

Pediatric pro praxi

2016

E

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl E) | ISBN 978-80-7471-170-1 | 2016

ABSTRAKTA

II. KONGRES PEDIATRŮ V PRAZE

20.–21. října 2016

Hotel Olympik Tristar, Praha

Pořádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatric pro praxi
pod záštitou Pediatrického oddělení Nemocnice Na Bulovce

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 nezáralým novorozencům a během novorozeneckého období vůbec. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Datum poslední revize textu:** 16.3.2011. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94,186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25° C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Program – čtvrtek 20. října

9.00 ZAHÁJENÍ – MUDr. Ivan Peychl

9.05–10.35 INTENZIVNÍ PÉČE
garant MUDr. Martin Prchlík

- **Závažné krvácení u dětí (vybrané kazuistiky)** – Prchlík M., Heinige P., Fajt M.
- **Závažné trombotické stavy s rozdílnou etiologií (vybrané kazuistiky)** – Heinige P., Prchlík M., Fajt M.
- **Invazivní infekce způsobené zlatým stafylokokem produkujícím P-V leukocidin** – Fajt M., Prchlík M., Heinige P.
- **Cizí těleso v GIT – nový fenomén magnetické kuličky** – Prchlík M., Heinige P., Fajt M.

10.35–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.10 DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE
garantka MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFEPAG

- **Vulvovaginitis u dětí a dospívajících** – Kosová H.
- **Prevalence a incidence genitálních bradavic v české populaci** – Petráš M.
- **Aktuální pohled na problematiku tromboembolické nemoci ve vztahu k hormonální antikoncepci** – Havlín M.

12.10–13.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.10–14.20 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- **MFGM inovace v kojenecké výživě** – Frůhauf P.
- **Kašel v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost** – Pohunek P.
- **Ozvěny kongresu ESPID: současné podání hexavalentních vakcín společně s dalšími vakcínami** – Škaloud P.

14.20–15.30 DĚTSKÁ HEMATOONKOLOGIE
garant MUDr. Vratislav Šmelhaus

- **Klinické projevy a včasná diagnóza sarkomů kostí a měkkých tkání u dětí a dospívajících** – Drahokoupilová E.
- **Spolupráce dětského onkologa s praktickým lékařem pro děti a dorost v dlouhodobém sledování pacientů vyléčených z nádorového onemocnění** – Kruseová J.
- **Autoimunitní cytopenie v dětském věku** – Smíšek P.

15.30–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–17.00 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Satelitní symposium firmy GlaxoSmithKline**
Úspěchy plošného očkování v ČR – Mendlová P.
- **Atopická dermatitida – co nového?** – Jiráková A.
- **Posouzení zrakových funkcí dítěte v rámci služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením** – Herynková M.
- **Tlumení horečky v dětském věku v rámci samoléčby** – Slíva J.

17.00–18.00 VYBRANÉ KLINICKÉ KAZUISTIKY
garant MUDr. Ivan Peychl

- **Periappendikální infiltrát-absces, konzervativní postup** – Harvánek K.
- **Deficit růstového hormonu** – Slavičková D.
- **Velmi komplikovaná apendicitida u 16měsíčního batolete** – Harvánek K.
- **15letý chlapec s růstovým opožděním** – Romanová M., Kociánová B., Votava F.
- **Narodil se chlapec nebo dívka?** – David J., Votava F.

WORKSHOP ČTVRTEK 20. ŘÍJNA – Salonek Tribun

13.00–14.00 Akrální koaktivační diagnostika a terapie v pediatrii – PhDr. Mgr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D., Bc. Eva Baranová, DiS.
Metoda je hrazena pojišťovnou a je akreditována MZČR v rámci certifikovaných kurzů.
Vstup volný, kapacita omezena.

Pátek 21. října

8.00–8.45	RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU – Salonek Tribun Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infekologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.
9.00–10.00	IP ANTIBIOTIKA – POTŘEBA VS. SPOTŘEBA – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová ■ Diskuzní interaktivní blok
10.10–11.00	VARIA ■ Význam vitaminu D v praktické medicíně – Broulík P. Symposium Merck ■ Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05 % – Machaň B. Symposium Sandoz Praha ■ Duševní nepohoda a fytofarmaka – Kotolová H.
11.00–11.30	PŘESTÁVKA
11.30–12.05	OČKOVÁNÍ ■ Klíšťová encefalitida – stále aktuální – Váchalová J. ■ Předcházejte nečekanému aneb vakcinace ohrožených věkových skupin proti pneumokokům – Trojánek M. (Přednášky podpořené firmou Pfizer)
12.05–13.05	Satelitní symposium firmy Shire Czech, s.r.o. VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRÉ VĚDĚT... ■ Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry! – Dostálová G. ■ Úvod do světa mukopolysacharidóz – Magner M.
13.05–14.00	POLEDNÍ PŘESTÁVKA
14.00–14.30	ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V LÉČBĚ HEPATITIDY C – Urbánek P. (přednáška podpořená firmou Gilead Science s.r.o.)
14.30–15.30	PRINCIPY KOGNITIVNÍ, AFEKTIVNÍ A SOCIÁLNÍ NEUROVĚDY – MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA
15.30	VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

II. KONGRES PEDIATRŮ V PRAZE

20.–21. října 2016 | Hotel Olympik Tristar

Pořadatel

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

Záštita

Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

Prezident akce

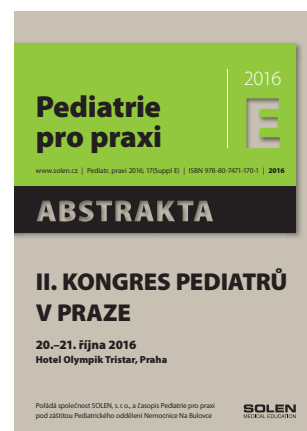
MUDr. Ivan Peychl

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@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 E Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl E).

ISBN 978-80-7471-170-1

Vydal: Solen, s.r.o.

Atoderm Préventive

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ KRÉM
NA SUCHOU A POTENCIÁLNĚ
ATOPICKOU POKOŽKU DĚTÍ



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Intenzivní péče

garant MUDr. Martin Prchlík

čtvrtek / 20. října 2016 / 9.05–10.35 hod.

Závažné trombotické stavy s rozdílnou etiologií (vybrané kazuistiky)

MUDr. Pavel Heinige, MUDr. Martin Prchlík, MUDr. Martin Fajt

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze, oddělení JIRP

V přednášce autoři prezentují případy několika závažných trombóz, ohrožujících nemocné potenciálně na životě s různou etiologií a pestrými klinickými manifestacemi. Cílem prezentace je upozornění na nutnost zahrnout trombotické stavy do diferenciální diagnostické rozvahy u celé řady klinických situací, neboť jejich četnost je relativně vysoká a klinické příznaky různorodé a často zavádějící. Přitom závažnost onemocnění je vysoká a terapie vyžaduje specifický přístup. Navíc je třeba mít na paměti, že příčina může být v některých případech i iatrogenní.

Invazivní infekce způsobené zlatým stafylokokem produkujícím Panton-Valentinův leukocidin

MUDr. Martin Fajt, MUDr. Martin Prchlík, MUDr. Pavel Heinige

JIRP Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK v Praze, Thomayerova nemocnice

Panton-Valentinův leukocidin (dále PVL) je exotoxin produkováný některými kmeny *Staphylococcus aureus* (MRSA i MSSA), který významně zvyšuje odolnost těchto bakterií vůči makroorganismu tím, že poškozuje jeho imunitně aktivní buňky a způsobuje tak jejich zánik po mnohočetných perforacích jejich membrány, takže následně dochází přímým působením PVL, ale i sekundárně k lokálním nekrotickým poškozením tkání.

Kmeny produkující PVL (MSSA nebo MRSA) způsobují bez ohledu na věk pacientů nejčastěji závažnější a často recidivující poškození kůže a měkkých tkání, dále pak osteoartikulární infekty a nekrotizující pneumonie. Především pak poškození plicního parenchymu má velmi závažný průběh, mortalita nekrotizující pneumonie vyvolané PVL pozitivními kmeny zlatých stafylokoků se v současné době udává v rozmezí 40–80 %.

V rámci našeho sdělení referujeme tři případy závažných infekcí vyvolaných PVL pozitivními zlatými stafylokoky u dětských pacientů.

Dětská gynekologie

garantka MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFEPAG

čtvrtek / 20. října 2016 / 11.00–12.10 hod.

Vulvovaginitis u dětí a dospívajících

MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFEPAG

Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FNM, Gynekologická ambulance, Klinika JL, Praha 5

Zánět vulvy a pochvy v klidovém období je nejčastější problém, který přivede dítě do ambulance dětského gynekologa. Nejprve dítě navštíví svého pediatra, který jako první diagnostikuje tento problém a mnohdy odebere vzorek kultivace z pochvy. Ke správnému odběru vzorku z pochvy je však vhodné použít vaginoskop nebo provést kultivaci pod kolposkopickou kontrolou. Pokud není kultivace odebrána striktně z pochvy, můžeme setřít oblast poševního vchodu, který je ale na bakterie přirozeně bohatý a následuje pak nesprávná interpretace výsledku vyšetření. V současné

době se setkáváme s přibývajícím množstvím vulvovaginitid způsobených patogeny původem z horních cest dýchacích – zejména kmene *Streptococcus* a *Haemophilus* a samozřejmě patogeny z GIT. Spektrum antibiotik zaveditelných do pochvy je však velmi malé, na to je potřeba myslet, protože lokální antibiotická terapie je u tohoto onemocnění klíčová. Ve svém sdělení jsem chtěla zdokumentovat pacientky, které prošly mou ambulancí za rok 2015, patogeny, které byly zjištěny z kultivace a výsledky léčby. V období dospívání se vlivem stoupající hladiny ženských pohlavních hormonů spektrum patogenů mění. Nejčastěji se u dospívajících dívek setkáváme s bakteriální vaginózou či aerobní vaginitidou na rozdíl od často uváděné mykotické kolpitidy. Vyšetřovací metody se v diagnostice kolpitid tohoto věku mění. Nejčastěji se využívá kultivace, která ale není správná vyšetřovací metoda první volby. V současnosti máme mnohem jednodušší, rychlejší a levnější diagnostické metody.

Prevalence a incidence genitálních bradavic v české populaci

RNDr. Marek Petráš, Ph.D.

předseda Odborného spolku pro očkování, z. s.

Akuminátní kondylomata neboli genitální bradavice, jejichž původcem je skoro z 90 % lidský papillomavirus (HPV) typu 6 a 11, nepatří mezi život ohrožující, ale kromě klinických příznaků (pálení, svědění, krvácení a bolest) mohou způsobit také psychosociální stres, rozpaky a úzkost vedoucí ke zhoršení kvality života. Cílem této průřezové studie bylo stanovit prevalenci a incidenci genitálních bradavic na základě dotazníkového průzkumu mezi obyvateli České republiky a zhodnotit jejich rizikové faktory.

Od ledna 2013 do března 2014 byla získána validní data od 33 700 respondentů z 268 zdravotnických zařízení v celé ČR. Dotazník obsahoval otázky týkající se některých aspektů životního stylu, včetně rezidence, vzdělání, kouření, počtu sexuálních partnerů za celý život, HPV očkování, roku narození a pohlaví.

Celoživotní prevalence genitálních bradavic zůstala na pohlaví nezávislá, tj. 5,7 % u mužů a 6,0 % u žen. Celkem 76 % respondentů, kteří měli klinicky diagnostikované bradavice, uvedlo léčbu s lokálními přípravky a/nebo odstranění zákrokem, zatímco 23 % respondentů tvrdilo, že genitální bradavice spontánně vymizely bez lékařské pomoci. V letech 2010–2013 dosahovala roční incidence genitálních bradavic 496 případů na 100 000 obyvatel.

Nejsilnějším rizikovým faktorem pro získání genitálních bradavic byl sexuální partner s bradavicemi. V těchto párech byl 88 % výskyt genitálních bradavic a riziko jejich získání bylo až 114x vyšší oproti těm párům, kde sexuální partner byl bez genitálních bradavic. Zjistilo se, že riziko jejich výskytu stoupá s počtem sexuálních partnerů, ve věku 21–30 let, s kouřením více než 10 cigaret denně a častěji u obyvatel z měst.

Ačkoli jen necelé 1 % respondentů uvedlo opakování tohoto onemocnění, procento z těch, co zaznamenali genitální bradavice, se zvýšilo na zhruba 10 %. Ukázalo se, že riziko jejich opakování bylo asi 1,6x vyšší než jejich první získání.

Očkování čtyřvalentní HPV vakcínou snížilo výskyt genitálních bradavic o 91 % oproti neočkovaným. Také opakovaný výskyt genitálních bradavic byl jen u 1 % očkovaných, zatímco u téměř 11 % neočkovaných se genitální bradavice opakovaly. Očkování tak snížilo jejich opakování o minimálně 65 %. Značně silný 99% ochranný účinek tohoto očkování byl pozorován u očkovaných žen, které měly sexuálního partnera s genitálními bradavicemi, oproti ženám neočkovaným.

Tato studie byla prvním reprezentativním průzkumem v České republice, který hodnotil výskyt genitálních bradavic nezávisle na pohlaví a ukázal rizikové a protektivní faktory ovlivňující jejich výskyt.

Aktuální pohled na problematiku TEN ve vztahu k hormonální antikoncepci

MUDr. Miroslav Havlín

Poliklinika Anděl, Praha

Vztah hormonální antikoncepce (HA) a tromboembolické nemoci (TEN) je stále živým kolbištěm vědeckého poznání a ideových nepravd. V jejich důsledku dochází k poklesu uživatelů HA (-10,6%) a mírnému vzestupu interrupcí (+1,3%) v ČR v posledních 5 letech jako důsledek mediálních kampaní proti HA, kterým podléhá i část zdravotníků.

TEN je vysoce multifaktoriální onemocnění, které není možno redukovat na problematiku trombofilních mutací a hormonálních léčeb.

V přednášce je rekapitulován vliv estrogenní a gestagenní složky na hemostázu. Přináší přehled frekvence hlavních trombofilních mutací v ČR (F V homozygot 0,42 % a heterozygot 8,2 %, F II 0,07 resp. 2,4 %) a zdůrazňuje podstatně vyšší rizikovost homozygotních forem (5–15x) proti heterozygotním. Zásadní rozdíl je v lokalizaci trombózy – F V 94 % v lýtčkové krajině (výrazně méně nebezpečné), F II má ale cca 27 % trombózy v rizikovějších lokalizacích (pánev, CNS...). Z uvedeného vyplývá vyšší rizikovost mutace F II oproti F V.

Porovnává relativní rizikovost těhotenství a porodu (RR 7–15) a užívání HA (RR 2,5–4) s dalšími rizikovými faktory: trombofilie (RR 3–80 dle typu), tabakizmus (RR 3–7), drogy (RR 5–40? – málo dat) a neracionálním životním stylem a jeho důsledky (nehybné sezení, deficitní pitný režim, obezita, varixy DK apod. = RR 2–5).

Záchyt trombofilních mutací vychází z důkladné rodinné (spíše rodové) anamnézy a v indikovaných případech je nutno provést jejich vyšetření před nasazením HA. Hlavní indikace pro vyšetření jsou trombóza v rodinné či osobní anamnéze nebo srdeční a cévní onemocnění (infarkt, ictus apod.) před 50. rokem v rodinné anamnéze. Pro běžnou praxi má smysl vyšetřovat mutace F V a F II, ostatní jen při anamnestickém výskytu ve spolupráci s hematologem.

Na základě komplexního zvážení údajů se lékař rozhodne, zda je pacientce možno předepsat HA. Zdůrazňují individuální přístup a mezioborovou spolupráci.

Dobrá rada do vaší ordinace

čtvrtek / 20. října 2016 / 13.10–14.20 hod.

MFGM – inovace v kojenecké výživě

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

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

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

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

Hexacima®

Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná).

plně tekutá

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNÉ INJEKČNÍ STŘÍKAČCE



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny Bordetelly pertusis: Pertussis anatoxinum 25 µg, Haemagglutinin filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitidis (inaktivovaný)³; typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenů⁴; typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenů⁴; typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenů⁴; Antigenum tegiminis hepatitidis B⁵ 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum (Polyribosylribitol phosphat) 12 µg, conjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií Haemophilus influenzae typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdny) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Přeočkování: Po 2dávkovém i 3dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTaP-IPV/Hib vakcína, a to po 3dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTaP-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. Další pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Žádné údaje nejsou k dispozici u starších dětí. **Způsob podání:** Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je přednostně anterolaterální horní část stehna a deltový sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusi by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou C. diphtheriae, C. tetani, B. pertussis, virus hepatitidy B, poliovirus nebo Haemophilus influenzae typu b. Lze však předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidou B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocnění způsobeným jinými typy H. influenzae ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasně narozené děti nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčně podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. Interakce: Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a pneumokokové polysacharidové konjugované vakcíny, kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcíny proti meningokokům C nebo konjugované vakcíny proti meningokokům skupiny A, C, W-135 a Y neprokázaly klinicky relevantní ovlivnění protilátkové odpovědi na žádný z antigenů. Může dojít ke klinicky relevantnímu ovlivnění protilátkové odpovědi na vakcínu Hexacima a vakcínu proti planým neštovicím, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství (snížená chuť k jídlu), pláč, spavost, bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu, podrážděnost, pyrexie (horečka > 38,0 °C), zvracení, abnormální pláč (dlouhotrvající pláč), průjem, indurace v místě vpichu, hypersenzitivní reakce, uzlík v místě vpichu, pyrexie (horečka > 39,6 °C). **Balení:** Hexacima v předplněných injekčních stříkačkách: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s pistovou zátkou (halobutyl) a víčkem (halobutyl), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. Velikost balení: 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) se zátkou (halobutyl), velikost balení: 10. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2° C – 8° C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 28. 4. 2016.

¹ adsorbováno na hydratovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al³⁺); ² jako spodní mez spolehlivosti (p = 0,95); ³ pomnoženo na Vero buňkách; ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenů stanovené vhodnou imunochemickou metodou; ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen k základnímu očkování a přeočkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Dětská hematoonkologie

garant MUDr. Vratislav Šmelhaus

čtvrtek / 20. října 2016 / 14.20–15.30 hod.

Klinické projevy a včasná diagnóza sarkomů kostí a měkkých tkání u dětí a dospívajících

MUDr. Eva Drahokoupilová

Klinika dětské hematologie a onkologie, 2. LF a FN Motol, Praha

Sarkomy, maligní nádory měkkých tkání a kostí, představují 13 % z celkového počtu zhoubných nádorových onemocnění u dětí a dospívajících (kostní nádory 6 %, měkkotkáňové tumory 7 %). Kromě nespecifických projevů onkologického onemocnění u dětí, jako je mrzutost, plačtivost, obecné neprospívání, únava, nechutenství a nevysvětlitelné febrilie, se kostní a měkkotkáňové nádory prezentují specifickými lokálními příznaky.

Z časového hlediska je možné tyto symptomy, dané lokalizací a růstem tumoru, rozdělit na dvě skupiny. Jednak na urgentní, vzniklé náhle a mnohdy ohrožující dětského pacienta na životě, díky nimž je diagnóza maligního nádorového onemocnění stanovena časně a pacient v krátké době zahajuje adekvátní onkologickou léčbu. Do této skupiny patří náhlé příhody hrudní (dyspnoe u rozsáhlých nádorů hrudní stěny, pneumotorax či hemoptýza u pacientů s pokročilým metastatickým onemocněním sarkomu do plic), náhlé příhody ze strany močového ústrojí jako retence moči způsobená subvezikální obstrukcí (měkkotkáňové rabdomyosarkomy močového měchýře, prostaty, vaginy nebo rozsáhlé tumory pánve typu Ewingova sarkomu) či neurogenní porucha vyprazdňování močového měchýře na podkladě nádorem způsobené komprese míchy nebo míšního konu (osteosarkom a Ewingův sarkom obratle a kosti křížové).

Druhou skupinu pak tvoří chronické specifické příznaky, trvající týdny a měsíce, kdy pacient uniká časně diagnóze, nádorové onemocnění bývá zaměňováno za jiné onemocnění a dítě přichází na onkologické pracoviště s dlouhou anamnézou a s již prognosticky nepříznivým, rozsáhlým, lokálně pokročilým onemocněním. Mezi tyto chronické příznaky patří zejména u kostních tumorů bolest v místě nádoru, mnohdy noční, často kombinovaná s následným otokem či hmatnou nádorovou rezistencí (osteosarkom, Ewingův sarkom dlouhých kostí) a omezením hybnosti končetiny. Naopak rabdomyosarkom (nejčastější maligní měkkotkáňový tumor dětského věku) se prezentuje nejrozličnějšími chronickými symptomy danými lokalizací nádoru (progredující tuhá nebolestivá rezistence na trupu či končetině, exoftalmus a porucha motility bulbu u postižení orbity, chronická sekrece z nosu a ucha u onemocnění lokalizovaného v této oblasti, hematurie, výtok z vaginy či zvětšení varlete při postižení urogenitálního systému).

Včasná diagnóza nádorového onemocnění dává dětskému pacientovi větší šanci na vyléčení, proto je nutné zejména při chronických příznacích onemocnění na nádorovou etiologii myslet.

Postižení hrudní stěny zhoubným nádorem je v dětském věku obecně vzácné. Z nádorů, které se v této lokalizaci nejčastěji vyskytují, se jedná o vysoce agresivní nádory skupiny Ewingova sarkomu (ES), jejichž původ se odvozuje z prekursorových postgangliových buněk parasimpatiku. Postihují jak skelet hrudníku, tak mohou vznikat v měkkých tkáních hrudní stěny (tzv. extraskeletální ES). Z dalších nádorů je možné v hrudní stěně zastihnout nádory mezenchymálního původu, a to sarkomy měkkých tkání (rabdomyosarkom, nediferencovaný sarkom, synoviosarkom, vzácně jiné histologické typy), dále zhoubné kostní nádory vycházející ze žeber, hrudní kosti, klíční kosti či lopatky, jako osteosarkom, chondrosarkom, maligní fibrózní histiocytom. Nádorová onemocnění v této lokalizaci vzhledem k anatomickým poměrům a nevýrazným klinickým obtížím často unikají časně diagnóze, bývají mnohdy zaměňována za jiné onemocnění (např. pleuropneumonie) a dětské pacienti přicházejí na naše pracoviště s již prognosticky nepříznivým, rozsáhlým, lokálně pokročilým karcinomem.

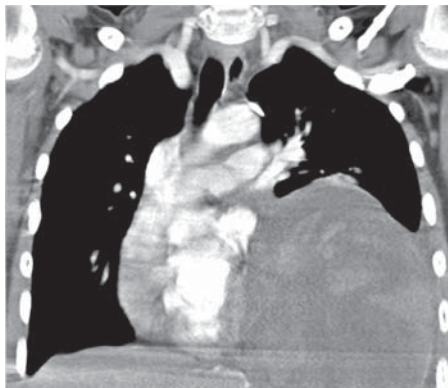
Závěr

Ve výše uvedených kazuistikách jsme upozornili na pestrý klinický obraz takto lokálně pokročilých nádorů. U prvního chlapce rozsáhlý mezenchymální nádor svými příznaky imitoval parainfekční artritidu a pro krvácení s anemizací pacienta vyžadoval vstupně urgentní chirurgické řešení. Naopak kazuistika druhého pacienta je příkladem bezpříznakového nádorového onemocnění, které bylo i přes velký objem intrathorakální porce tumoru náhodným nálezem při fyzikálním vyšetření pediatrem.

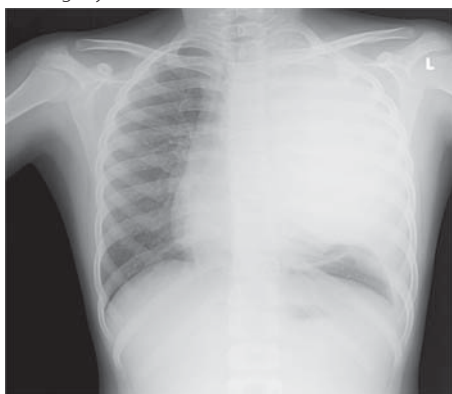
Obr. 1. Rozsáhlé zastínění levého hemithoraxu (vstupní RTG snímek pacienta se synoviosarkomem)



Obr. 2. Synoviosarkom levého hemithoraxu



Obr. 3. Zastření levého hemithoraxu (pacient s Ewingovým sarkomem 2. žebra vlevo)



Obr. 4. Ewingův sarkom 2. žebra vlevo s měkkotkáňovou intrathorakální složkou



Spolupráce dětského onkologa s praktickým lékařem pro děti a dorost v dlouhodobém sledování pacientů vyléčených z nádorového onemocnění

MUDr. Jarmila Kruseová, Ph.D.

Klinika dětské hematologie a onkologie, Fakultní nemocnice v Motole a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha

Na Klinice dětské hemato a onkologie FN Motol (KDHO) postupem let díky vysoké úspěšnosti léčby přibývá vyléčených pacientů, kteří jsou sledováni nejen pro riziko relapsů onemocnění, ale zejména pro riziko vzniku pozdních následků. Specializované centrum pozdních následků KDHO FNM založil profesor Koutecký již v roce 1998. V tomto centru aktuálně sledujeme 3 158 vyléčených pacientů podle doporučení mezinárodních guidelines – které se liší podle diagnózy pacienta a absolvované onkologické léčby.

Více než dvě třetiny vyléčených nemocných má alespoň jeden nebo více pozdních následků. Tyto následky mohou postihovat všechny tkáně a orgány a objevují se v různém časovém intervalu po skončení protinádorové terapie. Typicky dochází k poruše orgánů, na které měla onkologická léčba toxický vliv. Nejčastější jsou různé formy endokrinologického poškození (např. hypofunkce štítné žlázy, poruchy růstu, známky předčasné puberty), dále je typické poškození ledvin, porucha

sluchu, různé gastrointestinální postižení, poškození dentice, poruchy vize, psychologické problémy, poškození srdce, vznik sekundárního nádoru a řada dalších změn.

Po léčbě dětských solidních nádorů lze u našich společných pacientů očekávat výše uvedené rozmanité pozdní následky léčby kdykoliv. Pro jejich včasný záchyt a úspěšnou léčbu je úzká spolupráce pediatra a onkologa klíčová.

Každý pacient dostane souhrnnou zprávu o podané onkologické léčbě s individuálním doporučením kontrol. V rámci dispenzarizace často žádáme pediatrii o spolupráci – klinické vyšetření, laboratorní testy a event. zajištění dalších specializovaných vyšetření. S odstupem od konce léčby jsou pacienti v častějším kontaktu s pediatrem, který pak i díky tomuto doporučení může zachytit první příznaky pozdních následků dříve.

Jakýkoliv pozdní následek se může projevit kdykoliv od ukončené léčby. U našich pacientů v ordinaci pediatra je vždy nutné na tuto možnou souvislost myslet a v případě nejasných zdravotních komplikací kontaktovat ambulanci pozdních následků KDHO.

Autoimunitní cytopenie v dětském věku

MUDr. Petr Smíšek

Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol, Praha

Cílem autoimunitního procesu mohou být všechny krevní elementy. Podle toho, která krevní řada je postižena se rozlišuje imunitní trombocytopenie (ITP), autoimunitní neutropenie (AIN) a autoimunitní hemolytická anémie (AIHA). Pokud je postiženo více řad (nejčastěji ITP + AIHA), onemocnění je označováno jako Evansův syndrom.

ITP se typicky manifestuje z plného zdraví kožní a/nebo slizniční hemoragickou diatézou. V anamnéze často předchází infekce, vzácněji očkování. V krevním obraze (KO) nacházíme izolovanou trombocytopenii, často s poklesem trombocytů pod $10 \times 10^9/l$. 85 % onemocnění má akutní průběh. Při rozhodování o léčebném přístupu zohledňujeme zejména závažnost krvácivých projevů a počet trombocytů, ale také věk pacienta a spolupráci s rodinou. U dětí s hodnotou trombocytů nad $30 \times 10^9/l$ není indikována žádná léčba, nutností jsou režimová opatření. U ostatních pacientů jsou lékem první volby kortikosteroidy nebo intravenózní imunoglobuliny (IVIg). U spolupracujících pacientů bez závažných krvácivých projevů je další možností jen observace. Počet trombocytů se většinou v průběhu několika týdnů normalizuje. Léčba dětí s chronickou ITP je většinou komplikovaná a patří do rukou dětského hematologa.

AIN je nejčastěji diagnostikována v kojeneckém a časném batolecím věku. Většina pacientů významněji nestoná, neutropenie (NP) je často jen náhodným nálezem při vyšetření KO. Léčba AIN ve většině případů není nutná. U dětí s neutropenií je vhodná prevence před infekcemi. Při febriliích a významné NP s poklesem absolutního počtu neutrofilů pod $1,0 \times 10^9/l$ je nutná léčba širokospektrými antibiotiky. Při závažných infekcích je možné použít růstové faktory. AIN má výbornou prognózu, v naprosté většině případů se KO normalizuje do tří let věku.

AIHA v dětském věku je nejčastěji akutní onemocnění manifestující se v souvislosti s infekcí. K typickým projevům hemolytické anémie patří bledost, ikterus, bolesti břicha, tmavá moč, projevy anemického syndromu. Častým nálezem je i splenomegalie. V KO je normocytární anémie, zvýšený počet retikulocytů. V biochemických parametrech dominuje zvýšený bilirubin s převahou nekonjugovaného a zvýšená laktátdehydrogenáza. Diagnózu potvrdí pozitivita přímého antiglobulinového (Coombsova) testu. Lékem první volby jsou kortikosteroidy, případně IVIg. Často je ke korekci anémie nutná transfuze erytrocytů.

Aktuality v pediatrii

čtvrtek / 20. října 2016 / 16.00–17.00 hod.

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

Mgr. Martina Herynková

Raná péče, EDA cz, z. ú., Praha

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

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

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

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

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

Tlumení horečky v dětském věku v rámci samoléčby

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.

Ústav farmakologie 3. LF UK, Praha

Jako horečku v dětském věku označujeme tělesnou teplotu nad 38 °C měřeno v konečníku a nad 37,5 °C měřeno v podpaží. Horečku samo o sobě je třeba vnímat jako obrannou reakci našeho těla v případě, že její příčinou jsou nejrůznější mikroorganismy, viry či parazité. Vlastní nárůst teploty je totiž často limitující pro jejich životaschopnost, přestávají se množit, růst a nakonec hynou. Třebaže nejčastější příčinou horečky v dětském věku je skutečně virová infekce, především nachlazení, příčinou jsou často rovněž bakteriální infekce, poruchy termoregulace (úpal), vakcinace, výrazná fyzická zátěž a celá řada onemocnění, které se naštěstí vyskytují méně často (poruchy imunity, metabolismu, onkologická onemocnění apod.).

V rámci prezentace bude uveden stávající pohled na její léčbu v duchu mezinárodně uznávaných léčebných doporučení, a to se zaměřením na farmakoterapii. Diskutována budou nejčastěji užívaná a preferovaná antipyretika v kontextu jejich odlišných farmakologických vlastností, účinnosti či bezpečnosti a stejně tak bude prezentována jejich vzájemná komparace v klíčových komparativních klinických studiích a metaanalýzách.

Vybrané klinické kazuistiky

garant MUDr. Ivan Peychl

čtvrtek / 20. října 2016 / 17.00–18.00 hod.

Periapendikální infiltrát-absces, konzervativní postup

MUDr. Karel Harvánek

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Cíl: Cílem sdělení je seznámit lékaře s faktem, že lze akutní apendicitidu za určitých, přísně specifických okolností léčit konzervativně. Definitivní řešení je pak možno provést odloženě v klidném terénu.

Metoda: Metodou zkoumání byla analýza 2 případů pokročilé akutní apendicitidy, které byly vzhledem k velmi specifickým podmínkám léčeny konzervativně.

Výsledky: Oba analyzované případy ukázaly, že lze specificky probíhající akutní apendicitidu léčit primárně konzervativně a definitivní řešení při pravidelné monitoraci stavu odložit na pozdější (klidnou) dobu.

Závěr: Analýzou obou případů jsme došli k závěru, že lze celkem bezpečně v přísně specifických případech přeléčit komplikovanou akutní apendicitidu konzervativně. Definitivní řešení je pak možno provést v klidovém terénu. Toto sdělení není návodem ke konzervativní léčbě komplikované akutní apendicitidy. Může však být doporučením, jak postupovat v takových přísně specifických případech.

Velmi komplikovaná apendicitida u 16měsíčního batolete

MUDr. Karel Harvánek

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Kazuistika pojednává o 13leté dívce s progredující růstovou retardací, opožděnou pubertou a obezitou. Kristýnka byla dlouhodobě léčena pro tyreopatii v ambulanci endokrinologa pro dospělé, růst nebyl adekvátně sledován. Dívka byla přijata na naše oddělení v červnu 2015 pro akutní pyelonefritidu. Vzhledem k velmi malému vzrůstu, absenci pubertálních známek a výrazné obezitě byla podrobně endokrinologicky vyšetřena. Bylo zjištěno, že zaostávání růstu je dlouhodobé, a dále byla nalezena nízká hladina IGF 1, pyridostigmin-klonidinový test pak potvrdil deficit růstového hormonu.

Základní hormonální vyšetření (hladiny estradiolu, LH, FSH) spolu s prepubertálním stadiem pohlavního vývoje (M1, A1, P1) vedlo k podezření na hypogonadotropní hypogonadizmus.

Provedli jsme vyšetření NMR CNS s nálezem vývojové morfologické anomálie hypofýzy – přerušení stopky hypofýzy, hypoplazie adenohipofýzy až pod obrazem empty sella a ektopické neurohypofýzy. S těmito nálezy byla dívka odeslána na vyšší pracoviště, do endokrinologického centra Pediatrické kliniky FN Motol, k dalšímu vyšetření a léčbě růstovým hormonem. Ještě před jejím zahájením došlo k manifestaci DM I. typu. Případ byl diagnosticky uzavřen jako kombinovaný hypopituitarizmus (hypotyreóza, porucha růstu, opožděná puberta) na podkladě vrozené anomálie hypofýzy ve vzácné kombinaci s DM I. typu.

Doporučení pro praxi:

- pravidelné pečlivé sledování růstu a vývoje, používání percentilových grafů v ordinaci PLDD
- děti odesílat k endokrinologickému vyšetření vždy do ambulance dětské endokrinologie

Deficit růstového hormonu

MUDr. Dagmar Slavičková

Dětské oddělení Nemocnice Na Bulovce, Praha

Cíl: Cílem sdělení je upozornit na známý fakt, že diagnostikovat akutní apendicitis u kojenců a batolat je často velmi obtížné, v iniciálních stadiích choroby nemožné.

Metoda: Metodou zkoumání byla podrobná analýza případu 16měsíčního pacienta s perforovanou akutní apendicitidou.

Multi-Sanostol®

Multivitaminový sirup s vápníkem pro děti od 1 roku



Vhodný i pro těhotné a kojící matky



- Při ztrátě chuti k jídlu
- Ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci
- K prevenci nedostatku vitamínů
- Při stavech vyčerpanosti, oslabeného soustředění
- Při poruchách vývoje a růstu



- Bez umělých barviv a sladidel
- S pomerančovou příchutí
- Obsahuje 9 vitamínů a kalcium
- Možno ředit čistou vodou jako nápoj



Reference: SPC Multi-Sanostol

Zkrácené informace o přípravku

Název přípravku: Multi-Sanostol. **Složení a léková forma:** Sirup. 10 ml sirupu obsahuje: Retinoli palmitas 2400 m.j., colecalciferolum 200 m.j., thiamini hydrochloridum 2 mg, riboflavinu natrii phosphas 2 mg, pyridoxini hydrochloridum 1 mg, tocoferoli alfa acetat 2 mg, acidum ascorbicum 100 mg, nicotinamidum 10 mg, dexpantenolum 4 mg, calcii gluconas monohydricus 50 mg, calcii lactophosphas 50 mg. Pomocné látky viz SPC. **Indikace:** K prevenci a léčbě stavů nedostatku vitamínů (u dětí od 1 roku), v těhotenství v období kojení, při ztrátě chuti k jídlu, zvýšené vnímavosti vůči infekcím, při poruchách vývoje a růstu, při stavech fyzické a psychické vyčerpanosti např. oslabeného soustředění a školní únavy, ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci. Přípravek mohou užívat děti od 1 roku, mladiství a dospělí. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Děti od 1 do 5 let užívají denně 10 ml rozdělené do dvou dávek, děti od 6 let a dospělí užívají denně 20 ml rozdělené do dvou dávek. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na kteroukoli pomocnou látku, hyperkalcemie, hyperkalcie, hypervitaminóza A a D. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Přípravek nemá být užíván současně s jinými přípravky s obsahem vitamínů A a D z důvodu možnosti předávkování. Přípravek obsahuje v jedné dávce (10 ml) 6,6 g sacharosy a 1,3 g glukosy – vzít v úvahu u pacientů s cukrovkou. Přípravek může být škodlivý pro zuby. Přípravek obsahuje sladový extrakt a potravinářskou příměs z obiloviny ječmene, který obsahuje lepek (<0,3 %). * Přípravek nemá být užíván po dobu delší než 3 měsíce a užívání má být zváženo u pacientů se sarkoidózou a u pacientů s nefrolithiasou. * **Interakce:** Nejsou známy interakce. **Těhotenství a kojení:** U těhotných žen nemá být překročena dávka 20 ml sirupu/den. **Nežádoucí účinky:** Není znám výskyt nežádoucích účinků. **Opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním obalu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda GmbH, 78467 Konstanz, Německo. **Registrační číslo:** 86/439/93-C. **Datum revize textu:** 13. 4. 2016.

Multi-Sanostol je volně prodejný léčivý přípravek a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

*Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

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



Výsledky: Předložená kazuistika dokumentuje průběh onemocnění od jeho počátku až do ukončení kontrol.

Závěr: Diagnostika akutní apendicitidy u kojenců a batolat je velmi obtížná. Příznaky jsou většinou nespecifické, často připomínající jiné banální onemocnění. Ani po následné perforaci appendixu nebývají příznaky zcela jasné. Většinou dominují příznaky septického šoku s nespecifickými příznaky na břiše. Rozhodnutí se k operaci je pak daleko obtížnější než u dětí vyšších věkových kategorií.

15letý chlapec s růstovým opožděním

MUDr. Martina Romanová, MUDr. Barbora Kociánová, doc. MUDr. Felix Votava, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Úvod: Hypotyreóza je nejčastější poruchou tyroideálních funkcí u dětí a adolescentů. Může být způsobena jak poruchou funkce štítné žlázy – primární hypotyreóza, tak poruchou na úrovni hypothalamo-hypofyzárních funkcí – sekundární hypotyreóza. Ve většině případů je získaná hypotyreóza způsobena autoimunitním zánětem štítné žlázy. Mezi příznaky hypotyreózy patří únava, poruchy termoregulace, změny tělesné hmotnosti, obstipace, suchá kůže, zhoršení školního prospěchu aj. Pokud by se jednalo o sekundární poruchu, mohly by dominovat bolesti hlavy, zvracení nebo poruchy vizu. Nejzávažnějším důsledkem snížené funkce štítné žlázy je postupně se snižující růstová rychlost, která může vyústit v závažnou poruchu růstu. Růstová retardace může být prvním a po dlouhou dobu i jediným signálem porušené funkce štítné žlázy.

Kazuistika: V naší kazuistice bychom rádi prezentovali případ 15letého chlapce, který byl na naší kliniku odeslán k vyšetření pro bolesti břicha a hepatopatii nejasné etiologie. Již při příjmu dominovala nápadně malá postava – 149 cm (hluboko pod 3. percentilem). Po sestavení růstové křivky byla na růstovém grafu patrná prakticky zástava růstu od 11 let, kdy pacient vyrostl do svých 15 let pouhých 6 cm (za 4 roky!). Růst byl zcela mimo rodičovskou predikci. Provedená vyšetření prokázala neměřitelnou hladinu TSH a velmi nízkou hladinu hormonu tyroxinu. Autoprotilátky proti štítné žláze byly pozitivní. Zahájili jsme substituci nízkou dávkou levothyroxinu – zpočátku 25 µg denně. Po měsíční terapii byla hodnota TSH 14 mU/l, fT4 již v normě, pacient vyrostl 2 cm. A jaká je růstová prognóza pacienta? Na RTG snímku ruky vstupně opožděný kostní věk o 3 roky, růstové štěrby jsou stále otevřené. Lze však předpokládat, že po úpravě funkce štítné žlázy dojde k jejich brzkému uzavření.

Závěr: Touto kazuistikou bychom rádi upozornili na důležitost sledování výšky a hmotnosti pacientů a využívání růstových grafů při preventivních prohlídkách u PLDD. U našeho pacienta mohla být porucha růstu diagnostikována již ve 13 letech a dřívejší zahájení terapie by mu jistě zaručilo i lepší finální výšku.

Narodil se chlapec nebo dívka?

MUDr. Jan David, doc. MUDr. Felix Votava, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu, UK 3. lékařská fakulta a FN Královské Vinohrady, Praha

Kongenitální adrenální hyperplázie (CAH) je skupina onemocnění vznikajících v důsledku poruchy syntézy steroidních hormonů kůry nadledvin. Většinu nemocných představují pacienti s deficitem 21-hydroxylázy, v ČR s prevalencí asi 1 : 12 000. Při tomto deficitu je zablokována steroidogeneze aldosteronu a kortizolu. Hromadí se jejich prekurzory s androgenním účinkem, které způsobují virilizaci genitálu nebo později předčasnou pseudopubertu. Smyslem novorozeneckého screeningu CAH, resp. deficitu 21-hydroxylázy (CAH), je zabránit rozvoji život ohrožující solné krize u nejtěžších forem onemocnění, resp. vzniku předčasně pseudopuberty s deficitem dospělé výšky u lehčích forem. Novorozenecký screening CAH je založen na měření koncentrace 17-hydroxyprogesteronu (17OHP) v tzv. suchých kapkách krve.

Za fyziologické situace je pohlaví genetické v souladu s pohlavím gonadálním, somatickým, psychosexuálním i legislativním. Pohlavní vývoj je proces, který zahrnuje gonadální determinaci

(genetické pohlaví) až diferenciaci, která je ukončena kompletním vývojem vnitřního i zevního genitálu. Anomálie vývoje genitálu obecně se vyskytují s frekvencí 1 na 4 500 novorozenců. V současné době již nepoužíváme termíny intersex či (pseudo)hermafroditismus, neboť od roku 2006 platí nová klasifikace pro poruchy sexuálního vývoje (DSD, *disorders of sex development*).

Prezentovaná kazuistika novorozence s kongenitální adrenální hyperplázií a malformovaným virilizovaným genitálem demonstruje právě jeden z možných klinických projevů této poruchy steroidogeneze, věnuje se problematice určení pohlaví.

Terapie je komplexní, nezahrnuje jen cílenou steroidní substituční léčbu a chirurgickou úpravu genitálu, ale i psychologickou intervenci. Cílem feminizující genitoplastiky je vytvořit esteticky a funkčně uspokojivý ženský zevní genitál. U dětí by se změna měla provést do 2. roku života, dívky s dělohou a virilizací genitálu by měly být vedeny ženským směrem v souladu s genetickým pohlavím.

WORKSHOP

čtvrtek / 20. října 2016 / 13.00–14.00 hod.

Akrální koaktivační diagnostika a terapie u kojenců

PhDr. Ingrid Palašáková Špringrová, Ph.D.^{1,2}, Bc. Eva Baranová, Dis.³

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

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

³E-fyzio NZZ fyzioterapie Hradec Králové

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

Akrální koaktivační diagnostika se zabývá vyhodnocením funkce akér (rukou a nohou) a následně pohybových vzorů v rámci motorického vývoje u dětí a dospělých. Hodnotí jejich funkční zapojení do opory, následně stabilizace a lokomoce. Nejčastější diagnózou u novorozenců a kojenců je asymetrický vývoj, kdy vážně fázový motorický posun pohybových vzorů na základě predilekce hlavičky. Principem Akrální koaktivační terapie je integrace a následně fixace pohybových vzorů přes opěrnou a vzpěrnou funkci akér u kojenců. V kazuistikách budou prezentováni kojenci, kteří byli funkčně diagnostikováni a následně terapeuticky vedeni metodou Akrální koaktivační terapie (AKT) v našem zařízení. Bude hodnocen algoritmus počtu návštěv a časová chronologie pro dosažení fázového posunu pohybových vzorů ve vývoji v pre-kontrolním stádiu fáze rudimentárního pohybu. Metoda je akreditována MZČR, lze ji vykazovat na zdravotní pojišťovny.

Pátek 21. října

Abstrakta k pátečnímu programu naleznete na stranách 17–22 v abstraktech Medicíny pro praxi

Ribomunyl

RIBOZOM-KOMPONENTNÍ IMUNOMODULÁTOR

- Prevence opakovaných infekcí respiračního traktu u dětí, které mají vyšší počet epizod, než se očekává v daném věku¹
- Dobře zdokumentovaná klinická účinnost²
- Dobrý profil bezpečnosti a snášenlivosti²



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

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

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 dílu, Streptococcus pyogenes(A)-3,0 dílu, 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 uchovávání:** 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 seznámte 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.



PRAHA

PEDIATRIE PRO PRAXI

II. kongres pediatriů v Praze

**20.–21. října
2016**

**Hotel
Olympik Tristar
Praha**

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou Pediatrického oddělení Nemocnice Na Bulovce

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
CTMOS, spol. s r.o.
DCA, L'Oréal Česká republika
Dětská Léčebna Dr. Filipa
EDA cz, z. ú.
EMPOLAS s.r.o.
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline s.r.o.
Lékaři bez hranic
Mark Distri, spol. s r.o.
MARY KAY

Mediclinic a.s.
MeDitorial, s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Pfizer PFE, spol. s r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
R. K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
SANDOZ s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.
TOPNATUR s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatrie
pro praxi**



pro Lékaře
www.prolekare.cz

maxdorf

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU