

Pediatric pro praxi

2016

B

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-148-0 | 2016

ABSTRAKTA

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

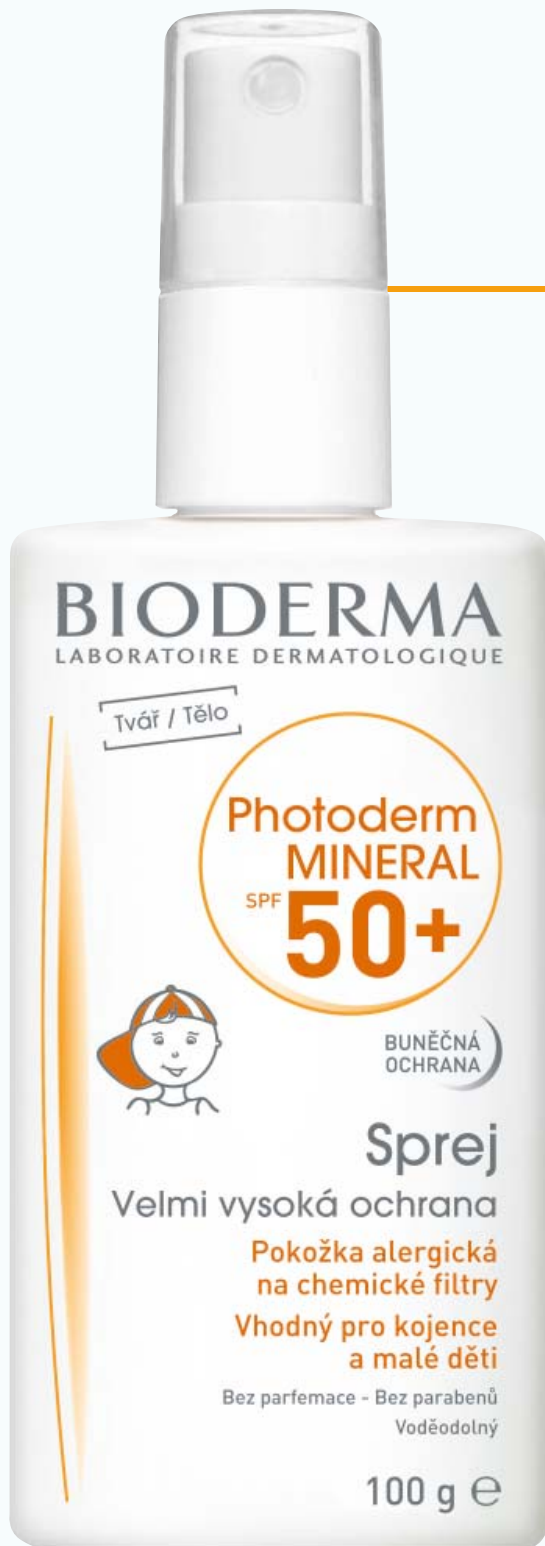
XXXIII. dny praktické a nemocniční pediatrie

13.–14. května 2016

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatelé: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou České pediatrické společnosti ČLS JEP, OS ČLK
v Olomouci, Dětské kliniky LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION



PRVNÍ **100%**
MINERÁLNÍ SPREJ

Photoderm MINERAL SPF 50+

MAXIMÁLNÍ OCHRANA PRO DĚTI

- Ultra lehká a snadno roztíratelná textura
- Velmi vysoká UVB/UVA ochrana
- Neobsahuje chemické filtry

Program – pátek 13. května / LÉKAŘI

- 8.30–8.45 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ** – prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc. – prezident kongresu
Vystoupení pěveckého souboru – Folklórní muzika Čekanka
- 8.45–10.50 ADOLESCENTNÍ MEDICÍNA – MEZIOBOROVÝ PŘÍSTUP**
garantka doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.
- **Opožděná puberta** – Zapletalová J., Michálková K.
 - **Poruchy pohlavní identity v dětství a dospívání** – Fifková H.
 - **Pohlavně přenosné nemoci a jejich prevence** – Geržová H.
 - **Vývojová trajektorie u poruch autistického spektra** – Thorová K.
- 10.50–11.20 PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM**
- 11.20–12.30 DERMATOLOGIE**
garant MUDr. et MUDr. Pavel Konrád
- **Plenková dermatitida a její terapie** – Konrád P.
 - **Seborrhoická dermatitida** – Hugo J.
 - **Atopická dermatitida a její terapie** – Velčevský P.
- 12.20–13.30 PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 13.30–15.00 MENINGITIDY V DĚTSKÉM VĚKU**
garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
- **Hnisavé meningitidy – epidemiologie, etiologie a prevence** – Sedláček D.
 - **Hnisavé meningitidy – klinický obraz, diagnostika a léčba** – Rožnovský L.
 - **Méně obvyklý případ bolesti hlavy u sportovce (kazuistika)** – Gregora M.
- 15.00–15.30 PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM**
- 15.30–15.45 Klinické aspekty záchytu a včasné diagnostiky Pompeho choroby** – Ošlejšková H.
+ křest knihy Dětská neurologie
- 15.55–17.00 AKTUALITY V PEDIATRII**
- **IMO – aktuální data 2015 a možnosti prevence** – Zajíčková J.
 - **MFGM inovace v kojenecké výživě** – Boženský J.
 - **Význam fixní kombinace *Saccharomyces boulardii* a simeticonu v ordinaci dětského lékaře** – Štanclová M.
 - **Hexacima 2 roky v ČR – Náhled do výroby vakcín** – Škaloud P.
- 17.00–18.20 NOVÝ POHLED NA STAROU NEMOC**
garant prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
- **Jak přistupovat k dětem s akutním zánětem středouší?** – Mihál V., Potomková J.
 - **Celiakie – nový pohled** – Karásková E., Zapletalová J.
 - **Známé a nové, ale stále vzrušující** – Doležel Z., Krbková L.
 - **Nový pohled na obezitu** – Lebl J.

13. 5. 2016 SPOLEČENSKÝ VEČER od 20.00 hod

Místo konání: Fort Křelov – restaurace Citadela

Odjezd autobusů od Clarion Congress Hotelu v 19.30 hod.

Vstupné 350 Kč

Společenský večer není financován z prostředků farmaceutických společností, které jsou partnery akce.

Pátek 13. května / SESTRY

8.50 Začátek

8.50–10.30 ZAJÍMAVÉ PERLIČKY ZE SOUČASNÉ PEDIATRIE

garantky Bc. Jana Fajglová, Hana Ptáčková

- **Dítě s vrozenou vývojovou vadou CNS** – Šilbertová S., Žáková A.
- **Ultrazvukové vyšetření srdce plodu** – Klásková E.
- **Dlouhá cesta domů** – Kosíková V., Záhumenská M.
- **Očkovali jsme, přesto Kubík onemocněl** – Jandová P., Linhartová A.
- **Úlevové techniky v péči o novorozence v praxi** – Horáková M., Bařínková I.
- **Jak zlepšit nedokonalost vzájemné komunikace?** – Mihál V.

10.30–10.50 PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM

10.50–12.35 ÚČINNÉ PRVKY PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

garantky Mgr. Světlana Kašubová, Eva Hůlková

- **Co je to syndrom vyhoření a jak se můžeme chránit** – Kunertová O., Havrdová M.
- **Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických profesí** – Odehnalová V.
- **Psychosociální problematika zdravotnického pracovníka. Mimořádná událost versus „malé životní tragédie“** – Gehrová M., Humpal L.
- **Každý dobrý skutek musí být po zásluze potrestán. Profesně žádoucí vlastnosti jako rizikové faktory syndromu vyhoření** – Šafář M.

12.35–13.25 PŘESTÁVKA NA OBĚD

13.25–14.55 PRIMÁRNÍ A DOMÁCÍ PÉČE DNES

garantky Bc. Hana Dědochová, Bc. Alena Matějová

- **Co je nového v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, očkování** – Esterková A.
- **Efektivita služby raná péče a její ekonomické benefity** – Matyášová P., Barlová J.
- **Ambulantní péče v neonatologii ve FN Olomouc** – Doleželová M., Čapková E.
- **Domácí péče jinak** – Hůlková E., Medková P.
- **Specifika domácí paliativní péče o děti** – Husovská B.

14.55–15.15 PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM

15.15–16.45 RODIČOVSKÁ SDRUŽENÍ – SOUČÁST PÉČE O MALÉ PACIENTY

garantky Herta Mihálová, Mgr. Michaela Hradilová

- **Zkušenosti Dětské kliniky s Dobrovolnickým centrem ve FNOL** – Chudíková K.
- **Rodičovská sdružení – pomoc při léčbě malých pacientů** – Tenglerová P., Starošítková Z., Klicperová H.
- **Vánoce se Šancí** – Mihálová H.
- **Den ve FNOL aneb můj Comeback** – Kasalová T., Poislová I.

WORKSHOP PÁTEK 13. KVĚTNA

11.15–12.15 **Nácvik možností sebepomoci prostřednictvím práce s vlastním tělem** – Miroslava Havrdová

13.15–14.15 **Jak se nenechat zmanipulovat** – Mgr. Olga Kunertová

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

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



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

www.shire.com

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

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

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

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

Program – sobota 14. května / LÉKAŘI

7.40–8.25	RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU ■ Odvrácená tvář antibiotické léčby – střevní dysmikrobie a klostritida – Adámková V., Blechová Z. Salonek Plato Seneca. Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infektologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Kapacita omezena.
8.30	ZAČÁTEK HLAVNÍHO PROGRAMU
8.30–9.30	IP ANTIBIOTIKA – POTŘEBA VS. SPOTŘEBA – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová
9.40–10.20	POSTŘEHY Z PRAXE – garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc. ■ Hematidrosis – stigma nebo nemoc? – Doležel Z., Štarha J., Dostálová D., Papež J. ■ Kojenecké koliky – Bajerová K. ■ Zácpa u dítěte – funkční i organická – Bělohávek J.
10.20–10.50	PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM
10.50–11.20	SATELITNÍ SYMPOZIUM FIRMY SHIRE CZECH, S.R.O. ■ Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry! – Dostálová G.
11.20–12.00	OČKOVÁNÍ / Přednášky podpořené firmou Pfizer ■ Pneumokokové infekce známé a stále nebezpečné – Roháčová H. ■ Patří klíšťová encefalitida v dětském věku mezi lehká onemocnění? – Roháčová H.
12.00–12.40	DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE ■ Posouzení zrakových funkcí v rámci služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením – Herynková M. ■ Febrilní křeče – kontroverze aneb méně je někdy více – Nečas T. ■ Je příčinou vzestupu chronických onemocnění u dětí změna zastoupení patogenů – bakterií, virů a parazitů? – Látalová V.
12.40–13.45	KOMUNIKACE V LÉKAŘSKÉ PRAXI / PSYCHOLOGIE ■ Syndrom vyhoření – Honzák R. ■ Střídavá péče – Mertin V.
13.45	VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU
13.55	OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

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

13.–14. května 2016 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi pod záštitou České pediatrické společnosti ČLS JEP, OS ČLK v Olomouci, Dětské kliniky LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

Prezident akce

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

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
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 a 8 kredity pro všeobecné sestry.

Organizační výbor

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,
Mgr. Světlana Kašubová,
MUDr. et MUDr. Pavel Konrád,
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,
doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

Supplementum B Pediatrie pro praxi

Citační zkratka:

Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl B).

ISSN 1803-5892, ISBN 978-80-7471-148-0

LÉKAŘSKÁ SEKCE – PÁTEK

Adolescentní medicína – mezioborový přístup

garantka doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

pátek / 13. května 2016 / 8.45–10.50 hod.

Opožděná puberta

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.¹, MUDr. Kamila Michálková²

¹Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Pohlavní dospívání je jednou z nejdůležitějších etap v biologickém vývoji každého jedince. Jeho fyziologický průběh vede k dovršení pohlavní zralosti a je předpokladem budoucí reprodukční schopnosti.

Hlavním regulátorem pohlavního dospívání je osa **hypotalamus-hypofýza-pohlavní žlázy**. Podnět vedoucí k počátku puberty není doposud zcela objasněn. Je známo, že epizodické vyplavování gonadolibernu z ventromediálních jader hypotalamu předchází somatickým projevům pubertálního vývoje. Faktorům ovlivňujícím tvorbu gonadolibernu byla v posledních letech věnována mimořádná pozornost. Za významné jsou považovány především neurotransmitery, které se mohou uplatňovat stimulačně i inhibičně. K nejznámějším patří acetylcholin, katecholaminy, GABA, neuropeptid Y (jeho tvorba je ovlivňována leptinem produkovaným v tukové tkáni), endogenní opioidy, prostaglandiny a serotonin. Výzkumy z posledních let poukazují na významnou roli KISS genu kódujícího tvorbu neuropeptidů (tzv. kisspeptinů), které svou vazbou na kisspeptinový receptor GPR54 ovlivňují neuroendokrinní regulaci sekrece gonadotropinů (především luteinizačního hormonu). Předpokladem fyziologického účinku gonadotropinů jsou funkční gonády a zachovaná citlivost periferních receptorů k pohlavním hormonům.

Opožděná puberta (pubertas tarda) je charakterizována chyběním prvních somatických známek dospívání u dívek do 13. roku věku (vývoj prsních žláz stadium B2 dle Tannerovy stupnice) a u chlapců do 14 let věku (objem varlat 4 ml). Jako opoždění puberty hodnotíme i odchýlný průběh pohlavního vývoje: do 5 let od objevení se prvních známek puberty nedojde k dosažení kompletní pohlavní zralosti. Ve většině případů bývá pubertas tarda provázena **opožděným kostním zráním a zaostáváním v tělesném růstu**.

Chybění známek puberty v době jejího očekávaného nástupu nebo její atypický průběh může být projevem **klasického hypogonadizmu** v důsledku vrozené nebo získané poruchy na ose hypothalamus-hypofýza-gonády. Druhou početnější skupinu, svízelnější z diagnostického hlediska, tvoří děti s **oddáleným nástupem pohlavního dospívání**. Tento konstituční, tzv. „**fyziologický hypogonadismus**“, může však být i doprovodným jevem různých patologických stavů.

Sexuálně přenosné choroby a jejich prevence

MUDr. Hedvika Geržová

Gynekologicko-porodnická klinika FN Ostrava

Sexuálně přenosné nemoci nebo pohlavní choroby (STD), někdy též nazývané sexuálně přenosné infekce (STI), postihují osoby obou pohlaví ve všech věkových kategoriích v různé incidenci. Zhruba polovina se vyskytuje mezi mládeží ve věku 15–24 let. Jejich šíření je úzce vázáno na sexuální zvyklosti a chování. Onemocnění se přenáší sekrety sliznic, slinami, spermatem či krví a postihuje především pohlavní ústrojí, případně močový trakt nebo ostatní orgány. V posledních letech je na celém světě evidován nárůst těchto onemocnění. Každoročně se objeví cca 500 mil. nových případů. Kdy používat název STD a kdy STI? Pojem „nemoc“ označuje jasný zdravotní problém, který je provázen určitými klinickými příznaky. U některých infikovaných osob nemusí nemoc

propuknout, probíhá bezpříznakově a je větším rizikem šíření nemoci. Pojem „pohlavně přenosná infekce“ tak zahrnuje i tuto bezpříznakovou skupinu a z hlediska epidemiologie umožňuje lepší srovnání. Problematika sexuálně přenosných nákaz je velmi dynamická a nelze ji zdaleka omezovat jen na klasické pohlavní nemoci.

Sexuálně přenosné choroby lze dělit podle různých aspektů. Podle způsobu přenosu rozlišujeme:

1. Infekce šířené téměř výhradně pohlavním stykem, patří ke „klasickým“ pohlavním nemocem: příjice (syphilis) – původce *Treponema pallidum*, kapavka (gonorrhoea) – původce *Neisseria gonorrhoeae*, měkký vřed (ulcus molle) – původce *Haemophilus ducreyi*, čtvrtá pohlavní nemoc (granuloma venereum) – původce *Chlamydia trachomatis*, pátá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum, inguinale) – původce *Calymmatobacterium granulomatis* (*Donovania granulomatis*).
2. Infekce šířené převážně pohlavním stykem: bakteriální infekce, urogenitální chlamydiové infekce (*Chlamydia trachomatis* serotypů D až K), urogenitální nekapavčité infekce (streptokoky, stafylokoky, enterokoky), bakteriální vaginóza (*Gardnerella vaginalis*), infekce vyvolané prvoky (*Trichomonas vaginalis*), infekce mykotické (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*), infekce virové (virus lidské imunodeficiency HIV, herpes virus 2, HPV infekce, viry infekčních hepatitid A, B a C, cytomegalovirus), infekce parazitární (*Sarcoptes scabiei*, *Pediculus pubis*, *P. capitis*), infekce mykoplazmatické (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*). Podle MKN-10 podléhají povinnému hlášení (začátek onemocnění, kontakty, úmrtí s touto infekcí spojené) tyto pohlavní nemoci: vrozená syfilis – příjice – lues (A50), časná syfilis (A51), pozdní syfilis (A52), jiná a nespecifikovaná syfilis (A53), gonokoková infekce (A54), lymphogranuloma venereum (A55), měkký vřed – chancroid (A57). Výskyt HIV/AIDS sleduje Národní referenční laboratoř pro AIDS. Z povinně hlášených pohlavních nemocí se od roku 1990 vyskytuje na území ČR jen syfilis a gonorea.

Každé sexuální chování nebo kontakt s druhou osobou nebo s tělesnými tekutinami druhé osoby musí být považováno za určité riziko přenosu STI. Ty mohou být přenášeny i jinými cestami, např. podáním krevních transfuzí a derivátů, sdílením injekčních jehel narkomany, poraněním jehlou při zdravotnických úkonech, tetování infikovaným nástrojem a přenosem z matky na plod při porodu. K rizikovým skupinám patří kromě promiskuitních jedinců zdravotníci, hemofilici, narkomani, prostitutky a homosexuální osoby. Příznaky nákazy nejsou vždy zřejmé. Důležitá je správná diagnostika a léčba pacientky, depistáž a eventuálně léčba partnera či partnerky. Pokud se neléčí, STD může zvýšit riziko nákazy jinou pohlavně přenosnou chorobou (HIV a hepatitis B). Neléčené pohlavně přenosné infekce pak mohou vést k chronickým zánětům a k neplodnosti. Příznaky onemocnění zahrnují bolesti v podbřišku, vaginální výtok, bolest nebo pálení při močení, krvácení mimo periodu u dívek a žen, bolesti při pohlavním styku, výtok z penisu, bolest varlat a anální pruritus u mužů. Včasný záchyt a účinná léčba pohlavně přenosných chorob zabrání dalšímu šíření nemoci a poškození reprodukčních či dalších orgánů, u těhotných může zabránit přenosu infekce na plod. Mladiství by měli být důkladně poučeni o této problematice (rodina, škola, zdravotnické besedy, tisk a internet). Monogamní svazek, používání kondomu, zdravé sexuální praktiky a pravidelné roční gynekologické prohlídky u sexuálně aktivních dívek od 15 let věku snižují riziko přenosu STD.

Vývojová trajektorie u poruch autistického spektra

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D.

NAUTIS, Národní ústav pro autismus, z. ú., Praha

Poruchy autistického spektra se vyskytují u 1–2 % populace. Etiologie není přesně známa, zjištěn byl významný vliv genetiky, podíl mají i vlivy prostředí - může jít o imunitní reakci v určitém kritickém vývojovém období plodu, poškození mozku hypoxií nebo kontaktem plodu s jinými teratogenními látkami. Příčiny jsou s největší pravděpodobností komplexní, vícefaktorové. Poruchy autistického spektra řadíme k neurovývojovým poruchám identifikovatelným od raného dětství.

Klinický obraz poruchy se s postupujícím vývojem proměňuje. Atypické projevy a deficity obvykle přetrvávají do dospělosti a snižují schopnost člověka adaptovat se na vývojové úkoly, které dospívání a dospělost přináší. Adaptivita může kolísat v průběhu vývoje podle proměňujících se nároků, které jsou v daném období na dítě a dospívajícího kladené. Raná diagnostika a zahájení včasné intervence významně přispívají k lepší prognóze dítěte. I přesto, že byly vždy poruchy autistického spektra považovány za handicap v sociálně komunikačním chování celoživotní, poslední výzkumy zachytily i děti s tzv. optimálním vývojem, které až byly diagnostikovány, v pozdějším věku přestaly diagnostická kritéria PAS naplňovat. Příspěvek popisuje specifika v chování a adaptivitě u batolat, předškoláků, dětí školního věku, dospívajících i dospělých. Rozebrán bude dopad celoživotního sociálně komunikačního handicapu na formování osobnosti, dále pozitivní a negativní vnější faktory ovlivňující vývoj dětí s PAS.

Dermatologie

garant MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

pátek / 13. května 2016 / 11.20–12.30 hod.

Plenková dermatitida a její terapie

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Dobřichovice

I přes pokrok při vývoji nových materiálů pro výrobu plen, zůstává plenková dermatitida jedním z nejčastějších kožních problémů kojeneckého a batolecího věku a velmi častou diagnózou u imobilních pacientů. Nejméně 50 % pleny nosících kojenců a batolat mívá během tohoto období alespoň jedenkrát projevy plenkové dermatitidy, s nejčastějším výskytem mezi 9.–12. měsícem věku. V přednášce bude probrán klinický obraz onemocnění, etiopatogeneze a aktuální terapie choroby.

Seborrhoická dermatitida

MUDr. Petr Velčevský

Kožní ambulance Lasermed, Praha-Podolí

Seborrhoická dermatitida (SD), někdy nazývána též seboroický ekzém pro klinickou podobnost s atopickým ekzémem, je řazena mezi chronické kožní onemocnění charakterizované výsevem recidivujících erytematoskvamózních kožních lézí, lokalizovaných v okrscích kůže bohatých na přítomnost mazových žláz a v oblastech intertriginózních. Jde o velmi časté onemocnění kojenců mezi 3. týdnem až 3. měsícem věku, kdy jeho lehké formy ve křtici postihují až 2/3 dětí, častěji jsou postiženi chlapci. U dospělých se onemocnění vyskytuje častěji u mužů okolo 4. decenia, prevalence se u dospělců uvádí poměrně vysoká, a to 5–10 % světové populace. V přednášce bude probrán klinický obraz onemocnění, etiopatogeneze a aktuální terapie choroby.

Atopická dermatitida a její terapie

MUDr. Jan Hugo

Kožní klinika FN Královské Vinohrady, Praha

Atopická dermatitida nebo-li atopický ekzém skrývá stále řadu otázek ohledně své etiopatogeneze. Názory na její vyvolávající faktory se liší jak v průběhu doby, tak mezi současníky. I přes pokrok diagnostických metod zůstává hlavním vodítkem ke stanovení diagnózy klinický obraz, potažmo zkušenost vyšetřujícího lékaře.

Přednáška je zaměřená hlavně na její správnou terapii vycházející shrnutím praktických zkušeností a rad největších odborníků dětské dermatologie současnosti.

Meningitidy v dětském věku

garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

pátek / 13. května 2016 / 13.30–15.00 hod.

Hnisavé meningitidy – epidemiologie, etiologie a prevence

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Infekční klinika LF UK a FN Plzeň

Hnisavý zánět CNS může být lokalizovaný (absces mozku, epidurální absces) nebo difúzní (meningitida). Podle způsobu vzniku se dělí na primární (ložisko neznámé, šíření hematogenně) nebo sekundární (např. otogenní, sinogenní, pulmogenní). V obou případech se jedná o závažná, zpravidla perakutně probíhající onemocnění s vysokou letalitou, častými komplikacemi a následky. Hnisavé bakteriální záněty měkkých obalů (BM) jsou provázeny významným edémem přilehlé tkáně mozku a míchy. S rozvojem zánětu narůstá intrakraniální tlak, později se zhoršuje perfuze a dochází ke tkáňové hypoxii. Při následné aktivaci anaerobní glykolýzy se snižuje glykorachie a zvyšuje se hladina laktátu v likvoru. Těžká hypoxie a nízká hladina glukózy poškozuje funkci CNS s možností vzniku trvalých následků. Progredující edém mozku může vést k jeho smrti.

Incidence BM ve vyspělých zemích se pohybuje mezi 2,5–3,5/100 000 obyv./rok. Jejich mortalita je 5–30% v závislosti na věku a agens. V ČR hlášeno v průměru 200 onemocnění ročně. Vlivem vakcinace se mění spektrum BM (pokles meningitid vyvolaných *H. influenzae* typ B až o 90%). Nejčastějšími původci jsou *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae non B*, u novorozenců spíše *S. agalactiae* (sk. B), *E. coli*, *L. monocytogenes*. Vzácně se vyskytne meningitida amébová (vyvolaná např. *Naegleria fowleri*). U osob nad 70 let se uplatňují i gramnegativní tyčinky (*E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* a další), u imunodeficientních osob navíc *L. monocytogenes*, mykotická agens aj.

BM mohou teoreticky vyvolat všechny pro člověka patogenní bakterie, avšak nejčastější původci patří k mikroflóře dutiny nosní nebo ústní. BM často předchází nevýznamná infekce dýchacích cest. Při dočasně oslabeném systému imunity mohou být bakterie hematogenně dopraveny až na obaly mozku. Ohroženy jsou především malé děti s nezralou imunitou, dále lidé se známou imunodeficiencí, ale také někteří teenageři (diskotéky, alkohol, drogy, nepravidelná strava, psychická/fyzická zátěž). Neléčená BM končí smrtelně, suboptimálně léčená BM má trvalé následky. Vzhledem k tomu, že BM jsou důsledkem bakteriémie, nebo dokonce sepse, je potřeba léčit pacienty komplexně na lůžku intenzivní péče.

Prevence některých BM aktivní imunizací je možná. Existují účinné vakcíny proti invazivním onemocněním (meningitidě, sepsi či kombinaci obou) vyvolaným *N. meningitidis* typu A, B, C, W135, Y, *H. influenzae* typu B a 13 nebo 23 sérotypům *S. pneumoniae*. Tzv. kissing kontakty pacientů léčených pro meningokokovou meningitidu nebo sepsi se zajišťují antibiotikem (např. penicilinem).

Hnisavé meningitidy – klinický obraz, diagnostika a léčba

doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvodní klinické příznaky purulentní meningitidy jsou poměrně nespecifické, vyskytují se u řady dalších chorob. U dětí zahrnují teplotu až horečku, případně i zimnici, bolesti hlavy, nauzeu a zvracení, podezření na neuroinfekci podporuje přítomnost meningeálních příznaků. Kojenci mohou mít teplotu zvýšenou i sniženou, zhoršený příjem tekutin, letargii, hypotonii a vyklenutou, případně i pulzující velkou fontanelu. Většina pacientů už v tomto období má leukocytózu s posunem doleva a zvýšené hodnoty CRP. Podezření na purulentní meningitidu podporuje údaj o chronickém zánětu středouší, nosní nebo ušní likvorei, na možný rozvoj meningokokového onemocnění upozorňují petechie. Pro purulentní meningitidy je typické rychlé zhoršování klinického stavu během několika hodin, rozvíjí se porucha vědomí, případně křeče, ložiskové neurologické příznaky, hyperventilace

často s bradykardií. K úmrtí na edém mozku může dojít i do 24 hodin od vzniku prvních klinických příznaků.

Lumbální punkci je možno provést bezpečně u všech pacientů bez ložiskových neurologických příznaků nebo těžké poruchy vědomí. Při delším odkladu lumbální punkce (CT nebo oční vyšetření) je indikováno podání první dávky antibiotik. Purulentní meningitidu prokazuje nález makroskopicky opalescentního, bělavého nebo nažloutlého likvoru s nálezem tisíců až deseti-tisíců leukocytů s absolutní převahou neutrofilů, s vyšší bílkovinou a nízkou hladinou glukózy, což je typické pro pneumokokové, meningokokové, hemofilové a gramnegativní meningitidy. Obtížnější je interpretace opticky čirého likvoru s nálezem stovek leukocytů s rozdílným zastoupením neutrofilů a lymfocytů, v této situaci je nutno zvažovat nejen úvodní stadia purulentní meningitidy, ale i herpetickou encefalitidu a listeriovou meningitidu. Původce je možno prokázat v likvoru nebo v krvi (hemokultura), vyšetření zahrnují mikroskopii, kultivaci, PCR diagnostiku, případně latex aglutinaci.

Základem léčby purulentní meningitidy je podání antibiotik. U dětí s typickým nálezem purulentního likvoru postačuje v úvodní léčbě cefalosporin 3. generace, jen při nejasných nálezech možno uvedenou léčbu doplnit o aciclovir a ampicilin s redukcí léčby po určení původce. U kojenců do 3 měsíců se podává cefalosporin 3. generace s ampicilinem (listerióza), případně ampicilin s aminoglykosidem. U pacientů v dobrém klinickém stavu postačuje zajištění periferní žíly, náklady na podání dexametazonu nejsou jednotné (většinou se aplikuje 2–4 dny). Další léčba závisí na klinickém stavu pacienta, zahrnuje léčbu intrakraniální hypertenze, léčbu křečí a další intenzivní péči podle zvyklých zásad.

Méně obvyklý případ bolestí hlavy u sportovce (kazuistika)

MUDr. Martin Gregora, MUDr. Martina Chalupská, MUDr. Anna Véllová

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice a.s.

Pro bolesti hlavy, zvracení a vezikulózní exantém na trupu jsme hospitalizovali čtrnáctiletého sportovce. Anamnesticky bylo zjištěno, že poslední měsíc měl velkou fyzickou zátěž, absolvoval dvoufázové tréninky. V nedávné době navštívil ortopedickou ambulanci pro bolesti kolen a hlavy se závěrem – vadné držení těla. Ortopedem byla doporučena rehabilitace. Proti onemocnění klíčovou meningoencefalitidou byl očkován. Při přijetí byl pacient afebrilní, na kůži byl patrný výsev vezikulózního exantému ve shlucích v oblasti Th1 a v epigastriu charakteru herpes zoster. Při vyšetření byly zjištěny kontraktury šijových svalů a váznutí šíje na dva centimetry. Ostatní neurologický a somatický nález byl v normě. Základní biochemické a hematologické vyšetření bylo rovněž bez pozoruhodností. Na rentgenovém snímku krční páteře byla popsána lehká sinistroskolióza, plošší krční lordóza v dolním úseku napřímená. Pro podezření na aseptickou meningitidu byla provedena lumbální punkce s nálezem čirého likvoru, bílkovina: 0,866 g/l, albumin: 550 mg/l, glukóza: 2,9 mmol/l, laktát: 1,8 mmol/l, chloridy: 124 mmol/l, kvantitativní cytologie: počet elementů: 1 528, erytrocyty: 79. Po konzultaci s infekcionista jsme zahájili léčbu antivirotyky (Herpesin 10 mg/kg á 8 hod). Vzhledem k vysokému počtu elementů v moku byl pacient současně zajištěn intravenózní antibiotickou terapií do definitivního výsledku kultivace likvoru (Ceftriaxon kabi 100 mg/kg á 12 hod, celkem čtyři dny). Vyšetření moku virologicky prokázalo DNA viru varicella zoster. Chlapec dostával analgetika k tlumení bolestí hlavy a bolestivých projevů herpes zoster na kůži. Klinický stav se komplikoval výrazným postpunkčním syndromem, který přetrvával přibližně týden. Záznam EEG byl v normě, bez ložiskové a paroxysmální abnormality. Na zavedené terapii bolest hlavy zvolna ustupovala. Po celou dobu hospitalizace byl pacient afebrilní, bez křečových stavů či poruchy vědomí. Herpesin jsme ponechali do čtrnácti dnů, kdy byl chlapec propuštěn domů v dobrém stavu s doporučením pokračovat v podpůrné terapii Piracetamem a Pyridoxinem. Neuroinfekce patří k obvyklým sekundárním příčinám bolestí hlavy. Méně obvyklé jsou příznaky neuroinfekce u dětských pacientů s pásovým oparem. Včasná diagnostika a léčba antivirotyky je základem poměrně hladkého průběhu nemoci bez dlouhodobých komplikací.

Aktuality v pediatrii

pátek / 13. května 2016 / 15.55–17.00 hod.

MFGM (Milk Fat Globule Membrane) – inovace v kojenecké výživě

MUDr. Jan Boženský

Dětské oddělení, Vítkovická nemocnice Ostrava

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

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 mikrofóry. 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.

Nový pohled na starou nemoc

garant prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

pátek / 13. května 2016 / 17.00–18.20 hod.

Jak přistupovat k dětem s akutním zánětem středouší?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., Mgr. Jarmila Potomková, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Akutní zánět středního ucha (AOM) je jedno z nejčastějších onemocnění kojeneckého a batolecího období, ale i jeden z nejčastějších důvodů pro preskripci antibiotik pro tyto děti. Odhaduje

se, že až 50–80 % dětí prodělá před svým třetím rokem života minimálně jednu epizodu AOM. Vrchol incidence je mezi 6. až 15. měsícem věku. AOM je nemoc s extrémně variabilním klinickým obrazem, od spontánního uzdravení (virová etiologie) až k život ohrožujícím komplikacím. Tato variabilita závisí velkou měrou na patogenu, *Streptococcus pneumoniae* a *Streptococcus pyogenes* obvykle mají za následek AOM s těžkým průběhem a často i komplikacemi (mastoiditida, meningitida, obrna lícního nervu, labyrintitida a trombóza sigmoidálního sinu). Kromě obou streptokoků další bakteriální příčinou jsou *Haemophilus influenzae* a *Moraxella catharalis*. Hlavním důvodem pro léčbu AOM antibiotiky je prevence jeho komplikací.

Od vynálezu antibiotik po dnešní dny prošla léčba AOM mnohými změnami, ve kterých „soupeřily“ dva přístupy, tzv. strategie **watchful waiting** – dává dítěti s podezřením na AOM možnost druhé návštěvy/posouzení v průběhu 2–3 dnů a antibiotika a ATB léčba se zahajuje až na základě klinického stavu (nemoc má systémový charakter s přetrvávající vysokou teplotou). Druhý přístup preferoval zahájit léčbu antibiotiky ihned. Značně vysokou cenou za tento přístup byl výrazný vzestup rezistence uvedených mikrobů na antibiotika. V devadesátých letech minulého století byla prevalence antibiotické léčby AOM různá (31 % v Nizozemsku a až 90 % v USA, Austrálii nebo na Novém Zélandu). V novém miléniu mnohé odborné společnosti (pediatrů nebo ORL) ve světě hledají optimální kombinaci obou principů a vědecká komunita koncipuje svá doporučení na základě **silných důkazů**, které získává z epidemiologicky vhodných studií.

Při eradikaci AOM hraje u dětí velmi důležitou roli poznání všech rizikových faktorů (pasivní kouření v rodině, nízká hladina aktivních metabolitů vitamínu D a jiné), které se mohou podílet na patogenезi recidivující AOM. Nenahraditelnou strategií prevence AOM je ale zavádění plošného očkování proti pneumokokům a virovým původcům AOM (influenza a RSV).

Autoři ve své přednášce provedou posluchače zajímavým obdobím hledání neoptimálnějšího přístupu k dětskému pacientovi s AOM a představí několik praktických léčebných i preventivních doporučení. Podají nový pohled na starou nemoc.

Celiakie

MUDr. Eva Karásková, doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Celiakie je celoživotní, imunitně zprostředkované, zánětlivé onemocnění tenkého střeva. Na jeho vzniku se podílí ingesce pšeničného glutenu nebo příbuzných proteinů žita a ječmene, což vede u geneticky predisponovaných jedinců k chronickému střevnímu zánětu s následným malabsorpčním syndromem. Výskyt onemocnění se uvádí 1 : 200–1 : 250, tj. asi 40 000–50 000 nemocných v celkové populaci ČR. Vzhledem k častým latentním, asymptomatickým a atypickým formám se předpokládá, že správná diagnóza je stanovena jen u 10–20 % pacientů. Základem léčby je celoživotní dodržování bezlepkové diety.

Sdělení se věnuje nejčastějším chybám v diagnostice tohoto onemocnění, jako je například hodnocení dnes již obsoletních protilátek proti gliadinu nebo zavedení bezlepkové diety před definitivním enterobiopským stanovením diagnózy.

Dále je uvedena problematika neceliakální glutenové senzitivity, jejíž diagnóza může být stanovena až per exclusionem, po vyloučení celiakie, alergie na pšenici nebo jiného střevního onemocnění.

Známé a nové, ale stále vzrušující

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹, MUDr. Lenka Krbková, CSc.²

¹Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

²Klinika dětských infekčních nemocí LF MU a FN Brno

Infekční nemoci jsou stálým problémem morbidit a mortality života dítěte. A to i přes nesporně početnou řadu dosažených preventivních a léčebných postupů. U části z „klasických – starých“ infekcí došlo v některých geografických oblastech k jejich úspěšné eradikaci, což vedlo

nejen k pozapomnění těchto chorob, ale i ke snížení či zpochybnění významu preventivních opatření. I v tzv. industrializovaných zemích jsme proto v posledních letech svědky vzestupu některých z těchto infekcí, jejichž průběh bývá navíc odlišný od všeobecně tradovaných popisů. Značná plasticita původců infekčních nemocí se aktuálně promítá do skutečnosti, že se objevují „nové – neznámé“ infekce, jejichž důsledky na morbiditu a mortalitu nejsou v humánní medicíně prozatím zcela objasněny. Pediatři jsou navíc konfrontováni i s „novým“ spektrem dětských pacientů, u nichž mohou infekční choroby probíhat zcela atypicky a léčba tak musí být mnohdy značně individuální.

Nový pohled na obezitu

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.

Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Výzkum genetické podmíněnosti a molekulární patofyziologie obezity, který začal objevem leptinu v roce 1994 a probíhá déle než dvě desetiletí, přinesl klíčové poznatky o mechanismech jídelního chování, individuálních procesech trávení a resorpce živin i o regulaci bazální termogeneze.

Mezi klíčové faktory podmiňující vznik obezity patří:

- 1) **Hypotalamická regulace jídelního chování**, jeho aferentní i eferentní signalizace a možné poruchy přenosu informace.
- 2) Střevní mikrobiom. Ten není náhodnou směsicí bakterií a virů. Vnímáme jej jako samostatný orgán integrovaný do lidského těla, který je složen ze stovek druhů mikroorganismů, je v trvalé interakci s ostatními tělesnými orgány a reguluje jejich metabolické funkce. **Obézní mají jiné složení střevního mikrobiomu** než štíhlí. Podle jedné z hypotéz někteří velmi výkonní mikrobi zdokonalí zpracování a trávení potravy a umožní získat více energie, což podpoří rozvoj obezity. Pro obézní je typické vyšší zastoupení bakterií, které produkují vodík, a současně bakterií, které tento vodík využívají k produkci metanu. To pomáhá natrávit rostlinné polysacharidy (vlákninu) a vstřebat jinak nestravitelné složky potravy.
- 3) Trávicí enzymy. Běžné multialelické **varianty počtu kopií genu AMY1** (kóduje slinnou amylázu), které vedou k rozdílné expresi genu a k odlišné hladině sérové amylázy, korelují s BMI. Nositelé dvou extrémních variant genu mají osminásobně rozdílné riziko obezity.
- 4) Regulace bazální termogeneze, což ovlivňuje výdej energie ve formě tepla. Termogeneze probíhá nepřetržitě v **hnědé tukové tkáni** v adipocytech bohatých na mitochondrie, a nárazově v **bílé tukové tkáni**. Termogenezi řídí nitrobuněčné mechanismy za přispění sympatického nervového systému (např. agonistů beta-adrenergických receptorů) v reakci na tělesný pohyb, stravu nebo chladné prostředí.

Index tělesné hmotnosti (BMI) má významnou dědičnou složku, která jej určuje ze 40–80 %. Ke svému BMI jsme tedy z větší poloviny geneticky determinováni. Máme možnost jej sami ovlivnit nebo jsou takové pokusy předem odsouzeny k nezdaru?

SESTERSKÁ SEKCE – PÁTEK

Zajímavé perličky ze současné pediatrie

garantky Bc. Jana Fajglová, Hana Ptáčková

pátek / 13. května 2016 / 8.50–10.30 hod.

Dítě s vrozenou vývojovou vadou CNS

Simona Šilbertová, Anna Žáková

Novorozenecká JIRP, FN Olomouc

Vrozené vývojové vady CNS se vyskytují u 0,5 % novorozenců. Etiologie těchto vad je většinou multifaktoriální, dle nejnovějších poznatků hraje při vzniku těchto vad nedostatek kyseliny listové v potravě těhotných. Těžké vady CNS jsou spojeny s malformacemi páteře či lebky. Odhalením VVV se zabývá perinatální diagnostika, která umožňuje v předstihu plánovat optimální perinatální péči, v závažných případech pak i ukončení gravidity. Představovaná kazuistika přináší sdělení o VVV: kongenitální hydrocefalus spojený s meningomyelokélou, které nebyly prenatálně odhaleny pro nespolečnou spolupráci těhotné. Kazuistika přináší řešení ošetrovatelských problémů u daných diagnóz a zároveň se dotýká i etiky v neonatologii.

Ultrazvukové vyšetření srdce plodu

MUDr. Eva Klásková, Ph.D.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

Vrozené srdeční vady (VSV) postihují 6–7/1 000 živě narozených dětí a patří tak mezi nejčastěji detekované vrozené anomálie v prenatálním období. Přibližně jedna třetina VSV se manifestuje v novorozeneckém věku pod obrazem kritické VSV spojené se závažnou hypoxémií, srdečním selháním nebo kombinací obou příznaků. Nepoznané kritické VSV významným způsobem negativně ovlivňují perinatální morbiditu a mortalitu. Ultrazvukové vyšetření srdce je nedílnou součástí podrobného vyšetření morfologie plodu ve II. trimestru gravidity. Je zaměřeno na včasný záchyt kritických VSV a detekci poruch srdečního rytmu u plodu. U rizikových plodů je indikováno specializované vyšetření srdce plodu dětským kardiologem, které je v některých případech prováděno již v I. trimestru gravidity. Autorka diskutuje vliv včasné diagnózy VSV na management porodu a následně na prognózu dítěte. Vyzdvihuje význam těsné spolupráce gynekologů a dětských kardiologů při diagnostice VSV a následné péči o plod s VSV.

Dlouhá cesta domů

Bc. Vladimíra Kosíková, Marta Záhumenská

Dětská klinika JIRP 21C, FN Olomouc

Když jsme v květnu 2014 přijímali 9denní holčičku na UPV s chronickým respiračním selháním, hypotonickým syndromem, hyperinzulinizmem, kraniocerebrální dysmorfii, eventrací bránice, netušili jsme, že spolu prožijeme víc než rok a půl společného života. Během této doby se mnohokrát střídala období postupné stabilizace jejího zdravotního stavu a období sepsí, komplikací, nečekaných zvratů. Každá taková komplikace znamenala pro naši malou pacientku výrazné kroky zpět v psychomotorickém vývoji a stála nás, i její rodiče, kteří pravidelně docházeli na návštěvy, mnoho úsilí se vrátit alespoň na původní úroveň. Vedle moderní medicínské technologie a za použití nákladné medikamentózní léčby byla neodmyslitelnou součástí celkové terapie i kvalitní strava a rehabilitace. Pro mnohé z nás, kteří se o holčičku starali, zní kombinace strava a rehabilitace víc než úsměvně. Po četných zkušenostech nás totiž všechny přesvědčila, že první ranní krmení můžeme podávat až po rehabilitaci, nechceme-li několikrát opakovat ranní hygienu a kompletní převlékání lůžka. Svoji

rehabilitační sestřičku holčička milovala, a nejvíc, když skončily nebo už odcházela. Pokroky v psychomotorickém vývoji byly sice pozvolné a zdlouhavé, ale byly. Stala se miláčkem oddělení. Každou volnější chvíli s námi trávila na dece obklopená hračkami a časem se naučila ložit, vstávat i chodit s oporou. Zanedlouho za námi běhala v chodítku, ochotně ukazovala „jak je veliká“ a co všechno umí. Jediné, co se stále odmítala naučit, bylo jíst pusou. Krmila se do PEGu, postupně si odvykla od UPV a napojovala se jen při únavě a na spaní. Když konečně přišla dlouhodobá stabilizace jejího zdravotního stavu, nastalo (a nám se zdálo, že zdlouhavé) vyjednávání domácí plicní ventilace, aby mohla domů. Po zaškolení maminky a jejím dokonalém a precizním zvládnutí celodenní péče o dítě na DUPV, byla naše malá princezna propuštěna 13. 1. 2016 do domácího ošetřování.

Očkovali jsme, přesto Kubík onemocněl

Bc. Petra Jandová, Alena Linhartová

Dětská klinika FN Olomouc

Rády bychom vám v naší přednášce představily příběh ročního Kubíka, který strávil v naší nemocnici týden svého života, protože ho před pneumokokem neuchránilo očkování Prevenarem.

Také se zamyslíme nad možnostmi a přínosem tak často diskutovaného očkování pro jednotlivce a společnost.

Úlevové techniky v péči o novorozence v praxi

Marcela Horáková, Ivana Bařinková

Novorozenecká JIRP, FN Olomouc

Péče o novorozence na jednotce intenzivní péče je velmi náročná. Důležitou součástí péče je odstranění dyskomfortu, bolesti, snížení svalového napětí, zlepšení dýchání a celkového stavu dítěte. Pozornost je věnována rodinné a porodní anamnéze. Výrazně napomáhá individuální přístup k pacientovi, znalost používání vhodných polohovacích pomůcek, masážních prostředků a jejich správné použití v praxi.

Při aplikaci úlevových poloh je důležité důkladné pozorování dítěte, zhodnocení jeho celkového zdravotního stavu, sledování jeho reakcí při manipulaci s ním. O aplikaci úlevových poloh v péči o novorozence jsou edukováni také rodiče novorozenců, kteří jsou dle zdravotního stavu dítěte co nejdříve zapojeni do péče. To umožňuje získání vzájemné důvěry, pochopení a spolupráce ze strany rodičů. Výsledkem je spokojená rodina.

Jak zlepšit nedokonalost vzájemné komunikace?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Komunikace není dar, ale dovednost. Komunikace zdravotnického pracovníka (ZP) s pacientem nemůže být nikdy jednosměrná. Umění naslouchat pacientovi je nezbytnou dovedností ZP. Historicky byla rozpoznána hodnota souznění ve vztahu mezi ZP a pacientem, dnes je považována za **základní kámen** pro dosažení, udržení a zlepšení zdraví pacienta. Autor se ve své přednášce zamýšlí nad různými faktory, které mohou negativně ovlivnit profesionální komunikaci ZP se svým pacientem. Rozebírá i příčiny a formy non-compliance a sumarizuje nejčastější chyby ze strany rodičů i nás profesionálů.

Účinné prvky prevence syndromu vyhoření

garantky Mgr. Světlana Kašubová, Eva Hůlková

pátek / 13. května 2016 / 10.50–12.35 hod.

Co je to syndrom vyhoření a jak se můžeme chránit

MUDr. Olga Kunertová, Miroslava Havrdová

Psychoterapeutické centrum Gaudia, Praha

Gaudia proti rakovině, jejímiž představitelkami jsou obě přednášející, je nezisková organizace, poskytující podpůrné psychoterapeutické a socioterapeutické služby onkologicky a jinak dlouhodobě nemocným a jejich blízkým. Poskytuje **služby pacientům, ale také zdravotnímu personálu**. Působí zatím v Praze, v Brně a ve Znojmě. Zdravotním sestrám poskytuje možnost konzultovat psychický stav pacienta, supervize, vzdělávání v komunikačních dovednostech, mediaci kontaktu s pacientem a jeho blízkými, masáže a práci s tělem.

Ideální sestra je vysoce vzdělanou profesionálkou, která **zvládá s přehledem a spolehlivě náročné situace a problémy**, které každodenně charakter provozu zařízení přináší, usiluje o vyšší kvalitu praxe, **nemá komunikační problémy s pacienty a je loajální k lékařům** (Seifert, Beneš, 2005, *Všeobecné praktické lékařství*). Sestra musí **ovládat i samu sebe**. Důraz se klade na ohleduplný, citlivý a šetrný přístup. Sestra **vystupuje klidně, trpělivě, ovládá se a nebere věci osobně**. Musí vidět situaci očima nemocného (vcítit se do něj – být schopna empatie). Projevy **nemocného chápat v souvislosti s jeho utrpením a starostmi, působit povzbudivě, důvěryhodně, nenechat se vyprovokovat, být zdrženlivá a trpělivá. Respektovat občanskou důstojnost nemocných a zachovávat společenská pravidla** (Křivohlavý, Pečenková, 2004, *Duševní hygiena zdravotní sestry*).

Její ohodnocení a postavení ve zdravotnickém zařízení přitom zpravidla není nikterak ideální. Žádný div, že jsou sestry **ohrožené syndromem vyhoření**. O syndromu vyhoření v poslední době hodně mluví, méně však už se pro sestry dělá. Nezbyvá, než aby se sestry **samy naučily se o sebe postarat a vyhoření se bránit**. Naše přednáška s následnými workshopy přinese několik inspirací, jak to dělat. **Jak svou práci zvládat a nezbláznit se**. Shrňme možnosti prevence obecně a více se budeme věnovat tomu, **jak souvisí ohrožení vyhořením s komunikačními dovednostmi a jak je možné si pomoci prostřednictvím práce s tělem**.

Pacienti by si zasloužili, abychom s nimi víc mluvili, abychom respektovali jejich názor a brali ohled na jejich individuální potřeby. Jenže kde na to vzít čas? **Zvládnout umění vedení rozhovoru může hodně pomoci**. Pacient, který se cítí být vyslyšen, je spokojenější a lépe se uzdravuje. Takový rozhovor, který přinese pacientovi úlevu, přitom **nemusí trvat déle než 5 minut**. Jen je potřeba naučit se určité principy. Komunikační dovednosti nám pomohou také zvládnout agresivního, dementního, zvědavého či jinak obtížného pacienta a využívat aktivity pacientů a jejich příbuzných ve prospěch vzájemné spolupráce. Umožní nám však také **hlídat si vlastní hranice a nenechat se zneužívat**.

Prevenice syndromu vyhoření u zdravotnických profesí

Mgr. Vladimíra Odehnalová

Oddělení profesního vzdělávání FN Olomouc

Syndrom vyhoření je jev starý jako lidská práce sama, pojem „burnout“ je používán od roku 1974. Nejohroženější jsou lidé v tzv. **pomáhajících profesích**, ti, kteří pracují s jinými lidmi, jež od nich něco potřebují (zdravotnický personál, učitelé, psychologové, sociální pracovníci, hasiči). Vyhoření je typické **citovým a mentálním vyčerpáním**, často jako důsledek dlouhodobého stresu. Součástí vyhoření jsou **pochyby o smyslu své práce**. Fáze vedoucí k syndromu vyhoření:

- **Naděšení:** vysoké ideály, vysoká angažovanost;
- **Stagnace:** ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných či zaměstnavatele začínají obtěžovat;
- **Frustrace:** pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání;

- **Apatie:** mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám;
- **Syndrom vyhoření:** dosaženo stadia úplného vyčerpání – ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem.

Psychosociální problematika zdravotnického pracovníka. Mimořádná událost versus „malé životní tragédie“

Mgr. et Mgr. Michaela Gehrová¹, PhDr. Lukáš Hump²

¹Fakultní nemocnice, Oddělení urgentního příjmu Olomouc

²Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, Ostrava

Práce ve zdravotnictví přináší kontakt s nemocemi, ztrátami a lidským neštěstím či smrtí. Zdravotnické týmy jsou velmi kvalitně připraveny a vybaveny na záchranu lidského života. Méně často jsou připraveny na poskytnutí psychické podpory postiženému či jeho blízkým a na komunikaci s nimi.

Při záchraně pacienta jsou zdravotníci konfrontováni s blízkými, u nichž došlo vlivem události k těžkému zasažení jejich psychického a emočního prožívání. Můžeme je také nazývat jako sekundárně zasažené krizovou událostí. Tito lidé mají potřeby, které by měl zdravotnický personál saturovat. Bohužel a také velmi často se stává, že zdravotnický personál používá ryze medicínský přístup, kterým oddalují přirozené prožívání krizové situace. V mnoha případech je to zcela zbytečné a z hlediska zpracovávání krizové situace může být toto pro zasaženého člověka velmi nevýhodné.

Existují možnosti, jak stávající nevyhovující situaci změnit. Jednou z možností je plošně připravit zdravotníky na samotný kontakt s psychicky zasaženými, ale ne zcela všichni zdravotníci jsou schopni tuto činnost zvládnout. Další z možností je připravit vycvičené týmy interventů psychické první pomoci, což se jeví jako nejvýhodnější.

Každý dobrý skutek musí být po zásluze potrestán. Profesně žádoucí vlastnosti jako rizikové faktory syndromu vyhoření

Mgr. Michal Šafář, Ph.D.

Katedra společenských věd v kinantropologii, Fakulta tělesné kultury UP Olomouc

Asociace psychologů sportu ČR

Úspěšné zvládnutí profese zdravotní sestry předpokládá, kromě kompetencí odborných, také dobře rozvinuté dovednosti psycho-sociální.

K profesně nejvýše ceněným patří charakteristiky z oblasti sociální a emocionální inteligence – empatie, sociální citlivost, vnímavost k emocím. Přesto, anebo spíše právě proto mohou být tyto profesně vysoce žádané vlastnosti současně pomyslnou, „dobrymi úmysly dlážděnou“, cestou do pekla syndromu vyhoření. V rámci interaktivního semináře se zaměříme na autodiagnostiku vybraných osobnostně sociálních charakteristik s důrazem na jejich žádanou a rizikový vztah v profesním kontextu a doporučení pro jejich kultivaci.

Primární a domácí péče dnes

garantky Bc. Hana Dědochová, Bc. Alena Matějová

pátek / 13. května 2016 / 13.25–14.55 hod.

Co je nového v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, očkování

Andrea Esterková

Sestra v ordinaci PLDD

Tak jako v jiném oboru se ani v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost pokrok nedá zastavit. Nyní používáme přístroje rychlé diagnostiky: CRP ANALYZÁTOR, STREP-TEST, TEST NA EB – VIRÓZU,

ANALYZÁTOR MOČÍ, ONE TOUCH NA HEMOGLOBIN A HEMATOKRIT, BILICHECK, ONE TOUCH NA GLUKÓZU, ACETON A CHOLESTEROL.

Očkování je ochrana populace proti závažným nemocem. Dělíme je na povinné a nepovinné. Aplikujeme p. os., i. m., s. c., i. c. Dále je dělíme na živé a neživé. Vakcíny skladujeme v lednici a vedeme o nich dokumentaci. Aplikaci zapisujeme.

Povinné vakcíny: Infanrix hexa, Hexacima, Priorix, Infanrix, Boostrix polio.

Nepovinné vakcíny: BCG vakcína, Prevenar 13, Synflorix, Silgard, Cervarix, Rotarix, Rotateq, Priorix tetra, Varilrix, Havrix, Vaqta, FSME, Encepur, Nimenrix, Menveo, Bexsero, Neisvac-C, Boostrix.

Některé maminky se očkování bojí, očkování odmítají.

Efektivita služby raná péče a její ekonomické benefity

Mgr. Pavla Matyášová, PhDr. Jitka Barlová, Ph.D

Společnost pro ranou péči

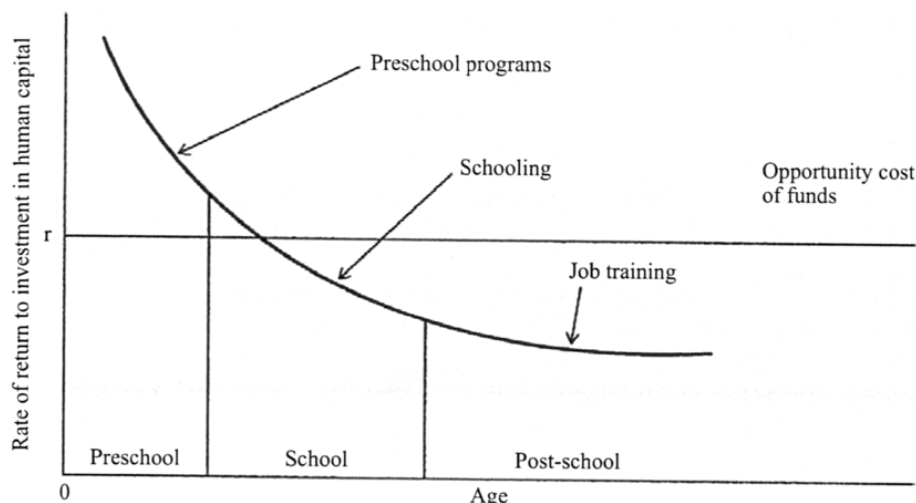
O efektivitě programů rané péče jsou přesvědčeni nejen odborníci rané péče, ale i vědci z oblasti ekonomie. Investice do dětí raného věku a jejich rodin je prospěšná pro celou společnost, protože přináší dlouhodobé benefity celospolečenské úrovně, které několikrát překračují hodnotu investovaného kapitálu.

Za teoretické východisko ekonomické efektivity rané péče můžeme považovat výzkum návratnosti investic do lidských zdrojů v různých časových obdobích životního cyklu jedince.

Z přehledného grafu je patrné, že největší návratnost investic vykazují děti od narození do předškolního věku.

Obr. 1. Zdroj: HECKMAN et al. 2006

Rates of Return to Human Capital Investment
initially setting investment to be equal across all ages



V dalším textu předkládáme malý přehled analýz ekonomických benefity již konkrétně pro oblast sociální služby raná péče, které vznikly ve Spojených státech a v Evropě.

Spojené státy disponují velkým počtem studií tohoto typu, neboť v 60–70. letech zde zavedli několik plošných programů rané intervence jakožto reakci na socioekonomickou situaci tehdejší doby. Uživatelé těchto programů rané péče byly celé rodiny dětí takzvané v riziku („at risks“). Jednalo se jak o rodiny dětí s postižením, tak o rodiny s dětmi ohroženými sociálním prostředím a chudobou. Většina programů byla tzv. „home base“, tedy realizována formou návštěv v rodinném prostředí, a zahrnovala práci s celou rodinou jako systémem. Tento způsob se prokázal jako jednoznačně nejefektivnější při dosahování cílů intervence a jeho účinnost byla opětovně ověřena při rozvoji systému rané péče v evropských zemích.

Důvod, proč jsou nejvíce citovány studie Spojených států, je jednoduchý. Vláda USA viděla v plošném zavedení systematické rané péče pro ohrožené děti řešení tehdejší neutěšené situace

ve společnosti. Vědecký výzkum, který se zabýval ekonomickou návratností vložených investic stál pak logicky v popředí jejího zájmu. Jednotlivé programy rané péče v USA lze zařadit mezi takzvané „evidence base“, tedy vědecky doložitelné a prokazatelné studie, které byly navíc aplikovány na velké množství populace, a to dlouhodobě. Těmto rámcovým podmínkám se přiblížilo částečně Německo. Tam však, přestože je zde systematická služba rané péče poskytována dlouhodobě, existují rozdíly ve službách poskytovaných koncovým uživatelům, a to kvůli odlišnostem v samosprávě věcí sociálních v jednotlivých spolkových zemích.

Analýzu nákladů a benefitů rané péče provedl profesor Franz Peterander (2006). V současnosti je ekonomická efektivita rané péče natolik prokázána, že není obecně nijak zpochybňována. Hodnoty úspory v poměrech investovaných a ušetřených nákladů na speciální podporu se v jednotlivých státech mohou mírně odchylovat, avšak veškeré studie jednoznačně prokázaly ekonomický přínos rané péče především v dlouhodobém časovém rámci, a to ve dvou základních oblastech.

Včasná podpora rodiny v obtížné životní situaci umožní:

1. rodičům zachovat si výdělečnou činnost;
2. významně se sníží prostředky na podporu ohroženého dítěte v jeho dalším životním období (školním a produktivním věku).

Držitel Nobelovy ceny James Heckman (2010) ověřil, že každý dolar investovaný do programu rané péče, který byl na velkém vzorku populace Spojených států amerických realizovaný pod názvem Perry Preschool, přinesl ekonomický benefit v rozmezí 7–10 dolarů podle závažnosti případu jednotlivých účastníků. Průměrnou hodnotu benefitu pak stanovil na 8,60 dolarů. Dále rozdělil benefity na přímé a nepřímé a zdůraznil, že díky programu rané intervence mohlo dojít k větší zaměstnanosti rodičů dětí s postižením, a v dlouhodobém rámci se tak pokryly investiční náklady z raného období.

Jako nepřímý benefit pak raná péče přinesla na každý investovaný dolar úsporu 4 dolary v oblasti potencionálně zvýšených nákladů na speciální školství či speciální podporu ve školním věku. V neposlední řadě Heckman prokázal signifikantně nižší náklady spojené s juvenilním soudním systémem, nižší kriminalitou a výdaji na ochranu práv dětí a mládeže, a to především v rodinách s nižším sociálně-ekonomickým statusem.

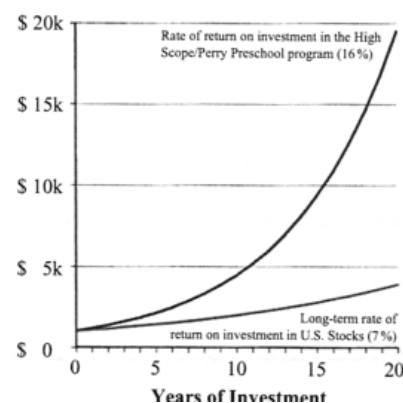
Návratnost prvotních investic Perry Preschool programu ukazuje následující obr. 2

Podobné výsledky prokázaly i ekonomické analýzy dalších intervenčních programů rané péče jako např. Abecedarian a The Chicago Child-Parent Center Program. Masse and Barnett (2007) hovoří o 3 dolarech u programu Abecedarian a Reynolds et al. (2002) u programu CPC Preschool Program dokonce o úspoře 11 dolarů na každý investovaný dolar.

Významnou studií zabývající se ekonomickými benefity rané péče je práce světově známého centra výzkumu RAND *Investing in our children. What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood intervention* hlavního autora Lynn Karolyho (1998). Tentokrát byla prokázána úspora v poměru 7:1 investovanému dolaru.

Jedním z nejaktuálnějších potvrzení ekonomické efektivnosti rané péče přináší analýza benefitů programů rané pomoci v Německu. V německy psané odborné literatuře lze získat mnoho informací pod pojmem „Frühe Hilfe“. Jedná se o soubor služeb pro rodinu s dítětem raného věku od 0–3 let, jehož součástí jsou i služby rané péče. Pomoc rodině dítěte s ohroženým vývojem (jak s postižením, tak s ohrožením na základě sociálního znevýhodnění) se odehrává v domácím prostředí a nese všechny znaky rané péče, avšak s omezením do 3 let věku. Analýza Národního centra

Obr. 2. Zdroj: Heckman et al. (2010)



Hamánek®

péče v každé lžičce



NA DĚTECH NÁM ZÁLEŽÍ

Výživa dětí v prvních měsících ovlivňuje zdraví dítěte po celý další život.

Nejnovější světové i domácí studie dokazují, že nejenom správný výběr stravy, ale především správné načasování jejího zavedení hraje velmi důležitou roli. **V období tzv. okna imunologické tolerance, které spadá do období od ukončeného 16. týdne až do 26. týdne biologického věku dítěte, by měly být zaváděny všechny základní potraviny** včetně obilovin s lepkem, ryb, vajčinek či mléčných bílkovin. Současně je však třeba respektovat případnou citlivost či skutečnou potravinovou alergii.



Proto jsme ve spolupráci s vámi, pediatry a odborníky na výživu, připravili výrobky Hamánek tak, aby plně odpovídaly novým výživovým doporučením. Můžete si být tak spolu s rodiči malých dětí jistí, že jim nabízíte s maximální péčí to nejlepší pro jejich správný růst a vývoj. **Hamánek příkrmy můžete s čistým svědomím doporučovat.**

rané pomoci Německé spolkové republiky zpracovaná profesorkou Meier-Gräwe (2011) a jejím týmem na Univerzitě Gießen sleduje kromě konkrétních nákladů při různých scénářích (začátek pomoci v raném věku, v předškolním a na začátku školního věku) i poměr investic v jednotlivých obdobích. Investované prostředky do rodiny v době raného věku dítěte (0–3) jsou v poměru 1 : 13 k investicím nutným v době předškolního věku (3–6), a dokonce 1 : 34 v případě investic započatých až v době školní docházky.

Programy rané péče se v jednotlivých zemích mohou rámcově odlišovat, avšak jejich paradigma – holistická systemická práce v rodině a s rodinou, podpora vlastních kompetencí rodičů i dítěte, podpora sociální inkluze rodiny a její samostatnosti a nezávislosti – je nejen vysoce funkčním mechanismem podpory, ale i zárukou efektivního nakládání s veřejnými investicemi. Jmenované studie (a celá řada dalších) potvrzují návratnost vložených prostředků a činí tak ze sociální služby rané péče ekonomicky smysluplný a rentabilní prostředek podpory rodin dětí s postižením v raném věku.

Ambulantní péče v neonatologii ve FN Olomouc

Maria Doleželová, Eva Čapková

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Prezentace informuje o aktuálním konceptu péče o fyziologického novorozence a jeho rodiče. Do ošetrovatelské péče Novorozeneckého oddělení FN Olomouc jsou aplikovány nové poznatky z neonatologie a z vývojové péče v souladu s přáními rodičů. Velký důraz je kladen na individuální přístup ze strany personálu.

S budoucími rodiči začíná spolupráce již před porodem formou předporodních kurzů. Během těchto kurzů se rodiče seznámí s provozem oddělení a se základní péčí o novorozence. Všem rodičkám fyziologických i lehce nezralých novorozenců je standardně nabízen bonding.

Po porodu jsou maminky edukovány v péči o novorozence. Ošetrovatelské postupy založené na EBP a moderní vybavení zajišťují vysokou kvalitu poskytované péče. K časné diagnostice vrozených vývojových vad napomáhá řada screeningových vyšetření, povinných i nepovinných.

Mezi priority ošetrovatelské péče patří i významná podpora kojení. Na dodržování strategie BFHI a kojení zralých i nezralých novorozenců spolupracuje tým laktčních poradkyň. K tomu přispívá i nově otevřená laktční poradna při ambulanci Novorozeneckého oddělení. Poradna navazuje na péči o novorozence po propuštění. Součástí ambulantní péče jsou specializované poradny pro rizikové novorozence.

Cílem práce kolektivu Novorozeneckého oddělení je poskytování co nejkomplexnější péče, která povede ke spokojenosti dětí, rodičů i personálu.

Domácí péče jinak

Eva Hůlková, Pavla Medková

Dětská klinika FN Olomouc

Prezentace se zaměřuje na zvláštnosti domácí péče určené dětským pacientům s hemato-onkologickým onemocněním.

Specifika domácí paliativní péče o děti

Bc. Bronislava Husovská, DiS.

Mobilní Hospic Ondrášek, o. p. s.

V naší zemi se postupně začíná rozvíjet hospicová péče, která spatřuje potřeby člověka ve více dimenzích a snaží se tyto potřeby uspokojit. Léčí nejen fyzické utrpení, ale v rovné míře i psychické, sociální a duchovní strádání. Hospicovou péči poskytují odborníci se specializací na paliativní péči – lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psycholog, duchovní a dobrovolníci. Smrt je fenomén,

který doprovází každý život. Hospicová péče o umírající dospělé pacienty a děti má mnohé společné, přesto z hlediska přístupu, v komunikaci s dětmi a jejich rodiči narážíme na různá specifika. To jak dítě vnímá smrt, souvisí v první řadě s jeho věkem, úrovní mentálních schopností a zkušenostmi, které samo nabylo.

Paliativní péče odstraňuje nebo zmírňuje tělesné utrpení a snaží se naplnit život tím, co přináší radost a usiluje o udržení co nejvyšší míry kvality života. Pocit bezpečí, klidu, lásky a blízkosti lidí, které dítě miluje, je pro něj velice důležitý. Paliativní péče o dítě v domácím prostředí se snaží přispět k této ideji, tak aby dítě mohlo být především obklopeno svými blízkými a v prostředí, které dobře zná a je mu blízké.

Posláním dětského mobilního hospice je umožnit dětem s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám prožít lepší kvalitu života prostřednictvím komplexních zdravotních a podpůrných služeb, které jsou dostupné, kontinuální a soucitné. Role rodičů je nezastupitelná, mají spolu s dítětem plné právo určovat co je pro něj dobré. Nezbytný je také respekt k soukromí rodiny a jich přání.

Paliativní péče o děti je ve světě poměrně nový obor medicíny, není příliš rozšířená, i když na ni umírající děti mají nárok, je specifická a liší se od péče o dospělé, a to nejen přístupem ale i zaměřením na rodinu nemocného dítěte. Mezi dospělými a dětskými pacienty existuje několik oblastí, ve kterých dochází k výrazným odlišnostem. Počet umírajících dětí je ve srovnání s dospělými velmi malý. Liší se také příčinami úmrtí. V dětském věku se setkáváme s celou řadou onemocnění, která se v dospělé populaci nevyskytují, oproti tomu může mít stejná nemoc u dítěte zcela jiný průběh než u dospělého. Rozdílnost je dána jedinečností dětské anatomie a fyziologie.

Pediatrická paliativní péče se věnuje dětem od narození do 19 let. Onemocnění, která ohrožují a zkracují život dítěte, rozdělujeme do čtyř základních okruhů:

1. Onemocnění, u nichž je kurativní terapie primárně možná, avšak může selhat (nádorová onemocnění, selhání jater, ledvin, srdce, pokud není možná transplantace).
2. Onemocnění, jejichž vyléčení není možné a obvykle již v dětském věku končí smrti (cystická fibróza, AIDS).
3. Progresivní onemocnění, u nichž není známá terapie, která by zastavila či alespoň zpomalila postupné zhoršování stavu (dědičné poruchy metabolismu, neurodegenerativní choroby, svalová dystrofie aj.).
4. Těžká neprogredující onemocnění s rizikem smrtelných komplikací (těžká mozková obrna, stavy po úrazech či poškození mozku, míchy, těžké komplexní vrozené vývojové vady typu Edwardsův či Patauův syndrom).

Odlišný je i průběh nemoci dítěte s život ohrožujícím onemocněním, může se dožít dospělosti. Paliativní péče u dětí tak může trvat několik dní, měsíců až mnoho let.

Pro dětský věk je charakteristický fyzický, emocionální a kognitivní vývoj. Při poskytování paliativní péče je nutné přizpůsobit péči stupni vývoje dítěte. Je nezbytné znát a rozlišovat potřeby kojenců, předškolních dětí, školních dětí, v pubertě a adolescenci. Pečující si musí být vědomí odlišných schopností a komunikačních dovedností a to nejen v různých vývojových stádiích dítěte, ale také s ohledem na diagnózu dítěte. Každé dítě má právo na vzdělávání a přiměřený vývoj, v paliativní péči je tedy nutností myslet také na tyto potřeby a práva dítěte.

V Mobilním hospici Ondrášek jsme poskytli péči za poslední čtyři roky zhruba 30 dětem. Děti jsou ve věkovém rozpětí od narození do 19 let. Mívají nemoci onkologické, neurodegenerativní, metabolické a jiné těžké vrozené vady neslučitelné s životem.

Péče o umírající dítě je vždy velmi psychicky náročná pro všechny zúčastněné. Rodiče, jakožto právní zástupci dítěte, často nesou velkou zodpovědnost za osobní a ošetrovatelskou péči. Nemoc přináší i etické problémy, kdy práva dítěte, jeho přání a spoluúčast na procesu rozhodování často nejsou respektovány. Nedílnou součástí dětské paliativní péče je podpora rodičů a sourozenců, v průběhu péče o dítě, pokračuje však také po úmrtí. Období po smrti dítěte bývá většinou těžké, dlouhé a často komplikované.

Rodičovská sdružení – součást péče o malé pacienty

garantky Herta Mihálová, Mgr. Michaela Hradilová

pátek / 13. května 2016 / 15.15–16.45 hod.

Zkušenosti Dětské kliniky s Dobrovolnickým centrem ve FN OL

Mgr. Kristýna Chudíková

Dobrovolnické centrum FN Olomouc

Tématem přednášky je představení Dobrovolnického centra Fakultní nemocnice Olomouc. V úvodu jsou shrnuty informace o poslání dobrovolnického centra, typech dobrovolnické činnosti a kliniky se kterými spolupracujeme a osobnost dobrovolníka. Jednou z klinik, která využívá naše dobrovolníky, je Dětská klinika a to zejména na ambulanci a čekárnách a lůžkových odděleních.

Rodičovská sdružení – pomoc při léčbě malých pacientů

PhDr. Petra Tenglerová, Mgr. Zuzana Starošítková, Mgr. Hana Klicperová

Nedoklubko, RC Heřmánek a Centrum pro rodiny s dvojčaty a vícččaty na pomoc rodinám s předčasně narozenými dětmi

Ve sdělení se budeme zabývat možnostmi psychosociální podpory pro rodiny s předčasně narozenými dětmi. Budou představeny tři nevládní neziskové organizace, které ve vzájemné spolupráci v Olomouckém kraji působí v této oblasti – Nedoklubko, Rodinné centrum Heřmánek a Centrum pro rodiny s dvojčaty a vícččaty. Všechny tyto tři organizace byly založeny z aktivního zájmu rodičů malých dětí a postupně se profesionalizují.

Sdělení bude doplněno kazuistikami jednotlivých rodin z praxe. Na konkrétních případech bude vysvětlen možný model spolupráce mezi rodinami, zdravotníky, dalšími odborníky a neziskovými organizacemi pracujícími v oblasti služeb pro rodinu.

Vánoce se Šancí

Herta Mihálová

Šance Olomouc o.p.s.

Prezentace informuje o charitativní akci, která se konala pod záštitou ŠANCE ops. v listopadu 2015. Celá akce byla věnována dětem a jejich rodičům, které byly hospitalizovány na hemato-onkologickém oddělení Dětské kliniky Fakultní nemocnice Olomouc. Prezentace je doplněna krátkým videosestřihem.

Den ve FNOL aneb můj Comeback

Táňa Kasalová, Iveta Poislová

Dětská klinika FN Olomouc

Prezentace seznamuje posluchače s jednou možností arteterapie – animací. Jejím autorem je dlouhodobě nemocný pacient, který si zval jako herce jednotlivých částí animace členy ošetřovatelského personálu 21B.

Nutrilon
ProExpert

Výživa šitá na míru dětem
se specifickými nutričními potřebami



LÉKAŘSKÁ SEKCE – SOBOTA

Antibiotika – potřeba vs. spotřeba

MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová

sobota / 14. května 2016 / 8.30–9.30 hod.

Interaktivně pojatá přednáška o aktuálních tématech z infekologie a mikrobiologie.

Postřehy z praxe

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

sobota / 14. května 2016 / 9.40–10.20 hod.

Hematidrosis – stigma nebo nemoc?

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

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Hematidrosis (H) - zcela raritní fenomén, při kterém dochází ke spontánnímu atraumatickému krvácení. To může být lokalizováno kdekoliv na kůži (angl. bloody sweat), jindy se jedná o „krvavý pláč“ (bloody tears, hemolacria) nebo krvavý výtok z uší. Epizody krvácení mohou být časté, vždy dochází ke spontánní zástavě krvácení, které prakticky nikdy neohrožuje postižené jedince velkými krevními ztrátami. Kromě zřetelného krvácení, je klinický nález u nemocných zcela normální. Podobně negativní je také spektrum i vysoce specializovaných pomocných vyšetření. Ve vztahu k dětem/dospívajícím může být H nezdědka předmětem diferenciální diagnostických úvah o sebepoškozování nebo o Münchhausenově syndromu v zastoupení. Je uvedeno pozorování H u kojence, vč. seriálu pomocných vyšetření, průběhu a zvolené léčby.

Zácpa u dítěte – funkční i organická

MUDr. Jaroslav Bělohávek

PLDD, Poliklinika Žďár nad Sázavou

Autor uvádí 3 velmi krátké modelové kazuistiky dětí se zácpou, velmi stručný vyšetřovací algoritmus dětského gastroenterologa a stručný návod k léčbě v ordinaci PLDD.

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

sobota / 14. května 2016 / 10.50–11.20 hod.

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

Zn. Hledá se Fabry!

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

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

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

Vzhledem k povaze choroby, jejíž podstatou je mutace v genu pro enzym alfa – galatósidasu, se jedná zatím o chorobu 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.

Anderson Fabryho nemoc se projevuje v některých případech již od dětství, kdy se nejčastěji 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. 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

VFN v Praze, U Nemocnice 2, Praha 2, 120 00

lubor.golan@vfn.cz

gabriela.dostalova@vfn.cz

ales.linhart@vfn.cz

Zelená linka 800 263 636

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

Dobrá rada do vaší ordinace

sobota / 14. května 2016 / 12.00–12.35 hod.

Posouzení zrakových funkcí v rámci služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením

Mgr. Martina Herynková

Raná péče, EDA cz, z. ú., Praha

Služba rané péče je nabízena rodinám dětí s postižením od narození do sedmi let věku dítěte.

Posouzení zrakových funkcí dítěte v rané péči provádíme již při jednání se zájemci o službu a dále pak v průběhu služby podle potřeby. Rodiče nás oslovují právě proto, že rozvoj zrakových funkcí jejich dítěte je z nějakého důvodu narušen.

Důležité je uvědomit si, že posouzení zrakových funkcí dítěte lze provádět již v preverbálním období, není tedy třeba čekat na to, až dítě mluví. Na našem pracovišti máme k dispozici standardizované testy již pro děti od narození (u takto malých dětí používáme preferenční testy) i pro starší děti. Výsledky poté můžeme porovnat s normou pro věk dítěte.

V rámci posouzení zrakových funkcí dítěte hledáme způsob, jak co nejlépe podpořit rozvoj zrakových funkcí dítěte. Rodiče jsou vyšetření přítomni, vidí, jak vyšetření probíhá a mohou také pozorovat reakce dítěte.

Je velmi důležité, abychom s dítětem mohli začít pracovat včas; pediatr může při včasném doporučení specializovaného očního vyšetření a případně rané péče pro děti se zrakovým postižením významně napomoci k včasnému zahájení stimulace zraku a zrakového tréninku a tím i podpoře celkového vývoje dítěte.

Febrilní křeče – kontroverze aneb méně je někdy více

MUDr. Tomáš Nečas

Dětské oddělení KNTB Zlín a. s.

Febrilní křeče (FK) jsou nejčastější záchvatovitě onemocnění u dětí. V Jižní Americe, USA a západní Evropě se FK vyskytují asi u 3–4 % dětí do 7 let věku. Pohled na FK se za poslední desetiletí značně proměnil. Dřívější představa o jejich vysoké škodlivosti byla vystřídána představou modernější, založenou na rozsáhlých epidemiologických studiích, prezentující FK jako většinou benigně probíhající onemocnění. Autor ve svém příspěvku prezentuje a diskutuje některá kontroverzní témata spojená s diagnostikou a managementem FK.

V současné době není jasně prokázáno, že by EEG vyšetření mělo diagnostický či prognostický význam a to ani u podskupiny dětí s komplikovanými FK. Je prokázáno, že antipyretika nesnižují riziko recidivy FK a případného rozvoje epilepsie. Riziko profylaktického užití diazepam u většiny pacientů s FK převyšuje jeho benefit. Některými autory je doporučována profylaxe jen u malé podskupiny pacientů s více rizikovými faktory pro recidivu FK. Výskyt FK v osobní anamnéze není kontraindikací k očkování ani důvodem k jeho odkladu. Nejdůležitější součástí terapie je podrobná edukace rodičů stran prognózy a managementu případné recidivy FK.

Shrnutí pro praxi:

- pokusit se rozlišit komplikované a nekomplikované FK
- u nekomplikovaných FK rutinně neprovádět EEG
- u komplikovaných FK zvážit EEG vyšetření s kontrolami v čase
- cílem užití antipyretik není prevence rekurence FK či normotermie, ale komfort pacienta
- většina pacientů po FK nevyžaduje žádnou profylaxi
- užití profylaxe zvážit jen ve skupinách pacientů s vysokým rizikem rekurence
- nutno dodržet správné terapeutické schéma diazepam
- FK v anamnéze nejsou kontraindikací k očkování ani důvodem k úpravě očkovacího schématu

Je příčinou vzestupu chronických onemocnění u dětí změna zastoupení patogenů – bakterií, virů a parazitů?

MUDr. Vendula Látalová

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Od zrození lidského rodu trvá nikdy nekončící boj s infekčními patogeny. Imunitní systém v průběhu vývoje vyvinul mnoho vhodných a přiměřených obranných odpovědí proti různým patogenům zahrnující celou škálu od nitrobuněčných virů, bakterií a prvoků až k mnohobuněčným střevním červům, s hlavním cílem na co nejmenší míru omezit poškození organismu vetřelci. V rozvojových zemích jsou problémem epidemie virových a bakteriálních infekcí, i infekce červy a prvoky, jednak enterální cestou, jednak dennodenními útoky přenašečů infekcí, zatímco v rozvinutých zemích jsou tyto cesty nákazy ve XXI. století pod kontrolou hygieniků. Naproti tomu rozvinuté země v současnosti musí řešit otázku vzrůstající prevalence mnoha imunologických onemocnění v populaci. Znepokojující je zvláště nárůst alergií u dětí, jako jsou alergická rýma, atopický ekzém a bronchiální astma, a vyšší výskyt autoimunitních chorob – nespecifických střevních zánětů (Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy), cukrovky I. typu a roztroušené sklerózy. Základní otázkou dneška je, zda nárůst incidence těchto imunologických onemocnění je vyvolán snížením infekční zátěže v rozvinutých zemích a tím i snížením stimulace imunitního systému spuštěné infekčními patogeny.

Komunikace v lékařské praxi / psychologie

sobota / 14. května 2016 / 12.40–13.45 hod.

Syndrom vyhoření – skutečnosti a mýty

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

IKEM Praha

Psychiatrická nemocnice Bohnice Praha

Syndrom vyhoření je stav psychického a tělesného vyčerpání, je následkem nadměrného chronického stresu vyvolaného z největší části vlastním přičiněním. Tak ho definoval Freudenberg. Nebyl první, již v roce 1967 popsal Berne zajímavou „hru“, kterou nazval ušoupané koleno. Chritine Maslach(ová) přidala k symptomatologii ještě okruhy cynismu, depersonalizace a ztráty pracovního uspokojení, mezi příčiny pak špatné pracovní podmínky. Nicméně nepřiměřené úsilí je vyvoláno především nepřiměřeným očekáváním jak vysněných cílů, tak odhadem vlastních schopností a možností a zákonitě selhání je pak „trestáno“ vlastní kvalitní diskontací.

Pojem vyhoření prodělává inflaci a zdaleka ne každý, kdo si na ně stěžuje, jím trpí, stejně jako depresí není každá „depka“ a ne každé vyhlášení o 40% prevalenci je pravdivé. Důvody k tomu mohou být jak politické, tak pekuniární. Tato situace však značně komplikuje účinné postupy proti riziku skutečného burnout.

Prevence burnout by měla patřit mezi pravidla nebtální hygieny stejně jako patří mytí rukou a čištění zubů k užitečným návykům. Je velkou chybou pregraduální výuky, že na tyto skutečnosti nebere zřetel.

Burnout podle Freudenberga¹

Zhodnoťte posledního půl roku svého života. Zaznamenali jste v něm nějaké změny týkající se vás samotných nebo světa okolo vás? Přemýšlejte. V zaměstnání... v rodině... ve vaší sociální situaci?

Nechte si 30 sekund na každou následující otázku. Potom odpovězte od **1** (žádná nebo minimální změna) až po **5** (velice výrazná změna).

1.	Unavíte se snadněji než dříve? Cítíte se častěji unavení než plní energie?
2.	Znepokojují vás lidé, kteří vám říkají: „V poslední době nevypadáš dobře“?
3.	Máte dojem, že pracujete usilovněji a usilovněji a stíháte toho méně a méně?
4.	Jste více rozčarování a cyničtí?
5.	Jste často přepadáni záchvaty smutku, které si nedovedete vysvětlit?
6.	Zapomínáte? (schůzky, termíny, předměty)
7.	Jste více předráždění? Máte méně trpělivosti? Jste zklamaní lidmi okolo vás?
8.	Vidáte se méně se svými přáteli a se svou rodinou?
9.	Jste zaměstnání natolik, že nestíháte ani běžné věci, jako je třeba telefonování, čtení zápisů, napsání vánočních pozdravů?
10.	Trpíte různými tělesnými potížemi? (bolesti hlavy, stěhovavé bolesti, pocity nepříjemného chladu)
11.	Cítíte se nejistí, když se denní aktivity chýlí ke konci?
12.	Vyhýbají se vám pocity radosti, pohody?
13.	Jste neschopní se sami sobě zasmát, zažertovat na svůj účet?
14.	Přináší vám sex více problémů než radosti?
15.	Máte pocit, že si s lidmi nemáte co říci?

Vyhodnocení:

0–25: Daří se vám dobře.

26–35: Jsou zde věci, které byste měli pohlídat.

36–50: Jste kandidáty vyhoření.

51–65: Vyhořeli jste.

Nad 65: Vaše pozice je kritická a vaše tělesné a/nebo psychické zdraví je vážně ohrožené.

1. Freudenberg HJ, Richelson G: Burn-out. The high cost of success – and how to cope with it. Arrow Books, London, 1980.

Střídavá péče**PhDr. Václav Mertin**

Katedra psychologie FF UK v Praze

V průběhu posledních šedesáti, sedmdesáti let dochází ve vyspělých společnostech k dramatickým proměnám mužské a ženské role. Tyto změny se dotýkají všech oblastí života. Jakkoli se mnohem výrazněji akcentuje rovnost žen, existují oblasti, kde se naopak můžeme práť o práva mužů. Jednu takovou představuje péče o děti.

Výzkumy ukazují, že muži naplňují rodičovskou roli tak, že děti z toho mají prospěch. Tím, že prakticky fungují, získávají rovněž pocit jistoty, že péči o dítě zvládnou (paternal self-efficacy).

Nic se nezměnilo na tom, že dětem rozvod nepřináší až na výjimky nic pozitivního. Nepříznivé efekty se neprojevují pouze akutně, ale i později v dospělosti.

Jak tedy řešit nejvhodněji porozvodovou situaci s ohledem na nejlepší zájem dítěte?

Dosavadní nejběžnější rozdělení péče vytváří značně nerovné postavení obou rodičů. Neměli bychom však upřednostňovat práva rodičů. Stačí, když se zamyslíme nad právy a potřebami dítěte. Jak k tomu dítě přijde, když nemůže mít oba rodiče?

Stojíme pak před otázkou, zda je vhodnější nouzové uspokojení práva dítěte na oba rodiče spojené s řadou zejména logistických problémů nebo faktická absence jednoho rodiče?

Střídavá péče nabízí možné řešení. V ČR představuje jednu možnost, v řadě států pak je určena jako první porozvodová možnost, pokud neexistují závažné kontraindikace.

Bez ohledu na výsledek se jeví jako potřebná rychlost rozhodování obou partnerů i soudů. I do České republiky přichází tzv. Cochemská praxe, která zaměřuje činnost všech aktérů (včetně soudců, advokátů, znalců, pracovníků OSPOD) na rychlé řešení.

Vrátí střevům přirozený rytmus

Pro pravidelné a bezproblémové
vyprazdňování

Fructolax Ovoce & Vlákna



facebook.com/fructolax

Zdraví v harmonii s přírodou



Supplement your life.

**Sluneční
vitamin
pro zdravý
úsměv dětí**

kids
D^{600 I.U}
3- Efekt

- pro imunitu
- pro správný růst a vývin kostí u dětí
- pro zdraví zubů



Cucavé tablety ve tvaru pejsků s výbornou pomerančovou chutí

- Bez umělých barviv a aromat a konzervantů
- Bez cukru a umělých sladidel
- Bez laktózy, lepku, pšeničných a sojových produktů



Doplňky stravy Swiss Natural® jsou originální přípravky vyrobené i balené v souladu s nejpřísnějšími předpisy v Kanadě firmou Swiss Natural®, a Division of Valeant Pharmaceuticals International Inc. V Kanadě označeny NPN číslem, které je zárukou bezpečnosti, ověřené účinnosti a kvality.



www.swissnatural.cz

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXXIII. dny praktické a nemocniční pediatrie

**13.–14. května
2016**

**Clarion
Congress Hotel
Olomouc**

Pořádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatrie pro praxi pod záštitou České pediatrické společnosti ČLS JEP, OS ČLK v Olomouci, Dětské kliniky LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

AGS 92, s.r.o.
Akacia Group s.r.o.
Alere s.r.o.
Beiersdorf spol. s r.o.
BIOVIT IMPEX CO. ČR, s.r.o.
Ceumed s.r.o.
DCA, L'oreál Česká republika s.r.o.
EDA cz, z. ú
EMPOLAS s.r.o.
EUNI
FAGRON a.s.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
Glenmark Pharmaceuticals s.r.o.
GRADA Publishing, a.s.
Hamé s.r.o.

HERO Czech s.r.o.
IDS Media CZ, s.r.o.
Lázně Poděbrady a.s., Léčebna Dr. Filipa
Mark Distri s.r.o.
Mary Kay
Medicton Group s.r.o.
Medindex, spol. s r.o.
R.K. Studio
NAOS CZECH republic s.r.o.
Nutricia a.s.
Pfizer, s.r.o.
Sanofi Aventis, s.r.o.
SHIRE CZECH s.r.o.
Takeda Pharmaceuticals Czech Republic, s.r.o.
TOPNATUR s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatric
pro praxi**



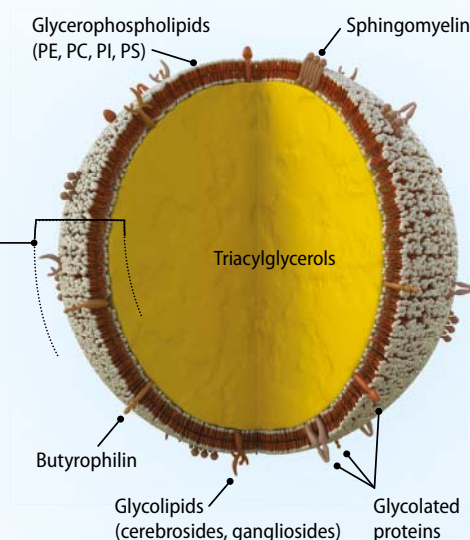
proLékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

INSPIROVÁNO PŘÍRODOU - POTVRZENO VĚDOU

Jednou z klíčových složek mateřského mléka je mléčný tuk, jehož každá kapka je obalena lipo-proteinovou membránou tzv. MFGM.

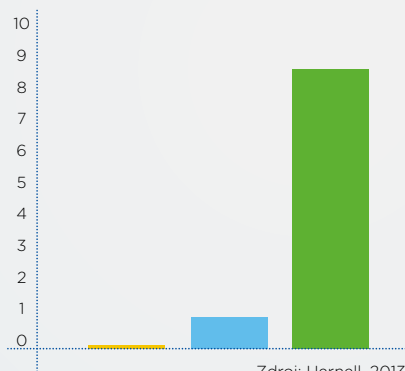
MFGM Milk Fat Globule Membrane



Klinicky prokázané účinky MFGM

Posilování imunitního systému
Snížení počtu zánětů středního ucha

Procentuální podíl zánětů středního ucha ze sledované skupiny

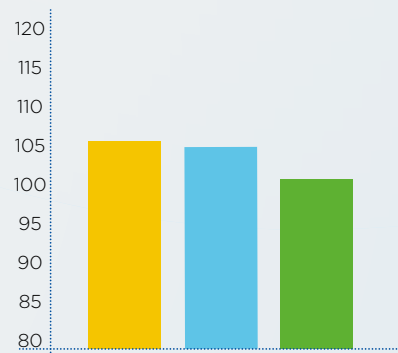


Zdroj: Hernell, 2013

● Mateřské mléko ● Náhradní kojenecká výživa s MFGM ● Náhradní kojenecká výživa bez MFGM

Rozvoj poznávacích funkcí

Skóre podle Bayley (III) ve věku 12-ti měsíců.



Zdroj: Timby et al. 2014

● Mateřské mléko ● Náhradní kojenecká výživa s MFGM ● Náhradní kojenecká výživa bez MFGM



Heřo
Institute for
Infant Nutrition

 **800 201 102**
www.sunar.cz

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 uchovávání:** Při teplotě do 25° C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.