

Pediatric pro praxi

2017

B

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2017; 18(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-192-3 | 2017

ABSTRAKTA

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXXIV. dny praktické a nemocniční pediatrie

12.–13. května 2017

Clarion Congress Hotel Olomouc

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

Záštita: Česká pediatrická společnost ČLS JEP, OS ČLK

v Olomouci, Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION

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, vajíček či mléčných bílkovin.** Současně je však třeba respektovat případnou citlivost či skutečnou potravinovou alergii.

**NOVINKA
PRO
PRVNÍ POKUSY
S PŘÍKRMY**



**BEZ
PŘIDANÉ
SOLI**



**VITAMIN
C**



**BEZ
PŘIDANÉHO
CUKRU**

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.**

www.hamanek.cz

PROGRAM / pátek 12. května / LÉKAŘI

8.30–8.45 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

- Vystoupení saxofonového kvartetu Základní umělecké školy Žerotín Olomouc
- Úvodní slovo prezidenta kongresu prof. MUDr. Vladimíra Mihála, CSc. a děkana LF UP v Olomouci prof. MUDr. Milana Koláře, Ph.D.

8.45–9.35 HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU – IDENTIFIKACE TĚŽKÉ BAKTERIÁLNÍ INFEKCE U DĚTÍ

- „Step by step“ přístup v managementu mladého kojence s horečkou – Mihál V., Klásková E.
- **Pediatrický hodnoticí trojúhelník. Nový přístup pro rychlé ohodnocení dětí** – Klásková E., Mihál V.

9.35–9.50 ETICKÉ PRINCIPY HIPPOKRATOVY PŘÍSAHY V MEDICÍNĚ 21. STOLETÍ – Hanák P., Ivanová K.

9.50–10.20 PŘESTÁVKA

10.20–12.00 NEUROINFEKCE

garantky MUDr. Zuzana Blechová, MUDr. Václava Adámková

- **Novorozenecké meningitidy SA** – Švihovec P.
- **IP Meningitidy aseptické, hnisavé** – Blechová Z., Adámková V.

12.00–13.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.00–14.15 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Topicrem a jeho účinky na atopickou dermatitidu** – Vojáčková N.
- **Epidemiologie klíšťové encefalitidy a možnosti prevence** – Zajíčková J.
(Satelitní sympozium GlaxoSmithKline)
- **Doporučení pro diagnostiku a léčbu dětí s nočním pomočováním** – Flögelová H.
- **Bikuspidální aortální chlopeč u nositelů monozomie chromozomu X** – Klásková E.
- **Propranolol v léčbě infantilních hemangiomů – které dítě a kdy patří do rukou specialisty?** – Mihál V., Novák Z., Procházková K.

14.15–15.35 NOVÝ POHLED NA STAROU NEMOC

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

- **Anémie chronických chorob** – Pospíšilová D.
- **Quo vadis, cystická fibróza?** – Zápalka M.
- **Hypotyreóza u dětí a dospívajících** – Al Taji E.
- **Hypospadie včera, dnes a zítra** – Šmakal O.

15.35–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–16.30 VELMI VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ DĚTSKÉHO VĚKU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

- **Atypický hemolyticko-uremický syndrom u dětí** – Šuláková T.
- **Nemoc ze strádání esterů a cholesterolu – klinika a aktuální léčba** – Smolka V., Tkachyk O.

16.30–17.00 VARIA

- **Alergický pochod** – Bělohávková S.
- **Strategie výživy kojenců** – Kopelentová E.

17.00–18.00 TAKÉ CHYBAMI SE ČLOVĚK UČÍ

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

- **Paraneoplastické syndromy u dětí – trnitá cesta od příznaku k diagnóze** – Zapletalová J., Michálková K., Hoza J., Geierová M., Kubíčková V., Průcha M., Mazánek P., Zatloukalová L., Mihál V.
- **Jaké chyby dělá tento národ (v péči o zdraví)** – Frühauf P.
- **Zapomínáme občas na CoA?** – Doležel Z.
- **Plánovaná gastrokopie s nečekanou dohrou** – Gregora M., Mrštáková M.

PROGRAM / pátek 12. května / SESTRY

10.00 ZAHÁJENÍ

10.00–11.45 KŘEČOVÉ STAVY A NEUROLOGICKÉ PROBLÉMY DĚTSKÉHO A NOVOROZENECKÉHO VĚKU

garantka Mgr. Světlana Kašubová

- Záchvatové stavy v dětském věku – Neklanová M.
- Bolestí hlavy to začalo... – Kašubová S.
- Terapeutická hypotermie u novorozenců – Grácová A., Siegelová D.
- Syndrom Dravetové – těžká myoklonická epilepsie v časném dětství – kazuistika – Knebllová K., Hendrychová Š.
- Když je jídlo nepřítel – Matušincová P., Brandlová L.
- Péče o dítě s dg. hydrocefalus – kazuistika – Krátká L., Peňáková J.

11.45–12.00 PŘESTÁVKA

12.00–13.20 CHRONICKY NEMOCNÉ DÍTĚ – PALIATIVNÍ PÉČE, ETICKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ DĚTÍ, DOPROVÁZENÍ

garantka Eva Hůlková

- Současný stav dětské paliativní péče v ČR – Mojžíšová M.
- Dětská paliativní péče v praxi – Sikorová L.
- Nejste sami – mobilní hospic, z. ú. – Tichá K.
- Samíkem to začalo... – Šibravová V., Nováková A.

13.20–14.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.10–16.10 AKUTNÍ STAVY V PEDIATRII

garantka Hana Ptáčková

- Resuscitační a vyšší intenzivní péče na JIRP FN Olomouc – Šeda M.
- Možnosti anestezie u krátkodobých výkonů – Müllerová I.
- Tonutí a utonutí u dětí – Hanousková T.
- Respirační selhání u dítěte s diagnózou myastenia gravis – Veselá L., Doležalová R.
- Syndrom z odnětí – vedlejší účinek léčby – Pokorná H.
- Novorozenecké oddělení – Kantor L.

16.10–16.35 PŘESTÁVKA

16.35–17.35 DĚTSKÁ HEMATOONKOLOGIE TROCHU JINAK

garantka Mgr. Pavla Medková

- Capillary leak syndrom jako raritní komplikace – Filípková S.
- Sourozenci na druhou – Nemerádová H., Grundová J., Medková P., Vlčková J.
- Jak se žije dětem s leukemií – Szarowská L., Hůlková E., Medková P.
- O čem je vlastně klaunování? – zdravotní klauni: doc. Cecil Krkavec, MUDr. Květoš Hrdlička, Mgr. Žofie Užvaněná (vrchní sestra), Libuška (dcera pana primáře), Jiřina Zvadlá (praktikantka)

17.40 ZAKONČENÍ PROGRAMU SESTERSKÉ SEKCE

WORKSHOPY / pátek 12. května

Kardiopulmonální resuscitace v pediatrii (90 min)

■ Bc. Monika Labonková

W pediatrie 1 – 13.00 – 14.30 hod.

W pediatrie 2 – 15.00 – 16.30 hod.

KAPACITA WORKSHOPŮ JE OMEZENÁ. POPLATEK 100 KČ.

Kardiopulmonální resuscitace novorozenců u lůžek s kompresorem (120 min)

■ MUDr. Lubomír Dubrava, MUDr. Vladimír Mišuth, MUDr. Martin Wita

W novorozenci 1 – 10.00 – 12.00 hod.

W novorozenci 2 – 14.00 – 16.00 hod.

KAPACITA WORKSHOPŮ JE OMEZENÁ. VSTUP VOLNÝ.

Není lepší místo než domov.

Synagis® pomáhá, aby ho děti nemusely opouštět.

Synagis®
100mg/ml
injekční
roztok

Závažná infekce vyvolaná RSV může ohrozit první chvíle novorozence doma. Synagis® významně snižuje četnost hospitalizací z důvodu RSV onemocnění dolních cest dýchacích u vysoce rizikových dětí.¹

Synagis® 100 mg/ml injekční roztok je novou lékovou formou zavedené obchodní značky Synagis®. Obsahuje stejnou účinnou látku, která již více než 15 let pomáhá v prevenci RSV onemocnění ohrožených skupin dětí.²

Ve srovnání s lyofilizovanou formou přípravku Synagis® je kapalná forma určena přímo k použití, odpadá nutnost rozpouštění a zjednodušuje se tak proces přípravy.

RSV = respirační syncytiální virus



Synagis® 100 mg/ml injekční roztok (Palivizumabum). Zkrácená informace o léčivém přípravku

Složení: 1 ml roztoku obsahuje palivizumabum 100 mg. Jedna 0,5 ml injekční lahvička obsahuje palivizumabum 50 mg. Jedna 1 ml injekční lahvička obsahuje palivizumabum 100 mg. **Indikace:** Prevence závažného onemocnění dolních cest dýchacích vyžadujícího hospitalizaci, které je způsobeno respiračním syncytiálním virem u dětí, jež se narodily v 35. týdnu těhotenství nebo dříve a jsou v době začátku sezóny RSV mladší než 6 měsíců, nebo u dětí mladších než 2 roky, u nichž byla v posledních 6 měsících nutná léčba pro bronchopulmonální dysplasii a u dětí mladších než 2 roky s hemodynamicky významnou srdeční vadou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na palivizumab, jinou složku přípravku nebo na jiné humanizované monoklonální protilátky. **Nežádoucí účinky:** Nejzávažnější nežádoucí reakce vyskytující se u palivizumabu jsou anafylaxe a jiné akutní hypersenzitivní reakce. Časté nežádoucí reakce vyskytující se u palivizumabu jsou horečka, vyrážka a reakce v místě vpichu injekce. *V observační postmarketingové databázové studii bylo pozorováno malé zvýšení frekvence astmatu u předčasně narozených dětí, které dostávaly palivizumab; příčinná souvislost je nicméně nejistá. **Interakce:** Nebyly dosud popsány. **Zvláštní upozornění:** Byly hlášeny alergické reakce. Při středně těžkých až těžkých akutních infekcích nebo horečnatém onemocnění je oprávněné odložení aplikace palivizumabu. Lék je nutno aplikovat opatrně u pacientů s trombocytopenií nebo jinou poruchou hemokoagulace. Nemíchejte kapalnou a lyofilizovanou formu palivizumabu. **Doporučené dávkování:** 15 mg/kg hmotnosti jednou měsíčně v období rizika RSV v komunitě; účinnost v dávkách jiných než 15 mg/kg nebo při dávkování jiném než v měsíčních intervalech během RSV sezóny nebyla hodnocena. První dávka by měla být podána před začátkem sezóny RSV, další v měsíčních intervalech během sezóny. Většina zkušeností byla získána s 5 injekcemi podanými během jedné sezóny. Během postmarketingových zkušeností bylo hlášeno předávkování dávkami až do výše 85 mg/kg, nežádoucí reakce se neliší od nežádoucích reakcí pozorovaných v dávce 15 mg/kg. **Způsob podání:** Intramuskulárně do oblasti stehna. Objem větší než 1 ml musí být aplikován v rozdělených dávkách. **Balení:** Lahvičky k jednorázovému použití obsahující 0,5 ml nebo 1 ml injekčního roztoku. **Podmínky uchování:** V chladničce (2 – 8 °C), chránit před mrazem. **Poslední revize textu:** 04/2015. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Ltd., Maidenhead, Velká Británie. **Registrační číslo:** 0,5 ml: EU/1/99/117/003, 1 ml: EU/1/99/117/004. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění smluvním zdravotnickým zařízením formou ZULP. *Všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku. *Dříve, než přípravek předepíšete, seznáme se, prosím, s úplnou informací o přípravku.*

Reference: 1. The IMpact-RSV Study Group. Palivizumab, a humanised respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalisation from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. Pediatrics. 1998; 102: 531-537. 2. Homaira N et al. Effectiveness of Palivizumab in Preventing RSV Hospitalization in High Risk Children: A Real-World Perspective; Int J Ped; Vol 2014, Art 571609, 13 pgs.

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5

Tel.: 233 098 111, fax: 233 098 100, www.abbvie.cz

CZSYN160320

abbvie

PROGRAM / sobota 13. května

9.00–10.40 CO SE ZMĚNILO V PÉČI O DÍTĚ S DMO

garanti MUDr. Marta Neklanová, MUDr. Jan Hálek

- 100 let od narození prof. Vojty – zajímavosti z historie a metody – Kutín M.
- Vojtova metoda a základní indikace k rehabilitaci – Macháčová E.
- Prechtlova metoda v časně diagnostice patologického vývoje – Roskol P.
- Klasifikace dětské mozkové obrny – Hálek J.
- Kvalita života rodin pečujících o dítě s DMO – Michalík J.

10.40–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–11.40 MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?

- Hunterův syndrom? Hereditární angioedém? Fabryho choroba? Gaucherova choroba? – Dostálová G., Kuklínek P., Magner M.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech s. r. o.)

11.40–12.20 VARIA

- Epigenetika a význam tuků ve výživě kojenců a batolat – Boženský J.
- Podání hexavalentních vakcín současně s dalšími vakcínami – účinnost a bezpečnostní profil – Dvořák R.

12.20–13.00 RIZIKA CESTOVÁNÍ S DĚTMI – doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.

13.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

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

12.–13. května 2017 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatelé

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

Záštita

Česká pediatrická společnost ČLS JEP, OS ČLK v Olomouci,
Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

Prezident akce

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Organizační výbor

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D., prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., MUDr. Marta Neklanová, MUDr. Jan Hálek,
Mgr. Světlana Kašubová

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@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.



Supplementum A Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi 2017; 18(Suppl B).

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

ISSN 1803-5892

ISBN 978-80-7471-192-3

LÉKAŘSKÁ SEKCE / PÁTEK

Horečka neznámého původu –
identifikace těžké bakteriální infekce u dětí

pátek / 12. května 2017 / 8.45–9.35 hod.

„Step by step“ přístup v managementu mladého kojence s horečkou

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., MUDr. Eva Klásková, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl

Cílem našeho sdělení je informovat pediatriy o uvedení nového postupného přístupu „Step by step“ pro mladé kojence (≤ 90 dnů) s horečkou neznámého zdroje s využitím jednoduchých klinických a laboratorních parametrů, včetně prokalcitoninu, za účelem identifikovat pacienty s vysokým rizikem **invazivní bakteriální infekce**.

Co je již známo

V posledních dvou dekadách jsme zaznamenali mnoho vědeckých studií prováděných za účelem nalezení sady kritérií pro identifikaci mladých kojenců s horečkou, kteří mají nízké riziko bakteriální infekce a jsou kandidáty na ambulantní léčbu bez nutnosti podávání empirické (iniciální) antibiotické léčby. Od roku 1994 jsme si mohli ověřit klasické skórovací protokoly (Rochester, Philadelphia, Boston, Yale), které byly zaměřeny na kojence mladší ≤ 90 dnů s horečkou neznámého zdroje (FWS – fever without source). Bez ohledu na typ protokolu bylo jejich dodržování v široké klinické praxi velmi nízké (v našem prostředí jsme se o jejich zavedení ani moc nepokoušeli). Změny v epidemiologii bakteriálních patogenů v posledních dekadách, zvyšující se bakteriální rezistence a zavádění nových biomarkerů jakými jsou C-reaktivní protein (CRP), prokalcitonin (PCT), mohou odůvodnit nízkou ochotu ze strany pediatriů je široce využívat. Všechny uvedené objektivní faktory vedou dnes pediatriy volit spíše individuální přístup.

Jaký je nový přístup

Přístup „Step by step“ je nový algoritmus, který byl vyvinutý evropskou skupinou dětských intenzivistů (evropská prospektivní multicentrická studie). Jejich primárním záměrem bylo identifikovat skupinu kojenců s nízkým rizikem, kteří mohou být bezpečně léčeni jako ambulantní pacienti bez nutnosti lumbální punkce nebo zahájení empirické ATB léčby.

Tento nový postupný (step by step) přístup hodnotí vzhled kojence, jeho věk, výsledek analýzy moče a hodnoty krevních biomarkerů PCT, CRP a absolutního počtu neutrofilních leukocytů (ANC). Algoritmus fakticky kombinuje a modifikuje Yaleskou observační škálu s tzv. LAB – skórem (Galletto-Lacour A, 2008).

Výsledky

Autoři komentují první výsledky velmi jednoduchého, dostupného a praktického algoritmu „Step by step“, který byl hodnocen na 1 123 kojencích. Tento nový přístup je schopný velmi přesně identifikovat rozdílné skupiny pacientů podle jejich rizika onemocnět neinvazivní nebo invazivní bakteriální infekcí (IBI). Tento algoritmus nám umožní lépe vyčlenit pacienty s nízkým rizikem pro ambulantní péči než Rochesterská kritéria, nebo nedávno vyvinutý systém LAB-skóre.

Komentář

Nový přístup prokázal vysokou senzitivitu identifikovat děti s nízkým rizikem IBI a zdá se, že se může stát velmi prospěšným nástrojem v managementu kojence s FWS pro dětského lékaře na pohotovosti. Jelikož ani „Step by step“ algoritmus není 100% senzitivní, a proto lékaři musí být

obzvláště opatrní, když vyšetřují **kojence s velmi krátkým trváním horečky**. Pro tyto děti je **důrazně doporučená** cílená monitorace na dětském nemocničním lůžku (JIP) nebo lůžku emergentního oddělení do doby, až všechny hodnoty doplňkových testů jsou normální.

Pediatrický hodnoticí trojúhelník. Nový přístup pro rychlé ohodnocení dětí

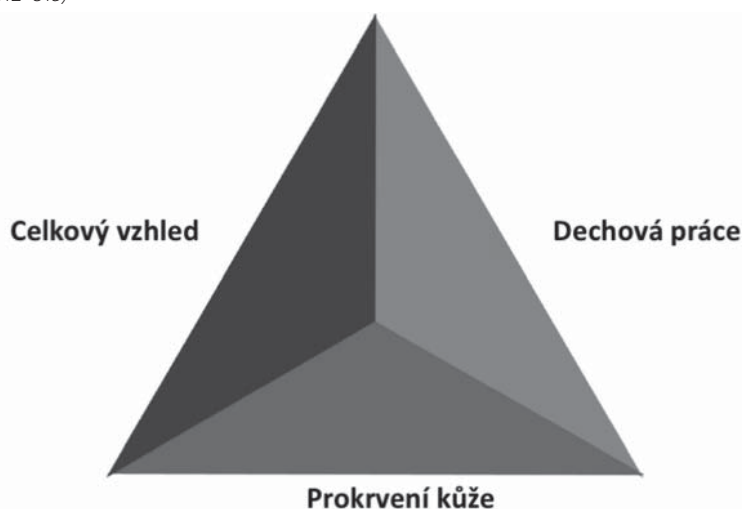
MUDr. Eva Klásková, Ph.D., prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Pediatrický hodnoticí trojúhelník (Pediatric assessment triangle = PAT) představuje standardizovaný algoritmus sloužící k rychlému a efektivnímu zhodnocení klinického stavu dítěte zdravotnickým pracovníkem, zpravidla lékařem nebo zdravotní sestrou v přednemocniční i nemocniční péči. Umožňuje během několika desítek sekund posoudit závažnost klinického stavu dítěte a neodkladnost poskytnutí zdravotnické péče bez použití jakýchkoliv vyšetřovacích pomůcek, laboratorních či diagnostických metod.

PAT je hodnocen při iniciálním kontaktu s pacientem a následná opakovaná hodnocení slouží k posouzení odpovědi na nastavenou léčbu. Opírá se o posouzení tří parametrů, a to celkového vzhledu dítěte, dechové práce a prokrvení kůže (obr. 1). Výsledek PAT je považován za pozitivní, pokud je detekován abnormální nálezní v kterémkoliv ze tří hodnocených parametrů.

Obr. 1. Pediatrický hodnoticí trojúhelník (upraveno podle Dieckmann RA, et al., *Pediatr Emerg Care* 2010; 26: 312–315)



Prvním krokem PAT je posouzení celkového vzhledu dítěte. Cílem je rozhodnout, zda je celkový stav dítěte alterován nebo ne. Posuzujeme svalový tonus, reakci na vyšetřujícího, na blízkou osobu, schopnost navázat oční kontakt, charakter řeči nebo pláče. Druhým krokem je zhodnocení dechové práce. Všíáme si dýchací šelesty, vynucené (úlevové) polohy a známky dyspnoe, mezi něž patří zapojení pomocných dýchacích svalů, zatahování podžebří, mezižebří a nadklíčkové oblasti a alární souhyb. Při třetím kroku věnujeme pozornost vzhledu kůže. Varovnými symptomy jsou bledost, cyanóza a mramorování kůže.

Podle přítomnosti nebo absence výše zmíněných symptomů jsou děti rozděleny na děti ve stabilizovaném stavu, pacienty s dechovou tísní, s dechovým selháním, v kompenzovaném nebo dekompenzovaném šoku, s onemocněním centrální nervové soustavy, metabolickým a kardiopulmonálním selháním.

Začlenění PAT do tzv. „Step by Step“ algoritmu spolu s vyšetřením leukocyturie, prokalcitoninu, CRP a počtu granulocytů v diferenciálním krevním obraze vedlo ke zvýšení senzitivity a negativní prediktivní hodnoty pro detekci invazivních bakteriálních infekcí v nejrizikovější věkové kategorii novorozenců a kojenců mladších než 3 měsíce na 92,0% resp. 99,3% (Gomez et al., *Pediatrics* 2016, e20154381).

Závěr: PAT je jednoduchá observační metoda vhodná k rychlému posouzení závažnosti klinického stavu u pediatrických pacientů a k rozpoznání dětí v akutním ohrožení zdraví a života.

Etické principy Hippokratovy přísahy v medicíně 21. století

pátek / 12. května 2017 / 9.35–9.50 hod.

Etické principy Hippokratovy přísahy v medicíně 21. století

PhDr. Mgr. Přemysl B. Hanák, OPraem.

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví lékařské fakulty UP v Olomouci

Hippokratova přísaha v západní medicíně tvoří osu etického standardu, archetyp etického jednání lékaře. V současné medicíně je její přínos podroben kritice a její použitelnost jako základního profesního kodexu v lékařství je relativizována. Cílem příspěvku je identifikace nejzávažnějších etických dilemat v současné medicíně v ČR, v kontextu etických principů, uvedených v Hippokratově přísaze.

Výzkum probíhal ve dvou fázích. V první, kvalitativní fázi, lékaři postgraduálního specializačního vzdělávání ($n = 62$) definovali na základě výzkumné otázky nejzávažnější etická témata a připojili svůj komentář. Tematickou analýzou byla témata rozdělena do kategorií. Kategorie vyjadřovaly jejich zaměření na lékaře, pacienta a na zdravotnický systém. Uspořádány byly do tabulek podle počtu odpovědí. V druhé, kvantitativní části studenti postgraduálního doktorského studia ($n = 26$) označovali v dotazníkovém šetření eticky nejzávažnější medicínská dilemata, případně doplnili vlastní. Témata byla seřazena podle četnosti. Byly k nim vztaženy základní etické principy, které většinově korelují s Hippokratovou přísahou.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 88 respondentů, označili celkem 36 etických témat, jež považují v současné medicíně za nejzávažnější. Nejfrekventovanější v oblasti zaměření na lékaře jsou tato témata: rozlišení, koho upřednostnit v poskytnutí drahé lékařské péče (25); léčba seniorů ve vysokém věku (24) a eutanázie (20). V oblasti zaměřené na pacienta: požadavek, aby lékař vyléčil vše (15); špatný životní styl (10) a nerespektování léčby (8). V oblasti zaměřené na zdravotnický systém: nadbytečná administrativa (16), málo peněz na léčbu (12), nízké společenské postavení lékaře (6). V těchto oblastech se majoritně uplatňují principy autonomie (25), spravedlnosti (24), nonmaleficence (20) a beneficence (16).

Jako obtížné se jeví přiřazení jednoho majoritního etického principu k jednotlivým dilematům. Otázkou je, do jaké míry je nezbytné, aby Hippokratova přísaha reflektovala všechna lékařská etická dilemata, aniž by ztratila platnost? Hippokratova přísaha hovoří o čtvrtině označených témat, z pěti nejčastěji označovaných témat pouze o eutanázii. V etické oblasti medicíny dochází k posunu od prvotních, všeobecnějších principů, beneficence a nonmaleficence, přímo obsaženými v Hippokratově přísaze, k principům spravedlnosti a autonomie. Hippokratova přísaha však plní funkci vyrovnávacího závaží, jenž koncentruje proces etického rozhodování v praxi ve prospěch všech základních etických lékařských principů.

Neuroinfekce

garantky MUDr. Zuzana Blechová, MUDr. Václava Adámková

pátek / 12. května 2017 / 10.20–12.00 hod.

Bakteriální meningitidy novorozenců

MUDr. Petr Švihovec

Neonatologické oddělení s JIRPN

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Bakteriální meningitidy představují stále významný faktor mortality a morbidit novorozenců. Udávaná incidence novorozeneckých meningitid je v rozvinutých zemích 0,2–0,5‰, ale reálně bude výrazně vyšší. V mnoha případech probíhá skrytě pod diagnózou novorozenecké sepsy, jelikož není provedena lumbální punkce (LP). Během posledních 20 let je incidence stacionární, ale mortalita klesla

z 50 % v 70.–80. letech 20. století na < 10 % kolem r. 2010. Následky jsou závislé na typu vyvolavatele. U gramnegativních bakterií mortalita dosahuje 50–75 % a 75 % přeživších trpí dlouhodobým postižením.

V iniciační fázi onemocnění je nemožné klinicky odlišit počínající meningitidu od bakteriální sepsy. Pro diagnostiku je zásadní kultura vyšetření, zejména z krve a mozkomíšního moku (hemokultura, LP). Na biochemické a cytologické nálezy v moku nelze spoléhat, jelikož až 30 % biochemicky a cytologicky „negativních“ vzorků moku vykazuje kultura pozitivitu.

Nemožnost provést LP by ale nemělo vést k oddalování ATB terapie. Konečný výsledek léčby závisí na časném zahájení agresivní intravenózní ATB terapie a rychlém transportu dítěte na odpovídající pracoviště. U časně sepsy/meningitidy je pro empirickou terapii doporučena kombinace aminopenicilinu s aminoglykosidem, u pozdní formy trojkombinace aminopenicilinu, aminoglykosidu a cefalosporinu III. generace. Léčba je následně redukována dle kulturačního nálezu. V případě positivity vyšetření LP by mělo být kompletní vyšetření moku opakováno za 48–72 hodin k ověření kulturační negativizace. Pokud k ní nedojde a nelepší se klinický stav, je nutné uvažovat o komplikacích (infekční fokus) a indikovat odpovídající vyšetření (opakování LP, kultivací, UZ, CT, MRI).

Doporučovaná délka ATB terapie u meningitidy vyvolané *Str. agalactiae*, *Str. pneumoniae* a listerií je minimálně 14 dnů, u gramnegativních bakterií 21 dnů. Při komplikacích je nutné délku léčby individualizovat. Následné neurologické sledování by mělo být samozřejmostí.

Souhrn:

Při podezření na sepsi/meningitidu odeber vzorky na kultivaci, zejména hemokulturu, dle možností proved' LP.

Co nejdříve zahaj agresivní intravenózní ATB terapii.

Zajisti co nejrychlejší transport na odpovídající pracoviště (JIP).

Kontrolní LP potvrď efektivitu léčby za 48–72 hodin, uprav ATB léčbu dle kultivací a citlivosti.

Při sepsi/meningitidě standardně proved' ultrazvukové vyšetření CNS, při podezření na komplikace vyšetření opakuj, případně indikuj další zobrazovací metodu (CT, MRI).

Délku léčby individualizuj dle etiologického agens a klinického průběhu.

Aktuality v pediatrii

pátek / 12. května 2017 / 13.00–14.15 hod.

Topicrem a jeho účinky na atopickou dermatitidu

MUDr. Naděžda Vojáčková

Dermatovenerologická ambulance, Poliklinika Anděl, Praha

Atopická dermatitida je chronické zánětlivé, neinfekční onemocnění kůže. Incidence v dětském věku je vysoká, u části nemocných přetrvávají projevy i v dospělosti. Výskyt ve střední Evropě se udává kolem 10 %, celosvětově až 15–30 % s mírnou převahou dívek nad chlapci. Často je doprovázena jinými projevy atopie jako je polinóza a astma. Subjektivně děti trápí výrazné svědění kůže, kůže je suchá a citlivá s typickými projevy. Predilekční lokalizace i forma projevů se mění v závislosti na věku. Atopická dermatitida je geneticky determinované onemocnění, které se klinicky manifestuje vlivem spouštěčů. Spouštěčů byla identifikována celá řada, u každého jedince mohou být různé a nebývá to jen jeden. Výzkum atopické dermatitidy prokázal mutaci genů pro filaggrin, involucrin a livokrin. Z důvodu této mutace dochází k poruše vyzrávání keratinocytů, poruše kožní bariéry a změně spektra ceramidů. Následně dochází ke snížení schopnosti intercelulárních lipidů udržet v epidermis vodu, což se klinicky projevuje jako suchá kůže. Dalším jevem je zvýšení koncentrace serinových proteáz, vedoucí k předčasné ztrátě soudržnosti keratinocytů, klinicky se toto projevuje olupováním kůže, atrofií, zvýšenou zranitelností a pomalejším hojením. Nejvýznamnějším subjektivním projevem atopické dermatitidy je svědění. Mediátory svědění jsou neuropeptidy, receptory proteáz, kininy a cytokiny (IL 31).

Porucha kožní bariéry se jeví jako zásadní v etiopatogenezi atopické dermatitidy. Z tohoto důvodu emolienca obnovující kožní bariéru se staly nedílnou a zásadní součástí léčby. Léčebný

plán lékař-dermatolog stanoví na podkladě závažnosti stavu, lokalizace projevů s ohledem i na věk dítěte. Velmi důležitá je spolupráce pacienta/rodiče, který se musí naučit dodržovat zásady léčby a režimová opatření.

Základem léčby je léčba místní. Lokální léčba zahrnuje emolienca, podle závažnosti projevů na kůži kortikosteroidy a imunomodulancia. Emolienca kůži hydratují, zvláčňují a promašťují, zlepšují a některá obnovují kožní bariéru (korneoterapie). Výběr správného emolienca je individuální, zohledňuje se věk pacienta, akutnost onemocnění, stupeň závažnosti a lokalizace projevů. Aplikace emolencií je vhodná několikrát denně, v tenké vrstvě. Významné je „pravidlo 3 minut“: kůži je nutno ošetřit do tří minut po koupeli, dokud je ještě vlhká. Vzhledem k chronicitě a sklonu k recidivám je nutné aplikovat emolienca i ve fázi udržovací, čímž podporujeme trvalou obnovu kožní bariéry. Požívání emolencií je bezpečné a má minimum nežádoucích účinků. Nedostatečný efekt nebo dokonce zhoršení lokálního nálezu po jejich použití mohou být způsobeny chybou ve výběru nebo se může jednat o kontaktní alergii na některou ze složek emolienca.

Nová emolienca dovedou působit cíleně na poruchu kožní bariéry a jejich účinnost je neustále zvyšována. Topicrem patří mezi nově dostupná emolienca v České republice. Původem je z Francie, vývoj a výrobu zajišťuje rodinná farmaceutická společnost, značka Topicrem se datuje od roku 1993. Vysoce kvalitní, ryze přírodní ingredience produktů jsou vhodné pro novorozence, děti i dospělé pro velmi suchou a velmi citlivou kůži. Výrobky byly testovány dermatology i pediatry. Klinické studie přinesly prokazatelné výsledky účinnosti, dobré snášenlivosti a dlouho trvající hydratace. Okamžité zklidnění podrážděné a zarudnuté pokožky, příjemná a nelepivá textura spolu s rychlým průnikem do kůže bez zanechání mastného filmu přináší komfort použití pro pacienty.

Řada pro atopickou kůži zahrnuje Topicrem AD vyživující balzám a AD vyživující mycí gel, použít se může na obličej i tělo pro všechny věkové kategorie. Vyživuje, zjemňuje kůži, zmenšuje začervenání a potlačuje svědění, je hypoalergenní a neprokazuje fotosenzitivitu.

Stále více pacientů si pochvaluje kombinovat Topicrem AD balzám také s Topicrem CICA. CICA je reparační krém pro poraněnou pokožku, kterou dokáže nejen okamžitě zklidnit, ale především urychlit její obnovu.

Doporučení pro diagnostiku a léčbu dětí s nočním pomočováním

Autoři: MUDr. Hana Flögelová¹, MUDr. Zdeněk Dítě, FEAPU², MUDr. Jan Trachta³, MUDr. Marcel Drlík, FEAPU², MUDr. Světlana Najmanová⁴, MUDr. Josef Gut⁵, MUDr. Jana Leichmannová⁶

Oponenti: doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc., FEAPU², MUDr. Alexander Kolský, CSc.⁷, doc. MUDr. Jiří Dušek, CSc.⁸, MUDr. Ivo Novák, Ph.D.⁹, MUDr. Matej Husár¹⁰, MUDr. Marian Šenkeřík¹¹

¹Dětská klinika, LF Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice, Olomouc

²Centrum dětské urologie, Urologická klinika, VFN a 1. LF UK, Praha

³Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁴Nefrologická ambulance Oblastní nemocnice Kladno

⁵Oddělení Pediatrie, Nemocnice s poliklinikou, Česká Lípa

⁶Nefrologická ambulance, Poliklinika Bílý dům – centrum dětských odborných zdravotnických služeb, Brno-Veveří

⁷Klinika dětí a dorostu 3. LF UK, FN Královské Vinohrady, Praha

⁸Pediatrická klinika, 2. LF UK Praha a Fakultní nemocnice Motol, Praha

⁹Urologická klinika – dětské oddělení, FN a LF UK, Hradec Králové

¹⁰Urologický úsek Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, FN Brno

¹¹Dětské a novorozenecké odd., Pardubická nemocnice, Pardubice

Sdělení obsahuje souhrn praktických postupů pro diagnostiku a léčbu dětí s nočním pomočováním. Jedná se o doporučení Pediatrické sekce České urologické společnosti a Pracovní skupiny pro dětskou nefrologii České pediatrické společnosti.

Cílem doporučení je systémové zlepšení péče o děti s nočním pomočováním v České republice, častější záchyt těchto dětí a včasná pomoc. První část doporučení je určena především pro praktické lékaře pro děti a dorost (PLDD). Sdělení se zabývá základními diagnostickými kroky, kterými rozlišíme monosymptomatickou noční enurézu (MNE) od non-monosymptomatické enurézy (NMNE) a komorbidit. Děti s NMNE by měl PLDD hned poslat specialistovi, dětskému nefrologovi nebo dětskému urologovi. Pokud mají děti s nočním pomočováním zároveň obstrukci, léčí nejprve PLDD obstrukci, až pak se řeší pomočování. Má-li dítě MNE, pak zahájení léčby je v dikci PLDD. Je uvedena diagnostická rozvaha, jakou léčbu zvolit u dítěte s MNE, jsou popsána režimová opatření, strategie terapie desmopresinem a enuretickým alarmem. Pacienti rezistentní na tuto základní léčbu by měli být odesláni dětskému nefrologovi nebo urologovi s krátkou zprávou o provedených vyšetřeních a léčbě.

Bikuspidální aortální chlopeň u nositelů monozomie chromozomu X

MUDr. Eva Klásková, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Bikuspidální aortální chlopeň (BAV) reprezentuje nejčastější vrozenou srdeční vadu u nositelů monozomie chromozomu X, tj. Turnerova syndromu (TS), a zároveň se jedná o jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů pro aortální disekci, se kterou se u těchto žen a dívek setkáváme ve výrazně nižším věku (medián 35 let) ve srovnání s běžnou populací (medián 68 let).

Frekvence výskytu BAV u TS byla v minulosti podhodnocována zejména proto, že u téměř 40 % patientek s TS nešlo spolehlivě vizualizovat aortální chlopeň při transtorakálním echokardiografickém vyšetření. Zavedení magnetické rezonance srdce do diagnostického algoritmu vedlo k významnému nárůstu prevalence BAV u TS až na 35–40 %.

Fenotyp charakteristický pro TS je způsoben haploinsuficiencí genů v pseudoautosomálních oblastech chromozomu X. Tyto geny za fyziologických okolností nepodléhají inaktivaci a vyžadují pro svou správnou funkci aktivitu obou alel. Byla prokázána významná asociace zvýšené prevalence BAV s polymorfními duplikacemi tří genů *SLC2C3*, *SLC2A14* a *NANOGP1* na krátkém raménku chromozomu 12 (12p13.31). Patientky s TS jsou pravděpodobně v důsledku ztráty protektivního vlivu blíže nespecifikovaného genu nebo skupiny genů na chromozomu X vnímavější k negativnímu účinku mutací výše uvedených autosomálních genů než ženy v běžné populaci, což vede k vyšší prevalenci BAV u žen s karyotypem 45,X nebo mozaikou obsahující buněčnou linii 45,X.

VSV představují zásadní rizikový faktor pro předčasnou kardiovaskulární morbiditu a mortalitu u žen a dívek s TS. V posledním desetiletí se stala nejvíce diskutovanou otázkou genetická příčina VSV a korelace karyotypu a kardiovaskulárního rizika. Snahou kardiologů zabývajících se touto problematikou je postupná individualizace kardiologické péče o nositelky TS mimo jiné podle typu chromozomální odchylky.

Propranolol v léčbě infantilních hemangiomů – které dítě a kdy patří do rukou specialisty?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., MUDr. Zbyněk Novák, MUDr. Katarína Procházková

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Infantilní hemangiomy (IH) jsou nejčastější benigní nádory kojenců. I když většina IH má neškodný průběh a 85–90 % spontánně regreduje, některé IH se mohou stát život nebo funkci ohrožující a proto vyžadují bezodkladnou léčbu. Tzv. problematicky proliferující nebo alarmující infantilní hemangiomy vyžadují léčbu inhibitory angiogeneze, nebo jinými látkami. Neselektivní beta-blokátory (propranolol) jsou pro tuto skupinu IH lékem první volby a v této pozici definitivně vystřídaly kortikosteroidy.

Autoři v přehledové přednášce poukazují na důležité diagnostické, indikační i léčebné postupy, které byly v roce 2015 navrženy evropskou expertní skupinou. Dále bude přednáška obsahovat doporučení pro dětské lékaře prvního kontaktu, která mohou zlepšit dosavadní spolupráci s hemato-onkologickým centrem, ve kterém by měli být vstupně vyšetřeny všechny děti, které budou léčeny inhibitory angiogeneze.

Nový pohled na starou nemoc

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

pátek / 12. května 2017 / 14.15–15.35 hod.

Anémie chronických chorob

prof. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Anémie chronických chorob (ACHN) je po anémii z nedostatku železa druhým nejčastěji se vyskytujícím typem anémie u dětí a nejčastější anémií u hospitalizovaných pacientů. Doprovází akutní a chronické infekce, chronická zánětlivá onemocnění neinfekčního původu, systémová onemocnění pojiva a maligní onemocnění. Může výrazně ovlivnit kvalitu života nemocných dětí. Anémie je jednou z hlavních komorbidit hlavně u dětí s nespecifickým střevním zánětem a chronickým onemocněním ledvin.

Při vzniku ACHN se uplatňují současně čtyři etiopatogenetické mechanismy, které jsou důsledkem aktivace makrofágů a působení cytokinů (IL-1, IL-6, INF- α , β , γ , TNF- α): porucha homeostázy železa (Fe), porucha proliferace erytroidních buněk, neadekvátní produkce erytropoetinu a zkrácené přežívání erytrocytů. Tyto faktory se mohou kombinovat s dalšími vlivy specifickými pro jednotlivé typy vyvolávajícího onemocnění (krvácení z gastrointestinálního traktu u střevních zánětů, vliv imunosupresiv u onemocnění pojiva, závažný defekt produkce erytropoetinu u selhání ledvin, hemolytická anémie v důsledku vzniku antierytrocytárních protilátek aj.). Nejvýznamnějším etiopatogenetickým faktorem vzniku ACD jsou **změny metabolismu Fe vyvolané zánětem**. Zvýšená produkce cytokinů vede ke změnám exprese a funkce řady proteinů (feroportin, DMT1 protein, hepcidin), jejichž výsledkem je abnormální distribuce železa: jeho nahromadění v enterocytech a makrofázích, které je v kontrastu s nízkou hladinou Fe v séru. Hlavním faktorem ovlivňujícím homeostázu železa v organismu je peptidický hormon **hepcidin**, jehož objev v roce 2001 významně přispěl k pochopení patofyziologie ACHN. Hepcidin zajišťuje komunikaci mezi místy stádání Fe (hepatocyty a makrofágy) a místy, kde se Fe vstřebává (enterocyty), spotřebovává (erytroidní buňky) nebo recykluje a uvolňuje do krevního oběhu (makrofágy). Zvýšení jeho hladiny vede k zadržení Fe v enterocytech a makrofázích a snížení jeho hladiny v plazmě, které je jedním z typických nálezů u ACHN.

Diagnostika ACHN u dětí vyžaduje komplexní diagnostický přístup s použitím moderních diagnostických metod a multioborovou spoluprací. Léčbu je nezbytné stanovit v kontextu s léčbou vyvolávajícího onemocnění. Jedině takto může být navržen optimální léčebný postup, který bude pro dětského pacienta přínosem a současně povede k omezení rizik nežádoucích vedlejších účinků léčby.

Quo vadis, cystická fibróza?

MUDr. Martin Zápalka, prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D., MUDr. Vendula Látalová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Cystická fibróza je geneticky podmíněné onemocnění postihující více orgánových systémů s různými klinickými projevy. Nejzávažnějším je postižení plicního parenchymu, které kombinací zánětlivých projevů s chronickou kolonizací některými bakteriálními patogeny vede k jeho destrukci a následné fibróze, a tím omezuje další život těchto pacientů. Za poslední desetiletí onemocnění cystickou fibrózou prošlo významným vývojem jak v rámci diagnostiky, tak i v rámci terapie.

V roce 2009 byl v ČR zaveden celoplošný novorozenecký screening. Provádí se pomocí stanovení imunoreaktivního trypsinogenu (IRT) a nově pankreatitis-asociovaného proteinu (PAP) ve vzorku krve ze suché kapky u novorozenců. Následné potvrzení diagnózy je dáno kombinací potního testu a přímé molekulárně genetické detekce mutací, které jsou patognomické pro toto autozomálně-recesivní onemocnění.

V rámci České republiky fungují centra cystické fibrózy (CCF), která vzájemně spolupracují k dosažení co nejlepších výsledků v péči o tyto pacienty. Do léčebných postupů se zavádí přesná standardizace, tak aby péče ve všech těchto centrech, byla co nejvíce účelná a porovnatelná.

Součástí této centrové péče o pacienty v ČR je také národní registr CF. Data z našeho registru umožňují přesný přehled o všech léčených pacientech. Výstupy z registru jsou důležitou součástí porovnání mezi centry – ale také i v rámci celé Evropy – a jsou i zdrojem pro jednání s ZP o úhradě především nových léčiv a postupů.

Velký posun u cystické fibrózy je v oblasti léčby především ve farmakoterapii. Tím, že můžeme modelovat funkční poruchu na membránovém chloridovém transportním proteinu (kódovaným CFTR genem), lze podle známých mutací CFTR identifikovat patologický mechanismus poškozené funkce chloridového kanálu. A to je také nová cesta k vývoji léčiv. Jako první z těchto modulátorů CF kanálu byl uveden v roce 2011 na trh ivacaftor (Kalydeco), který funguje jako potenciátor porušené transportní funkce u mutace G551D a tím částečně opravuje porušenou funkci na úrovni membrány všech buněk, které jsou danou mutací postiženy. Po zahájení léčby tímto preparátem je patrné dlouhodobé klinické zlepšení stavu těchto CF pacientů, především zlepšení nebo zpomalení poklesu již narušených plicních funkcí, snižuje se četnost plicních zánětlivých exacerbací a tím se výrazně zlepšuje kvalita života těchto nemocných. Dalším preparátem je kombinace ivacaftor/lumacaftor (Orkambi), který působí na jiné podjednotce Cl transportního proteinu a je vhodný pro naši nejčastější mutaci CFTR genu – F508del.

Do klinického výzkumu jsou zařazeny další preparáty s modulační funkcí na CF transportním proteinu, nové léky ze skupiny inhalačních antibiotik a ze skupiny mukolytik. Tyto mají nezastupitelnou roli především u pacientů s chronickou kolonizací dýchacích cest.

Součástí péče o pacienty s CF je i Klub cystické fibrózy. Jeho aktivity zahrnují především pomoc rodině jak v rámci prvního kontaktu při diagnóze, tak i následnou péči především v sociální ale i finanční oblasti. Zástupci Klubu CF se také podílí i na jednáních s plátcí zdravotní péče jako zástupci pacientů a má také společenské aktivity, které informují širokou veřejnost o cystické fibróze.

Všechny tyto nové poznatky a léčebné možnosti vedou k tomu, aby pacienti s CF měli kvalitní život a především prognózu do budoucnosti u tohoto dosud nevyléčitelného onemocnění.

Hypothyreóza u dětí a dospívajících

MUDr. Eva Al Taji, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV, Praha

Onemocnění štítné žlázy jsou v dětském a dorostovém věku vůbec nejčastějšími endokrinopatiemi. Pro péči o děti s kongenitální hypothyreózou jsou k dispozici podrobná doporučení Evropské společnosti pro dětskou endokrinologii. Nejčastější získanou tyreopatií je chronická lymfocytární tyreoiditida (CLT). Jednoznačnou indikací k zahájení léčby u CLT je manifestní hypothyreóza. Léčbu se doporučuje zahájit také v případě CLT a ultrazukového nálezu strumy. Léčba u pouhé elevace autoprotilátek není doporučována. V případě mírné subklinické hypothyreózy (TSH 5–10 mIU/l) u CLT bez strumy je v současné době u dětí starších 3 let preferován přístup „watch and wait“. U významnější elevace TSH při CLT (tj. TSH nad 10 mIU/l) je již zahájení léčby doporučeno.

Parametry funkce štítné žlázy jsou dnes často vyšetřeny i bez konkrétní klinické indikace. Zejména v těchto situacích je častým náhodným nálezem mírné zvýšení TSH – mírná subklinická hypothyreóza (TSH 5–10 mIU/l, s normálním fT4 a fT3). Tento nález není nutné řešit urgentně, vhodná je kontrola dynamiky TSH a fT4 s časovým odstupem a za plného zdraví. Při trvajícím nálezu doplníme hladiny protilátek aTPO a provedeme ultrazukové vyšetření štítné žlázy. Pozitivní autoprotilátky a/nebo suspektní ultrazukový nález svědčí pro počínající CLT. Pokud není současně přítomná struma, stav sledujeme. U negativity protilátek a při normálním ultrazukovém nález na štítné žláze se obvykle jedná o neautoimunitní subklinickou hypothyreózu. Etiologie

neautoimunitní subklinické hypotyreózy je heterogenní, zahrnuje příčiny vrozené i získané. Mírné zvýšení TSH (s normálními fT4 a negativními autoprotilátkami) je častým nálezem u obézních dětí. Elevace TSH je v těchto případech důsledkem, nikoli příčinou obezity a pokles tělesné hmotnosti po změně životního stylu vede k poklesu a normalizaci TSH. K další podrobnější diferenciální diagnostice tyreopatií dětského věku lze doporučit aktuálně dostupnou moderní českou učebnici Dětské endokrinologie a diabetologie.

Hypospadie včera, dnes a zítra

doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika FN Olomouc

Hypospadie je vývojová porucha penisu charakterizované hypoplazií jeho ventrální strany. Při hypospadii může být různým způsobem vyjádřeno ektopické vyústění močové trubice na spodní ploše penisu, ventrální zakřivení penisu (chorda) a ventrálně rozštěpená předkožka. Mírné formy hypospadie jsou pouze kosmetickým defektem, závažnější formy jsou spojeny s mikčními a sexuálními problémy. Pokročilé formy hypospadie, spojené s nehmatnou gonádou, mohou být projevem poruchy vývoje pohlaví a měly by být podrobně vyšetřeny včetně genetického vyšetření.

Některé práce svědčí pro nárůst incidence hypospadií v rozvinutých zemích v posledních desetiletích. V současnosti vada postihuje cca 1 z 250 narozených chlapců, pokud je v rodině chlapce další muž s hypospadií, incidence narůstá na 1:80–100. Příčiny vzniku hypospadie dosud nejsou zcela objasněny. Jedná se o multifaktoriální postižení.

Nejdůležitějším kritériem závažnosti hypospadie je pozice zevního ústí močové trubice. Podle toho klasifikujeme hypospadii jako distální, střední a proximální. Operační řešení je indikováno při špatném kosmetickém nebo funkčním stavu hypospadického penisu. Cílem operace je posunutí dostatečně širokého ústí nově vytvořené močové trubice na vrchol žaludu, vyrovnání penisu umožňující pohlavní styk a co nejlepší kosmetický efekt.

Na Urologické klinice FN Olomouc provádíme rekonstrukci penisu po 3. roce věku. Volba typu operace je podmíněna kvalitou uretrální ploténky, velikosti glandu, stupněm zakřivení penisu a polohou uretrálního ústí. Ve většině případů je doba hospitalizace 5–7 dnů, poté jsou pacienti propuštěni do domácího ošetření. Chlapci mají první 2 dny po operaci klidový režim na lůžku, dále jsou již postupně plně mobilizováni. Derivace moče je zabezpečena epicystostomií do ambulantní kontroly, která je nejčastěji 14. den po operaci.

Komplikace operací hypospadie jsou běžné. Výskyt komplikací závisí na závažnosti hypospadie, typu použité techniky a také na době sledování. Nejčastějšími komplikacemi je špatný kosmetický výsledek, uretrokutánní píštěl, striktura neouretry, dehiscence žaludu a perzistující zakřivení penisu. Bohužel, většina studií posuzuje jen časné komplikace. U distálních hypospadií je riziko komplikací celosvětově udáváno v 10–15 %, u proximálních forem až v 60 %. Rodiče by měli být před operací s možnými komplikacemi seznámeni. Indikace operací lehkých forem hypospadie s jen malým kosmetickým nálezem na penisu musí být velmi pečlivě zvažovány.

Velmi vzácná onemocnění dětského věku v ordinaci praktického lékaře

pátek / 12. května 2017 / 16.00–16.30 hod.

Atypický hemolyticko-uremický syndrom u dětí

MUDr. Terezie Šuláková, Ph.D.

Klinika dětského lékařství FN a LF OU v Ostravě

Termínem atypický hemolyticko-uremický syndrom (aHUS) označujeme v současnosti preferenčně hemolyticko-uremický syndrom, který není spojený s koexistujícím onemocněním. Onemocnění je ale spojeno s dysregulací komplementu, která je podmíněna geneticky a imunologicky. Atypický HUS tvoří cca 10% všech případů dětí s HUS, vyskytuje se i v novorozeneckém věku a dospělosti. Průběh onemocnění je výrazně těžší, často spojený s exatrenálními komplikacemi, a jeho dlouhodobá prognóza je významně horší. Některé formy aHUS často relabují a rekurují a léčba plazmou má jen částečný benefit. Zásadní léčbou v případě aHUS se v posledních letech stala blokáda C5 složky komplementu pomocí monoklonální humanizované protilátky (anti-C5 antibody, Eculizumab), která brání jeho štěpení a vytvoření C5a (pro-zánětlivé důsledky aktivace komplementu) a C5b-9 (po-trombotické důsledky aktivace komplementu). Léčba touto monoklonální protilátkou významně zlepšila prognózu pacientů.

Nemoc ze stádání esterů cholesterolu – klinika a aktuální léčba

MUDr. Vratislav Smolka, MUDr. Oksana Tkachyk

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

V přednášce jsou popsány dvě klinické manifestace deficitu lysozomálního enzymu kyselá lipázy: závažnější infantilní forma při nulové enzymové aktivitě a klinicky mírnější forma jako nemoc ze stádání esterů cholesterolu (CESD). Neléčená infantilní forma je prognosticky velmi nepříznivá a pacienti umírají do jednoho roku věku. CESD ve svém klinickém průběhu je komplikována především rozvojem jaterní cirhózy a nástupem aterosklerózy u mladších pacientů se všemi svými důsledky. V současné době je možná enzymová substituční léčba rekombinantním enzymem (sebelipase alfa).

Je prezentována pacientka se závažným jaterním postižením při CESD, která je léčena rekombinantním enzymem a u které došlo k úpravě sledovaných biochemických hodnot. Jsou diskutovány výsledky studie léčby rekombinantním enzymem, její vedlejší účinky léčby a její další komerční využití.

Varia

pátek / 12. května 2017 / 16.30–17.00 hod.

Atopický pochod

MUDr. Simona Bělohlávková, MUDr. Martin Fuchs

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

Alergický pochod („allergic“ nebo častěji „atopic march“) je výraz pro progresi alergického onemocnění, respektive pro změny alergického fenotypu v čase. Atopický pochod začíná obvykle u velmi malých dětí projevy atopického ekzému (AE) a potravinové alergie. V průběhu věku dochází k ústupu těchto obtíží a objevují se další formy alergického zánětu – alergická rýma (AR) a bronchiální astma (AB). Původní potravinové alergie vyhasínají a mohou vzniknout reakce na potraviny jiné. Výsledný fenotyp je u jednotlivých pacientů podmíněn interakcí prostředí s genotypem. Významně se podílí i mechanismy epigenetické. U imunokompromitovaných dětí dochází přednostně k aktivaci



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.

alergických mechanismů, projevujících se klinicky jako jedno ze 4 základních atopických onemocnění. V užším slova smyslu lze atopický pochod chápat jako přechod potravinové alergie s obvykle kožní manifestací do AB a/nebo AR. V praxi však stále více vidáme koexistenci jednotlivých atopických onemocnění současně, často ve velmi závažné podobě.

Základní směr alergickému pochodu udává výživa, resp. nutriční programování prvních „1 000 dní“ života – v širším slova smyslu od početí až po druhý rok věku. Prvním a zřejmě zásadním krokem atopického pochodu je u většiny dětí IgE mediovaná potravinová senzibilizace na bílkoviny kravského mléka a/nebo slepičího vejce. Stále významnější (a stále podceňované) jsou však i mechanismy non-IgE, v praxi stále velmi obtížně uchopitelné a objektivizovatelné.

Alergický pochod nepochybně zásadně souvisí s navozením resp. nenavozením tzv. orální tolerance potenciálních alergenů. V posledních letech často skloňované „imunologické okno“ je obdobím v průběhu prvního roku života, optimální pro zavedení jednotlivých potravin do kojeneckého jídelníčku. Klíčových faktorů je však více – nejen expozice potravinovému alergenů, ale i její načasování, intenzita, množství, způsob podání i úpravy potravy. Slibné výsledky řady prací publikovaných na konci minulého a v prvním desetiletí tohoto století vedly k naději, že časné zavádění příkrmů v průběhu prvního (půl) roku života by mohlo vést k navození orální tolerance a snížení prevalence atopických onemocnění, včetně potravinové alergie. V průběhu dalších let proto začaly probíhat i randomizované kontrolované prospektivní studie, sledující možný protektivní efekt brzkého zavedení některých potravinových alergenů do stravy. V současnosti se nejvíce slibnými jeví závěry studie LEAP (Learning Early About Peanut Allergy), kdy u rizikových kojenců vedla časná a pravidelná expozice arašídovému alergenů ke snížení rizika arašídové alergie v 5 letech věku. Další autoři zkoumali možnost podobného protektivního efektu časné expozice vaječným alergenům – mimo jiné studie STAR (Solid Timing for Allergy Research), HEAP (Hen's Egg Allergy Prevention), STEP (Starting Time for Egg Protein), zatím bohužel bez jednoznačných výsledků. Ambiciózní studie EAT (Enquiring About Tolerance) pak v současné době sleduje efekt expozice šesti rizikovým alergenům u více než tisíce kojenců, jak s pozitivní, tak negativní rodinnou atopickou anamnézou. Potenciální efekt časné expozice totiž zřejmě souvisí nejen s typem zavádění potravy, ale i se správnou volbou cílové skupiny dětí.

U kojenecké ABKM (alergie na bílkoviny kravského mléka) stoupá riziko perzistence alergie s výškou specifického IgE, velikostí reakce v kožních prick testech i přítomností jiného typu senzibilizace. ABKM jako taková vyhasíná u většiny dětí v průběhu prvních let života. Bohužel i u dětí s již vyhaslou ABKM je riziko vzniku AB a/nebo AR více než 50 % ještě v předškolním věku. Jakákoli potravinová alergie diagnostikovaná v průběhu prvních 2 let života zvyšuje riziko AB, AR nebo AE v průměru 3x. Ani osud etiologicky blíže neurčeného AE vzniklého před 2. rokem života nebývá příznivý. Ve 3 letech může být až u 1/3 pacientů diagnostikováno AB a ve 4 letech se až u 2/3 z nich manifestuje AR.

Atopický pochod je fenoménem několika posledních desetiletí. Pokud na jeho startu chybí alergolog, je možnost ovlivnění jeho dalších kroků, směru a rychlosti výrazně nižší.

Strategie výživy kojence

MUDr. Eliška Kopelentová^{1,2}

¹Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje

²Ústav 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



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 nejvhodnějším způsobem výživy kojenčů. 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.

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.

Také chybami se člověk učí

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

pátek / 12. května 2017 / 17.00–18.00 hod.

Paraneoplastické syndromy u dětí

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.¹, MUDr. Kamila Michálková², MUDr. Jiří Hoza³, MUDr. Marie Geierová⁴, Mgr. Veronika Kubíčková⁵, doc. MUDr. Miroslav Průcha, Ph.D.⁶, MUDr. Pavel Mazánek⁷, MUDr. Ludmila Zatloukalová¹, prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹

¹Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

³Otolaryngologická klinika LF UP a FN Olomouc

⁴Ústav patologie LF UP a FN Olomouc

⁵Oddělení klinické biochemie LF UP a FN Olomouc

⁶Klinická biochemie, hematologie a imunologie Nemocnice Na Homolce, Praha

⁷Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno

Neuroendokrinní nádory (NET) jsou většinou maligní povahy a je pro ně charakteristická syntéza a sekrece biologicky aktivních látek, které mohou způsobit nejrozličnější klinické symptomy. Podle klinické manifestace se **paraneoplastické syndromy (PNS)** dělí na:

- endokrinní
- neurologické
- jiné (vzácné)

Paraneoplastické endokrinní syndromy (PNS) vznikají sekundárně nejčastěji působením peptidových hormonů (extrémně vzácně steroidů nebo tyreoidálních hormonů) produkovaných nádorovými buňkami bez vazby ke klasickému endokrinnímu orgánu nebo tkáni, případně produkcí antilátek proti nádorovým buňkám. Místem produkce jsou nejčastěji plíce, gastrointestinální trakt, pankreas, kůže a sliznice, štítná žláza, dřeň nadledvin, prostata a prsní žláza.

Spektrum příznaků PNS vázaných na NET je široké:

Hyponatremie (ADH, ANP), hyperkalcemie (PTH, PTHrP), hypoglykemie (inzulin, IGF), Cushingův syndrom (ACTH, CRH), akromegalie, gigantismus (GH, GHRH), předčasná puberta, gynekomastie (hCG), jiné (kalcitonin, VIP, renin, TSH, PRL, FSH/LH...).

Odlišení eutopické a ektopické sekrece může vést k diagnostickému i terapeutickému dilematu. Pro praxi cenným nespecifickým imunohistochemickým ukazatelem přítomnosti nádorové tkáně je **chromogranin A (CgA)**, který ale sám o sobě nepodává bližší informaci o vlastnostech vyšetřovaného NET. Rozhodující pro lokalizaci ektopické sekrece jsou **zobrazovací metody (Octreoscan, MRI ev. PET CT).**

Kritéria pro ektopickou hormonální produkci:

1. Přítomnost endokrinní nebo metabolické poruchy.
2. Remise onemocnění navazující na úspěšnou léčbu, ale relaps při rekurenci tumoru.
3. Abnormální regulace zvýšených hormonálních hladin (nevýtěžnost funkčních testů).
4. Signifikantní gradient mezi koncentrací hormonu v arterii a véně.
5. Při vyšetření nádorové tkáně imunohistochemickými metodami ev. FISH je prokázána přítomnost hormonu ev. jeho mRNA.
6. *In vitro* je možné potvrdit syntézu a sekreci hormonu nádorovými buňkami.

Přesná a rychlá diagnostika paraneoplastického syndromu umožňuje detekci jinak klinicky němého nádoru v jeho raném a snadno léčitelném stadiu.

U dětí a dospívajících jsou na rozdíl od adultního věku NET vázané paraneoplastické endokrinní syndromy extrémně vzácné a jsou popsány pouze kazuisticky. Uvedeny případy dvou pediatrických pacientů nedávno diagnostikovaných na Dětské klinice v Olomouci:

3letého chlapce s předčasnou pubertou, jejíž příčinou byl glioblastom epifýzy produkující choriový gonadotropin;

17leté dívky s těžkou euvolemickou hypoosmolární hyponatremií v důsledku nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu z esthesioneuroblastomu v levé etmoidální dutině.

Jaké chyby dělá tento národ (v péči o zdraví)?

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha – centrum dětské gastroenterologie, hepatologie, digestivní endoskopie a biologické léčby gastrointestinálních onemocnění

O kvalitě života vypovídá ukazatel délky života prožitého ve zdraví. Ten je pro českou populaci 62 let a od roku 1962 se nemění. Prodlužování života v ČR tudíž spočívá ve zvyšování let prožitých v nemoci!

Jsou diskutovány rizikové faktory (determinanty zdraví), jejich ovlivnění a implikace do dětského věku, především co se týče výživy.

Pro správný růst dětí nesmí v jejich stravě chybět zejména mléčné výrobky, v jídelníčku by neměly chybět vejce, hovězí maso a mořské ryby. Dětská podvýživa je spojena s vysokou konzumací obilovin a luštěnin, zejména rýže. Nedoporučuje se experimentovat u dětí s veganskou nebo makrobiotickou stravou, která maso a jiné živočišné produkty neobsahuje. Zejména mléčné výrobky jsou důležitým prvkem v jídelníčku dětí. Jediným problémem konzumace mléčných výrobků je vysoká konzumace bílkovin. Příčinou kardiovaskulárních chorob i cukrovky a obezity je vysoká konzumace škrobu z obilovin a brambor.

Zapomínáme občas na CoA?

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., MUDr. Dana Dostálková, MUDr. Jiří Navrátil

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Arteriální hypertenze (AH) u dětí není neobvyklým nálezem a většinou je zjištěna včas, vč. přesvědčivého určení její příčiny. V pediatrii pro AH dlouhodobě platí určité *kánony*: a) převažuje sekundární AH, b) nejčastějšími příčinami sekundární AH je některé onemocnění ledvin, c) čím je dítě s AH mladší, tím častěji lze předpokládat sekundární příčinu hypertenze, d) podíl primární hypertenze na jejím celkovém výskytu stoupá s věkem dítěte (obvykle děti ve stáří > 10 r. mají spíše primární než sekundární hypertenzi).

U desetiletého chlapce byla pro jednostranný kryptorchismus provedena orchidopexie. V minulosti se ve stáří 2., 3. a 7. roků podrobil jiným nekomplikovaným operačním výkonům v celkové anestezii. Aktuální předoperační klinické a laboratorní vyšetření z ordinace PLDD bylo bez odchylek. V průběhu operace byla zaznamenána hypertenze (TK 140/80 mmHg) a obdobně tomu bylo také v dalších 48 hod. po operaci (TK v rozmezí 160–140/105–80 mmHg). Konziliární pediatrické vyšetření vyslovilo podezření na nejčastější kardiovaskulární příčinu AH, která byla následně jednoznačně prokázána. Na CoA je nezbytné stále pamatovat, ať již v rámci preventivních prohlídek nebo při jiném fyzikálním vyšetření. U většiny dětí přitom stále platí, že k podezření na tuto příčinu AH postačuje pečlivá auskultace a palpace.

Plánovaná gastroskopie s nečekanou dohrou**MUDr. Martin Gregora, MUDr. Monika Mrštáková**

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice

Dvanáctiletý chlapec se dostavil k plánované gastrofibroskopii pro dlouhodobé bolesti břicha, poté co byl vyšetřen u PLDD s normálními hodnotami základní laboratoře (CRP, KO + diff., biochemie, močový sediment). V anamnéze polinóza, léky dlouhodobě žádné neužíval. Při přijetí udával mírnou bolest břicha, jinak se jevil bez známek akutního infektu. Byla provedena gastroskopie v CA (medikace Propofol) za standardních podmínek, bez komplikací s nálezem ezofagitidy 1. st. Histologicky byla následně popsána mírná inaktivní gastritida. Dvě hodiny po návratu z endoskopického sálku na naše oddělení se objevuje zvracení, pro které je aplikován Ondansetron i.v. a následně dochází k alteraci celkového stavu, která evokuje možnou souvislost Ondansetronem s erytémem, febrilní reakcí, tachykardií a hypotenzí. Chlapec je zaléčen kortikoidy, antihistaminikem, analgetikem a dostává infuzi s krystaloidy. Jeho stav se zlepšuje, ale přetrvává hypotenze. Následující den, 20 hodin po gastroskopii je schvácený, meningeální, subfebrilní, s mírnou tachykardií kolem 100/min a trvající hypotenzí 85/35. CRP: 104 mg/l, PCT: 237 µg/l, ALT: 5,6 µkat, AST: 5,4 µkat, urea: 9,8 mmol/l, krea: 96 µmol/l, k moc: 418 µmol/l. Pro hepatopatii a incip. renální selhávání dle laboratorních známek je telefonicky konzultováno gastroenterologické pracoviště FN Motol. Po domluvě je pacient přeložen na dětskou JIP FN Motol. Je zajištěn Ceftriaxonem i.v. Před podáním ATB nabrána hemokultura, která je negativní. Lumbální punkce odložená kvůli transportu do FN Motol, je rovněž s negativním výsledkem. Negativní jsou i vyšetření hepatitid, herpetických virů, CMV, EBV z krve i moku. Jediné vyšetření, které zjišťuje nepříliš významnou patologii je RTG snímek plic, kde kromě výraznější bronchitické kresby je popisována až zánětlivá infiltrace vpravo parakardiálně, které na kontrolním snímku ustupuje. Chlapec se bez nutnosti oběhové podpory při i.v. ATB léčbě rychle zlepšuje a 7. den je propuštěn v dobrém stavu, s prakticky normalizovanými laboratorními hodnotami se závěrem: sepse nejasné etiologie, incip. hepatorenální insuficience. Otázkou zůstává, jaká byla vyvolávající příčina stavu a zda této komplikaci šlo zabránit. Pro naše oddělení byl případ tohoto chlapce poučením, že i plánovanou diagnostickou endoskopií mohou provázet nečekané komplikace, a že každý pacient po tomto rutinním výkonu zasluhuje zvýšenou péči a observaci.

SESTERSKÁ SEKCE / PÁTEK**Křečové stavy a neurologické problémy
dětského a novorozeneckého věku**

garantka Mgr. Světlana Kašubová

pátek / 12. května 2017 / 10.00–11.45 hod.

Záchvatové stavy v dětském věku**MUDr. Marta Neklanová**

Ambulance dětské neurologie a DK FN Olomouc

Záchvaty – neepileptického i epileptického původu jsou u dětí velmi častým problémem, který jejich rodiče často zaskočí. Mohou být projevem, který signalizuje závažnou komplikaci vývoje, ale naštěstí jsou ve většině případů problémem řešitelným – buďto vývojově vázaným, který spontánně odezní, nebo léčitelným. Příčina těchto stavů je různorodá, většina z nich je způsobena funkční nezralostí centrálního nervového systému, část je projevem vývojových anomálií, genetickými syndromy apod. Dětský věk je rovněž obdobím, kdy se manifestují epileptické syndromy s různou prognózou.

V přehledu uvedeme teoreticky a na videoprezentacích nejčastější stavy, se kterými se v ambulanci setkáváme, dotkneme se jejich příčin a především prognózy ve vztahu k dalšímu vývoji dítěte.

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.



Bolestí hlavy to začalo...**Mgr. Světlana Kašubová**

Dětská klinika FN Olomouc

Nádory CNS jsou nejčastějšími solidními nádory dětí ve věkové kategorii 0–18 let, je to zhruba 20 %. Incidence CNS nádorů u dětí je přibližně 2,5 : 100 000 dětí. V České republice se diagnostikuje 50–60 nových nádorů ročně, chlapci jsou postiženi 1,3krát častěji než dívky. Nádory CNS jsou druhou nejčastější příčinou smrti dětí ve věku 1–15 let (po poraněních).

Odborné sdělení je zaměřeno na kazuistiku téměř 7leté holčičky, která měla bolesti hlavy...

Terapeutická hypotermie u novorozenců**Alena Grácová, Dagmar Siegelová**

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Hypoxicko-ischemická encefalopatie patří mezi prognosticky nejzávažnější onemocněním donosených novorozenců, způsobené nedostatečným zásobením mozku kyslíkem a řízená hypotermie, je metodou, která může pozitivně ovlivnit další vývoj dítěte. Tato prezentace zahrnuje specifika ošetrovatelská péče o asfyktického novorozence při řízené hypotermii a kazuistiky dětí léčených terapeutickou hypotermií.

Syndrom Dravetové – těžká myoklonická epilepsie v časném dětství – kazuistika**Kneblová Kateřina, Šárka Hendrychová**

Dětská klinika FN Olomouc

Syndrom Dravetové se řadí mezi prognosticky závažné epilepsie manifestující se v časném dětství. Časná a správná diagnostika je zásadní pro další terapii, která u DS představuje určitá specifika. Je prezentována kazuistika u pacienta s typickým průběhem DS.

Když je jídlo nepřítel**Petra Matušincová, Bc. Lenka Brandlová**

Dětská hematologie a hematatoonkologie FN Ostrava

Úvod: Cílem prezentace je představení pacientky léčené na oddělení Dětské hematologie a hematatoonkologie ve FN Ostrava, a to pro mentální anorexii.

Metodika: Jako forma prezentace je zvolena kazuistika, pro kterou byla získána data pomocí studia chorobopisu pacienta.

Závěr: Poruchy příjmu potravy jsou psychosomatické onemocnění, kam se řadí mentální anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání. Onemocnění postihuje lidi bez rozdílu věku či pohlaví, avšak nejčastěji se vyskytuje u dívek v období puberty.

Chronicky nemocné dítě – paliativní péče, etické aspekty umírání dětí, doprovázení

garantka Eva Hůlková

pátek / 12. května 2017 / 12.00–13.20 hod.

Současný stav dětské paliativní péče v ČR

MUDr. Mahulena Mojžíšová

Pracovní skupina dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP

Dětské oddělení nemocnice Hořovice a mobilní hospic Cesta domů

WHO definice: Dětská paliativní péče je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, zahrnující také poskytování podpory rodině. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno kurativně se zaměřením na diagnostikované onemocnění. (<http://www.detsky-hospic.cz/files/IMPACT-Standardy-detske-paliativni-pece-v-Europe.pdf>)

Kromě specifík, která vyplývají z péče o dětského pacienta obecně, spočívá hlavní rozdíl mezi dětskou a dospělou populací zejména ve spektru a rozložení diagnóz vyžadujících paliativní péči. V dětské populaci je větší různorodost stavů vyžadujících paliativní péči a podstatně vyšší podíl nenádorových diagnóz (cca 80%). V dětském věku existuje celá řada onemocnění, u kterých může být prognóza přežití i v řádu mnoha let a lze ji jen velmi těžko predikovat. Oproti dospělé populaci je jistě delší průměrná potřeba paliativní péče, samotné potřeby paliativní péče mohou být v porovnání s dospělou populací odlišné.

V ČR chybí dostatek empirických dat o počtu potřebných dětí a reálné dostupnosti paliativní péče. Neexistují nemocniční paliativní týmy, odborné vzdělání zdravotníků v paliativní medicíně je minimální. Komunikace mezi profesionály poskytující péči dětem s život ohrožujícím či limitujícím onemocněním je minimální, chybí proto kontinuita této péče jak o dítě, tak i o rodinu.

Dostupnost domácí paliativní péče závisí na místě bydliště dítěte a na druhu onemocnění. U dětí s onkologickým onemocněním jsou služby lépe dostupné v rámci komplexních onkologických center v Praze a v Brně. U neonkologických diagnóz, kterých je většina, chybí možnost komplexní paliativní péče jak ve zdravotnických zařízeních, tak i mimo ně. Dostupnost domácí paliativní péče je ve většině krajů ČR prakticky nulová (Praha – Cesta domů, Jihomoravský kraj – tým dr. Lokaje při KDHO Brno, Ostrava a část Moravskoslezského kraje – Ondrášek, Olomouc – Nejste sami).

V listopadu 2015 vznikla Pracovní skupina dětské paliativní péče, složená z odborníků všech zainteresovaných profesí poskytujících paliativní péči, v prosinci 2015 byla skupina přijata pod ČSPM ČLS JEP. Činnost Pracovní skupiny podporuje řada odborných lékařských i nelékařských společností, s některými byla navázána velmi úzká spolupráce. Pracovní skupinu oficiálně podporuje i Ministerstvo zdravotnictví ČR. Cílem Pracovní skupiny obecně je zlepšení dostupnosti paliativní péče na všech úrovních péče o dětského pacienta.

Závěr: Autoři poukazují na odbornou i laickou veřejností stále opomíjenou problematiku pediatrické paliativní péče.

Dětská paliativní péče v praxi

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita,

Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava

Dětská paliativní péče je podle WHO aktivní kompletní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, zahrnující také poskytování podpory rodině. Známá jsou specifika pediatrické paliativní péče oproti dospělým pacientům. Připomenout lze vyšší frekvenci nenádorových diagnóz, delší průměrnou potřebu paliativní péče, specifika věkových období dětí apod. Při poskytování dětské paliativní

péče nelze opomenout základní standardy této péče doporučené již v roce 2007 International Meeting for Palliative Care in Children. Jaká je současná praxe? Představit si ji lze předložením několika kazuistik z vlastní praxe dětské sestry působící ve stacionáři mobilního hospice Ondrášek. Každé dítě je obvykle nejspokojenější v náručí své maminky nebo tatínka, ale ti mají často ještě další děti, které také potřebují jejich náruč, čas a lásku. V Ondrášku proto rodičům dětí v naší péči nabízíme pomoc, a to jak v domácím prostředí, tak ve stacionáři, kam rodiče dítě mohou přivést. Pomoc zdravotníků spočívá v ošetřování dítěte v přítomnosti i během nepřítomnosti rodičů s akcentem kladeným na management symptomů a bolesti. Intervenční aktivity neopomíjí ani sourozence nemocného dítěte a jeho rodiče. Žádné z dětí není pro tým mobilního hospice Ondrášek jen pacientem, je především dítětem, které je možné kromě specializované péče, stimulovat hlasem, hudbou, hlazením nebo kolébáním, které mu sestry s radostí dopřejí a ono se jim mnohdy i letmým úsměvem odmění. Každé dítě je pro náš dětský paliativní multidisciplinární tým úžasným, jedinečným a nezapomenutelným dítětem, každá rodina jedinečnou směsicí životních zkušeností, sociálních opor, komunikačních vzorů, kulturních přesvědčení, emocionálních projevů i dovedností pečovat o dítě s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním.

Nejste sami – mobilní hospic, z.ú.

Mgr. Kateřina Tichá, DiS.

Nejste sami – mobilní hospic, z.ú., Olomouc

Co je mobilní hospicová péče. Vysvětlení základních pojmů a principů paliativní péče v kontextu dětského pacienta a jeho rodiny. Dětská paliativní péče v ČR. Představení naší služby v Olomouci a okolí, stručná historie, představení týmu, nabídka našich služeb. Komplexnost služeb v práci s rodinou s dětským pacientem – zajištění bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Doprovázení jako nedílná součást hospicové péče.

Samíkem to začalo...

Věra Šibravová, Andrea Nováková

Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Prezentace poodkrývá problematiku chybění dětské a neonatologické paliativní péče v České republice. Přinášíme neobvyčejný příběh malého Samíka, který byl po narození hospitalizován na našem oddělení, kde mu byla stanovena život limitující diagnóza. Splněným přáním rodičů se stala péče o chlapečka v domácím prostředí. Naše přítomnost v blízkosti rodiny až do okamžiku loučení pro nás byla poctou a zároveň velkou motivací k dalším aktivitám, které vedly ke vzniku dětské sekce mobilního hospicu **Nejste sami** pro Olomouc a okolí.

Akutní stavy v pediatrii

garantka Hana Ptáčková

pátek / 12. května 2017 / 14.10–16.10 hod.

Resuscitační a vyšší intenzivní péče na JIRP DK FNOL

MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D.

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc

Intenzivní péči můžeme rozdělit na resuscitační péči, vyšší intenzivní péči a nižší intenzivní péči. Resuscitační péče je definována jako péče o pacienta, u kterého selhaly základní vitální funkce, vyšší intenzivní péče jako péče o pacienta, u kterého selhávají základní vitální funkce. Hranicí je v podstatě intubace a UPV. Nižší intenzivní péče je poskytována pacientům, u kterých existuje riziko selhání vitálních funkcí.

V ČR existuje v současné době 8 dětských pracovišť, která jsou schopna poskytnout dětskou resuscitační péči. Dvě z nich jsou dětská ARO, ostatní jsou JIRP dětských klinik, jedno je JIRP dětské

chirurgie. Část pracovišť je schopna poskytnout komplexní dětskou resuscitační péči, některá pouze interní resuscitační péči, jedno pracoviště chirurgickou dětskou resuscitační péči. Koncepte dětské resuscitační péče v naší zemi dále počítá s ARO okresních i krajských nemocnic, jejichž úkolem je zajistit dětského pacienta se selhanými vitálními funkcemi, stabilizovat a do 24 hodin přeložit na specializované pracoviště dětské resuscitační péče.

JIRP DK FNOL je pracoviště s dlouhou tradicí a patří historicky k průkopníkům dětské resuscitační péče. Je schopno poskytnout komplexní resuscitační a intenzivní péči v celém dětském věku a to interní i chirurgickou (v minulosti však bohužel ztratilo statut dětského traumacentra). Zdůraznil bych i některé speciální poskytované metody a postupy jako např. hypotermie, kontinuální EEG, postupně začínáme rozvíjet i kontinuální eliminační metody, v oblasti ventilace je to např. HFOV. Vzhledem ke své specializaci někteří kmenoví lékaři JIRP jsou schopni poskytovat dětským pacientům Dětské kliniky FNOL i anestezie a analgosedace.

Možnosti anestezie u krátkodobých výkonů

Müllerová Ivana

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc

Edukační přednáška o v praxi nejčastěji používaných způsobech anestezie u dětí při krátkodobých výkonech jak diagnostických, tak terapeutických.

Tonutí a utonutí u dětí

Bc. Taťána Hanousková

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc

V přednášce je popisován rozdíl mezi tonutím a utonutím u dětí s následnou prognózou, diagnostikou a léčbou. Přednáška dále rozpracovává kazuistiky tonutí, utonutí dítěte a následnou ošetrovatelskou péči o děti s touto diagnózou.

Respirační selhání u dítěte s diagnózou myastenien gravis

Lenka Veselá, Bc. Radmila Doležalová

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc

Kazuistika 13leté dívky přijaté pro respirační selhání při myastenické krizi. Problematika léčby a péče spojené s tímto autoimunitním onemocněním, které se vyskytuje v dětském věku ojediněle.

Syndrom z odnětí – vedlejší účinek léčby

Mgr. Hana Pokorná

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc

Se syndromem z odnětí se v pediatrii nesetkáváme pouze u novorozenců závislých matek. Abstinenci syndrom je bohužel nedílnou součástí poskytované péče na dětských JIRP. V příspěvku jsou shrnuty jeho klinické projevy a možnosti hodnocení. Nastíněna budou také specifika přístupu k těmto pacientům.

Novorozenecké oddělení

MUDr. Lumír Kantor

Novorozenecké oddělení, FN Olomouc

Autor rozebírá současné vědomosti o syndromu náhlého úmrtí (SIDS) v rozmezí několika hodin po porodu. Stejně tak se zmiňuje o stavu označovaném ALTE, což je v poslední chvíli odhaleným SIDS. Využívá i soudně lékařské posudky z posledních let. Jednoznačně doporučuje monitorovat dítě, které je v kontaktu s matkou například v režimu bondingu, pulsním oxymetrem. Shrnuje několikaleté zkušenosti na Novorozeneckém oddělení FN Olomouc.

Dětská hematoonkologie trochu jinak

garantka Mgr. Pavla Medková

pátek / 12. května 2017 / 16.35–17.35 hod.

Capillary leak syndrom jako raritní komplikace

Simona Filípková

Hemato-onkologie, Dětská klinika FN Olomouc

Posluchači budou seznámeni s problematikou infekčních komplikací u dětí v imunodeficitu s vysoce náročnou ošetrovatelskou péčí a úzkou spoluprací mezi jednotlivými obory dětské intenzivní medicíny a psychologie.

Sourozenci na druhou

Hana Nemerádová, Jarmila Grundová, Pavla Medková, Jana Vlčková

Hemato-onkologie, Dětská klinika FN Olomouc

Prezentace je věnována sourozencům nemocných dětí, mapuje jejich pohled na nemoc svého sourozence. Snahou bylo přiblížit potřeby a přání zdravých sourozenců dlouhodobě hospitalizovaných dětí.

Jak se žije dětem s leukemií

Lenka Szarowská, Eva Hůlková, Pavla Medková

Hemato-onkologie, Dětská klinika FN Olomouc

Tato videoprezentace je věnována dlouhodobě nemocným dětem s dg. leukemie. Snahou bylo přiblížit „život“ na hemato-onkologickém oddělení z pohledu maminky nemocného dítěte a ošetřujícího personálu.

O čem je vlastně klaunování?

zdravotní klauni: doc. Cecil Krkavec, Mudr. Květoš Hrdlička, Mgr. Žofie Užvaněná (vrchní sestra), Libuška – dcera pana primáře, Jiřina Zvdlá – praktikantka

Zdravotní klaun, o.p.s.

„Zdravotní klaun vytváří prostor pro hru v prostředí, kde hravost není samozřejmostí. Navštěvuje malé pacienty na odděleních a improvizuje s tím, co na místě je. Klaun je univerzální bytost, archetyp, který se odjakživa chová jinak, než je pro okolí běžné. Vytváří svět podle vlastní logiky a dívá se na něj očima zvědavého dítěte, nikoliv racionálně myslícího člověka.“ *Humorín*. Praha: Zdravotní klaun, o.p.s.

V této prezentaci budou posluchači seznámeni s činností Zdravotních klaunů.

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SOBOTA

Co se změnilo v péči o dítě s DMO

garanti MUDr. Marta Neklanová, MUDr. Jan Hálek

sobota / 13. května 2017 / 9.00–10.40 hod.

100 let od narození prof. Vojty – zajímavosti z historie a metody

Mgr. Miroslav Kutín

KM KINEPRO PLUS, s. r. o., Olomouc

V příspěvku je představen život prof. Václava Vojty, předního českého dětského neurologa. Hlavní zaměření je na období 50. a 60. let, kdy působil jako sekundář na neurologické klinice u akademika prof. Hennera a také jako konziliární lékař v dětské léčebně v Železnici. V této léčebně pracoval s dětmi s DMO a provedl svá první pozorování, ze kterých se zrodila myšlenka na vrozené pohybové vzory. Těžiště jeho práce bylo jednak v terapii dětí s DMO a také ve vyšetřování a práci s novorozenci a kojenci. Své první myšlenky rozvíjel, až došlo k objevu reflexní lokomoce a jejího využití v terapii pohybových poruch u široké skupiny pacientů.

V práci, kterou započal v Železnici a v Praze, pokračoval i po své emigraci v roce 1968 v západním Německu. Využití reflexní lokomoce se rozvinulo do dnešní podoby a také byl vybudován systém vzdělávání pro fyzioterapeuty a lékaře. O odkaz prof. Vojty a další rozvoj Vojtovy metody se stará Mezinárodní Vojtova společnost (IVG), která také zaštiťuje celý systém vzdělávání terapeutů a lékařů.

Do ČR se prof. Vojta pracovně vracel ihned od revoluce až do své smrti v roce 2000. První přednášky byly zorganizovány již v roce 1990. Pravidelné certifikované kurzy se rozeběhly v roce 1994 a 1995 v RL – Corpusu s. r. o. v Olomouci. Společnost RL Corpus s. r. o. je partner IVG pro Českou republiku a Slovensko a má akreditaci IVG a MZ ČR k výuce certifikovaného kurzu Vojtovy metody jako jediné zařízení v ČR. V roce 2015 byla založena Česká Vojtova společnost – výukový tým z. s., která sdružila vyučující v České republice.

Terapeutický princip, původně vyvinutý u dětí a pro děti s centrální parézou, dnes přesahuje do dalších oblastí fyzioterapie a přináší zajímavé výsledky v terapii pacientů.

Vojtova metoda a základní indikace k rehabilitaci

Mgr. Eva Macháčová

KM KINEPRO PLUS, s. r. o., Olomouc

Reflexní lokomoce podle Vojty je neodmyslitelnou součástí moderní fyzioterapie pohybových poruch v dětském věku. Je to technika vysoce efektivní a svým způsobem aplikace, kdy rodič se stává terapeutem dítěte, i technikou s minimálními ekonomickými náklady.

Vojtova metoda je u odborné ale i laické veřejnosti spojována především s léčbou dětské mozkové obrny. V posledním desetiletí zažívá obrovský rozmach využití Vojtovy metody i v jiných oborech než v neurologii, a to především v traumatologii a ortopedii.

Vojtova metoda je indikována v dětském věku zejména u:

- asymetrického vývoje a retardaci motorického vývoje
- centrálních koordinačních poruch (CKP)
- dětské mozkové obrny (DMO)
- periferních paréz horních a dolních končetin (např. paréza plexus brachialis, spina bifida a další)
- různých svalových onemocnění
- zakřivení a onemocnění páteře (např. skolióza) a jiných ortopedických vad
- u vrozených vývojových vad pohybového systému jako pomocná pohybová terapie ortopedické léčby (dysplazie kyčlí, luxace kyčlí, pes equinovarus)

- poruch a onemocnění v orofaciální oblasti (problémy žvýkací, polykací)
- poruch dechových funkcí

Reflexní lokomoce podle Vojty, taktéž nazývána Vojtova metoda, využívá aktivace vrozených globálních pohybových vzorů, kterými obohacujeme redukovanou nebo blokovanou hybnost pacienta. Nabízíme mu identické komponenty lidské lokomoce, a tím mu usnadňujeme pohyb i komunikaci. Terapií Vojtovou metodou působíme nejen na hrubou motoriku dítěte, ale i jemnou motoriku ruky a orofaciální oblasti. Současně ovlivňuje terapie Vojtovou metodou pozitivně také vegetativní systém a psychiku pacienta.

Pro efekt terapie je nutné provádět aktivaci pacienta opakovaně, u kojenců 4x denně. Proto je cílem fyzioterapeuta naučit rodiče dítěte terapii tak kvalitně, že dokáže poskytnout tuto péči denně dítěti doma. V ambulanci fyzioterapeuta probíhá zejména zácvik rodiče dítěte.

Prechtlova metoda v časně diagnostice patologického vývoje

Mgr. Pavel Roskol

G-CENTRUM Olomouc, s. r. o., Pracoviště dětské fyzioterapie

Jedním ze způsobů neurovývojového vyšetření kojence je hodnocení tzv. general movements (GMs). Jedná se o komplexní pohybové sekvence (zahrnují oblast krku, trupu, horních a dolních končetin), které jsou endogenně generované v rámci spontánní hybnosti dítěte. Jednotlivé pohybové sekvence se liší v intenzitě, síle, rychlosti a amplitudě pohybu. Hodnocení GMs představuje zcela neinvazivní vyšetřovací metodu, která je založena na analýze videozáznamu spontánního projevu dítěte. Musí však být splněny přesně definované standardní podmínky, při nichž je záznam pořízen. Důležitým aspektem je behaviorální stav dítěte. Způsob vyšetření nevyžaduje žádnou manipulaci s dítětem, proto je velmi vhodný zejména pro vyšetření novorozenců na jednotkách intenzivní péče.

Na základě standardního neurologického vyšetření, ultrazvukového vyšetření hlavičky, magnetické rezonance a zejména vyšetření GMs získáme přesnější obraz o integritě vyvíjejícího se centrálního nervového systému (CNS). Kvalitativní změny GMs jsou věkově specifické a jsou výsledkem komplexních neurovývojových změn v CNS.

GMs se objevují již od 9. gestačního týdne, postnatálně přetrvávají zhruba do 20. týdne života, v ojedinělých případech i déle. Na základě jejich charakteristiky jsou děleny na normální a abnormální. Normální GMs nepostrádají komplexnost a variabilitu, jsou plynulé a elegantní. Naopak abnormální GMs ztrácí komplexní charakter, z pohledu pohybových sekvencí jsou málo variabilní, postrádají plynulost a eleganci. Jsou jedním z nejspolehlivějších včasných ukazatelů neurovývojového postižení. Diagnosticky významná je zejména přítomnost pohybů označovaných jako cramped-synchronised (CS) a absence tzv. fidgety movements (FMs). Pro svoji vysokou specifitu i senzitivitu je vyšetření GMs jednou z nejspolehlivějších metod v zachytu dětí ohrožených centrální poruchou hybnosti.

Klasifikace dětské mozkové obrny

MUDr. Jan Hálek, MUDr. Marta Neklanová, MUDr. Marie Šimková

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Autoři se ve svém sdělení věnují problematice definice a klasifikace dětské mozkové obrny (DMO). Klasifikačních schémat je celá řada, řazení pacientů do jednotlivých forem je poměrně nejednotné – problémy jsou zejména se zařazením hraničních stavů (spastická diparéza, spastická kvadruparéza). Klasifikace používaná evropským registrem SCPE se snaží o vyřešení tohoto problému zavedením termínů unilaterální/bilaterální forma DMO a zpřesněním definic jednotlivých forem. Samozřejmě součástí klasifikace pacientů s DMO má být i definice jejich funkčních schopností (například pomocí použití funkčních škál – GMFCS, MACS, lokomoční stadia dle Vojty atd.), vyjádření dalších komplikací (mentální status, senzomotorické poruchy, epilepsie atd.) a uvedení pravděpodobné příčiny hybných obtíží.

Prezentace je doplněna informacemi získanými retrospektivní analýzou poměrně rozsáhlého souboru pacientů sledovaných na pracovišti autorů.

Kvalita života rodin pečujících o dítě s DMO – základní charakteristika z pohledu pomáhajících profesí

prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Vedoucí oddělení speciálně pedagogické propedeutiky

Ústav speciálně pedagogických studií PdF Univerzita Palackého, Olomouc

Pracovník pomáhajících profesí vstupuje do situací (ať již jde o diagnostiku, poradenství, intervenci, terapii apod.), kdy součástí daného řešení se stává celá rodina osoby se zdravotním postižením – zde dítě s DMO. Tato rodina je do jisté míry charakterizována týmiž znaky jako tzv. běžná rodina. Týkají se jí obecné tendence demografické, sociologické a ekonomické, které v posledním období pozorujeme.

Některé parametry utvářející vnitřní vztahový systém rodiny i její existenci v sociálním prostředí jsou ovlivněny existencí zdravotního postižení jejího člena – a jemu odpovídající potřebě péče.

V rámci řešení výzkumného úkolu „Kvalita života rodin pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením“ (GAČR) jsme se mj. zaměřili na vystižení základních faktorů ovlivňujících tzv. QoL těchto rodin. V rámci vystoupení budou předloženy vybrané charakteristiky reflektující postavení této rodiny ve společnosti, s popisem převládajících tendencí (vlivů) jak je v České republice (a pravděpodobně nejen tam) pozorujeme.

Pozornost je tak věnována těmto faktorům:

- pečující rodina jako neopakovatelná sociální jednotka
- úroveň veřejné podpory
- časové aspekty péče
- kvalitativní stránka domácí péče
- socio-psychické determinanty domácí péče a vliv na QoL pečující rodiny

Samostatná část bude věnována dílčím a prvním výsledkům rozsáhlého (1 087 respondentů) výzkumu podmínek sdělování nepříznivé zdravotní diagnózy rodičům dětí s těžkým zdravotním postižením a vzácným onemocněním (včetně dětí s DMO).

Cílem je přinést zdravotnickým pracovníkům základní přehled o postavení těchto rodin, tak aby mohli individuální intervenci přizpůsobit očekávané situaci, v níž se rodina s dítětem s DMO nachází.

Rizika cestování s dětmi

sobota / 13. května 2017 / 12.20–13.00 hod.

Rizika cestování s dětmi

doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.

Centra očkování a cestovní medicíny Avenir

Fórum infekční, tropické a cestovní medicíny

Zvyšující se počty cestovatelů směřujících do exotických oblastí zahrnují i rizikové skupiny populace, včetně těhotných žen a malých dětí. Podle studie K. H. Herbingera a kol. směřují děti nejčastěji do Afriky (46 %), Asie (35 %) a Latinské Ameriky (19 %). Spektrum jejich zdravotních problémů po návštěvě těchto oblastí zahrnovalo giardiózu (8 %), schistosomiázu (4 %), superinfekci bodnutí hmyzem (4 %), nákazu *Campylobacter enteritis* (4 %), *Salmonella enteritis* (4 %), larva migrans cutanea (3 %), amebózu (3 %), dengue (2 %), infekční mononukleózu (2 %) a malárii (2 %). Relativní riziko nákazy v zahraničí bylo nejvyšší ve Střední, Západní a Východní Africe, následovali Jižní Amerika, Jižní Asie a JV Asie. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory byly věk a místo pobytu, incidence byla nepřímo úměrná věku. Nejčastějšími příznaky importovaných nákaz byl akutní průjem (25 %, zejména věk 0–4 roky), dermatologické afekce (21 %, hlavně ve věku 0–9 let), febrilní/systémové onemocnění (20 %), respirační symptomy (8 %), chronický průjem (5 %) a genito-urinární potíže (3 %). V datech

GeoSentinel Surveillance dominovali průjem (28 %), dermatologické příznaky (25 %), systémová febrilní nemoc (23 %) a respirační potíže (11 %). Van Rijn a kol. zjistili, že u dětí byl v zahraničí signifikantně vyšší výskyt nemocí než u jejich rodičů. U cestujících dětí zjistili T. Hunziker a kol. se stoupajícím věkem nárůst průměrných epizod a pokles respiračních nákaz. Hospitalizaci vyžadovali závažnější infekce dětí: malárie, *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi*, meningokoková meningitida, tuberkulóza, viscerální leishmanióza, virová hepatitida A.

Rizikem jsou pro cestovatele především nemoci, které se přenášejí bezkontaktně – zejména respiračně, feko-orálně a členovci. Obzvláště pokud u dané nákazy existují asymptomatické nebo subklinické stavy, případně nosičství a současně mohou u vnímavých osob probíhat i pod velmi těžkým klinickým obrazem až fatálně.

Děti do 6 měsíců věku by neměly absolvovat vzdálenější trasy ani cesty letadlem. Děti starší 6 měsíců jen kratší charterové lety bez přestupů. Pokud možno ne do rozvojových oblastí a exotických zemí (ne do endemických oblastí dengue, japonské encefalitidy, malárie, spavé nemoci). Možnými dovolenkovými destinacemi jsou pro ně např. Jižní Evropa nebo Turecko, ne však v sezóně respiračních nákaz. Dítě nad 2 roky věku je schopné zvládnout i vzdálenější destinace, podmínkou je kompletní očkování povinnými i relevantními nadstandardními vakcínami. V souvislosti s cestou do zahraničí očkují Centra očkování a cestovní medicíny Avenir nejčastěji děti do 15 let proti břišnímu tyfu (35,7 %), virové hepatitidě A (25,9 %) a žluté zimnici (9,9 %). Další spektrum očkování zahrnuje očkovací látky proti invazivním meningokokovým infekcím, vzteklině, choleře a japonské encefalitidě.

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

OLOMOUC

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXXIV. dny praktické a nemocniční pediatrie

**12.–13. května
2017**

**Clarion
Congress Hotel
Olomouc**

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

Záštita: Česká pediatrická společnost ČLS JEP, OS ČLK v Olomouci, Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

HLAVNÍ PARTNEŘI

abbvie

 **astellas**
Leading Light for Life

NUTRICIA

PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Altrevia spol. s r.o.
BIOVIT IMPEX CO ČR s.r.o.
EWOPHARMA, spol. s r.o.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
Hamé s.r.o.
Hero Czech s.r.o.
Lázně Teplice nad Bečvou
Léčebna Dr. L.Filipa
Luvica, s.r.o.
Mark Distri spol. s r.o.
Mary Kay

Medindex spol. s r.o.
Medingo s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
PIERRE FABRE Dermo-Cosmetique TCHEQUIE, s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.
R.K.Studio
S & D Pharma CZ, spol. s r.o.
sanofi-aventis, s.r.o.
SHIRE CZECH s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
VITAX Praha s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatrie
pro praxi**

proLékaře
www.prolekare.cz

GRADA

GALEN

maxdorf

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

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)

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