

# Pediatric pro praxi

2017

A

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2017; 18(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-184-8 | 2017

## ABSTRAKTA

### IV. KONGRES PEDIATRŮ V OSTRAVĚ

16.–17. února 2017

Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatelé: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatric pro praxi  
Záštita: Klinika dětského lékařství LF OU a FN Ostrava

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# Duomox®

Velmi klasický.  
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

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

## Program – čtvrtek 16. února

### 9.00 ZAHÁJENÍ

### 9.05–10.15 SPORTOVNÍ MEDICÍNA U DĚTÍ

Garant doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA

- **Legislativní aspekty posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu v ordinaci PLDD** – Pastucha D.
- **Přetěžování lokomočního aparátu při sportu, chronické změny a jejich prevence** – Demel J.
- **Možná rizika nadměrné pohybové aktivity v dětském věku** – Pastucha D.

### 10.15–10.35 PŘESTÁVKA

### 10.35–12.50 DĚTSKÁ PSYCHIATRIE

Garant MUDr. Jaroslav Matýs

- **Úvodní slovo** – Matýs J.
- **Anorexie, bigorexie, drunkorexie, ortorexie, pregorexie..., kdy je „zdravý životní styl“ nebezpečný** – Hladík M.
- **Anorexie** – Mílková Pavlíková K.
- **Schizofrenie** – Malá E.
- **Úzkost nebo dětská mánie? Na co musíme myslet při posuzování rizika bipolární afektivní poruchy** – Goetz M.
- **Fronto-limbická diskonektivita jako marker rizika bipolární afektivní poruchy?** – Brunovský M.

### 12.50–13.40 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

### 13.40–14.40 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Atopická dermatitida pohledem dermatologa** – Litvik R.
- **Retrospektivní vyhodnocení terapie ACT u kojenců** – Palaščáková Špringrová I.
- **Epigenetika a význam tuků ve výživě kojenců a batolat** – Boženský J.

### 14.40–16.00 UROLOGICKÉ PŘÍPADY DĚTÍ

Garant doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

- **Dětská andrologie pro praxi** – Skalka R.
- **Dětská inkontinence** – Šarapatka J.
- **Diagnostika a léčba novorozenecké a kojenecké hydronefrózy** – Šmakal O.
- **Doporučení pro diagnostiku a léčbu dětí s nočním pomočováním** – Flögelová H.

### 16.00–16.20 PŘESTÁVKA

### 16.20–17.30 ÚSKALÍ FARMAKOTERAPIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Garantka PharmDr. Marie Zajícová

- **Atopický ekzém a současné farmakoterapeutické možnosti, včetně magistraliter přípravků** – Voláková J.
- **Substituce železem, možnosti i úskalí léčby** – Novák Z.
- **Léčba dětí antimikrobními léčiv – pohled klinického farmaceuta** – Thomson P.

### WORKSHOP – ČTVRTEK 16. února

Salonek Silver

### 15.00–16.00 Akrální koaktivační diagnostika u kojenců – PhDr. Mgr. Ingrid Palaščáková Špringrová, Ph.D.

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

Vstup volný, kapacita omezena.

## Pátek 17. února

**8.30–9.30 OD TITRITID K CRPITDÁM** – MUDr. Zuzana Blechová, MUDr. Václava Adámková

**IP** ■ Diskuzní interaktivní blok

**9.30–10.50 KDO TU ŽIJE S NÁMI ANEB PARAZITI POD LUPOU**

- **Svrab** – Zímová J.
- **Importované parazitární nemoci** – Hozáková L.
- **Co všechno v nás žije: lidský mikrobiom a eukaryom** – Lukeš J.

**10.50–11.20 PŘESTÁVKA**

**11.20–12.20 VARIA**

- **Recidivující respirační infekce aneb co nám řekla „ERICA“** – Kopřiva F.
- **Vliv kolagenových injekcí a lipozomálního vitamínu C na artrózu** – Staňa J., Procházka Z.
- **Možnosti využití adaptogenů při zvládnání stresu** – Vranová V.

**Satelitní sympozium GlaxoSmithKline**

- **EPI situace klíčové encefalitidy v ČR a možnosti prevence** – Zajíčková J.

**12.20–13.20 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI**

- **Aktuální problémy a výhledy pro rok 2017** – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

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

**IP** interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

## TIRÁŽ

### IV. KONGRES PEDIATRŮ V OSTRAVĚ

16.–17. února 2017 | Clarion Congress Hotel Ostrava

#### Pořadatel

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

#### Záštitu

Klinika dětského lékařství LF OU a FN Ostrava

#### Prezident akce

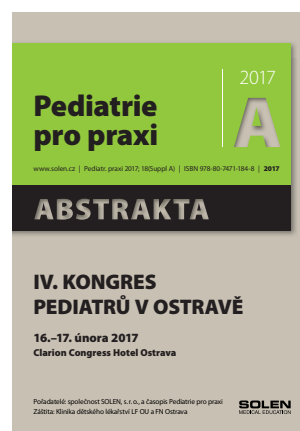
doc. MUDr. Michal Hladík, Ph.D.

#### Organizátor

SOLENS, 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.



Supplementum A Pediatrie pro praxi

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

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

ISBN 978-80-7471-184-8

# Ribomunyl

## RIBOZOM-KOMPONENTNÍ IMUNOMODULÁTOR

- Prevence opakovaných infekcí respiračního traktu u dětí, které mají vyšší počet epizod, než se očekává v daném věku<sup>1</sup>
- Dobře zdokumentovaná klinická účinnost<sup>2</sup>
- Dobrý profil bezpečnosti a snášenlivosti<sup>2</sup>



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

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

### ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNY granule

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

Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Lék je částečně hrazen z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplným zněním SPC.

### Určeno pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MÉDICAMENT, s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9.

E-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.



## Sportovní medicína u dětí

garant doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA

čtvrtek / 16. února 2017 / 9.05–10.15 hod.

### Legislativní aspekty posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu v ordinaci PLDD

**doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA**

ReFit Clinic s. r. o, Olomouc

Nemocnice Frýdek-Místek, Sportovní ambulance

Ústav Rehabilitace, LF Ostravská Univerzita

Prezentace přináší komplexní souhrn aktuálně platné legislativy posuzování zdravotní způsobilosti, závazné pro registrující lékaře od ledna 2014. Vychází ze zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, a vyhlášky č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu.

Legislativní podmínky nyní upravují dva základní právní dokumenty. Jsou to zákon č. 373/2011 Sb. (dále jen zákon), o specifických zdravotních službách (§ 51 a 52), a vyhláška č. 391/2013 Sb. (dále jen vyhláška), o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, která nabyla účinnosti 31. prosince 2013 (1, 2). § 51 platného zákona stanoví kompetence a požadovanou odbornost lékaře k posuzování zdravotní způsobilosti k:

- tělesné výchově v rámci vzdělávacích programů a uvolnění z vyučování v předmětu tělesná výchova a ke sportu – posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel, pro děti tedy PLDD;
- výkonnostnímu sportu v organizovaných sportovních soutěžích – posuzuje a lékařský posudek vydává registrující poskytovatel (PLDD) nebo poskytovatel se specializací v oboru tělovýchovné lékařství (TVL) (nikoliv sportovní lékaři či oddíloví lékaři bez odbornosti TVL);
- vrcholovému sportu, ke sportovní reprezentaci státu a její přípravě – posuzuje a lékařský posudek vydává poskytovatel se specializací v oboru TVL; vrcholovým sportem se pro účely tohoto zákona rozumí oblast sportu, která zahrnuje státní sportovní reprezentaci a přípravu talentovaných sportovců k reprezentaci, kterými jsou členové rezortních sportovních center nebo sportovních center mládeže či jiných obdobných zařízení pro přípravu sportovců.

Za posudkový závěr odpovídá lékař (PLDD nebo TVL lékař), který sportovní prohlídku potvrdil. Odpovědnost za absolvování této tělovýchovně lékařské prohlídky však vždy nese samotný sportovec. Pokud sportovec nemá platnou prohlídku v souladu s výše uvedenými zásadami, za případné poškození zdraví nebo smrt při organizovaném sportu nese odpovědnost jeho sportovní svaz, organizátor soutěže nebo rozhodčí.

### Možná rizika nadměrné pohybové aktivity v dětském věku

**doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA**

ReFit Clinic s. r. o, Olomouc

Nemocnice Frýdek-Místek, Sportovní ambulance

Ústav Rehabilitace, LF Ostravská Univerzita

V posledních desetiletích v důsledku změny životního stylu podstatně klesá u dětí množství pohybu, přestože se genetické vybavení jedince, a tedy i jeho potřeba nemění. Narůstá incidence onemocnění způsobených nedostatkem pohybové aktivity, např. obezita. Na druhou stranu se stále častěji můžeme setkat s problémy spojenými s intenzivní fyzickou aktivitou sportujících dětí a adolescentů. Zdravotní komplikace mohou vznikat v důsledku dlouhodobě kvantitativně nebo kvalitativně neadekvátní zátěže, užívání zakázaných látek – doping, nežádoucích účinků potravinových doplňků nebo v důsledku rozvoje poruch příjmu potravy. Spolupráce praktických dětských



lékařů pro děti a dorost s tělovýchovnými lékaři je obzvláště důležitá, především vzhledem k prevenci náhlých úmrtí mladých sportovců.

**Funkční poruchy pohybového aparátu** bývají často příčinou dlouhodobých bolestí sportovců a mohou vést k rozvoji trvalých morfologických poškození. Primárním důvodem jejich vzniku není organická, strukturální příčina, ale chybná řídicí funkce, může se jednat např. o omezení hybnosti kloubu, zvýšení či snížení napětí svalu, poruchu pohybového stereotypu apod.

**Syndrom přetrénování.** Kvantitativně nebo kvalitativně dlouhodobá zátěž bez adekvátní regenerace může vést u rostoucího dětského organismu k řadě nežádoucích zdravotních komplikací, označovaných jako syndrom přetrénování (overtraining). Tento stav lze charakterizovat především poklesem sportovní specifické výkonnosti a současně poruchami, a to jak v regulaci fyziologických funkcí, tak i psychické oblasti. Při akutním přetížení, ale bez přiměřeného zotavení se překročí adaptační schopnosti sportovce a dochází k přepětí (overreaching).

**Užívání zakázaných látek.** Nepřiměřená touha po vítězství obvykle ovlivněná velkou komercializací sportu a snahou o co nejvyšší finanční zisky vedou stále častěji sportovce ke zneužívání zakázaných látek nebo metod, které urychlují a zvyšují výkonnost v rozporu s morálními a etickými principy sportovního tréninku a sportovního chování, k tzv. doppingu.

**Užívání potravinových doplňků.** Na rozdíl od doppingu se nejedná o zakázané látky. Tyto preparáty jsou volně prodejné a dětem i adolescentům snadno dostupné. Cílem jejich užívání je především nárůst svalové hmoty, svalové síly, urychlení regenerace a intenzivnější spalování tuků.

**Poruchy příjmu potravy.** V posledních dvaceti letech byla publikována řada studií prokazujících zvýšenou incidenci poruch příjmu potravy (PPP) mezi sportovci. Podobně jako je tomu u nespoutující populace také u sportujících mužů jsou méně časté než u sportujících žen, kde se mohou vyskytovat samostatně nebo současně s amenoreou a osteoporózou jako tzv. female athlete trias – triáda sportovkyně. Nejčastěji se PPP vyskytují u sportů, kde je nízké procento tuku výhodou a kde je podstatná estetika pro hodnotící (bodovací) proces, tj. krasobruslení, tanec, gymnastika, kulturistika.

Je velmi důležité podporovat v dětech zájem o sport a vést je k aktivnímu životnímu stylu, ale měli bychom při jejich zatěžování respektovat specifika dětského organismu.

## Dětská psychiatrie

garant MUDr. Jaroslav Matýs

čtvrtek / 16. února 2017 / 10.35–12.50 hod.

### **Anorexie, bulimie, bigorexie, drunkorexie, ortorexie, pregorexie..., kdy je „zdravý životní styl“ nebezpečný**

doc. MUDr. Michal Hladík, Ph.D.

Klinika dětského lékařství LF OU a FN Ostrava

V našich zeměpisných šířkách není problém se snadným přístupem k potravě. Pokud je spojen s nedostatkem aktivního pohybu, vede ke stoupající incidenci a prevalenci nadváhy a obezity. V jedné době ale také sílí tlak na praktikování nejrůznějších diet, na zavádění racionální výživy a na zdravé stravování. Roste počet těch, kteří jsou výrazně nespokojeni se svou postavou nebo mají abnormální stravovací návyky. Při příjmu potravy tak dochází k extrémům, které vedou k ohrožení zdraví a někdy i života. Pokud různé nekonvenční přístupy ke stravování nenarušují psychologickou, sociální či tělesnou integritu jedince, jedná se o neškodný výstřelek. Patří sem například „dieta živé vody“ (tělo je tvořeno ze 70 % vodou, takže i 70 % potravy má být rozpuštěno ve vodě), trofologie (30–40 minut před jídlem nalačno ovoce jako příprava žaludku), diety podle krevních skupin, alkalická dieta (méně než 30 % kyselých složek v potravě) atd. U narůstajícího počtu lidí ale dochází k překročení širší normy směrem k obsesivnímu – nutkavému jednání k dosažení zamýšleného „zdravého“ cíle.

Pediatr se angažuje při somatickém dyskomfortu dítěte s podezřením na psychogenní poruchu příjmu potravy v diferenciální diagnostice maligních a autoimunních onemocnění, endokrinních, kardiálních a hepatálních chorob, malabsorpčních. Pediatrická pracoviště také kompenzují metabolické rozlady u podvyživených, psychiatrem diagnostikovaných pacientů před jejich předáním do psychiatrické léčebny. K poruchám příjmu potravy se kromě známé mentální anorexie a bulimie řadí relativně nové typy poruch příjmu potravy, které jsou ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako mentální anorexie a bulimie: **bigorexie** (snaha o nárůst svalové hmoty), **pregorexie** (snaha zůstat štíhlou během těhotenství), **drunkorexie** (méně potravy umožní příjem více kalorií v alkoholu) a **ortorexie** (posedlost zdravou výživou). Na anorexii umírá 5,86‰ nemocných, na bulimii 1,93‰ a na ostatní poruchy 1,92‰ postižených.

Sdělení přibližuje uvedené poruchy s cílem seznámit s nimi pediatrickou veřejnost.

### Anorexie

**MUDr. Kristýna Mílková Pavlíková**

Lékařská fakulta OU, Pedopsychiatrická ambulance PO FN Ostrava,

Soukromá pedopsychiatrická ambulance, Poliklinika Kostelní Ostrava

Poruchy příjmu potravy (PPP) se řadí mezi závažná duševní onemocnění. Mentální anorexie (MA) je charakterizována vědomým udržováním hmotnosti nejméně pod 15% předpokládané váhy vzhledem k věku a výšce. Hodnota Body Mass Indexu (BMI) u dospělé populace je pod 17,5. Ztráta váhy je dána aktivním vyhýbáním se jídlům po kterých „se tloustne“, excesivním cvičením nebo zvracením. Je přítomna zkreslená představa o vlastním těle, obavy z tloušťky. Součástí je rozsáhlá endokrinní porucha se sekundární amenoreou či opožděným nástupem puberty. Nejčastější výskyt je u žen a dívek ve věku 13–20 let. Etiologie mentální anorexie je multifaktoriální, hovoříme o bio-psycho-sociální příčině potíží. PPP je psychiatrická diagnóza, diagnózu stanovuje a léčbu vede psychiatr. Péče pro klienty musí být však komplexní a nezastupitelnou roli kromě psychiatra a psychologa má i somatický lékař (pediatr, gynekolog, endokrinolog apod.) a nutriční terapeut. Cílem léčby je navodit spolupráci pacienta i rodiny, normalizovat jídelní režim a váhu k obnovení fyziologických funkcí. Nutností je změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajícího se příjmu potravy a vzhledu. Je snaha o stabilizaci rodinného systému a vrstevnických vztahů. Často je nutno léčit i přidružené duševní potíže jako depresivní a úzkostné stavy. Diferenciálně diagnosticky musíme vyloučit somatickou etiologii potíží a léčit možné komplikace spojené s malnutricí. Léčba bývá primárně psychoterapeutická a režimová. Probíhá většinou v ambulanci dětského nebo dospělého psychiatra. V těžkých případech se nevyhneme ústavní psychiatrické péči. Použití psychofarmak není metodou první volby. Psychofarmaka užíváme k léčbě přidružených potíží jako jsou deprese a úzkostné stavy nebo v „off label“ indikaci u těžkých forem MA. V ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost je nutno pomýšlet na tyto duševní potíže, a to nejen u děvčat v rizikovém vývojovém období. Je nutnost také umět rozpoznat první varovné příznaky a brzkým odesláním k odborné péči zabránit chronifikaci potíží. Včasná léčba bývá efektivní s lepším prognostickým závěrem.

### Schizofrenie

**doc. MUDr. Eva Malá, CSc.**

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN

Slovo psychóza pochází z řečtiny. Skládá se ze slova psyché, což znamená duše člověka, a z koncovky -óza, kterou se označuje nemoc.

Pojem jako takový nemá hlubokou historii (1847 básník a psychiatr Ernst von Feuchtersleben takto označil onemocnění dříve zvaná šílenství).

Přesto historie nemoci duše je tak stará, jako samo lidstvo – schizofrenii nevyjímaje. I když její název pochází až z roku 1911, kdy P. E. Bleuler razí koncept schizofrenie. Popisuje rozpolcenou osobnost, u které lze diagnostikovat ambivalenci, autismus, poruchu asociací a afektů (Bleulerovy 4 A).



V prezentaci je probrána kazuistika 15letého adolescenta s dg. schizofrenie, kde příznaky jsou zpracovány dle K. Conrada a pak dle MKN-10 (pomocí Schneiderových symptomů 1. řádu). K. Conrad popsal průběh schizofrenního onemocnění jako fragmentaci, která má stadia trémy, apofanie, apokalypsy, konsolidace a rezidua.

## Úzkost nebo dětská mánie? Na co musíme myslet při posuzování rizika bipolární afektivní poruchy

MUDr. Michal Goetz, Ph.D.<sup>1,2</sup>, MUDr. Antonín Šebela<sup>3,4</sup>,  
MUDr. Markéta Mohaplová<sup>2,4</sup>, MUDr. Silvie Čerešňáková<sup>3,4</sup>,  
doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.<sup>4</sup>, MUDr. Tomáš Novák<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>2. LF UK, Praha

<sup>2</sup>Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha

<sup>3</sup>Národní ústav duševního zdraví, Klecany

<sup>4</sup>1. LF UK, Praha

<sup>5</sup>3. LF UK, Praha

**Úvod:** Bipolární afektivní porucha (BAP) je celoživotní onemocnění, jež významně narušuje kvalitu života a zvyšuje riziko pro další psychická a somatická onemocnění. Téměř třetina dospělých s BAP uvádí výskyt prvních obtíží před 13. rokem věku, správná diagnóza ovšem může být opožděna až o 16 let. Jedním z vysvětlení pro tento dlouhý časový interval je, že u významného procenta pacientů s BAP předchází výskytu typického syndromu v dospělosti neafektivní, nebo subsyndromální afektivní poruchy během dětství a adolescence. Vzhledem k tomu, že některá psychofarmaka mohou zhoršit průběh BAP, je nezbytné zjistit, jak včas identifikovat dítě či adolescenta na vývojové linii k tomuto onemocnění. V etiologii BAP se uplatňují především genetické faktory. Potomci prvního stupně jedince s BAP mají až 10x vyšší než populační riziko, že se u nich onemocnění také rozvine. Prospektivní sledování potomků rodičů s BAP (PVR) je proto přístupem volby, jak studovat první projevy zhoršení duševního stavu, časné specifické klinické projevy a biomarkery poruchy. V ČR dosud chyběl longitudinální výzkum poruch nálady u pediatrické populace. Stejně tak není zavedeno systematické sdílení údajů o pacientech mezi dospělou a dětskou psychiatrií. Neměli jsme tudíž možnost korigovat klinickou praxi na základě konzistentních průběhových poznatků. V roce 2012 byl proto zahájen projekt „Ranné markery bipolární afektivní poruchy: od genetického rizika k prvním symptomům“, jenž je koncipován jako longitudinální studie potomků v riziku BAP a probíhá od roku 2012 na DPK FN Motol a v NUDZ v Klecanech. Aktuální příspěvek uvádí výsledky průřezového zhodnocení psychopatologie a kvality života.

**Metodika:** 43 potomků (věk 6–18 let) rodičů s BAP (dle Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version, SADS-PL) a 43 věkem a pohlavím párovaných potomků rodičů bez psychiatrické poruchy jako kontrol bylo vyšetřeno pomocí semi-strukturovaného interview Kiddie SADS-PL. Screening poruch nálady: General Behavior Inventory (GBI). GBI je původně sebesposuzovací dotazník pro hodnocení unipolárních a bipolárních poruch nálady u dospělých, následně vznikla verze pro rodiče (Parent-GBI). Dotazník obsahuje 73 otázek na výskyt, intenzitu a trvání symptomů poruch nálady. Screening úzkostných poruch: Sebesposuzovací a rodičovská verze The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. Obsahuje 41 otázek na symptomy úzkostných poruch dle DSM-5. IQ bylo orientačně měřeno Ravenovým testem progresivních matric. Kvalita života (Quality of Life, QoL) byla hodnocena sebesposuzovacím dotazníkem KIDSCREEN. Vychází z multidimenzionálního konstruktů QoL zahrnujícím fyzické, emoční sociální a behaviorální komponenty životní pohody a fungování. Porovnání demografických a klinických údajů mezi PVR a kontrolami byla provedena pomocí nepárového t-testu a Mann-Whitneyho testu, chí-kvadrát testu a Fisherova přesného testu. Rozdíly mezi skupinami ve výskytu DSM-5 diagnóz byly dále analyzovány logistickou regresí se zahrnutím potenciálně matoucích proměnných jako je soužití s oběma rodiči, další psychopatologie u rodičů, vzdělání rodičů, anamnéza traumatu u potomka, více dětí v rodině.

**Výsledky:** Rodiny s BAP byly méně často než u kontrol kompletní (47 % vs. 76 %;  $p = 0,02$ ), byl v nich častější abúzus návykových látek ( $p = 0,05$ ), matky dosáhly nižšího vzdělání ( $p = 0,001$ ). Většina BAP rodičů trpěla BAP I. typu (74 %), třetina byla léčena lithiem, psychotické symptomy se vyskytly u 25 %. Potomci v riziku a kontrolní se nelišili v IQ ( $115 \pm 16$  vs.  $116 \pm 14$ ;  $p = 0,68$ ). Třicet sedm PVR (86 %) a 18 kontrol (42 %) naplnilo kritéria pro alespoň jednu duševní poruchu (Fisherův přesný test  $p < 0,001$ ; OR = 7,20; 95 % CI: 2,27–22,81). Celoživotní prevalence poruchy nálady byla vyšší PVR (33 % vs. 2 %,  $p < 0,001$ ; OR = 13,05; 95 % CI: 1,41–120,60). Zaznamenali jsme pět případů BAP u PVR. Průměrný věk první epizody poruchy nálady byl  $12,0 \pm 2,5$  let, první deprese  $9,8 \pm 3,6$  let, první mánie  $12,3 \pm 3,4$  let. Úzkostné poruchy byly signifikantně častější u PVR v porovnání s kontrolami (60 % vs. 14 %;  $p < 0,001$ ; OR = 9,69; 95 % CI: 2,75–34,31). Signifikanční rozdíly mezi skupinami byly zjištěny pro ADHD (26 % vs. 5 %;  $p = 0,01$ ), ale významnost nepřekročila kontrolu pro neúplnost rodiny, psychopatologii mimo BAP u rodičů, vzdělání rodičů, trauma u dítěte (OR = 5,23; 95 % CI: 0,90–30,24;  $p = 0,06$ ). Kvalita života byla snižena u PVR v několika doménách: fyzická pohoda ( $p = 0,02$ ), vztahy s vrstevníky ( $p = 0,01$ ), vztahy s rodiči ( $p = 0,008$ ).

**Závěr:** V souladu s literaturou jsme zjistili, vysokou prevalenci úzkostného a afektivního spektra duševních poruch u vysoce rizikových potomků rodičů s BAP. Ačkoliv se u většiny PVR jednalo o první psychiatrické vyšetření, anamnéza jejich obtíží byla několikaletá. Psychiatři pro dospělé by měli do protokolu vyšetření zahrnout otázky na psychopatologii u potomků svých pacientů s BAP. Tím by mohla zkrátit latence mezi prvními významnými symptomy duševní poruchy u potomků a adekvátní léčbou.

*Práce byla podpořena granty: IGA NT 13337–4/2012; projekt MZ ČR pro koncepční rozvoj výzkumné organizace 00064203 (FN Motol, Praha); ED2.1.00/03.0078*

### Fronto-limbická dyskonektivita jako marker rizika bipolární afektivní poruchy?

MUDr. Martin Brunovský, Ph.D.<sup>1,2</sup>, Mgr. Michaela Viktorinová, MSc.<sup>1,2</sup>,  
MUDr. Tomáš Novák, Ph.D.<sup>1,2</sup>, MUDr. Antonín Šebela,<sup>1</sup>  
prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.<sup>1,2</sup>, MUDr. Michal Goetz, Ph.D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Národní ústav duševního zdraví, Klecany

<sup>2</sup>Klinika psychiatrie a lékařské psychologie, 3. LF UK, Praha

<sup>3</sup>Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

**Úvod:** Bipolární afektivní porucha (BAP) vykazuje řadu morfologických změn šedé a/nebo bílé hmoty mozku, mozkového metabolismu a neuronální aktivity. Studie založené na analýzách klidové EEG aktivity u pacientů s BAP nalézají zejména zvýšení theta a delta aktivity a nižší zastoupení alfa vln, přičemž tyto změny přetrvávají také v euthymických fázích BAP. Hlavním cílem naší studie byla snaha o identifikaci elektrofyziologických charakteristik (stanovení potenciálních QEEG biomarkerů) u potomků rodičů s BAP ve srovnání s kontrolní skupinou za použití metod hodnotících distribuci zdrojů neuronální aktivity a kortikální konektivitu.

**Metodika:** Studie se účastnilo 34 dětí rodičů s BAP (21 chlapců, 13 dívek, průměrný věk:  $12,46 \pm 3,04$  let) a 34 věkově a pohlavně odpovídající kontrolních subjektů (21 chlapců, 13 dívek, průměrný věk:  $12,59 \pm 2,94$  let), kteří byli rekrutováni z Prague Bipolar Offspring Study (potomci rodičů s BAP) a místních škol (kontrolní skupina). EEG záznamy byly natáčeny pomocí EEG čepice s 21 elektrodami, po dobu 10 min v klidovém, relaxovaném stavu se zavřenými očima. Lokalizace meziskupinových rozdílů v neuronální aktivitě (kortikální 3D distribuce proudových hustot) a kortikální konektivité byly stanoveny pomocí metody exact low-resolution brain electromagnetic tomography (eLORETA).

**Výsledky:** Statistická srovnání eLORETA obrazů odhalila významné snížení kortikálních zdrojů (proudových hustot) v alfa-1, beta-1, beta-3 a gama pásmu u skupiny potomků rodičů s BAP ve srovnání s kontrolami. Významné snížení alfa-1 zdrojů bylo pozorováno bilaterálně v medialním a horním temporálním gyru (BA42,22,21), levostranném fusiformním gyru (BA37) a v bilaterální para-

hipokampální oblasti. Ve frekvenčních pásmech beta-3 a gama byly významné změny pozorovány v oblastech zahrnujících části předního cingula (BA24,31), jakož i části mediální frontální mozkové kůry (BA6,31). Zdroje Beta-1 aktivit byly významně sniženy v poměrně rozsáhlé oblasti zahrnující výše uvedené oblasti (BA6,31), jakož i bilaterální cuneus (BA18,19), horní parietální lalok a precuneus (BA7). Signifikantní snížení kortikální konektivity bylo u potomků rodičů s BAP pozorováno v alfa1 pásmu mezi levostranným (BA21,22) a pravostranným temporálním lalokem (BA38), DLPFC (BA46) a orbitální areou (BA47). BA38 vpravo navíc vykazovala nižší konektivitu s homologní oblastí vlevo a také s levostrannými temporálními oblastmi (BA40,41). Naopak, u rizikových potomků byla nalezena zvýšená konektivita v pravé hemisféře mezi frontální oblastí BA6 a insulou (BA13) a temporálním lalokem (BA20,22,41,42).

**Závěr:** Nalezené rozdíly u skupiny potomků rodičů s BAP (pokles zdrojů excitační beta a gama aktivity v temporálních a mediofrontálních oblastech a v oblasti cingula) může společně s dyskonektivitou frontotemporálních a limbických oblastí odrážet časný neurofyziologický vulnerabilní marker pro BAP. Integrace výsledků této studie s genetickými, biochemickými, neurovizuálními a behaviorálními nálezy může přispět k objasnění časných markerů BAP.

*Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. AZV 15–33250A a projektu „Udržitelnost pro Národní ústav duševního zdraví“, č. LO1611, za finanční podpory MŠMT v rámci Národního programu udržitelnosti I (NPU I).*

## Aktuality v pediatrii

čtvrtek / 16. února 2017 / 13.40–14.40 hod.

### Retrospektivní vyhodnocení ACT u kojenců

**PhDr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D.<sup>1,2</sup>**

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

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

Plagiocefalie je nesespecifický termín označující asymetrický tvar hlavičky u kojenců. Dále je dělena na deformační, polohovou nebo nesynostotickou plagiocefalii (NSP). Nesynostotická plagiocefalie je onemocnění, kdy se zadní část hlavy dítěte vlivem externích sil vyvíjených na měkkou část lebky změní buď v prenatalním období, nebo postnatálním období. První 4 měsíce jsou pro NSP získaného po porodu rozhodujícím obdobím. K asymetrickému tvaru lebky kojenců řadíme také kraniofaciální asymetrii, která je definována jako jakákoliv asymetrie lebky dítěte v průběhu těhotenství nebo po narození. Potencionální rizikové faktory okcipitálního zploštění hlavy u dětí rozdělujeme na perinatální, dětské faktory a faktory týkající se péče o dítě. Další rizikové faktory jsou sociodemografické a socioekonomické. Následkem asymetrického tvaru lebky je často i výrazně asymetrický obličej, který je často vnímán jako méně atraktivní a na psychosociální vývoj může mít vážné následky. Vzhled dítěte je jednou z pěti charakteristik, které mají vliv na upevnění mateřské role.

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

Principem Akrální koaktivační terapie (ACT) je integrace a následně fixace pohybových vzorů přes opěrnou a vzpěrnou funkci aker u kojenců a dospělých. Metoda respektuje motorická stadia vývoje dítěte. Terapeut aplikuje exteroceptivní techniky a pohybové vzory, které napomáhají ke korekci asymetrie kraniofaciální, pohybové a polohové.

V přednášce budou prezentovány retrospektivní výsledky Akrální koaktivační terapie z fyzioterapeutických pracovišť, která hodnotila terapii ACT u kojenců s kraniofaciální asymetrií, predilekcí hlavičky a plagiocefalií. Data byla vyhodnocena z let 2015–2016.

## Urologické případy dětí

garant doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

čtvrtek / 16. února 2017 / 14.40–16.00 hod.

### Dětská andrologie pro praxi

MUDr. Radim Skalka

FN Ostrava, Urologické oddělení

Dětská andrologie se zabývá onemocněním genitálu u chlapců. Do oblasti jejího zájmu spadá řada vrozených vad i získaných onemocnění u pacientů od novorozeneckého věku až po adolescenci. Při diagnostice a léčbě těchto onemocnění je potřeba zvládat obavy rodičů o budoucí sexualitu a fertilitu potomka a také strach a ostych samotných pacientů. Tato specifická problematika vyžaduje specializovaný přístup dětského urologa. Jako první se ovšem s těmito pacienty setkává pediatr, který musí posoudit závažnost a naléhavost stavu a pacienta odeslat ke specializovanému vyšetření. Pro lepší orientaci v problematice uvádíme diagnostické algoritmy a terapeutické postupy u retence varlete, fimózy, syndromu akutního šourku, hypospadie a varikokély.

**Závěr:** Spolupráce pediatra s dětským urologem je nezbytná při řešení dětských pacientů s andrologickou problematikou.

### Dětská inkontinence

MUDr. Jan Šarapatka

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Vyšetření dítěte s pomočováním provádí primárně praktický lékař pro děti a dorost. Pomocí základního vyšetření by měl odlišit děti s nočním pomočováním a urgentní inkontinencí. U dětí s funkční poruchou by měl praktický lékař také zahájit léčbu. K urologovi odesílá praktický lékař pacienta v případě, že má při vstupním vyšetření podezření na anatomickou patologii urotraktu, neurologickou poruchu, pokud jsou známky dysfunkční mikce, subvezikální obstrukce nebo při recidivujících infekcích močových cest. Pokud i přes základní terapii přetrvává noční pomočování déle než 12 měsíců nebo jsou přítomny příznaky hyperaktivního měchýře déle než 3–6 měsíců, je taktéž vhodné předat dítě do specializované ambulance. Při vstupním vyšetření urolog opětovně vyhodnotí anamnézu, mikční diář a dále provede fyzikální vyšetření a ultrazvuk (UZ) při plném a prázdném močovém měchýři, včetně UZ postmikčního rezidua a změření šíře stěny močového měchýře. Základní vyšetření doplňuje o uroflowmetrii, při známkách dysfunkční mikce nejlépe současně s EMG záznamem. Při patologickém nálezu zjištěném při základním vyšetření indikuje urolog rozšířená vyšetření k přesnému stanovení diagnózy a k volbě adekvátní terapie. Mezi ně patří mikční cystoureografie, cystouretroskopie a videourodynamické vyšetření. Na základě rozšířených vyšetření určí urolog typ poruchy močení a zhodnotí funkci detruzoru se sfinkterem, což umožní další cílenou léčbu. Rozšířená vyšetření jsou invazivní nebo i spjatá s radiační zátěží. Proto je obecně provádíme u stavů, kdy získaný nálezy může významně ovlivnit další strategii léčby – terapii alfablokátory, aplikaci botulotoxinu, endoskopický výkon na hrdle močového měchýře, zahájení čisté intermitentní katetrizace (ČIK) nebo provedení augmentační operace.

# JE TO V KŮŽI,

KDE BIODERMA  
OBJEVILA ŘEŠENÍ,  
JAK OBNOVIT JEJÍ  
OCHRANNOU BARIÉRU.



## Atoderm Intensive

INTENZIVNÍ PROTISVĚDIVÁ  
A OBNOVUJÍCÍ PÉČE  
PRO VELMI SUCHOU  
A PODRÁŽĚNOU KŮŽI

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

# BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



## Diagnostika a léčba novorozenecké a kojenecké hydronefrózy

doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

V současnosti je většina dilatací kalichopánvičkového systému (KPS) – hydronefróz zachycena při prenatálním ultrazvukovém (UZ) vyšetření s výskytem 0,6–4,5%. Další diagnostika určí, zda je příčinou dilatace obstrukce v pelviureterální nebo ureterovezikální junkci, vezikoureterální reflux (VUR) nebo se jedná o nezávažnou dilataci, která nevede k poškození ledviny. Přejídná dilatace KPS, která při UZ sledování vymizí, se vyskytuje téměř v 50%, fyziologická dilatace nepoškozující ledvinou funkci v 10–15%. Nejčastější obstrukční uropatii s 11% představuje obstrukce pelviureterální junkce. Vezikoureterální reflux je příčinou hydronefrózy asi v 9%.

V diagnostice dilatace KPS (hydronefrózy) je u dětí nejvíce využívána ultrasonografie a MAG3 scintigrafie ledvin. Závažnost poruchy odtoku moče z KPS se posuzuje hodnocením vývoje ultrazvukových a radionuklidových nálezů a většinou vyžaduje určité období sledování. Při UZ sledování vývoje hydronefrózy je interval vyšetření (2–4 týdny až 3 měsíce) závislý na věku pacienta, stupni dilatace, ztenčení ledvinového parenchymu, stavu kontralaterální ledviny a klinickém průběhu. Při standardizovaném UZ vyšetření se hodnotí stupeň dilatace (I–IV), průměr pánvičky v příčné projekci, redukce parenchymu nad středním kalichem a délka ledviny.

Provedení MAG3 scintigrafie indikujeme při dilataci IV. stupně s redukcí parenchymu pod 50% síly parenchymu kontralaterální ledviny nebo při dilataci III. či IV. stupně s dilatací močového nad 10 mm. Další indikací vyšetření je progresivní velikost ledviny, dilatace nebo ztenčení parenchymu v průběhu UZ kontrol.

Mikční cystoureografie (MCUG) je v současné době indikována u novorozenců a kojenců s hydronefrózou: s ultrazvukovým podezřením na chlopuň zadní uretry, při nálezů dilatovaného močového, při duplexní ledvině nebo po prodělané akutní pyelonefritidě. Další indikací je nález ureterokély, oboustranná dilatace pánvičky s dilatací kalichů nebo malá ledvina zvláště spojená s hyperechogenitou parenchymu.

Vývoj ultrazvukového nálezu, průkaz obstrukce nebo refluxu a klinický obraz určuje volbu léčby. Podmínkou pro neoperační postup je vyloučení obstrukce nebo vysokostupňového VUR a dobrý klinický průběh bez symptomatických močových infekcí. Základem konzervativní léčby je aktivní UZ sledování vývoje dilatace, většinou s ATB profylaxií a kontroly klinického stavu. Při zhoršení UZ ukazatelů s podezřením na vývoj obstrukce je indikováno provedení kontrolní MAG3 scintigrafie. Při selhání konzervativní léčby kojenecké hydronefrózy nebo při průkazu urodynamicky významné obstrukce případně vysokostupňového VUR s nepříznivými prognostickými parametry je indikováno operační řešení – od derivačních výkonů po rekonstrukční operace.

## Úskalí farmakoterapie u dětí a dospívajících

garantka PharmDr. Marie Zajícová

čtvrtek / 16. února 2017 / 16.20–17.30 hod.

### Atopický ekzém a současné farmakoterapeutické možnosti, včetně magistraliter přípravků

PharmDr. Jindřiška Voláková

Nemocniční lékárna Fakultní nemocnice Hradec Králové

Atopická dermatitida (AD) je zánětlivá, svědivá, chronicky recidivující onemocnění kůže, které zejména u závažných forem významně zasahuje do kvality života dětských i dospělých pacientů a jejich rodin. Jedná se o časté onemocnění, ve vyspělých zemích postihuje až 20% dětí a 2–5% dospělé populace.

AD byla donedávna považována za klasické alergické/atopické onemocnění s projevy na kůži. Pokrok v molekulárně biologických, genetických a imunologických metodách však přinesl



překvapivé objevy v etiopatogenezi tohoto onemocnění a potvrdil, že se beze vší pochybnosti jedná o systémovou poruchu. Tento posun v porozumění patofyziologie AD se následně promítl i do léčby tohoto onemocnění, zejména z hlediska pochopení významu komplexnosti terapie a multioborového přístupu. Objevy podstaty poruchy kožní bariéry poukázaly na zcela zásadní význam emoliencií a opodstatnily význam udržovací léčby emoliencii nejen pro snížení frekvence exacerbací a prevenci fixace chronického zánětu, ale i sensibilizace. V poslední době se věnuje větší pozornost tzv. proaktivní léčbě v podobě pravidelné intermitentní aplikace lokálních kortikosteroidů nebo lokálních inhibitorů kalcineurinu ve snaze minimalizovat nová vzplanutí nemoci a redukovat „neviditelný“ subklinický zánět, jenž je v kůži pacientů s AD přítomen. Tento přístup je v souladu se současnou obecnou strategií léčby alergických onemocnění, která dává jednoznačně přednost preventivnímu tlumení zánětlivých změn, protože se předpokládá, že se tím postupně tlumí pohotovost k patologické reakci a předchází se chronickým nevratným změnám. Stejně jako u mnoha jiných závažných diagnóz, i u AD dochází k intenzivnímu výzkumu na poli cílené léčby, kde se v nedávných letech objevilo několik nadějných molekul.

Cílem přednášky je uvést ve stručnosti současné možnosti farmakoterapie AD a základní léčebný algoritmus tohoto onemocnění, který vychází z nejnovějších mezinárodních doporučení. U jednotlivých skupin léčiv bude věnována pozornost zejména praktickým informacím a taktéž aspektům týkajícím se dětské populace (např. uvedení dermatologických extern rizikových pro dětské pacienty a jejich vhodných alternativ).

## Substituce železem, možnosti i úskalí léčby

**PharmDr. Zdeněk Novák, Ph.D.**

Oddělení klinické farmacie, Lékárna Nemocnice Hořovice

Deficit železa je jedním z nejčastějších nutričních deficitů u dětí i nejčastější příčinou anémie. Incidence anémie z nedostatku železa (sideropenické anémie) je nejvyšší v kojeneckém věku. U dětí ve školním a prepubertálním věku se vyskytuje méně často. Druhý vrchol výskytu je v období puberty s jasnou převahou ženského pohlaví. Vedle hematologických důsledků je zejména v dětském věku nutné věnovat pozornost ostatním funkcím železa jako např. transport kyslíku ve tkáních, enzymové reakce... K faktorům, které se uplatňují při vzniku deficitu železa, patří nejčastěji snížený přísun železa ve stravě, zvýšené požadavky na přísun železa (růst, nezralost, těhotenství...), krevní ztráty a snížená absorpce železa.

Pro hodnocení zásob a stavu metabolismu železa v organismu jsou klíčové parametry: hladina hemoglobinu, počet a charakteristika erytrocytů, šíře distribuce erytrocytů, počet retikulocytů, hladina sérového železa, vazebná kapacita pro železo, feritin, saturace transferinu, sTfR aj.

Železo je absorbováno v duodenu. Jeho absorpce je řízena stavem zásob v organismu a rychlostí erytropoézy. Je absorbováno pouze 4–10% železa obsaženého v potravě. Hemové železo je absorbováno nejrychleji a ve větším množství. Je obsaženo hlavně v mase, včetně drůbežího a rybiho.

Cílem léčby deficitu železa je nejen úprava anémie, ale i doplnění zásob železa. Před zahájením léčby je vždy nezbytné odhalení příčiny, vedoucí ke vzniku anémie a její odstranění.

Substituci je vhodné zahájit dávkou 3–5 mg elementárního železa/kg/den. U kojenců jsou preferovány přípravky ve formě kapek, u batolat sirupy a u větších dětí pak tablety. Správně vedená léčba se zrcadlí v nárůstu retikulocytů, hemoglobinu atd. V opačném případě je nutné vyloučit faktory jako: nespoupráce rodičů, neadekvátní dávka železa, nevyhovující preparát železa, přetrvávající ztráty krve, špatná diagnóza, přítomnost onemocnění interferujícího s absorpcí nebo utilizací železa.

## Vybrané otázky PLDD ohledně léčby antimikrobními léčivy v dětském věku – pohled klinického farmaceuta

PharmDr. Petra Thomson<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinický farmaceut, Nemocniční lékárna FN Hradec Králové,

<sup>2</sup>Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Široká problematika racionální antibiotické preskripce u dětí zahrnuje několik aspektů. Pokud jsou antimikrobní léčivé látky indikovány, je nutné zejména u dětské populace zajistit plný terapeutický potenciál volbou vhodné dávky, lékové formy, zohlednit interakce s potravou, chronickou léčbou a v neposlední řadě vzít v potaz časté nežádoucí účinky, které by mohly ohrozit compliance a úspěch léčby. Toto sdělení přináší informaci o dávkování penicilinových antibiotik v dětské populaci, kdy u jednotlivých léčivých přípravků se stejnou účinnou látkou je několik možností dávkovacích schémat. Dále je pro vybrané skupiny antibiotik diskutována informace o častých nežádoucích účincích, s náhledem do evropské farmakovigilanční databáze EudraVigilance. V neposlední řadě je řešena problematika interakcí vybraných antimikrobních léčiv z pediatrické praxe v kontextu pacienta s chronickou léčbou, jako např. epilepsie, ADHD či kardiovaskulární onemocnění.

### **Pátek 17. února 2017**

*Abstrakta k pátečnímu programu naleznete na stranách 22–26 v abstraktech Medicína pro praxi*



# PEDIATRIE PRO PRAXI

## IV. kongres pediatriů v Ostravě

16.–17. února  
2017

Clarion  
Congress  
Hotel Ostrava

Pořadatel: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi  
Záštitu: Klinika dětského lékařství LF OU a FN Ostrava

### HLAVNÍ PARTNEŘI



### PARTNEŘI

**Akademie klasické homeopatie, spol. s r. o.**

**Alere s. r. o.**

**Angelini Pharma Česká republika s. r. o.**

**Gilead Sciences s. r. o.**

**GlaxoSmithKline, s. r. o.**

**Hero Czech s. r. o.**

**Inpharm s. r. o.**

**Mediclinic a. s.**

**Medindex spol. s r. o.**

**Medingo s. r. o.**

**NAOS CZECH REPUBLIC s. r. o.**

**Nutricia a. s.**

**Odborný léčebný ústav Metylovice**

**Orion Diagnostica – organizační složka**

**Pfizer PFE, spol. s r. o.**

**PIERRE FABRE MEDICAMENT s. r. o.**

**R. K. Studio**

**RosenPharma, a. s.**

**SANDOZ s. r. o.**

**SANOFI PASTEUR vaccine division**

**Schwabe Czech Republic s. r. o.**

**Zentiva společnost skupiny Sanofi**

### MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Pediatrie  
pro praxi



maxdorf

GRADA

proLékaře  
[www.prolekare.cz](http://www.prolekare.cz)

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU