

Pediatric pro praxi

2017



www.solen.cz | Pediatr. praxi 2017; 18(Suppl C) | ISBN 978-80-7471-195-4 | 2017

ABSTRAKTA

IV. KONGRES PEDIATRŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

26.–27. května 2017

Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořadatel: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatric pro praxi
Záštita: Dětská klinika LF UK a FN v Hradci Králové

SOLEN
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 sinusitis a akutní exacerbace chronické bronchitidy, bronchopneumonie a pneumonie. **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: U lehkých až středně těžkých infekcí 0,5 g–0,75 g každých 8 hodin po dobu 7–10 dnů. U těžších infekcí je obvyklá dávka 0,75 g–1,5 g v dílčích dávkách každých 8 hodin. Dávky 1 g a vyšší je možno podávat po 12 hodinách. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 50–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. Tablety se mohou polykat celé a zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Nepodávat pacientům s virovou infekcí, zejména infekční mononukleózou, pacientům s lymfatickou leukémií a pacientům HIV pozitivním. **Interakce:** probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon a kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují polčas 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. **Těhotenství a laktace:** Podávání amoxicilinu v době těhotenství nemá nepříznivý účinek na plod. Do mateřského mléka je vylučován v malých množstvích, nicméně u kojence nelze vyloučit vznik sensibilizace, dysmikrobie nebo průjmu. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** březen 2015. **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. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařsky předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

ASTELLAS PHARMA s.r.o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8

PROGRAM / pátek 26. května

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.
- 9.05–10.25 DĚTSKÁ NEFROLOGIE A UROLOGIE**
garantka doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.
- **Kdy a proč myslet na akutní tubulointersticiální nefritidu?** – Skálová S.
 - **Akutní postinfekční glomerulonefritida – „nemoc mnoha tváří“** – Zieg J.
 - **Hypospadie: kdy indikovat k rekonstrukční operaci, nejčastěji používané operační techniky** – Novák I., Kuliaček P., Tomášek J.
 - **Pohled urologa na chirurgii předkožky v dětském věku** – Tomášek J., Novák I., Kuliaček P.
- 10.25–10.45 PŘESTÁVKA**
- 10.45–11.45 AKUTNÍ STAVY, INTENZIVNÍ PÉČE**
garant MUDr. Pavel Rozsival
- **Akutní stavy v ordinaci PLDD** – Eimer L.
 - **Možnosti zahájení léčby dítěte s nově diagnostikovaným diabetem mellitem** – Neumann D.
 - **Novinky v resuscitaci a poresuscitační péči u dětí** – Rozsival P.
- 11.45–12.15 VARIA**
- **Alergický pochod** – Fuchs M.
 - **Strategie výživy kojence** – Kopelentová E.
- 12.15–13.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.10–14.35 KARDIOLOGIE**
garant doc. MUDr. Zdeněk Kokštein, CSc.
- **Kolapsové stavy u dětí** – Lukeš A.
 - **Srdeční selhání u kojenců, batolat a větších dětí** – Molíková N.
 - **Nejčastější arytmie v dětském věku** – Lukešová K.
 - **Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR „O zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu“** – Kokštein Z.
- 14.35–15.35 AKTUALITY V PEDIATRII**
- **Účinky hlívy ústříčné na imunitní systém** – Mrázová J.
 - **Epigenetika a význam tuků ve výživě kojenců a batolat** – Boženský J.
 - **Doporučení pro diagnostiku a léčbu dětí s nočním pomočováním** – Šenkeřík M.
- 15.35–16.00 PŘESTÁVKA**
- 16.00–17.00 ZAJÍMAVÉ PŘÍPADY Z PRAXE**
garant doc. MUDr. Štěpán Kutílek, CSc.
- **Porucha chůze jako komplikace akutního infektu u dětí** – Kračmarová R.
 - **Purulentní abscedující meningitida jako komplikace akutní sinusitidy** – Kamenický P., Rejtar P.
 - **Hypokalcemická tetanie a myopatie u pacienta s pseudohypoparatyreózou** – Kutílek Š., Plášilová I., Bébová-Malá P., Hasenohorlová K., Hanulíková K.
- 17.00–18.00 PNEUMOLOGIE**
garant MUDr. Hubert Vaníček, Ph.D.
- **Plicní postižení u dětských hematologických pacientů** – Kerekes A.
 - **Pertuse – stále aktuální** – Hanousková K.
 - **Závažné respirační pneumokokové infekce u dětí** – Vaníček H.

PROGRAM / sobota 27. května

- 8.30–9.45 OD TITRITID K CRPITIDÁM** – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová
IP ■ Diskuzní interaktivní blok
- 9.45–10.25 MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?**
 ■ **Hunterův syndrom? Hereditární angioedém? Fabryho choroba? Gaucherova choroba?** – Dostálová G., Krčmová I.,
 Magner M.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o.)
- 10.25–10.55 PŘESTÁVKA**
- 10.55–11.40 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
 ■ **Možnosti využití adaptogenů při zvládání stresu** – Vranová V.
 ■ **Podání hexavalentních vakcín současně s dalšími vakcínami – účinnost a bezpečnostní profil** – Dvořák R.
- 11.40–13.10 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**
 garantka MUDr. Miroslava Navrátilová, Ph.D.
 ■ **Rizika „zdravé“ výživy v dětství a dospělosti**
 ■ **Metabolické a somatické důsledky. 28leté zkušenosti z JIPP a metabolické poradny s kazuistikami**
- 13.10–14.00 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI**
 ■ **Aktuální problémy a výhledy** – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.
- 14.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

IV. KONGRES PEDIATRŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

26.–27. května 2017 | 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

Prezidentka akce

doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
 Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 585 203 086, 734 571 658 slezakova@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 2017; 18(Suppl C).

Vydavatel: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-195-4

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

Dětská nefrologie a urologie

garantka doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.

pátek / 26. května 2017 / 9.05–10.25 hod.

Kdy a proč myslet na akutní tubulointersticiální nefritidu?

doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Tubulointersticiální nefritida (TIN) je zánětlivé onemocnění intersticia a současně i tubulů. Dle etiologie se dělí TIN na imunologicky podmíněnou, infekční a idiopatickou, dle délky trvání dále na akutní a chronickou. Za nejčastější příčinu lze považovat léky vyvolanou TIN v souvislosti s nesteroidními antiflogistiky a antibiotiky. Pokud léková anamnéza je nejasná či negativní, je nutné pátrat po dalších příčinách, zejména po infekčních a systémových onemocněních. Diagnostika TIN je často opožděná pro nespecifické příznaky, ke kterým patří zvýšené teploty, nechutenství, bolesti břicha, váhový úbytek, únava, artralgie a exantém. Klasická triáda příznaků horečka – exantém – eosinofilie se vyskytuje pouze u 15 % pacientů. Laboratorně se často setkáváme s příznaky akutního poškození ledvin (AKI) s poklesem glomerulární filtrace, patologickými nálezy v močovém sedimentu a známkami tubulární dysfunkce jako je glykosurie, tubulární proteinurie, renální tubulární acidóza, významná polyurie. Pokud léková anamnéza je nejasná či negativní, je nutné pátrat po dalších příčinách, zejména infekčních a systémových onemocněních. Renální biopsie se neprovádí rutinně, je indikována pouze v případě diagnostických nejasností či pochyb. V případě polékové TIN dochází k úpravě klinických i laboratorních nálezů po vysazení vyvolávajícího léku. V ostatních případech se léčba řídí dle etiologie. V terapii idiopatické TIN se závažným průběhem lze použít kortikoidy, jednoznačná doporučení pro léčbu kortikoidy však neexistují.

Akutní postinfekční glomerulonefritida – „nemoc mnoha tváří“

MUDr. Jakub Zieg, Ph.D.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Akutní postinfekční glomerulonefritida (APIG) se projevuje rozvojem nefrotického syndromu v časovém odstupu po akutním infektu. Nejobvyklejším vyvolavatelem je *Streptococcus pyogenes*. APIG patří mezi nejčastější příčiny akutního poškození ledvin (APL) u dětí s nejvyšším výskytem v rozvojových zemích, hlavním patogenetickým mechanismem je tvorba imunokomplexů ve tkáni ledvin. Onemocnění může probíhat asymptomaticky, typickými příznaky jsou však makroskopická hematurie, hypertenze, případně vznik otoků. V laboratoři obvykle nacházíme hematurii, proteinurii, elevaci renálních parametrů, pokles C3 složky komplementu a sérologickou pozitivitu protilátek proti infekčnímu agens. Léčba je symptomatická, spočívá v udržování vodní a elektrolytové rovnováhy, případně v korekci hypertenze. V indikovaných případech se podávají antibiotika. Pacienti s velmi závažným APL jsou léčeni eliminačními metodami. Renální biopsie se provádí pouze u nemocných s těžkým průběhem onemocnění, případně při pochybnostech o diagnóze. Prognóza pacientů s APIG je obvykle dobrá, pokud ale nedojde během 6–8 týdnů k normalizaci hladin C3 složky komplementu, je diagnóza APIG nepravděpodobná.

Hypospadie: kdy indikovat k rekonstrukční operaci, nejčastěji používané operační techniky

MUDr. Ivan Novák, Ph.D., MUDr. Peter Kuliacek, MUDr. Jan Tomášek

Urologická klinika, dětské oddělení

Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Úvod: Hypospadie je vrozené onemocnění mužského genitálu. Incidencí 1 : 300–400 narozených se řadí k nejčastěji přicházejícím vrozeným vadám. Řešení je pouze chirurgické. Doporučený věk

operační korekce urology je mezi 6–18 měsíci věku. Existuje velké množství typů operací této vady. V posledních dvou desetiletích dominuje zejména u distálních hypospadií technika TIP (tubulizovaná incidovaná ploténka). Přestože pooperační komplikace (píštěle, dehiscence aj.) zejména po řešení vyšších stupňů hypospadije jsou uváděny až u třetiny léčených, kosmetické výsledky po úspěšném zhojení jsou vesměs dobré až vynikající. Velkou neznámou s odstupem mnoha let od provedené primární plastiky (adolescence – dospělost) zůstává funkční výsledek operace (reangulace penisu, stenózy neouretry, sklon k infekcím aj.), mnohdy vyžadující provedení reoperace.

Cíl: Přehledná prezentace hypospadije z pohledu patogeneze, indikace a typů operační léčby, jejích možných komplikací a řešení, zhodnocení souboru námi operovaných dětí za posledních 5 let (věk, typy uretroplastik).

Metodika, soubor: Retrospektivně jsme zhodnotili soubor operovaných pro hypospadije v letech 2012–2016. V tomto období bylo operováno 146 chlapců, u kterých bylo provedeno celkem 155 korekčních operací pro hypospadii. Věk operovaných byl v rozmezí 1–18 let (průměr 3,8 roku). Primární výkony: 11× meatotomie, nebo meatoplastika, 13× uvolnění kožní chordy penisu a 17× fibrózní chordy tělís, 91× tubulizace incidované ploténky (TIP) v modifikaci dle Snodgrasse, nebo Riccabony, 3× Duplay plastika a 19× laloková plastika (6× dle Mathieu, 13× on lay dle Ducketa). U meatotomie, provedené chordektomie ponecháváme permanentní měchyřovou cévku na 7 dní. U TIP zajišťujeme plastiku založením punkční epicystostomie 8 CH a silikonového splintu 10 CH, nebo v posledních letech pouze vezikouretrálního splintu 8/6 CH. Drenáže ponecháváme 10 dní. Plasty s užitím živeného laloku zajišťujeme založením punkční epicystostomií 8 CH na 10–12 dní. Po operaci na penis přikládáme měkký obvaz fixovaný polopropustnou folií ke kůži. Všechny operované kontrolujeme po 2–3 měsících od operace, při primárním zhojení dispenzarizujeme 1 ročně do adolescence. V případě komplikací (píštěle, dehiscence) neindikujeme reoperaci dříve jak po 6 měsících, II. dobu uretroplastiky po chordektomii po 12 měsících.

Výsledky: Primárně se zhojilo s dobrým kosmetickým a funkčním efektem 132 nemocných (85 %). Nejčastější komplikací v souboru byly píštěle, nebo dehiscence neouretry. Pro komplikované hojení jsme byli nuceni reoperovat ve 23 případech (15 %). Píštěle jsme řešili fistulorafii, dehiscence replasty. U TIP plastik ponecháváme nadbytečnou předkožku na dorzu a egalizace doporučujeme rodičům provést až v adolescenci. Plasty předkožky neprovádíme.

Závěr: Hypospadije je časté vrozené onemocnění. V naprosté většině je kosmetickou vadou. Závažné vady je nutné pro zajištění správné funkce řešit operační korekcí. Mimo zajištění správné funkce je z pohledu nemocného mnohdy stejně důležitým hlediskem kosmetický výsledek. Operace nesou značné procento neúspěchů, které je možno řešit opět pouze chirurgicky.

Pohled urologa na chirurgii předkožky v dětském věku

MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Ivo Novák, Ph.D., MUDr. Peter Kuliaček

Urologická klinika, FN a LF UK Hradec Králové

Problematika konglutinací předkožky je komplikovaná a neexistují jednotná doporučení k tomuto tématu. Přístup je celosvětově odlišný v závislosti na kulturně-geografických poměrech. Ve východní Asii je tato problematika tabu, k uvolňování předkožky prakticky vůbec nedochází a nález se nechává na pospas osudu. Naopak v muslimských a židovských zemích dochází prakticky ve 100 % případů k provedení obřízky, a to z náboženských důvodů. V severní Americe je přístup obdobný, zde je obřezáno zhruba 90 % populace, nikoliv z náboženských důvodů, ale z důvodů hygienických. Evropská populace je v tomto benevolentnější. Lpí se na uvolnění konglutinací, ale již ne na provedení obřízky.

Provedení obřízky vede k lepší hygieně a péči o genitál. U obřezaných mužů se prakticky nevyskytuje karcinom penisu. Na druhou stranu předkožka je cenný materiál používaný při rekonstrukčních operacích uretry ať již v dětském, tak v dospělém věku. Z výše uvedeného vyplývá, že neexistují jednotná celosvětová doporučení přístupu k předkožce.

Z našeho pohledu je provedení obřízky indikováno pouze u jasně průkazné fimózy, kdy selže konzervativní terapie rozvolňování kortikoidními mastmi a nález znemožňuje přehrnování předkožky.

Další indikace je pak v případě podezření na balanitis xerotica obliterans, která je prekancerózou karcinomu penisu. Jedinou mezinárodně uznávanou indikací k provedení obřízky jsou recidivující pyelonefritidy v předškolním věku. V ostatních případech pak provedení obřízky nepovažujeme z indikované a mělo by dojít pouze k rozvolnění konglutinací.

K rozvolnění konglutinací dochází z drtivé většiny případů spontánně bez nutnosti intervence lékaře, v 1 % případů však konglutinace přetrvávají až do dospělosti. Otázkou je načasování a způsob provedení deglutinace. Dle našeho názoru by měla být deglutinace dokončena do třech let věku. Důvod je ten, že děti do tohoto věku si případný zákrok nepamatují a nevede to k případné psychické alteraci a narušení vztahu k lékaři (strach z doktorů). Případné ponechání konglutinací či fimózy do adolescentního věku může vést k psychickým problémům u muže, strachu z navázání pohlavního života apod. Zábrany a stud pak vedou k oddalování problému.

Způsob provedení deglutinací je opět individuální. Z našeho pohledu by mělo být provedeno bez lokální anestezie za přítomnosti rodičů. Důvod je prostý. Po provedení deglutinace je nutné pokračovat v přetahování předkožky i doma. To je po deglutinaci vždy bolestivé. Pakliže provádíme deglutinaci v lokální anestezii a dítě snáší výkon bez problémů, rodiče nabývají dojmu, že pakliže jejich dítě doma pláče, provádějí něco špatně, zaleknou se a v přetahování nepokračují. Následně dochází ke znovuvytvoření konglutinací. Proto považujeme za nutné, aby rodiče viděli a věděli, že dítě brečí i v ambulanci a doma bude taktéž a že není nutné se toho nijak obávat.

Závěrem je nutné opět připomenout, že neexistují jednotná doporučení k problematice předkožky. Přístupy se liší dle geografických a nábožensky kulturních vztahů. V České republice je také přístup individuální a většinou závisí na zkušenosti jednotlivých lékařů.

Akutní stavy, intenzivní péče

garant MUDr. Pavel Rozsival

pátek / 26. května 2017 / 10.45–11.45 hod.

Akutní stavy v ordinaci PLDD

MUDr. Lukáš Eimer

Dětská klinika FN Hradec Králové

PLDD Náchod

Autor v přednášce popisuje hlavní příčiny akutních stavů v dětském věku, jejich neodkladnou a následnou léčbu. Klade důraz na moderní postupy v terapii anafylaktických reakcí s použitím adrenalinu, respiračních onemocnění, především obstrukce dýchacích cest z důvodu akutní subglotické laryngitidy a správného léčebného použití kortikosteroidů, dále spastické bronchitidy a užití beta-mimetik a kortikosteroidů. V přednášce zmiňuje diagnostiku šokového stavu s důrazem na jeho základní klinické příznaky, popisuje postupy při řešení záchvatových onemocnění, intoxikací, požití cizích těles a akutní terapii popálenin. V přednášce bude z pohledu klinického lékaře doporučeno vhodné vybavení ordinace pro terapii akutních stavů, které přesahuje svým objemem množství pomůcek a léků daných povinně vyhláškou. Bude doporučeno, jakým způsobem by měl praktický lékař pro děti a dorost vést rodiče ke znalostem základní neodkladné resuscitace u dětí. Budou zmíněny mýty, omyly a postupy non lege artis, které v dnešní medicíně nemají místo.

Možnosti zahájení léčby dítěte s nově diagnostikovaným diabetem mellitem

MUDr. David Neumann, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Diabetes mellitus 1. typu je závažné onemocnění, u kterého včasná diagnostika rozhoduje o úvodní léčbě. Krajní variantou je diabetická ketoacidóza s kómatem, komplexní intenzivní péči

JE TO V KŮŽI,

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



Photoderm MINERAL sprej

PRVNÍ 100% MINERÁLNÍ SPREJ
S VELMI VYSOKOU OCHRANOU

Laboratoire Bioderma vyvinula pro
pokožku alergickou na chemické filtry,
pro atopickou pokožku a pro pokožku
kojenců a malých dětí Photoderm MINERAL
SPF 50+. Lehká fluidní textura se snadno
roztírá a nezanechává bílý mastný film.
Pokožka je chráněna před působením
UV záření na povrchu i v hloubce.
Dlouhodobě.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

a ohrožením života a zdraví dítěte. V protikladu je ambulantní zahájení léčby nebo zkrácená stabilizace v nemocnici následovaná ambulantní edukací.

Diabetickou ketoacidózu (DKA) charakterizuje rozvrat vnitřního prostředí s hyperglykemií, acidózou z přítomnosti ketolátek, poruchami mineralogramu a hyperosmolaritou. Stav je nutné odlišit od hyperglykemického hyperosmolárního stavu bez acidózy a s osmolaritou $> 340 \text{ mOmol/kg}$ (HHS) a společným výskytem obou. U diabetické ketoacidózy se klinicky kombinují osmotické příznaky (excesivní diuréza a dehydratace) s příznaky metabolické acidózy (hyperventilace, Kussmaulovo dýchání), poruchy vnitřního prostředí (zvracení) a orgánového postižení (porucha vědomí, koma, křeče). Elevace dusíkatých metabolitů je prognosticky nepříznivá. Terapie spočívá v rehydratační léčbě a pozvolné úpravě vnitřního prostředí (acidóza, hyponatremie, hypernatremie, hypokalemie, hypofosfatemie) a glykemie společně se změnou katabolismu na anabolismus pomocí inzulínu. Hlavním rizikem je edém mozku. Délka remise (nízké potřeby inzulínu) je u dětí po prodělané diabetické ketoacidóze kratší ve srovnání s těmi, které DKA neměly, s důsledky pro vznik chronických komplikací.

Ambulantní zahájení léčby má kritéria klinická (nepřítomnost zvracení, věk nad 4 roky), laboratorní (nepřítomnost závažné acidózy a rozvratu vnitřního prostředí), komunikační (možnost telefonického kontaktu, možnost transportu do nemocnice) a sociální (rodiče mohou být s dítětem doma, rodina není zatížena jinými závažnými okolnostmi). Vyžaduje připravené postupy pro ambulantní léčbu a krátkou srozumitelnou psanou informaci pro pobyt doma. Ta je nyní pro ČR dostupná. Při správném provedení se jedná o bezpečnou variantu péče. Výhodou je, že pacient a jeho rodiče rychle a ve větší hloubce získávají teoretické i praktické dovednosti a stávají se partnery v léčbě.

Všeobecná informovanost a zdravotní gramotnost populace a lékař prvního kontaktu ovlivňují iniciální léčbu dítěte s nově diagnostikovaným diabetem mellitem 1. typu, ohrožení dítěte a jeho prognózu. Klíčem je rozpoznání stavu, jednoduchá ambulantní diagnostika (močový proužek, ev. stanovení glykemie glukometrem) a odeslání k léčbě bez odkladu.

Novinky v resuscitaci a poresuscitační péči u dětí

MUDr. Pavel Rozsival

JIRP pro kojence a větší děti, Dětská klinika FN Hradec Králové a Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Kardiopulmonální resuscitace dítěte je závažná událost, jejíž zvládnutí vyžaduje včasné rozpoznání situace a správný a důrazný postup. Ideálně je závažný stav dítěte rozpoznán včas a k zástavě dechu a oběhu nedojde. To vyžaduje správné sledování stavu pacienta a brzké přivolání pomoci, nejlépe definovaného resuscitačního týmu.

Pokud již k zástavě dechu a oběhu dochází, je nutné postupovat podle daných pravidel KPR, kde stále hrají zásadní roli umělé vdechy. Vzhledem k nízké četnosti kardiopulmonální resuscitace je vhodné, aby byli všichni profesionálové a co nejvíce laiků proškoleni v KPR dítěte a pravidelně své dovednosti procvičovali.

Při úspěchu kardiopulmonální resuscitace následuje převoz na specializované pracoviště a poresuscitační péče. K zajištění co nejlepšího výsledku je nutná důsledná péče o vnitřní prostředí, cílená regulace tělesné teploty za kvalitní analgosedace a multidisciplinární spolupráce. Příznivý výsledek je nutné podpořit dobrou následnou péčí, v případě nepříznivého výsledku je nutné nastatou situaci dobře provést rodinné příslušníky, citlivě reagovat na jejich potřeby a přání a prodiskutovat s nimi event. dárkovství orgánů.

Tato témata budou v přednášce probrána a doplněna zkušenostmi z praxe na JIP Dětské kliniky FN HK.

NOVÝ PŘÍRŮSTEK DO VAŠÍ RODINY

Bio-Kult Infantis je
vědecky vyvinuté,
moderní probiotikum
pro kojence, batolata
a malé děti.

- ✓ Praktické balení
– dávka v jednotlivých
sáčcích
- ✓ Bez cukru, umělých
barviv, aromat či
konzervantů
- ✓ Nemusí se skladovat
v chladničce



Bio-Kult®
www.bio-kult.cz

Požádejte svého lékaře nebo
lékárníka o více informací
nebo nakupte online.



Akreditované
ONLINE
vzdělávání

ZAŽÍVACÍ POTÍŽE KOJENCŮ

**Pro více informací
navštivte stánek společnosti Nutricia.**

www.edukace.nutricia.cz

NOVĚ SPUŠTĚNÝ ONLINE AKREDITOVANÝ KURZ PRO LÉKAŘE NA TÉMA ZAŽÍVACÍCH POTÍŽÍ KOJENCŮ.

K nejčastějším zažívacím potížím patří ublinkávání, zácpy, koliky a průjmy. V České republice postihují až 75 % kojenců^{1,2,3}. Ve většině z těchto případů postačuje ke zmírnění projevů úprava stravy či režimová opatření. Online kurz provádí v rámci čtyř odborných videopřednášek příčinami, projevy a následnými možnostmi léčby těchto zažívacích potíží u dětí kojeneckého věku.

Obsah kurzu:

- ublinkávání a regurgitace v kojeneckém věku
- řešení akutních průjmů
- funkční zácpa
- kojenecké koliky

Každý úspěšný absolvent kurzu obdrží **2 kredity a poukaz v hodnotě 500 Kč** na vzdělávání od společnosti Solen.

Akreditace:

Provozovatel:

NUTRICIA
Expertí na výživu v raném věku



Technické zajištění:

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Reference:

1. Nelson SP et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997;151:569-72 | 2. Gregora, Martin: Kojenecké koliky. Pediatrie pro praxi (2010); 11 (4): 236-238
3. MUDr. Jan Schwarz, Dětská klinika FN a LF UK, Zácpa u dětí, frekvence a léčba; Pediatr. pro Praxi 2008; 9(6): 402-407.

Varia

pátek / 26. května 2017 / 11.45–12.15 hod.

Alergický pochod

MUDr. Martin Fuchs

Immuno-flow, s. r. o., Praha

Alergický pochod („atopic march“) je jiný výraz pro progresi alergického onemocnění, resp. pro změny alergického fenotypu v čase. Pochod zahrnuje všechny 4 základní projevy alergického zánětu – astma (AB), alergickou rýmu (AR), ekzém (AE) i potravinovou alergii (PA). Výsledný fenotyp je podmíněn interakcí prostředí s genotypem (např. IgE versus non-IgE mechanismy), ale i interakcí prostředí s epigenotypem. Význam prostředí roste s uniformitou a s časem. Ztráta biologické rozmanitosti má mj. nepříznivý dopad na imunologickou výbavu jedince, u imunokompromitovaných přednostně na aktivaci alergických pochodů. Základní směr alergickému pochodu udává výživa, resp. nutriční programování prvních 1 000 dní života – od početí až po druhý rok věku. Prvním a zdá se i nejzásadnějším krokem bývá IgE podmíněná potravinová senzibilizace na bílkoviny vajíčka a/nebo kravského mléka. S novými studiemi stoupá na významu i role non-IgE mechanismů, v praxi stále velmi obtížně objektivizovatelných.

Alergický pochod nepochybně souvisí s orální tolerancí/netolerancí potenciálních alergenů, v užším slova smyslu by se alergický pochod mohl chápat jako přechod PA (obvykle s kožní manifestací) do AB a/nebo do AR. Například u kojenecké ABKM (alergie na bílkoviny kravského mléka) stoupá riziko perzistence alergie s výškou specifického IgE ≥ 10 kU/l („hazard ratio“ > 5). U dětí s vyhaslou i nevyhaslou ABKM je tak ještě před nástupem do školy až v 50 % diagnostikován alergický zánět v dýchacích cestách. Riziko umocňuje chronická kožní manifestace ABKM („hazard ratio“ > 2), v tomto případě bez ohledu na výši slgE. Ostatně jakákoli PA v prvních 2 letech zvyšuje riziko AB, AR nebo AE v průměru 3× (OR 2,9, resp. 2,7, resp. 3,1). Ani osud etiologicky blíže neurčeného AE, který vznikl před 2. rokem života, nebývá příznivý. Dle některých pramenů může být již ve 3 letech až u 1/3 AE diagnostikováno AB a ve 4 letech se až u 2/3 AE manifestuje AR. Alergický pochod je fenomén posledních několika desetiletí. Pokud na startu chybí alergolog, zřídka se u následujících kroků možnosti zasáhnout včas, nemluvě o ovlivnění směru a rychlosti. Přichází tak například u ekzematiků o možnost korekce eliminačních diet, většinou ordinovaných jen na základě zvýšených slgE nebo dokonce slgG (!?). Naskakováním do „rozjetého pochodu“ se vzniku nových alergiků včetně anafylaxi nezabrání. Dle jedné studie 6 % nejmenších dětí s ABKM, s alergií na vajíčko anebo s alergií na arašíd vyvinulo anafylaxi, ale až po eliminační dietě. Alergický pochod se stal nekontrolovatelným problémem konce 20. století. S poznatky 21. století by se mohl dostat pod kontrolu, otěže spolu s dětskou gastroenterologií nesmí pouštět ani obor alergologie a klinické imunologie.

Strategie výživy kojence

MUDr. Eliška Kopelentová

Oblastní nemocnice Kolín, a. s., nemocnice Středočeského kraje

Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Kojenecké období je charakterizováno rychlým růstem a z toho plynoucí potřeby dostatečného zajištění výživy, která respektuje vyšší požadavky na energii a živiny, než je tomu u starších dětí. Výživou kojence se denně zabývá každý pediatr. Znalost strategie výživy kojence je potřebná v ambulantních i lůžkových zařízeních. Zahrnuje péči o výživu kojence fyziologického, rizikového nebo nemocného. Přirozenou úlohou každého pediatra je podporovat kojení a znát jeho zásady. Výživa nekojených dětí, tedy těch, které nejsou z nějakého důvodu kojeny, podléhá přísným pravidlům stanoveným pro náhradní kojenecké formule. Speciální doporučení se týkají výživy novorozence s nízkou porodní hmotností. Postup při zavádění nemléčných příkrmů, včetně lepku a potravin považovaných za tzv. „alergizující potraviny“ jakými jsou ryby, ořechy, semena, luštěniny a některé

druhy ovoce a zeleniny, se liší u dětí zdravých, byť rizikových z hlediska rozvoje alergie, a u dětí, u kterých se již alergické onemocnění manifestovalo. Zvláštní doporučení se týkají kojenců s těžkými projevy potravinové alergie a atopického ekzému.

Kardiologie

garant doc. MUDr. Zdeněk Kokštein, CSc.

pátek / 26. května 2017 / 13.10–14.35 hod.

Kolapsové stavy u dětí

MUDr. Antonín Lukeš

Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Přednáška se zabývá definicí kolapsového stavu, jeho diferenciální diagnostikou – stavy mylně vydávanými za kolaps, klasifikací kolapsů, jejich patogenezi s důrazem na stavy, se kterými se setkáme především u dětí a jejich výskytem. Je zdůrazněna důležitost zejména subjektivní anamnézy s velmi pečlivým popsáním sledu dějů v iniciální fázi synkopy (krok za krokem) včetně vyvolávajícího faktoru, kdy tato analýza umožní až 90% přesnou diagnózu kolapsu – jeho zařazení. Od toho se pak dále odvíjí vyšetřovací proces a „terapeutická“ opatření. Přednáška zdůrazňuje, že většinou se jedná o čistě funkční podstatu obtíží, reflexního charakteru bez onemocnění jako takového. Iniciální příznaky svědčící pro závažnou patologii, které vyžadují další podrobná vyšetření, jsou explicitně uvedeny zvlášť. Jsou zde uvedeny základní návody ke zvládání těchto funkčních poruch. Závěrem jsou zmíněny nejčastější chyby, které se vyskytují v péči o tyto „pacienty“. Jako příklad je prezentována kazuistika adolescentního chlapce.

Srdeční selhání u kojenců, batolat a větších dětí

MUDr. Nina Molíková, doc. MUDr. Zdeněk Kokštein, CSc., MUDr. Antonín Lukeš

Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Srdeční selhání je tradičně a velmi obecně definováno jako neschopnost srdce zajistit metabolické nároky tkání. První zmínky o srdečním selhání v dětském věku pocházejí z konce 18. století. Dominantní příčinu představovala až do 60. let 20. století revmatická kardiitida. Poté zásluhou prevence revmatické horečky a pokroků v dětské kardiokirurgii převzaly prvenství vrozené srdeční vady, které doposud zůstávají hlavní příčinou srdečního selhání u dětí. U dětských pacientů se strukturálně normálním srdcem dominují kardiomyopatie a jsou tedy celkově druhou nejčastější příčinou. Etiologie i klinická manifestace v heterogenní pediatrické populaci závisí zejména na věku. U chronického srdečního selhání je klinický obraz dále modifikován rozvinutými kompenzatorními mechanismy. V nižších věkových skupinách převažují nespecifické příznaky znesnadňující včasnou diagnostiku. Rozpoznání symptomů akutního srdečního selhání praktickým lékařem a odeslání ke specializovanému vyšetření může být klíčové pro přežití pacienta. V úzké spolupráci s dětským kardiologem pak praktický lékař pečuje o pacienty s chronickým srdečním selháním, u nichž mohou být běžné dětské nemoci modifikovány základním onemocněním a chronickou medikací. Přehledné sdělení je zaměřeno na nejčastější příčiny srdečního selhání v dětském věku, diagnostický proces s důrazem na klinické známky a specifika péče o pacienty s chronickým srdečním selháním v ordinaci praktického lékaře.

Nejčastější arytmie v dětském věku

MUDr. Kristýna Lukešová

Dětská klinika LF Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Přednáška seznamuje praktické lékaře pro děti a dorost s nejčastějšími arytmiemi v daných obdobích věku, od hemodynamicky významných a symptomatických po méně významné a asymp-

tomatické. Zaměřuje se na praktickou stránku dané problematiky. Řeší klinický obraz, anamnézu a algoritmus, jak přistupovat k pacientovi se zjištěnou arytmií v ordinaci praktického lékaře. Podrobněji rozebírá léčbu supraventrikulární tachykardie, které jsou nejčastější poruchou rytmu u dětí. V neposlední řadě upozorňuje na léky prodlužující QT interval.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR „O zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu“

doc. MUDr. Zdeněk Kokštein, CSc.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

V přednášce bude diskutována povinnost zajistit lékařské prohlídky nezbytné při provozování sportovních aktivit dětí a mládeže. Především bude poukázáno na druhy těchto prohlídek a na požadavky podle úrovně sportovní činnosti.

Jakým způsobem se může projevit případné skryté onemocnění srdce bude přiblíženo v ka-
zuistickém sdělení.

Aktuality v pediatrii

pátek / 26. května 2017 / 14.35–15.35 hod.

Účinky hlivy ustricovitéj na imunitní systém

MUDr. Jana Mrázová

VITADORO, s.r.o., Bratislava

Hliva ustricovitá obsahuje velké množství zdraví prospěšných látek na lidský organizmus. Najznámejší a najlepšie preskúmané sú hubové polysacharidy, ktoré tvoria hlavnú zložku imunologicky aktívnych látok prítomných v hlive. Do tejto kategórie patria beta-glukany, alfa-glukany, glykoproteíny, chitín a pod. Ich silný vplyv na imunitný systém je sprostredkovaný radou receptorov na povrchu imunokompetentných buniek, ktoré po ich aktivácii spúšťajú rozmanité imunologické reakcie. Na podpore imunity sa podieľa aj hubová vláknina, ktorá svojimi výraznými prebiotickými účinkami podporuje aktivitu vlastných probiotických baktérií. Autori prezentujú výsledky placebom kontrolovanej dvojito zaslepanej štúdie pred a po podávaní hlivy ustricovitej. Pozorovania sa zúčastnilo 108 detí vo veku od jedného do 10 rokov. Pozorovanie potvrdilo pozitívny účinok hlivy ustricovitej na viaceré funkcie imunitného systému a zlepšenie celkovej kondície detí.

Účinky hlivy ustricovitej na imunitný systém:

- aktivácia makrofágov a buniek nešpecifickej bunkovej imunity
- aktivácia NK buniek (natural killers – prirodzení zabíjači)
- zvýšenie tvorby zápalových cytokínov
- zvýšenie tvorby kyslíkových radikálov vo fagocytoch
- úprava fagocytárnej aktivity (likvidovanie poškodených častíc)
- stimulácia tvorby špecifických protilátok

Zajímavé případy z praxe

garant doc. MUDr. Štěpán Kutílek, CSc.

pátek / 26. května 2017 / 16.00–17.00 hod.

Porucha chůze jako komplikace akutního infektu v dětském věku

MUDr. Renata Kračmarová

Klinika infekčních nemocí FN a LF v Hradci Králové

Situace, kdy dítě v batolecím či mladším předškolním věku v průběhu infektu začne odmítat vertikalizaci, není z klinické praxe neznámá. V úvodu může být při věkem limitované spolupráci, obvyklém negativismu a žádné či minimální verbalizaci obtíž problématické rozlišit, zda dítě není schopno chůze pro bolest, nebo zda se rozvíjí neurologické onemocnění. Infektologická rozvaha zahrnuje algické syndromy (artritidy či virové myositidy) a neuroinfekce s možností vertiga, ložiskové symptomatiky i periferních paréz. Pokud je sledována indikace k provedení lumbální punkce, může u dítěte dále diferenciální diagnostiku komplikovat postpunkční syndrom. Problematiku ilustrují kazuistiky dětí s neobvyklou příčinou poruchy chůze v průběhu varicely a chřipky A H1N1.

Purulentní abscedující meningitida jako komplikace akutní sinusitidy

MUDr. Pavel Kamenický¹, MUDr. Pavel Rejtar, Ph.D.², MUDr. Jiří Hak¹,
MUDr. Antonín Lukeš¹, MUDr. Renata Kračmarová³, MUDr. Karel Zadrobílek⁴,
MUDr. Šárka Štefáčková⁵, doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.¹

¹Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Radiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

³Klinika infekčních nemocí Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁴Neurochirurgická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁵Neurologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Kazuistika 11,5leté dívky s akutní streptokokovou infekcí, u které došlo v dalším průběhu k rozvoji abscesu ve frontální krajině a následně k rozvoji purulentní meningitidy. Komplikace akutní sinusitidy můžeme dělit na orbitální, kostní a intrakraniální. Mezi intrakraniální komplikace akutního zánětu ve dlejších dutin nosních řadíme *epidurální a subdurální empyém, trombózu sagitálního venózního systému, meningitidu a mozkový absces*. Vše jsou život ohrožující stavy, které vyžadují okamžitý léčebný zásah.

Výskyt intrakraniálních komplikací je popisován u 4 % hospitalizovaných dětí s akutní sinusitidou a jejich incidence vzrůstá při paralelním výskytu orbitálních či kostních komplikací. Predisponujícím faktorem mozkového abscesu může být v dětském věku kromě akutní sinusitidy, tak jak tomu bylo v našem případě, i meningitida, infekční endokarditida a poranění CNS. Incidence výskytu mozkového abscesu je uváděna až na 1/100 000 obyvatel. Souvislost mezi infekcí viridujícími streptokoky a vznikem mozkového abscesu je v dětské populaci odhadována na 1 % (0,3–3 %) všech případů.

Hypokalcemická tetanie a myopatie u pacienta s pseudohypoparatyreózou

doc. MUDr. Štěpán Kutílek, CSc., MUDr. Ivana Plášilová, MUDr. Pavla Bébová-Malá,
MUDr. Kristýna Hasenohrlová, MUDr. Kristýna Hanulíková

Dětské oddělení Klatovské nemocnice, a. s

Dětské oddělení Pardubické krajské nemocnice, a. s

Úvod: Kalcium má zásadní význam v procesu nervosvalového přenosu, svalové kontrakce a pro metabolismus svalové buňky. Myopatie může být vzácným projevem hypokalcemických stavů.



Hami mléka
 Nová generace
 kojenecké výživy
 pro zdravé zažívání
 všech dětí, které
 nemohou být kojeny

Unikátní kombinace fermentované mléčné
 formule procesem Lactofidus® s prebiotickou
 směsí oligosacharidů scGOS/lcFOS (9 : 1)

NUTRICIA
 Experti na výživu v raném věku

*Omega 3 mastné kyseliny a železo pro normální vývoj mozku (přispívá k rozvoji poznávacích funkcí), vápník a vitamín D pro normální růst a vývoj kostí. Kojení je nejprůrozanějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další info na obalech a webových stránkách www.klubmaminek.cz. Potravina pro zvláštní výživu. **Materiál je určen pro odbornou veřejnost.** 04/2017.

Kazuistika: 16letý chlapec s bezvýznamnou rodinnou i osobní anamnézou byl přijat na JIP Dětského oddělení Pardubické krajské nemocnice pro krátkodobý, tři minuty trvající stav bezvědomí, provázený křečemi. Při přijetí byl již při vědomí, Glasgow coma scale 12 bodů. Laboratorní vyšetření prokázalo hypokalcemii (celkové S-Ca < 1,0 mmol/L), hyperfosfatemii (S-P 2,8 mmol/L), hypomagnezemií (S-Mg 0,64 mmol/L). Aktivita sérové kreatinkinázy (S-CK) byla 32 μ kat/L (norma 0,57–2,45 μ kat/L). Byla zavedena i. v. infuze 10% kalcium glukonátu rychlostí 1,5 ml/kg/hodinu. Po 5 hodinách stoupla S-Ca na 1,25 mmol/L, současně došlo k vzestupu S-CK na 38 μ kat/L. Pacient byl rovněž suplementován perorálním kalcie (3 000 mg/den) a orálním cholecalciferolem (20 000 IU/denně). Došlo k postupnému vzestupu kalcemie (1,6 a 1,7 mmol/L 3. a 5. den), po 14 dnech dosáhlo S-Ca 1,9 mmol/L, S-P 2,34 mmol/L, po 28 dnech S-Ca 2,2 mmol/L. S-CK zpočátku stoupala (131 μ kat/L a 222 μ kat/L 3. a 4. den). Od pátého dne začala S-CK klesat: 186 μ kat/L přes 104 μ kat/L a 60 μ kat/L 6., 7. a 9. den, až dosáhla po 14 dnech 7,16 μ kat/L a po 28 dnech 1,9 μ kat/L. Chlapec netrpěl myalgemií a neměl klinické známky myopatie. Byl patrný prodloužený interval QTc na EKG (0,47 sec), bez jiných elektrokardiografických či echokardiografických známek myokardiálního poškození. Hladiny kreatininu v séru a sérová aktivita alkalické fosfatázy byly v normě (66 μ mol/L a 2,2 μ kat/L). Hladina parathormonu v séru byla opakovaně zvýšena (10,3; 12 a 14 pmol/L; norma 0,7–6,5). Tyto výsledky vylučovaly možnost osteomalacie či klinicky významného deficitu vitamínu D a jednoznačně vedly k diagnóze pseudohypoparatyreózy (PHP).

Diskuze: Těžká hypokalcemie (celkové S-Ca pod 1 mmol/L) může způsobit manifestní tetanii s poruchou vědomí, myopatií a může vést až k srdečnímu selhání. U dětí s těžkým deficitem vitamínu D a hypokalcemií byla popsána dilatační kardiomyopatie se srdečním selháním. U pacientů s hypoparatyreózou či PHP byla velmi vzácně pozorována myopatie s extrémními hodnotami S-CK. U našeho pacienta byla přítomna těžká hypokalcemie při PHP, manifestní tetanie, extrémně vysoké hodnoty S-CK s normální srdeční funkcí a bez klinických známek těžké myopatie.

Závěr: U pacientů s výraznou hypokalcemií dochází k poruše vědomí s křečemi a může být přechodně přítomna klinicky nevýrazná myopatie s extrémními hodnotami S-CK.

Pneumologie

garant MUDr. Hubert Vaníček, Ph.D.

pátek / 26. května 2017 / 17.00–18.00 hod.

Plicní postižení u dětských hemato-onkologických pacientů

MUDr. Arpád Kerekes¹, doc. MUDr. Jarmila Skotáková, CSc.², MUDr. Marta Ježová³, MUDr. Jiří Tůma, CSc.⁴, MUDr. Jana Zitterbartová⁵

¹Klinika dětské onkologie, Fakultní nemocnice Brno

²Klinika dětské radiologie, Fakultní nemocnice Brno

³Ústav patologie, Fakultní nemocnice Brno

⁴Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, Fakultní nemocnice Brno

⁵Klinika radiační onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Plicní komplikace u hemato-onkologicky nemocných dětí jsou spojené s vysokou morbiditou a mortalitou. Pacienti mohou mít závažné a život ohrožující respirační symptomy již v době stanovení diagnózy (syndrom horního mediastina, hyperviskózní syndrom, maligní pleurální výpotek) nebo je malignitou postižen plicní parenchym přímo (většinou metastázy sarkomů a nefroblastomů, vzácně primární plicní nádory). Většina dětí na onkologických pracovištích prodělává stavy spojené s respirační patologií v době aktivní onkologické léčby. Příčinou je velká plocha pro vstup infekce a porucha přirozených ochranných bariér mechanických (integrita epitelu, funkční mukociliární clearance), chemických (kyselý žaludeční reflux) a biologických (získaný humorální a buněčný imunodeficit). Další příčinou je častý pobyt pacienta v nemocnici s rizikem nosokomiálních nákaz. Kromě obvyklých infekčních komplikací (bakteriální, virové) se můžeme

setkat s méně obvyklou infekční etiologií (invazivní mykozy, infekce vyvolané herpetickými viry a *Pneumocystis jiroveci*). Po vyloučení infekčních příčin se vyskytují i pneumopatie neinfekční (polékové a poradiační pneumonitidy). Vzhledem k velké vulnerabilitě dětského onkologického pacienta proto existuje ve srovnání s obecnou pediatrickou populací významný rozdíl v diagnostice (větší invazivita již od samého počátku respiračních symptomů) a terapii (bezpečnější step-down strategie léčby).

Mezioborová spolupráce a účast praktického lékaře pro děti a dorost má klíčový význam především v době diagnózy (časový faktor, pokročilost nádoru) a v období následné péče (rehabilitace, začlenění do společnosti, diagnostika pozdních následků).

Pertuse – stále aktuální

MUDr. Karolina Hanousková¹, MUDr. Pavel Rejtar, Ph.D.²

¹Dětská klinika FN a LF UK Hradec Králové

²Radiologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Pertuse je vysoce nakažlivé onemocnění horních a dolních cest dýchacích způsobené bakteriemi *Bordetella pertussis* a *parapertussis*. Po 7–10denní inkubační době probíhá onemocnění ve třech stadiích – katarálním, paroxysmálním a rekonvalescentním. Typickými příznaky v paroxysmálním stadiu jsou záchvaty dráždivého kašle se zájmutím a zvracením, u malých dětí někdy následované apnoí. Nejzávažněji může toto onemocnění probíhat u neočkovaných kojenců, u kterých může dojít i k nejtěžším komplikacím. Na diagnózu pertuse lze pomyslet už dle typických klinických příznaků či epidemiologických souvislostí. Laboratorně je typická leukocytóza s téměř absolutní lymfocytózou v krevním obraze. Potvrzení diagnózy je možné provést kultivačně, pomocí PCR vyšetření či sérologicky. Lékem volby jsou včas podaná makrolidová antibiotika. Prevencí onemocnění je očkování – v dětském věku je očkování proti pertusi součástí povinného očkovacího kalendáře, v dospělosti je doporučováno přeočkování kombinovanou vakcínou proti tetanu, pertusi a difterii a to především u osob, které jsou nebo budou v kontaktu s kojencem, a dále je doporučováno očkování těhotných žen mezi 28.–36. gestačním týdnem těhotenství, jehož bezpečnost byla potvrzena. Přes vysokou úroveň proočkovanosti české populace je dlouhodobý trend onemocnění od začátku 90. let stále stoupající s opakujícími se pravidelnými cykly nárůstu a poklesu onemocnění.

Cílem sdělení je shrnutí základních faktů o pertusi, nastínění epidemiologické situace v České republice a prezentace kazuistiky kojence s diagnostikovanou pertusí.

Závažné respirační pneumokokové infekce u dětí

MUDr. Hubert Vaníček, Ph.D.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Respirační infekce vyvolané *Streptococcus pneumoniae* zůstávají stále závažným problémem i v éře rozšiřujícího se očkování proti tomuto mikrobu. Průběh infekčního onemocnění může být provázen vážnými komplikacemi jako je hrudní empyem, nekrotizující rozpadová pneumonie, plicní absces, pneumatokély, pneumotorax, bronchopleurální píštěl, respirační selhání. K těmto komplikacím dochází většinou v důsledku pozdního rozpoznání a zahájení účinné terapie infekce.

Mezi klinické známky závažné pneumonie patří: teplota $\geq 38,5^\circ\text{C}$, tachypnoe $> 70/\text{min. koj.}$, $> 50/\text{min.}$ starší děti, výrazné zatahování, grunting u kojenců, alární souhyb, apnoické pauzy, významné zkrácení dechu, porucha prokrvení, cyanóza, alterace vědomí, hypoxemie (O_2 saturace $< 90\%$), porucha příjmu potravy, hypohydratace, tachykardie, kapilární návrat ≥ 2 sec.

Ve sdělení jsou diskutovány možnosti včasné identifikace etiologického agens, monitorace závažnosti a rozsahu plicního procesu pomocí zobrazovacích vyšetření a možnosti optimální medikamentózní i chirurgické intervence.

Od titritid k CRPitidám

sobota / 27. května 2017 / 8.30–9.45 hod.

Od titritid k CRPitidám

MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová²

¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP, Olomouc

²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a Nemocnice na Bulovce, Praha

Stanovení titru protilátek proti různým infekčním agens patří k tzv. nepřímým průkazům infekční etiologie onemocnění, bohužel velmi často jsou pozitivní výsledky sérologického vyšetření přeceňované, většinou pro nedostatek jiných objektivních údajů, a pacientovi jsou nasazena antibiotika, aniž by onemocnění bylo řádně verifikováno. Jedním z dalších biomarkerů, který se často používá k ověření přítomnosti bakteriální infekce je stanovení C-reaktivního proteinu (CRP). Je třeba si uvědomit, že elevace CRP ale nemusí znamenat vždy bakteriální infekci, ke zvýšení CRP dochází i z neinfekčních příčin, jako následek systémové zánětlivé reakce. V systémovém zánětu CRP nediferencuje typy zánětu, nemá vztah k mortalitě ani nerozliší tíži stavu. Na příkladech z klinické praxe budou interaktivní formou přiblížena úskalí diagnostiky infekčního onemocnění a zahájení antibiotické léčby. Izolovaný vzestup CRP bez korelátu v klinické odpovědi není dostatečným důvodem pro zahájení antibiotické terapie. Z praktického hlediska má význam monitorace dynamiky změn CRP ve vztahu k hodnocení úspěšnosti antibiotické léčby, resp. jejího ukončení.

Dobrá rada do vaší ordinace

sobota / 27. května 2017 / 10.55–11.50 hod.

Možnosti využití adaptogenů při zvládnání stresu

PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D.

Ústav aplikované farmacie, FAF VFU Brno

Stres je nazýván epidemií 21. stolní. Je to odpověď organismu na výrazně působící fyzickou nebo psychickou zátěž, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Stres jako takový se dá řešit jediné snahou o odstranění jeho příčin. Léky mohou pomoci zvládnout některé průvodní obtíže, mohou být užitečnými pomocníky při překonávání těžké životní situace. Mezi látky, které pomáhají zvyšovat odolnost proti stresu, patří tzv. adaptogeny. K rostlinám s adaptogenním účinkem se řadí např. ženšen pravý (*Panax ginseng*), eleuterokok ostnitý (*Eleutherococcus senticosus*) nebo rozchodnice růžová (*Rhodiola rosea* L.). Koncept adaptogenů uznávají i zdravotní autority jako Food and Drug Administration nebo European Medicines Agency.



Více energie. Méně stresu.

S dvojitým účinkem přípravku Vitango®



1 Uvolňuje energii pro vyšší
výkonnost a méně únavy

2 Normalizuje vylučování stresových
hormonů pro více klidu a vyšší
odolnost vůči stresu



NOVINKA

Vitango® 200 mg, potahované tablety

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje: Rhodiolae roseae radices extractum siccum (WS 1375) (1,5 – 5 : 1), extrahováno ethanolem 60% (m/m) 200 mg. **Indikace:** Tradiční rostlinný léčivý přípravek k přechodné úlevě od příznaků stresu, jako je např. únava, pocity slabosti a vyčerpání. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. **Dávkování:** Dospělí starší 18 let: 2 tablety denně, 1 před snídaní a 1 před obědem. Lék by se měl zapít sklenicí vody. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Upozornění:** Použití tohoto léčivého přípravku u dětí a dospívajících mladších 18 let nebylo vzhledem k nedostatku adekvátních údajů dosud stanoveno. **Interakce:** Dosud nebyly hlášeny. **Nežádoucí účinky:** Byl hlášen jediný případ hypersenzitivní reakce a jediný případ hypoglykémie. Příčinná souvislost s užitím extraktu z rostliny Rhodiola rosea nebyla prokázána. **Farmakodynamické vlastnosti:** Extrakt z rostliny Rhodiola rosea zvyšuje nespecifickou rezistenci proti různým typům stresových stavů. V preklinických studiích bylo zjištěno, že extrakt z rostliny Rhodiola rosea uplatňuje svůj adaptogenní účinek normalizací přeměn monoaminů, kortizolu a beta-endorfinu a modulací systému primární reakce těla na stres, tzv. HPA (hypothalamus-hypofýza-nedledvinky) osy. Výsledky studií také naznačují, že má rovněž antioxidační účinky a zlepšuje tvorbu buněčné energie, např. zvyšováním hladiny ATP. Klinické studie ukazují, že rhodiola může pomoci snižovat duševní a tělesnou únavu zapříčiněnou stresem. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Nevyžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum první registrace a revize textu:** 9.9.2015. Volně prodejný léčivý přípravek. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



150 let
Dr. Willmar Schwabe
From nature. For Health.

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

Poruchy příjmu potravy

garantka MUDr. Miroslava Navrátilová, Ph.D.

sobota / 27. května 2017 / 11.50–13.10 hod.

Rizika „zdravé“ výživy v dětství a dospělosti s kazuistikami. Metabolické a somatické důsledky, 28leté zkušenosti z JIPP a metabolické poradny

MUDr. Miroslava Navrátilová, Ph.D.¹, MUDr. Jana Tůmová²,
RNDr. Jiří Jarkovský, Ph.D.³

¹Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

²Oddělení klinické biochemie, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity
a Fakultní nemocnice Brno

³Institut biostatistiky a analýz, Masarykova univerzita, FN Brno

Úvod: Poradna pro poruchy metabolismu a výživy se zaměřuje na somatické komplikace restrikce stravy u somaticky zdravých jedinců nejrozličnější etiologie, kdy postupně dochází k tělesné adaptaci organismu na dlouhodobé hladovění, se všemi orgánovými důsledky, včetně výrazné redukce až zástavy hormonální a imunitní činnosti. Jedná se o tzv. „autokanibalismus“, kdy organismus přežívá díky spotřebovávání vlastních tkání a orgánů. Tělesné komplikace, nejčastěji kardiovaskulární a plicní, včetně poškození parenchymatózních orgánů, bývají bohužel zhruba ve 30 % smrtelné. Poradna řeší tyto komplikace ještě v době, kdy tělesné změny mohou být vratné a pomocí pečlivého metabolického a dietologického rozboru lze tak předejít řadě dalších onemocnění orgánů. V případě rozvratu vnitřního prostředí jsou nemocní hospitalizováni na JIP Psychiatrické kliniky, kde je jim podávána enterální a parenterální výživa, včetně důsledné substituce vitaminů a stopových prvků, ale především elektrolytů vzhledem k jejich chronické intracelulární depleci, za pečlivé monitorace vnitřního prostředí.

Cíle: Z pohledu metabolického a nutričního společně se zajímavými kazuistikami upozornit na nejrozličnější restrikce v oblasti výživy, zdůraznit negativní adaptaci organismu na depleci makro i mikronutrientů, popsat metabolické pochody v těle a nebezpečí z toho vyplývající z pohledu lékaře internisty se zaměřením na klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči.

Závěry: V případě mentální anorexie se jedná o primárně duševně nemocné na rozdíl od filozoficky a eticky zaměřenou část populace na tzv. „zdravou“ výživu. Nemocní s mentální anorexií či bulimií se však velmi často na tzv. „zdravou“ výživu odvolávají.

Tzv. „zdravá“ výživa je podporována současnou společností, kde vzniká nepřeberná řada různých tzv. „poradců“ ve výživě, prezentujících se v médiích a především na internetu, zakládajících nejrozličnější „specializovaná“ zařízení pro výživu, aniž by byli lékaři nebo měli jakékoliv seriózní vzdělání v oboru metabolismu a výživy. Viz diety např. podle krevních skupin, podle rychlosti metabolismu, podle celebrit, podle kávové sedliny, barrandovská dieta, paleostrava, dělená strava, veganství, vitariánství, frutariánství, dieta bez cukrů, bez soli, bez masa, bez mléčných výrobků, bez potravin s jakýmkoliv zpracováním, „stravování“ z kosmické energie apod. Někteří vitariáni mohou jíst i syrové živočišné produkty, například syrové maso, nemusí se tak vždy jednat o vegetariány v pravém smyslu. Základním filozofickým směrem frutariánství je uznání rostlin jako živých organismů, nikoli pouhých „polověcí“, naproti tomu vegetariáni a vegani preferují pro výběr své stravy environmentální a etická hlediska. Tyto a jiné diety tak prohlubují u nejširší veřejnosti obavy z jídla a až hovoříme o tzv. „stravovacím terorismu“. V současné době je „odborníkem“ na výživu téměř každý v duchu „každý přece musí jíst, a tak tedy tomu rozumí“ a ve společnosti koluje řada stravovacích mýtů a přesvědčení, která si jednotlivé skupiny mezi sebou předávají a snaží se navíc ovlivňovat co nejširší okruh dalších lidí, což se v současné době umocňuje prostřednictvím internetu. Neuvědomují si však, že si mohou, při jejich dlouhodobém neuváženém praktikování velmi vážně narušit své zdraví. Tělo se začíná na nedostatek živin adaptovat na úkor řady metabolických změn, které mohou vyústit až ve smrt. K tomu přistupuje fyzická aktivita v rámci „zdravého životního stylu“, a tak tělo, které má narušeno vnitřní prostředí, k tomu navíc zatěžuje exhaustované tkáně a orgány.

**ALERGIE
v rodině?**

Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

- ✓ Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1)
inspirovaná mateřským mlékem
- ✓ Částečně hydrolyzovaná bílkovina
pro minimální styk s antigeny

**VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



1. Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).

2. Arsanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandoi L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008; 138, 1091-5.

Kojení je nej přirozenějším způsobem výživy kojců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravina pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.nutrikub.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2017.

Tak dochází k dalšímu prohlubování negativních změn uvnitř těla, tělo spotřebovává své vlastní bílkoviny, u žen dochází k zástavě menstruace (která se promptně substituuje hormonálními preparáty, a tak vlastně zastíní závažnost onemocnění), dochází k postupnému vyplavování vápníku z kostí a následně k jejich prořidnutí i patologickým zlomeninám, k narušení termoregulace, poruše trofiky kůže, poruchám funkce orgánů, k redukci až zástavě hormonální i imunitní činnosti. Paradoxem v závažných případech může být to, že čím je na tom organismus hůře po stránce tělesné, tím méně to vnímá po stránce psychické a o to více se utvrzuje ve svém správném „zdravém“ počinání. Přitom bylo v historii opakovaně prokázáno, že hladovění je smrtelné.

S podporou projektu (Ministerstvo zdravotnictví, Česká republika) pro koncepční rozvoj výzkumné organizace 65269705 (Fakultní nemocnice Brno, Česká republika)

Prohlašuji, že nemám žádný vztah nebo finanční zájem v obchodní organizaci, která představuje střet zájmů.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy

sobota / 27. května 2017 / 13.10–14.00 hod.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.,

D&D Health, s.r.o., Praha

Zdravotnické právo nejsou jen patientské žaloby či formuláře informovaných souhlasů. Ekonomicky nejvýznamnější oblastí zdravotnického práva jsou smlouvy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, regulace úhrad péče, léčiv a zdravotnických prostředků. Předpisy upravující tuto oblast se každoročně a někdy i častěji mění, významný vliv hraje též soudní judikatura. Právě tato oblast bude předmětem přednášky, upozorňující na vybrané právní novinky a jejich dopad na praxi.

Současný zákon 48/1997 Sb. předpokládá každoroční vydání tzv. úhradové vyhlášky. Ta je sice připravována v tzv. dohodovacím řízení, které pro letošek skončilo 30. 6. 2016, již od roku 2006 však ministerstvo není výsledkem dohodovacího řízení fakticky vázáno a může pravidla úhrad měnit až do 30. 10., kdy musí být vyhláška vydána. Poskyvatelé se však i poté mohou s pojišťovnou dohodnout na tzv. individuálním dodatku, kterým lze od roku 2008 nastavit úhrady odchylně od úhradové vyhlášky. V rámci přednášky budou představena vyhlášková pravidla pro rok 2017. Pokud jde o uzavírání smluv s pojišťovnami, Evropský soudní dvůr vydal rozhodnutí, podle kterého je zdravotní pojišťovna v postavení veřejného zadavatele.

V přednášce bude zmíněn možný dopad na českou praxi, navazování, trvání a ukončování smluv. V oblasti úhradových limitací existuje několik starších rozhodnutí vyšších soudů, která umožňují požadovat platbu přes sjednaný limit. V lékové oblasti bude zmíněn důležitý judikát NSS ČR k preskripčním omezením a jeho možný dopad. Soudy též vydaly zajímavá rozhodnutí v oblasti schvalování péče a pomůcek revizním lékařem, které umožňují pacientům aktivně usilovat o úhradu nehranzené péče či kompenzaci doplatku.

V rámci hodnocení dopadů úhrad budou zmíněny statistiky zdravotních pojišťoven o tom, jak občané primární péči využívají, včetně skutečnosti, že např. čtvrtmilion lidí vůbec nemá registrujícího lékaře a velké množství dalších s ním není v kontaktu, což může vést k problémům s naplněním pravidel zákona o zdravotních službách. Zmíněny budou též projednávané novely zákona o léčivech, zákonů o vzdělávání lékařů a nelékařů a připravovaný projekt elektronizace zdravotnictví.

HRADEC KRÁLOVÉ

PEDIATRIE PRO PRAXI

IV. kongres pediatriů v Hradci Králové

**26.–27. května
2017**

**Hotel Nové
Adalbertinum,
Hradec Králové**

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatrie pro praxi
Záštitá: Dětská klinika LF UK a FN v Hradci Králové

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
EWOPHARMA, spol. s r.o.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
Generica Bohemia spol. s r.o.
HERBACOS RECORDATI s.r.o.
HERO CZECH s.r.o.
inPharm spol. s r.o.
Léčebna Dr. L.Filipa
Mary Kay

Mediclinic a.s.
Medindex, spol. s r.o.
Medingo s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
Pierre Fabre Medicament s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Rosenpharma a.s.
Sanofi Pasteur GmbH
organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
TEREZIA COMPANY s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatric
pro praxi**

pro  Lékaře
www.prolekare.cz

 **GRADA**



maxdorf

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU