEDONOŠENÉ DĚTI A JEJICH VYBRANÉ POTÍŽE**
odborný garant MUDr. Vladimír Mišuth
■ **Slyším?** – Bodnár V.
■ **Vidím** – Šimičák J.
■ **Helmička** – Pospíšil L.
■ **Knoflík nebo boule** – Slovákova J.
■ **A co ty krvinky?** – Mišuth V.
- 12.00–12.30** **PŘESTÁVKA**
- 12.30–14.10** **ZAJÍMAVÉ KAZUISTIKY Z KLINICKÉ PRAXE**
odborný garant prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
■ **Rozsáhlá ilikofemorální žilní trombóza při Mayúv-Thurnerově syndromu u adolescenta** – Gut J.
■ **Když lékaři neslyší** – Kodytková J.
■ **Byl to PIMS, nebo ne?** – Rozsival P.
■ **IP Alternativou k destrukci** – Ryba L.
■ **V hlavní roli stafylokok** – Retamoza R.
■ **Pernio-like léze – infekce covidu-19 u dětí** – Krausová V.
■ **Proč ta meléna?** – Zedníčková Škodová H.
■ **Čert nikdy nespí aneb jenom GBS pozitivní matka a neobvyklá příčina asfyxie u novorozence** – Šuláková S.
■ **Kazuistika chlapce s mimovolními pohyby, které vznikly jako nežádoucí účinek antiemetik** – Geryk M.
- 14.10** **ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER 38. dny praktické a nemocniční pediatrie

6.–7. května 2022 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Dětskou klinikou LF UP v Olomouci a Sdružením Šance

Mediální partner

časopis Pediatrie pro praxi

Organizátor

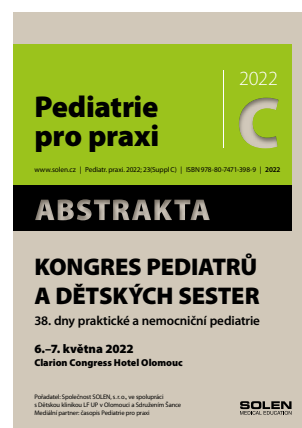
SOLEN, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Eva Kultánová, 774 712 162, kultanova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Aneta Dřešová

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum C Pediatrie pro praxi

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

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

ISSN 1803-5892

ISBN 978-80-7471-398-9

LÉKAŘSKÁ SEKCE / PÁTEK

Vyzvaná přednáška

pátek / 6. května 2022 / 9.15–9.45 hod.

Distanční výuka a její dopady na žáky, pedagogy a klima ve škole pohledem pedagoga

PaedDr. Karel Kostka, MBA, Ph.D.

Fakulta společenských studií, Vysoká škola Humanitas, Vsetín

Přednáška analyzuje nejzávažnější dopady distanční výuky na socializaci žáků, školní třídu, jedince v třídní komunitě, na školu jako pospolitost a na roli pedagoga v době po návratu k prezenční výuce.

Zabývá se jak pedagogickými, tak skrytými psychologickými aspekty odloučení jedince od běžných sociálních vazeb, které nejsou na první pohled viditelné či hmatatelné, nejsou ani měřitelné, ale vedou k nenaplnění potřeb žáků i pedagogů v interpersonálním spoluprožívání a v komunikaci. U některých jedinců způsobují sociálně úzkostné poruchy a mohou vyústit v trvalý pocit ohrožení, případně až vyhoření.

Významná část rodičů (až 80 %) považuje za nejzávažnější dopad pandemie nárůst závislosti dětí na internetu a výpadek ve vzdělání, přičemž mezery ve vzdělání jsou jen těžko nahraditelné. Většina rodičů je přesvědčena, že děti se naučily v rámci distanční výuky méně než v běžném režimu při prezenční výuce, poklesla jejich studijní disciplína, a tento stav bude mít dlouhodobý negativní vliv i na další vzdělávání. Přibližně pětina rodičů však uvádí i pozitiva distanční výuky, která vidí v pohodlí výuky přímo doma, pozdější vstávání dětí a fakt, že není třeba dlouho a složitě dojíždět do školy. Vyzdvihují, že distanční výuka vyhovuje introvertním dětem, omezila stres i ostych, navodila u dětí stav klidu a pohody, přinesla individualizaci výuky a naučila děti samostatnosti a koncentraci.

Pro většinu učitelů distanční výuka znamenala nárůst pracovního času a tlak na kreativitu, zejména v přípravě výuky, a také vyšší stres, přestože klesl počet přímé výukové činnosti a mnohé vyučovací hodiny byly vedeny asynchronně. U cca 30 % učitelů se objevily v různé míře intenzity symptomy úzkosti a depresí, pocity vyčerpání a demotivace.

Při posuzování vlivu distanční výuky na žáky a studenty je nutná diferenciací podle stupňů vzdělávání – nejtvrďší dopady jsou patrné u dětí prvního stupně základních škol, v dalších stupních četnost a hloubka negativních vlivů ustupuje. U výběrových středních škol a u vysokých škol byl vliv distanční výuky na úroveň vzdělání marginální, výrazně se ovšem odrazil v zúžení sociálního prostředí, změně sociálních návyků a vztahů, ve snížení samoregulaci, v nárůstu toxické komunikace přes sociální sítě a v obtížném hledání vlastní identity některých jedinců ve společnosti.

Infektologie

garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

pátek / 6. května 2022 / 9.45–11.25 hod.

Covid-19 – co vše přivede dítě k hospitalizaci

MUDr. Lenka Kukrálová

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, Fakultní nemocnice Plzeň

V době pandemie covidu-19 bojujeme na naší klinice s tímto onemocněním jak u dospělých, tak u dětských pacientů. V období od března 2020 do března 2022 jsme hospitalizovali celkem 139 dětských pacientů s touto diagnózou. Prvního dětského pacienta jsme přijali koncem března 2020. Na vzestupu byla takzvaná první vlna, kdy dominovala původní varianta SARS-CoV-2. Průběhy u dětí byly v tomto období nezávažné, často byla diagnóza covidu-19 pouhou nálepkou a pacient byl hospitalizován z jiných příčin, mezi které patřily například akutní apendicitida či nitrobršíšní absces. S původní variantou SARS-CoV-2 jsme v období od března 2020 zhruba do ledna 2021 hospitalizovali celkem 17 dětí, z nichž třetina měla

příznaky covidu-19, mezi které nejčastěji patřil katar horních cest dýchacích. Hospitalizace byla často indikována také z důvodů izolačních. Nízký počet hospitalizovaných pacientů souvisel s omezením volného pohybu osob, a především s distanční výukou dětí. O něco více pacientů jsme hospitalizovali v období od února do června 2021, kdy převažovala tzv. varianta alfa (tzv. britská mutace). Celkem bylo hospitalizováno 23 dětí, kdy zhruba 40% z nich mělo příznaky covidu-19, mezi které nejčastěji patřily vysoké horečky, katar horních cest dýchacích a akutní bronchitida. Objevily se i velmi závažné průběhy především u adolescentů, kdy jsme se setkali s velmi těžkým průběhem covid pneumonie u téměř 19leté pacientky s nutností UPV, či s plicní embolií rovněž u dospívající dívky. Tyto případy byly ojedinělé, vždy hrály významnou roli rizikové faktory pacientek. S variantou delta (tzv. indická mutace) jsme se potýkali od září 2021 zhruba do konce prosince téhož roku. Hospitalizováno bylo celkem 24 dětských pacientů, kdy převažující věkovou skupinou byly děti ve věku do 3 let. Během tohoto období dominovaly opět především vysoké horečky, akutní bronchitida, katar horních cest dýchacích, zhruba 70% pacientů mělo příznaky odpovídající onemocnění covid-19. Nově byl ale častější výskyt pneumonií, kdy polovina těchto případů vyžadovala podpůrnou oxygenoterapii, u dětí staršího školního věku jsme se setkávali s bolestmi na hrudi či dušností. Od konce ledna 2022 v České republice dominuje varianta omicron, která je vysoce nakažlivá, denní přírůstky nemocných všech věkových kategorií přesahovaly desetitisíce, což se projevilo i na počtech hospitalizovaných dětí. S touto variantou jsme za velmi krátkou dobu od konce ledna do konce března 2022 hospitalizovali celkem 75 dětí. Přibližně 80% z nich mělo příznaky odpovídající onemocnění covid-19, ostatní děti byly hospitalizovány pro jiné důvody, a tak jsme se na klinice setkali nově například s dítětem po úrazu elektrickým proudem, či s pacientkou s těžkou juvenilní metrorrhagií. Ze všech přijatých dětí s variantou omicron dominovaly děti do 3 let věku, které tvořily 60% všech případů. Nejčastější příčinou jejich hospitalizace bylo akutní průjemové onemocnění s horečkami, často doprovázené zvracením, kdy nebyla jiná etiologie než covid-19 objasněna. Druhou nejčastější příčinou hospitalizace byly velmi vysoké horečky dosahující až 40 °C, postihující především kojence, které jsme přijímali k hospitalizaci rovněž pro časté febrilní křeče. Nově jsme zaznamenali výskyt akutních laryngitid a obstrukčních bronchitid, počet pneumonií byl ale nízký. Žádné z dětí, hospitalizovaných na našem pracovišti, nevyžadovalo podpůrnou oxygenoterapii. Na podkladě našich zkušeností lze obecně říci, že akutní průběhy infekce covidu-19 u dětí jsou z velké většiny nezávažné a varianta omicron je stran příznaků aktuálně téměř srovnatelná s jinými virovými respiračními infekcemi. Velmi obávané jsou ale pozdní komplikace v rámci multisystémového zánětlivého syndromu u dětí a mladistvých asociovaného s covidem-19 (MIS-C, PIMS-TS). První dítě s touto diagnózou bylo ve FN Plzeň přijato na podzim 2020. Rozhodně se nejedná o zanedbatelný počet případů. Do konce března 2022 byly ve FN Plzeň hospitalizovány přes tři desítky případů. Dominující věková skupina jsou děti mladšího školního věku. Onemocnění je závažné a vždy vyžaduje pobyt na jednotce intenzivní péče.

Virové gastroenteritidy – stále aktuální?

MUDr. Miroslav Kubiska, doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, Fakultní nemocnice Plzeň

Akutní virové gastroenteritidy patří celosvětově k jedněm z nejčastějších infekčních onemocnění a představují tak stále významný medicínský problém i ve vyspělém světě napříč věkovým spektrem obyvatelstva. Mezi tři nejčastější patogeny řadíme rotaviry, noroviry a adenoviry. Je proto nutné znát charakteristiky jednotlivých patogenů, co patří k typickým projevům, jaká je epidemiologie jednotlivých onemocnění, jaké jsou k dispozici diagnostické metody, jaká jsou rizika plynoucí z dekompenzace komorbidit a hlavně jaká je doporučená léčba.

Mezi typické biologické vlastnosti patří nízká infekční dávka a vysoká odolnost vůči vlivům zevního prostředí vč. některých dezinfekcí. To vede k tomu, že výše uvedená trojice nejčastějších virových patogenů je přímo předurčena ke snadnému šíření v populaci a zdravotnických zařízeních. Odhaduje se, že k infekci dojde u obyvatel České republiky řádově u vysokých desítek tisíc obyvatel.

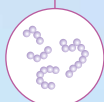
Přenos patogenů je dominantní fekálně-orální cestou, ale je možný kontaminovanou vodou nebo aerosolem, vzniklým při zvracení nemocných, nebo při neodborné manipulaci s jejich stolicí či

SYNEO™ PORTFOLIO

Objevte, že můžete udělat víc
zaměřením se na střevní mikrobiotu¹⁻³



PRVNÍ A JEDINÉ KOMPLETNÍ PORTFOLIO PRODUKTŮ SE SYNBIOTIKY V ČR



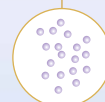
Pro podporu imunitního
systému **DĚTÍ S DYSBIÓZOU
STŘEVNÍ MIKROBIOTY**^{1,4,5}

Faktory přispívající k rozvoji disbiózy:

- porod císařským řezem^{6,7}
- užívání antibiotik^{8,9}



Extenzivně hydrolyzovaná formule
**PRO DĚTI S MÍRNOU
A STŘEDNĚ TĚŽKOU ABKM**^{*2,10,11}



Formule s aminokyselinami
**PRO DĚTI S TĚŽKÝMI PROJEVY
ABKM**^{*3,12,13} A **MNOHAČETNÝMI
POTRAVINOVÝMI ALERGIEMI**

*ABKM = alergie na bílkovinu kravského mléka. REFERENCE: 1. Chua M, et al. JPN, 2017;65(1):102-106. 2. Van der Aa LB, et al. Clin Exp Allergy. 2010;40:795-804. 3. Candy, DCA et al. Pediatr Res. 2018;83(3):677-686. 4. Tang M, et al. Abstract at EAACI;17-21 June 2017; Helsinki, Finland. 5. Wopereis H, et al. JACI. 2018;141(4):1332. 6. Neu J, et al. Clin Perinatol. 2011;38(2):321-331. 7. Papathoma E, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2016;27(4):419-424. 8. Ahmadizar F, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2017;28(5):430-437. 9. Kozyskyj AL, et al. CHEST. 2007;131(6):1753-1759. 10. Giampietro PG, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2001;12:83-86. 11. Van der Aa LB, et al. Allergy. 2011;66:170-177. 12. Fox AT, et al. Clin Transl Allergy. 2019;9:5. 13. DeBoissieu D, Dupont C. J Pediatr. 2002;141(2):271-273. **DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:** Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Nutrilon 1 HA PROSYNEO™ je určený pro řízenou dietní výživu, která vyžaduje částečné nastěpenou bílkovinu, probiotika a prebiotika. Nutrilon 1 Allergy Care SYNEO™ je určený pro řízenou dietní výživu při alergii na bílkovinu kravského mléka. Neocate SYNEO je určený pro řízenou dietní výživu při alergii na bílkovinu kravského mléka, mnohočetných potravinových alergiích a jiných indikacích vyžadujících výživu na bázi aminokyselin. Potraviny pro zvláštní výživu – potraviny pro zvláštní lékařské účely. Tyto potraviny musí být používány pod dohledem lékaře. Způsob použití a další informace na www.nutrilon.cz, www.neocate.cz a na infolince 800 110 000. **MATERIÁL PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST - NEŠÍŘIT NA LAICKOU VĚŘEJNOST.** 01/2022. BF312612.

plenami. Běžný je nepřímý přenos. Inkubační doba je 24–48 hodin. Klinický obraz zahrnuje typickou triádu: horečka, zvracení, vodnaté průjmy. To často vede k různě závažnému stupni dehydratace a s ní spojenými komplikacemi (febrilní křeče, iontová dysbalance – především hypokalemie, metabolická acidóza, akutní renální selhání, hypotenze, kolaps, a podobně. Prudký rozvoj je tím závažnější, čím je pacient mladší. U řady nemocných lze paralelně najít respirační symptomatologii.

Diagnostika rotavirových, norovirových a adenovirových antigenů se opírá o průkaz v nativní stolici pomocí rychlé latexové aglutinace. Z laboratorních nálezů vidíme nejčastěji známky hemokoncentrace, poruchy mineralogramu, mírnou leukocytózu, lehce zvýšený CRP, elevaci aminotransferáz, urey a kreatininu, známky metabolické acidózy a ketonurii.

Terapie stojí na třech pilířích: hrazení elektrolytů, objemu tekutin a energie individuálně podle závažnosti stavu. Dále se doporučuje vyloučení příjmu laktózy po dobu 2 týdnů. Kojení se však ve většině případů doporučuje. Vzniklé komplikace je nutno řešit většinou symptomaticky. V rekonvalescentní fázi se doporučují probiotika.

Aktivní imunizace dětí pomocí atenuovaných orálních vakcín s vysokou protektivní účinností proti rotavirům je možná od 6. týdne věku a je velmi doporučena ke zvýšení ochrany právě těch nejrizikovějších. Proti norovirům a adenovirům zatím vakcína není dostupná.

Průběhy vybraných infekčních onemocnění dětí s poruchami imunity **doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.**

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, Fakultní nemocnice a LF UK, Plzeň

Imunodeficientní nemocní (ID) mohou být v důsledku narušení obranných mechanismů ohroženi závažnými infekcemi. Kromě původců běžných onemocnění se mohou uplatňovat i patogeny s nízkou virulencí (oportunní patogeny). U dětí s neporušenou imunitou tyto zpravidla nepředstavují závažný klinický problém. Avšak virulentní mikroorganismy u ID nemocných mohou způsobit velmi závažná, nezářka fatální onemocnění. Změněná imunitní odpověď modifikuje obvyklý klinický obraz do té míry, že mohou chybět základní atributy závažného onemocnění. Primární imunodeficiencie mohou postihovat všechny složky přirozené i specifické imunity a manifestují se zpravidla již v dětském věku. Později se manifestují zejména imunodeficiencie sekundární, buď na podkladě snížení hladin protilátek (nedostatečná tvorba, ztráty), na autoimunitním podkladě (agranulocytóza, dysfunkce lymfocytů), v důsledku prodělaného infekčního onemocnění (spalničky, infekční mononukleóza, infekce HIV), na podkladě metabolickém (chronická renální insuficience, jaterní dysfunkce, diabetes mellitus, poruchy výživy, polytrauma, popáleniny, chronický stres, chemické škodliviny), nebo po určitých léčebných postupech (splenektomie, imunosuprese, protinádorová chemoterapie, transplantace kmenových buněk, biologická léčba).

Poškození přirozené buněčné imunity vede k poruše fagocytózy a prezentace antigenů, defekty v oblasti komplementu mohou zhoršovat chemotaxi, opsonizaci, ale i funkci protilátek. Defekty specifické buněčné imunity umožňují intracelulární parazitismus některých bakterií, virů a mykotických původců. Defekty protilátkové imunity jsou spojeny s neschopností neutralizovat nejrůznější cirkulující patogeny, nebo jejich toxiny v krvi a dalších tělesných tekutinách. Rychlá diagnostika infekcí a včasné zahájení adekvátní léčba je u těchto nemocných velmi důležitá. Antiinfekční léčba se zahajuje širokospektrými baktericidními antibiotiky, někdy v kombinaci s antiviroty a antimykotiky, a upravuje se dle výsledků laboratorních vyšetření. Preventivní opatření, např. vakcinace proti původcům nejzávažnějších onemocnění, jsou u ID osob prioritou. Do budoucna se dá očekávat nárůst ID stavů, neboť většina léčebných zásahů, ovlivňujících zánět a proliferaci buněk, může negativně ovlivnit imunitní odpověď.

SARS-CoV-2, potraviny a oxidativní stres

prof. MUDr. František Kopřiva, CSc., MUDr. Denis Dvořák, MUDr. Jitka Pallerová
Dětská klinika, FN a LF UP, Olomouc

11. března 2020 Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila pandemii vyvolanou virem covid-19. V průběhu dvou let byla světová populace zasažena několika mutacemi viru. Z údajů

získaných z celého světa vyplynulo, že mezi zeměmi existují velké rozdíly v úmrtnosti na covid-19. Úmrtnost na covid-19 byla nižší v zemích východní Asie, subsaharské Afriky, Středního východu, Indie, Pákistánu a Balkánu. Dokonce se lišily regiony jednotlivých evropských zemí. Byly sledovány faktory jako klima, hustota obyvatelstva, sociální úroveň, věk, fenotyp, obezita a jejich vliv na průběh epidemie. Jedním ze sledovaných vlivů na výskyt onemocnění covidu-19 a jeho tíži bylo složení stravy. Obyvatelé těchto zemí s nízkou úmrtností na covid-19 konzumují velká množství zkvašené zeleniny, např. zelí, a látky obsažené v určitých druzích koření. Domácí fermentované potraviny celosvětově jsou součástí stravy více než tisíce let a jsou spojeny s kulturní tradicí zemí hlavně na venkově. Živé kultury obsahují např. fermentovaná zelenina, zakysané mléčné výrobky atd. Častou bakterií podílejících se na fermentaci je *Lactobacillus* – např. kvašené zelí, kefir, kimchi atd. Fermentované potraviny jsou agonistou antioxidačního systému buňky – transkripčního jaderného faktoru (nuclear factor E2-related 2 – Nrf2). Ze získaných údajů se zdá být možné, že existuje účinek fermentovaných potravin na aktivitu Nrf2 a ovlivňuje tak tíži covidové infekce.

To be or not to be vaccinated, that is the question?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Očkování je primární metodou prevence infekčních onemocnění. Lékaři a zdravotní sestry primární péče hrají klíčovou roli v imunizaci dětí, a proto je jejich postoj velmi důležitý pro dosažení požadované míry proočkovanosti. Zdravotníci jsou rovněž považováni za osoby vystavené vysokému riziku onemocnění, kterým lze předcházet vakcínou, zejména těch, které jsou způsobeny patogeny přenášenými krví a vzduchem. Vakcíny doporučené pro zdravotníky zahrnují chřipku, spalničky, příušnice, hepatitidu B, plané neštovice, meningokoky a hepatitidu A.

Chřipka je vysoce nakažlivé onemocnění, které způsobuje značnou zátěž morbiditou a mortalitou. Chřipka je akutní virová infekce, která může vést k zápalu plic, sekundárním bakteriálním infekcím, hospitalizaci a příležitostně ke smrti, zejména u určitých rizikových skupin. Metaanalýza výskytu chřipky mezi zdravotnickými a nezdravotnickými pracovníky ukázala, že zdravotničtí pracovníci mají výrazně vyšší riziko chřipkové infekce ve srovnání se zaměstnanci mimo tento sektor. Zdravotníci, kteří jsou obecně zdraví dospělí, nejsou vystaveni vysokému riziku závažných komplikací po chřipkové infekci. Jsou však doporučenou cílovou skupinou pro očkování proti sezónní chřipce podle Světové zdravotnické organizace. Zdravotníci mohou být viru profesionálně vystaveni a mohou působit i jako zdroj nozokomiální infekce svých dětských pacientů.

Sezónní chřipka byla do roku 2019 (SARS-Cov-2 pandemie) hlavní hrozbou pro veřejné zdraví a virus způsobuje 3–5 milionů případů závažných onemocnění každý rok (WHO), a jak bylo uvedeno na Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 2003, je zodpovědná za až 1 milion úmrtí ročně. Úmrtí bylo hlášeno u **0,5–1 na 1 000 případů chřipky**, přičemž **nejvyšší četnost hospitalizací se vyskytla u dětí mladších dvou let** a u jedinců ve věku ≥ 65 let. Na rozdíl od situace u většiny dětských vakcín je evropskou politikou doporučena pro chřipku ochrana osob s vyšším rizikem buď přímo jejich očkováním, nebo nepřímo očkováním těch, kteří je pravděpodobně nakazí (zdravotničtí pracovníci a těhotné ženy). Očkování těhotných žen chrání ženy během těhotenství a bezprostředně po něm a také snižuje riziko pro jejich dítě. Rozsáhlé důkazy podporují očkování prioritních skupin, včetně zdravotnických pracovníků, zejména těch v první linii, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku nákazy chřipkou v důsledku expozice infikovaným pacientům a také virům cirkulujícím v komunitě. Kromě toho může chřipka narušit zdravotnické služby a finančně ovlivnit zdravotnické organizace. Imunizace může snížit absence zaměstnanců, nabídnout úsporu nákladů a poskytnout ekonomické výhody. Evropská rada doporučuje, aby členské státy zlepšily proočkovanost u těchto cílových skupin. Míra proočkovanosti 75 % definovaná pro rizikové populace může být použita jako měřítko pro zdravotníky. Očkování proti chřipce by mělo být spíše pravidlem než výjimkou. Doporučená míra proočkovanosti v rizikových skupinách v EU je považována za pragmatický a dosažitelný cíl.

Při přijímání pacientů do své péče přebírá lékař zvláštní profesionální odpovědnost za jejich blaho a tato odpovědnost jej zavazuje dodržovat všechny rozumné, **na důkazech podložené osvědčené postupy k zajištění bezpečnosti pacientů**. Když se osoba rozhodne pracovat ve zdravotnictví, učiní autonomní volbu, zda bude pracovat v povolání služeb, které slouží zájmům zranitelných pacientů. S takovými volbami přicházejí určité povinnosti. Jedním z nich je povinnost přijmout základní opatření k ochraně ohrožených pacientů před infekcemi. Není sporné, že je povinné mytí rukou nebo očkování proti hepatitidě B. Musí být nesporné, že vhodné je také jednoduché, bezpečné opatření očkování proti chřipce. Očkování by ochránilo zaměstnance i pacienty. Pokud to zdravotník nebude ochoten přijmout, nesplní svou povinnost vůči pacientům. **Navíc, pokud zaměstnanec není ochoten věřit lékařskému zákroku, který je podpořen výzkumem založeným na faktech, jak může věřit zbytku lékařské vědy, kterou zjevně nabízí?** V současné době neexistuje v evropských zemích shoda ohledně rutinního očkování dětí proti sezónní chřipce, ačkoli takové doporučení je nyní standardní ve Spojených státech a WHO doporučuje očkování dětí ve věku ≥ 6 až 59 měsíců (1, 2). Od vypuknutí pandemie tato doporučení přijímá více zemí. Neochota zemí doporučovat rutinní očkování dětí proti sezónní chřipce může odrážet nedostatek důkazů o nákladové efektivitě a vnímání rizika tohoto opatření. Částečně to odráží, že z Evropy je tak málo údajů. I v těch zemích, které doporučují sezónní očkování dětí již řadu let, nebyly důvody nízkého pokrytí v naší studii prozkoumány, ale může to odrážet vnímání nízkého rizika veřejností a lékařskou komunitou. Pokud máme být základním prvkem, který informuje, vzdělává a přesvědčuje rodiče o významnosti zavedeného národního vakcinačního programu pro jejich potomky, asi bychom si měli nejdříve uklidit před vlastním prahem. Caplan prosazoval povinné očkování, protože: (1) každý etický kodex používaný lékaři, sestrami a dalšími zdravotnickými pracovníky velmi jasně a výstižně uvádí, že zájmy pacientů musí mít přednost před zájmy ostatních; (2) zdravotníci pracovníci (ZP) jsou povinni respektovat základní lékařský etický požadavek „**primum non nocere**“ a konečně (3) ZP hrají zvláštní roli, pokud jde o zranitelné osoby, které se nemohou chránit (3). Jde o povinnost, která je obecně uznávána v profesních etických kodexech. Tím, **že se sami neočkujeme**, přizíváme **strach z vakcín**, posílujeme **antivakcinační pocity** a dáváme **veřejnosti špatný příklad**. Etická povinnost nechat se očkovat spočívá na každém jednotlivém zaměstnanci jako rozšíření jeho profesní povinnosti vůči svým pacientům. Zdravotnická zařízení také nesou etickou povinnost zajistit, udržovat a prosazovat univerzální očkování proti sezónní chřipce mezi svými zaměstnanci, vzhledem k jejich schopnosti zavádět očkovací politiku a jejich rostoucí individuální a institucionální odpovědnosti v moderní lékařské éře. **Zásady povinného očkování proti chřipce jsou v souladu s profesní etikou** (3).

Hlavní překážky očkování proti chřipce byly dobře prostudovány. Patří mezi ně zkreslené vnímání rizika chřipkové infekce a také skepse, nesprávná přesvědčení a mylné představy o bezpečnosti a účinnosti vakcín proti sezónní chřipce. Veřejnost, včetně zdravotníků, musí projít érou **post-pravdy a alternativních faktů**.

LITERATURA

1. World Health Organization (WHO) Influenza (Seasonal) – Fact Sheet No. 211, March 2014. [accessed on 25 August 2019]; Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>.
2. Rizzo C, Rezza G, Ricciardi W. Strategies in recommending influenza vaccination in Europe and US. Hum Vaccin Immunother. 2018;14(3):693-698.
3. Caplan A. Time to mandate influenza vaccination in health-care workers. Lancet. 2011;378(9788):310-311. Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. Euro Surveill. 2013;18(45):20627.
4. Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. Euro Surveill. 2013;18(45):20627.

MÖLLER'S

OMEGA-3 RYBÍ OLEJ Z NORSKA



Doplňky stravy



ZRAK

DHA a vitamin A
přispívají k udržení
normálního stavu zraku*



MOZEK

DHA přispívá
k udržení normální
činnosti mozku*



IMUNITA

Vitaminy A a D přispívají
k normální funkci
imunitního systému



SRDCE

EPA a DHA
přispívají k normální
činnosti srdce**



KOSTI

Vitamin D je potřebný
k normálnímu růstu
a vývoji kostí dětí

- ✓ **Bohatý zdroj Omega-3**
mastných kyselin EPA a DHA
- ✓ **Zdroj vitaminů A, D a E**
- ✓ **Lze podávat už od 1 roku věku¹**
- ✓ **Doporučená denní dávka**
5 ml/denně

¹ Möller's Omega-3 Můj první rybí olej,
ostatní oleje jsou od 3 let věku

	1-3 roky	3-6 let	6-18 let	dospělí
Möller's Omega-3 rybí olej				
Můj první rybí olej bez příchutě				Bez příchutě
				S citronovou příchutí
				D+ s citronovou příchutí
				Double kapsle
				S ovocnou příchutí
				Želé rybičky

*,** Příznivého účinku se dosáhne při přívodu 250 mg *DHA / **EPA a DHA denně.

www.mollersomega3.cz

MÖLLER'S. Ranní dávka zdraví pro celou rodinu.

Vyzvaná přednáška

pátek / 6. května 2022 / 12.00–12.30 hod.

Přístup k očkování a proočkovanost v ČR – poučení z covidové doby **prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D.**

Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové

Úvod: Nástup nové pandemie 21. století a objev očkovací látky proti onemocnění covid-19 s sebou přinesl řadu změn v přístupu k očkování a ovlivnil také názory na očkování nejen mezi lékaři, ale více mezi veřejností. Objevila se celá řada pseudodobrodětelů na očkování a imunologii, kteří šířili názory proti očkování, názory o neúčinnosti a škodlivosti vakcín. Hrozí, že šíření dezinformací poškodí přístup a proočkovanost také u dalších infekcí.

Výsledky: V moderní historii očkování nebylo dosud podáno tak velké množství očkovacích látek v krátkém čase, jako v průběhu pandemie covidu-19. Jenom v České republice bylo za 14 měsíců aplikováno více než 17 milionů dávek vakcíny proti covidu-19, celosvětově pak více jak 630 milionů dávek. Bylo dosaženo celkové proočkovanosti 64 %, v populaci seniorů dokonce více než 90 %. Díky zavedeným protiepidemickým opatřením, omezením mobility osob, distančnímu poskytování zdravotní péče a omezení plánovaných výkonů došlo také k poklesu počtu preventivních prohlídek. To vše ovlivnilo proočkovanost proti ostatním onemocněním než je covid-19. Analýza proočkovanosti dospělých z dostupných dat potvrdila nedostatečnou proočkovanost prakticky u všech sledovaných očkování. Proočkovanost dospělých ve věku 65 a více let, jako v jedné z nejrizikovějších věkových kategorií, byla nízká jak v případě pneumokokových onemocnění, tak v případě chřipky. V roce 2020 byl zaznamenán pokles počtu aplikovaných dávek v porovnání s předchozím obdobím. K poklesu počtu aplikovaných dávek u dospělých došlo také u očkování proti tetanu. Odlišná situace je u očkování dětí. Průběh epidemie onemocnění covid-19 neovlivnil očkování u kojenců a batolat a nedošlo k poklesu proočkovanosti. Úprava schématu očkování u hexavakcíny a u pneumokokových nákaz na schéma 2 + 1 dávka má naopak dopad na zlepšení proočkovanosti, především u očkování proti pneumokokovým nákazům s nárůstem u dětí ročníku narození 2019, s proočkovaností 73 %. K poklesu proočkovanosti u hexavakcíny nedošlo ani v roce 2020, kdy byly očkovány i děti narozené v roce 2019 a kde proočkovanost dosáhla 95,2 % při sledování podání alespoň 1 dávky hexavakcíny. Zavedení očkování proti meningokokovým nákazům neovlivňuje významně ani proočkovanost proti pneumokokovým nákazům v prvním roce věku života u ročníku narození 2020.

Závěr: Onemocnění covidem-19 potvrdilo, že očkování zůstává nejúčinnějším nástrojem na zmírnění dopadů pandemie, že je možné v krátkém čase aplikovat velké množství vakcín, že klíčovým pro vysokou proočkovanost je dostupnost očkovacích míst a dobrá informovanost o přínosech a bezpečnosti vakcín a že je nezbytné zahájit větší využívání elektronizace zdravotnictví také v očkování.

Aktuality v pediatrii I

pátek / 6. května 2022 / 12.30–13.15 hod.

Zvýšení hodnoty omega3 indexu velmi dobře koreluje s výsledky psychomotorických testů sportující mládeže

RNDr. Pavel Suchánek

IKEM, Praha

Tuky z mořských ryb EPA a DHA jsou nezastupitelnou složkou výživy. Jejich přínos není pouze ve vztahu k srdečně cévnímu onemocnění nebo k ochraně a snižování bolestivosti kloubů, ale dle současných poznatků je zásadní i jejich vliv na vývoj mozku nenarozeného a čerstvě narozeného dítěte. Stejně tak se prokázal vliv těchto mastných kyselin na kognitivní schopnosti dospívajících a dospělých a mají vliv i na zpomalování stárnutí mozku v případě seniorů.

Vhodné, případně nevhodné zastoupení různých druhů tuků, resp. mastných kyselin ve stravě dětí a dospívajících, má tedy zásadní vliv nejen na riziko kardiovaskulárních onemocnění, nebo imunitu, ale tuky z mořských ryb (EPA a DHA) ovlivňují schopnost učit se a zapamatovat si, případně mají vliv na vývoj a zlepšování i psychomotorických schopností. Současná výživová doporučení zdůrazňují z výše zmíněných důvodů nutnost omezení ve stravě nasycených a transmastných kyselin a naopak doporučují navýšit omega3 mastné kyseliny, zejména pak dlouhořetězcové, označované jako tuky z mořských ryb (EPA a DHA). EPA má výrazný protizánětlivý účinek, je tedy důležitá z pohledu imunity, DHA je zásadní z hlediska duševního vývoje novorozenců, dospívajících, dospělých i seniorů. Současné výzkumy SZU prokázaly výrazný nedostatek zejména DHA v mateřském mléce, přičemž nedostatek tuků z mořských ryb (EPA a DHA) ve stravě se ukazuje jako velmi důležitý především ve vztahu k psychomotorickým schopnostem dětí, dospívajících, případně i seniorů.

Jedním z parametrů, kterým můžeme měřit kvalitu stravy a množství EPA a DHA ve stravě, je omega3 index. Omega3 index stanovený z kapky kapilární krve je parametrem, který přímo koreluje s příjmem a využitím těchto důležitých mastných kyselin. V rámci dlouhodobého projektu jsme se zaměřili na korelaci omega3 indexu se schopností učit se a zapamatovat si u sportujících dětí na druhém stupni základních škol. Sledovali jsme, jak se projevila změna v omega3 indexu na výsledcích psychomotorických testů a potvrdili jsme jednoznačnou korelaci mezi sledovanými parametry. Vyšší omega3 index znamená lepší výsledky v psychomotorických testech. Prokázali jsme, že hodnota omega3 indexu má pozitivní vliv na schopnost učit se a zapamatovat a pozitivně ovlivňuje i psychomotorické schopnosti dětí.

Vybrané kapitoly z dětské urologie

garant doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

pátek / 6. května 2022 / 14.15–15.30 hod.

Co, kdy, jak s předkožkou?

doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika, FN Olomouc

Fimóza je charakterizována zúžením zevního okraje předkožky, které ani po uvolnění konglutinací neumožňuje její úplné volné přetažení přes žalud. Konglutinace jsou adheze vnitřního listu předkožky k epitelu glandu, které se postupně spontánně rozrušují. Zbytkové konglutinace mohou být i u starších dětí. Incidence fimózy je ve věku 6–7 let asi kolem 8%. Fimóza je primární nebo sekundární. U primární fimózy je zúžení vrozené, u sekundární vzniká jizvení předkožky v důsledku balanitis xerotica obliterans, opakovaných balanitid nebo traumatizaci při pokusech o násilné přetažení primární fimózy. Pokud chlapec močí volně, nejsou opakované záněty předkožkového vaku nebo nedošlo k parafimóze, měli by rodiče a lékaři respektovat přirozený vývoj předkožky a vyvarovat se jejímu předčasnému a násilnému přetahování.

Léčbu nekomplikované primární fimózy zahajujeme většinou po 2.–4. roce života. Léčbu primární fimózy provádíme lokální aplikací masti s 0,05–0,1% koncentrací kortikoidu (betamethason, clobetasol, triamcinolon aj.), 2x denně po dobu 4–6 týdnů. Po týdnu aplikace masti lze zahájit velmi šetrné, postupné přetahování předkožky. K uvolnění fimózy dochází v 67–95 % případů. Léčba je bezpečná a nemá vedlejší účinky. Při malém efektu léčby je možno aplikaci stejného či jiného kortikoidu v tříměsíčních intervalech 2–3x opakovat. K rozvolňování konglutinací se léčba kortikoidovou mastí nepoužívá.

V případě neúspěchu léčby, zánětlivých komplikací, nebo parafimóze doporučujeme provedení částečné nebo úplné obřízky.

Kontraindikací cirkumcize představují akutní zánět předkožky a vrozené vady penisu – hypospadiie a zanořený penis, k jejichž rekonstrukci se používá materiál z předkožky. Sekundární jizevnatou fimózu je nutné řešit bez ohledu na věk operací.

Doporučení:

- u dítěte s nepřetžitelnou předkožkou je nutné odlišit, zda jde o fimózu, či konglutinace
- vrozená fimóza bez známek jizvení se většinou spontánně upraví, při jejím přetrvávání zahájíme léčbu nejdříve po 2.–4. roce života lokální aplikací kortikoidové masti
- primární fimózu aktivně léčíme při opakovaném zánětu předkožky, při opakované infekci močových cest či při vrozené uropatii
- při selhání konzervativní léčby nebo při jizevnaté fimóze přistupujeme k chirurgickému výkonu

Velké problémy malých kluků – kryptorchismus, varikokéla**doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.**

Urologická klinika, FN Olomouc

Kryptorchismus je stav, kdy je varle uloženo mimo šourek i při relaxaci břišních svalů. Kryptorchismus postihuje až 30 % nedonošených a 2–3 % donošených chlapců. V roce věku není varle v šourku u 1 % všech chlapců. Základním vyšetřením u kryptorchismu je bimanuální palpce. Dítě vyšetřujeme ležící a v poloze tureckého sedu, kdy je díky relaxaci břišních svalů utlumen cremasterový reflex a je možno odlišit retraktilní varle od nesestouplého. Léčba dítěte s kryptorchismem by měla být ukončena do 18. měsíce věku, později jen v případě dodatečného vzestupu. Zlatý standard léčby představuje uvolnění varlete a spermatického funiklu z přístupu v tříse a uložení varlete do podkožní kapsy v šourku. V případě těžce hypoplastického či atrofického varlete je indikována orchiektomie. Umístění nesestouplého varlete do šourku snižuje onkologické riziko pacienta, riziko úrazu varlete, torze semenného provazce a riziko vzniku tříselné kýly. Vliv orchidopexie na budoucí fertilitu není zcela jasný. Vliv hormonální léčby na sestup varlete byl dříve přeceňován, ve skutečnosti je velmi omezený. Randomizované studie s podáváním HCG dosáhly úspěchu jen u 19 % pacientů, aplikace HCG může způsobit apoptózu zárodečných buněk.

Za varikokélu je označována abnormální dilatace testikulárních vén v plexus pampiniformis, která se objevuje na počátku puberty a je způsobena venózním renotestikulárním refluxem. Vyskytuje se asi u 15 % adolescentů, je většinou levostranná, může vést k zpomalení růstu varlete a až u 20 % nemocných ke snížení fertility. Diagnóza varikokély se stanoví klinickým vyšetřením u stojícího pacienta. Rozeznáváme tři klinické stupně varikokély: I. stupeň – rozšířené žíly jsou hmatné pouze při Valsalvově manévru, II. stupeň – distenze žil je hmatná bez Valsalvova manévru, III. stupeň – rozšíření žil je viditelné. Součástí klinického vyšetření je posouzení velikosti a konzistence varlat. Dětského pacienta indikuje k operaci po 6–12 měsících sledování urolog v těchto případech: přetrvávající malé varle, jiná patologie na kontralaterálním varleti, která může ovlivnit fertilitu, oboustranně hmatná varikokéla, bolestivá varikokéla. Ostatní varikokély by měly být sledovány do doby, než bude možné provést spolehlivý spermioqram, obvykle nad 17 let věku, a operaci indikovat v případě opakovaného abnormálního nálezu ve spermioqramu. Operační léčba je založena na přerušení či okluzi vnitřních spermatických vén s renotestikulárním refluxem.

Pomočování u dětí**MUDr. Jan Šarapatka, Ph.D., FEBU, doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.**

Urologická klinika, LF UP a FN Olomouc

Vyšetření dítěte s pomočováním by měl primárně provádět praktický lékař. Základní, neinvazivní vyšetření zahrnuje odebrání anamnézy, fyzikální vyšetření dítěte, vyhodnocení pitné a mikční karty, četnost stolice, laboratorní vyšetření a ultrazvuk (UZ) ledvin a močového měchýře, včetně UZ postmikčního rezidua. Výsledky vyšetření odliší děti s funkční poruchou mikce od dětí s organickou příčinou poruchy mikce. Také je třeba odhalit děti s celkovým onemocněním, u kterých je pomočování jen doprovodným příznakem – diabetes insipidus, diabetes mellitus nebo chronická renální insuficience.

U dětí s funkční inkontinencí (nejčastěji hyperaktivní močový měchýř nebo noční pomočování) zahájíme léčbu praktický lékař. V první linii se jedná o nastavení režimových opatření a odstranění

zácpy, která bývá přítomna až u 50 % dětí s inkontinencí. Praktický lékař také zahajuje farmakologickou léčbu anticholinergiky a/nebo Desmopresinem. K urologovi nebo nefrologovi by měl být pacient odeslán v případě, že je při vstupním vyšetření podezření na anatomickou patologii urotraktu, neurologickou poruchu, pokud jsou známky dysfunkční mikce, subvezikální obstrukce nebo při recidivujících infekcích močových cest. Pokud i přes základní terapii přetrvává noční pomočování déle než 12 měsíců nebo jsou přítomny příznaky hyperaktivního močového měchýře déle než 3–6 měsíců, je taktéž vhodné předat dítě do specializované ambulance.

Při vstupním vyšetření urolog opětovně vyhodnotí anamnézu, mikční diář a dále provede fyzikální vyšetření a UZ při plném a prázdném močovém měchýři, včetně UZ postmikčního rezidua a změření šíře stěny močového měchýře. Základní vyšetření doplňuje o uroflowmetrii, při známkách dysfunkční mikce nejlépe současně s EMG záznamem. Při patologickém nálezu zjištěném při základním vyšetření indikuje urolog rozšířená vyšetření k přesnému stanovení diagnózy a k volbě adekvátní terapie. Mezi ně patří mikční cystourethrografie, cystoureteroskopie a (video)urodynamické vyšetření. Na základě rozšířených vyšetření určí urolog typ poruchy močení a zhodnotí funkci detruzoru se sfinkterem, což umožní další cílenou léčbu.

Močové infekce od narození po dospělost

MUDr. Jan Šarapatka, Ph.D., FEBU, doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika, LF UP a FN Olomouc

Infekce močových cest (IMC) patří mezi nejčastěji se vyskytující bakteriální infekce v dětském věku. Alespoň jedna epizoda IMC postihne do věku 7 let přibližně 8 % dívek a 2 % chlapců. V narozeneckém věku se IMC vyskytuje častěji u chlapců, naopak po prvním roce věku začíná být častější výskyt u dívek.

Nejčastěji izolovaným uropatogenem bývá *E. coli*, která je izolována v 80–90 % případů. Dalšími patogeny mohou být *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas* a *Enterococcus*. U sexuálně aktivních adolescentních dívek je příčinou IMC $\geq 15\%$ *Staphylococcus*. Ve více jak 90 % případů se jedná o ascendentní průnik mikroorganismu z periuretrální oblasti. Za rizikový faktor bývá považována krátká uretra u dívek a předkožkový vak u chlapců.

Vznik IMC ovlivňuje virulence uropatogenu, obranné mechanismy hostitele, urobiom a genetická predispozice. Významným komplikujícím faktorem pro vznik a perzistenci IMC je vezikoureterální reflux, který bývá přítomný u 30–50 % pacientů s febrilní IMC, dále obstrukční vady, přítomnost cizího tělesa, fimóza, labiální synechie, dysfunkce dolních močových cest, zácpa, diabetes mellitus, obezita, deficit vitamínu D, u kojenců nedostatečná vyžrálost imunitního systému a u adolescentních dívek pohlavní aktivita.

Klinické příznaky IMC bývají v kojeneckém věku nespecifické (horečka, neprospívání, odmítání kojení, zvracení), v pozdějším věku se stávají více specifickými (horečka, mikční potíže, zapáchající moč, bolesti v podbřišku, kolika). Diagnostika zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření a odběr moči. Ten obzvláště u pacientů před dosažením kontinence bývá obtížný. Může být proveden invazivně pomocí katetrizace či suprapubické punkce nebo neinvazivně využitím sběrného sáčku nebo zachycení proudu moči do zkumavky. Vyšetření moči se provádí mikroskopicky nebo pomocí diagnostického proužku, nezbytné je odeslat materiál na mikrobiologický rozbor. Ze zobrazovacích metod se v diagnostice využívá především UZ, dále ve vybraných případech mikční cystourethrografie, scintigrafie a případně cystoskopie. Tyto metody slouží k odhalení komplikujících faktorů.

Iniciální léčba IMC je zaměřena na eradikaci patogenu a tlumení doprovodných symptomů. Antibiotickou léčbu zahajujeme empiricky, s úpravou dle výsledku močové kultivace. Včasná léčba je nezbytná k prevenci poškození ledvin, správná diagnostika pomůže odhalit rizikové faktory, které je nutné léčit po zvládnutí akutního stavu (vezikoureterální reflux, zácpa a jiné). Při prevenci recidivy IMC jsou nezbytná režimová opatření, někdy je vhodné užití antibiotické profylaxe.

Vezikoureterální reflux a medicína založená na důkazu**MUDr. Pavel Geier, Ph.D.**

Division of Nephrology, Department of Pediatrics, CHEO and University of Ottawa, Canada

Vezikoureterální reflux (VUR) je onemocnění, které je známo a léčeno více než 50 let. V odborné literatuře existuje nepřehledné množství článků, které se zabývají jak diagnostikou, tak léčbou, a přesto je i v současné době léčba tohoto onemocnění v řadě případů kontroverzní.

Medicína založená na důkazu (EBM) je metodika, která využívá všech dostupných vědeckých důkazů, zkušeností lékaře a očekávání pacientů ke stanovení co nejlepšího léčebného postupu. Pro to, abychom aplikací principů EBM získali v praxi použitelné informace, je zásadní dobře formulovat otázku, na kterou hledáme odpověď.

Otázka by měla obsahovat prvky PICO. P je populace, kdy přesně definujeme, o jakém pacientovi chceme získat informaci (chlapeček, děvče, jaký věk). I znamená intervence, to znamená například, jakou léčbu chceme použít (chirurgická, antibiotická profylaxe, pouze sledování). C je značka pro comparison neboli srovnání – porovnáváme například léčbu chirurgickou nebo konzervativní. O označuje outcome, neboli výsledek léčby. Toto je velice důležité, protože závěry našeho vyhledávání se mohou lišit podle toho, jaký výsledek je pro nás důležitý. Pokud si jako výsledek, který nás zajímá, stanovíme vymizení VUR, tak asi není překvapivé, že nejlepší intervencí by byla chirurgická léčba. Jiná situace může nastat, pokud nás bude zajímat vznik nových jizev ledvinového parenchymu. Existují důkazy, že u chlapců starších než jeden rok je riziko vzniku nových jizev minimální, bez ohledu na zvolenou léčbu nebo dokonce i když se pacient pouze sleduje. Naproti tomu u děvčat, antibiotická profylaxe přesvědčivě a lépe chrání před novými jizvami.

V řadě případů se ani při podrobném vyhledávání nedaří získat přesvědčivé důkazy o přednostech a komplikacích určité léčby a v tom případě se musíme řídit zkušenostmi a doporučeními expertů v oboru. Proto u dětí mladších 1 roku s VUR stále doporučujeme antibiotickou profylaxi.

Závěr: Pacienti s VUR tvoří heterogenní skupinu a mohou v různých situacích vyžadovat různou léčbu. Využitím EBM můžeme léčbu tohoto onemocnění individualizovat pro pacienty na základě vyhodnocení rizika vývoje nového poškození ledvinové tkáně.

Aktuality v pediatrii II

pátek / 6. května 2022 / 16.00–17.40 hod.

Imunomodulácia v kontexte trénovanej imunity**RNDr. Renáta Kuniaková**

Imunoglukan, s. r. o., Bratislava

Fungujúci imunitný systém udržiava organizmus v rovnováhe a chráni ho pred vonkajšími aj vnútornými činiteľmi. **Imunomodulácia** je vhodná metóda, ktorá dokáže regulovať neprimerané aktivity imunitného systému vznikajúce z rôznych dôvodov, akými sú nedostatok spánku, psychický a fyzický stres, chronické choroby a iné. **Biologicky aktívne polysacharidy** (BAP – napr. beta-glukán) predstavujú v súčasnosti prvú skupinu prírodných imunomodulancií s dokázanou schopnosťou „trénovať“ bunky vrodenej imunity. Najnovšie poznatky v oblasti imunológie totiž potvrdili, že aj vrodená imunita má schopnosť istej formy pamäte, nazývanej termínom „**trénovaná imunita**“. Tento „imunitný tréning“ vedie k rýchlejšej a intenzívnejšej obrane organizmu pri následnej infekcii spôsobenej rôznymi patogénmi. Medzi BAP s klinicky preukázaným imunomodulačným účinkom patrí aj IMG® (komplex BAP na báze β -(1,3/1,6)-D-glukánu pleuran) izolovaný patentovanou technológiou z *Pleurotus ostreatus*, ktorý zabezpečuje komplexnú imunomoduláciu celého organizmu.

Respiračné infekcie predstavujú najčastejšiu formu infekcií v každej vekovej kategórii, pričom dôvodom pre ich manifestáciu býva zvyčajne oslabený imunitný systém. Väčšina týchto infekcií, nie je závažná a vyžaduje iba domácu starostlivosť bez použitia antibiotík. Dôležité je správne a včas nastaviť symptomatickú a komplementárnu imunomodulačnú liečbu. Pediater, ktorý pozná

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[®]

najlepšie svojho pacienta, vie teda správne zhodnotiť závažnosť a frekvenciu infekcií a na základe toho prípadne navrhnúť aj vhodnú imunomoduláciu.

Otvorené aj dvojito zaslepené, placebom kontrolované štúdie u detí s opakovanými respiračnými infekciami potvrdili preventívny účinok pleuranu na výskyt a intenzitu recidivujúcich vírusových a bakteriálnych infekcií u detí od 1 roka. Výsledky pozorovaní v rôznych európskych krajinách preukázali zníženie celkového počtu infekcií a nižšiu frekvenciu výskytu rôznych podtypov infekcií horných a dolných dýchacích ciest (napr. prechladnutie, laryngitída, otitída). Taktiež v štúdiách s vrcholovými športovcami bolo potvrdené, že užívanie pleuranu prispieva k významnému zlepšeniu imunitných parametrov a k zníženiu výskytu respiračných infekcií aj u zdravých jedincov s imunitou oslabenou vplyvom fyzického stresu. Publikované klinické štúdie potvrdili, že pleuran spĺňa kritériá účinného a bezpečného imunomodulačného prípravku na prírodnej báze.

Správne zvolená a načasovaná **imunomodulácia** je teda vhodnou prevenciou opakovaných respiračných infekcií ale aj celkovo oslabeného organizmu z dôvodu rôznych rizikových faktorov (alergie, psychický a fyzický stres a pod.)

LITERATÚRA

1. Jeseňák M, Rennerová Z, Bánovčin P, et al. Recidivujúce infekcie dýchacích ciest a imunomodulácia u detí. Praha: Mladá Fronta; 2012.
2. Bobovcak M, et al. Effect of Pleuran (β-glucan from *Pleurotus ostreatus*) supplementation on cellular immune response after intensive exercise in elite athletes. 2010, Appl. Physiol. Nutr. Metab. 2010;35:755-762.
3. Hemilä H, Douglas RM, Chalker EB, et al. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD000980.
4. Jesenak M, et al. Imunoglukan P4H® in the Prevention of Recurrent Respiratory Infections in Childhood, Czech.-Slov. Pediat. 2010;65(11):p.639-647.
5. Jesenak M, et al. Immunomodulatory effect of pleuran (β-glucan from *Pleurotus ostreatus*) in children with recurrent respiratory tract infections. Int Immunopharmacol 2013;15(2):395-399.
6. Geller A, Yan J. Could the Induction of Trained Immunity by-Glucan Serve as a Defense Against COVID-19? Front. Immunol. 2020;11:1782.

Alergie na bielkovinu kravského mlieka – od teórie k praxi a k možnosťom prevencie

MUDr. Veronika Látalová

Dětská klinika LF a FN Olomouc

Alergie na bielkovinu kravského mlieka (ABKM) je najčastejšia potravinovou alergiou kojenců a batolat s odhadovanou prevalenciou 2–5 % detí do troch rokov. Etiopatogeneticky sa uplatňujú IgE i non – IgE mediované imunitné reakcie, s čímž súvisí i klinický obraz ABKM, ktorý sa môže týkať niekoľkých orgánových sústav. Diagnostický a terapeutický algoritmus sa odvíja od predpokladaného imunologického mechanizmu, od tíže klinických prejavů a od typu výživy kojenca (kojení vs. mliečna formuľa), a je založen na eliminácii bielkoviny kravského mlieka s posúdením efektu a ev. rozhodnutím o načasovaní reexpozície (predevším u non – IgE ABKM). Prognóza ochorenia je dobrá, nímene nese s sebou riziko rozvoja jiných alergických ochorení v ďalších rokoch života.

Návaznosť zdravotníckej péče o deti ťežšie nemocné alebo s postihnutím

Mgr. Pavla Matyášová

Společnost pro ranou péči, Pobočka pro rodinu Olomouc

Raná péče je sociálna služba určená rodinám, do ktorých sa narodilo dieťa s postihnutím od narodenia do 7 rokov. Cieľom ranej péče je predchádzať postihnutiu, eliminovať alebo zmierňovať jeho dôsledky a poskytnúť rodine, dieťaťu i spoločnosti predpoklady sociálnej integrácie. Služby ranej péče majú byť poskytované od zistenia rizika alebo postihnutia do prijatia dieťaťa vzdelávacími inštitúciami tak, aby zvyšovali vývojovú úroveň dieťaťa v oblastiach, ktoré sú ohrozené faktormi biologickými, sociálnymi a psychologickými. Zásadnú úlohu vo vývoji dieťaťa hrajú prvé tri roky života. Práve v období do troch rokov sú kompenzačné možnosti mozgu tak obrovské, že umožňujú nejlépe rozvinúť náhradní

mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Pokud se právě toto období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit.

- Sociální službu **ranou péčí využije pouze třetina z rodin**, kterým by tato služba mohla poskytnout podporu v péči o dítě se zdravotním postižením či znevýhodněním. **Jednou z hlavních příčin je nedostatečná informovanost.**
- **Využití sociální služby rané péče do značné míry závisí na informacích a doporučení, které dostanou rodiče ve zdravotnickém zařízení.** Pro účinnost rané péče je třeba, aby se o ní rodiče dozvěděli a využili ji ihned po diagnostikování zdravotního postižení nebo vývojového opoždění dítěte. Řadu zdravotníků, zejména pediatriů, však o existenci rané péče a o tom, jakou podporu může poskytnout rodinám s dětmi s postižením, nikdo neinformoval. Proto rodiny dětí se zdravotním postižením či vývojovým opožděním na ranou péči ne vždy odkazují, jak to umožňuje Zákon o zdravotních službách.
- Informovanost o rané péči je relativně **nejlepší mezi rodinami, které mají dítě se zrakovým postižením.** Organizace poskytující podporu rodinám s dětmi se zrakovým postižením mají v ČR nejdelší tradici, dlouhodobě spolupracují se zdravotními službami na tom, aby rodiče o rané péči informovaly, oftalmologové jsou o rané péči často informováni.
- O rané péči bývají zpravidla ze strany zdravotníků (neurologů) informovány **rodiny s dětmi s nervosvalovým onemocněním.**
- Informovanost o rané péči již **není tak dobrá u rodin s dětmi se sluchovým postižením.** Na základě metodického pokynu ministerstva zdravotnictví z roku 2012 většina porodnic v ČR novorozenecký screening sluchu provádí, přesto však stále existují děti, které propadají sítem, a jejichž vada sluchu není včas zjištěna nebo potvrzena a zdravotní služby v případě sluchových vad o rané péči ne vždy informují. Ztrácejí se kdesi na cestě mezi porodnicí, rodiči, pediatry a foniatry.
- Díky zavedení screeningu autismu realizovaného pediatry se očekává **zlepšení pro** rodiny s dětmi s **poruchami autistického spektra.** Screening napomáhá tomu, aby rodiny začaly dříve spolupracovat s ranou péčí. Praktický lékař pro děti a dorost je lékařem, který je s dítětem a rodinou v nejčastějším styku a měl by být přirozeným zdrojem informací i průvodcem na cestě k odborné psychiatricko-psychologické péči.
- Relativně **nejhorší je situace v případě skupiny rodin s dětmi s opožděným psychomotorickým vývojem či mentálním a tělesným postižením**, a to jak z hlediska včasného zachytu postižení, tak informování rodičů o rané péči. Stejně jako u poruch autistického spektra, hrají v případě této skupiny dětí významnou roli pediatři. Na budování spolupráce se všemi pediatry chybí poskytovatelům rané péče kapacity (vzhledem k vysokému počtu pediatriů v oblasti své působnosti) a na systémovou spolupráci zase nemají dostatečný vliv.

Pilotní projekt novorozeneckého screeningu a první zkušenosti s genovou léčbou SMA

MUDr. Jana Haberlová, Ph.D.

Neuromuskulární centrum Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Od prvního ledna 2022 byl spuštěn celorepublikový pilotní projekt novorozeneckého screeningu SMA a SCID. Projekt bude probíhat 2 roky. Cílem projektu je optimalizace metodiky a organizace péče a následné zařazení screeningu SMA a SCID do již probíhajícího programu novorozeneckého screeningu. Podmínkou v účasti je podepsání extra informovaného souhlasu rodiči, v projektu jsou účastny všechny porodnice v ČR. Důvodem pilotu je zásadní změna v prognóze léčby presymptomatických versus symptomatických SMA i SCID pacientů. Léčba presymptomatických SMA pacientů zachovává samostatnou chuť, léčba již symptomatických pacientů ve většině případů umožňuje pouze pohyb na vozíku. Aktuálně jsou v ČR pro presymptomatické SMA novorozence dostupné dva kauzální léky. Léčba injekčním preparátem nusinersenem, u které je nutnost opakovaného celoživotního podávání, a jednorázová léčba onasemnogen abeparvovek

(OA) – genová léčba na principu přenosu syntetického humánního genu SMN1 pomocí virového vektoru. OA je naprosto převratná léčba v medicíně, jedná se o první příklad systémové genové léčby. Do dnešní doby jsme v našem centru OA podali u 16 SMA pacientů typu 1, 2 i 3 ve věku do 2+ let. Výskyt nežádoucích účinků (NU) u OA je velmi častý, vyskytují se i závažné nežádoucí účinky, například hepatopatie s nutností kortikoterapie či poruchy srážení. Přesto v našem souboru žádný pacient nemá po léčbě trvale NU, všichni pacienti z léčby významně profitují – mají zlepšení motorických i dechových funkcí.

Přednáška je sponzorována společností Novartis.

CZ2201182681/01/2022

Podpora pacientů se spinální svalovou atrofií

Mgr. Helena Kočová, Ph.D.

SMÁCI, z. s.

Předmětem prezentace je činnost patientské organizace SMÁci, z. s., která se dlouhodobě podílí na zajištění kvalitního života, péče, podpory a účinné léčby pacientů se spinální svalovou atrofií v České republice – jednoho z vzácných progresivních nervosvalových a život limitujících onemocnění.

Patientská organizace SMÁci, z. s., pomáhá se zlepšením péče neuromuskulárním centrům a jejich odborníkům, také vzdělává pacienty i lékaře ohledně mezinárodních Standardů péče a léčby SMA, pořádá mezioborové semináře, zprostředkovává odborné konzultace v oblasti mezioborové péče a multidisciplinárního přístupu a v krizové intervenci poskytuje psychosociální podporu pacientům a jejich rodinám. Pomáhá také v oblasti orientace v sociálním systému, v případě nutných odvolání při nepřiznání příspěvku na péči a dalších možných podpor také nabízí aktivní pomoc. V oblasti inkluzivního vzdělávání se snaží o kooperaci MŠ, ZŠ a SŠ a podpůrných opatření v doporučení Speciálně pedagogického centra. Vzhledem k progresi onemocnění je velmi důležité správné používání kompenzačních, a také didaktických pomůcek, pomáhá také s jejich finančním zajištěním prostřednictvím dárců, nadací a nadačních fondů. Organizuje také psychorehabilitační pobyty pro děti a dospívající s SMA. V neposlední řadě nabízí také možnou pomoc a podporu ohledně novorozeneckého screeningu u nově diagnostikovaných rodin, propojuje je s kolegyněmi v rané péči a nabízí psychosociální podporu. V současné době sdružuje patientská organizace více než 100 pacientů s tímto onemocněním, spolu s jejich rodinnými příslušníky a dalšími zájemci o problematiku SMA, máme téměř 200 členů. Patientská organizace SMÁci, z. s., je členem organizace SMA Europe, která sdružuje evropské patientské organizace věnující se SMA. Jsme také členem ČAVO (Česká asociace pro vzácná onemocnění).

www.smaci.cz

Duševní poruchy u dětí a covid-19

garantka doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

pátek / 6. května 2022 / 17.40–18.40 hod.

Duševní poruchy u dětí a adolescentů v období pandemie covidu-19 Nárůst depresivních a úzkostných poruch

MUDr. Šárka Bínová¹, MUDr. Tomáš Havelka²

¹Ordinace dětské a dorostové psychiatrie, Mělník

²Oddělení dětské a dorostové psychiatrie, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Přednáška se zaměřuje na vliv nucené sociální izolace (lockdownu) způsobené pandemií covidu-19 na duševní zdraví dětské a adolescentní populace v České republice. Nerozlišuje přitom, zda

daní jedinci infekci sami prodělali, či neprodělali. Výskyt jednotlivých duševních poruch vyhodnotili na základě vlastních zkušeností sami dětské psychiatry. Koordinační výbor Asociace dětské a dorostové psychiatrie (profesní organizace dětských a dorostových psychiatrů) v květnu 2021 elektronicky, formou ankety oslovil své členy, praktikující dětské a dorostové pedopsychiatry. Cílem ankety bylo zjistit, zda v době od března 2020 do konce dubna 2021 došlo k navýšení poptávky po pedopsychiatrické péči, a zachytit, které z vytipovaných duševních poruch se během pandemie nejčastěji objevovaly. Předmětem srovnání bylo období prvního lockdownu, nařízeného od počátku března 2020 do konce září téhož roku, a období druhého lockdownu, který trval od počátku října 2020 do konce dubna 2021. U dětí byly sledovány tyto nejčastější duševní poruchy: závislost na psychotropních látkách, netolismus, psychotické poruchy, depresivní poruchy, střídání nálad s depresivními propady, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha, disociativní poruchy, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky, sebevražedné jednání, somatoformní poruchy, ADHD, poruchy chování, domácí násilí. Anketa, a také zkušenosti pedopsychiatrů potvrdily, že v období druhého lockdownu došlo k nárůstu duševních poruch, zejména depresivních a úzkostných poruch, sebepoškozování, poruch příjmu potravy a netolismu. Nejpostiženější skupinou byli adolescenti. Uvádíme kazuistiku z ambulantní péče, která danou problematiku ilustruje. Bohužel ani nyní, po uplynutí jednoho roku, se duševní zdraví dospívajících nezlepšilo. Enormně narostla jak potřeba akutní péče v ambulancích, tak potřeba akutních hospitalizací na pedopsychiatrických lůžkách. Pediatr je většinou první lékař, kterého rodiče s úzkostným nebo depresivním dítětem navštíví, proto v našem sdělení uvádíme také doporučení, jak by mohli pediatři postupovat.

Covid-19 a lockdown – vliv na incidenci poruch příjmu potravy

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

PSYCHOMED, s.r.o., Olomouc

Koronavirová infekce (covid-19) se v podobě pandemie rozšířila počátkem roku 2020 po celém světě. Vzhledem k opakovanému šíření nemoci, přes striktní vládní opatření v mnoha zemích, se dalo předpokládat, že ponese dlouhodobě dopady psychologického distresu, sociální izolace a osamělosti v důsledku strachu, nejistoty a karanténních opatření (lockdown). Ze statistických údajů víme, že se zvýšila incidence PPP, především mentální anorexie. Víme také, že se na druhé straně snížila věková hranice dívek, které onemocněly. Je známé, že velké přírodní katastrofy mají vliv na naše jídelní chování, což dokumentoval zvýšený rozvoj dietování v Japonsku po zemětřesení r. 2011. Rychlý nárůst počtu nemocných s PPP v době covidu-19 vedl záhy vědecké týmy k odborným analýzám a hledání souvislostí. Z publikovaných prací v letech 2020–2021 vyplynulo, že covid-19 ovlivnil rozvoj PPP ve třech směrech. Kromě vlastního strachu z nákazy koronavirovou infekcí a obav z nebezpečí smrti blízkých osob sehrály roli také změny v denních aktivitách a jejich celkové omezení. Víme ale, že stejně významný vliv (v zásadě až patogenní) sehrálo negativní působení médií. Narušení a omezení denních aktivit a pohybu může zvýšit zaměření naší mysli na jídlo a vzhled, což negativně ovlivňuje příjem potravy, míru cvičení a spánek, čímž se zvyšuje riziko rozvoje PPP. Omezení sociálních kontaktů odstranilo všechny protektivní faktory. Nedostatek emoční podpory zvyšuje zranitelnost ke stresujícím okolnostem. Nedostatek radostných zážitků, zákaz setkávání s přáteli, nejistota, zda už nejsou navždy vyřazeni z vrstevnických vztahů, může vést k emočně podmíněnému příjmu potravy nebo omezení celkového příjmu. Sociální média nás zraňují tím, že se zaměřují na expozici štíhlých ideálů a podporují dietování v kontextu s reklamami na jídlo. Média mají někdy tendenci vtipkovat na téma zvýšené váhy během sociální izolace. Rozsáhlá mezinárodní práce, která posuzovala dopad pandemie na jídelní patologii zjistila, že se problematika PPP rozvinula především u dívek s tzv. podprahovými příznaky. Do této skupiny patří především dívky, které jsou nespokojeny se svým tělem a přály by si zhubnout, jen jim běžné denní povinnosti nedovolí nebezpečné dietování rozvinout. Lockdown jim nabídl prostor a čas k realizaci svých snah. Patří mezi ně dívky, jejichž vnitřní psychologické faktory, především úzkost, intolerance nejistoty a nízká sebeúcta, tvoří významnou dispozici k nemoci. Atmosféra

celospolečenského strachu, frustrace, ztráta vrstevnického sdílení, donutí dívky s vnitřními faktory pro nemoc zahájit svůj vnitřní boj: „Když změníím tělo, budu lepší člověk a budou si mě víc vážit.“ V závěru budeme citovat z jejich duševního života, abychom dokumentovali, jak vypadalo jejich duševní strádání v náročné době pandemie a jaký těžký vnitřní boj – utrpení srovnatelné s depresí – dívky v anorexii svádějí.

Děti a digitální technologie

MUDr. Zuzana Sadílková¹, MUDr. Bc. Daniela Zmeškalová, Ph.D.²

¹Ordinace Melian, s.r.o., Šternberk

²Klinika psychiatrie, FN Olomouc

Zdravé užívání digitálních technologií bylo pro děti náročné i před covidem. Zkušenost posledních dvou let zdůraznila, jak jsou pro děti pravidla a pomoc rodičů potřebná. Z průzkumů vyplynulo, že desetileté děti trávily v roce 2019 před obrazovkami cca 2 hodiny denně. Během distanční výuky se tento čas zdvojnásobil a setrvává. V roce 2021 trávily děti ve 3. třídě průměrně před obrazovkou 259 minut, a to v době, kdy nebyla distanční výuka.

Jaké to může mít dopady na dětské zdraví? V ordinaci PLDD se v současné době setkáváme s extrémním množstvím obézních dětí, dětí s vadným držením těla, se zhoršením zraku. Děti produkují úzkostné potíže a depresivní stavy. Panické ataky teenagerů nás překvapují pestrostí svých projevů.

Od pediatriů se očekává, že budou včas rodiče a děti edukovat o možných rizicích digitálních technologií a preventivních opatřeních při možném rozvoji technologické závislosti – o tom, že je vhodné omezovat čas strávený u obrazovek, volit přiměřený obsah sledovaného materiálu a zajistit optimální způsoby rodičovské intervence. PLDD může při kontaktu s rodinou včas zachytit signály problematického vztahu dítěte k technologiím. Od narození dítěte je vhodné rodiče vzdělávat o vývoji mozku dítěte, důležitosti praktických, nestrukturovaných a sociálních her, vhodné době spánku a fyzických aktivit a stanovit pevná pravidla omezení. Obecná **doporučení** zahrnují: žádné obrazovky během jídla, jedno společné jídlo denně; žádné obrazovky minimálně 1 hod. před spaním; vypínat TV a ostatní média, pokud je nepoužíváme; pravidelný čas bez digitálních technologií pro rodiče i děti. Americká akademie pediatriů **doporučuje** u dětí do 18 měsíců čas před obrazovkami omezit výhradně na videohovory s rodinou, u dětí do 2 let vysoce kvalitní pořady s přímou asistencí rodičů max. 20 min. denně; u dětí ve věku 2–5 let maximálně 1 hodina vysoce kvalitních programů/aplikací s přímou asistencí rodiče, děti starší 5 let nastavit trvalý denní limit na všechna média tak, aby nebyl narušen spánek, fyzická aktivita, příprava do školy, zájmy dítěte a rodinný život.

V příspěvku mapujeme situaci v ČR, ilustrujeme několika kazuistikami včetně návrhu možností intervencí v ordinaci PLDD.

SESTERSKÁ SEKCE / PÁTEK

Životem intenzivní péče v pediatrii I.

garantka Hana Ptáčková, MBA

pátek / 6. května 2022 / 9.15–11.00 hod.

Akutní stavy v pediatrii

MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Cílem přednášky je seznámit s organizací dětské intenzivní a resuscitační péče v ČR, představit novou JIRP Dětské kliniky FNOL a podat přehled o nejčastějších stavech, které vedou k příjmu na tuto jednotku.

Vsetínská nemocnice a.s.

vyhlašuje výběrové řízení na pozici PRIMÁŘE | PRIMÁŘKY dětského oddělení

Náborový příspěvek
ve výši
400.000 Kč



**Vsetínská
nemocnice**
Pro zdraví Valašska

Požadujeme:

- Specializovanou způsobilost v pediatrii nebo neonatologii dle zákona č. 95/2004 Sb.
- Primářskou licenci nebo prokázání předpokladů pro její získání dle pravidel ČLK
- Profesionální přístup k pacientům a kolegům
- Vysoké pracovní nasazení a flexibilitu
- Zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost

Pokud se rozhodnete spojit svou profesní dráhu se Vsetínskou nemocnicí, těší se na Vás přátelský kolektiv zaměstnanců dětského oddělení a všichni naši malí hospitalizovaní pacienti...

Nabízíme:

- Práci na akreditovaném pracovišti pro specializační vzdělávání (ambulace, lůžková část, novorozenecké oddělení)
- **Motivující finanční ohodnocení**
- Kompletní úhradu nákladů na další vzdělávání a akce (konference, sympozia aj.)
- Práci ve stabilní společnosti jedné z nemocnic Zlínského kraje
- Možnost ubytování
- Příspěvek na penzijní připojištění
- Zvýhodněné mobilní tarify pro zaměstnance i rodinné příslušníky
- Systém cafeterie pro výběr zboží a služeb

Kontakt na
personální
oddělení
nemocnice:



Ing. Martin PAVLICA, MHA | náměstek pro personální řízení
tel.: +420 571 818 130 | e-mail: pavlica@nemocnice-vs.cz

Ing. Eva KURTINOVÁ | personalistka
tel.: +420 571 818 428 | e-mail: kurtinova@nemocnice-vs.cz



Životem naší JIPKY**Bc. Taťána Hanousková**Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro děti, Dětská klinika,
Fakultní nemocnice Olomouc – 21C JIRP

Přednáška vás seznámí s novou ošetrovací jednotkou dětské intenzivní a resuscitační péče, ošetrovatelskou péčí poskytovanou na této jednotce. Také s ošetrovatelskou péčí u dětí s novými diagnózami, kterými jsou covid-19 a PIMS (pediatrický multisystémový zánětový syndrom).

Základní a rozšířená neodkladná kardiopulmonální resuscitace u dětí**MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D.**

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Sdělení představuje základní postupy především v rozšířené neodkladné kardiopulmonální resuscitaci v dětském věku.

Extrakorporální ohřev hluboce podchlazeného utonulého 7letého chlapce v kardiiovaskulárním centru pro dospělé**doc. MUDr. Martin Šimek, Ph.D.**

Kardiochirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Kazuistické sdělení představuje komplexní přednemocniční, kardiochirurgickou a intenzivní péči o utonulého a silně podchlazeného 7letého chlapce.

Neštěstí u Zámeckého rybníka**Bc. Zuzana Bantová, Dis.**

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Na vodní ploše Zámeckého rybníka v Žamberku došlo k prolomení ledu, kde byla skupinka dětí. Topících se chlapců si všimly dvě dívky. Za pomoci policistů a hasičů se chlapce podařilo vytáhnout po 10 a 20 minutách. Byli transportováni do nemocnice v Hradci Králové, Brna a do FN Olomouc, následně na Dětskou kliniku JIRP.

Jak dokáže pneumokok potrápít**Mgr. Anna Hejtmanová**

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Tato kazuistika popisuje, jak mohou být pneumokokové infekce závažné. Čtrnáctidenní umělá plicní ventilace se šťastným koncem.

Vánoční zázrak**Mgr. Lenka Urbášková, Dis.**

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Kazuistika 3leté holčičky se základním onemocněním akutní lymfoblastická leukemie, které se do cesty za uzdravením postavil nebezpečný *Aspergillus* a s ním související komplikace. Malá bojovnice musela být skoro měsíc v umělém spánku, nicméně to nevzdala. Ač byla cesta domů velice dlouhá a náročná, přesto byla vítězná!

Životem intenzivní péče v pediatrii II.

garantka Hana Ptáčková, MBA

pátek / 6. května 2022 / 12.00–12.45 hod.

Nebezpečná hra

Bc. Ondřej Malík

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Mladá slečna se nešťastnou náhodou oběsila při hraní si na průlezce. Od resuscitace k ošetrovatelské péči, směřující k nečekanému happyendu.

Preanalytická fáze při analýze krevních plynů je klíčová

Mgr. Martina Plassová

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Více než 60 % chyb při stanovení krevních plynů ve vzorku plné krve je způsobených nesprávnou preanalytickou přípravou krevního vzorku, ještě před samotným změřením vzorku v analyzátoru. Jak těmto chybám předcházet, získat správné výsledky a neopakovat odběry?

I v nouzi se dá pobavit

Bc. Alžběta Marabety

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Odborné sdělení o tom, jak je důležitá a nezbytná komunikace s rodiči nemocných dětí.

Onemocnělo nám dítě...

garantka Mgr. Světlana Kašubová

pátek / 6. května 2022 / 12.45–14.10 hod.

Maro, zastav rhabdo!

Markéta Jurčíková, Pavla Medková

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Prezentace představí rodinu chlapce s LCHAD. Především, jakým způsobem toto onemocnění ovlivňuje nejen život chlapce samotného, ale i celou jeho rodinu. „Nevím, co nás čeká, ale vím, že tenhle kluk bude bojovat ze všech sil a já s ním!“

Lilianka bojovnice

Ludmila Frelichová, Lenka Sklenářová

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

„Říká se, že když si něco moc přeješ, tak se ti to splní... My si nepřejali nic jiného, než aby se nám Lilianka vrátila.“ V prezentaci bude představena kazuistika dívky s onemocněním leukemie.

Edukace neslyšící matky u dítěte s DM I. typu

Monika Kuncková, Petra Rojová

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

DM I. typu je chronické onemocnění, které vyžaduje při výuce naučit rodiče vše, co DM obnáší. V přednášce se budeme věnovat možnostem a zvláštnostem edukace neslyšících rodičů.

Těšili se na miminko... Stellinka

Mgr. Světlana Kašubová, Eva Hůlková

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Na narození Stellinky se moc těšili, ani na vteřinu nepochybovali o tom, že budou mít zdravé dítě... Osud to vymyslel jinak.

Stellinka se od narození potýkala se zdravotními komplikacemi, pro které musela být často hospitalizována. V pěti měsících jí byla diagnostikována genetická porucha trisomie 9. chromozomu v mozaice. Jedná se o velmi vzácné onemocnění, s nímž se potýká jen pár dalších lidí.

Návaznost zdravotní péče o děti těžce nemocné nebo s postižením

Mgr. Pavla Matyášová

Společnost pro ranou péči, Pobočka pro rodinu Olomouc

Raná péče je sociální služba určená rodinám, do kterých se narodilo dítě s postižením od narození do 7 let. Cílem rané péče je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými. Zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života. Právě v období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Pokud se právě toto období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit.

- Sociální službu **ranou péčí využije pouze třetina z rodin**, kterým by tato služba mohla poskytnout podporu v péči o dítě se zdravotním postižením či znevýhodněním. **Jednou z hlavních příčin je nedostatečná informovanost.**
- **Využití sociální služby rané péče do značné míry závisí na informacích a doporučení, které dostanou rodiče ve zdravotnickém zařízení.** Pro účinnost rané péče je třeba, aby se o ní rodiče dozvěděli a využili ji ihned po diagnostikování zdravotního postižení nebo vývojového opoždění dítěte. Řadu zdravotníků, zejména pediatriů, však o existenci rané péče a o tom, jakou podporu může poskytnout rodinám s dětmi s postižením, nikdo neinformoval. Proto rodiny dětí se zdravotním postižením či vývojovým opožděním na ranou péči ne vždy odkazují, jak to umožňuje Zákon o zdravotních službách.
- Informovanost o rané péči je relativně **nejlepší mezi rodinami, které mají dítě se zrakovým postižením.** Organizace poskytující podporu rodinám s dětmi se zrakovým postižením mají v ČR nejdelší tradici, dlouhodobě spolupracují se zdravotními službami na tom, aby rodiče o rané péči informovali, oftalmologové jsou o rané péči často informováni.
- O rané péči bývají zpravidla ze strany zdravotníků (neurologů) informovány **rodiny s dětmi s nervosvalovým onemocněním.**
- Informovanost o rané péči již **není tak dobrá u rodin s dětmi se sluchovým postižením.** Zde hraje roli i to, že sluchové postižení je (např. oproti postižení zraku) hůře diagnostikovatelné a k odhalení sluchového postižení u dítěte dochází později. Screening sluchového postižení není povinný, a zdravotní služby v případě sluchových vad o rané péči ne vždy informují.
- I díky nově zavedenému screeningu autismu realizovaného pediatrii se očekává **zlepšení pro rodiny s dětmi s poruchami autistického spektra.** Screening napomáhá tomu, aby rodiny začaly dříve spolupracovat s ranou péčí. Zatím především tam, kde již došlo k navázání spolupráce s pediatrii díky iniciativě rané péče.

blokurima

doplněk stravy

2 g D-MANÓZY



5 mg LYZÁTU UPEC



blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy
+ 5 mg lyzátu UPEC
+ 60 mg artichoke

blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy

Dávkování:

Jeden sáček denně (nejlépe večer před spaním).



PODPORUJE NORMÁLNÍ FUNKCI
**MOČOVÝCH
CEST***

* obsahuje 60 mg
Artichoke P.E. 5:1

ona
pharm



- Relativně **nejhorší je situace v případech skupiny rodin s dětmi s opožděným psychomotorickým vývojem či mentálním a tělesným postižením**, a to jak z hlediska včasného zachytu postižení, tak informování rodičů o rané péči. Stejně jako u poruch autistického spektra, hrají v případech této skupiny dětí významnou roli pediatři. Na budování spolupráce se všemi pediatry chybí poskytovatelům rané péče kapacity (vzhledem k vysokému počtu pediatrů v oblasti své působnosti) a na systémovou spolupráci zase nemají dostatečný vliv.

Zkušenosti rodičů, kteří dostali kontakt na ranou péči hned v nemocnici

- „Naštěstí šlo všechno dobře, ale kdyby něco nastalo, měla jsem jistotu, že poradkyně ví, kam se obrátit.“
- „Příjemně mě překvapily hračky vybrané tak, aby se dcera rozvíjela. Naučila se tak věci sledovat, mít zájem, viděla jsem pokroky ve vývoji.“
- „Zpočátku jsem se bála, byla jsem hodně nervózní a upjatý rodič, to se hodně zlepšilo, psychické uklidnění od poradkyně.“
- „Nejpodstatnější pro mě byl kontakt na další rodinu, která má stejnou zkušenost a už má leccos za sebou, máme tak kamarády přes ranou péči.“
- „Ze začátku v nemocnici je třeba ošetřit rodiče, po zdravotní stránce to zvládají lékaři, je třeba řešit zklamání, to že očekávání bylo jiné, zvláště, když je dítě oddělené od matky.“
- „Moc jsem toho nevěděla, zjišťovali jsme možnosti, čekali jsme, jak budou vypadat konzultace.“
- „Chtěla jsem vědět, jak s malým pracovat, nevěděla jsem, jak moc bude postižený, co mám čekat. Už vím, jak komunikovat s okolím, byli jste kromě manžela první, koho jsem k sobě pustila.“
- „Možnost sdílení pro rodiče, můžu si popovídat s někým, kdo má zkušenosti. Je potřeba se zaměřit na péči o maminku, aby byla v klidu. Vždycky jsem se ptala na pomůcky, nechala jsem si je na vyzkoušení, byla jsem za to ráda, že mám informace, co může syna rozvíjet a otevřelo mi to obzory.“
- „V rámci pobytu v nemocnici by se více měli věnovat maminkám, mít na oddělení psychologa, nepříznivé diagnózy sdělovat v soukromí.“

Přínosy včasné podpory

- Právě podpora celé rodiny v tomto okamžiku je velmi důležitá, včetně stimulace dítěte vhodnými hračkami a pomůckami, které si rodina může zapůjčit.
- Rodina se stává klientem rané péče, získá svého poradce, který je s nimi v úzkém kontaktu a v domácím prostředí probíhají jednou za měsíc osobní konzultace.
- Rodina se rovněž může zúčastnit odborných seminářů, pobytů pro rodiny i svépomocných skupin rodičů.
- Může využít odborníka na orofaciální stimulaci, instruktora stimulace zraku, psychologa střediska a další odborníky na základě potřeb rodiny.

Most spolupráce v Olomouckém kraji

Vznikl most mezi ranou péčí a Dětskou klinikou v Olomouci a nemocnicí v Šumperku. Tým zdravotníků vyškolený v sebezkušenostním výcviku umí dát vhodnou komplexní podporu rodičům dětí, u kterých došlo ke zjištění závažné diagnózy nebo nenávratnému postižení u jejich dítěte. Zdravotníci umí pomoci rodičům najít zdroje v rodině, v komunitě i u odborníků v regionu tak, aby tuto náročnou situaci dokázali zvládnout. **Zdravotníci informují rodiče o rané péči.**

Tajemství úsměvu

garantka Mgr. Pavla Medková

pátek / 6. května 2022 / 14.40–15.40 hod.

Vali vs. Nanda Auditorová

Mgr. Hana Švestková, Hana Nemerádová

Zdravotní klaun, o.p.s., Praha

Posluchači budou seznámeni s neobyčejnou sestřičkou na neobyčejné Dětské klinice v Olomouci.

Zlatá Rybka

Mgr. et Mgr. Anna Juráčková

Zlatá rybka, z.ú., Praha

Zlatá rybka je zde proto, aby nemocné děti alespoň na chvíli vytrhla ze stereotypu péče o tělesné potřeby a umožnila jim, společně s jejich nejbližšími, prožít chvíle štěstí a radosti. Protože každý má svá přání... Každé dítě sní o něčem jiném, protože dětská fantazie nezná hranic... Posluchačům bude představen projekt Zlatá rybka.

Zdravotní Klaun

Zuzana Vodičková

Zdravotní klaun, o.p.s., Praha

Zdravotní klaun je dobročinná organizace s národní a mezinárodní působností, která od roku 2001 pomáhá dětským i geriatrickým pacientům procházet procesem léčby s úsměvem. V České republice působí 86 profesionálních Zdravotních klaunů, kteří pravidelně navštěvují 62 nemocnic, 8 domovů pro seniory a 2 hospice. Posláním Zdravotních klaunů je tvořit uvolněné prostředí nejen ve zdravotnických zařízeních, přinášet radost a dobrou náladu na místa, kde se jich příliš nedostává. Chceme odbourávat stres nejen pacientů, ale i jejich rodičů a příbuzných. Zkvalitňovat seniorům podzim života v domovech a v neposlední řadě těšit a vyvést ze stereotypu i samotný zdravotnický personál.

Zajímavosti v dětské chirurgii

garantka Bc. Hana Dědochová

pátek / 6. května 2022 / 16.00–17.00 hod.

Plazmová koblace – metoda odstranění nosní a krční mandle

Kateřina Králová, Dis., Lenka Novotná

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Krční mandle jsou párovým orgánem, který se nachází v dutině ústní. Jsou uloženy mezi obločky měkkého patra.

Nosní mandli najdeme v nosohltanu v blízkosti Eustachovy trubice. Nejprve je malá a zvětšuje se až do doby, kdy dítě dosáhne předškolního věku. Zhruba v 7 letech věku dítěte zůstává její velikost stejná a postupně se naopak zmenšuje. Za normální situace v dospělosti mizí.

Hlavní funkcí mandlí je zachycovat škodlivé viry a bakterie, které se dostávají do těla nosem nebo ústy. Pokud ovšem mandle samy způsobují opakované záněty nebo překáží v dýchacích cestách, může lékař doporučit jejich chirurgické odstranění.

Adenotomie – chirurgické odstranění nosní mandle.

Tonzilektomie – chirurgické odstranění krčních mandlí.

Nejšetrnější řešení odstranění mandlí představuje nová metoda plazmové koblace.

Ošetrovatelská péče o dítě po operaci pyeloplastiky

Lenka Koldová

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Hydronefróza představuje rozšíření kalichopánvičkového systému postižené ledviny doprovázené různým stupněm atrofie renálního parenchymu. Jedním ze způsobů léčby vrozené hydronefrózy je operace – pyeloplastika. Studie podporující operaci ukázaly velmi pozitivní výsledky po provedení pyeloplastiky u dětí. Dochází jednoznačně k menší ztrátě ledvinové funkce.

Z ošetrovatelského procesu se zaměříme na konkrétní kazuistiku chlapce, který měl netypický průběh zotavení po pyeloplastice.

Vývojová dysplazie kyčelního kloubu

Bc. Hana Dědochová

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Vývojová dysplazie kyčelního kloubu se vyskytuje zhruba u 5 % novorozenců. Onemocnění se odhalí již v porodnici při prvním ortopedickém vyšetření kyčlí, které se provádí u všech novorozenců mezi 2.–5. dnem po narození. Díky včasné diagnostice je možné léčbu zahájit v novorozeneckém věku. Kazuistika 3týdenní dívky hospitalizované na Dětské klinice Fakultní nemocnice Olomouc ukazuje možnosti terapie vývojové dysplazie kyčelních kloubů.

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SOBOTA

Nedonošené děti a jejich vybrané potíže

garant MUDr. Vladimír Mišuth

sobota / 7. května 2022 / 10.45–12.00 hod.

Slyším?

MUDr. Vojtěch Bodnár

Novorozenecké oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc

Podle statistik se v České republice narodí 0,6–1,0 % dětí s poruchou sluchu, přičemž 0,1 % narozených dětí má těžkou poruchu sluchu. Incidence těžké sluchové vady u rizikových novorozenců dosahuje 2–4 %. Bez screeningového vyšetření sluchu se sluchová vada u dítěte odhalí průměrně mezi 2.–4. rokem života, což je velmi pozdě vzhledem k nevratným změnám ve vývoji daného jedince. Naopak časně odhalení sluchové vady do 6. měsíce věku a případná její brzká korekce může maximálně snížit negativní dopady na další vývoj dítěte a významně zlepšit kvalitu jeho života.

Cílem sdělení je připomenout důležitost tohoto neinvazivního screeningového vyšetření. Součástí prezentace jsou také statistické výsledky tohoto screeningu v České republice a Olomouckém kraji. Dále bude zmíněn přehled vyšetřovacích metod včetně nově dostupného vyšetření BERA (brainstem evoked response audiometry), tedy vyšetření elektrických potenciálů mozku jako odpovědi na akustický podnět.

IHReS

Infantile
Hemangioma
Referral Score

IHReS je hodnotící nástroj, který byl vyvinut experty a testován pediatry.

Rychlý a jednoduchý nástroj, který pomáhá při rozhodování, které pacienty odeslat na specializovaná IH pracoviště, obsahuje 2 listy s 12 otázkami.



ilustrační foto

Pouze pro použití pracovníky ve zdravotnictví.
Vytvořeno ve spolupráci s Pierre Fabre Dermatologie.

Bloky na vyžádání u společnosti Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Tchequie, s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9, Česká republika, info.cz@pierre-fabre.com.

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: HEMANGIOL 3,75 mg/ml perorální roztok. **SLOŽENÍ:** Jeden ml roztoku obsahuje propranolol 3,75 mg, což odpovídá propranololi hydrochloridum 4,28 mg. Pomocné látky se známým účinkem: jeden ml roztoku obsahuje 2,60 mg propylen glykolu. Úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1. SPC. **LÉKOVÁ FORMA:** Perorální roztok. Čirý, bezbarvý až světle žlutý perorální roztok s ovocnou vůní. **DRUH OBALU A OBSAH BALENÍ:** 120 ml roztoku v lahvičce z hnědého skla třídy III s polyethylenovou vložkou nízké hustoty a dětským bezpečnostním polypropylenovým šroubovacím uzávěrem, dodáváno spolu s polypropylenovou stříkačkou pro perorální podání kalibrovanou v mg propranololové báze. Velikost balení: krabička obsahující 1 lahvičku a 1 stříkačku pro perorální podání. **INDIKACE:** přípravek HEMANGIOL je indikován k léčbě proliferujícího infantilního hemangiomu vyžadujícího systémovou terapii: hemangiomu ohrožujícího život nebo funkčnost; exulcerovaného hemangiomu s bolestivostí a/nebo nereagujícího na jednoduchá opatření k ošetření ran; hemangiomu s rizikem trvalých jizev nebo znetvoření. Léčbu je nutno zahájit u kojenců od 5 týdnů do 5 měsíců věku (viz bod 4.2 SPC). **DÁVKOVÁNÍ:** Léčbu přípravkem HEMANGIOL mají zavádět lékaři, kteří mají zkušenost s diagnostikovaním, léčbou a sledováním infantilního hemangiomu, v kontrolovaném klinickém prostředí, kde jsou k dispozici adekvátní prostředky k řešení nežádoucích účinků, včetně situací vyžadujících naléhavá opatření. **Dávkování:** Dávkování je vyjádřeno v propranololové bázi. Doporučená zahajovací dávka je 1 mg/kg/den, rozdělená do dvou samostatných dávek po 0,5 mg/kg. Doporučuje se zvyšovat dávku až na terapeutickou dávku pod lékařským dohledem takto: 1 mg/kg/den po dobu 1 týdne, poté 2 mg/kg/den po dobu 1 týdne a posléze 3 mg/kg/den jako udržovací dávku. Terapeutická dávka je 3 mg/kg/den, podávaná ve dvou samostatných dávkách po 1,5 mg/kg, jedné ráno a jedné pozdě odpoledne, s časovým intervalem nejméně 9 hodin mezi dvěma podáními. Léčivý přípravek HEMANGIOL je nutno podat během nebo bezprostředně po krmení, aby se předešlo riziku hypoglykemie. Pokud dítě dostatečně nejí nebo zvrací, doporučuje se dávku vynechat. Pokud dítě dávku vyplivne nebo nepožije všechny lék, nemá být podána před následující plánovanou dávkou žádná další dávka. Během titrační fáze musí každé zvýšení dávky řídit a sledovat lékař za stejných podmínek jako při podávání úvodní dávky. Po titrační fázi bude lékař dávku upravovat podle změn tělesné hmotnosti dítěte. Klinické monitorování stavu dítěte a úpravu dávky je nutno provádět nejméně jednou měsíčně. **DÉLKA TRVÁNÍ LÉČBY:** Přípravek HEMANGIOL je nutno podávat po dobu 6 měsíců. Ukončení léčby nevyžaduje postupné snižování dávky. U menší části pacientů, u nichž se po ukončení léčby znovu objeví symptomy, lze znovu zahájit léčbu za stejných podmínek s uspokojivou odezvou. **ZPŮSOB PODÁNÍ:** Perorální podání. Přípravek HEMANGIOL se má podávat přímo do úst dítěte pomocí stříkačky pro perorální podání se stupnicí, kalibrovanou na mg propranololové báze, dodávanou spolu s lahvičkou perorálního roztoku (viz návod k použití v bodu 3 příbalové informace pro pacienty). Lahvičku před podáváním neprotřepávejte. Podrobně viz. SPC. **KONTRAINDIKACE:** Předčasně narozené děti, které nedosáhly korigovaného věku 5 týdnů (korigovaný věk se vypočte odečtením počtu týdnů prematurity od skutečného věku). Kojené děti, pokud je matka léčena léčivými přípravky kontrindikovanými pro propranolol. Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. SPC. Astma nebo bronchospasmus v anamnéze. Atrioventrikulární blok druhého nebo třetího stupně. Onemocnění sinusového uzlu (včetně sinoatriální blokády). Bradykardie nižší než tyto hodnoty: věk 0-3 měsíce: srdeční tep (úderů/min) 100; věk 3-6 měsíců: srdeční tep 90 (úderů/min); věk 3-6 měsíců srdeční tep 80 (úderů/min). Krevní tlak nižší než tyto hodnoty: věk 0-3 měsíce: krevní tlak (mm/Hg) 65/45; věk 3-6 měsíců: krevní tlak (mm/Hg) 70/50; věk 3-6 měsíců: krevní tlak (mm/Hg) 80/55. Kardiogenní šok. Selhání srdce, které není zvláštní příhodou. Závažné poruchy periferní arteriální cirkulace (Raynaudův fenomén). Kojenci náchylní k hypoglykémii. Feochromocytom. Podrobně viz. SPC. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** Zahájení léčby: před zahájením léčby propranololem je nutno provést screening rizik souvisejících s užíváním propranololu. Je nutno analyzovat anamnézu a provést komplexní klinické vyšetření, včetně vyšetření srdeční frekvence a auskultace srdce a plic. V případě podezření na srdeční abnormalitu je nutno vyhledat před zahájením léčby poradu odborného lékaře k určení veškerých skrytých kontraindikací. V případě akutní bronchopulmonální abnormality je nutno zahájení léčby odložit. Kardiovaskulární poruchy, Hypoglykémie; Respirační poruchy, Kardiovaskulární poruchy; Srdeční selhání; Syndrom PHACE. Kojení, Selhání jater nebo ledvin; Hypersenzitivita; Celková anestezie; Hyperkalémie; Psoriáza; Pomocné látky se známým účinkem – podrobně viz. SPC. **INTERAKCE:** Jelikož neexistují specifické studie u dětí, jsou interakce s jinými léčivými přípravky známy pouze u dospělých. V případě kombinací je nutno zvažovat dvě následující situace (které se navzájem nevylučují): kojenci, kterým je podáván jakýkoli jiný léčivý přípravek, zejména ty, které jsou uvedeny dále; kojenci kojící matkami, které užívají jakýkoli jiný léčivý přípravek, zejména ty, které jsou uvedeny dále. V takovém případě je nutno prodiskutovat potřebu zastavit kojení. Jakákoli zhoršená tolerance propranololu vyžaduje pečlivý klinický dohled. Podrobně viz SPC. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Souhrn bezpečnostního profilu: Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky z klinických hodnocení proliferujícího infantilního hemangiomu u kojenců léčených přípravkem HEMANGIOL byly poruchy spánku (16,7 %), zhoršení infekcí dýchacího ústrojí, jako je bronchitida a bronchiolitida spojená s kašlem a horečkou, průjem (16,5 %) a zvracení (11,5 %). Nežádoucí účinky hlášené celosvětově v rámci programu „compassionate use“ a v literatuře se týkaly hypoglykemie (a souvisejícího záchvatu) a zhoršení infekcí dýchacího ústrojí s dechovou tísní. Podrobně viz. SPC. Hlášené podezření na nežádoucí účinky: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. **Webové stránky:** www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/14/919/001. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** PIERRE FABRE DERMATOLOGIE, 45 place Abel Gance, F-92100 Boulogne, Francie **DOBA POUŽITELNOSTI:** před otevřením 3 roky, po prvním otevření 2 měsíce. **DATUM REVIZE TEXTU:** 28.11.2019. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu>. Každý, kdo bude přípravek Hemangiol podávat dítěti, musí být seznámen s Edukační brožurou, která je na vyžádání u společnosti Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Tchequie, s.r.o.. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen indikovaným pacientům při použití ve specializovaných pracovištích (přípravek účtuje jako zvlášť účtováný přípravek zdravotní pojišťovně pouze specializované pracoviště, a to na základě smlouvy uzavřené mezi ním a zdravotní pojišťovnou). Před předepsáním léčivého přípravku se seznáme s úplným souhrnem údajů o přípravku, který je k dispozici na www.sukl.cz nebo se obraťte na zastoupení společnosti Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Tchequie, s.r.o. Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9, Česká republika, SERVIS 24H/7D: +420 286 004 111, info.cz@pierre-fabre.com.

Vidím?**MUDr. Juraj Šimičák**

Oční klinika, LF UP a FN Olomouc

Laserová fotokoagulace je zlatým standardem v léčbě retinopatie nedonošených dětí (ROP) řadu let. Účinnost laseru byla ověřena ve velkých studiích (CRYO-ROP, ETROP). V posledních 10 letech se čím dál více prosazuje v léčbě ROP aplikace antiVEGF preparátů. AntiVEGF má lepší anatomické výsledky léčby než laserová terapie a je i bezpečná (studie BEAT-ROP, Rainbow).

V květnu 2012 jsme začali používat léčbu antiVEGF preparátem i u našich pacientů. Nejdříve se aplikoval „off-label“ preparát Avastin, nyní aplikujeme jenom „on-label“ preparát Lucentis. Výkon se provádí přímo na novorozeneckém oddělení v analgosedaci ze sterilních kautel. Lucentis aplikujeme u pacientů s ROP 3 a 3+ v I. a posteriorní II. zóně.

V posledních 3 letech jsme celkově vyšetřili 268 nedonošených dětí. ROP 1 se vyskytla u 10 % dětí (27 dětí), ROP 2 jsme zaznamenali u 3,5 % dětí (9 dětí), ROP 3 byla přítomna u 8 % dětí (21 dětí). Progresi do ROP 4 a 5 jsme nezaregistrovali u žádného dítěte. Jakákoliv forma ROP byla tedy zaznamenána u 21 % dětí.

Z celkového počtu 21 léčených dětí jsme 12 dětí léčili kombinací jedné injekce Lucentisu a laserové fotokoagulace sítnice, 9 dětí dostalo pouze jednu injekci Lucentisu.

Zavedením aplikace Lucentisu jsme významně zlepšili oftalmologickou péči u nedonošených dětí v Olomouckém kraji. V posledních 3 letech jsme neměli dítě s progresí ROP do 4. nebo 5. stupně. U žádného dítěte jsme nezaznamenali závažné komplikace spojené s aplikací Lucentisu (amoce sítnice, endoftalmitida).

Součástí prezentace bude krátké video z aplikace Avastinu v analgosedaci u dítěte s ROP.

Helmička?**MUDr. Lukáš Pospíšil, Dis.**

Novorozenecké oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc

Plagiocefalie je jedním z častých problémů u nedonošených dětí. Nejedná se jen o „kosmetický“ problém tvaru hlavičky, ale souvisí často s funkčním deficitem motorického vývoje novorozence v delším časovém období. Během přednášky se dozvíme více o různých polohových deformitách hlavičky novorozence a nastíníme i jejich možný management. Nebude chybět překvapení, které si budete moci chytit do ruky...

Knoflík nebo boule?**Mgr. Jana Slováková**

Oddělení rehabilitace FN Olomouc, FZV a FTK UP Olomouc

Každý z nás už určitě viděl ve své praxi pupeční kýlu. Vyskytuje se jak u zralých, tak i u nezralých novorozenců. O základním mechanismu vzniku pupeční kýly a o jejím nechirurgickém řešení se dozvíte více během tohoto sdělení. Aktivní fyzioterapeutický přístup v péči o nezralé novorozence má svoje nezastupitelné místo a nedá se ničím nahradit.

A co ty krvinky?**MUDr. Vladimír Mišuth**

Novorozenecké oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc

Anémie z nezralosti je jedním z častých problémů nedonošených dětí, který vzniká během hospitalizace na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče. Přesah tohoto problému do období po propuštění novorozence do domácího prostředí není vzácností. Během této přednášky se autor věnuje základní patofyziologii anémie z nezralosti a její terapie zaměřené na období po propuštění



Kontinuální a setrvalá exprese proteinu SMN po jediné dávce^{*1}

ZOLGENSMA je genová terapie určená
k řešení hlavní příčiny SMA^{*1}

- **Významně zvýšené přežití bez příhod**
vs. přirozený vývoj^{††1}
- **Rychlé zlepšení motorických funkcí**
po 1 měsíci po infuzi vs. přirozený vývoj^{§**2}
- **Dosažení milníků ve vývoji motoriky**
do 18 měsíců po infuzi^{††}

ZOLGENSMA je indikována k léčbě

- pacientů s 5q spinální muskulární atrofií (SMA) s bialelickou mutací genu *SMN1* a klinicky stanovenou SMA 1. typu, nebo
- pacientů s 5q SMA s bialelickou mutací genu *SMN1* a až 3 kopiemi genu *SMN2*.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8.

Zkrácená informace o přípravku • Zolgensma 2×10^{13} genomů vektoru/ml infuzní roztok • **Složení:** Jeden ml obsahuje onasemnogenum abeparvovec s nominální koncentrací 2×10^{13} genomů vektoru (vg). **Indikace:** Přípravek Zolgensma je indikován k léčbě pacientů s 5q spinální muskulární atrofií (SMA) s bialelickou mutací genu *SMN1* a klinicky stanovenou SMA 1. typu, nebo pacientů s 5q SMA s bialelickou mutací genu *SMN1* a až 3 kopiemi genu *SMN2*. **Dávkování:** Pouze k jednorázové intravenózní infuzi. Pacienti dostanou dávku v nominální výši $1,1 \times 10^{14}$ vg/kg onasemnogen abeparvovec. Celkový objem je dán tělesnou hmotností pacienta. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Před infuzí onasemnogen abeparvovec je třeba provést test na přítomnost protilátek proti AAV9. Pokud bude jejich titer nad 1:50, testování lze opakovat. Zatím není známo, zda a za jakých podmínek lze onasemnogen abeparvovec bezpečně a účinně podávat za přítomnosti protilátek proti AAV9 s titrem nad 1:50. *Po uvedení na trh byly hlášeny případy trombotické mikroangiopatie (TMA), které se objevily přibližně jeden týden po infuzi. TMA je akutní a život ohrožující stav charakterizovaný trombocytopenií a mikroangiopatickou hemolytickou anémií. Současně bylo také pozorováno akutní poškození ledvin. V některých případech byla hlášena souběžná aktivace imunitního systému. Trombocytopenie je klíčovým projevem TMA, proto je třeba pečlivě sledovat počty trombocytů v týdnu po infuzi a pravidelně poté. V případě trombocytopenie je třeba provést další vyšetření, včetně diagnostiky hemolytické anémie a renální dysfunkce. Pokud pacienti vykazují klinické známky, příznaky nebo laboratorní nálezy shodné s TMA, je nezbytné se okamžitě poradit s odborníkem, aby byla TMA léčena podle klinické indikace. Pečovateli mají být informováni o známkách a příznacích TMA a mají být poučeni, aby vyhledali neodkladnou lékařskou péči, pokud se takové příznaky objeví. * **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Zkoušenosti s používáním onasemnogen abeparvovec u pacientů užívajících hepatotoxické léčivé přípravky nebo hepatotoxické látky jsou omezené. Bezpečnost onasemnogen abeparvovec u těchto pacientů nebyla dosud stanovena. Zkoušenosti s souběžným podáváním přípravků cílených na 5q SMA jsou omezené. **Těhotenství a kojení:** Humánní data o použití během těhotenství a kojení nejsou k dispozici a studie fertility a reprodukční studie u zvířat nebyly provedeny. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Zvýšení hladiny jaterních enzymů. Časté: Trombocytopenie, zvracení, hepatotoxicita, pyrexie, zvýšená hladina troponinu, troponinu T, snížený počet trombocytů. **Další nežádoucí účinky – viz úplná informace o přípravku.** **Doba použitelnosti:** 1 rok. Po rozmrazení se nesmí přípravek znovu zmrazovat a může se uchovávat v chladu při teplotě 2 až 8 °C v původním obalu po dobu 14 dnů. Po natažení objemu dávky do injekční stříkačky je nutné během 8 hodin provést aplikaci infuze. **Zvláštní podmínky pro uchovávání:** Uchovávejte a transportujte zmrazené (≤ -60 °C). Uchovávejte v chladničce (2–8 °C) okamžitě po přijetí. Uchovávejte v původním obalu. Před uložením přípravku do chladničky je třeba na původní krabičce vyznačit datum příjmu. **Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku a pro zacházení s ním:** Tento léčivý přípravek obsahuje geneticky modifikované organismy. Je třeba dodržovat příslušná opatření pro zacházení, likvidaci nebo náhodnou expozici. **Velikost balení:** Přípravek se dodává ve dvou různých velikostech objemu injekční lahvičky, 5,5 ml nebo 8,3 ml. Dávka onasemnogen abeparvovec a přesný počet injekčních lahviček se vypočítá dle tělesné hmotnosti pacienta. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Gene Therapies EU Limited, Dublin, Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/20/1443/001–037. **Datum registrace/prodloužení registrace:** 18.5.2020/18.5.2021. **Datum poslední revize textu SPC:** 14.10.2021. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Přípravek je poskytován při ústavní péči (hospitalizace) a je plně hrazen ze zdravotního pojištění.** * Všímejte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

* ZOLGENSMA je léčivý přípravek pro genovou terapii, který exprimuje protein motorického neuronu pro přežití člověka (SMN), jehož exprese je konstitutivním promotorem. Poskytnutím alternativního zdroje exprese proteinu SMN v motorických neuronech se očekává podpora přežití a funkce transdukcovaných motorických neuronů.¹ • Přípravek ZOLGENSMA byl podáván v 18měsíční klinické studii fáze 3 SMA AVXS-101-CL-303 jako jedna intravenózní infuze 22 pacientům ve věku 0,5–6,9 měsíce.¹ • [†] 90,9% (n = 20/22) pacientů bylo bez příhod ve věku 14 měsíců, u 2/22 pacientů se vyskytla příhoda (smrt nebo trvalá ventilace). Ve srovnání s přirozeným vývojem: pouze 25 % pacientů (n = 23) bylo bez příhody ve studii SMA (SMN2 = 2 kopie) provedené Pediatric Neuromuscular Clinical Research (PNCRC) Network.¹ • ^{††} ZOLGENSMA byla podávána v klinické studii fáze 1 SMA AVXS-101-CL-101 jako jedna intravenózní infuze u 12 pacientů od 2,6–8,5 kg (0,9–7,9 měsíce věku). Pacienti byli sledováni po dobu 24 měsíců.¹² • [§] Pacienti (n = 12) dosáhli statisticky významného zlepšení motorických funkcí 1 měsíc po infuzi, měřeno průměrným zvýšením skóre CHOP INTEND oproti výchozí hodnotě o 9,8 bodu (P < 0,001).¹ • ^{†††} Pro hodnocení po 18. měsících bylo 14 pacientů schopno sedět bez podpory po dobu 10 sekund, 14 pacientů sedělo bez podpory po dobu 30 sekund a 1 pacient byl schopen chodit s asistencí.¹

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku ZOLGENSMA (onasemnogene abeparvovec). 2. Mendell JR et al. N Engl J Med. 2017;377:1713–1722.

z novorozeneckého oddělení. Současně se podíváme na aktuální kritéria pro podávání transfuze u nezralých novorozenců. Proč je vhodné podávat železo u nezralých novorozenců se dozvíme závěrem tohoto sdělení.

Zajímavé kazuistiky z klinické praxe

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

sobota / 7. května 2022 / 12.30–14.10 hod.

Rozsáhlá iliofemorální žilní trombóza při May-Thurnerově syndromu u adolescenta

MUDr. Josef Gut¹, MUDr. Martin Deák¹, MUDr. Daniela Procházková²,
MUDr. Johana Horáková³

¹Dětské oddělení, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa

²Dětská klinika, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

³II. interní klinika angiologie a kardiologie, I. LF VFN a UK Praha

Žilní trombózy včetně spojených komplikací se v posledních desetiletích posunuly i do adolescentního věku. Řada z nich je spojena s rizikovými faktory – obezita, kouření, perorální antikoncepce, životní styl s nízkou fyzickou aktivitou. U části pacientů však nelze odhalit jasné rizikové faktory včetně známých trombofilních dispozic.

Na přelomu loňského roku byl ve večerních hodinách přijat na Dětské oddělení 18letý obézní chlapec (BMI 34,7) pro několikadenní stupňující se dyspnoe, febrilie a píchání na levém hemithoraxu. Pro současně vysokou pozitivitu D dimerů, elevaci troponinu, NT proBNP, provedeno akutní vyšetření CT angio plic, které prokázalo bilaterálně defekty segmentárních a subsegmentárních tepen. Následně byla zahájena antikoagulační léčba, ráno doplněno duplexní vyšetření DK, které prokázalo trombózu hlubokého žilního systému LDK od v. poplitea až po v. iliaca ext. Chlapec vyžadoval vedle antikoagulační léčby též oxygenoterapii po dobu 5 dní. Po domluvě s hematologem byl po stabilizaci stavu převeden na dagabatrín a po 14 dnech propuštěn do domácí péče v celkově dobrém stavu. Po několika dnech po propuštění se objevuje znovu na oddělení s novým výrazným otokem levého stehna. Cestou překladu na Dětskou kliniku v Ústí nad Labem je druhý den ráno přeložen na Angiologickou kliniku VFN, po doplnění CT s nálezem trombózy žilního systému až po v. iliaca communis byla zahájena lokální trombolýza s velmi uspokojivým výsledkem, takřka kompletním rozpuštěním trombu.

Diagnosticky uzavíráno jako rozsáhlá trombóza stehenní žíly až po v. iliaca communis při May-Thurnerově syndromu (komprese levostranné pánevní žíly společnou pánevní tepnou o tělo čtvrtého lumbálního obrátle). Tento syndrom je doménou obézních žen středního věku. Mužské pohlaví je zastoupeno v souborech v menšině a v adolescentním věku zcela ojediněle.

Během několika dní od propuštění se opět chlapec vrací na oddělení s novým otokem LDK. Přeložen zpět na Angiologickou kliniku, kde tentokrát vedle lokální trombolýzy zaveden katetrizačně samoexpandibilní stent do v. iliaca communis. Následně chlapec propuštěn s podáváním apixabanu.

Zatím došla vyšetření trombofilních stavů neprokázala patologii.

Když lékaři neslyší

MUDr. Jarmila Kodytková

Dětské a novorozenecké oddělení, Orlickoústecká nemocnice,
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Prezentuji kazuistiku 15měsíčního chlapce, přijatého na naše oddělení pro dušnost a štekavý kašel při laryngotracheobronchitidě. Úvodní léčba bronchodilataciami a inhalačním adrenalinem byla téměř bez efektu, doplněný rtg snímek hrudníku ozřejmil závažnější příčinu obtíží. Na tuto

možnou příčinu přitom opakovaně upozorňovala, i když jen tak mimochodem, chlapcova matka, a to postupně hned několik lékařů, kteří ale informaci nepřikládali dostatečnou důležitost. Opět jsme si připomněli, jak je nezbytné se při odběru anamnézy nejen umět správně rodičů zeptat, ale také jim dobře naslouchat.

Byl to PIMS, nebo ne?

MUDr. Pavel Rozsival

Dětské oddělení, Orlickoústecká nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Spíše jako podnět pro diskuzi a sdílení případných podobných zkušeností bychom rádi sdíleli kazuistiku téměř desetiměsíční dívky, přijaté na naše oddělení pro horečky, trvající třetí den. Zhruba pět týdnů před přijetím dívka prodělala covid-19. Při poměrně chudém klinickém obraze a trvajících horečkách jsme provedenými laboratorními ani zobrazovacími metodami nedokázali identifikovat jasnou příčinu horeček. Laboratorní nálezy však nebyly typické ani pro PIMS-TS. Přesto jsme se při trvajících horečkách rozhodli podat IVIG, s promptním ústupem horečky a zlepšením celkového stavu během 24 h. Rádi bychom slyšeli názor kolegů – byl to PIMS, nebo ne?

Alternativou k destrukci

MUDr. Luděk Ryba

Dětské oddělení, Orlickoústecká nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Rychlá záchranná služba přivezla na příjem dětského oddělení roční holčičku (narozeniny měla mít za 10 dní) s příznaky respiračního selhání (cyanóza, saturace 72 %, dechová frekvence 98–102/min., srdeční akce 190–210/min). Holčička byla při vědomí, vážila 8,5 kg a měla teplotu 37,5 st.

Jednalo se – podle rodičů – vyjma atopického exému až dosud o prakticky zdravé dítě, dívka však nebyla zatím očkována. V den přijetí od rána „hůře dýchala“, ale pomocí spreje Ventolinu (který užívá starší bratr) ji doma „rozdýchali“, jak se jim to osvědčilo již několikrát v uplynulých měsících. Cyanózu rodiče údajně nepozorovali.

Podrobná anamnéza a laboratorní vyšetření prokázala řadu chronických obtíží. Rodina je však podceňovala, případně se snažila je řešit nevhodnými alternativními postupy – což přivedlo dívku na hranici života a smrti. K oslovení záchranné služby rodiče přiměl známý rodiny – shodou okolností záchranář RZP. Razantní léčbou se podařilo stav dívky stabilizovat. Podrobným vysvětlováním podstaty zdravotních obtíží dívky se podařilo nastavit účinnou léčbu. Další vývoj se jeví zatím příznivě.

Rádi bychom touto kazuistikou zdůraznili nutnost praktického lékaře pro děti a dorost věnovat maximální pozornost dětem z „alternativních rodin“ a nelítovat času a energie při vysvětlování potřeby dodržovat indikovanou léčbu a režim.

V hlavní roli stafylokok

MUDr. Richard Retamoza

Nemocnice Strakonice, a.s.

Osteomyelitida u dětí je i v dnešní době obávaným onemocněním pro řadu potenciálních komplikací. Její časná diagnostika a správná léčba jsou klíčovými prognostickými faktory. Tíže infekce je závislá na věku, imunologickém stavu pacienta a na faktorech virulence etiologického agens. Tím je nejčastěji *Staphylococcus aureus*. Přestože jsou obvykle postiženy metafýzy dlouhých kostí vzhledem k charakteru jejich cévního zásobení, infekce může postihovat prakticky jakoukoliv část skeletu.

V klinickém sdělení je prezentován případ 6týdenní dívky, u které se jako původce osteomyelitidy ve velmi atypické lokalizaci prokázal toxikogenní *Staphylococcus aureus* s produkcí TSST1 a enterotoxinu C – exotoxinů schopných pomocí přímé vazby na receptory T lymfocytů vyvolat v krátkém čase cytokinovou bouři projevující se toxickým šokem.

Pernio-like léze – infekce covidu-19 u dětí**MUDr. Vlasta Krausová, MUDr. Josef Vičar, MUDr. Jan Pajerek**Dětská klinika, Fakulta zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
a Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Kožní léze podobající se oznoženinám a objevující se na nohou a rukou převážně mladších zdravých jedinců bez předchozího působení chladu mohou být izolovanou kožní manifestací virového infekčního onemocnění covidu-19. Popisujeme případ 16leté dívky s negativní epidemiologickou anamnézou a absencí anamnézy potenciálních vyvolávajících příčin, která byla ambulantně vyšetřována pro otok a lividní zbarvení III.–V. prstu levé dolní končetiny. Následným vyšetřením výtěru z nosohltanu pomocí reverzní transkripční polymerázové řetězové reakce (RT-PCR) byla prokázána přítomnost viru SARS-CoV-2. Do kontrastu s prvním případem uvádíme případ 14letého chlapce s podobnými kožními změnami na prstech nohou a na patách při pozitivitě protilátek proti SARS-CoV-2, délka trvání kožních projevů u chlapce byla mnohem delší než u dívky. Přítomnost kožních lézí může být jediným příznakem u jinak asymptomatické infekce covidu-19.

Proč ta meléna?**MUDr. Hana Zedníčková Škodová**

Novorozenecké oddělení, FN Olomouc

Tato kazuistika pojednává o donošeném novorozenci, který byl na naše oddělení přeložen ze spádové nemocnice pro zvracení čerstvé krve a melény. V dalším průběhu tyto potíže přetrvávají + v krevním obraze anemizace s nutností podání krevní transfuze. Indikována tedy esofagogastroduodenoskopie v celkové anestezii – zde nález dvou duodenálních vředů, které byly ošetřeny opichem s adrenalinem. Poté zcela vymizení gastrointestinálních potíží, chlapec propuštěn 9. den života do ambulantní péče.

Čert nikdy nespí aneb jenom GBS pozitivní matka a neobvyklá příčina asfyxie u novorozence**MUDr. Soňa Šuláková, MUDr. Jan Hálek, Ph.D., MUDr. Lubomír Dubrava**

Novorozenecké oddělení, FN Olomouc

Úvod: Autoři prezentují případ zralého novorozence o hmotnosti 3 010 g narozeného superakutním císařským řezem pro anafylaktický šok GBS pozitivní matky po podání penicilinu intravenózně.

Cíl: Kazuistika poukazuje na poměrně vzácný případ příčiny porodní asfyxie novorozence. Autoři předkládají dosavadní zkušenosti z léčby tohoto onemocnění.

Metodika: Byla použita metoda kazuistiky, zdrojem byla zdravotnická dokumentace a klinický nález u dítěte.

Výsledky a závěr: V kazuistice popisujeme případ novorozence s porodní hmotností 3 010 g narozeného ve 40. gestačním týdnu superakutním císařským řezem pro anafylaktický šok GBS pozitivní matky po podání penicilinu intravenózně. Vybaveno asfyktické dítě se známkami anafylaktické reakce, zahájena resuscitace, umělá plicní ventilace a dítě indikováno k terapeutické hypotermii po dobu 72 hodin. Zajištěno antibiotiky, umělá plicní ventilace 5 dnů, dále dítě na spontánní ventilaci a mírné oxygenoterapii, od 7. dne života na vzduchu, postupně zvyšován příjem per os. Během hospitalizace 1x změna antibiotické terapie pro zhoršení klinického stavu a elevaci zánětlivých parametrů v laboratoři. 22. den života propuštěna ve velmi dobrém klinickém stavu s minimálním reziduálním neurologickým nálezem do domácí péče.

Prevalence anafylaxe je obecně u těhotných žen 0,05–20 %. Prevalence anafylaxe v době porodu je 2,7 případů na 100 000 porodů, tj. 0,002–0,004 % a je zcela zřejmé, že hypoxie a hypotenze matky při anafylaktické reakci má katastrofální důsledky pro plod.

Kazuistika chlapce s mimovolními pohyby, které vznikly jako nežádoucí účinek antiemetik

MUDr. Miloš Geryk

Dětská klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

Uvádíme kazuistiku 16letého pacienta s anamnézou úrazu hlavy, pro který byl vyšetřen 7 dní před příjmem na naši kliniku. Byl mu doporučen klidový režim a při nevolnosti či zvracení užívání thiethylperazinu (Torecan). Chlapec poté užíval 2–3 tablety thiethylperazinu denně.

Po několika dnech se u něho náhle objevily mimovolní pohyby (grimasování, nekontrolovatelné stáčení bulbů do stran, zaklání hlavy dozadu), pro které opět vyhledal lékařskou péči. Při vyšetření byl chlapec dezorientovaný.

Bylo provedeno CT vyšetření hlavy, které neprokázalo patologický nález.

Následně byl přijat na naši kliniku k observaci pro možné nežádoucí účinky antiemetika (thiethylperazinu). Byla zahájena rehydratační terapie, pro bolest hlavy podávána analgetika. V průběhu hodin se stav chlapce spontánně upravil. V dobrém klinickém stavu byl pacient propuštěn 3. den hospitalizace.

Závěr:

- zvracení a nauzea jsou častou příčinou návštěvy dětského lékaře
- mimovolní pohyby jako nežádoucí účinek antiemetik se v pediatrické populaci vyskytují častěji než u dospělých a vypadají často bizarně a dramaticky
- vždy je nutno detailně odebrat anamnézu se zaměřením na podané léky
- při výskytu mimovolních pohybů po užívání thiethylperazinu je možné ke zmírnění těchto příznaků podat amantadin-sulfát

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER
28. únor 2022 v nemocnici pediatry
6.–7. května 2022
OLOMOUČ

**ZA VYPLNĚNÍ ANKETU
MŮŽETE VYHRÁT**

1. Dětské kaseta
2. Předplatné časopisu Pediatry pro praxi
3. Volná vstupenka na kongres
4. Předplatné pro praxi v roce 2022
5. Kniha Předškolní naučovací dílo (Grady)
6. Kniha Dětská nefrologie (Grady)
7. Kniha Dětská otolaryngologie (Grady)
8. Kniha Dětská otolaryngologie do kapsy (Hander)
9. Kniha Dětská otolaryngologie (Grady)
10. Kosmetický balíček Balneo Trade

Anketa bude losována 7.5. ve 14:00 hod.

Jméno: _____
Příjmení: _____
Adresa: _____
Město: _____
PSČ: _____
Telefon: _____
E-mail: _____
Podpis: _____
Datum: _____

Zajímá nás váš názor – anketa

- 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.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

PARTNEŘI



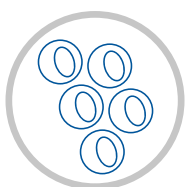
MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Buněčná a genová terapie: nová éra v léčbě řady onemocnění

Nové terapie byly vyvinuty s cílem nemoci léčit, předcházet jim nebo je potenciálně zcela vyléčit.¹

Způsob, jakým fungují, se ale liší.



Buněčná terapie léčí onemocnění tak, že obnoví nebo pozmění určité soubory buněk. Případně jsou buňky využity k roznošení léčby po těle.²

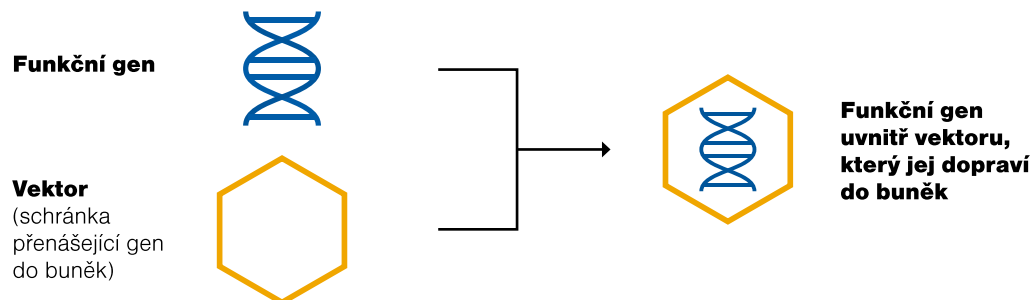


Genová terapie léčí onemocnění tak, že přenesou funkční geny do buněk pacienta. Tam nahradí nefunkční geny nebo zablokuje aktivitu vadných genů.³

Některé způsoby léčby jsou považovány za buněčnou i genovou terapii zároveň.³

Zajímavost: jak se dostane správně fungující gen do buněk⁵

Pro přenos genů do buněk jsou využívány **speciální přenašeče** zvané **vektory**. Ty zajistí, že se přepravovaný materiál dostane ke správným buňkám a nedojde k jeho zničení např. imunitním systémem.



Podle různých odborných odhadů trpí miliony lidí na celém světě některým z až

8 000

vzácných onemocnění, z nichž 80 % je geneticky podmíněno.^{4,6,7}

Pro tyto pacienty znamenají buněčná a genová terapie naději na možné vyléčení obtížně léčitelných, dříve neléčitelných a nevyléčitelných onemocnění.²

REFERENCE: 1. American Society of Gene & Cell Therapy. Different approaches. [cit. 21. 10. 2021] Dostupné z: <https://www.asgct.org/education/different-approaches>. 2. Friedman T. A brief history of gene therapy. Nat Genet. 1992; 2: 93–98. 3. American Society of Gene & Cell Therapy. Different approaches. [cit. 21. 10. 2021] Dostupné z: <https://www.asgct.org/education/different-approaches>. 4. <https://www.nature.com/articles/d41573-019-00180-y?linkId=76707460> (cit. 21.10. 2021). 5. American Society of Gene & Cell Therapy. Different approaches. [cit. 21. 10. 2021] Dostupné z: <https://patienteducation.asgct.org/gene-therapy-101/vectors-101>. 6. <https://medicine.iu.edu/blogs/rare-disease-research/rare-disease-common-uncommon>; datum přístupu říjen 2021; (cit. 21.10. 2021). 7. <https://innovation.org/about-us/commitment/research-discovery/rare-disease-numbers>; (cit. 21.10. 2021).

Rozšíření novorozeneckého screeningu

nově zahrnuje také **dobrovolné** vyšetření
na **spinální svalovou atrofii (SMA)**
a **kombinované těžké imunodeficienci (SCID)**



**NOVĚ
SMA + SCID**

1,8–9

**PILOTNÍ
PROJEKT OD
1. LEDNA
2022**

1,8–9

Program se zavádí plošně, účast v programu je **dobrovolná**, rodiče vyjadřují souhlas **podepsáním informovaného souhlasu** a nabízí možnost odhalení těchto vzácných geneticky podmíněných onemocnění včas po narození dítěte. Díky tomu je možné **zahájit účinnou léčbu dostupnou pro obě nemoci dříve**, než se projeví případné obtížně léčitelné komplikace nebo rozvine nevratné poškození. Včasná léčba dokáže nejen **chránit zdraví**, ale také snížit náklady na pozdější terapii.²

NOVOROZENECKÝ SCREENING



Provádí se mezi
48. a 72. hod.
po narození dítěte⁵



Odebírá se **kapka krve** z patičky novorozence⁵
v rámci odběru vzorků pro potřeby stávajícího
novorozeneckého laboratorního screeningu



Vzorky se **analyzují**
ve screeningových laboratořích
specializujících se na vyšetření
vrozelených nemocí⁶



Negativní výsledek laboratoře **aktivně nesdělují**;
pozitivní výsledek je komunikován obvykle do 14 dnů
od odebrání krve. Pokud nejsou rodiče nebo ošetřující
dětský lékař informováni do dvou měsíců = **žádná
vyšetřovaná nemoc nebyla odhalena.**⁷

^{**} Pilotní projekt screeningového vyšetření dvou vzácných onemocnění (SMA a SCID) je prozatím ustanoven na dva roky. V gesci ho má Národní screeningové centrum ÚZIS a Koordinační centrum pro novorozenecký screening.

ZDROJE: 1. HRADILEK, Václav a STOLÍNOVÁ, Barbora. Novorozenecký screening na SMA už od 1. 1. 2022. In: Smaci.cz [online]. 8. 6. 2021 [Cit. 2021-10-22]. Dostupné z: <https://smaci.cz/aktuality/na-seminari-v-senaru-byl-oznamen-datum-zahajeni-plosneho-novorozeneckeho-screeningu-na-sma>. 2. Co je novorozenecký screening? In: Novorozeneckyscreening.cz [online]. [Cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/co-je-novorozenecky-screening>. 3. Tisková zpráva SMA Europe ke spuštění Evropské aliance pro novorozenecký screening. In: Smaci.cz [online]. [Cit. 2021-8-4]. Dostupné z: <https://smaci.cz/aktuality/tiskova-zprava-sma-europe-ke-spusteni-evropske-aliance-pro-novorozenecky-screening>. 4. Souhrnné výsledky. In: Novorozeneckyscreening.cz [online]. [Cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/souhrnne-vysledky>. 5. Jak se novorozenecký screening provádí? In: Novorozeneckyscreening.cz [online]. [Cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/jak-se-novorozenecky-screening-provadi>. 6. Co je novorozenecký screening? In: Novorozeneckyscreening.cz [online]. [Cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/co-je-novorozenecky-screening>. 7. Jak se dozvim výsledek novorozeneckého screeningu? In: Novorozeneckyscreening.cz [online]. [Cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.novorozeneckyscreening.cz/jak-se-dozvim-vysledek-ns>. 8. Národní screeningové centrum. [online]. [Cit. 2022-01-10]. Úvod - Časný záchyt spinální svalové atrofie (SMA) a těžkých kombinovaných imunodeficiencí (SCID) u novorozenců. 9. Populační pilotní program screeningu spinální svalové atrofie (SMA) a těžké kombinované imunodeficiencie (SCID) u novorozenců. [online]. [Cit. 2022-01-10]. <https://nsc.uzis.cz/sma-scid/index.php>

CZ20220602/02/2022