

Pediatric pro praxi

2017

E

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2017; 18(Suppl E) | 2017

ABSTRAKTA

III. KONGRES PEDIATRŮ V PRAZE

20.–21. října 2017
Hotel Duo, Praha

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatric pro praxi
Záštita: Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

SOLE
MEDICAL EDUCATION

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

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



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

www.shire.com

Program / pátek 20. října

- 9.00 ZAHÁJENÍ** – MUDr. Ivan Peychl
- 9.05–10.35 DĚTSKÁ ORTOPEDIE**
garant doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D.
- Skoliózy a vadné držení těla – Korbelař P., Trnavský T.
 - Vybraná traumata u dětí a adolescentů – Havlas V., Hanus M.
 - Onemocnění kyčelního kloubu u dětí a dospívajících – Kautzner J., Stančák A.
 - Vrozené vady nohy – Schejbalová A., Smetana P.
 - Možnosti balneoterapie u dětských pacientů – Vašíčková L.
- 10.35–11.15 AKTUALITY V PEDIATRII**
- Význam tuků ve výživě kojenců a batolat – nové trendy – Sýkora J.
 - Vakcíny v praxi – Horáková V.
- 11.15–11.40 PŘESTÁVKA**
- 11.40–12.50 NEFROLOGIE**
garant doc. MUDr. Pavel Geier, Ph.D.
- Proměny v diagnostice a léčbě infekcí močového systému u dětí během posledních desetiletí – Gut J.
 - Akutní postinfekční glomerulonefritida: diagnostika a léčba – Zieg J.
 - Nefritida při Henochově-Schönleinově purpuru – Geier P. **IP**
- 12.50–13.20 VELMI VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ DĚTSKÉHO VĚKU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
- Deficit kyselé lipázy (Wolmanova nemoc, CESD) – současné možnosti diagnostiky a terapie – Malinová V.
 - Atypický hemolyticko-uremický syndrom u dětí – Zieg J.
- 13.20–14.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 14.10–15.30 INFEKCE**
garantka MUDr. Hana Roháčková, Ph.D.
- Exantémová onemocnění u dětí – Roháčková H.
 - Neuroinfekce v dětském věku – Blechová Z. **IP**
 - Průjemová onemocnění v dětském věku, možnosti vakcinace, kazuistiky – Ambrožová H.
 - Infekce HIV u dětí – Rozsypal H.
- 15.30–15.50 PŘESTÁVKA**
- 15.50–16.40 DOBRÁ RADA DO PRAXE**
- Tlumení horečky a bolesti v dětském věku v rámci samoléčby – Slíva J.
 - Péče o dítě s atopickým ekzémem – Zelenková D.
 - Doporučení pro diagnostiku a léčbu dětí s nočním pomočováním – Dušek J.
- 16.40–18.00 PSYCHIATRIE**
garant MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.
- Poruchy příjmu potravy v dětském a adolescentním věku – Uhlíková P.
 - Suicidalita a sebepoškozování v dětském a adolescentním věku – Koutek J.
 - Děti rodičů se závažnou duševní poruchou – Goetz M.

Program / sobota 21. října

8.45–10.00 OD TITRITID K CRPITIDÁM – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

IP ■ Diskuzní interaktivní blok

10.00–10.30 PŘESTÁVKA

10.30–12.40 VARIA

- **Recidivující respirační infekce – můžeme snížit množství antibiotik?** – Kopřiva F.
- **Nemohu dýchat nosem, co s tím?** – Nechojdomová D.
- **Onemocnění způsobená poruchami fosfokalciového metabolismu** – Broulík P.
- **Fytofarmaka – možnosti a rizika** – Vranová V.

MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?

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

12.40–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–15.00 PORUCHY SPÁNKU OD DĚTSTVÍ DO DOSPĚLOSTI

garantka doc. MUDr. Iva Příhodová, Ph.D.

- **Insomnie v ordinaci praktického lékaře** – Závěšická L.
- **Kardiovaskulární rizika a spánek** – Dostálová S.
- **Dětská insomnie – příčiny a terapeutické postupy** – Příhodová I.
- **Obstrukční spánková apnoe u dětí** – Ondrová M.

15.00–16.00 PRÁVO A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

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

16.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

III. KONGRES PEDIATRŮ V PRAZE

20.–21. října 2017 | Hotel Duo Praha

Pořadatel

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

Záštit

Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

Odborný garant akce

MUDr. Ivan Peychl

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazická 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
Zajištění výstavních ploch: Ing. Martina Osecká, 724 984 450, osecka@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Aneta Mikulíková

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum E Pediatrie pro praxi

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

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

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

INSPIROVÁNO KŮŽÍ

JE TO V KŮŽI, KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ JAK OCHRÁNIT
DĚTSKOU POKOŽKU.
DLOUHODOBĚ.



ABCDerm Péri-oral

KRÉM NA PODRÁŽDĚNOU
POKOŽKU V OKOLÍ ÚST
KOJENCŮ A DĚTÍ

Krém na novorozeneckou
a dětskou pokožku určený
ke zklidnění a obnovení
podrážděné pokožky v okolí
úst. Hojí a zjemňuje, působí proti
zánětu a svědění. Lehce se
roztírá, nezanechává bílé stopy
na pokožce. ABCDerm Péri-oral
byl vyvinutý v souladu se všemi
zásadami dermatologicky
šetrného přípravku.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

Dětská ortopedie

garant doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D.

pátek / 20. října 2017 / 9.05–10.35 hod.

Skoliózy a vadné držení těla

doc. MUDr. Petr Korbelář, CSc., MUDr. Ing. Tomáš Trnavský,

doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Skolióza je trojrozměrná deformita páteře. Nejčastěji se setkáváme s idiopatickou skoliózou (70–80 % případů) a jejíž příčina je neznámá. Je definována jako zakřivení větší než 10 st. dle Cobbova měření RTG snímků. Většina skolióz je diagnostikována u dívek. Typické je, že většina pacientů nemá žádné zdravotní problémy během růstu. Léčení spočívá především v zabránění další progresi zakřivení. Je prezentován postup při léčení jednotlivých typů a tíže zakřivení. I po ukončení růstu je u pacientů vyšší výskyt potíží v pozdějším věku. Jedná se o omezení kvality života, invaliditu, kosmetickou deformitu, funkční omezení, plicní problémy a další zhoršování zakřivení. Proto je nezbytné začít s léčením co nejdříve, protože jediné správně vedená léčba je nejlepší prevencí pro zabránění dalšího zhoršování deformity.

Vybraná traumata u dětí a adolescentů

doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D., MUDr. Martin Hanus,

MUDr. Jakub Kautzner, Ph.D.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie,

2. LF UK a FN Motol, Praha

Poranění pohybového aparátu představuje rozsáhlou kapitolu dětské traumatologie. Nejčastějšími mechanismy a příčinami úrazů jsou sport, pády z výše a dále často vysokoenergetická poranění při dopravních nehodách. Za posledních 10 let je na našem pracovišti ošetřováno průměrně okolo 9 000 tisíc úrazů ročně, z čehož 40–45 % tvoří ošetření zlomenin. Zlomeniny v oblasti horních končetin tvoří více než 55 % všech ošetřených zlomenin, v oblasti dolních končetin tvoří okolo 35 % všech ošetřovaných zlomenin. Za posledních 10 let se počty operačně řešených zlomenin pohybují mezi 270–330 za rok, s mírně vzrůstající tendencí ve sledovaném období.

V oblasti horní končetiny se setkáváme s celou řadou typů dětských zlomenin. Z hlediska lokalizace je můžeme dělit na zlomeniny epifyzární (epifyzeolýzy či epifyzeoraktury, nejč. proximální a distální humerus nebo distální radius), klasifikované podle Saltera a Harrise, a dále zlomeniny metafyzární a diafyzární (humerus, radius a ulna). Z měkkotkáňových poranění se jedná zejména o luxace akromioklavikulární ev. glenohumerální a poranění zápěstí či kloubů ruky.

Na dolní končetině se můžeme setkat s celou řadou typů dětských zlomenin. Z hlediska lokalizace je můžeme dělit na zlomeniny epifyzární (epifyzeolýzy, nejč. proximální a distální tibia a femur), klasifikované podle Saltera a Harrise, dále zlomeniny metafyzární a diafyzární (tibia, femur). Z měkkotkáňových poranění se jedná zejména o poranění kolene (vazy, menisky, chrupavka) a poranění vazivového aparátu hlezna. Nejčastějšími zlomeninami na dolní končetině u dětí jsou zlomeniny bérce (15 %), nejčastějšími poraněními na dolní končetině jsou u dětí distorze hlezna a kolena.

V rámci diagnostiky se uplatňuje klinické vyšetření (otok, hematom, krepitace, defigurace, patologická hybnost) a RTG vyšetření ve 2 projekcích, u tříštivých zlomenin a zlomenin s nitrokloubní lokalizací ev. i CT vyšetření, vyšetření MRI je často nezastupitelné u měkkotkáňových poranění.

Terapeutické postupy při ošetřování poranění pohybového aparátu u dětí zahrnují jak postupy konzervativní, tak operační. I přes rozvoj speciálních instrumentárií a díky tomu i narůstajícímu počtu zejména miniinvazivní operativy stále dominují konzervativní metodiky ošetřování poranění pohybového aparátu, tak jako obecně v dětské traumatologii. Mezi nejčastější konzervativní metody

terapie patří podložená sádrová fixace, fixační pomůcky ze syntetických pryskyřic a fixace v ortézách. Dále pak i nekrvavé repozice s následnou fixací a některé principy funkční léčby zlomenin. Operační léčba má své přísné indikace a postupy. K operačnímu řešení jsou indikovány všechny dislokované epifyzární zlomeniny III. a IV. typu dle Saltera a Harrise, rozsáhlé otevřené zlomeniny a zlomeniny s nervově-cévním poraněním, i další typy zlomenin dle charakteru a lokalizace. Uplatňuje se zejména krvavá či nekrvavá repozice s následnou fixací Kirschnerovými dráty, FFS implantáty, šrouby, dlahami a dále nitrodřeňové elastické titanové pruty (ESIN, diafyzární zlomeniny dlouhých kostí horní končetiny). V adolescentním věku nachází uplatnění i klasické nitrodřeňové hubování nebo využití některých typů úhlově stabilních implantátů. Zevní fixátory jsou nezastupitelné v léčení otevřených zlomenin, zlomenin s rozsáhlým poškozením měkkých tkání nebo např. u některých metafyzárních zlomenin s krátkým fragmentem.

Mezi komplikace poranění pohybového aparátu u dětí patří zhojení v nevyhovujícím postavení (tj. v angulaci nebo zkratu) vedoucí k osovým či délkovým rozdílům končetin, s nutností následného operačního řešení, dále opožděné hojení a nezhojení s tvorbou pakloubu a dále porucha růstu zejm. u poranění v oblasti růstové ploténky.

Poranění pohybového aparátu u dětí představuje komplexní problematiku, jejíž řešení patří do rukou zkušeného dětského traumatologa.

Onemocnění kyčelního kloubu u dětí a dospívajících

MUDr. Jakub Kautzner, Ph.D., MUDr. Andrej Stančák,

doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D., prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie,

2. LF UK a FN Motol, Praha

Onemocnění kyčelního kloubu zahrnuje řadu patologických stavů projevujících se v různém období věku dítěte. V novorozeneckém a kojeneckém věku jde především o vývojovou dysplazii nebo luxaci kyčelního kloubu. K určení časné diagnózy je zapotřebí spolupráce neonatologa či pediatra. Výsledek léčby závisí na včasném zahájení terapie, která je nejčastěji konzervativní za použití abdukčních pomůcek nebo v distrakčním režimu za hospitalizace. Operační léčba zahrnuje nejčastěji krvavou repozici luxované kyčle a výkon na horním konci stehenní kosti.

V období mezi 3.–8. rokem věku dítěte se především u chlapců vyskytuje Perthesova choroba. Jedná se o aseptickou nekrózu hlavičky stehenní kosti a v průběhu onemocnění může docházet ke vzniku nevratné deformity hlavičky femuru s omezením hybnosti kyčle. Léčba je buď konzervativní nebo operační. Cílem terapie je dosažení volné pohyblivosti v kloubu a prevence vzniku deformity hlavičky.

Adolescentní věk je rizikový pro vznik skluzu hlavičky v epifýze, tedy onemocnění s názvem coxa vara adolescentium. Podkladem pro vznik skluzu je hormonální dysbalance organismu u rostoucího dítěte. Symptomatologie onemocnění může zahrnovat bolesti ve stehni nebo koleni imitující jiná onemocnění neortopedického charakteru. Řešení skluzu hlavičky je vždy operační zahrnující celé spektrum výkonů.

V přehledové přednášce chceme přinést souhrn možných patologických stavů dětské kyčle s důrazem na klinický průběh onemocnění a praktický dopad pro pediatrickou praxi. Dále chceme posluchače seznámit s možnostmi operační a konzervativní léčby využívaných na pracovišti autorů.

Vrozené vady nohy

doc. MUDr. Alena Schejbalová, Ph.D., MUDr. Pavel Smetana,

doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Vrozené vady nohy se vyskytují buď izolovaně nebo v rámci systémových vad jako je arthrogryposis multiplex congenita, Larsenův syndrom nebo meningomyelokéla. Izolované vady je

třeba vyřešit do 1 roku věku, do doby, než dítě začíná chodit, u systémových vad je nutný přístup individuální. Vady mohou být buď polohové nebo rigidní. Polohové lze léčit pouze rehabilitací nebo přiložením obvykle jedné korekční sádky, eventuálně dlahy. Rigidní vady vyžadují kontinuální korekční sádkování s výměnou sádky u novorozence v intervalu jednoho týdne.

Pes equinovarus congenitus se vyskytuje s frekvencí 1 promile. Operační léčbě vždy předchází terapie konzervativní. Různými autory je uváděno odlišné procento úspěšnosti konzervativní terapie při modifikovaných taktikách korekčních sádk od 30–90 %. V posledních letech je preference miniinvasivní taktiky dle Ponsetiho se zkrácením doby sádkování a rozsáhlejší výkony jsou indikovány až v další době nebo u výrazně rigidních vad, které nereagují na konzervativní terapii. Metatarsi adducti mohou být buď vadou izolovanou nebo jako reziduální po léčeném pes equinovarus congenitus.

Vrozený strmý talus neboli pes planovalgus congenitus představuje často rigidní vadu, noha má kolébkovitý tvar, talus je v prodloužení kostí bérce, přednoží je v abdukci a pronaci vzhledem k zadní části nohy. Principem operační terapie při neúspěšnosti konzervativní terapie je repozice kostí tarzu výkonem na měkkých tkáních, u starších dětí je možné řešit extraartikulární artrodézou nebo artrodézou subtalo nad 10–12 let věku.

Longitudinální defekty v oblasti bérce (vrozený defekt fibuly event tibie) vedou k dezaxaci postavení nohy a hlezna a redukčním deformitám v oblasti periferie. Principem terapie je centrace chodidla a řešení rozdílu délek končetin.

U rozštěpových vad je nutno operačně sblížit okrajové paprsky. Zúžení chodidla umožňuje pak užití klasické obuvi.

Z vad prstů jsou nejčastěji řešeny polydaktylie, které jsou vadou autozomálně dominantní s výskytem 1,7 na 1 000 narozených. Nejčastější je zdvojení v oblasti 5. prstu. Odstranění nadpočetného prstu je indikováno mezi 9.–12. měsícem věku dítěte.

Vady nohou a jejich terapie vyžadují spolupráci rodiny, jsou náročné na čas ze strany ošetřujícího lékaře a zejména u systémových vad může docházet k rebelaci vady. Někdy je až definitivním řešením trojí déza v dospívajícím věku.

Možnosti balneoterapie u dětských ortopedických pacientů

MUDr. Ludmila Vašíčková

Lázně Bělohrad a.s.

Cílem prezentace je poskytnout přehled o možnostech balneoterapie dětí a adolescentů v Lázních Bělohrad s ohledem na platný Zákon č. 1/2015 Sb a Vyhlášku MZD ČR č. 2/2015 Sb. – o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčby.

V r. 2016 bylo v Léčebně dětí a dorostu v Lázních Bělohrad a.s., léčeno celkem 145 dětí s ortopedickými indikacemi ve věkovém rozpětí 3–18 let. Nejvíce pacientů bylo léčeno v indikaci n XXVII/4 – Skoliózy vyžadující korzet od Ib podle Cobba v soustavné rehabilitační péči. Další nejčastější indikací byla indikace nXXVII/3 – Stavby po úrazech a ortopedických operacích při poruše motorických funkcí a nXXVII/2 – Vrozené či získané ortopedické vady.

Používáme zejména následující terapeutické metody – aplikace peloidu zejména ve formě slatinných obkladů, hydrokinezioterapie, individuální a skupinový léčebný tělocvik, přísadové koupele, hydromasážní koupele a podvodní masáže, elektroterapie, fototerapie. V indikovaných případech je využívána i hippoterapie.

Cílem komplexní lázeňské léčby je zlepšení pohyblivosti postižené oblasti jak v pooperační péči tak při lázeňské léčbě po úrazech, dále stabilizace vady pohybového aparátu, odstranění bolestivých příznaků. Nedílnou součástí je instruktáž ohledně cvičení, ve kterém bude dítě pokračovat po propuštění z lázní.

LÉČEBNA DĚTÍ A DOROSTU



POSKYTUJEME KOMPLEXNÍ LÁZEŇSKOU LÉČBU PRO DĚTI

s onemocněním gynekologickým,
neurologickým či onkologickým
a s onemocněním pohybového aparátu



- Léčíme děti a dorost ve věku 6-18 let, případně s doprovodem již od 3 let.
- Poskytujeme ubytování s kapacitou 56 lůžek v příjemném a přátelském prostředí.
- V léčení využíváme místní přírodní léčivý zdroj - slatinu.
- Pro gynekologické indikace zajišťujeme během pobytu odborné vyšetření erudovaným dětským gynekologem.
- Standardní délka léčebného pobytu jsou čtyři týdny s možností individuálního prodloužení.

NABÍZÍME TYTO LÉČEBNÉ PROCEDURY:

- slatinné zábaly a obklady,
- léčebnou tělesnou výchovu individuální i skupinovou, včetně cvičení dle Ludmily Mojžíšové, senzomotorické stimulace, Vojtovy metody, facilitační metody, metoda dle Schrothové,
- jógu a cviky pro aktivaci hlubokého stabilizačního systému včetně pánevního dna,
- cvičení a plavání v bazénu,
- masáže a koupele (suché a vodní uhličitě, přísadové, vířivé, Kneippovu lázeň),
- laser a biolampu,
- rebox, magnetoterapii a galvu,
- v letních měsících hipoterapii pro vybrané pacienty.

KONTAKT:

Lázně Bělohrad a.s. - Léčebna dětí a dorostu
Lázeňská 165, 507 81 Lázně Bělohrad
tel.: +420 493 792 277
detska.lecebna@belohrad.cz
www.lazneprodeti.cz



Aktuality v pediatrii

pátek / 20. října 2017 / 10.35–11.15 hod.

Význam tuků ve výživě kojenců a batolat – nové trendy

prof. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D.

Dětská klinika Fakultní nemocnice v Plzni a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Observační studie ukázaly, že časná výživa v prvních letech života ovlivňuje zdravotní stav dětí jak z krátkodobého tak dlouhodobého hlediska. Náhradní kojenecké formule mají vyšší podíl energie, ale významně nižší výskyt několika biologicky aktivních látek než u kojených dětí. Mléčný tuk, složený hlavně z triglyceridů (99%) je vylučován ve formě kuliček, které se tvoří v epitelálních buňkách mléčné žlázy. Membrána mléčných tukových kuliček (globulí) (MFGM), která je na povrchu, obsahuje v mateřském mléce řadu biologicky aktivních látek. Tato dvou vrstevná membrána velikosti asi 10–20 nm působí jako emulzifikátor a chrání tukové kuličky před degradací a zajišťuje jejich stabilitu. MFGM má složitou strukturu a obsahuje bioaktivní polární lipidy, fosfolipidy, glykoproteiny, sfingolipidy a specifické membránové proteiny. Kojenci na náhradní výživě ve srovnání s kojenými dětmi mají vyšší přírůstek na hmotnosti, vyšší výskyt infekce v prvním roce života, nižší kognitivní skóre, vyšší riziko obezity, alergií, diabetu mellitu 1. typu a dyslipoproteinemie v dospělém věku. Rozdíly ve složení mateřského mléka a kojeneckých formulí v tukové frakci částečně vysvětlují tyto patofyziologické rozdíly. V kojeneckých formulích tradičně MFGM chyběla, ale díky moderním technologickým postupům ve zpracování mléka se stala suplementace hovězím MFGM dobře prakticky proveditelná. V literatuře bylo aktuálně publikováno 6 dvojitě-slepých randomizovaných kontrolovaných studií potvrzující zdravotně prospěšný účinek MFGM a tuků ve výživě kojenců a batolat. Výsledky shrnují, že obohacení mléčných formulí pomocí MFGM je bezpečné a ukazuje pozitivní účinek na neurologický vývoj, rozvoj kognitivních funkcí a ochranu proti infekci.

Závěr: Obohacení kojeneckých formulí MFGM představuje nový trend ve výživě kojenců a batolat, snižuje rozdíl mezi kojenými dětmi a dětmi na náhradní výživě kojeneckými formulemi, ale další kontrolované studie jsou dále nezbytné.

Nefrologie

garant doc. MUDr. Pavel Geier, Ph.D.

pátek / 20. října 2017 / 11.40–12.50 hod.

Proměny v diagnostice a léčbě infekcí močového systému u dětí během posledních desetiletí

MUDr. Josef Gut

Dětské oddělení NsP Česká Lípa

Za posledních sto let prošly diagnostické pohledy a léčebné postupy kolem infekcí močového systému, zvláště u nejmenších dětí, výraznými změnami. V éře před objevením antibiotik a před včasným odkrytím závažných vrozených vad uropoetického traktu byla oprávněná obava z 20% mortality kojenců a batolat při urosepsích a z přechodu do chronického poškození parenchymu, zvláště u recidivujících infekcí. V této době v léčbě dominovaly preparáty salol a urotropin, které jsou v učebnicích ještě uváděny do 50. let. Nástup antibiotik znamenal zásadní obrat v léčbě, ale také v krátkodobé a v dlouhodobé prognóze.

Velkou proměnou prošly také postoje na význam vrozených vývojových vad uropoetického systému. Stran těžkých vad typu hydronefrózy např. v důsledku obstrukce pelviureterálního přechodu apod. se chirurgická strategie řešení zásadně nezměnila, ale jejich brzké odhalení pomocí USG techniky přineslo zásadní prospěch jejich nositelům a zavedení izotopových metod a funkčního vyšetření močových cest umožnilo diferencovaný přístup v řešení. Velký příběh plný zvrátů se

během posledních desetiletí odehrál kolem vezikoureterálního refluxu (VUR). Tomuto tématu byly věnovány v literatuře tisíce stran: od původního kladení etiopatogenetického důrazu na subvezikální obstrukci k zdůrazňování dysfunkcí močového měchýře, od paušálních akcentů na opakované radiologické kontroly, na udržovací antibiotickou léčbu u VUR a případné chirurgické řešení až k současnému střídavému, střídavému a vysoce individualizovanému přístupu k těmto dětem. Na přelomu tisíciletí uzrál léta doutnající proud pochybností o všeobecně přijímaných doporučení a vyústil v nové přístupy, zakotvené nejprve v anglickém a americkém prostředí a posléze i v evropských a urologických doporučeních.

Akutní postinfekční glomerulonefritida

MUDr. Jakub Zieg, Ph.D.

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

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

Nefritida při Henochově-Schönleinově purpře

doc. MUDr. Pavel Geier, Ph.D.

Division of Nephrology, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Canada

Henochova-Schönleinova purpura (HSP) je nejčastější vaskulitidou dětského věku. Spouštěcím faktorem je velmi často infekce horních cest dýchacích. Až u 30 % může být přítomna streptokoková tonzilitida.

Postižení ledvin se vyskytuje u 30–40 % případů a je obvykle mírné. Těžký průběh s rizikem rozvoje chronického onemocnění ledvin postihne méně než 1 % pacientů s nefritidou. Příznaky nefritidy se mohou objevit buď současně s kožním exantémem, mnohem častěji se ale objeví později. Patologické nálezy v moči se mohou objevit až 6 měsíců po prvním kožním výsevu. Proto se doporučuje sledovat pacienty s HSP nejméně 6 měsíců a při kontrolách vyšetřovat moč na přítomnost proteinurie a hematurie. To platí i pro děti jejichž ostatní příznaky spontánně ustoupí.

Příznakem nefritidy může být izolovaná mikroskopická hematurie (nejčastější příznak), mírná proteinurie nebo kombinace těchto dvou příznaků. Méně často se vyskytuje makroskopická hematurie při akutní infekci horních cest dýchacích. Výše jmenované příznaky většinou provázejí mírné formy nefritidy, které obvykle spontánně vymizí.

Méně častým, ale závažnějším příznakem je rozvoj nefrotického syndromu (NS), nebo akutní nefritický syndrom, který může být doprovázen známkami akutního poškození ledvin. Tito pacienti jsou obvykle léčeni na pracovištích dětské nefrologie.

Důležité pro praxi je pozorování, že nefritida může propuknout znovu i po poměrně dlouhé době remise a normálního močového nálezu. Proto je potřeba pacienty s nefritidou při HSP dispenzarizovat a jednou ročně kontrolovat močové nálezy a krevní tlak.

V současné době není známa prevence postižení ledvin. Rozhodnutí kdy a jaké pacienty s nefritidou léčit je nesmírně obtížné. V řadě případů dochází ke spontánní úpravě stavu. Úvodní příznaky

velmi často nekorelují se závažností nefritidy s výjimkou případů, kdy se nefritida prezentuje jako NS, nebo závažným nefritickým syndromem s akutním selháním ledvin.

Pacienti s mírnou mikroskopickou hematurií nevyžadují žádnou specifickou léčbu. U pacientů s mírnou proteinurií se doporučuje dlouhodobé podávání ACE inhibitorů. Kortikoidy se potom doporučují u pacientů, u kterých se rozvine NS. Ostatní léčebné postupy (imunosupresiva, plazmaferéza) se používají u nejtěžších forem nefritidy, kde je terapeutický postup individuální.

Velmi vzácná onemocnění dětského věku v ordinaci praktického lékaře

pátek / 20. října 2017 / 12.50–13.20 hod.

Atypický hemolyticko-uremický syndrom u dětí

MUDr. Jakub Zieg, Ph.D.

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

Atypický hemolyticko-uremický syndrom (aHUS) je vzácné onemocnění charakterizované hemolytickou anémií, trombocytopenií a poruchou funkce ledvin. Příčinou této nemoci je ve většině případů nekontrolovaná aktivace komplementového systému na podkladě mutací genů pro regulátory komplementu, případně se může aHUS manifestovat v důsledku vzniku protilátek interagujících s těmito proteiny. Typickými histologickými známkami aHUS v renální biopsii jsou změny charakteru trombotické mikroangiopatie glomerulárních kapilár ale i trombózy větších cév. Extrarenální projevy se vyskytují asi ve 20 % případů. V minulosti bylo onemocnění aHUS spojeno s vysokou morbiditou a mortalitou. Významné zlepšení prognózy nemocných nastalo až s možností terapie eculizumabem, monoklonální protilátkou blokující terminální část komplementové kaskády. Pochopení patogeneze aHUS je nutné pro správnou diferenciálně diagnostickou rozvahu a zvolení adekvátní léčby.

Infekce

garantka MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

pátek / 20. října 2017 / 14.10–15.30 hod.

Exantémová onemocnění u dětí

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Klinika infekčních, tropických a parazitárních nemocí, Nemocnice na Bulovce, Praha

Onemocnění, která jsou provázena změnami na kůži, nejsou v pediatrické praxi rozhodně výjimečná. Nemusí to být jen klasické infekční exantémy, ale i projevy jiného původu s různým stupněm závažnosti. Od exémů různé etiologie až po projevy systémových onemocnění nebo krvácení do kůže infekčního nebo neinfekčního původu. V každém případě je posouzení kožního krytu velmi důležité u všech vyšetřovaných pacientů. Pokud se týká infekční etiologie, škála, která tuto problematiku zahrnuje, je velmi široká. Exantémy mohou být vyvolány viry, bakteriemi, lokálními projevy na kůži může vyvolat i parazit. Charakter těchto typů vyrážek může být makulopapulózní, ale i vesikulopustulózní. Někdy je exantém omezen jen na určité místo, jde tedy o exantém lokální například u migrujícího erytému nebo erytému nodózum. Jindy bývá difúzní někdy s predilekcemi místy například u spály, jindy je difúzně po těle jako je tomu třeba u rubeoly, varicely. Objev se najednou po celém těle nebo se šíří z určitých oblastí dále. Exantém u spalniček, zarděnek, planých neštovic je přítomen jako průvodní symptom vždy. U řady onemocnění je však jen fakultativní, například u enterovirů, adenovirů, herpetických virů.

Proti řadě infekčních nemocí je v současné době možné očkování v rámci očkovacího kalendáře nebo jde o očkování na vyžádání. S přibývajícím aktivními odpůrců očkování se však začíná eskalovat problém neočkovaných dětí, a tím i snížení kolektivní imunity, což se ostatně ukázalo u spalniček, jejichž průběh může být provázen i četnými komplikacemi a skončit i úmrtím dítěte. Na území Evropy včetně České republiky jsme byli s tímto faktem konfrontováni. V této souvislosti je nutno vzít v úvahu velký počet migrujících osob. Jde nejen o migranty do Evropy, ale i cestování obyvatelstva do míst, kde očkování populace je na nízké úrovni. Obecně fenomén cestování je důležitý i pro zdroj jiných nemocí. Pracovníci infektologických pracovišť se nezdá setkávat s onemocněním i velmi malých dětí, které cestují do vzdálených destinací, kde je obecně i vyšší riziko infekčních nemocí.

Většina exantémových onemocnění nepodléhá povinné izolaci. Výjimkou jsou spalničky, horečka dengue, popřípadě zviřecí neštovice přenesené na člověka.

Průjemová onemocnění v dětském věku, možnosti vakcinace, kazuistiky

MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

Průjemová onemocnění patří v populaci České republiky k nejčastějším infekčním onemocněním. V loňském roce bylo hlášeno v ČR celkem 56 475 průjemových onemocnění (EPIDAT), z toho 24 291 kamylobakterií, 11 912 salmonelóz a 9 491 virových gastroenteritid s převahou rotavirů (4 358 případů) a norovirů (4 225 případů). Jak ukazují naše zkušenosti z infekční kliniky NNB, dominují tato agens i u dětí. Hospitalizaci s parenterální rehydratací vyžadují nejčastěji děti s virovou gastroenteritidou, a to zejména rotavirovou, méně často norovirovou či adenovirovou. Z bakteriálních původců vedou kamylobakterie před salmonelami, ostatní agens jsou podstatně méně časté. Na Kliniku infekčních nemocí 2. LF UK a NNB bylo v letošním roce od ledna do konce srpna přijato 422 dětí s průjemem; u dětí, u kterých bylo provedeno jak kultivační, tak i virologické vyšetření stolice, se jednalo nejčastěji o virovou gastroenteritidu (232x, z toho rotaviry byly prokázány 185x, noroviry 25x, adenoviry 17x, astroviry 1x). Mezi bakteriemi dominovaly kamylobakterie ve 30 případech; k nákaze dochází v naprosté většině případů při domácí přípravě kuřecího masa (EFSA – „Nemyjte doma své kuře“). Salmonelóza bylo 20 s nejčastějším sérotypem *Salmonella enteritidis*, jehož zdrojem jsou hlavně vejce z domácích chovů. *Yersinia enterocolitica* byla zachycena jen 1x, shigela se nevyskytla.

Těžkým průběhům rotavirových nákaz lze zabránit vakcinací. Proočkovanost populačních ročníků u nás není zatím vysoká, dle odhadů se pohybuje kolem 17 %, ale zkušenosti z terénu naznačují, že i u nás má očkování podobný efekt jako v zemích, kde se očkuje plošně (USA, Finsko, Rakousko aj.). U očkovaných dětí má onemocnění, pokud vůbec vznikne, lehký průběh bez nutnosti hospitalizace, nedochází k úmrtím a při vysoké proočkovanosti vzniká i kolektivní imunita.

V přednášce jsou uvedeny také dvě zajímavé kazuistiky střevních infekcí – vzácná extraintestinální forma salmonelózy a neobvyklá duální infekce vyvolaná rotavirem a shiga-toxin produkujícím kmenem *Escherichia coli* O 157:H7 komplikovaná hemolyticko-uremickým syndromem.

Infekce HIV u dětí

doc. MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.

Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

Počet dětí infikovaných HIV v České republice je nízký. Odráží nízký počet HIV pozitivních žen (okolo 10 ročně) a účinná profylaktická opatření (zejména podání antiretrovirotik) snižující riziko vertikálního přenosu pod 1–2 %. Objevují se ženy, které se nedostávají do dispenzární péče gynekologa a přichází rovnou k porodu, HIV pozitivita se odhalí těsně před porodem nebo dokonce po porodu. V případech, kdy se vertikálnímu přenosu u nás nezabránilo, byla HIV

pozitivita ženy diagnostikována několik hodin před porodem, další ženy i přes známou diagnózu neužívaly léky a jedna překotně porodila mimo zdravotnické zařízení. Protektivní význam císařského řezu je u nás důvodem jeho paušálního provádění, i když se za určitých okolností připouští i vaginální porod. Nedílnou součástí péče o novorozence je podání antiretrovirotik po dobu 4, event. 6 týdnů. Okolnosti zvyšující riziko přenosu vyžadují nejen specifická opatření při porodu, ale i v péči o novorozence. Nabízí se prodloužení a posílení neonatální komponenty profylaxe, popř. její doplnění o další antivirotika. U většiny dětí se infekce HIV vyloučí během prvních třech měsíců života, děti tak nevyžadují profylaxi oportunních infekcí ani úpravy pravidelného očkování. Arbitrárně se vyřazují z dispenzarizace v 18 měsících. V případě diagnózy infekce HIV je dítěti zahájena kombinovaná AR léčba a dále je sledováno formou pravidelných prohlídek a laboratorních vyšetření. AR léčba u dětí má svá úskalí, v raném věku daná zejména problémy s užíváním léků a úzkým repertoárem lékových forem. U několika dětí byla u nás diagnóza infekce HIV stanovena až v průběhu dětského věku a v horších případech na základě klinických příznaků. Z osmi současně sledovaných dětí dvě splňují kritéria AIDS. Za předpokladu dobré spolupráce s rodinou je prognóza velmi příznivá. V péči o HIV pozitivní gravidní ženy a jejich děti se osvědčuje centralizovaný přístup a bude snahou jej zachovat do budoucnosti. Profylaxe vertikálního přenosu a léčba infikovaných HIV jsou velmi účinné, důležité je jejich důsledné uplatnění. Nabízené kazuistiky nabádají pediatriy k pomýšlení na možnost infekce HIV při neuspokojivě vysvětlených příčinách některých infekčních nemocí a neprospívání.

Dobrá rada do praxe

pátek / 20. října 2017 / 15.50–16.40 hod.

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.

Psychiatrie

garant MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

pátek / 20. října 2017 / 16.40–18.00 hod.

Poruchy příjmu potravy v dětském a adolescentním věku

MUDr. Petra Uhlíková

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Poruchy příjmu potravy (PPP) se vyskytují od útlého dětství do dospělosti, nejčtenější výskyt je ve skupině adolescentů a mladých dospělých. MKN-10 rozlišuje dvě základní diagnózy, mentální anorexii a mentální bulimii, a jejich atypické formy. Modernější pojetí tato onemocnění chápe jako kontinuální spektrum poruch od restriktivní mentální anorexie přes purgativní formu, mentální bulimii, přejídání až po obezitu. Mezi poruchy příjmu potravy v dětském věku patří například infantilní ruminační porucha, pika, emoční porucha spojená s odmítáním jídla, syndrom vybíravosti v jídle, posttraumatická porucha krmení. Novou klasifikaci PPP zavedl DSM-5, k největším změnám patří nahrazení Poruchy příjmu potravy v raném dětství diagnózou ARFID (vyhýbavá a restriktivní porucha příjmu potravy).

Diagnostika PPP u dětí je složitější než u dospělých, příznaky se mění v závislosti na věku a tyto specifické příznaky nejsou obsažené v MKN-10. V porovnání s kritérii pro dospělý věk nelze u dětí v prepubertálním věku použít jako diagnostický příznak amenorheu, není nutný pokles váhy, ale nedostatečná výživa se může projevit „pouze“ zpomalením nebo zástavou somatického vývoje.

U mladších pacientů je častější mentální anorexie, mentální bulimie je před nástupem menarche vzácná. Ubývání nebo stagnace hmotnosti u dětí by mělo být důvodem psychiatrického vyšetření v situaci, kdy se dítě vyhýbá jídlu, zajímá se o zdravou stravu a hmotnost, provokuje zvracení nebo nadměrně cvičí, trpí nechutenstvím, bolestmi břicha či zácpou bez jasné příčiny. Následky poruch příjmu potravy u dětí jsou závažnější v tom, že zasahují do vývoje organismu a mohou mít celoživotní následky. U třetiny pacientů má onemocnění chronický průběh s předčasným úmrtím vlivem metabolického rozvratu, častou příčinou úmrtí je suicidium. Významnou odlišností v léčbě v porovnání s dospělými pacienty je nutné navázání terapeutického vztahu nejen s nemocným dítětem nebo dospívajícím, ale také s jeho rodiči. Metodou volby v léčbě PPP u dospívajících je rodinná terapie.

Suicidalita a sebepoškozování v dětském a adolescentním věku

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF, Praha

Sebevražedné jednání u dětí a dospívajících reprezentuje závažnou problematiku stojící na pomezí pedopsychiatrie, pediatrie a dalších somatických oborů. Širší pojem představuje suicidální chování, které zahrnuje suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Sebevražedné jednání nepředstavuje v žádné své formě samostatnou psychiatrickou diagnózu. Psychiatrické vyšetření a podrobný rozbor celé situace může stanovit eventuální psychiatrickou diagnózu a způsob terapie. Ročně sebevraždou zemře v ČR 5–10 dětí a 30–50 adolescentů, s velkou převahou chlapců nad dívkami. Pro adolescentní období je typické suicidální jednání ve formě suicidálního pokusu, zde významně převažují dívky. Odhady suicidálních pokusů uvádějí až 100násobek počtu dokonaných suicidií. Při vyšetření pacienta ohroženého suicidálním jednáním, případně po sebevražedném pokusu, se zajímáme o příčiny a motivy jeho činu. Zároveň také zjišťujeme další okolnosti, které k tomuto jednání přispěly. Suicidální jednání bývá spojeno s rizikovými faktory, které se podílejí na rozvoji sebevražedného chování, i když nemusí být jeho přímou příčinou. Některé rizikové faktory působí více na úrovni biologické, jiné na úrovni psychologické či sociální. Různé faktory a okolnosti se mohou ve svém účinku doplňovat a vzájemně potencovat. Sebeпоškozování

je specifické autodestruktivní chování, jde o vědomé, záměrné, často opakované sebezraňování, bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, většinou bez závažného letálního dosahu. Jde o řezná poranění, popálení cigaretou, případně opakované intoxikace medikamenty bez suicidálního úmyslu. Jako motivy pro sebepoškozování bývají uváděny pocity vzteku na sebe, potřeba trestu nebo úlevy od napětí. Sebepoškozující se adolescenti uvádějí, že fyzickou bolestí přehlušují psychický dyskomfort. Sebepoškozování vede k častému opakování, podléhá nápodobě a vzniká na ně až závislost. Samo o sobě nemá suicidální charakter, je však významným rizikovým faktorem pro následné suicidální jednání.

Shrnutí pro praxi:

1. Hrozící suicidální jednání nebo proběhlý suicidální pokus je indikací pro psychiatrické vyšetření.
2. Při vyhodnocení suicidálního rizika je nutné posoudit aktuální psychopatologii, motiv a další přítomné rizikové faktory.
3. Sebepoškozování sice nemá přímý suicidální motiv, je však významným rizikovým faktorem pro suicidální jednání.

Podpořeno projektem MZ ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole), a v rámci programu UK Progres č.Q15 „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“.

Děti rodičů se závažnou duševní poruchou

MUDr. Michal Goetz, Ph.D.^{1,2}

¹2. LF UK, Praha

²Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha

Děti rodičů se závažným duševním onemocněním jsou ohroženou skupinou, které zatím není v našem zdravotnickém systému věnována dostatečná pozornost. Statistiky ukazují, že 15–20 % dětí má alespoň jednoho rodiče s duševním onemocněním a přibližně 20 % dospělých v psychiatrické péči jsou rodiči. Závažné duševní poruchy probíhají dlouhodobě a s periodickými dekompenzacemi. Soužití s duševně nemocným rodičem proto klade na adaptaci dítěte enormní nároky, zvyšuje jeho stres a zhoršuje kvalitu života. Častými obtížemi těchto dětí jsou vyšší emoční senzitivita, prožívání viny, studu a pocit nedostatku sociální podpory. Celoživotní riziko plně vyjádřené duševní poruchy se zde pohybuje mezi 50 % a 70 %. Některé děti přebírají roli pečovatele a dochází u nich k takzvané „parentifikaci“. V rodině je pak věnována větší pozornost potřebám nemocného dospělého a potřeby dítěte jsou opomíjeny. Dítě se také může cítit zodpovědné za duševní pohodu svého rodiče a obviňovat se za relapsy jeho onemocnění. Přístup zdravotníků, kteří mají v péči děti duševně nemocných rodičů, by měl být proaktivní a zaměřen jak na dítě, tak rodiče. U rodiče by měl mít zdravotník povědomí, jak je duševní onemocnění rodiče kompenzováno a jaká je jeho spolupráce s léčbou. Eventuálně by měl organizačně léčbu podpořit. Rodiče by měl také edukovat o riziku pro dítě. Pohovorem s dítětem bez přítomnosti rodiče by se měl pokusit alespoň základně zhodnotit, jak se dítě cítí a jak se mu daří v různých oblastech života. V případě známek duševních nebo sociálních obtíží dítěte by měl rodině pomoci s vyhledáním psychologa nebo pedopsychiatra.

Duomox[®]

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Před předepsáním léku si, prosím, prostudujte informace o léčivém přípravku,
které se nacházejí na následující straně.

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicilinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. Indikační skupina: Bakteriocidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Léčba následujících infekcí u dospělých a dětí: Akutní bakteriální sinusitida, akutní otitis media, akutní streptokoková tonzilitida a faryngitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy, komunitní pneumonie, akutní cystitida, asymptomatická bakteriurie v těhotenství, akutní pyelonefritida, tyfoidní a paratyfoidní horečka, dentální absces s šířící se celulitidou, infekce v oblasti kloubní náhrady, eradikace *Helicobacter pylori*, lymfská nemoc. Profylaxe infekční endokarditidy. **Dávkování:** Dospělí: U lehkých až středně těžkých infekcí 250 mg až 500 mg každých 8 hodin nebo 750 mg až 1 g každých 12 hodin. U závažných infekcí 750 mg až 1 g každých 8 hodin. *Je třeba vzít v úvahu oficiální doporučení k léčbě pro každou indikaci. Profylaxe endokarditidy: 2 g perorálně, jedna dávka 30 až 60 minut před zákrokem. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 20 – 100 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Je třeba vzít v úvahu oficiální doporučení k léčbě pro každou indikaci. Dávkování dvakrát denně má být uvažováno pouze v případě, že je dávka v horní části dávkovacího rozmezí. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** Absorpce přípravku DUOMOX® není ovlivněna jídlem. Tablety se mohou polykat celé a zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na peniciliny nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Anamnéza závažné okamžité hypersenzitivní reakce (např. anafylaxe) na další beta-laktamová antibiotika (např. cefalosporiny, karbapenemy nebo monobaktamy). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** *Hypersenzitivní reakce:* Před zahájením léčby amoxicilinem je nutné získat podrobnou anamnézu zejména s ohledem na předchozí hypersenzitivní reakce na peniciliny, cefalosporiny nebo další beta-laktamová antibiotika. U pacientů léčených peniciliny byly hlášeny závažné a v ojedinělých případech fatální hypersenzitivní (anafylaktoidní) reakce. Uvedené reakce se vyskytují spíše u osob s hypersenzitivitou v anamnéze, které udávají hypersenzitivitu na penicilin nebo trpí atopickým ekzémem. Dojde-li k alergické reakci, musí se léčba amoxicilem ihned přerušit a zahájí se vhodná alternativní léčba. *Hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem:* V ojedinělých případech byly během léčby amoxicilem hlášeny hypersenzitivní reakce (hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem), v těchto případech musí být zahájena odpovídající léčba. *Necitlivé mikroorganismy:* Amoxicilin není vhodný k léčbě některých typů infekcí s výjimkou případů kdy je prokázáno, že patogen je citlivý nebo je velká pravděpodobnost že patogen bude vhodný k léčbě amoxicilem. Toto platí obzvláště v případě léčby pacientů s infekcemi močových cest a závažnými infekcemi ucha a nosu a krku. *Křeče:* Ke křečím může dojít u pacientů s poruchou renálních funkcí nebo u těch, kteří užívají vysoké dávky nebo u pacientů s predispozicí (např. anamnéza křečí, léčená epilepsie nebo meningeálním onemocněním). *Porucha funkce ledvin:* U pacientů s poruchou funkce ledvin má být dávka upravena podle stupně poškození. *Kožní reakce:* Výskyt horečnatého generalizovaného erytému s tvorbou pustul na začátku léčby může být příznakem akutní generalizované exantematózní pustulózy (AGEP). Tato reakce vyžaduje ukončení léčby amoxicilem a kontraindikuje následné podání. Amoxicilinu je třeba se vyhnout při podezření na infekční mononukleózu, neboť po léčbě amoxicilem byla u pacientů s touto diagnózou pozorována morbilliformní vyrážka. *Jarisch-Herxheimerova reakce* byla pozorována po léčbě Lymfské nemoci amoxicilem. Vyplyvá to přímo z bakteriocidní aktivity amoxicilinu na původce Lymfské nemoci, spirochetu *Borrelia burgdorferi*. Pacienti mají být ujištěni, že se jedná o běžný jev, který obvykle sám odezní důsledkem antibiotické léčby Lymfské boreliózy. *Přerůstání necitlivých mikroorganismů:* Dlouhodobé užívání může v některých případech vést k přerůstání necitlivých mikroorganismů. Kolitida související s podáváním antibiotik byla hlášena téměř u všech antibakteriálních agens a závažnost se může pohybovat od mírné až po život. Proto je důležité zvážit tuto diagnózu u pacientů s průjmem, který se vyskytne během nebo následně po podání jakýchkoli antibiotik. Pokud by došlo ke vzniku kolitidy související s podáváním antibiotik, léčba amoxicilem má být okamžitě přerušena. Má být konzultován lékař a zahájena odpovídající léčba. Antiperistaltické léčivé přípravky jsou v této situaci kontraindikovány. *Dlouhodobá léčba:* Pravidelné hodnocení funkcí orgánových systémů; včetně funkce ledvin, jater a krevetvorné funkce je vhodné v průběhu dlouhodobé léčby. Byly hlášeny zvýšené hladiny jaterních enzymů a změny krevního obrazu. Antikoagulační: Prodloužení protrombinového času bylo vzácně hlášeno u pacientů užívajících amoxicilin. Pokud jsou současně předepisována antikoagulační, mají být provedena vhodná monitorování. Úprava dávkování perorálních antikoagulancií může být nezbytná k udržení požadované úrovně antikoagulace. *Krystalurie:* U pacientů se sníženou tvorbou moči byla velmi vzácně pozorována krystalurie, převážně při parenterální léčbě. Při podávání vysokých dávek amoxicilinu, je vhodné udržovat dostatečný příjem tekutin a výdej moči, aby se snížila možnost amoxicilinové krystalurie. U pacientů s katetry v močovém měchýři má být pravidelně kontrolována průchodnost. *Interference s diagnostickými testy:* Zvýšené sérové a močové hladiny amoxicilinu mohou mít vliv na určité laboratorní testy. Vzhledem k vysoké koncentraci amoxicilinu v moči jsou běžné falešně pozitivní výsledky chemických metod. Doporučuje se, aby při testování na přítomnost glukózy v moči v průběhu léčby amoxicilem byly použity enzymatické glukózooxidázové metody. Přítomnost amoxicilinu může zkreslit výsledky testu estriolu u těhotných žen. **Interakce:** Současné podávání probenecidu se nedoporučuje, neboť může vést ke zvýšeným krevním hladinám amoxicilinu. Současné podávání alopurinolu při léčbě amoxicilem může zvýšit pravděpodobnost výskytu alergické reakce. Tetracykliny a jiné bakteriostatické léky mohou interferovat s bakteriocidními účinky amoxicilinu. V odborné byly popsány případy zvýšení mezinárodního normalizovaného poměru u pacientů dlouhodobě užívajících acenokumarol nebo warfarin a zároveň užívajících amoxicilin. Při jejich současném podávání nebo po ukončení léčby amoxicilem musí být pečlivě monitorován protrombinový čas nebo mezinárodní normalizovaný poměr. Peniciliny mohou snižovat vylučování methotrexátu, což může vést k potenciálnímu zvýšení jeho toxicity. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Omezené údaje týkající se použití amoxicilinu v době těhotenství nenaznačují zvýšené riziko kongenitálních malformací. Amoxicilin je v malých množstvích vylučován do mateřského mléka s možným rizikem senzibilizace. Amoxicilin může být použit v těhotenství a při kojení, pokud potenciální přínos převáží potenciální rizika spojená s léčbou. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádné studie účinků na schopnost řídit a obsluhovat stroje nebyly provedeny. Mohou se však objevit nežádoucí účinky (např. alergické reakce, závratě, křeče), které mohou ovlivnit schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou průjem, nauzea a kožní vyrážka. Nežádoucí účinky přípravku zaznamenané v průběhu klinických studií a po uvedení přípravku na trh seřazené podle MedDRA systémově-orgánové klasifikace jsou uvedeny níže. Pro určení četnosti nežádoucích účinků se používá následující terminologie: Velmi časté ($\geq 1/10$); časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$); méně časté ($\geq 1/1000$ až $< 1/100$); vzácné ($\geq 1/10\,000$ až $< 1/1000$); velmi vzácné ($< 1/10\,000$); není známo (na základě dostupných údajů nelze odhadnout). **Infekce a infestace:** Velmi vzácné: Mukokutánní kandidóza. **Poruchy krve a lymfatického systému:** Velmi vzácné: Reversibilní leukopenie (včetně neutropenie nebo agranulocytózy), reversibilní trombocytopenie a hemolytická anémie. Prodloužení doby krvácení a protrombinového času. **Poruchy imunitního systému:** Velmi vzácné: Závažné alergické reakce, včetně angioneurotického edému, anafylaxe, sérové nemoci a hypersenzitivní vaskulitidy. Není známo: Jarisch-Herxheimerova reakce a hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem (Kounisův syndrom). **Poruchy nervového systému:** Velmi vzácné: Hyperkineze, závratě a křeče; Není známo: Aseptická meningitida. **Gastrointestinální poruchy:** Časté: Průjem a nauzea; Méně časté: Zvracení; Velmi vzácné: S antibiotiky související kolitida (včetně pseudomembranózní kolitidy a hemoragické kolitidy), černé zabarvení jazyka, který se zdá být ochlupený. Povrchové zbarvení zubů. **Poruchy jater a žlučových cest:** Velmi vzácné: Hepatitida a cholestatická žloutenka. Mírné zvýšení AST a/ nebo ALT. **Poruchy kůže a podkožní tkáň:** Časté: Kožní vyrážka; Méně časté: Urtikarie a svědění; Velmi vzácné: Kožní reakce jako erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, bulózního a exfoliativního dermatitida a akutní generalizovaná exantematózní pustulóza (AGEP). **Poruchy ledvin a močových cest:** Velmi vzácné: Intersticiální nefritida, krystalurie. *Výskyt těchto nežádoucích účinků byl odvozen z klinických studií zahrnujících celkem asi 6000 dospělých a dětských pacientů užívajících amoxicilin. Povrchové zbarvení zubů bylo hlášeno u dětí. Dobrá ústní hygiena může pomoci zabránit vzniku zubního zbarvení, protože ho lze obvykle odstranit čištěním zubů.* Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **Předávkování:** Příznaky: Mohou se objevit gastrointestinální příznaky (jako je nauzea, zvracení a průjem) a poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy. Byla zaznamenána krystalurie po amoxicilinu způsobující v některých případech až renální selhání. U pacientů s poruchou renálních funkcí nebo u pacientů užívajících vysoké dávky se mohou objevit křeče. **Léčba intoxikace:** Gastrointestinální příznaky se léčí symptomaticky s důrazem na vodní a elektrolytovou rovnováhu. Amoxicilin může být odstraněn z oběhu hemodialýzou. **Velikost balení:** DUOMOX® 250: 20 tbl, DUOMOX® 375: 20 tbl, DUOMOX® 500: 20 tbl, DUOMOX® 750: 20 tbl, DUOMOX® 1000: 14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** 7/2016. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Registrační čísla: 15/270/93-A,B,C,D,E/C. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplnou informací o léčivém přípravku: www.sukl.cz.

Akreditované
ONLINE
vzdělávání

**ZAŽÍVACÍ
POTÍŽE
KOJENCŮ**



www.edukace.nutricia.cz

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

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

Obsah kurzu:

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

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

Akreditace:

Provozovatel:
NUTRICIA
Experti na výživu v raném věku



Technické zajištění:

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Reference:

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

PRAHA

PEDIATRIE PRO PRAXI

III. kongres pediatriů v Praze

**20.–21. října
2017**

**Hotel Duo
Praha**

Pořadatel: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
Záštita: Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Alexion Pharma Czech s.r.o.
ALTREVA spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
Bella Bohemia s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
ELVA Pharma s.r.o.
Ferring Pharmaceuticals CZ, s. r. o.
FAGRON a.s.
Gilead Sciences s.r.o.
HERO CZECH s.r.o.
L'OREÁL Česká republika s.r.o.
Lázně Bělohrad a.s.
Mediclinic a.s.
Medicton Group s.r.o.
Medindex spol s r.o.
Medingo s.r.o.

Merck spol. s r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Qpharma s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
Reckitt Benckiser, spol. s r.o.
R. K. Studio
RosenPharma a.s.
S & D Pharma CZ, spol. s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
Stada Pharma CZ s.r.o.
Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWISS PHARMA, spol. s.r.o.
WALMARK, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatrie
pro praxi**



proLékaře
www.prolekare.cz



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU