

Pediatric pro praxi

2016



www.solen.cz | Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl D) | ISBN 978-80-7471-163-3 | **2016**

ABSTRAKTA

III. KONGRES PEDIATRŮ V BRNĚ

7.–8. října 2016

Hotel International Brno

Pořadatelé: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatric pro praxi
pod záštitou Pediatrické kliniky FN Brno

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitidy a akutní exacerbaci chronické bronchitidy. **Další indikace:** Infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí a děti nad 40 kg: 500 mg každých 8 hodin, u chronických, recidivujících a závažných infekcí lze dávky zvýšit až na 750 - 1000 mg každých 8 hodin. Děti pod 40 kg: 40 - 90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek (celkem < 3 g) v závislosti na indikaci, závažnosti onemocnění a citlivosti patogenu. Při poškození ledvin je často nutno upravit dávku. Léčba musí pokračovat 3 – 4 dny po vymizení klinických příznaků. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX® tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou, nebo je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut'. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Interakce:** Probenecid, fenybutazon, oxyfenbutazon, kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfapyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** Zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat podávání nezáralým novorozencům a během novorozeneckého období vůbec. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Datum poslední revize textu:** 16.3.2011. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25° C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Program – pátek 7. října

8.30 ZAHÁJENÍ – prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

8.30–9.40 REHABILITACE

garant MUDr. Radek Brauner

- Úloha pediatra v rehabilitaci u dětí – Brauner R.
- Fyzioterapie v neonatologii – Wittichová E.
- Rehabilitační postupy v pediatrii – Vojtkovská P.

9.40–10.00 PŘESTÁVKA

10.00–11.10 ORL

garant prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

- Diferenciální diagnostika nosní neprůchodnosti u dětí – Šlapák I.
- Diferenciální diagnostika dušnosti u dětí – Máchalová M.
- Uzlinový syndrom u dětských pacientů – Sobotková K.
- Screening sluchu u dětí a sluchová protetika – Hošnová D.
- Proč je retrakční kapsa bubínku nebezpečná – Machač J.

11.10–12.10 AKTUALITY V PEDIATRII

- MFGM inovace v kojenecké výživě – Boženský J.
- Novinky v léčbě atopické dermatitidy – Pinková B.
- Ozvěny kongresu ESPID: současné podání hexavalentních vakcín společně s dalšími vakcínami – Škaloud P.
- Satelitní sympozium firmy GlaxoSmithKline
Invazivní pneumokoková onemocnění v roce 2015. Vakcína Synflorix – Petrová V.

12.10–13.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.00–14.10 INFEKČNÍ NEMOCI

garantka MUDr. Lenka Krbková, CSc.

- Specifické lymfadenitidy u dětí – Helešic J., Holčíková A.
- Současnost očkování – Jirsenská Z., Pavelka J.
- Klostridiové kolitidy u dětí – Musil V., Krbková L.

14.10–15.10 VARIA

- Tlumení horečky v dětském věku v rámci samoléčby – Slíva J.
- Kašel v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost – Pohunek P.
- Léčba atopického ekzému – Štukavcová A.

15.10–15.40 PŘESTÁVKA

15.40–16.50 GASTROENTEROLOGIE

garant MUDr. Petr Jabandžiev

- Funkční onemocnění trávicího traktu z pohledu pediatra – Jabandžiev P.
- Problematika obstrukce v praxi PLDD – Pecl J.
- Koliky v kojeneckém věku – Bajerová K.

17.00–18.00 VYBRANÁ KLINICKÁ SDĚLENÍ

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

- Laboratorní screening u domácích a ambulantních porodů – Jimramovský T.
- Ask-Upmark syndrom – Doležel Z.
- Pseudohypoparathyreóza – Papež J.

WORKSHOPY PÁTEK 7. ŘÍJNA

13.30–14.30 Akrální koaktivační diagnostika a terapie v pediatrii – PhDr. Mgr. Ingrid Palaščáková Špringrová, Ph.D., Bc. Eva Baranová, DiS. Metoda je hrazena pojišťovnou a je akreditována MZČR v rámci certifikovaných kurzů. Vstup volný, kapacita omezena.

15.40–16.10 Gemmoterapie – medicína pupenů a její význam v prevenci civilizačních onemocnění – Mgr. Jarmila Podhorná Vstup volný, kapacita omezena.

Program – sobota 8. října

8.00–8.40	RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infekologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.
9.00–10.00	IP ANTIBIOTIKA – POTŘEBA VS. SPOTŘEBA – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová ■ Diskuzní interaktivní blok
10.00–10.35	VARIA ■ Význam vitaminu D v praktické medicíně – Broulík P. Symposium Merck ■ Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05 % – Machaň B.
10.35–11.00	PŘESTÁVKA
11.00–11.35	OČKOVÁNÍ ■ Klíšková meningoencefalitida z pohledu lékaře první linie – Polák P. ■ Proč by se proti pneumokokům měli očkovat nejen děti, ale i senioři? – Holásek M. (Přednášky podpořené firmou Pfizer)
11.35–12.35	Satelitní symposium firmy Shire Czech, s.r.o. VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRÉ VĚDĚT... ■ Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry! – Dostálová G. ■ Úvod do světa mukopolysacharidóz – Magner M.
12.35–13.30	SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ OBYVATEL V ČR ■ Situace a trendy – prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc.
13.30	VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU. OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

III. KONGRES PEDIATRŮ V BRNĚ

7.–8. října 2016 | Hotel International Brno

Pořadatel

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

Záštita

Pediatrická klinika FN Brno

Prezident akce

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazebná 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Zemanová, 777 557 426, zemanova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Mikulíková

Ohodnocení

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



Supplementum D Pediatrie pro praxi

Citační zkratka:

Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl D).

ISBN 978-80-7471-163-3

Vydal: Solen, s.r.o.

Photoderm Mineral SPF 50+

PRVNÍ 100% MINERÁLNÍ SPREJ



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA OBJEVILA
ŘEŠENÍ JAK ZVÝŠIT
JEJÍ PŘÍROZENOU
OBRANYSCHOPNOST
PROTI SLUNCI.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Rehabilitace

garant MUDr. Radek Brauner

pátek / 7. října 2016 / 8.30–9.40 hod.

Úloha pediatra v rehabilitační péči u dětí

MUDr. Radek Brauner

Dětské rehabilitační oddělení, Dětská nemocnice Fakultní nemocnice Brno

Základním úkolem obvodního pediatra je rozpoznat, že dítě potřebuje rehabilitační péči a odeslat jej na rehabilitační pracoviště.

Ke splnění tohoto úkolu je žádoucí vědět o elementárních rehabilitačních možnostech u dětí. Tyto znalosti však obvodní pediatr získává až v průběhu praxe, a to svépomocí, protože výuka rehabilitace na lékařských fakultách byla a na mnohých dosud je zcela deficitní.

Nedostatek informací představuje největší problém v oblasti vývojové rehabilitace, kde je potřebné její včasné zahájení.

Některé rehabilitační postupy většina praktiků i lékařů specialistů zná – např. léčení úrazů, vadného držení těla, vertebrogenních onemocnění, dětské mozkové obrny. U jiných diagnóz je často rehabilitační možnost léčby opomíjena – např. akutní cervikální myalgie, bolesti na hrudi, dysmenorea, plagiocephalie, funkční bolesti břicha, růstové bolesti končetin, kalkaneární apofyzitida.

Některá onemocnění sice na rehabilitaci bývají posílány často, ale výsledky rehabilitační léčby jsou nejisté: migréna, tinitus, chondropatia patellae, vpáčený hrudník, vadný stereotyp chůze u batolat.

Velmi potřebná je spolupráce dětských praktiků a rehabilitačních lékařů při předpisu lázeňské léčby.

Důležitou oblastí spolupráce je i snaha motivovat rodiče ke spolupráci na rehabilitační péči, a to zvláště, pokud rehabilitace probíhá na sektoru.

V případech rozpaků, zda dítě poslat k rehabilitačnímu vyšetření, nebo ještě vyčkat, je vždy lepší zvolit včasné odeslání. Platí to zejména v situaci, kdy se rehabilitačního vyšetření rodič dožaduje.

Dětská rehabilitace může pediatrovi usnadnit pracovní život v tom, že je ve většině případů léčbou kauzální, je bez vedlejších účinků a mnohdy má i preventivní charakter. V případě úrazů zmenšuje riziko trvalých následků. Má také pozitivní vliv na včasnou léčbu civilizačních chorob. Za zmínku stojí i skutečnost, že rehabilitační postupy může využít pro sebe i sám pediatr.

Fyzioterapie v neonatologii

Eva Wittichová

Dětské rehabilitační oddělení FN Brno, pracoviště PDM

Nejčastější indikací fyzioterapie jsou nedostatky vyplývající z nezralosti různých systémů:

- respirační problematika (nezralost dechového systému)
- neurologická problematika (nezralost CNS)
- vrozené vývojové vady (ortopedické, metabolické a genetické vady)
- poporodní traumata (paréza plexu brachialis, n. facialis, phrenicus)
- pooperační stavy (diaphragmatická hernie, rozštěpy, stomie, shunt)
- traumatologie (úrazy, krvácení)
- onkologická onemocnění

Nezralost je hlavní příčinou funkčních poruch:

1. nezralost dechového systému
2. nezralost pohybového systému
3. další znaky nezralosti

- labilita termoregulace
- oběhová nestabilita
- fragilita cév s možným rozvojem a důsledky krvácení do CNS
- nezralost GIT – zpomalení pasáže a snížení trávicí kapacity
- nezralost zrakového aparátu – retinopatie

K prostředkům diagnostiky patří:

- perinatální anamnéza
- hodnocení posturální aktivity – spontánní motorické chování dítěte
- hodnocení posturální reaktivity – polohové reakce dle Vojty
- hodnocení reflexů

Vyhodnocením všech parametrů získáme obraz kvality vývojového věku dítěte, který může vykazovat i značné odchylky od věku kalendářního.

Faktory ovlivňující průběh a kvalitu terapie jsou – prostředí, poloha, polohování, handling, vlastní terapeutické postupy

Fyzioterapeutické postupy ovlivňující:

A – dechové funkce – využití prostředků respirační fyzioterapie (RFT) jako specifické techniky

B – pohybové funkce – využití Vojtovy reflexní lokomoce

Režimová opatření, edukace rodičů, následná péče.

Rehabilitační postupy v pediatrii

Patricie Vojkovská, DiS.

Dětské rehabilitační oddělení FN Brno

Rehabilitační postupy v pediatrii jsou velmi rozmanité a aplikace metodik do terapie je podmíněna nejen jejich znalostí, ale i kvalitním vzděláním v oblasti psychomotorického vývoje. Díky novým poznatkům z oblasti řízení pohybu a fungování limbického systému se v dnešní vědecké době ukazuje potřeba hluboké znalosti fyziologie lidské motoriky. Pro dosažení terapeutického cíle je zapotřebí komplexní soubor metodik a efektivní terapie. Fyzioterapeut je průvodcem a rádcem v péči o pediatrického pacienta a záleží i na jeho komunikačních dovednostech, jakým způsobem se bude terapie vyvíjet.

U většiny populace je rehabilitace stále chápána buď jako pasivní procedura, kdy terapeut pacienta masíruje, nebo jako cvičební lekce, kdy díky cvičení jednotlivých svalových skupin dosáhneme žádaného efektu. Tento scénář je ale příliš jednoduchý a zapomíná se na to, že pohyb jako takový je důležitý pro náš organismus a musí se stát běžnou součástí života, stejně tak jako příjem potravy. Právě fyzioterapie učí tomu správnému fyziologickému pohybu, kdy na základě znalostí z oblasti kineziologie aplikuje na každého jednotlivce individuální postupy s přesným cílem, kterého má být dosaženo. Na pacientovi je udržet tento režim a zařadit pohybovou léčbu mezi své běžné aktivity. Rehabilitace je součástí komplexní péče o pediatrického pacienta a bez mezioborové spolupráce není možné léčbu úspěšně zvládnout.

Při výběru správného postupu se klade velký důraz na vstupní kineziologické vyšetření a následně zvolenému řešení, kterým chceme u pacienta potlačit konkrétní specifický nedostatek vycházející z mnoha faktorů. Tyto faktory vytvoří komplexní rehabilitační postup, který bude v terapii nejefektivnější. Fyzioterapie je obor proplouvající klinikami všech odborností a pacienty všech věkových kategorií, kdy jsou postupy pro terapii postaveny na stále stejných základech nauky o pohybu a jeho léčebných variantách.

ORL

garant prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

pátek / 7. října 2016 / 10.00–11.10 hod.

Diferenciální diagnostika nosní neprůchodnosti u dětí

prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

KDORL LF MU a FN Brno

Struktura sliznice nosu a PND

Řasinkový pseudovrstevnatý cylindrický epitel s mnoha pohárkovými buňkami a početnými hlenovými a serohlenovými žlázkami a bohatou cévní sítí v submukóze. Čichový epitel na stropu dutiny nosní vystýlá 1,25 % povrchu dutiny nosní. Dlaždicový rohovějící epitel ve vestibulu.

Funkce nosu

Respirace, ohřev a zvlhčování vzduchu, filtrace a ochrana – suchý chladný vzduch snižuje ciliární aktivitu a čichová funkce.

Příčiny nosní neprůchodnosti

Vrozené vady:

Choanální atrezie – (jednostranná, oboustranná), rozštěpy, (meningokéla, kraniofaryngom).

Akutní záněty:

Rhinosinusitis – všechny zánětlivé procesy nosu a PND, klinická definice:

Zánět nosu a PND charakterizovaný dvěma či více symptomy, z nichž jeden je buď horší nosní průchodnost nebo sekrece z nosu + bolest tváře nebo ztráta čichu a buď nález polypu nebo hnis ve středním průduchu a nebo rtg nález na PND.

Virová rhinitis – ohraničená infekce dutiny nosní navzdory nálezu při zobrazovacím vyšetření.

Sinusitis – bakteriální infekce nosu a PND obvykle po předchozí rhinitidě.

Etiologie: viry influenzy, parainfluency, RS virus a adenovirus způsobují poškození řasinek.

Ostatní viry (rhinovirus) nepůsobí poškození řasinek.

Celkové příznaky: nevolnost, únava, malátnost, dráždivost, horečka, bolest svalů a hlavy.

Nosní příznaky: hojná čirá sekrece a nosní neprůchodnost, po několika dnech zahuštění a změna barvy sekretu. Uzdravení za 1–2 týdny.

Chronické záněty:

Patofyziologie: poškození mukociliárního systému vede k mukostáze, mukociliární transport je omezen vyšší viskozitou a množstvím sekretu, poškozením řasinek a anatomickou obstrukcí.

Predisponující faktory: recidivující infekce DC, alergická rhinitis, zevní prostředí: tabákový kouř, chlorovaná voda, anatomické faktory, cystická fibróza, imunodefekt.

Alergické rinitidy:

Až u 50 % pacientů na alergologii diagnostikována alergická rýma, až 65 % pacientů s alergickou rýmou má oční potíže.

Alergické

- celoroční, perzistentní
- sezónní, intermitentní

Idiopatické

- NARES
- medikamentózní

Multi-Sanostol®

Multivitaminový sirup s vápníkem pro děti od 1 roku



Vhodný i pro těhotné a kojící matky



- Při ztrátě chuti k jídlu
- Ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci
- K prevenci nedostatku vitamínů
- Při stavech vyčerpanosti, oslabeného soustředění
- Při poruchách vývoje a růstu



- Bez umělých barviv a sladidel
- S pomerančovou příchutí
- Obsahuje 9 vitamínů a kalcium
- Možno ředit čistou vodou jako nápoj



Reference: SPC Multi-Sanostol

Zkrácené informace o přípravku

Název přípravku: Multi-Sanostol. **Složení a léková forma:** Sirup. 10 ml sirupu obsahuje: Retinoli palmitas 2400 m.j., colecalciferolum 200 m.j., thiamini hydrochloridum 2 mg, riboflavini natrii phosphas 2 mg, pyridoxini hydrochloridum 1 mg, tocoferoli alfa acetat 2 mg, acidum ascorbicum 100 mg, nicotinamidum 10 mg, dextranthenolum 4 mg, calcii gluconas monohydricus 50 mg, calcii lactophosphas 50 mg. Pomocné látky viz SPC. **Indikace:** K prevenci a léčbě stavů nedostatku vitamínů (u dětí od 1 roku), v těhotenství v období kojení, při ztrátě chuti k jídlu, zvýšené vnímavosti vůči infekcím, při poruchách vývoje a růstu, při stavech fyzické a psychické vyčerpanosti např. oslabeného soustředění a školní únavy, ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci. Přípravek mohou užívat děti od 1 roku, mladiství a dospělí. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Děti od 1 do 5 let užívají denně 10 ml rozdělené do dvou dávek, děti od 6 let a dospělí užívají denně 20 ml rozdělené do dvou dávek. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na kteroukoli pomocnou látku, hyperkalcemie, hyperkalcémie, hypervitaminóza A a D. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Přípravek nemá být užíván současně s jinými přípravky s obsahem vitamínů A a D z důvodu možnosti předávkování. Přípravek obsahuje v jedné dávce (10 ml) 6,6 g sacharosy a 1,3 g glukosy – vzít v úvahu u pacientů s cukrovkou. Přípravek může být škodlivý pro zuby. Přípravek obsahuje sladový extrakt a potravinářskou příměs z obiloviny ječmene, který obsahuje lepek (<0,3 %). * Přípravek nemá být užíván po dobu delší než 3 měsíce a užívání má být zváženo u pacientů se sarkoidózou a u pacientů s nefrolithiasou. * **Interakce:** Nejsou známy interakce. **Těhotenství a kojení:** U těhotných žen nemá být překročena dávka 20 ml sirupu/den. **Nežádoucí účinky:** Není znám výskyt nežádoucích účinků. **Opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním obalu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda GmbH, 78467 Konstanz, Německo. **Registrační číslo:** 86/439/93-C. **Datum revize textu:** 13. 4. 2016.

Multi-Sanostol je volně prodejný léčivý přípravek a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

*Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

Škrátova 490/12, 120 00 Praha 2, tel.: +420 234 722 722, fax: +420 234 722 733, www.takeda.cz



- *hormonální*
- *profesionální*

Cizí tělesa – nejčastěji ve věkové kategorii 2–5 let

Nádory – v dětském věku vyjimečné

Úrazy – nejčastěji zlomeniny nosních kůstek, méně často polytraumata obličeje

Diferenciální diagnostika dušnosti u dětí – pohled otorinolaryngologa

MUDr. Michaela Máchalová, Ph.D.

Klinika dětské otorinolaryngologie Fakultní nemocnice Brno a LF MU

Dušnost je závažný příznak, který může signalizovat respirační selhání. Dyspnoe je subjektivní pocit dechové tísně. Klinicky se dušnost může projevovat stridorem různého stupně a podle místa obstrukce může být stridor inspirační (postižení je v oblasti horních dýchacích cest), inspiračně – expirační (tracheální zúžení) nebo expirační (postižení je v oblasti dolních dýchacích cest). V případě výrazného dechového úsilí se zapojují také pomocné dýchací svaly. Podle délky trvání se dělí dušnost na akutní nebo chronickou. U dětí se častěji vyskytuje dušnost akutní. Dušnost může být vyvolána obstrukcí průsvitu dýchacích cest nebo dochází k zúžení dýchacích cest zevním tlakem. Děti mají průsvit dýchacích cest výrazně menší než dospělí, a proto i malé zúžení průsvitu může vést k závažnému omezení proudění vzduchu. Při pátrání po příčině dušnosti je nutné zvážit věk dítěte, rychlost nástupu obtíží, charakter dušnosti a doprovodné příznaky. U novorozenců jsou častým důvodem dušnosti vrozené vývojové vady. Vrozená vada může být jak v oblasti dýchacích cest, tak i v oblasti hltanu. Příčinou dušnosti z důvodu zevního tlaku na dýchací cesty může být také vada kardiovaskulárního systému (anomálie velkých cév odstupujících ze srdce, zdvojený aortální oblouk), změny neurogení (vrozená paréza hlasivek) nebo vrozené nádory zevního krku (teratom, hygroma colli cysticum). U kojenců je spektrum příčin dušnosti širší. Kromě vrozených vývojových vad, které se mohou projevit později, se vyskytují také zánětlivá onemocnění. Další příčinou dechové tísně mohou být benigní nádory (hemangiom). V batolecím a předškolním věku jsou nejčastější příčinou dušnosti záněty (subglotická laryngitida, vzácněji epiglottitida) a aspirace cizího tělesa do dolních dýchacích cest. V pozdějším věku mohou být příčinou dušnosti také úrazy a alergické stavy způsobující výrazný otok sliznic v oblasti hrtanu i hltanu. V kterémkoliv věku může být příčinou dušení papilomatóza hrtanu. Toto onemocnění se nejprve projevuje změnou hlasu, při progresi stavu následuje inspirační dušnost. U dětí s anamnézou intubace je nutné zvažovat i možnost postintubační stenózy trachey. Tato patologie se může projevit i s odstupem několika měsíců od intubace a pozvolna progreduje.

Krční uzlinový syndrom u dětských pacientů

MUDr. Kateřina Sobotková

Klinika dětské otorinolaryngologie, LF MU a FN Brno

Krční lymfadenopatie v dětském věku je velmi rozšířená. Nejčastěji se setkáváme s reaktivními změnami LU v průběhu virových a bakteriálních infekcí v oblasti hlavy a krku, kdy zánět probíhá buď na úrovni spádové drenážní uzliny – regionální lymfadenitida, nebo jako součást celkové zánětlivé reakce organismu – generalizovaná lymfadenitida. U virových zánětů je častěji rozvinuta bilaterální krční lymfadenitida, aktivované uzliny jsou zvětšené, měkké, elastické, event. palpačně citlivé v důsledku napjatého edematózního pouzdra. Podobný charakter může mít zpočátku také reaktivní lymfadenitida v průběhu bakteriálních infekcí v oblasti hlavy a krku, v pokročilejších stádiích pak dochází k reakci okolních měkkých tkání (otok, zarudnutí kůže) a rozpadovým změnám v LU. Téměř výhradními původci bakteriálních supurativních lymfadenitid jsou *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolytické streptokoky sk. A) a *Staphylococcus aureus*, čemuž by mělo odpovídat spektrum volených antimikrobiálních léčiv.

V případě pomaleji progredujících a prolongovaných lymfadenopatií je nutné vyloučit granulomatózní a lymfoproliferativní onemocnění.

V optimálním případě je pacient s rezistencí na krku primárně vyšetřen dětským lékařem (PLDD). Pediatr by měl provést odběr anamnézy, fyzikální vyšetření, dle charakteru potíží základní zobrazovací a laboratorní vyšetření. Ve většině případů je tento postup dostačující ke stanovení diagnózy a terapeutického postupu. V případě nejasných nálezů, potíží s interpretací výsledků, onemocnění nereagujících na běžné terapeutické postupy nebo progredujících při zavedené léčbě, odesílá PLDD pacienta na specializovaná pracoviště (otorinolaryngologie, infektologie, hematatoonkologie, stomatologie ad.).

Screening sluchu novorozenců

MUDr. Dagmar Hošnová, Ph.D.

Klinika dětské ORL FN Brno a LF MU

Sluchová vada je velmi častou vrozenou vadou, svou incidencí přesahuje výskyt dlouhodobě sledovaných nemocí, jako je fenylketonurie, hypothyreóza apod. Sluchové vady jsou v 60% vrozené, ve 40% jsou získané z období perinatálního nebo postnatálního. Vrozené sluchové vady vznikají buď na genetickém podkladě nebo poškozením sluchového ústrojí v prvním trimestru těhotenství. Genetické poškození může být monogenní (až 50%) nebo multifaktoriální vznikající za spolupůsobení faktorů prostředí. Monogenně podmíněné poškození je až z 80% přenášeno autosomálně recesivně. Velmi častou mutací, autosomálně recesivně dědičnou, je mutace genu *GBJ2* pro bílkovinu connexin 26 (Cx26) na 13. chromozomu. 20% monogenně sluchových vad je přenášeno autosomálně dominantně, asi 1% je recesivně vázáno na chromozom X. Genetické vady sluchu jsou často součástí vrozených syndromů (20–30%), kdy porucha sluchu je pouze jedním z dalších příznaků, je součástí daného syndromu.

Ve většině vyspělých zemí jsou již zavedeny diagnostické a terapeutické postupy, kterými je dosaženo, že sluchově postižené dítě má stanovenou diagnózu poruchy sluchu a přidělenou rehabilitační pomůcku do 6 měsíců věku. Česká republika se připojila k celoplošné formě screeningového vyšetření sluchu v roce 2012, kdy byl vydán metodický pokyn MZ 7/2012 o provádění novorozeneckého screeningu sluchu, a o způsobu úhrady pojišťovnami subjektům, kteří toto vyšetření provádějí. Do této doby probíhalo vyšetření pouze u rizikových novorozenců.

Screening sluchu probíhá již ve většině porodnic České republiky, vyšetření je pro dítě nezatěžující, provádí se měřením otoakustických emisí. V případě nevybavenosti otoakustických emisí je novorozenec odeslán k dalšímu vyšetření, k rescreeningu, na ORL ev. foniatrická pracoviště. Porodnice, které screening neprovádějí, předávají rodičům kontakt na ORL nebo foniatrické vyšetření, nebo ponechávají doporučení na pediatrovi.

Cílem novorozeneckého screeningu sluchu je odhalení eventuální poruchy sluchu a především včasné zahájení stimulace sluchového orgánu u sluchově postiženého dítěte, což je základní podmínkou pro správné dozrávání sluchové dráhy a sluchových center. Díky současným moderním technologiím je možno diagnostikovat sluchovou vadu a následně přidělit sluchadla dětem již ve velmi raném věku. Každý pacient se sluchadlem je pravidelně sledován na foniatrických pracovištích (kontrola sluchadel, nastavení parametrů zesílení, vyhodnocení efektu sluchadel, behaviorální audiometrie, audiometrie hrou, VRA).

V případě diagnózy velmi těžké nedoslýchavosti, je dítě zařazeno mezi potenciální kandidáty kochleární implantace. K implantaci se přistupuje tehdy, pokud i přes přidělení sluchadla s maximálním výkonem, není zajištěno dostatečné rozumění a rozvoj řeči a zároveň není-li přítomna kontraindikace k provedení kochleární implantace.

V současné době jsou v ČR 4 centra kochleárních implantací. Od doby svého vzniku v r. 2012 bylo zaimplantováno v brněnském implantačním centru 18 dětí, z toho 8 dětí oboustranně, v přípravě na kochleární implantaci je 5 pacientů.

Proč je retrakční kapsa bubínku nebezpečná**MUDr. Josef Machač, MUDr. Pavel Horník, prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.,
MUDr. Milan Urík**

Klinika dětské ORL FN Brno

Adhezivní otitida je chronický zánětlivý proces charakteristický vznikem jizevnatých změn ve středouší a srůsty různého rozsahu mezi bubínkem a mediální stěnou středoušní dutiny či s řetězem kůstek.

Typickým obrazem adhezivní otitidy, se kterým se u dětí setkáváme nejčastěji je fixovaná retrakce bubínku, kterou označujeme termínem retrakční kapsa. Retrakční kapsa vzniká působením dlouhodobého podtlaku a přetrvávajícího zánětu.

Vývoj dlouhodobého negativního tlaku je způsoben dysfunkcí ET ve smyslu funkční či mechanické obstrukce.

Vzniklá retrakční kapsa je z počátku volně pohyblivá, postupně při jejím prohlubování dochází k adhezivním procesům a její pevné fixaci ke středoušním strukturám.

Retrakční kapsa může vznikat v jakémkoliv místě pars tensa i pars flaccida bubínku, ale naprosto převažující lokalizací je v dětském věku zadní horní kvadrat bubínku.

Hlavní význam a nebezpečí retrakčních kapes spočívá v možnosti její přeměny na cholestatom.

Adherence stěn retrakčních kapes ke středoušním kůstkám však může způsobit jejich destrukci i bez vzniku cholesteatomu porušením jejich výživy. Při vývoji fixované retrakční kapsy postupně dochází ke zhoršování sluchu.

Fixovaná retrakční kapsa je považována za ireverzibilní precholesteatomový stav, u kterého by mělo být indikováno chirurgické řešení.

Autoři ve svém sdělení vycházejí z dlouhodobých zkušeností s operacemi adhezivní otitidy.

Aktuality v pediatrii

pátek / 7. října 2016 / 11.10–12.10 hod.

MFGM (Milk Fat Globule Membrane) – inovace v kojenecké výživě**MUDr. Jan Boženský**

Dětské oddělení Vítkovická nemocnice Ostrava

V posledních letech se objevují recentní práce, které prokazují pozitivní vliv živočišných tuků ve stravě na lidské zdraví a dochází ke změně negativního postoje, který byl od 70. let minulého století na základě výsledků některých studií (Keys A., Coronary heart disease in seven countries) doporučován a prosazován v mnoha západních zemích. I v náhradní mléčné kojenecké výživě byl mléčný tuk na základě doporučení nahražován tuky rostlinnými. Mnohé práce z posledních let ale ukazují, že mléčné globule a zvláště lipoproteinová membrána mléčného tuku (MFGM – Milk Fat Globule Membrane) obsahuje řadu bioaktivních látek s nutričními a zdravotními benefity. Tyto látky jako jsou např. sfingomyelin, cholesterol, cerebrosidy a gangliosidy, mají významnou úlohu ve vývoji mozkových struktur, kognitivních funkcí a mohou ovlivnit i některé imunitní reakce. Ve Švédsku proběhla studie, která potvrdila, že saturace kojeneckého mléka MFGM, měla signifikantní vliv na vývoj kognitivní funkcí kojenců a přispěla ke snížení výskytu zánětu středního ucha u této skupiny dětí (Hernell O., 2013). Výsledky i dalších studií ukazují, že množství i složení kojenecké stravy významně ovlivňuje nejen růst dítěte, ale i jeho psychomotorický vývoj a má nesporný vliv na četnost infekcí v kojeneckém věku. Potravou přijímáme mnoho bioaktivních látek, některé z nich se mohou přímo vázat na buněčné receptory, a tak ovlivňovat přepis řady genů a mnohé metabolické procesy. Je asi zbytečné diskutovat o tom, co má zásadní vliv na naše zdraví, jestli geny, strava či chování, ale ukazuje se, že se strava kojenců rozhodující mírou podílí na vývoji zdravotního stavu dítěte. Proto pozitivní nutriční změna v tomto období pak může významným způsobem ovlivnit

Ribomunyl

RIBOZOM-KOMPONENTNÍ IMUNOMODULÁTOR

- Prevence opakovaných infekcí respiračního traktu u dětí, které mají vyšší počet epizod, než se očekává v daném věku¹
- Dobře zdokumentovaná klinická účinnost²
- Dobrý profil bezpečnosti a snášenlivosti²



Významně zkracuje průměrnou délku **infekčních respiračních onemocnění**, a to jak během léčby, tak i **6 měsíců po ní**³

Významně zvyšuje **procento dětí bez infekčních epizod**, a to jak během léčby, tak i **6 měsíců po ní**³

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNY granule

Složení: V tabletě nebo v 1 sáčku obsah RNA z ribozómů následujících bakterií: Klebsiella pneumoniae-3,5 dílu, Streptococcus pneumoniae-3,0 dílu, Streptococcus pyogenes(A)-3,0 dílu, Haemophilus influenzae-0,5 dílu, membránová frakce Klebsiella pneumoniae-15 dílu pro 0,525 mg lyofilizátu ribozomální RNA. Granulát 500 mg, pomocné látky pro perorální roztok: povidon, manitol, čištěná voda. Tableta 294 mg. **Léková forma:** Granule pro perorální roztok, bílý prášek. Tableta bílé barvy o průměru 9 mm, bez označení. **Indikace:** Prevence infekcí v oblasti ušní, nosní a krční u dětí s anamnézou recidivujících epizod. RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNYL granule, jsou indikovány u dětí ve věku nad 2 roky ve formě granulí a nad 6 let věku u tablet vzhledem k lékové formě. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Tablety musí být používány u dětí nad 6 let věku. Granule mohou být podávány dětem nad 2 roky věku. 1. měsíc: 1 tableta nebo 1 sáček, ráno před snídaní nalačno 4 po sobě jdoucí dny v týdnu během 3 po sobě jdoucích týdnů. Od 2. do 6. měsíce: 1 tableta nebo 1 sáček ráno nalačno 4 po sobě jdoucí dny v měsíci během 5 po sobě jdoucích měsíců. Tablety se zapíjejí malým množstvím vody. Obsah sáčku se rozmíchá v půlce sklenice vody. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Přípravek je kontraindikován u pacientů s autoimunitní chorobou. V případě akutní střevní infekce se má zahájení léčby odložit až do vyřešení střevní infekce. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Ve vzácných případech, kdy se ihned po začátku léčby vyvíjí vysoká horečka (39°C) neznámého původu, by mělo být užívání přípravku ihned zastaveno a nemělo by být znovu zahájeno. Tento typ horečky by neměl být zaměněn s horečkou, která někdy doprovází mírné příznaky ušních, nosních a krčních infekcí. Přípravek se nemá podávat pacientům, kteří podstupují imunosupresivní terapii. V případě hypersenzitivní reakce by měla být léčba ihned zastavena a neměla by být znovu zahájena. Záchvaty astma indukované imunostimulačními látkami s bakteriální složkou jsou popisovány u pacientů s astmatem. Pokud se vyvine záchvat astmatu, léčba musí být ihned ukončena a neměla by se znovu opakovat. Pro sáčky: vzhledem k tomu, že studie u této věkové skupiny nejsou k dispozici, nepodávejte dětem do 2 let věku. Pro tablety: vzhledem k lékové formě nepodávejte dětem do 6 let věku. Léková forma tablety obsahuje pomocnou látku sorbitol. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy nesmí tento přípravek užívat. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNYL granule těhotným ženám nejsou k dispozici. Studie reprodukční toxicity na zvířatech nenaznačují přímé nebo nepřímé škodlivé účinky. Nicméně podávání přípravku se z preventivních důvodů během těhotenství a kojení nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Infekce ucha, nasofaryngitida, tonsilitida, méně časté bronchitida, sinusitida, gastroenteritida, kašel, průjem, bolest břicha, nevolnost, zvracení, zvýšená tvorba slin. Laryngitida, erytém, ekzém, astma, kopřivka, angioedém z dostupných údajů není známo. **ATC kód:** L03AX. **Doba použitelnosti a uchovávání:** Po dobu 3 let v původním obalu, do 30°C. **Druh obalu a obsah balení:** Tablety: Al/PVC blister, krabička. Velikost balení: 4, 20 tablet. Granulát pro perorální roztok: sáček papír/Al/LDPE, krabička. Velikost balení: 4, 20 sáčků. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** PIERRE FABRE MÉDICAMENT, 45 Place Abel Gance 92654 Boulogne Cedex, Francie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** RIBOMUNYL, tablety: 59/002/92-S/C; RIBOMUNYL, granule: 59/1057/92-S/C. **DATUM REVIZE TEXTU:** 19.3.2014. Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Lék je částečně hrazen z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplným zněním SPC.

Určeno pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MÉDICAMENT, s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9.
E-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

Literatura: 1. Mira E, Benazzo M. Journal of Clinical Med Anno IV, Vol1 2003. 2. Bellanti JA et al. Allergy Asthma Proc 2009; 30:S3-S4.
3. Fiocchi A et al. Allergy Asthma Proc 2012; 33:197-204.



Pierre Fabre
Médicament

nejen tělesný vývoj dítěte, výskyt některých onemocnění, ale i zásadně ovlivnit epigenetické změny, která se mohou podílet na rozvoji některých nemocí jako je obezita, diabetes druhého typu či nádorové onemocnění.

Infekční nemoci

garantka MUDr. Lenka Krbková, CSc.

pátek / 7. října 2016 / 13.00–14.10 hod.

Specifické lymfadenitidy u dětí

MUDr. Jan Helešic, MUDr. Alena Holčíková, Ph.D.

Klinika dětských infekčních nemocí, FN Brno a LF MU

Po ukončení povinné plošné kalmetizace jsme očekávali nárůst incidence mykobakteriálních lymfadenitid u dětí batolecího a předškolního věku. Jejich nejčastějším původcem je v našich zeměpisných podmínkách *Mycobacterium avium* ze skupiny netuberkulózních mykobakterií (NTM). Většina NTM se vyznačuje obtížnou kultivovatelností a značnou rezistencí k běžně užívaným chemoterapeutikům. NTM se vyskytují ubikvitárně, zejména v půdě, vodě a u zvířat. Některé z těchto bakterií jsou primárně zvířecími patogeny, jiné jsou saprofytické, všechny jsou pro člověka oportunně patogenní a nejsou mezilidsky přenosné.

Od roku 2010 jsme zachytili 13 pacientů s krční lymfadenitidou mykobakteriální etiologie nebo s podezřením na ni. Ve většině případů šlo o jednostranné postižení submandibulární uzliny. V 7 případech bylo kultivačně prokázáno *M. avium*, jednou *M. scrofulaceum* a 5x se mykobakteria nepodařila kultivačně prokázat a diagnóza byla stanovena na základě typického histologického nálezu nebo klinického obrazu. Typickým klinickým nálezem u všech případů bylo týdny až měsíce trvající zduření s minimální bolestivostí, ve většině případů fluktuace, často s lividním zbarvením kůže. V laboratorním vyšetření nebyla významná elevace markerů zánětu. Vzhledem ke kolikvaci na ultrazvukovém vyšetření byla nasazena empirická antibiotická terapie. Pro nelepšící se lokální nález byly uzliny incidovány, 9 dětí bylo léčeno kombinací antituberkulotik (klaritromycin, rifampicin), ale jen v 1 případě to vedlo k vyhojení onemocnění, ve zbylých případech byla nutná exstirpace uzliny, která byla kurativní. Diagnostika byla u všech pacientů zdoluhavá vzhledem k pomalu se vyvíjejícímu klinickému stavu a obtížnosti kultivačního vyšetření.

S modernizací diagnostických metod a zrušením plošné kalmetizace incidence netuberkulózních mykobakteriálních infekcí u dětí vzrůstá a zaujímá tak nově významné postavení v diferenciální diagnostice uzlinového syndromu. Z dosavadních zkušeností vyplývá, že pro kultivační průkaz je dostačující punkce uzliny, incize vede ke komplikovanému hojení, jako kurativní se jeví pouze exstirpace postižené uzliny, dlouhodobá léčba kombinací antituberkulotik má sporný efekt.

Současnost očkování

MUDr. Zlata Jirsenská, MUDr. Jan Pavelka

Klinika dětských infekčních nemocí PDM FN Brno, LF Masarykovy Univerzity

V posledních dvou desetiletích dochází k rozvoji oboru vakcinologie. Objevují se nové vakcíny, což vyžadují nejen globální, ale i regionální potřeby. Česká vakcinologická společnost vznikla v roce 2005. Mezi hlavní úkoly patří tvorba doporučených postupů v oblasti očkování, iniciace změn očkovacích kalendářů pro děti i dospělé, poradenská činnost, vzdělávací akce atd.

V posledních letech se setkáváme s postupným klesajícím trendem proočkovanosti dětské populace v případě povinného očkování. Narůstají aktivity odpůrců očkování, stupňují se požadavky na individuální očkovací schémata. Osvědčená schémata jsou nahrazována alternativními, jen aby byly splněny počty dávek pravidelného očkovacího kalendáře bez ohledu na kvalitu a délku ochrany jedince. Na druhé straně musí být samozřejmostí, že ke skupině zdravotně stig-

matizovaných jedinců je nutné přistupovat zcela individuálně s ohledem na jejich onemocnění. Existují samozřejmě i jedinci, kteří nemohou být očkováni. Doposud jsme u pacientů s neúplným očkováním spoléhali mimo jiné na tzv. kolektivní imunitu. Ale v dnešní době existují i v ČR okresy, kde proočkovanost výrazně poklesla, což samozřejmě může mít konkrétní dopady v epidemiologické situaci. Jak obrovské dopady to může mít, pokud naroste neproočkovaná, vnímavá populace a dojde k prolomení dobré kontroly infekčních onemocnění, nám ukazují rozsáhlé epidemie spalniček v Anglii, v Německu a v dalších zemích. Na druhé straně na dokončení čeká řada úkolů. Především novelizace vyhlášky 537/2006 Sb o očkování, která měla být v platnosti již od 1. 1. 2016, dále je nutné dorešit právní problematiku odpovědnosti za případné nežádoucí reakce po očkování v rámci pravidelného očkového kalendáře a s tím související i odškodnění pacienta. Dostupnost kvalitních vakcín nepovinného, dobrovolného očkování se nezobrazilo ve stoupajícím zájmu o očkování, ale naopak. Data pojišťoven nám ukazují pokles zájmu rodičů o tato očkování. Přičemž např. v loňském roce došlo opět k nárůstu závažných invazivních pneumokokových onemocnění, objevují se lokální epidemie hepatitidy A.

Možná v budoucnosti nastane v České republice situace, kdy bude možno zrušit povinné očkování. Ale tomuto kroku musí předcházet proces, který spočívá ve změně chápání ceny zdraví, ve větší zodpovědnosti ve vlastní zdraví. Musíme napomoci veřejnosti orientovat se ve spleti různých informací a dezinformací, aby si uvědomili, že očkování má smysl. Na druhé straně nesmí docházet ke komerčnímu ovlivňování veřejných a zdravotnických zájmů.

Klostridiová kolitida u dětí

MUDr. Václav Musil, MUDr. Lenka Krbková, CSc.

Klinika dětských infekčních nemocí FN Brno, LF MU Brno

Clostridium difficile (CD) je grampozitivní, sporující, anaerobní střevní bakterie, která se dává do souvislosti s postantibiotickými průjmy postihujícími dospělé i dětskou populaci. Naším cílem je přiblížit posluchačům problematiku klostridiových kolitid (CDI – *Clostridium difficile* infection), epidemiologickou situaci, rizikové faktory, současný diagnostický algoritmus a terapeutické postupy. Zvláštní pozornost věnujeme nejmladším pediatrickým pacientům, u nichž je znám fakt vysokého stupně nosičství, ale nízké nemocnosti. Specifické laboratorní vyšetření stolice na CD je vždy nutné posuzovat u každého pacienta individuálně i s ohledem na jeho klinický stav, ostatní laboratorní výsledky a případnou aktuální epidemiologickou situaci.

Varia

pátek / 7. října 2016 / 14.10–15.10 hod.

Tlumení horečky v dětském věku v rámci samoléčby

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústav farmakologie 3. LF UK, Praha

Jako horečku v dětském věku označujeme tělesnou teplotu nad 38 °C měřeno v konečníku a nad 37,5 °C měřeno v podpaží. Horečku samo o sobě je třeba vnímat jako obrannou reakci našeho těla v případě, že její příčinou jsou nejrůznější mikroorganismy, viry či parazité. Vlastní nárůst teploty je totiž často limitující pro jejich životaschopnost, přestávají se množit, růst a nakonec hynou. Třebaže nejčastější příčinou horečky v dětském věku je skutečně virová infekce, především nachlazení, příčinou jsou často rovněž bakteriální infekce, poruchy termoregulace (úpal), vakcinace, výrazná fyzická zátěž a celá řada onemocnění, které se naštěstí vyskytují méně často (poruchy imunity, metabolismu, onkologická onemocnění apod.).

V rámci prezentace bude uveden stávající pohled na její léčbu v duchu mezinárodně uznávaných léčebných doporučení, a to se zaměřením na farmakoterapii. Diskutována budou nejčastěji užívaná

a preferovaná antipyretika v kontextu jejich odlišných farmakologických vlastností, účinnosti či bezpečnosti a stejně tak bude prezentována jejich vzájemná komparace v klíčových komparativních klinických studiích a metaanalýzách.

Gastroenterologie

garant MUDr. Petr Jabandžiev

pátek / 7. října 2016 / 15.40–16.50 hod.

Funkční onemocnění trávicího traktu z pohledu pediatra

MUDr. Petr Jabandžiev

Pediatrická klinika FN Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

Funkční onemocnění trávicího traktu tvoří velice heterogenní skupinu chorob, jejichž klasifikace je poměrně složitá a diagnostika je ne vždy optimální. Péči o nemocné nelze zjednodušit jen na specialistu – gastroenterologa. Vzhledem k vysoké prevalenci je role PLDD a jeho kompetence v oblasti diagnostiky a léčby nezastupitelná. Úkolem lékaře je především vyloučení organického onemocnění, kdy alarmující musí být zejména výskyt varovných anamnestických dat a symptomů svědčících pro organický původ udávaných potíží. Často, ne však vždy, je nezbytné vyšetření specialistou a provedení specializovaných vyšetření. Terapie je většinou dlouhodobá, zahrnuje dietní, režimová i medikamentózní opatření a vyžaduje dobrou spolupráci s pacientem a jeho rodiči. Pacienty s diagnózou funkčního onemocnění GIT je třeba dále sledovat. Důvodem je možnost rozvoje závažnějšího onemocnění a opomenutí včasné a řádné diagnostiky. Sdělení shrnuje aktuální přehled o stavu poznání v dané problematice s důrazem na poznatky využitelné v praxi.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr65269705).

Problematika obstitace v praxi PLDD

MUDr. Jakub Pecl

Pediatrická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Zácpa je častou příčinou návštěv pacientů jak v ordinacích PLDD, tak i dětských gastroenterologů. Až 95 % případů zácpy je funkčního charakteru, pouze 5 % je zácpou symptomatickou, vyskytující se u různých intestinálních a extraintestinálních onemocnění. Diagnózu funkční zácpy lze učinit na základě typické anamnézy a klinických projevů. Je třeba rozhodnout tzv. „varovné příznaky“ a následně i úspěšnost adekvátní léčby. V případě podezření na zácpu organickou, je na místě multidisciplinární přístup více odborníků.

Léčba funkční zácpy je komplexní, často dlouhodobá (v průměru 12–24 měsíců) a může být dosti svízelná pro pacienta, rodinu i pro sledujícího lékaře. V úvodu léčby je zásadní odstranění retinované stolice s využitím nefermentabilního laxativa a co možná největší snahou o omezení manipulace s rektum. Následuje individuálně nastavená a dostatečně dlouho vedená udržovací léčba za současného nácviu defekace a pravidelných kontrol. Laxativem první volby pro obě fáze léčby je polyethylenglykol, syn. macrogol 4000. Svoji roli v léčbě má i úprava dietního režimu a psychologická podpora rodiny a dítěte v mnohdy „zahanbující situaci“ (často přítomná enkopréza). Posledním krokem, v případě zvládnutí všech symptomů zácpy, je postupné vysazení laxativ. Význam správného vedení dětí se zácpou určuje i fakt, že až u 20 % dětí s chronickou zácpou přetrvává zácpa v různé míře i v dospělosti (častěji u žen). V současné době není dostupný dostatek důkazů týkajících se většiny doporučení, které by vyplývaly z randomizovaných kontrolovaných studií, proto většina doporučených postupů vychází z konsenzu odborníků nebo ze syntézy poznatků v přehledových studiích a uvedená léčebná doporučení se týkají především pacientů se zácpou funkční.

Hexacima®

Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná).

plně tekutá

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNÉ INJEKČNÍ STŘÍKAČCE



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

▼ 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 bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny Bordetelly pertusis: Pertussis anatoxinum 25 µg, Haemagglutininum filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitidis (inaktivovaný)³: typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenu⁴, typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenu⁴, typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenu⁴; Antigenum tegiminis hepatitidis B⁵ 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum (Polyribosylribitol phosphat) 12 µg, conjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií Haemophilus influenzae typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdny) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. **Přeočkování:** Po 2dávkovém i 3dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTap-IPV/Hib vakcína, a to po 3dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTap-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. Další pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Žádné údaje nejsou k dispozici u starších dětí. **Způsob podání:** Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je přednostně anterolaterální horní část stehna a deltový sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusi by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřeváží nad riziky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou C. diphtheriae, C. tetani, B. pertussis, virus hepatitidy B, poliovirus nebo Haemophilus influenzae typu b. Lze však předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nárůzce hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocněním způsobeným jinými typy H. influenzae ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasně narozené děti nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčně podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. **Interakce:** Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a pneumokokové polysacharidové konjugované vakcíny, kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcíny proti meningokokům C nebo konjugované vakcíny proti meningokokům skupiny A, C, W-135 a Y neprokázaly klinicky relevantní ovlivnění protilátkové odpovědi na žádný z antigenů. Může dojít ke klinicky relevantnímu ovlivnění protilátkové odpovědi na vakcínu Hexacima a vakcínu proti planým neštovicím, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství (snížená chuť k jídlu), pláč, spavost, bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu, podrážděnost, pyrexie (horečka > 38,0 °C), zvracení, abnormální pláč (dlouhotrvající pláč), průjem, indurace v místě vpichu, hypersenzitivní reakce, uzlík v místě vpichu, pyrexie (horečka > 39,6 °C). **Balení:** Hexacima v předplněných injekčních stříkačkách: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s píšťovou zátkou (halobutyl) a víčkem (halobutyl), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. Velikost balení: 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) se zátkou (halobutyl), velikost balení: 10. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2° C – 8° C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 28. 4. 2016.

¹ adsorbováno na hydratovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al³⁺); ² jako spodní mez spolehlivosti (p = 0,95); ³ pomnoženo na Vero buňkách; ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou; ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen k základnímu očkování a přeočkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Vybraná klinická sdělení

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

pátek / 7. října 2016 / 17.00–18.00 hod.

Novorozenecký laboratorní screening u domácích a ambulantních porodů

MUDr. Tomáš Jimramovský

Novorozenecká JIP, odd. 56, Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

V poslední době zažíváme boom ambulantních a domácích porodů. S tím však vyvstává otázka, kdo je zodpovědný za provedení screeningových vyšetření u novorozence. Ministerstvo zdravotnictví ve svých metodických pokynech definuje, kdo a v jakém nejzazším termínu provádí screeningová vyšetření kyčlí, sluchu a vrozené katarakty, u novorozeneckého laboratorního screeningu jsou kompetence nejasné. Praktičtí lékaři pro děti a dorost se mnohdy zdráhají screening odebrat, novorozenecká a dětská oddělení zase nemají od pojišťoven nasmlouvan kód novorozeneckého laboratorního screeningu a tak poskytují screeningovou kartičku a provádí odběr na vlastní náklady.

Vzhledem k narůstajícímu počtu těchto dětí a snaze vytvořit nějaký jednotný postup pro naše pracoviště, byla oslovena moravská novorozenecká a dětská oddělení, jakou mají s touto problematikou zkušenost. Výsledky, zpracované v této přednášce, se značně mezi jednotlivými pracovišti liší, což jen potvrzuje nutnost vytvoření celorepublikového doporučení, ideálně za spolupráce odborných společností (ČNeoS, ČPS, SPLDD), ministerstva zdravotnictví a pojišťoven.

Ask – Upmark syndrom

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., MUDr. Jiří Štarha, Ph.D., MUDr. Jan Papež, MUDr. Dana Dostálková

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Vrozené anomálie ledvin (VAL) představují cca 20% všech vrozených vývojových vad. Většina z VAL je pouhou odchylkou od normálního stavu a během života se neprojeví žádnou zřetelnou symptomatologií a obvykle bývají diagnostikovány zcela náhodně. Z praktického hlediska jsou významné ty z VAL, které jsou provázeny poruchou odtoku moči, vesikoureterálním refluxem nebo jsou součástí některých dobře definovaných syndromů, neboť nezdědka vedou k rozvoji chronického selhání ledvin.

Náhlý vznik akutního selhání ledvin provázený významnou hypertenzí byly dominující příznaky dospívající dívky, jejíž rodinná a osobní anamnéza byla zcela bez pozoruhodností, vč. příp. rodinného výskytu některé závažné nefropatie. Komplexní vyšetření prokázalo u pacientky segmentální renální hypoplázii označovanou podle švédského urologa také jako Ask – Upmark syndrom. Jde o relativně vzácnou VAL s predilekcí postižení ženského pohlaví. Etiologie této anomálie je nejasná, zvažován je podíl genetických faktorů, ale diskutována je také účast přestálých ne dobře diagnostikovaných a léčených pyelonefritid. Klinické symptomatologii syndromu většinou vévodí závažná hypertenze, laboratorní nálezy příp. nefropatie (zejména hematurie anebo proteinurie) nezdědka dlouho chybí nebo jsou jen nevýrazné.

Pseudohypoparatyreóza

MUDr. Jan Papež

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Čtyřletý chlapec byl přijat k hospitalizaci pro nově zjištěnou hypokalcémii a hyperfosfatémii. Vstupně nebyly přítomny žádné klinické známky hypokalcémie. Z výsledků laboratorních vyšetření bylo vysloveno podezření na pseudohypoparatyreózu a léčba byla zahájena podáváním vápníku

a kalcitriolu. Při této medikaci došlo k poklesu hladiny parathormonu a postupné normalizaci kalcémie a fosfatémie. Pseudohypoparatyreóza je heterogenní skupina poruch, pro které je společná rezistence cílových orgánů na parathormon a současně doprovodný biochemický nález hypoparatyreózy (normo/hypo-kalcémie a hyperfosfatémie). Prevalence PHP se udává 0,79 na 100 tisíc obyvatel. Dle rozdílné patogeneze a fenotypu se PHP rozděluje do 4 klinických jednotek – PHP Ia, Ib, Ic a II. U našeho pacienta se jednalo o typ Ia. Pro tyto jedince je typický fenotyp nazývaný Albrightova hereditární osteodystrofie (AHO).

WORKSHOPY

pátek / 7. října 2016 / 13.30–14.30 hod.

Akrální koaktivační diagnostika a terapie u kojenců

PhDr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D.^{1,2}, Bc. Eva Baranová, Dis.³

¹ACT centrum s. r. o., centrum postgraduálního vzdělávání akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice – Praha

²REHASPRING centrum s. r. o., AZZ fyzioterapie, centrum postgraduálního vzdělávání akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice – Praha

³E-fyzio NZZ fyzioterapie Hradec Králové

Motorický vývoj je komplexní model založený na dvou specifických teoretických hlediscích. První z nich je deskriptivní teorie stádií a druhá vysvětlující teorie (explanační) dynamických systémů. Proces motorického vývoje se sám o sobě primárně odhaluje skrze změny pohybového chování v čase. Pozorovatelný pohyb může být rozdělen do třech funkčních kategorií podle svého účelu na stabilizační, lokomoční a manipulační. Často je kombinací všech tří. V raném motorickém vývoji jsou patrné reflexní pohyby plodu, novorozenců a kojenců. Reflexní pohyby jsou mimovolné reakce těla na různé formy vnější stimulace. Většina reflexů je subkortikální kontrolovaná nižšími mozkovými centry. Volní motorická kontrola v průběhu vývoje kojence je realizována přes funkci zrání mozkové kůry.

Akrální koaktivační diagnostika se zabývá vyhodnocením funkce aker (rukou a nohou) a následně pohybových vzorů v rámci motorického vývoje u dětí a dospělých. Hodnotí jejich funkční zapojení do opory, následné stabilizace a lokomoce. Nejčastější diagnózou u novorozenců a kojenců je asymetrický vývoj, kdy vážně fázový motorický posun pohybových vzorů na základě predilekce hlavičky. Principem Akrální koaktivační terapie je integrace a následně fixace pohybových vzorů přes opěrnou a vzpěrnou funkci aker u kojenců. V kazuistikách budou prezentováni kojenci, kteří byli funkčně diagnostikováni a následně terapeuticky vedeni metodou Akrální koaktivační terapie (AKT) v našem zařízení. Bude hodnocen algoritmus počtu návštěv a časová chronologie pro dosažení fázového posunu pohybových vzorů ve vývoji v pre-kontrolním stádiu fáze rudimentárního pohybu. Metoda je akreditována MZČR, lze ji vykazovat na zdravotní pojišťovny.

pátek / 7. října 2016 / 15.40–16.10 hod.

Prevence civilizačních onemocnění pomocí bylinných prostředků a gemmoterapeutik

Mgr. Jarmila Podhorná

Naděje

Bylinné prostředky byly v minulosti často jedním z prostředků pomoci léčby nemocí. Dnes se lidstvo k tomuto způsobu opět vrací. Jedním z významů bylinné léčby je, že nemá vedlejší účinky, takže je to důležitá možnost prevence.

V posledních letech se nejvíce využívá jednoho odvětví bylinné léčby – gemmoterapie. Jsou to přípravky ze zárodečných tkání, které organismu pomáhají, ale také ho regenerují, čili toto odvětví bude mít do budoucna pro další generace velký význam.

Důležité jsou bylinné prostředky, které pomáhají organismu vytvořit imunitu. Patří zde jako nejdůležitější eleuterokok, maralí kořen, echinacea, ale největší účinky mají gemmoterapeutika – černý rybíz, lesní bez hroznatý či ořešák královský.

Imunita je ovšem závislá na několika faktorech, jako stavu nervové soustavy, čistota organismu a také minimalizace zátěží bakteriálních, virových a parazitálních.

K regeneraci nervové soustavy můžeme využít byliny – třezalka, bělotrn, kozlík, vrbka, ale k nejúčinnějším patří opět gemmoterapeutika – z lípy, bakopy, javoru babyky a šišáku.

Důležitá je také očista organismu od různých usazených nečistot. Nejvíce jsou využívány byliny – židovská mochně, pýr, z pupenů pak bříza, jasan a buk.

Důležitá je také očista od virových, bakteriálních a parazitálních zátěží. Na virové problémy můžeme využít eleuterokok, grep a gemmoterapeutikum z vrby. Bakterie mohou řešit lichořeřišnice a česnek. Důležitá se dnes jeví očista od parazitálních zátěží a tam můžeme využít ořešák americký, topol na borelie, Chlamysan na chlamydie.

Skladbou různých tinktur a gemmoterapeutik můžeme získat sestavy (kúry) na doléčení různých druhů problémů.

- 1) pohybového aparátu,
- 2) trávicích problémů,
- 3) cévní soustavy,
- 4) vylučovacího ústrojí,
- 5) močového ústrojí,
- 6) dýchacího ústrojí,
- 7) lymfatického systému,
- 8) gynekologických problémů,
- 9) alergie, ekzémy.

Byliny jsou a budou do budoucna tím, co by lidem mohlo pomoci předejít různým druhům civilizačních onemocnění.

Varia

sobota / 8. října 2016 / 10.00–10.35 hod.

Význam vitamínu D v praktické medicíně

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK Praha

V současnosti je deficitem vitamínu D v Evropě a v USA ohroženo 30-50 % populace. V poslední době zažívá vitamin D neobyčejnou citační explozi. Je to jednak tím, že si uvědomujeme jeho důležitost pro zdraví a jednak proto, že věda objevuje další nové aktivity tohoto důležitého vitamínu a jeho metabolitů, jež mají již řadu vlastností hormonů. Dobrým ukazatelem stavu vitamínu D v organismu je koncentrace kalcidiolu v plazmě jež reflektuje vitamin D z potravy, z expozice kůže sluncem a konverzi vitamínu D z tukových zásob v játrech. Nízká hladina kalcidiolu je spojována s nízkou hladinou kalcitriolu a nižší absorpci kalcia střevem působící hypokalcemii a sekundární zvýšení sekrece parathormonu. Pokles koncentrace vitamínu D pod 30 nmol/l (12 ng/ml), vede k poklesu svalové síly. Vitamin D snižuje u starých osob riziko pádu o více než 20 %. V naší starší populaci je kritický nedostatek vitamínu D hodnocen pomocí hladiny kalcidiolu a je to jedna z příčin senilní osteoporózy. Se stárnutím klesá postupně schopnost pokožky tvořit vitamin D až o $\frac{3}{4}$.

Počátečním krokem k aktivaci vitaminu D je hydroxylace na 25. uhlíku. 25-hydroxycholecalciferol (kalcidiol) je mnohem aktivnější než vitamin D v působení na střevo a kost. Kapacita jater tvořit kalcidiol je vysoká.

Kalcitriol se váže na vitamin D jaderný receptor (VDR). VDR je všech tkáních identický, neboli kalcitriol se může vázat na VDR kdekoliv, kde je receptor exprimován. Vitamin D receptory jsou přítomny v mnoha tkáních v těle a mají vliv na buněčnou diferenciaci a funkci řady buněk. Každá buňka v těle, jež vlastní receptor pro vitamin D může se stát cílem pro cirkulující kalcitriol v oběhu. Po navázání kalcitriolu na vitamin D receptor dochází k modulaci genové transkripce cílových oblastí genomu. Vitamin D receptor se účastní v expresi více než 500 z celkových 20 488 genů lidského genomu. Další hydroxylace se odehrává převážně v ledvinách, v mitochondriích v proximálním ledvinném tubulu, kde je 25(OH)D 1 alfa hydroxyláza která mění kalcidiol na vysoce aktivní vitamin 1,25(OH)₂D (kalcitriol).

Hlavní účinek vitaminu D je resorpce kalcia střevem - tvorbou aktivního kalcium vázajícího proteinu.

Kalcitriol snižuje riziko nádorového bujení pravděpodobně přes snížení invazivity a angiogeneze a tím snižuje metastatický potenciál nádoru. Několik epidemiologických studií ukazovalo na vztah mezi onemocněním, ale i smrtí na kardiovaskulární nemoci a nízkou koncentrací vitaminu D. Řada imunitních buněk vlastní vitamin D receptor a je schopna vitamin D dále metabolizovat. Kalcitriol účinkuje jako modulátor funkce makrofágů a beta a T-lymfocytů. Tlumí proliferaci lymfocytů T a uvolnění cytokinu tumor nekrotizující faktor (TNF α), interferonu γ a interleukinu (IL 2). Vitamin D aktivuje CD4 a T helper lymfocyty a vede k jejich diferenciaci na T helper 1 zvyšující celulární imunitu a T helper 2 zvyšující humorální imunitu. Hypovitaminózu D nacházíme u nemocných s autoimunitními onemocněními. U české populace podle naší osteologicko-endokrinologické ambulance se nejméně polovina našich nemocných nachází pod hladinou 50 nmol/l (20 ng/ml).

Klíčovým účinkem vitaminu D je podpora vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě, regulace stálosti těchto prvků v organismu a kontrola kostní mineralizace.

Očkování

sobota / 8. října 2016 / 11.00–11.35 hod.

Klíšťová meningoencefalitida z pohledu lékaře první linie

MUDr. Pavel Polák, Ph.D.

Oddělení klinické hematologie, Fakultní nemocnice Brno

Přednáška si klade za cíl stručně nastínit biologii a patogenitu viru klíšťové meningoencefalitidy, mechanismy přenosu viru a patofyziologii rozvoje jednotlivých podtypů onemocnění (meningitida, meningoencefalitida, encefalitida, encefalomyelitida) se zvláštním důrazem na vedoucí klinické příznaky (dvoufázový průběh febrilního onemocnění, neurologické příznaky jednotlivých podtypů onemocnění), jež je možno postihnout anamnesticky a při bazálním fyzikálním vyšetření v praxi první linie. Druhá část přednášky je věnována možnostem symptomatické léčby pomocí systémově aplikovaných kortikoidů a antiedémové terapie (kauzální terapie není k dispozici) s přihlédnutím ke krátkodobým i dlouhodobým důsledkům této terapie pro nemocného. Zvláště je poukázáno na další možná bezprostřední nepřímá rizika spjatá s hospitalizací (např. nutnost kanylace centrálního žilního řečiště, nutnost umělé plicní ventilace, malnutrice a imobilita se všemi riziky) a dlouhodobé důsledky u přeživších (chronická cefalea, paretická postižení, psychické potíže, invalidita), jimž je vystaveno značné procento nemocných. Závěrem je přehledně popsána možnost vakcinace proti viru klíšťové meningoencefalitidy jako jediné možné dostupné ochrany před tímto onemocněním, imunogenita dostupných vakcín a dokumentovaná velmi nízká pravděpodobnost závažných postvakcinačních reakcí v rozsáhlých populačních studiích. Zdůrazněna je nutnost aktivního přístupu lékaře v první linii v preventivní péči o osoby v možném riziku.

Proč by se proti pneumokokům měli očkovat nejen děti, ale i senioři?

MUDr. Michal Holásek

Interní oddělení nemocnice Tišnov

Očkování je způsob primární prevence (vyjimečně i postexpozici profylaxe), který v novodobé historii infekčních chorob nemá obdoby, a který se zcela zásadně promítl do životů mnoha generací. Zatímco antibiotika používáme ani ne 80 let, očkování v širším smyslu slova je známo již několik tisíc let (variolizace v Asii). První novodobý způsob vakcinace byl popsán v roce 1798 E. Jennerem.

V České republice je velmi dobře zvládnuto očkování dětí – i přes, pro mě, nepochopitelné antivakcinační tendence. U povinných vakcín proočkovanost dosahuje hodnoty kolem 95 %, u doporučených plošně hrazených vakcín se pohybuje někde mezi 70–80 % – v závislosti na vakcíně. Trochu stranou doposud stálo očkování dospělé populace, potažmo seniorů. Realitou ovšem je, že již několik let existuje očkovací kalendář pro dospělé, který vytvořila Česká vakcinologická společnost. Mezi nejnovější položky tohoto kalendáře patří doporučená vakcinace proti pneumokokovému onemocnění. Od 1. 9. 2015 je dokonce tato vakcinace hrazena seniorům nad 65 let. Nutno podotknout, že naše děti jsou očkovány již od roku 2010.

Pneumokokové onemocnění ohrožuje především seniory nad 65 let, ale také pacienty jakéhokoli věku s DM, nemocemi jater, ledvin a kardiovaskulárního systému. Tito pacienti by měli, zcela jistě, být očkováni již před 65. rokem jejich věku.

K dispozici máme dvě rozdílné vakcíny, které se významně odlišují konstrukcí, čímž je dán zásadní rozdíl v interakci vakcína x imunitní systém člověka.

Nezbývá než si přát, aby se proočkovanost seniorů či stigmatizované populace alespoň přiblížila proočkovanosti našich dětí.

Je neoddiskutovatelné, že hlavní roli v tomto nelehkém úkolu sehraje všeobecný praktický lékař.

Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o. Vzácná onemocnění aneb co je dobré vědět... sobota / 8. října 2016 / 11.35–12.35 hod.

Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry!

MUDr. Gabriela Dostálová, MUDr. Lubor Goláš, prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Komplexní kardiovaskulární centrum, II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN
a 1. LF UK, VFN, Praha

Anderson-Fabryho choroba (AFD) je dědičná, kvalitu života i jeho délku výrazně zkracující nemoc, která je ale díky enzym substituční terapii již léčitelná.

Vzhledem k povaze choroby, jejíž podstatou je mutace v genu pro enzym alfa – galatósidasu, se jedná zatím o chorobu nevyléčitelnou. Pokud ale tento enzym, vrozeně buď zcela chybějící, nebo defektní s jeho výrazně sníženou funkcí, nahradíme intravenózně podávaným rekombinantně připraveným enzymem, lze u těchto nemocných nejen nemoc zastavit, ale i u stejnou mutací postižených příbuzných jejich včasnou diagnostikou a podáváním terapie způsobit preventivně. Zabráníme tak přirozenému průběhu nemoci, která může v různém poměru postihnout nejrůznější orgány (ledviny, srdce, cévní postižení, TIA/CMP atd), vedoucí k jejich pozdějšímu selhání.

Anderson Fabryho nemoc se projevuje v některých případech již od dětství, kdy nejčastěji se objevují kožní léze (tzv. angiokeratomy) a dětští pacienti si stěžují na pálení dlaní, bolestivost akrálních částí rukou, nohou, intoleranci tepla z důvodu chybějícího nebo výrazně nízkého pocení. Mohou

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s. r. o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Kód: CEEC/LO/FIR/14/0013
Datum přípravy: květen 2014

[www.focus
ongaucher.cz](http://www.focusongaucher.cz)

[www.focus
onfabry.cz](http://www.focusonfabry.cz)

[www.focus
onhunter.cz](http://www.focusonhunter.cz)

tak být v péči specialistů a přesto unikat správné diagnóze pod jiným označením, jako horečka nejasné etiologie, neurologické problémy, epilepsie, psychiatrické dg. apod.

V pubertě pak, zvláště u mužů (jedná se o defekt genu vázaného na X chromozom, muži bývají zpravidla postižení více a časněji než ženy), se postižení začíná projevovat poruchami renálních funkcí (albuminurií, proteinurií, v případě zcela chybějícího enzymu i selháním ledvinových funkcí s nutností dialýzy). Na EKG jsou parné poměrně časté změny, jako zkrácení PQ intervalu, známky hypertrofie levé komory, která je následně potvrzena i dle echokardiografie. Dalšími typickými projevy jsou časně mozkové příhody (TIA/CMP/atypické epilepsie), gastrointestinální projevy jako dráždivý tračník, poruchy sluchu, rovnováhy.

Nemocní s AFD jsou velmi často sledováni v mnoha ordinacích, u mnoha specialistů pod rozličnými diagnózami. Včasná správná diagnóza je ale pro nasazení specifické terapie podmínkou, současně však pro pacienty a jejich stejně postižené příbuzné velkou pomocí a možností nemoc zásadně ovlivnit.

Kam referovat nemocné?

Centrum pro Fabryho chorobu, II. interní klinika kardiologie a angiologie

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,

U Nemocnice 2, Praha 2, 120 00, lubor.golan@vfn.cz

gabriela.dostalova@vfn.cz

ales.linhart@vfn.cz

Zelená linka 800 263 636

CZ/C-ANPROM/FAB/16/0001a

Úvod do světa mukopolysacharidóz

MUDr. Martin Magner, Ph.D., Jan Kulhánek

Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Mukopolysacharidózy svému jménu vděčí za nález kyselých mukopolysacharidů (později nazývaných glykosaminoglykany, GAG) v tkáních a v moči. Příčinou tohoto střádání ve tkáních a zvýšené exkrece močí je nízká aktivita některého z lysosomálních enzymů podílejících se na postupné degradaci GAG. Dnes je známých 11 typů a podtypů mukopolysacharidóz. Děděny jsou autosomálně recesivně s výjimkou MPS II, která je vázaná na X chromozom. Incidence mukopolysacharidóz v ČR je 1 na 27 000 narozených dětí. Klinická variabilita je široká od časných forem s nepříznivou prognózou po později se manifestující mírné formy s přežíváním do dospělosti. U rozvinutého onemocnění bývají patrné hrubší rysy obličeje s klenutým čelem, prominujícími nadočnicovými oblouky, širokým kořenem nosu, antevertovanými nostrilami, plnými rty. Dysmorfické rysy se vyvíjí postupně a jsou závislé na typu onemocnění i jeho tíži. Zejména u některých mírných forem a u MPS III mohou být pouze stěží rozpoznatelné. Kratší nosní průchody a makroglossie souvisejí s chronickou rýmou, hypertrofií nosní i patrových mandlí a opakovanými záněty středouší. Postižení skeletu je označováno specifickým termínem dysostosis multiplex. Častá je porucha růstu, deformity páteře, dysplázie kyčelních a kolenních kloubů, rentgenový nález veslovitých žeber, rybích obratlů, srdcovité pánve. Dominantní postižení skeletu je typické pro MPS IV, u kterého prakticky chybí viscerální manifestace nebo kognitivní postižení. Charakteristická pro MPS bývá kloubní ztuhlost s vývojem kontraktur velkých i malých kloubů s omezením hrubé i jemné motoriky, často s rozvojem drápanové ruky. Výjimkou je opět MPS IV, u které se naopak vyskytuje hypermobilita a kloubní laxita. Z viscerálního postižení se jedná především o hepatomegalii a splenomegalii, a to zejména u typů MPS I, II a VI. Častou komplikací vyžadující operační řešení je tříselná nebo pupeční kýla. Střádání GAG probíhá i na srdečních chlopních s rozvojem chlopněních vad, sekundárně se může rozvinout kardiomyopatie. Plicní postižení je kombinované s obstrukční i restriktivní poruchou. Opoždění vývoje je typické pro těžké formy MPS I, MPS II a MPS III. Je nutno upozornit na mírnější formy onemocnění, např. jedna třetina pacientů s MPS II žádné neurologické příznaky nemá. Výraznou změnu pro prognózu

pacientů s MPS přineslo zavedení enzymové substituční terapie (Enzyme Replacement Therapy, ERT), která dokáže zmírnit celou řadu příznaků onemocnění. Všeobecně na této terapii dojde k zvýšení výdrže v chůzi (šestiminutivý test chůze), k zlepšení nebo stabilizaci plicních funkcí a ústupu hepatomegalie a splenomegalie. Zásadním omezením je špatný přístup do pojivových tkání a chybějící efekt na poškození CNS. V případě časného stanovení diagnózy a brzkého zavedení terapie lze mnoha patologickým organovým projevům zcela předejít.

Sexuální chování obyvatel ČR – situace a trendy

sobota / 8. října 2016 / 13.30–14.20 hod.

Sexuální chování obyvatel ČR – situace a trendy

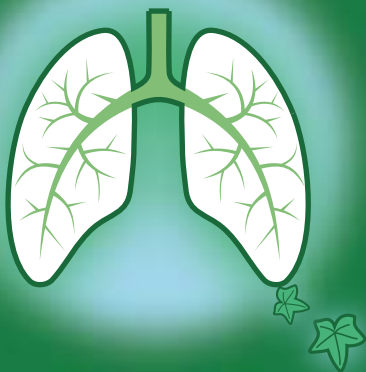
prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., DSc.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

Lidská sexualita je významnou složkou lidské motivace. Pro jedince je zdrojem velmi intenzivních emočních prožitků, a to jak těch výrazně pozitivních, tak těch výrazně negativních. Pro lidské kolektivy pak platí, že každý kolektiv a každá společenská formace se snaží nějak regulovat sexuální chování svých členů tak, aby jejich chování bylo předvídatelné, a aby nedocházelo k obtížně řešitelným problémům a konfliktům. Lidská sexualita jako primárně na reprodukci orientovaný jev, má rozhodující význam pro vznik a péči o novou generaci lidí. Je zdrojem partnerských a manželských konfliktů, ale třeba též specifické sexuální delikvence. Racionální chování v sexu má velký vliv na stabilitu společnosti. Prevence nežádoucího otěhotnění, stejně jako regulace interrupcí, jsou stále živým politickým tématem. Šíření pohlavně přenosných onemocnění nemůže být také žádné společnosti lhostejné. Po celá staletí byly informace o sexuálním životě lidí čerpány z individuálních zkušeností, zkušeností, popisovaných v ústním podání či ve více nebo méně zdařilých literárních dílech.

Na úsvitu velké sexuální revoluce to byl kolektiv amerických vědeckých pracovníků, vedený Alfredem Kinseyem (1894–1956), který provedl první skutečný průzkum sexuálního života obyvatel. Kinseyho „Reporty“ o sexuálním životě amerických mužů a amerických žen, vydané po druhé světové válce, významně proměnily postoje lidí k sexu. Takové fenomény jako mimomanželský sex, homosexualita, sexuální poruchy a sexuální deviace se najednou staly veřejně diskutovanými. Od padesátých let minulého století bylo provedeno mnoho různých průzkumů sexuálního chování, které se výrazně odlišují jak metodikou, tak výběrem respondentů. Platí však, že takové záležitosti, jakými jsou neplánované otěhotnění, sexuální hygiena, sexuální menšiny, moderní „genderové“ problémy, nebo sexuální delikvence, není možné racionálně pochopit bez důkladné znalosti toho, jak vypadá sexuální praxe obyvatel. Obecně se všude na světě ukazuje, že základní přirozené vlastnosti lidské sexuality se s politickými a kulturními změnami nijak nemění. Lidská sexualita je po větce párovým chováním. Lidé neztrácejí schopnost erotické fascinace a romantické zamilovanosti a má to pochopitelné důsledky. Podstatným způsobem se mění chování, spojené s reprodukcí. V rozvinutých zemích postupně tak roste věk prvorodiček a klesá podstatným způsobem porodnost. S tím samozřejmě roste obliba moderní antikoncepce. Významně se proměnil postoj k některým sexuálním menšinám, když byla socializována homosexualita. Také dostupnost erotické komerce je dnes vyšší než kdysi, což platí jak pro prostituci a erotické pomůcky, tak pro masově šířenou pornografii na nejrůznějších nosičích. Ani poměrně masová osvěta nezastavila šíření pohlavních nemocí, včetně HIV/AIDS. Problémy našich současníků v sexuální oblasti zůstávají tedy velmi podobné těm, které mají lidé od nepaměti.

Průzkumy sexuálního chování, které pracovníci Sexuologického ústavu ve spolupráci s demoskopickými agenturami organizují od roku 1993 v pětiletých intervalech, mají velkou přednost v tom, že způsob výběru respondentů i základní zkoumané jevy a dotazy na ně zůstávají bez podstatných změn, a je tedy snadné výsledky porovnat a sledovat změny a trendy.



Helixir™ – kašel léčí přírodní péčí. Vrací ptáčky na houpačky!

Při léčbě zánětlivých onemocnění dýchacích cest.
Pomáhá uvolnit a odkašlat hustý hlen.

Novinka!

- S příjemnou chutí po třešních
- Neobsahuje sacharózu ani alkohol
- Po prvním otevření vydrží 12 měsíců



Zkrácená informace o přípravku Helixir sirup.

Název přípravku: Helixir sirup. **Složení:** Hederae helici folii extractum siccum (6–7:1) extrahováno ethanolom 40% m/m – 0,900 g ve 100 ml roztoku. **Indikace:** Mukolytická léčba zánětů dýchacích cest. Symptomatická léčba chronických bronchitid. **Dávkování a způsob podání:** *Děti od 1 do 3 let:* 1 ml sirupu 3 x denně. *Děti od 4 do 12 let:* 1,5 ml sirupu 3 x denně. *Dospělí a děti od 12 let:* 2 ml sirupu 3 x denně. Sirup se může užívat nezředěný anebo zředěný malým množstvím vody. I při lehkých zánětlivých onemocněních dýchacích cest by terapie měla trvat 1 týden, po odeznění příznaků by měla ještě 2–3 dny pokračovat. **Kontraindikace:** Přecitlivělost vůči přípravkům z listů břečťanu nebo vůči kterýmukoli jiným složkám přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Může se objevit zkalení roztoku nebo vyvolčování; tyto změny nijak neovlivní účinnost přípravku. Přípravek Helixir sirup obsahuje fruktózu. **Interakce:** Nejsou známy. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by se v graviditě a v období kojení neměl užívat. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly zjištěny. **Nežádoucí účinky:** Vzácně se mohou objevit žaludeční obtíže u vnímavých jedinců. **Uchovávání:** Žádné zvláštní požadavky. **Druh obalu a velikost balení:** Lahvička z hnědého skla III. hydrolytické třídy, PE vložka pro použití dávkovacího aplikátoru, PE pojistný šroubovací uzávěr, PP/LDPE, PE/PS dávkovací píšťový aplikátor, krabička. Balení 1 x 100 ml. **Doba použitelnosti:** V neporušeném obalu: 4 roky. Po prvním otevření: 12 měsíců. **Držitel rozhodnutí o registraci:** HEXAL AG, Holzkirchen, Německo. **Registrační číslo:** 94/520/07-C. **Datum registrace/prodloužení registrace:** 22.8.2007. **Datum poslední revize textu:** 1.9.2011. Přípravek je volně prodejný. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Seznamte se, prosím, s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese firmy Sandoz.

SANDOZ A Novartis
Division

Sandoz s.r.o., Nagano III, U Nákladového nádraží 10, 130 00 Praha 3
web: www.sandoz.cz, e-mail: office.cz@sandoz.com

⑧
LOUIS CHEVROLET
SWISS WATCHES

hanhart
CHRONOGRAPHEN 1882

SCHAUMBURG WATCH
authentic hand made

VULCAIN

SEIKO

pohanka & co.
HODINKY A KLENOTY

PO - PÁ
10:00 - 12:30
13:00 - 18:00

www.pohankaandco.cz

ŠILINGROVO
NÁMĚSTÍ

DOXA
1888

BALL
OFFICIAL STANDARD
Since 1887

Ingersoll
SINCE 1882

SEVENFRIDAY

Barbour

BRNO

PEDIATRIE PRO PRAXI

III. kongres pediatriů v Brně

**7.–8. října
2016**

**Hotel
International,
Brno**

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou Pediatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Alere s.r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
CEUMED s.r.o.
CTMOS, spol. s r. o.
DCA, L'Oréal Česká republika
EMPOLAS s.r.o.
EUNI
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
HERO Czech s.r.o.
Lázně Teplice nad Bečvou
Lékaři bez hranic / Médecins Sans Frontières
in Czech Republic, o.p.s.
Luivica
MARK DISTRI s.r.o.

MARY KAY
Mediclinic a.s.
Merck spol. s r.o.
Moravskoslezské sanatorium, Metylovice
Naděje s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Pfizer, spol. s r.o.
Pierre Fabre Medicament s.r.o.
Pohanka and co.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
R. K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
SANDOZ s.r.o.
Sanofi Aventis s.r.o.
SD Pharma
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s.r.o.
Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatrie
pro praxi**



proLékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU