

Pediatric pro praxi

2016



www.solen.cz | Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl C) | ISBN 978-80-7471-152-7 | 2016

ABSTRAKTA

III. KONGRES PEDIATRŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

10.–11. června 2016

Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatric pro praxi
pod záštitou Dětské kliniky LF UK a FN v Hradci Králové

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 sulfinpyrazon 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 uchování:** 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 10. června

- 9.00 ZAHÁJENÍ** – doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.
- 9.05–10.30 NEONATOLOGIE**
Garant MUDr. Jan Malý, Ph.D.
- **Lehká nezralost – pohled neonatologa** – Malý J.
 - **Pozdní morbidita lehce nezralých novorozenců** – Zemánková J.
 - **Apgar skóre 0 – 0 – 0** – Matějek T.
 - **Výsledky péče o novorozence po perinatální hypoxii** – Zemánková J.
- 10.30–10.45 Akrální koaktivační diagnostika a terapie u kojenců** – PhDr. Mgr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D, Bc. Eva Baranová, DiS.
- 10.45–11.00 PŘESTÁVKA**
- 11.00–12.30 ENDOKRINOLOGIE**
Garant MUDr. David Neumann, Ph.D.
- **Prolaktinomy** – Plášilová I.
 - **Uzly a nádory štítné žlázy** – Dvořáková M.
 - **Flexibilní léčba dětí s diabetem mellitem 1. typu** – Neumann D.
- 12.30–13.20 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.20–15.00 AKTUALITY V PEDIATRII**
- **Kašel v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost** – Pohunek P.
 - **MFGM inovace v kojenecké výživě** – Frůhauf P.
 - **Význam fixní kombinace *Saccharomyces boulardii* a simeticonu v ordinaci dětského lékaře** – Štanclová M.
 - **Novinky z 34. kongresu ESPID 2016** – Weinreb M.
 - **Satelitní sympozium firmy GlaxoSmithKline**
Invazivní pneumokoková onemocnění v roce 2015. Vakcína Synflorix – Wallenfels J.
 - **Posouzení zrakových funkcí v rámci služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením** – Herynková M.
- 15.00–15.30 PŘESTÁVKA**
- 15.30–16.30 KAZUISTIKY Z NEMOCNIČNÍ PRAXE**
Garantka doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.
- **Recidivující bolesti břicha u dospívající dívky** – Holická L., Koudelka J.
 - **Kazuistika 16letého chlapce s dysfagickými obtížemi** – Štanclová M., Dědek P., Chyba T., Melek J.
 - **Abnormní pohyby/infantilní spasmy kojence** – Kamenický P., Kopřiva J., Štefáčková Š., Minxová L., Skálová S.
 - **Co vše nebylo rachitidou** – Kutílek Š.
- 16.30–17.10 KOMUNIKACE V NÁROČNÝCH SITUACÍCH** – PhDr. Michaela Peterková

WORKSHOP – pátek 11.00 hod.

Akrální koaktivační diagnostika a terapie v pediatrii – PhDr. Mgr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D, Bc. Eva Baranová, DiS.

Metoda je hrazena pojišťovnou a je akreditována MZČR v rámci certifikovaných kurzů.

Vstup volný, kapacita omezena.

Program – sobota 11. června

8.00–8.40 RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU

Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infektologie 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 – Adámková V., Blechová Z.

10.00–10.15 Sympozium Merck

- **Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05%** – Machaň B.

10.15–10.55 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- **Novinky v léčbě chronické spontánní kopřivky** – Nečas M.
- **Význam vitaminu D v praktické medicíně** – Broulík P.

10.55–11.25 PŘESTÁVKA

11.25–12.25 **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.

12.25–13.25 **SOUČASNÝ POHLED NA ANAFYLAXI U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH** – doc. MUDr. Jiřina Chládková, Ph.D.

13.30 **ZAKONČENÍ KONGRESU A VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN. OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

III. KONGRES PEDIATRŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

10.–11. června 2016 | Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořadatel

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

Záštit

Dětská klinika LF UK a FN v Hradci Králové

Prezident akce

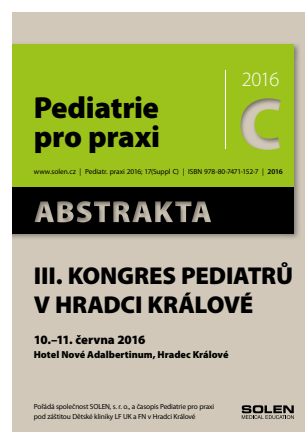
doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Simona Elblova, 777 557 413, elblova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Zemanová, 777 557 426, zemanova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Ing. Martina Osecká, 724 984 450, osecka@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 C Pediatrie pro praxi

Citační zkratka:

Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl C).

ISBN 978-80-7471-152-7

Vydavatelství: Solen, s.r.o.

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.focus
ongaucher.cz)

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

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

Neonatologie

garant MUDr. Jan Malý, Ph.D.

pátek / 10. června 2016 / 9.05–10.30 hod.

Lehká nezralost – pohled neonatologa

MUDr. Jan Malý, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

V České republice se 8,1 % dětí rodí s porodní hmotností < 2 500 g, což do určité míry dává náhled na frekvenci předčasných porodů, jejichž skutečnou incidenci v ČR neznáme. Obdobně jako v jiných rozvinutých zemích se i incidence předčasných porodů v ČR zvyšuje. Zatímco incidence porodů dětí s extrémně nízkou a velmi nízkou porodní hmotností zůstává víceméně stacionární a představuje přibližně 1,5 % porodů v ČR, je v posledních letech patrný vzestup incidence porodů dětí s hmotností mezi 1 500–2 499 g a dětí s hmotností > 2 500 g, nicméně narozené před 37. týdnem těhotenství. Ačkoliv se jedná o děti "relativně velké", a v očích laické i zdravotnické (neodborné) veřejnosti se nejedná o významnější problém, opak je pravdou s dalekosáhlými medicínskými, sociálními a ekonomickými důsledky. Novorozenecká mortalita a morbidita těchto dětí mnohonásobně převyšuje obdobné kategorie dětí po porodu v termínu. V přednášce autor upozorňuje na běžné nemocniční problémy lehké nezralosti, rizika v dalším sledování těchto dětí a významný potenciál iatrogenicity při indukovaných nebo operačně vedených porodech před termínem porodu.

Pozdní morbidita u lehce nezralých novorozenců

MUDr. Jana Zemánková, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Lehce nezralí, tzv. „late preterm“, novorozenci jsou v současné době nejrychleji rostoucí skupinou nezralých dětí. V současné době jsou omezená data o jejich dlouhodobém vývoji. To je dáno zejména tím, že velká část těchto dětí je hospitalizována na odd. fyziologických novorozenců, a tím nedochází k jejich centralizaci. Jsou většinou sledováni praktickými dětskými lékaři a do vývojových center se dostávají pouze děti s významnou perinatální zátěží. I přesto, že jsou tyto děti „lehce“ nezralé, mají významně vyšší riziko rozvoje pozdní morbidity proti donošeným novorozencům. U těchto dětí je 3x vyšší riziko rozvoje dětské mozkové obrny, v prvních 5 letech života mají o 36 % vyšší riziko rozvoje psychomotorické retardace, častěji dochází k rozvoji kognitivních poruch a poruch chování, které byly zaznamenány až u 20 % dětí v 8 letech, může častěji dojít k rozvoji psychických poruch.

Ve východočeském regionu většina novorozenců narozená ve 36. g. t. zůstává na odd. fyziologických novorozenců v závislosti na hmotnosti a klinickém stavu dítěte. Ve FN Hradec Králové zůstávají na odd. fyziologických novorozenců děti narozené ve 35.–36. g. t., cca 100–120 dětí/rok. Na JIRP a odd. IMP je hospitalizováno 150–200 těchto dětí/rok.

Po propuštění je většina dětí v péči PLDD, v rizikové poradně je sledováno cca 25–30 % těchto dětí. Dlouhodobě sledujeme novorozence s ohroženým psychomotorickým vývojem při závažných perinatálních komplikacích, neurologických nebo jiných (respirační GIT, kombinace rizikových faktorů...). V této skupině dětí zaznamenáváme cca 5 dětí se sledovaným postižením/rok (DMO, porucha sluchu, porucha zraku, vývojová retardace, růstová restrikce, epilepsie).

Na několika kazuistikách chceme ukázat postnatální průběh a další vývoj lehce nezralých novorozenců.

Na závěr je třeba zdůraznit, že lehce nezralý novorozenec není fyziologický novorozenec, důležitá je prevence předčasného porodu a ev. jeho optimální management. Nejzásadnější pro dlouhodobý vývoj je nedokončený vývoj mozku, který je velmi vulnerabilní ke všem inzultům

a ovlivňuje kvalitu dalšího života, závažným přidruženým rizikem je intrauterinní růstová restrikce. Pokud jsou tyto děti vystaveny perinatálním rizikům, nesmíme v této skupině zapomínat na včasnou vývojovou péči a intervenci.

Apgar skóre 0 – 0 – 0

MUDr. Tomáš Matějka

Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence,
Dětská klinika FN a LF UK Hradec Králové

Resuscitace je soubor postupů k docílení co nejrychlejší obnovy dostatečného spontánního oběhu okysličené krve v organismu. Resuscitace by měla zachraňovat život, nikoliv vytvářet osudy horší než smrt. Přibližně 10 % novorozenců vyžaduje nějakou formu pomoci na porodním sále k tomu, aby začali spontánně dýchat. Méně než 1 % vyžaduje extenzivní resuscitaci. Skóre dle Apgarové 0 v 1., 5. i 10. minutě nás informuje, že vybavený novorozenec neměl srdeční akci a že se ji nepodařilo resuscitačními kroky obnovit ani do 10. minuty života. Tato situace se vyskytuje přibližně s incidencí 0,12 na 1 000 porodů. Aktuální doporučené postupy pro resuscitaci novorozence umožňují při AS 0 – 0 – 0 zvážit ukončení resuscitace. Nejnovější observační studie ukazují, že normální vývoj nebo lehký handicap je popisován až u téměř 25 % novorozenců s AS 0 – 0 – 0 a adekvátně prováděnou resuscitací. Tyto data jsou v rozporu s předchozími pozorováními, tj. všeobecně nepříznivý outcome (těžký handicap). Dlouhodobý outcome těchto dětí ve srovnání s historickými daty je výrazně lepší. Autor si pokládá otázku, zda má smysl v podmínkách východočeského kraje pokračovat v resuscitaci novorozence s AS 0 – 0 – 0. Na základě lokálních dat za posledních 10 let (100% mortalita nebo těžký handicap) se spíše přiklání k ukončení resuscitačních snah, tak jak to umožňují recentní doporučené postupy pro resuscitaci novorozence.

Výsledky péče o novorozence po perinatální hypoxii

MUDr. Jana Zemánková, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Terapeutická hypotermie (WBH) je neuroprotektivní terapie, která je již řadu let využívána k léčbě novorozenců po závažné perinatální hypoxii. Principem léčby je snížení tělesné teploty o 3–4 °C po dobu 72 hodin. Včasně zahájení této léčby zvyšuje šanci na normální neurologický vývoj těchto dětí.

Cílem prezentace je shrnutí výsledků léčby celotělovou hypotermií na NJIRP FNHK od r. 2011, kdy bylo zahájeno používání této metody. Od 05/2011 do 04/2016 bylo na Dětskou kliniku přijato 90 novorozenců ke zhodnocení indikace k řízené hypotermii. 29 dětí bylo indikováno k této léčbě. V prezentaci je hodnocen jednak krátkodobý neurologický vývoj ve smyslu rozvoje hypoxicko-ischemické encefalopatie, tak dlouhodobý neurologický vývoj u dětí po řízené hypotermii a části dětí, které indikační kritéria nesplnila. Prezentace je doplněna kazuistikami našich pacientů.

Součástí prezentace je shrnutí následné péče a sledování, jehož součástí je vyšetření MR mozku před propuštěním nebo kolem 3. měsíce věku, UZ kontroly, kontrolní EEG nejpozději ve věku 5 měsíců. V současné době také doporučujeme odklad základního očkování do 6 měsíců věku nebo déle, dle neurologického vývoje a doporučení neurologa.

Z našich výsledků vyplývá, že největší profit z této léčby mají děti se středně závažnou perinatální hypoxií s rozvojem hypoxicko-ischemické encefalopatie II. stupně. V porovnání se souborem sledovaných dětí před zahájením léčby řízenou hypotermií má více dětí léčených WBH normální neurologický vývoj. Vzhledem k relativně krátké době užívání této metody bude vhodné dlouhodobější sledování těchto dětí k odhalení mírnějších deficitů ve smyslu kognitivních poruch apod.

Akrální koaktivační diagnostika a terapie u kojenců**PhDr. Ingrid Palašáková Špringrová, Ph.D.^{1,2}, Bc. Eva Baranová, DiS.³**¹ACT centrum s. r. o., centrum postgraduálního vzdělávání akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice – Praha²REHASPRING centrum s. r. o., AZZ fyzioterapie, centrum postgraduálního vzdělávání akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice – Praha³E-fyzio NZZ fyzioterapie Hradec Králové

Motorický vývoj je komplexní model založený na dvou specifických teoretických hlediscích. První z nich je deskriptivní teorie stadií 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 stadiu fáze rudimentárního pohybu. Metoda je akreditována MZČR, lze ji vykazovat na zdravotní pojišťovny.

Endokrinologie

garant MUDr. David Neumann, Ph.D.

pátek / 10. června 2016 / 11.00–12.30 hod.

Prolaktinomy**MUDr. Ivana Plášilová**

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Endokrinologická ambulance Pardubice

Prolaktinomy jsou adenomy hypofýzy produkující hormon prolaktin, dle velikosti je dělíme na mikroadenomy (průměr do 10 mm) a makroadenomy (průměr nad 10 mm). Nejčastěji se vyskytují u žen v produktivním věku, ale můžeme se s nimi setkat i v dětském věku a adolescenci. Většinou se jedná o benigní nádory, které se v případě makroadenomů mohou chovat agresivně a lokálně invazivně, maligní prolaktinomy jsou vzácné a rezistentní na léčbu agonisty dopaminu.

Klinický obraz je dán kombinací účinku hyperprolaktinémie, výpadkem dalších endokrinních os, které vznikají útlakem zdravé hypofyzární tkáně tumorem. A příznaky, které jsou způsobeny lokálním invazivním růstem tumoru. Klinickými důsledky hyperprolaktinémie je u žen galaktorea, primární nebo sekundární amenorea, oligomenorea, neplodnost u mužů poruchy libida, potency, méně často se vyskytuje galaktorea a gynekomastie. Vedle hyperprolaktinémie může dojít k narušení sekrece jednoho nebo více hormonů předního laloku hypofýzy s odpovídajícím klinickým obrazem centrální hypotyreózy, hypokorticismu nebo deficitu růstového hormonu.

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

Při útlaku hypofyzární stopky se manifestuje diabetes insipidus. Nejčastějším příznakem způsobeným lokálním růstem tumoru je postižení optických drah, které vede k výpadkům zorného pole až k úplné ztrátě zraku.

Při zjištění zvýšených hladin prolaktinu v séru je nutno vyloučit fyziologické příčiny hyperprolaktinémie a přítomnost adenomu ověřit zobrazovacím vyšetřením hypofýzy, upřednostňujeme vyšetření magnetickou rezonancí před počítačovou tomografií.

Cílem léčby je normalizace hladin prolaktinu, zmenšení velikosti tumoru a zachování ostatních endokrinních funkcí předního laloku hypofýzy. Na prvním místě je v současnosti medikamentózní léčba dopaminergními agonisty. Chirurgickou léčbu indikujeme při rezistenci na tuto léčbu nebo při komplikacích (krvácení do tumoru s útlakem zrakových drah, likvoreja). U některých pacientů může být použita i léčba radiační, při rezistenci na medikamentózní léčbu nebo její špatnou toleranci a při nemožnosti chirurgického řešení.

Sdělení má upozornit na problematiku převážně dospělého věku, s kterou se však můžeme setkat i v dětských ambulancích a je doplněno krátkými kazuistikami.

Uzly a nádory štítné žlázy u dětí

MUDr. Marcela Dvořáková, Ph.D.

Endokrinologický ústav, Praha

Uzly a nádory štítné žlázy v dětském věku nejsou tak časté, ale jejich počet stoupá v důsledku zlepšení diagnostiky dané výhodnou přístupností štítné žlázy při vyšetřování. Nejčastějším příznakem bývá hmatná rezistence na krku v lokalitě štítné žlázy nebo uzel zjištěný při jejím sonografickém vyšetření. V případě nálezu solitárního uzlu při sonografickém vyšetření je podezření z malignity vysoké. Dosud nenahraditelnou metodou v určení diagnózy rezistence je aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB). Vzorek odebrané tkáně štítné žlázy je vyšetřen cytologicky a dle klasifikace (Bethesda I–VI) se stanoví riziko malignity.

Tab. 4. Klasifikace tumorů štítné žlázy

I. Benigní tumory	Koloidní uzel, folikulární uzel, cystoid
II. Maligní tumory	
1. Karcinomy z tyreocytů a) diferencované	■ Papilární karcinom – nejčastější ■ Folikulární karcinom
Karcinomy z tyreocytů b) nediferencované	Anaplastický karcinom (u dětí se nevyskytuje)
2. Karcinomy v C-buněk	Medulární karcinom
3. B-lymfom u chronické autoimunitní tyreoiditidy	
4. Metastázy karcinomu plic, mammy, ledvin	

Nejčastějším typem diferencovaného karcinomu štítné žlázy je u nás papilární karcinom, vyskytující se též v dětském věku a mající velmi dobrou prognózu. V dřívějších dobách, kdy u nás byl nedostatek jódu, převažoval výskyt folikulárního karcinomu. Oba typy diferencovaných nádorů vycházející z tyreocytů dobře reagují na terapii radiójodem. Nejzávažnější nádor štítné žlázy je rychle rostoucí anaplastický karcinom, působící výrazný mechanický syndrom z útlaku měkkých krčních struktur a nereagující na léčbu radiójodem. U dětí se s ním prakticky nesetkáme.

Z C-buněk štítné žlázy vychází medulární karcinom vyskytující se sporadicky nebo je součástí mnohočetné endokrinní neoplazie (MEN) mající dědičnou zátěž.

Léčba nádorů je vždy komplexní, podílí se na ní tým odborníků (praktický lékař pro děti a dorost, endokrinolog, chirurg, ORL lékař, specialista z nukleární medicíny a onkolog).

Jednoznačným chirurgickým výkonem je vždy totální tyreoidektomie, dle rozsahu někdy i s blokovou disekcí krčních uzlin. Rozsah postižení štítné žlázy a extratyroidálních tkání (prorůstání karcinomu mimo pouzdro uzlu, angioinvasze) odhalí až histologické vyšetření štítné žlázy a krčních uzlin. Dle klasifikace TNM je provedena v některých závažných případech následná radioterapie v hluboké hypotyreóze (vysazením tyreoidálních hormonů na minimálně 6 týdnů před radioterapií) nebo aplikací rekombinantního TSH s cílem akumulovat radioaktivní ¹³¹I do ev. zbytků štítné

Když to není na antibiotika...*



NOVINKA
21 tablet

Kaloba®

 **EPs® 7630**
First choice. Fast recovery.

- ✓ Zmírňuje příznaky onemocnění
- ✓ Zkracuje dobu pracovní neschopnosti
- ✓ Antivirové a antibakteriální účinky ověřeny in vitro

KALOBA® 20 mg potahované tablety

Složení: 1 tableta obsahuje 20 mg Pelargonii sidoidis extractum fluidum 1 : 8-10 (EPs 7630), vysušený. **Indikace:** Symptomatická léčba akutní bronchitidy nevyžadující antibiotickou léčbu. **Dávkování:** Dospělí a dospívající nad 12 let užívají 1 tabletu 3 x denně (ráno, v poledne a večer). Děti ve věku od 6 do 12 let užívají 1 tabletu 2 x denně (ráno, večer). Tablety se užívají nerozkousané s trochou tekutiny (nejlépe sklenicí vody). Tablety by se neměly užívat v poloze vleže. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Při těžkých onemocněních jater, jelikož nejsou k dispozici příslušné dostatečné zkušenosti. **Upozornění:** Podávání Kaloby 20 mg dětem mladším 6 let se vzhledem k nedostatečným zkušenostem nedoporučuje. Pacientům se doporučuje vyhledat lékaře, pokud nedojde k ústupu nebo zlepšení příznaků do 3 dnů. Pacientům se doporučuje urychleně vyhledat lékaře, pokud v průběhu léčby dojde ke zhoršení příznaků, vzestupu teploty a/nebo v případě vykašlávání hlenu s příměsí krve. Pacientům se doporučuje vyhledat lékaře, pokud se objeví příznaky jaterní dysfunkce. Pacientům s autoimunitními onemocněními, imunodeficientními stavy a/nebo s chronickými zánětlivými onemocněními je doporučeno před užíváním Kaloby konzultovat lékaře. Tablety obsahují monohydrát laktózy. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy by tento přípravek neměli užívat. **Interakce:** Žádné lékové interakce nebyly dosud hlášeny. **Těhotenství a kojení:** Přípravek se nesmí užívat během těhotenství a laktace, protože v této oblasti nejsou k dispozici adekvátní údaje. **Nežádoucí účinky:** Méně časté jsou trávicí potíže jako bolesti břicha, pálení žáhy, nevolnost nebo průjem. Vzácně se může vyskytnout mírné krvácení z dásní nebo nosu, hypersenzitivní reakce (např. kožní vyrážka, kopřivka, svědění kůže a sliznic). **Uchovávání:** Nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** 21 potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum revize textu:** 4.3.2015. **Reg. číslo:** 94/137/15-C. Volně prodejný přípravek, není hrazen zdravotními pojišťovnami.

* Indikace: Akutní bronchitida nevyžadující antibiotickou léčbu.



Schwabe Czech Republic s.r.o.,
140 00 Praha 4, Čestmírova 1,
tel.: +420 241 740 447,
e-mail: info@schwabe.cz, www.schwabe.cz

www.kaloba.cz

žlázy. Pacienti jsou celoživotně léčeni substitucí - levotyroxinem, výše dávky je titrována tak, aby substituční léčbou došlo k supresi TSH pod dolní hranici normy a hladina fT4 byla na horní hranici normy. Terapeutickým cílem je zabránění stimulačního vlivu TSH na růst a stimulaci možných nádorových ložisek. Sledování pacientů endokrinologem a v ambulancích tyreonkologických center vede pečlivým monitoringem k včasnému zabránění možných recidiv.

Flexibilní léčba dětí s diabetem mellitem 1. typu

MUDr. David Neumann, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Vývoj léčby lidí s diabetem 1. typu výrazně ovlivnila studie DCCT. V 90. letech 20. století jednoznačně ukázala prospěšnost intenzifikované léčby a monitoringu proti léčbě konvenční. Podání inzulinů 2x denně bylo opuštěno a referenčním režimem se stala aplikace lidského inzulinu 3x denně a na noc 1 dávky NPH inzulinu. Po roce 2000 se začaly do léčby zavádět režimy s dlouhodobými analogy inzulinu. Tato analoga nemají maxima. Omezila noční hypoglykémie. Zároveň se ale stala reálným základem pro flexibilní inzulinové režimy, popisované častěji po roce 2009.

Zatímco v tzv. intenzifikovaných režimech používaných dosud byly děti edukovány spolu s jejich rodiči o tom, že na předepsané fixní množství cukrů v jídlech určených pro dopoledne, odpoledne a na večer se podává fixní dávka inzulinu, flexibilní režimy umožňují dětem jíst podle fyziologické potřeby. Flexibilní režimy jsou dobře realizovatelné u dětí léčených inzulinovými pumpami nebo kombinací dlouhodobého analoga inzulinu s analogem krátkodobým, které účinkuje 3 hodiny. Děti nemusí stále uvažovat, co se stane v druhé polovině účinku lidského inzulinu, účinkujícího 6 hodin, například, kolik je nutné jíst ke svačině v případě sportu, nebo při omezeném pohybu ve škole. Tříhodinový účinek krátkodobých analog může sice znamenat více injekcí, ale to s moderními pomůckami k aplikaci inzulinu děti nepovažují za obtížné. Více injekcí je vyváženo větší svobodou ve výběru jídla a omezením neustálého uvažování, co se stane s časovým odstupem.

Hlavní překážka v užití flexibilních režimů byla edukace. Jak vysvětlit na první pohled složité výpočty? Jak vysvětlit pravidla 300–450 pro sacharido-inzulinový poměr, pravidlo 100 pro korekční faktor, výpočet jídla navíc ke sportům? Ukázalo se, že edukace je možná a děti pravidla rychle chápou a v běžném životě dovedou přizpůsobit aktuálním změnám. Během 6 měsíců je polovina dětí v Dětské části Diabetologického centra FN Hradec Králové léčena flexibilně. Obecným rysem je spokojenost dětí a zlepšení jejich metabolické kompenzace, měřené hodnotou glykovaného hemoglobinu HbA1c. Navíc, znalosti dětí o jídle jsou daleko přesnější.

Příspěvek má praktickým dětským lékařům umožnit rychlou orientaci v novinkách v léčbě diabetu 1. typu a rozumět tomu, jak si děti svůj diabetes léčí.

Aktuality v pediatrii

pátek / 10. června 2016 / 13.20–15.00 hod.

MFGM – inovace v kojenecké výživě

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha

Centrum dětské gastroenterologie, hepatologie, výživy a biologické terapie GI onemocnění

V kontrolované klinické studii vedlo obohacení kojenecké formule o MFGM (milk fat globule membrane) ke statisticky významnému rozdílu v hodnocení vývoje ve 12. měsíci věku (škála podle Bayleyové) se standardní formulí a bylo srovnatelné s výživou kojením. Rovněž byl zaznamenán menší výskyt otitid ve srovnání se skupinou dětí živěných formulí bez MFGM.

Význam fixní kombinace *Saccharomyces boulardii* a simethiconu v ordinaci dětského lékaře

MUDr. Markéta Štanclová

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Simethicon a *Saccharomyces boulardii* patří mezi běžně užívané látky při zažívacích obtížích. Simethicon snižuje povrchové napětí vzduchových bublin v gastrointestinálním traktu a zmírňuje příznaky doprovázející nadýmání, probiotická složka podporuje obnovu fyziologické střevní mikroflóry. Terapeutický účinek kombinace těchto dvou látek vychází z předpokladu, že dysbióza současně podporuje výskyt trávicích obtíží. Cílem sdělení je představit fixní kombinaci *S. boulardii* se simethiconem a její potencionální význam pro klinickou praxi.

Kazuistiky z nemocniční praxe

garantka doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.
pátek / 10. června 2016 / 15.30–16.30 hod.

Recidivující bolesti břicha u dospívající dívky – kazuistika

MUDr. Lucie Holická, MUDr. Jaroslav Koudelka, CSc.

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Kazuistika, která upozorňuje na méně častou příčinu opakovaných bolestí břicha u dospívající dívky.

Pacientka měla několik měsíců opakující se bolesti břicha, pro které občas navštívila obvodní lékařku. Jiné obtíže, které by ukazovaly na NPB neměla. Na plánovaném UZ vyšetření zjištěn cystický útvar v malé pánvi. Vyšetřována gynekology a dětským chirurgem pro podezření na cystu, nebo cystický tumor ovaria.

Byla diagnostikována vrozená vývojová vada – atrezie hymenu a dívka byla jednoduchým operačním výkonem zbavena obtíží.

Chtěli bychom poukázat na to, že ne vždy je třeba ke stanovení správné diagnózy a kauzální léčby složitých zobrazovacích diagnostických metod. Ke správné diagnostice některých onemocnění i v dnešní době stačí pečlivě odebraná anamnéza od pacientky či jejího doprovodu například již v ambulanci pediatra a základní fyzikální vyšetření, jakým je pohled a pohmat.

Dívka s vyvinutými sekundárními pohlavními znaky, s bolestmi břicha, které se opakují, a s primární amenoreou by měla absolvovat gynekologické vyšetření! Dětský gynekolog není podmínkou.

Na závěr sdělení krátké připomenutí torze adnex jako diagnózy, která je u dívek též méně častá, ale jde o náhlou příhodu břišní, jejíž včasné nerozpoznání vede ve většině případů ke ztrátě byť párového orgánu.

Kazuistika 16letého chlapce s dysfagickými obtížemi

MUDr. Markéta Štanclová, MUDr. Petr Dědek, Ph.D., MUDr. Tomáš Chyba,

MUDr. Jan Melek

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Uvádíme kazuistiku pacienta vyšetřovaného pro cca rok trvající dysfagické obtíže. Základní laboratorní parametry byly s normálním nálezem, vyšetření rtg pasáže jícnem neprokázalo anatomické abnormality. Endoskopický nález suspektní z eosinofilní esofagitidy byl následně potvrzen i histologickým vyšetřením biopsických vzorků. Vzhledem k anamnestickým údajům o astma bronchiale a atopické konstituci probíhala léčba ve spolupráci s alergologem. V úvodu byla nasazena léčba inhibitory protonové pumpy, která měla jen omezený efekt.

Ke zlepšení klinického stavu došlo až se zahájením léčby topickými kortikosteroidy „off label“ určenými k polykání, přechodně v kombinaci s perorálními kortikosteroidy. Léčba topickými kortikosteroidy byla ponechána dlouhodobě. S odstupem bylo provedeno kontrolní gastro-duodenoskopické vyšetření s normálním nálezem na sliznici jícnu. Další kontroly probíhají cestou alergologické ambulance.

Abnormní pohyby / infantilní spasmy kojence – kazuistika

**MUDr. Pavel Kamenický, MUDr. Jan Kopřiva, MUDr. Šárka Štefáčková,
MUDr. Lenka Minxová, doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.**

Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Kazuistika 8měsíčního kojence se symptomatickým Westovým syndromem při tuberózní skleróze. Westův syndrom je věkově vázaný epileptický syndrom řazený mezi epileptické encefalopatie s incidencí 2–3,5 na 10 000 živě narozených dětí. 97 % případů se manifestuje do prvního roku života a maximum výskytu je udáváno v rozmezí 3. až 6./8. měsíce věku dítěte. Pro diagnózu Westova syndromu je nutná přítomnost dvou ze tří hlavních příznaků: infantilních spasmů (1.), obrazu hypsarytmie na EEG (2.) a zástavy až regrese mentálního vývoje (3.). V 15 % případů příčinu Westova syndromu nedovedeme určit (= kryptogenní Westův syndrom). Na druhém pólu stojí symptomatický Westův syndrom se známou příčinou, kterou je statisticky až v 25 % jednotka zvaná Tuberózní skleróza – neurokutánní syndrom s multiorgánovým postižením a rozmanitým klinickým průběhem, s uváděnou prevalencí 1 na 6 000–9 000 jedinců. Pečlivé fyzikální vyšetření a klinická rozvaha jsou stále základními stavebními kameny pro stanovení správné diagnózy.

Co vše nebylo rachitidou

doc. MUDr. Štěpán Kutílek, CSc.

Dětské oddělení Klatovské nemocnice a. s.

Dětské oddělení Pardubické krajské nemocnice a. s.

Křivice (rachitis) je definována jako celkové onemocnění rostoucího dětského organismu, které je charakterizováno sníženou mineralizací kostní matrix a deformitami skeletu. Křivice mohou být vrozené či získané, dle patofyziologického mechanismu je lze dále dělit na primárně hypokalcemické (vitamin D – deficitní křivice, vitamin D – dependentní křivice typ I či II) či primárně hypofosfatemické (vrozené či získané). Klinicky se křivice může projevit zvýšeným pocením, svalovou slabostí, měkkým záhlavím (craniotabes), zvýšenou dráždivostí, později opožděním růstu. Na rentgenovém snímku ruky je charakteristický nález pohárkovitých deformit. Při laboratorním vyšetření zjišťujeme vysokou aktivitu alkalické fosfatázy, hypofosfatémii, hyperfosfaturii, a při vitamin D deficitní či dependentní křivici též hypokalcémii a sekundární hyperparatyreózu. U hypofosfatemické křivice jsou normální hladiny parathormonu a kalcia v séru. Prezentována série kazuistik, kdy byly nesprávně hodnoceny izolovaně se vyskytující jednotlivé příznaky (mírné deformity skeletu či craniotabes bez rtg a laboratorního nálezu, zvýšené pocení, diagnostika rachitidy na základě ultrazvukového vyšetření velkých kloubů, izolované vyšetření aktivity alkalické fosfatázy či kostní izoformy ALP, izolované vyšetření hladiny kalcidiolu bez dalších důležitých laboratorních parametrů) a chybně přiděleny diagnózy křivice s následným podáním či doporučeným podáním vysokých dávek vitaminu D. Diskutována diferenciální diagnostika křivice a nejčastější chyby v běžné praxi.

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. 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 *Bordetella pertussis*: Pertussis anatoxinum 25 µg; Haemagglutininum filamentosum 25 µg. Virus Poliomyelitis (inaktivovaný)³: typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenů⁴; typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenů⁴; typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenů⁴. Antigenum tegiminis hepatitidy B⁵ 10 µg. Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum 12 µg (Polyribosylribitol phosphas); conjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **1** adsorbováno na hydratovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al³⁺). **2** jako spodní mez spolehlivosti (p = 0,95), **3** pomnoženo na Vera buňkách, **4** nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou, **5** vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů do 24 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Intramuskulární 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. Očkování má být provedeno v souladu s oficiálními doporučeními. **Přeočkování:** Po 2dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Po 3dávkovém základním očkování má být provedeno přeočkování. Přeočkování má být provedeno 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. **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, 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 látky nebo 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. Nepodávat vakcínu proti pertusi osobám, které trpí nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo nekontrolovanou epilepsi, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Upozornění:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *Corynebacterium diphtheriae*, *Clostridium tetani*, *Bordetella pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Nicméně lze 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 nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, hepatitidy C a hepatitidy E nebo jinými patogeny jater. Hexacima nechrání proti infekčním onemocněním způsobeným jinými typy *Haemophilus influenzae* ani proti meningitidě jiného původu. **Interakce:** Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nepodávat současně s vakcínou proti planým neštovicím. 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:** Nepodávat ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, nechutenství, zvracení a průjem, podrážděnost, pláč, spavost, zarudnutí a otok v místě vpichu a horečka. Mírně zvýšená získaná reaktogenita po první dávce ve srovnání s následnými dávkami. **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:** 19. 11. 2015

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.

Komunikace v náročných situacích

pátek / 10. června 2016 / 16.30–17.10 hod.

Komunikace v náročných situacích

PhDr. Michaela Peterková

Psychologické služby, Jaroměř

Výkon práce dětského lékaře spočívá částečně v komunikaci s rodiči a jinými příbuznými svých dětských pacientů. Tato komunikace se může v určitém momentě stát složitou - příčinou komplikací může být obsah sdělení a/nebo stres a jiné příčiny na komunikujících stranách. Během přednášky se seznámíme s nejčastějšími faktory, které věcnou a rozumnou domluvu ztěžují, s faktory, které komunikaci naopak usnadňují, dále se naučíme rozeznávat základní složky komunikace a řekneme si, jak tuto znalost využívat v praxi.

Dobrá rada do vaší ordinace

sobota / 11. června 2016 / 10.15–10.55 hod.

Novinky v léčbě chronické spontánní kopřivky

MUDr. Nečas Miroslav, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika LF MU Brno a FN u sv. Anny v Brně

Kopřivku můžeme definovat jako onemocnění charakterizované rozvojem pomfů, angioedému nebo obojího. Dle nové klasifikace kopřivek rozlišujeme akutní kopřivku (trvající do 6 týdnů) a chronickou kopřivku (nad 6 týdnů). Chronická kopřivka se potom dělí na kopřivku inducibilní (zahrnuje např. fyzikální kopřivky, dále kopřivku cholinergní, aquagenní nebo kontaktní) a spontánní kopřivku (kde příčina může být známá či nikoli). Aktivitu onemocnění můžeme hodnotit pomocí různých skórovacích systémů, nejčastěji se používá tzv. UAS resp. UAS7 skóre, které hodnotí přítomnost symptomů specifických pro kopřivku (pomfy, pruritus) a jejich intenzitu denně v průběhu jednoho týdne. Terapie chronických kopřivek vždy musí zohlednit příčinu onemocnění (pokud se podaří vypátrat), symptomatická léčba potom zahrnuje dietu a farmakologickou léčbu. Podle posledních doporučení EAACI/GA2LEN/EDF/WAO z roku 2014 zahrnuje první linie léčby chronické spontánní kopřivky podání nesesedativních antihistaminik – 2. generace, jejichž dávkování lze navyšovat až na 4násobek doporučené dávky (2. linie léčby), a pokud symptomy přetrvávají, lze zvažovat přidání leukotrienů, cyklosporinu nebo omalizumabu (3. linie léčby). Omalizumab je humanizovaná monoklonální protilátka proti molekule IgE. Několika publikovanými studiemi v posledních letech (zejména studie Asteria I, II a Glacial) byla prokázána velmi dobrá účinnost u chronické spontánní kopřivky, přičemž nebyly prokázány žádné závažnější nežádoucí účinky. V ČR byl schválen v únoru 2014 jako přídatná terapie k léčbě chronické spontánní kopřivky u dospělých a dospívajících pacientů s nedostatečnou odpovědí na léčbu H1 antihistaminiky. Omalizumab tedy představuje novou a vítanou možnost v léčbě chronické spontánní kopřivky nereagující na konvenční léčbu.

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

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, riboflavinii 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 rozděleně do dvou dávek, děti od 6 let a dospělí užívají denně 20 ml rozděleně do dvou dávek. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na kteroukoli pomocnou látku, hyperkalcemie, hyperkalcie, 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.

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



v organismu je koncentrace kalcidiolu v plazmě jež reflektuje vitamin D z potravy, z expozice kůže sluncem a konverzi vitaminu 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 vitaminu D pod 30 nmol/l (12 ng/ml), vede k poklesu svalové síly. Vitamin D snižuje u starších osob riziko pádu o více než 20 %. V naší starší populaci je kritický nedostatek vitaminu D hodnocen pomocí hladiny kalcidiolu a je to jedna z příčin senilní osteoporózy. Se stárnutím klesá postupně schopnost pokožky tvořit vitamin D až o ¾.

Počátečním krokem k aktivaci vitaminu D je hydroxylace na 25. uhlíku. 25-hydroxycholecalciferol (kalcidiol) je mnohem aktivnější než vitamin D v působení na střeva 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 kdekoli, 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 ledvinovém 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.

Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.

Vzácná onemocnění aneb co je dobré vědět...

sobota / 11. června 2016 / 11.25–12.25 hod.

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

Zn. Hledá se Fabry!

MUDr. Gabriela Dostálová, MUDr. Lubor Golář, 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 – galactosidázu, se jedná zatím o chorobu nevléčitelnou. 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 zapůsobit 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 (1, 2, 3, 4).

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 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 (5). 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, 12000

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 strádání 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, dysplazie 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 drápané 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. Strádání GAG probíhá i na srdečních chlopních s rozvojem chlopenních 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 (šestimínutový test chůze), k zlepšení nebo stabilizaci plicních funkcí a ústupu hepatomegalie a splenomegalie. Zásadním omezením je špatný prostup do pojivových tkání a chybějící efekt na postižení CNS. V případech časného stanovení diagnózy a brzkého zavedení terapie lze mnoha patologickým organovým projevům zcela předejít.

Současný pohled na anafylaxi u dětí a dospělých

doc. MUDr. Jiřina Chládková, Ph.D.

Dětská klinika UK LF a FN, Hradec Králové

Prevalence anafylaxe v populaci stoupá. U dospělých převládá anafylaxe vyvolaná léčivými přípravky a hmyzím jedem, zatímco u dětí je nejčastější příčinou anafylaxe potravinová alergie. Pravděpodobnost fatálního průběhu anafylaxe je vyšší, má-li nemocný průduškové astma pod nedostatečnou kontrolou, pokud je opomenuto podání adrenalinu nebo je-li příliš pozdní. Lék první volby adrenalin je třeba aplikovat intramuskulárně bez ohledu na to, zda-li se jedná o ambulantního nebo hospitalizovaného pacienta. Počáteční dávka adrenalinu pro dospělé je 0,3–0,5 mg a pro děti 10 mikrogramů/kg (jednotlivá maximální dávka je 0,5 mg). Jednoznačnou indikací je jakýkoliv respirační nebo kardiovaskulární příznak (nejčastěji dušnost nebo hypotenze). Až v druhém pořadí se do jiného místa svalu nebo nitrožilně podává antihistaminikum a potom glukokortikoid. Pacient musí být vždy převezen do nemocnice (vozidlem RZP) a sledován po dobu 8–12 hodin (riziko pozdní alergické reakce).

Každého nemocného, který prodělal anafylaxi, je třeba vybavit pohotovostním balíčkem obsahujícím adrenalin v autoinjektoru, antihistaminikum, glukokortikoid, salbutamol a návod k použití. Pacient musí umět rozpoznat příznaky anafylaxe a být zacvičen v použití autoinjektoru. Je nezbytné, aby nosil s sebou pohotovostní balíček včetně průkazky alergika se záznamem faktorů vyvolávajících anafylaxi a písemným plánem léčby anafylaxe. Dispenzarizace v alergologické ordinaci je nezbytná.

U potravinové anafylaxe je třeba důsledně dodržovat eliminační dietu, to znamená vyřadit alergizující potraviny z jídelníčku včetně sledování složení potravin na etiketách od výrobců (skryté alergeny). Rizikové z hlediska náhodného požití alergizující potraviny je především stravování mimo domácnost (u dětí oslavy u kamarádů a školní výlety, u dospělých stravování v restauracích). V případě alergie na hmyzí jed je účinná subkutánní specifická alergenová imunoterapie jedem blanokřídlého hmyzu (včelí nebo vosí jed). U anafylaxe vyvolané léčivými přípravky je třeba se vyhnout jejich podání. Ani premedikace antihistaminikem a glukokortikoidem nemusí předejít závažné anafylaxi.

HRADEC KRÁLOVÉ

PEDIATRIE PRO PRAXI

III. kongres pediatriů v Hradci Králové

10.–11. června
2016

Hotel Nové
Adalbertinum,
Hradec Králové

Pořádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou Dětské kliniky LF UK a FN v Hradci Králové

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

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.

DCA, L'Oréal Česká republika

Dialab spol. s r.o.

EDA cz, z. ú.

EMPOLAS s.r.o.

Generica Bohemia spol. s r.o.

Gilead Sciences s.r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

Glenmark Pharmaceuticals s.r.o.

Hero Czech s.r.o.

Lázně Poděbrady a.s. Léčebna Dr. L. Filipa

MARY KAY Praha

Mediclinic a.s.

Medindex, spol. s r.o.

MeDitorial, s.r.o.

Merck spol. s r.o.

NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.

Novartis s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

Pierre Fabre Medicament s.r.o.

SANDOZ s.r.o.

Sanofi Pasteur

Schwabe Czech Republic s.r.o.

SWISS PHARMA, spol. s r.o.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

TERSINIDA CZ a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



**Pediatrie
pro praxi**

**Medicina
pro praxi**

proLékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU