

Pediatric

PRO PRAXI

Suppl. C
2009

www.solen.cz

ISSN 1803-5892

ROČNÍK 10.

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXVII. dny praktické a nemocniční pediatrie

29.–30. května 2009

Regionální centrum Olomouc

Česká pediatrická společnost ČLS JEP,
Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Sdružení Šance

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

POŘADATEL

Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Sdružení Šance

PREZIDENT

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,
Světлана Kašubová,
MUDr. Vladimír Němec,
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,
MUDr. Jarmila Seifertová,
MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.,
doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Karla Břečková
tel.: 582 397 457
mob.: 777 714 677
e-mail: breckova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Iva Daňková
tel.: 582 397 407
mob.: 777 557 411
e-mail: dankova@solen.cz

Olomouc 29. – 30. 5. 2009
REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 11 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry.

PEDIATRIE PRO PRAXI – KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

Citační zkratka: Pediatr.pro Praxi; 10 (Suppl. C). ISSN 1803-5892

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, tel.: +420 724 984 451

Časopis je indexován v Bibliographia Medica Českoslovac a v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR

LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek 29. května

7.30–9.00 Registrace

9.00–9.40 Slavnostní zahájení – prezident kongresu V. Mihál

- Vystoupení žestové harmonie KEA Olomouc
- Předání medaile rektora UP prof. V. Špičákovi k příležitosti jeho významného životního jubilea
- Křest novinky nakladatelství Grada publishing – **Pediatric**
- Pelikánova přednáška: **Celiakie v roce 2009** – J. Nevoral

9.40–11.15 ÚRAZY DĚTÍ, TRAUMATOLOGIE / Předsedající: J. Wiedermann, I. Čížmář

- Úrazy u dětí a dospívajících hospitalizovaných na DK v Olomouci – J. Wiedermann, V. Smolka, E. Klásková
- Úskalí dětské traumatologie – M. Homza
- Kraniocerebrální poranění u dětí a dospívajících – D. Krahulík – *interaktivní přednáška*
- Neuroendokrinní dysfunkce u dětí a dospívajících po úrazu mozku – J. Zapletalová, D. Alexijevič, V. Smolka, J. Wiedermann, D. Krahulík
- Úrazy hlavy u dětí – kazuistiky – M. Hudečková

11.15–11.45 Přestávka

11.45–12.45 VÝŽIVA– NEZBYTNÝ PŘEDPOKLAD ZDRAVÍ DÍTĚTE / Předsedající: P. Frühauf

- Poučení z mateřského mléka – P. Frühauf – *interaktivní přednáška*
- Stále podceňovaná výživa u dětí nad 1 rok – E. Majorová
- Je mateřské mléko zdrojem živých mikroorganismů? – V. Rada

12.45–13.15 Sympozium Nutricia

- Upravovat či neupravovat – včera špatně, dnes dobře, a co zítra? – M. Fuchs

13.15–14.30 Oběd

14.30–15.00 Sympozium Hipp

- Pridávky do kojeneckých formulí a jejich význam – P. Frühauf

15.00–16.30 MINIKURZ PEDOPSYCHIATRIE / Předsedající: J. Praško

- Úzkost v mnoha podobách – L. Stárková
- Smutek a truchlení u dítěte – I. Dudová
- ADHD a úzkost – P. Theiner
- Osobní zkušenost maminky s ADHD u jejího dítěte

16.30–16.45 Přestávka

16.45–18.30 PODVEČERNÍ BLOK FIREMNÍCH SYMPOZIÍ

- Sympozium Wyeth: Účinná prevence pneumokokových onemocnění – Z. Vančíková
- Sympozium Medicom Int.: Lékový profil erdosteinu – P. Pohunek
- Sympozium MediClinic: MediClinic – alternativa pro lékaře – M. Hofman
- Sympozium PRO.MED.CS: Rinosinitidy v dětském věku – samočisticí schopnost nosní sliznice – I. Šlapák
- Sympozium MSD: Otázky HPV infekce a očkování v gynekologické praxi – T. Hanáková

SESTERSKÁ SEKCE (Sál Centaurus) – pátek 29. května

Druhý den možnost vstupu na lékařskou sekci.

9.30–11.00 HEMATOONKOLOGIE / Předsedající: E. Hůlková

- Anémie – D. Pospíšilová
- Toxické poškození kůže po podání vysokodávkovaného MTX u pacienta s ALL – J. Grejcarová
- Šance – E. Hůlková
- Komplikovaná léčba dítěte s hemangiomem – kazuistiky – L. Frélichová
- Problematika léčby pacienta s dg. histiocytosis – P. Valounová
- Malignity v dětském věku – léčba na Klinice dětské onkologie LF MU a FN Brno – J. Šenková, R. Preislerová
- Léčba bolesti u dětského onkologického pacienta – E. Blatná

11.00–11.15 Přestávka

11.15–13.15 DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ / Předsedající: M. Turečková

- Sympozium MSD: Otázky HPV infekce a očkování v gynekologické praxi – T. Hanáková
- Celoživotní vzdělávání sester v současné praxi – E. Zacharová
- Možnosti specializačního vzdělávání sester v ošetrovatelské péči v pediatrii – J. Fendrychová
- Zdravotnický asistent v praxi: ano–ne? – R. Hernová
- Příprava nelékařských zdravotnických pracovníků z pohledu studentů – J. Marounková
- Nový kreditní systém ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků – J. Kameníčková
- Možnosti vzdělávání na FZV v Olomouci – H. Švecová

13.15–14.30 Oběd

Problém nočního
pomočování po 5. roce
je nutné řešit!

Pediatr má v rukou
účinný lék
k rychlé pomoci dětem!

Minirin[®]
snižuje počet mokrých
nocí/týden až o
-83%¹⁾

Minirin[®]
DESMOPRESSIN

... dětství v suchu

Léčba primární noční enurézy ...
... kouzlo, které dětem
vrací sebedůvěru

Zkrácený souhrn údajů o přípravku MINIRIN Melt 60 µg/120 µg; Minirin 0,1 mg/0,2 mg tablety; MINIRIN spray.

Složení: MINIRIN Melt 60 µg/120 µg obsahuje 68 µg/136 µg desmopressini acetatas; Minirin 0,1 mg/0,2 mg tablety obsahuje 0,1 mg/0,2 mg desmopressini acetatas. MINIRIN spray obsahuje v 1 ml nosního spreje 0,1 mg desmopressini acetatas. **Léková forma:** Perorální lyofilizát; tablety; nosní sprej. **Indikace:** Perorální lyofilizát; tablety; nosní sprej: léčba centrálního diabetu insipidu (CDI) a primární noční enurézy (PNE) u pacientů (od 5 let) s normální schopností koncentrovat moč. **Perorální lyofilizát; tablety:** symptomatická léčba případů nokturie dospělých, spojené s noční polyurií. **Nosní sprej:** vyšetření funkce ledvin – stanovení koncentrační kapacity ledvin; akutní centrální polyurie. **Dávkování:** CDI: Melt: celková denní sublingvální dávka 120 µg až 720 µg, počáteční dávka 60 µg třikrát denně, udržovací dávka 60 µg až 120 µg sublingválně třikrát denně; tablety: 0,2 mg až 1,2 mg; počáteční dávka 0,1 mg třikrát denně, optimální dávkovací režim je 0,1-0,2 mg třikrát denně; nosní sprej: běžná dávka 10-20 µg 1-2x denně. PNE: Melt: počáteční dávka 120 µg sublingválně před spaním, není-li dávka účinná lze zvýšit na 240 µg; tablety: vhodná počáteční dávka je 0,2 mg před spaním. Dávku je možné zvýšit na 0,4 mg; nosní sprej: 10-20 µg intranazálně před spaním. V případě příznaků retence vody a/nebo hyponatrémie je třeba léčbu přerušit a dávku upravit. **Nokturie:** Melt: doporučená denní dávka je 60 µg sublingválně před spaním, po jednom týdnu lze zvýšit na 120 µg sublingválně a následně postupně na 240 µg vždy v týdenních intervalech; tablety: Počáteční dávka 0,1 mg před spaním, po týdnu lze zvýšit na 0,2 mg až na 0,4 mg při postupném zvyšování dávky v týdenních intervalech. Vyšetření funkce ledvin: nosní sprej: pro dospělé 40 µg, děti starší než 1 rok 10 µg. **Kontraindikace:** Všechny tři lékové formy: habituální nebo psychogenní polydipsie, srdeční insuficience, renální insuficience a ostatní stavy vyžadující léčbu diuretiky, hyponatrémie, SIADH, přecitlivělost na desmopresin nebo na některou z pomocných látek. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě primární noční enurézy a při indikaci nokturie musí být příjem tekutin v období mezi 1 hodinou před podáním přípravku a 8 hodin po jeho podání omezen. Celkový příjem tekutin za tuto dobu by neměl přesáhnout 0,2 l. U pacientů starších 65 let je zvýšené riziko hyponatrémie. Před začátkem léčby PNE musí být zvážena těžká dysfunkce močového měchýře a obstrukce vývodu. **Nosní sprej:** Vzhledem k obsahu chloridu benzalkonia je třeba dbát zvýšené opatrnosti vzhledem k možnosti vyvolání bronchospazmu. **Nežádoucí účinky:** Všechny tři lékové formy: léčba bez doprovodného omezení příjmu tekutin může vést k retenci vody a/nebo hyponatrémii, bolest hlavy, bolest břicha, nevolnost, závratě, sucho v ústech, periferní otoky, časté močení, zvýšení tělesné hmotnosti. **Významné interakce:** Všechny tři lékové formy: nesteroidní protizánětlivé léky zvyšují pravděpodobnost retence vody a hyponatrémie. Látky, u nichž existuje podezření, že uvolňují antidiuretický hormon (tricyklická antidepresiva, selektivní inhibitory serotoninové reabsorpce, chlorpromazin, karbamazepin), mohou způsobovat sčítání antidiuretického účinku, vedoucí ke zvýšenému riziku retence tekutin/hyponatrémie. Souběžná léčba loperamidem může mít za následek trojnásobné zvýšení koncentrace desmopressinu v séru, což může vést ke zvýšenému nebezpečí retence vody či hyponatrémie. **Těhotenství a kojení:** Při předepisování desmopressinu těhotným ženám je nutná opatrnost. Množství desmopressinu vyloučeného do mateřského mléka je značně nižší, než je potřebné k ovlivnění diurézy. **Velikost balení:** Melt: 30 perorálních lyofilizátů; 30 tablet v balení; nosní sprej 5 ml. **Zvláštní opatření pro uchování:** Minirin 0,1 mg tablety a Minirin 0,2 mg tablety: uchovávat při teplotě do 25 °C, v dobře uzavřeném obalu. Udržujte kontejner s tabletami těsně uzavřený a neodstraňujte kapsle pohlcující vlhkost z uzavěru. MINIRIN Melt 60 µg, MINIRIN Melt 120 µg: přípravek uchovávejte v původním obalu, aby byl chráněn před vlhkem. MINIRIN spray: uchovávat při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Všechny tři lékové formy: Ferring-Léčiva, a.s., K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy, ČR. **Registrační číslo:** MINIRIN Melt 60 µg: 56/358/05-C; MINIRIN Melt 120 µg: 56/359/05-C; Minirin 0,1 mg tablety: 56/353/98-C; Minirin 0,2 mg tablety 56/354/98-C; MINIRIN spray 56/211/05-C. **Datum revize textu:** MINIRIN Melt 60 µg/120 µg 5. 10. 2005; Minirin 0,1 mg/0,2 mg tablety 12. 12. 2007; MINIRIN spray 16. 1. 2008. Podrobnější informace v SPC textu nebo na adrese firmy. Lék k vnitřnímu užití. Přípravky jsou vázány na lékařský předpis a jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

LITERATURA: 1) Wolfish NM et al. The Canadian Enuresis Study and Evaluation. Scan J urol Nephrol 2003;37:22-27.



FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o.

K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy, telefon: 241 041 111, fax: 241 041 804



14.30–16.15 INTENZIVNÍ PÉČE V PEDIATRII / Předsedající: J. Kameníčková

- **Symposium GlaxoSmithKline – Novinky v očkování proti pneumokokovým infekcím a HPV** – T. Mrkvan
- **Výměna tracheostomické kanyly** – Z. Bantová
- **Bazální stimulace** – S. Guštárová
- **Polytrauma u dětí** – G. Pulitová, P. Kynstlerová
- **Syndrom třeseného dítěte** – J. Kameníčková

16.15–16.30 Přestávka

16.30–17.30 VARIA / Předsedající: S. Kašubová

- **Fyziologie binokulárního vidění** – M. Houžvičková
- **Uspokojení potřeb dítěte v jeslích** – L. Klabouchová, A. Machová
- **Zdravotní péče o děti-cizince v České republice** – D. Nováková
- **Rotavirové infekce u dětí** – P. Dvořáková

20.00 Společenský večer

LÉKAŘSKÁ i SESTERSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – sobota 30. května**7.45–8.15 Odborná snídaně s firmou NOVO NORDISK (probíhá v suterénu v Grand restaurantu Apetit)**

- **Co může udělat pediatr pro včasný záchyt dítěte s poruchou růstu – interaktivní workshop** – J. Zapletalová

8.30–10.30 INFEKTOLOGIE / Předsedající: D. Sedláček

- **Neuroinfekce dětského věku v ordinaci praktického pediatra** – V. Štruncová, D. Sedláček – *interaktivní přednáška*
- **Svrab u personálu a pacientů zdravotnických zařízení v ČR** – K. Zitek, Č. Beneš, H. Šrámová
- **Poznatky z výskytu VHA v r. 2008** – J. Kleinerová
- **Antibiotika v primární pediatrické péči** – V. Jindrák, J. Marek, P. Urbášková, V. Marešová
- **Pertuse – dočkáme se znovu epidemie?** – D. Sedláček, V. Štruncová

10.30–11.00 Přestávka

11.00–11.45 Symposium GlaxoSmithKline

- **Novinky v očkování proti pneumokokovým infekcím a HPV** – T. Mrkvan, P. Popely

11.45–13.20 POCHYBENÍ V PRAXI – OPRAVENÉ DIAGNÓZY – BLOK KAZUISTIK / Předsedající: J. Seifertová, V. Němec

- **Rizika a následky nepoznané gonadální dysgenese** – V. Bajčiová, L. Tomášiková, J. Skotáková, P. Zerhau, B. Habanec, J. Štěřba
- **Nerozpoznaná porucha srdečního rytmu a komplikace u kojence** – J. Kobr, K. Pizingerová, L. Šašek, J. Femuth, Š. Fikrlová, P. Jehlička, P. Honomichl
- **Nechybujeme v komunikaci** – J. Seifertová
- **Kvadruplegie na kolečkových bruslích** – J. Gut
- **Potřebujeme k vyslovení podezření na závažnou endokrinopatii složité vyšetřovací metody?** – I. Plášilová, V. Němec, M. Kršek
- **Achalázie jícnu** – O. Pozler, J. Andr, L. Janeček, I. Tachecí
- **Errare humanum est** – Z. Doležel

Vyhlášení výsledků soutěže o nejlepší kazuistiku publikovanou v Pediatrii pro praxi v roce 2008 a předání finanční prémie 30 000 Kč jejímu autorovi.

13.20–13.40 Symposium Ferring Pharmaceuticals

- **Noční pomočování v ambulanci – kazuistiky** – I. Novotná

13.40–14.45 Oběd

14.45–16.30 LABORATORNÍ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ / Předsedající: V. Mihál, P. Schneiderka, P. Bánovčín

- **Problematika biochemických referenčních hodnot v pediatrii** – P. Schneiderka, T. Adam, D. Novotný
- **Klinické obrazy a metabolické výsledky u dětí s nutričním deficitem vitamínu B₁₂** – V. Smolka, E. Hlídková, V. Bekárek, D. Friedecký, T. Adam
- **Hodnocení lipidových parametrů v pediatrické praxi** – J. Hyjánek, D. Novotný
- **Diagnostický a terapeutický význam odpovědi organismu na akutní fázi zánětu** – V. Mihál, D. Pospíšilová, M. Hajdúch
- **Praktické využití molekulární genetiky v hematologii** – D. Pospíšilová, V. Divoký, M. Jarošová, V. Mihál – *interaktivní přednáška*
- **Využití bronchoskopie v dětskom věku** – S. Nosál, P. Bánovčín

16.30 Losování ankety společnosti SOLEN

16.45 Závěr programu

Pořadatel si vyhrazuje právo změny programu.



Poradenské centrum Výživa dětí

Chybí Vám dostatek času pro edukaci Vašich pacientů v oblasti zdravé výživy a správného životního stylu?

Využijte služeb Poradenského centra Výživa dětí, které se zabývá výživovým poradenstvím pro děti od 3 do 18 let. Bezplatné konzultační služby jsou k dispozici jak rodičům, tak zdravotnickým pracovníkům.

K dispozici je zájemcům:

- informační linka 800 230 000
- on-line poradna na www.vyzivadeti.cz
- dotazník stravovacích zvyklostí, který zkušené nutriční terapeutky vyhodnotí a zpracují individuální doporučení pro odstranění zjištěných chyb a nedostatků
- osobní konzultace v poradně ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze

www.vyzivadeti.cz

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

Sál Pegasus – pátek / 29. 5. 2009 / 9.00–9.40

K nedožitým devadesátinám docenta Pelikána – druhého přednosty Dětské kliniky v Olomouci

doc. MUDr. Lubomír PELIKÁN, CSc., pediatr,
vysokoškolský učitel

* 23.05.1919 - Zábřeh

† 06.06.1983 – Olomouc

Místa působení: Znojmo, Brno, Olomouc

Životopis: Absolvent Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně (1947). Působil ve znojemské nemocnici jako sekundární lékař. Od roku 1949 byl asistentem, později odborným asistentem (1950) Dětské kliniky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Po nuceném odchodu prof. Antonína Moresa nastoupil v letech 1959–1963 na místo přednosty Dětské kliniky LF UP a FN v Olomouci. V roce 1962 získal titul CSc. a o dva roky později (1964) se habilitoval. Účastnil se práce gastroenterologické skupiny v Olomouci vedené prof. Kojeckým. V roce 1966 dostal Cenu Československé pediatrie. Byl jedním z našich prvních pediatrů, který zavedl dětské enterobiopsie, a jejich počet i hodnocení patří k prioritám československé pediatrie.

Dílo: Autor publikace O bezpečné dietě. Publikoval v odborných časopisech. Autor naučného filmu o střevní biopsii, za který získal na festivalu zdravotních filmů (1974) stříbrnou medaili.

Ačkoliv byl doc. Lubomír Pelikán sám osudem mnohokrát zkroutěn (doba normalizace), zůstal vždy člověkem čestným, přátelským, úsměvným a plným pohody. S optimismem sobě vlastním překážky překonával a s plným nasazením vždy pracoval ve prospěch malých pacientů.

Obrázek. doc. MUDr. Lubomír Pelikán, CSc., pediatr, vysokoškolský učitel



Celiakie v roce 2009

prof. MUDr. Jiří Nevala, CSc.

Pediatrická klinika UK 2.LF a FN Motol, Praha

Celiakie (celiakální sprue, glutensenzitivní enteropatie, netropická sprue) je celoživotní autoimunitní onemocnění postihující děti i dospělé. Imunitní reakce je příčinou charakteristické léze sliznice tenkého střeva, která vede k malabsorpci živin. Onemocnění se vyskytuje u geneticky predisponovaných jedinců, kteří ve stravě přijímají prolaminu, tj. v alkoholu rozpustné bílkoviny bohaté na glutamin a prolin, které jsou přítomny v pšenici, žitu a ječmenu. Důsledkem je malabsorpce živin, která, trvá-li dostatečně dlouho, způsobuje výraznou malnutrii.

Během posledních 15 let se dramaticky změnil pohled na celiakii, což bylo způsobeno zavedením nových sérologických testů

s vysokou specificitou i senzitivitou - protilátky proti endomyzium a protilátky proti tkáňové transglutamináze. Prevalence onemocnění se dříve udávala 1:1000–1:3000, v současné době je 1:100–1:300, což je více než 12krát tolik při srovnání s prevalencí, která byla hodnocena na podkladě klinických příznaků a starších skříninkových dat. Odhad prevalence v ČR je 1:200–1:250, tj. asi 40 000–50 000 nemocných s celiakií v celkové populaci ČR. Evidováno je však pouhých 10%.

Klasický klinický obraz celiakie tradovaný v pediatrických učebnicích se v posledních desetiletích významně změnil, ubývá typických průběhů s manifestací v kojeneckém resp. batolecím věku. Zlepšená diagnostika detekuje naopak řadu mimostřevních a tichých forem onemocnění s různými přidruženými onemocněními, které zasluhují stejnou pozornost. Skřínink celiakie je proto třeba provádět „za pacientem“ v rizikových skupinách především u pacientů s mimostřevními symptomatologií, tj. u rizikových onemocnění a rizikových skupin, podezřelých symptomů, u autoimunitních onemocnění sdružených s celiakií a u komplikací celiakie. Na celiakii by měli diferenciativně diagnosticky myslet praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé, nemocniční pediatrii a internisti, dermatologové, endokrinologové, diabetologové, gastroenterologové, hepatologové, alergologové a imunologové, hematologové a gynekologové.

Celiakie je časté autoimunitní onemocnění, které je jedinečné ve skutečnosti, že je lze úspěšně léčit pouze dietou. Onemocnění je proměnlivé ve svých klinických projevech a je diagnostikováno, pokud na něj lékař myslí. Jen tak lze nalézt onemocnění, které často zůstává nerozpoznáno.

unicef 

Pro každé dítě
zdraví, vzdělání, rovnoprávnost, ochranu

S každým přáním UNICEF zasíláte úsměv dítěte.

Dětský fond OSN – UNICEF pomáhá dětem celého světa
již více než 60 let. Nákupem krásných blahopřání, hraček
a dárků s logem UNICEF pomáháte i Vy.



Prodejny UNICEF:

Dům OSN, nám. Kinských 6, Praha 5
Nákupní galerie ATRIUM, Karlovo nám. 10, Praha 2
Vinohradský Pavilon, Vinohradská 50, Praha 2

Internetový obchod: www.unicef.cz

Na programy pomoci dětem můžete přispět
také odesláním dárcovské SMS ve tvaru: **DMS UNICEF** na číslo: 87777.
Podpořit dobrou věc už nemůže být snadnější. Cena DMS je 30 Kč, UNICEF od Vás obdrží 27 Kč.



ÚRAZY DĚTÍ, TRAUMATOLOGIE

Předsedající: J. Wiedermann, I. Čižmář – LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek / 29. 5. 2009 / 9.40–11.15

Úrazy u dětí a dospívajících hospitalizovaných na Dětské klinice a JIRP FN Olomouc

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.,

MUDr. Vratislav Smolka,

MUDr. Eva Klásková

Dětská klinika FN Olomouc

Úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtí u dětí a dospívajících. V roce 2007 zemřelo na následky vnějších příčin 101 dětí do 15 let (18%). S věkem podíl vnějších příčin na úmrtnosti výrazně roste, u 15–19letých dosahuje 72%. Dva až tři tisíce dětí ročně zůstanou doživotně postiženy (především při TBI – Traumatic Brain Injury).

Tři stupně traumatologické péče:

1. Základní traumatologická péče je realizována na chirurgických, traumatologických či ortopedických pracovištích ambulantiho či lůžkového typu.
2. Specializovaná traumatologická péče je realizována v lůžkových zařízeních s dostupným týmem odborníků chirurgických oborů, zázemím intenzivní péče a návazností péče následné (rehabilitace).
3. Nejvyšší péče je poskytována v traumacentru a popáleninovém centru, je vymezena Triází a seznamem diagnóz – dle Věstníku č. 6/2008.

Úrazové diagnózy a stavy u dětí vyžadující péči v traumacentru:

1. Polytrauma.
2. Závažná poranění dětí do 15 let a adolescentů vyžadujících komplexní léčbu.
3. Kranio cerebrální poranění s přetrvávající poruchou vědomí a/nebo závažnou neurologickou symptomatologií.
4. Závažná poranění hrudních, nitrobřišních a retroperitoneálních orgánů, zvláště při sdruženém poranění, které u dětí vyžaduje vysoce specializovanou komplexní péči.
5. Závažné maxilofaciální poranění.
6. Závažné zlomeniny.

Následky dětských úrazů: reverzibilní – ireverzibilní:

- a) somatické
- b) neurologické
- c) neuroendokrinní dysfunkce
- d) následky v psychické oblasti – v kognitivní, afektivní, behaviorální sféře (postupná manifestace, nemusí být dávatelná do souvislosti s TBI).

Úrazy na DK FN OLOMOUC 2006–2008:

1 023 pacientů = 8,9% všech hospitalizovaných. Na JIRP DK: 147 pacientů = 8,6% přijatých na JIRP. 65% chlapců, 4 pacienti zemřeli (maligní edém, utonutí, strangulace, motohavárie). 7% přijatých pro úraz bylo v době úrazu pod vlivem alkoholu či léků. U 13 pacientů difúzní axonální postižení, 4 pacienti – transverzální míšní léze. Etiologie: pády (35%), dopravní úrazy (35%). 64% pacientů – TBI, 15% – poranění hrudních orgánů, 11% břišních orgánů, 12,5% zlomeniny a 7,5% – jiný typ poranění. U 25% pacientů šlo o polytrauma.

Závěry:

- 1) Zvyšující se incidence úrazů.
- 2) Zvýšené nároky na chronickou intenzivní a resuscitační péči.
- 3) Cave! posttraumatické následky v psychické oblasti a neuroendokrinní dysfunkce.
- 4) Preventivní opatření, edukace, finanční podpora.

Úskalí dětské traumatologie

MUDr. Miroslav Homza

Traumatologické oddělení FN Olomouc

Každý rok zemře v ČR v důsledku úrazů přibližně 250 až 300 dětí. Péče o kriticky poraněné dítě je dlouhodobý proces, který začíná první pomocí na místě nehody, následně pokračuje přednemocniční neodkladnou péčí. Dítě je směřováno na specializované pracoviště dětského traumatologického centra. V časných fázích má péče multidisciplinární charakter spočívající v zajištění vitálních funkcí s paralelně probíhajícím diagnostickým i terapeutickým procesem. Léčba poranění, která si vyžadují operaci – výkony neodkladné i odložitelné, probíhá fázovitě. Kriticky ohrožený dětský pacient po překonání období ohrožení a selhávání vitálních funkcí postupně přechází do fáze stabilizace, rekonstrukčních výkonů a rehabilitace. Přednáška poukazuje na hlavní zásady a úskalí diagnosticko-terapeutického procesu na klinickém materiálu.

Hlavní zásadou pro praxi je směřování kriticky poraněného dítěte na specializované centrum dětské traumatologie.

Kranio cerebrální poranění u dětí a dospívajících

MUDr. David Krahulík

Neurochirurgická klinika FN Olomouc a LF UP Olomouc

V přednášce autor přehledně informuje o typech kranio cerebrálních poranění v závislosti na věku, druhu poranění a tíži poranění. Jednotlivé skupiny jsou probírány od anatomické příčiny vzniku až po následnou neurochirurgickou léčbu. V závěru přednášky je zařazena problematika indikace a provedení ICP monitorace při poranění mozku.

Neuroendokrinní dysfunkce u dětí a dospívajících po úrazu mozku

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

MUDr. Darina Aleksijević¹,

MUDr. Vratislav Smolka¹,

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.¹,

MUDr. Eva Klásková¹,

MUDr. David Krahulík²

¹Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,

²Neurochirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Neuroendokrinní dysfunkce je popisována u 25–60% dospělých po úrazech mozku. U dětí jsou uváděna pouze kazuistická sdělení o postraumatickém hypopituitarizmu.

Cíl: Retrospektivně zhodnotit tělesný vývoj a endokrinní funkce u dětí po úrazu mozku.

Pacienti a metoda: U 40 pacientů (23 chlapců) po kranio cerebrálním traumatu byl zhodnocen tělesný růst, stupeň pubertálního vývoje a kostní věk. Bylo provedeno základní laboratorní vyšetření k posouzení endokrinních funkcí: TSH, fT4, IGF1, PRL, ranní kortizol, FSH, LH, estradiol (u dívek), testosteron (u chlapců). V případě patologického klinického a/nebo laboratorního nálezu byly provedeny dynamické testy.

Výsledky: Věk pacientů v době úrazu byl 6,7 (4,7–14,1) roku (medián a rozptyl), 75% z nich bylo v době úrazu prepubertálních. V době vyšetření byla průměrná délka doby od úrazu 29 (26–36) měsíců. Glasgow coma scale (GCS) bylo v rozmezí 3–12/15 (u 11 pacientů < 8/15). U 10% pacientů byl v akutní postraumatické fázi přítomen tranzitorní diabetes insipidus a u 10%

SIADH. V době námi prováděného vyšetření jsme diagnostikovali:

- deficit růstového hormonu u 2 pacientů (u jednoho kombinovaný s deficitem TSH),
- předčasnou pubertu u dvou chlapců ve věku 7 a 8,3 roku,
- hypogonadotropní hypogonadismus u jedné dívky, který byl maskován užíváním hormonální antikoncepce.

Všichni pacienti s hormonální poruchou měli GCS > 8/15. MRI mozku neprokázala morfologické změny hypofýzy u žádného z pacientů se zjištěnou hormonální poruchou.

Závěr: Neuroendokrinní dysfunkce jako pozdní následek kraniocerebrálního traumatu byla nalezena u 12,5 %.

Současně prováděné prospektivní sledování tělesného vývoje a hormonálních funkcí u pacientů po úrazu mozku bude vést ke zjištění frekvence a doby nástupu neuroendokrinní poruchy a její závislosti na typu úrazu a na průběhu akutní posttraumatické fáze. Budou identifikovány případné rizikové faktory, které mohou predisponovat k rozvoji hormonální poruchy a tím

negativně ovlivnit nejen fázi rekonvalescence, ale i dlouhodobý tělesný vývoj.

Podpořeno výzkumným projektem
IGA NR-9245-3

Úrazy hlavy u dětí – kazuistiky

MUDr. Monika Hudečková

Dětské oddělení Nemocnice ve Frýdku – Místku p.o.

Kazuistika č. 1

Sedmnáctiletý chlapec, mechanismus úrazu – zasažen projíždějícím vlakem.

Dg. komoce mozková, fisura kalvy, součástí 1x CT dokumentace.

Terapie konzervativní.

Kazuistika č. 2

Pětapůlletá dívka, mechanismus úrazu – pád ze schodů.

Dg. komoce mozková, fisura kalvy, subdurální hematoma, součástí 2x CT dokumentace.

Terapie konzervativní.

Kazuistika č. 3

Dvouletá dívka, mechanismus úrazu – pád z poschodové postele.

Dg. epidurální hematoma, fraktura kalvy, součástí 1x rtg, 2x CT dokumentace.

Terapie chirurgická.

Kazuistika č. 4

Čtrnáctiletý chlapec, mechanismus úrazu – pád z kola.

Dg. komoce mozková, následně kontuze mozku, edém mozku, součástí 3x CT dokumentace.

Terapie konzervativní.

Shrnutí:

- Mechanismus úrazu a jeho intenzita není rozhodující pro závažnost poranění.
- Rtg lbi je často negativní.
- Klinický nálezi u těžkých poranění může být alespoň zpočátku negativní.

VÝŽIVA – NEZBYTNÝ PŘEDPOKLAD ZDRAVÍ DÍTĚTE

Předsedající: P. Frühaufer – LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek / 29. 5. 2009 / 11.45–12.45

Poučení z mateřského mléka

MUDr. Pavel Frühaufer, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství

1. LF UK a VFN Praha

Mléčná žláza a její produkt – mléko – se vyvinula z imunitního systému a tento původ vysvětluje, proč některé složky mléka mají zároveň roli ve výživě i obranyschopnosti. Proto se obranná strategie mléka rozvinula bez indukce zánětu – některé jeho součásti, např. laktoferin, působí aktivně proti zánětu. Takže i přestože jsou rozvíjeny obranné schopnosti tkání, není porušen apetit cestou zvýšení proinflammatorních cytokinů a následným zvýšením leptinu.

Bioaktivní komponenty mateřského mléka představují spojení nutričních a imunologických vlastností, které se uplatňují paralelně, tj. kromě energetického zisku jsou významné svou ochrannou funkcí.

Mezi bioaktivní komponenty patří i taurin, nukleotidy a oligosacharidy, které je možno přidávat podle direktivy EU pro složení mléčné ko-

jenecké výživy do kojeneckých formulí a přiblížit tak jejich složení mateřskému mléku.

Následky nesprávné výživy

MUDr. Elena Majorová,

Dětská fakultní nemocnice,

II. Klinika dětí a dorastu, Košice

Kým v roce 1856 vývoj dítěte ovlivňovali faktory jako nedostatečná hygiena, cholera, kvalita vody, tuberkulóza, preludivenie, hlad, chudobná strava na živiny, mortalita dojíciat, v roku 2006 sú to hlavne faktory ako sedavý spôsob života, fajčenie, cestovanie, kardiovaskulárne ochorenia, astma. Je známe, že nesprávna výživa v prvých dvoch rokoch života má nielen krátkodobé následky, ale aj oveľa dôležitejšie dlhodobé následky. Tieto môžu byť často nezvratné a môžu viesť ku zníženej inteligencii, redukcii produktivity, znižovať telesnú silu. Deficit mikronutrientov ako železo, jód, zinok môžu spomaliť vývoj centrálného nervového systému. Skoré zavedenie neupraveného kravského mlieka do jedálneička dojíciat,

jeho nadmerné používanie batolatami spolu so stravou neobsahujúcou dostatočné množstvo železa je hlavným faktorom anémie v tomto veku. Deficit n-3 mastných kyselín alebo nesprávny pomer n-3 a n-6 mastných kyselín vedie v CNS k zníženej transportnej kapacite glukózy, k poruche myelinizácie, ovplyvňuje neurosenzorický vývoj a v dlhodobom kontexte ovplyvňuje metabolické programovanie. Skoré zavedenie (??? ako 4 mesiace veku) viac ako 4 potravín do jedálneička dieťaťa je spojené so zvýšeným výskytom atopickej dermatitídy. Obezita predstavuje nielen závažný medicínsky, ale aj socioekonomický problém. Predpokladá sa, že v Anglicku v roku 2050 bude obéznych viac ako 60 % mužov, 50 % žien a 25 % detí a mladistvých. V krajinách s rýchlym ekonomickým rastom sa stretávame s tzv. nutričným paradoxom, a to s malnutriiou, obezitou a deficitom mikronutrientov súčasne. Tento fakt vedie k prehodnoteniu súčasných poznatkov o optimálnej výžive v skorom detskom veku a jej dôsledkoch v dospelosti. Dôležitosť výlučného dojčenia v prvých mesiacoch života

a pokračování upravenými fortifikovanými mlíky počas ranného vývoja dieťaťa si vyžaduje zvýšenú pozornosť nielen odborníkov, ale aj širokej verejnosti.

Je mateřské mléko přirozeným zdrojem probiotických bakterií?

Prof. Ing. Vojtěch Rada, CSc.

Katedra mikrobiologie, výživy a dietetiky, FAPPZ, ČZU Praha

V poslední době se ve vědecké literatuře objevily zprávy o výskytu bakterií mléčného kvašení a bifidobakterií v mateřském mléce (MM). Martín a kol. testovali výskyt bakterií mléčného kvašení v mateřském mléce a stěrech z povrchu kůže matky a ústní dutiny kojenců. Jako hlavní druh nacházeli *Lactobacillus gasseri*. Další práce informují o výskytu bifidobakterií v mateřském mléce, přičemž vyslovují hypotézu, že mateřské mléko je přirozeným zdrojem bifidobakterií. Tomuto tvrzení však

zcela nenapovídá proměnlivý výskyt pozitivních vzorků. Zatímco vzorky od matek z japonského venkova obsahovaly bifidobakterie ve 100 % případů, vzorky z Dánska a Švédska měly počty těchto bakterií výrazně menší a často byly i zcela negativní. Cílem práce bylo proto ověřit hypotézu některých autorů, že MM je primárním zdrojem bifidobakterií. Celkem bylo testováno 18 vzorků MM od dárek, jejichž děti neměly přítomné bifidobakterie ve stolici (skupina BIF-), a dále 43 vzorků od dárek, jejichž děti měly naopak bohaté zastoupení těchto bakterií ve stolici (skupina BIF+). Přítomnost bakterií ve stolici byla testována kultivačně a pomocí FISH, v MM byla přítomnost bifidobakterií prokázána pomocí detekce fruktoso-6-fosfát fosfoketolázy, což je enzym specifický pro rod *Bifidobacterium*. Kojenci bez bifidobakterií měli jako hlavní bakteriální skupinu ve stolici klostridie. Zatímco přítomnost bifidobakterií byla spolehlivě prokázána jak pomocí kultivač-

ních metod, tak pomocí FISH, počty klostridií lze ve stolici spolehlivě prokázat pouze pomocí FISH, použita byla sonda specifická pro skupinu *Cl. butyricum*. Bifidobakterie byly nalezeny pouze ve vzorcích mlék skupiny BIF+. Celkem bylo pozitivních 35 % vzorků. Naprostá absence bifidobakterií u BIF- skupiny jasně naznačuje, že mateřské mléko není primárním (endogenním) zdrojem bifidobakterií pro kojence. Neexistuje ani žádné uspokojivé vysvětlení, jakou cestou by se měly bifidobakterie, popř. bakterie mléčného kvašení do MM dostat. MM uvnitř mléčné žlázy je (u zdravých jedinců) sterilní, jako je tomu i u ostatních savců. Přirozeným místem výskytu bifidobakterií je trávicí trakt, včetně ústní dutiny. Bifidobakterie jsou v MM tedy s největší pravděpodobností přítomny jako sekundární kontaminace, přičemž jako hlavní zdroj se jeví sám kojenec, v případě, že má plně vyvinutou střevní flóru s obsahem bifidobakterií.

SYMPOZIUM NUTRICIA

LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek / 29. 5. 2009 / 12.45–13.15

Upravovat či neupravovat – včera špatně, dnes dobře, a co zítra?

MUDr. Martin Fuchs

Alergologické oddělení,

Nemocnice na Bulovce, Praha

Abstrakt nedodán.

SYMPOZIUM HIPPI

LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek / 29. 5. 2009 / 14.30–15.00

Přidávky do kojeneckých formulí (poučení z mateřského mléka 2)

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství

1. LF UK a VFN Praha

Direktiva EU pro počáteční a pokračovací kojeneckou výživu vyžaduje, aby obsah kyseliny dokosahexaenové představoval nejméně 0,2 % celkového obsahu mastných kyselin.

Toto doporučení se odvíjí od prací, které tvrdí, že aktivita endogenní syntézy LC-PUFA kojence nemusí být dostatečná k zabezpečení dostatečného množství LC-PUFA.

Dalším diskutovaným přídatkem je dodávka probiotických bakterií. Kromě osidlování dítěte v průběhu přirozeně vedeného porodu je uváděno, že mateřské mléko je zdrojem bakterií, které mají vliv na imunitní odpověď, nejedná se tedy o kontaminaci z kůže prsu.



Priorix-Tetra™

Živá vakcína proti spalničkám, příušnicím,
zarděnkám a planým neštovicím



Čtyři jednou ranou

Všechny děti, které mají být očkovány proti MMR, mohou být nyní efektivně chráněny bez 2 vpichů navíc před 4 častými dětskými infekčními nemocemi.



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU Priorix-Tetra™

Název přípravku: Priorix-Tetra™ inj. stříkačka, prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem. Vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím (živá). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedna dávka rekonstituované vakcíny (0,5 ml) obsahuje: Virus morbillorum vivum attenuatum¹ (kmen Schwarz) ne méně než 10^{3,0} CCID₅₀, Virus parotitidis vivum anuatum¹ (kmen RIT 4385, odvozený z kmene Jeryl Lynn) ne méně než 10^{4,4} CCID₅₀, Virus rubellae vivum attenuatum² (kmen Wistar RA 27/3) ne méně než 10^{3,0} CCID₅₀, Virus varicellae vivum attenuatum² (kmen OKA) ne méně než 10^{3,3} PFU. Pomocná látka: Sorbitol 14 miligramů. **Indikace:** Vakcína Priorix-Tetra™ je určena k aktivní imunizaci dětí od 11. měsíce života do 12 let včetně proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím. **Dávkování a způsob podání:** Kojencům a dětem ve věku od 11 měsíců do 12 let by měly být podány 2 dávky (každá po 0,5 ml) vakcíny Priorix-Tetra™. Mezi podáním obou dávek se doporučuje dodržet interval mezi 6 týdny a 3 měsíci. Za žádných okolností nesmí být interval mezi dávkami kratší než 4 týdny. Priorix-Tetra™ je určen pro subkutánní aplikaci, přednostně se podává do oblasti deltového svalu. **Kontraindikace:** Podobně jako u jiných vakcín musí být aplikace vakcíny Priorix-Tetra™ u osob trpících akutním závažným horečnatým onemocněním odložena. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na jakékoliv pomocné látky nebo na neomycin. Přecitlivělost po předchozí aplikaci vakcín proti příušnicím, spalničkám, zarděnkám a/nebo planým neštovicím. Pacienti s primárním nebo sekundárním imunodeficitem. **Zvláštní upozornění:** Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro vzácný případ rozvoje anafylaktického šoku okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Očkováné osoby se musí po dobu 6 týdnů po aplikaci každé dávky vakcíny vyvarovat užívání salicylátů. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcínu Priorix-Tetra™ lze současně aplikovat (ale do různých míst) s jakoukoli z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín [včetně hexavalentních vakcín (DTPa-HBV-IPV/Hib)]: vakcína proti difterii, tetanu a pertusii (acelulární komponenta) (DTPa), vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (Hib), inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě (IPV) a vakcína proti hepatitidě B (HBV). Očkování jedinců, kterým byly podány lidské gamaglobuliny nebo krevní transfúze, by se mělo odložit nejméně o 3 měsíce. **Těhotenství a kojení:** Aplikace vakcíny Priorix-Tetra™ těhotným ženám je kontraindikována a je je třeba se vyhnout otěhotnění v období 3 měsíců po očkování. **Nežádoucí účinky:** Bolest, otok a zarudnutí v místě vpichu, horečka $\geq 37,5$ °C až ≤ 39 °C měřeno axilárně, alergické reakce. **Inkompatibility:** Priorix Tetra nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 18 měsíců. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte a přepravujte v chladu (2 °C – 8 °C) a v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4, Česká republika. **Registrační číslo (a):** 59/499/07-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 8. 8. 2007. **Datum revize textu:** 8. 8. 2007

Tento registrovaný léčivý přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (15. 5. 2009).

GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gsk.cz

Váš partner
v očkování



MINIKURZ PEDOPSYCHIATRIE

Předsedající: J. Praško – LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek / 29. 5. 2009 / 15.00–16.30

Úzkost v mnoha podobách

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance
a Psychiatrická klinika FN Olomouc

Úzkost je nepříjemný emoční stav, pocit nejasného ohrožení, který nemá na rozdíl od strachu žádný konkrétní objekt. Jak strach, tak úzkost jsou zcela normálními fenomény. Představují soubor reakcí (psychických a tělesných), které mají evoluční základ a sloužily původně k ochraně před nebezpečím. Stresová reakce, která startuje v okamžiku, kdy vnímáme nebezpečí, aktivuje autonomní nervovou soustavu. Tělesné příznaky, které zahrnují například zrychlené dýchání, ale i bolesti břicha, zvracení, průjemy, jsou běžnou doprovodnou reakcí těla. Somatické projevy mohou být u dětí tím jediným, co nás o jejich nepohodě, strachu a úzkosti informuje. Dítě nedokáže popsat, čeho se bojí, z čeho má strach, nechápe a nedokáže posoudit souvislosti, což odpovídá jeho přirozenému vývoji (kognitivní nezralosti). Na nás, rodičích, a všech lidem kolem pak záleží, abychom vnímali a správně vyhodnotili potíže, které dítě pociťuje. Úzkostné potíže, které uvádějí adolescenti, mají samozřejmě již srozumitelnější klinický rámeček.

Dovedeme si představit úzkost, kterou dítě prožívá v rámci separační úzkostné poruchy. Strach z odloučení od matky, obavy o matčin život, obavy o svůj život, to vše vyplňuje mysl dítěte a vyvolává extrémní nepříjemné prožitky. Rozumíme pak tomu, že se dítě snaží připoutat k matce, která představuje bezpečí. Zesílení tohoto vztahu, tedy zvýšení závislosti na matce nebo nejbližších osobách, signalizuje často nejen separační úzkostnou poruchu, ale v přenesené podobě i další úzkostné poruchy u dětí.

Je přirozené, že se snažíme z každé nepříjemné situace v životě uniknout nebo se jí snažíme vyhnout. Vyhybaté chování dítěte se může manifestovat v podobě záškoláctví. To znamená, že tzv. školní fobie, termín, dřív často užívaný, vůbec nemusí vyjadřovat strach ze školy, ale může být důsledkem závažnější úzkostné poruchy.

Je velmi těžké odlišit normální úzkost dítěte od úzkosti patologické. Úzkost by měla být patologickou tehdy, jestliže je její intenzita větší, než je u dětí obvyklá, objevuje se častěji nebo déle než obvykle, a především, ochromuje-li dítě

v jeho běžném fungování. Dítě hledá bezpečí a stává se chorobně závislé na matce, zdržuje se doma, odmítá vycestovat mimo domov, v noci se budí a chodí k matce do postele, odmítá chodit do školy. Může trpět zvracením, může mít časté průjemy, nucení na močení atd.

Jednotlivé úzkostné poruchy zatím nejsou v dětské a adolescentní psychiatrii vymezeny do specifických entit jako u dospělých. Výjimkou je jen separační úzkostná porucha. Zdá se však, že se v dětství a adolescenci vyskytují víceméně stejné úzkostné poruchy jako u dospělých. Můžeme se setkat s obrazem generalizované úzkostné nebo panické úzkostné poruchy, stejně jako s obrazem obsedantně kompulzivní nebo posttraumatické poruchy. Vývojová (kognitivní) nezralost dítěte jen modifikuje klinický obraz nemoci. Rovněž přibližování terapeutických přístupů (kognitivně behaviorální terapie, farmakoterapie) dokumentuje blízkost úzkostných poruch dětí a dospělých.

Souhrn pro praxi:

- Děti mohou prožívat úzkost stejně intenzivně a dlouhodobě jako dospělí.**
- Úzkost může mít v klinickém obrazu řadu podob.**
- Úzkost může být vyjádřena jen somatickými příznaky.**
- Typické klinické signály úzkosti** – zvýšená závislost na matce, rodině, vyhybaté chování (např. absence ve školní docházce, snížení zájmu o společné hry s vrstevníky, aktivity mimo domov atd.).
- Léčba zahrnuje psychoterapii, event. farmakoterapii** s cílem redukovat úzkost a odstranit udržovací faktory.

Smutek a truchlení dítěte

MUDr. Iva Dudová

Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a FN Motol,
Dětská psychiatrická klinika

Vyrovnat se se ztrátou někoho blízkého je pro děti v dnešní době obtížnější než v dřívějším tradičním rodinném společenství. Umírání a smrt samy o sobě nejsou pro děti tak náročné, jako jsou pro ně ohrožující pocity izolace a vyloučení z rodinného dění. Děti se učí od dospělých, jak mají se smrtí zacházet, jak se s úmrtím blízkého člověka vyrovnat. I když je téma smrti tabu ne-

bo dospělí netruchlí otevřeně, dítě prožívá žal. Kromě samotné ztráty tedy zažívá ještě bolestnou emoční vzdálenost od rodičů a sourozenců, kteří své pocity a smutek ukrývají. Dítě se tak naučí vnímat smrt jako něco nepřirozeného a špatného a truchlení jako něco, co se má potlačit. Otevřené vyjadřování smutku a truchlení má uvolňující a léčivý vliv, umožňuje dětem truchlit také. I tak mohou mít děti veliké pocity nejistoty a zranitelnosti. V době truchlení proto zvýšeně potřebují ujišťování, náklonnost a útěchu.

Reakce na ztrátu blízkého člověka a průběh procesu truchlení ovlivňuje u dětí stupeň vývoje, na kterém se nacházejí. Přednáška se bude zabývat dětským vývojem chápání smrti až k vyspělému konceptu. Blíže ozřejmí fáze procesu truchlení u dětí, které dle Carra zahrnují šok, popření, touhu a hledání, zármutek, hněv, úzkost, vinu a smlouvání a konečné přijetí. Upozorní na rizikové chování související s jednotlivými fázemi a možnost rozvoje psychických poruch. Na závěr přinese kazuistiku adolescentní pacientky s odloženým truchlením.

Co pomáhá, když děti truchlí:

- být lidský, vnímavý
- mít znalost o truchlení
- znát různé techniky a intervence
- jednat v kooperaci s rodinou a ostatními kolegy.

ADHD a úzkost

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Brno

Hyperkinetická porucha (ADHD) je dnes chápána jako neurovývojová porucha s výraznou genetickou komponentou, jejíž heritabilita je asi 0,75. Klasická katecholaminová hypotéza ze 70. let byla ve světle nových poznatků jen modifikována, ale v podstatě stále platí. Říká, že při ADHD je relativní nadbytek dopaminu v bazálních gangliích a nedostatek v prefrontální kůře. Dopaminové okruhy jsou dále modifikovány noradrenergními a serotonergními projekcemi z dalších oblastí mozku. V klinickém obraze se pak tyto deficity projevují motorickou hyperaktivitou, impulzivitou a poruchou pozornosti. ADHD bylo v minulosti chápáno jako součást syndromu lehké mozkové dysfunkce (LMD), a tedy je u nás vždy chápáno jako psychiatrická porucha se zřejmým organickým postižením

mozku. Toto „organické“ postižení, byť diskrétní, dokladují moderní zobrazovací metody.

I v minulosti bylo ADHD chápáno jako vysoce komorbidní porucha. Typicky jsou při ADHD často přítomny další neurovývojové poruchy – specifické poruchy školních dovedností (dyslexie, dysortografie, dyskalkulie), specifická porucha motorické funkce („syndrom neohranbaného dítěte“), neorganická noční enuréza, tiková porucha a někdy obsedantně kompulzivní porucha. Přítomnost komorbidních úzkostných poruch byla také popisována od počátku konceptu ADHD. V poslední době se komorbidním úzkostem a depresi při ADHD věnuje zvýšená pozornost, také v souvislosti s moderními terapeutickými možnostmi. Podle Jensena a kol. (1999) se úzkostné a depresivní poruchy vyskytují až u 38 % dětí s ADHD. Barkley (2006) z opačného pohledu udává, že

mezi dětmi trpícími úzkostnými poruchami má až 30% zároveň ADHD. Zatímco v mladším věku je u dětí s ADHD typická separační úzkostná porucha, později přibývá především generalizovaná úzkostná porucha. I subsyndromální příznaky úzkostné poruchy v budoucnu. Přítomnost úzkostných příznaků také modifikuje samotný obraz ADHD. Tyto děti jsou méně impulzivní, mají horší výkon vinou zhoršené pracovní paměti a mají výrazně nižší sebevědomí než děti s „čistým“ ADHD (Barkley, 2006; Tannock, 2000).

Terapie dětí s ADHD a úzkostí vyžaduje specifické terapeutické přístupy, které musí být zaměřeny na obě poruchy. Týká se to psychoterapie, rodinné terapie i farmakoterapie. Tato léčba pro svou komplexitu musí být řízena dětským psychiatrem, ale podílí se na ní i další odborníci, včetně prak-

tických lékařů pro děti a dorost. Farmakoterapie využívá léčbu stimulanty, která je vysoce účinná a bezpečná a je ověřena více jak 60 lety praxe. Novou alternativou je léčba atomoxetinem, který představuje nestimulační látku příbuznou antidepresivům (selektivní inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu). Atomoxetin díky své příbuznosti s antidepresivy dobře pokrývá spektrum ADHD s úzkostnými a depresivními komorbiditami.

Pro praxi platí, že je-li dítě hyperaktivní, je velká pravděpodobnost, že u něj budou přítomny ještě další psychiatrické poruchy, které mohou více než samotné ADHD výrazně zhoršovat kvalitu života. Každé dítě s podezřením na ADHD by mělo být proto odesláno k vyšetření pedopsychiatrovi. I když pediatrii mohou proskribovat stimulanty k léčbě ADHD, komplexní terapii by měl vždy řídit dětský psychiatr.

PODVEČERNÍ BLOK FIREMNÍCH SYMPOZIÍ

LÉKAŘSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – pátek / 29. 5. 2009 / 16.45–18.00

Symposium Wyeth Účinná prevence pneumokokových onemocnění

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Onemocnění vyvolaná *Streptococcus pneumoniae* patří celosvětově k jednomu z nejčastějších smrtelných infekčních onemocnění, a to i v rozvinutých zemích. Pneumokok je nejčastějším vyvolavatelem komunitní pneumonie, meningitidy a bakteriémie u dětí i dospělých. Invazivní pneumokoková onemocnění nejvíce postihují kojence a batolata, osoby starší 65 let a oslabené jedince. Úmrtnost se pohybuje od 0,5–30%.

Řadě těchto nemocí a jejich komplikací může být zabráněno. Možnosti spočívají jednak v úpravě režimu zejména v rizikovém období zvýšeného výskytu respiračních infekcí, dále v podpoře imunity kojením, včasné diagnostice rizikových faktorů a jejich řešení, v očkování a správné a racionální indikaci antibiotik.

V současnosti jsou k dispozici pneumokokové vakcíny pro všechny věkové kategorie a rizikové skupiny. Účinnost 7valentní konjugované vakcíny (určené pro děti od 2 měsíců do 5 let) v prevenci invazivních onemocnění vakcinačními sérotypy přesahuje 97%, v prevenci hospitalizací dětí do 2 let pro pneumokokovou pneumonii dosahuje 65%, pro pneumonii bez rozdílu vyvolavatele 39%. Výskyt pneumokokových otitid způsobených

váknými sérotypy poklesl po plošném očkování o 57%. Pokles pneumokokových onemocnění byl pozorován také ve věkové skupině nad 65 let díky tzv. herd efektu.

Nově byla letos uvedena na trh konjugovaná 10valentní vakcína určená pro děti od 2 do 24 měsíců a v brzké době se chystá uvedení konjugované vakcíny 13valentní. Pro pacienty nad 5 let je k dispozici 23valentní nekonjugovaná polysacharidová vakcína.

WHO vzhledem k celosvětové závažnosti pneumokokových onemocnění doporučuje plošnou vakcinaci dětí se zvláštním důrazem na rozvojové země.

Symposium Medicom Int. Lékový profil erdosteinu

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Onemocnění dýchacích cest jsou jednou z nejčastějších problematik, s níž pacienti navštěvují ordinace praktických lékařů. Z etiologického pohledu jsou nejčastější virové infekce dýchacích cest, u protrahovaných stavů ale často hrozí i bakteriální superinfekce. Bakteriální infekce dýchacích cest jsou především problémem nemocných primárně oslabených nebo jedinců s již přítomným chronickým onemocněním, jakým je například chronická obstrukční plicní nemoc. U jasných bakteriálních infekcí je samozřejmě na místě cílené

použití antibiotik. Ta musí být vždy správně indikovaná a racionálně volená. V situacích, kde předpokládáme riziko bakteriální superinfekce nebo kde chceme potencovat účinek již indikované antibioterapie, je možno využít zajímavých vlastností erdosteinu. Erdostein (N-karboxymethylthioacetylhomocystein) výhodně kombinuje mukolytickou i antibakteriální aktivitu, což právě v těchto situacích může být pro léčebný účinek výhodné. Výhodné je jeho pomalé uvolňování z vazby na plazmatické bílkoviny a postupná biotransformace, což významně prodlužuje jeho účinek. Na rozdíl od jiných mukolytik snižuje erdostein navíc i adhezi bakterií ke sliznici a redukuje tak bakteriální kolonizaci dýchacích cest. Prokázána byla i potenciace účinku některých antibiotik. Některé studie navíc prokázaly i zajímavý účinek antioxidační a protizánětlivý. Tyto výhodně kombinované vlastnosti je tak možno využít jak u akutních, tak u chronických onemocnění dýchacích cest dětí i dospělých.

Symposium MediClinic MediClinic – alternativa pro lékaře

MUDr. Martin Hofman

MediClinic, Praha

Zmapování situace na poli primární lékařské péče v ČR – věkové rozložení dle druhu praxe a kraje.

Představení projektu privátní ambulanti sítě MediClinic – vybudování sítě ambulancí, systémové řešení.

Symposium PRO.MED.CS Rinosinitidy v dětském věku – samočisticí schopnost nosní sliznice

prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.

Klinika dětské ORL, LF MU a FN Brno

Vývoj PND: Ethmoidy: dobře vyvinuty po narození, rychle rostou během 1.–4. roku, rtg v 1 roce, kompletně vyvinuté po 12. roce. Čelistní dutiny: rtg v 5 měsících, dvojfázový růst, kompletně vyvinuté ve 22–24 letech. Klínové dutiny: vývoj po 5. roce, kompletně vytvořené mezi 12.–15. rokem. Čelní dutiny: vývoj po 4. roce, kompletně po 15. roce.

Rinosinitidy: Akutní – příznaky trvají 3 dny až 3 týdny. Subakutní – stejné příznaky jako u akutní, doba trvání od 3 týdnů do 3 měsíců. Recidivující – 3/půl roku nebo 4/rok. Chronická – týž syndrom trvá 3 měsíce a déle.

Fáze zánětu: Časná fáze – cévní reakce – hodiny. Pozdní fáze – buněčné reakce, zpočátku sekreční, pak proliferativní. Kongesce sliznice, pak granulocyty a ostatní buňky.

Poškození mukociliárního transportu: Virový zánět: Ničí ciliární epitel. Hyperplastické změny. Akutní virová infekce působí buněčnou nekrózu, která je vhodným prostředím pro bakteriální superinfekci. Chronická infekce vzniká poškozením mukociliárního systému (těžká akutní infekce, nedostatečná drenáž sinusů, snížená pohyblivost řasinek). Sliznice nosu a PND má vysokou regenerační schopnost a většina zánětlivých změn je reverzibilní při dostatečné ventilaci a mukociliárním transportu.

Recidivující rýmy u dětí: adenotomie, imunostimulacia (Bronchovaxom, Ribomunyl),

odstranit domácí živé hračky (pes, kočka, morče), Vincentka, mořská voda ve spreji, pevné nervy.

Co dělat? Co nedělat? Rtg PND jen u komplikací a k vyloučení cysty při recidivách, adenotomie bez omezení věku, punkce maxilární dutiny v posledních 5 letech pouze 1x.

Chronická rinosinitida: Dlouhodobá konzervativní terapie, topické steroidy, výplachy nosu mořskou vodou, dlouhodobé podávání ATB, AT (u dětí), FESS. Kromě obvyklých nosních kapek lze použít pro zlepšení nosní průchodnosti a omezení sekrece i spreje s mořskou vodou. Jde o izotonickou mořskou vodu, speciálně upravenou tak, aby byla šetrná k nosní sliznici a k celé dýchací cestě. Přípravky neobsahují konzervační přísady ani jiné dodané chemické látky (studie: Efficacy of Isotonic Nasal Wash (Seawater) in the Treatment and Prevention of Rhinitis in Children. Ivo Šlapak, MD; Jana Skoupá, MD; Petr Strnad, MD; Pavel Horník, MD *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134(1):67–74).

Symposium MSD Kvadrivalentní vakcína proti HPV – SILGARD – v ordinaci dětského lékaře a gynekologa

MUDr. Bc. Tatána Hanáková

Gynekologická ambulance pro děti
a dospělé, Hranice na Moravě

„Proč se mám nechat očkovat? Co se mi může stát? A proč právě Silgard?“

To jsou nejčastější otázky maminek a jejich dcer v mé ordinaci. Právě na tyto otázky se snažím odpovědět nejen ze zkušeností našich i světových odborníků, ale i z vlastní praxe.

S nebezpečím HPV infekce se setkávají již naše děti – dívky i chlapci – bez rozdílu, těsně před začátkem pohlavního života. Infekce virem HPV je nepříjemná, bolestivá a nebezpečná pro jejich budoucí život.

V současné době máme v rukou možnost, jak tomu zabránit. Proto je dobré znát nejen příčiny, ale i následky HPV infekcí.

Dětské lékaři mají v rukou obrovský potenciál a svým správným přístupem mohou mnohému u naší budoucí generace předejít a zabránit.

Nejzávažnějším důsledkem je pak rakovina nejenom děložního čípku, kde díky výzkumu známe jako u jedné z mála příčin, ale i jiné orgány mohou být zasaženy typem rakovinného bujení na podkladě virů.

Čtyři sta nových případů rakoviny děložního čípku ročně je alarmující číslo pro naše dívky i ženy. Využijme proto příležitosti k prevenci.

Všechny zdravotní pojišťovny přispívají na preventivní programy, očkování proti rakovině děložního čípku patří mezi ně.

Očkování se může zahájit už v ordinacích dětských lékařů, dívky lze očkovat již od 9 let. Kvadrivalentní vakcína „Silgard“, obsahující ochranu proti čtyřem nejobávanějším typům virů, a sice 6, 11, 16, 18, je unikátní očkovací látkou. Dřív než se mladý organizmus s HPV infekcí setká, je chráněn tvorbou protilátek. Navíc, proočkování, byť jenom dívek, chrání i jejich partnery, takže výsledek v populaci přinese v budoucnu své ovoce.

Proč právě tato vakcína, jaké je očkovací schéma a kdy s očkováním začít, se dozvíte v naší přednášce.

HEMATOONKOLOGIE

Předsedající: E. Hůlková – SESTERSKÁ SEKCE (Sál Centaurus) – pátek / 29. 5. 2009 / 9.30–11.00

Anémie u dětí

doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.
Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Dětský věk je charakterizován rychlým růstem organismu jako celku a postupnou diferenciací tkání a orgánů. Anémie může významně ovlivnit růst a vývoj, vzácně může ohrozit i život dítěte.

Definice anémie

Anémie je definována jako **snížení hladiny hemoglobinu, zpravidla i hematokritu**

a erytrocytů v litru krve pod dolní hranici rozmezí fyziologických hodnot pro příslušnou věkovou kategorii. Vzniká v důsledku narušení rovnováhy mezi produkcí erytrocytů v krvetvorných tkáních a jejich odbouráváním. Normy hodnot hemoglobinu, hematokritu, počtu erytrocytů a středního objemu erytrocytu jsou pro různá věková období odlišné. K nejvýraznějším změnám dochází hlavně v průběhu prvního roku života. Znalost těchto změn je nezbytná pro správnou interpretaci hodnot krevního obrazu u dětí.

Fyziologické zvláštnosti dětského věku

Během prvních 6–8 týdnů života po porodu dochází v rámci adaptivní odpovědi organismu na prostředí s vyšší tenzí kyslíku ke zpomalení erythropoézy, výraznému poklesu hladiny erythropoetinu a k hemolýze novorozeneckých erytrocytů. Důsledkem je postupný pokles hladiny Hb z průměrných 180 g/l na hodnotu 110–120 g/l a fyziologická žloutenka. Železo uvolněné z hemoglobinu rozpadajících se erytrocytů je uloženo v zásobních orgánech. Mezi 6.–8. týdnem věku dochází opět k urychlení erythropoézy se zvýšením přesunu Fe

do kostní dřeně. Za fyziologických podmínek je tak dítě v průběhu prvního roku života schopno ztrojnásobit svou hmotnost bez vyčerpání zásob Fe.

K příznakům anémie patří: bledost kůže a sliznic, dušnost, intolerance fyzické zátěže, srdeční šelest, ikterus, splenomegalie, gastrointestinální příznaky, neurologické příznaky, psychické změny, zvýšená frekvence infekcí, porucha růstu nebo ztráta hmotnosti. Při vyšetření cíleně pátráme i po **známkách jiného celkového onemocnění** (infekce, nemoci štítné žlázy, jater, ledvin). Základem diagnózy anémie je zhodnocení **kompletního krevního obrazu včetně nátěru periferní krve**. Při hodnocení morfologie erytrocytů v nátěru periferní krve pátráme po přítomnosti sférocytů, schistocytů, terčovitých erytrocytů, srpkovitých erytrocytů, hypochromázie, anizocytózy. Dle nálezu v krevním obraze jsou indikována další vyšetření.

Pokud provedená vyšetření nevedou ke stanovení jasné diagnózy, měl by další vyšetření indikovat dětský hematolog. Je třeba velmi racionálně zvážit speciální vyšetření, která jsou často finančně i technicky náročná a při neuvážené indikaci zbytečně zatěžují dětského pacienta. Pro volbu správného léčebného postupu je zásadní správné zařazení a určení příčiny anémie.

Toxické poškození kůže po podání vysokodávkovaného MTX u pacienta s ALL

Jaroslava Grejcarová

Bc. Romana Sedláčková

Dětská klinika, oddělení dětské hematologie, Plzeň

V kazuistickém sdělení pomocí doložených fotografií popíšeme ošetrovatelskou péči u pacienta s ALL zařazeného do vysokého rizika.

Hlavní komplikací léčby bylo fatální nevyučování vysokodávkovaného MTX v určených intervalech. U pacienta došlo k toxickému poškození kůže a sliznic.

Cílem sdělení je zhodnocení našich možností a předání zkušeností v daném případě.

Šance

Eva Hůlková

Dětská klinika FN Olomouc

Nemoci krvetvorby patří k diagnózám ohrožujícím život. Rodinu, která se dozví, že jejich dítě onemocní leukémií, zasáhne pocit bezmocnosti a beznaděje. Podpora přichází v podobě intenzivní lékařské péče a nadějí přináší každý dílčí úspěch. Je to naděje oprávněná, protože

dnešní úroveň léčby zaručí téměř 87 dětem ze 100 překonání základního onemocnění.

Vyléčení je cílem, kterému se podřizuje vše. Dítě podstupuje minimálně osmiměsíční léčbu. Jeho organismus je zatěžován chemoterapií a ozarováním. V těchto chvílích očekává pomoc dospělých – rodičů, lékařů, sester. A pomoc přichází rovněž od Sdružení Šance, které usiluje o lepší podmínky pro hospitalizované děti, podporuje její rodiny a humanizuje antileukemickou léčbu.

Za 17 let své činnosti Sdružení Šance vybudovalo pomalu a postupně příjemné a na léčbu pacientů pozitivně působící prostředí. Víme, že nemůžeme zbavit děti bolesti a traumat, které prožívají. Ale můžeme jim vytvořit takové prostředí, které je veselé a barevné, plné zvířátek a známých dětských pohádkových postavíček, které napomáhají léčbě tím, že snižují psychickou zátěž dětských pacientů.

Je to prostě „Náš malý velký svět“.

Komplikovaná léčba dítěte s hemangiomem – kazuistiky

Ludmila Frelichová, Jana Vlčková

Hemangiom je diagnóza více či méně významná, v mnohých případech se nijak nezasahuje do jeho průběhu, protože se většinou postupem času vstřebá, jindy dokáže velmi nepříjemnit život dítěte a jeho rodičů. Dvě krátké kazuistiky bychom vám rády představily.

1. kazuistika

Dítě s hemangiomatózou v oblasti rtu a krku, dosahující až k parafaryngu, sice bez jasného útlaku dýchacích cest, ale s příznakem stridoru při námaze – pláči a krmení. Po nasazení léčby kortikoidy se lokální nález i dýchací potíže zlepšily, ale vzhledem ke zhoršenému kardiologickému nálezu bylo nutné jejich dávku redukovat. Dítě je stále sledováno v hematologické poradně a při každém výraznějším infektu dýchacích cest je nutná léčba s inhalacemi při hospitalizaci.

2. kazuistika

Dítě narozené ve 29. týdnu, s rozsáhlým hemangiomem na přední straně hrudníku, už na novorozeneckém oddělení nasazena systémová léčba kortikoidy. Jejím účinkem se hemangiom částečně zmenšil, ale docházelo k erozi a následnému krvácení, k bakteriálnímu osídlení narušených ploch s nutností parenterální ATB léčby. Během hospitalizace docházelo k opakovanému krvácení z křehkého povrchu hemangiomu s nutností substituce erytrocytů. Stav se nezlepšil ani po hloubkové koagulaci plastickým chirurgem. Další

komplikace nastaly s respiračním infektem dítěte, byla nutná sedace pro ataky neklidu a kašle, při kterých docházelo ke krvácení z hemangiomu, při jedné došlo k apnoické pauze, hypotonii a vzhledem k nárůstu pCO₂ v ABR je nutná UPV na JIRP. Rozvinula se sepe s bronchopneumonií, oběhová nestabilita s nutností podpory katecholaminy. Pozvolně se stav zlepšil, byla možná extubace. Lokální nález na hemangiomu byl lepší, nekrvácel, hojil se. Vzhledem k proběhlým komplikacím byla sledována regrese psychomotorického stavu dítěte, nevládalo krmení z lahvičky, bylo nutné dokrmit sondou, později i v domácím prostředí.

Problematika léčby pacienta s dg. LCH (histiocytosis)

Petra Valounová, DiS.

Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno

Tato ošetrovatelská kazuistika u dítěte s LCH (histiocytózou z Langerhansových buněk) je zaměřena na problematiku spojenou s léčbou základní diagnózy, ale i přidružených diagnóz na onkologickém oddělení. Je shrnutím rok a půl trvající léčby u holčičky s histiocytózou vycházející z Langerhansových buněk. Dívka od třetího dne po porodu až po rok a půl věku prošla všemi čtyřmi stadii histiocytózy. Nyní se nachází ve čtvrtém stadiu nemoci a prochází již druhým blokem chemoterapie dle protokolu LCH-S-2005. Nachází se ve fázi progresu základního onemocnění, poškození organismu je již multisystémové, nynější stav je zatím stabilizován.

Malignity v dětském věku – léčba na Klinice dětské onkologie LF MU a FN Brno

Jana Šenková, DiS., Lenka Preislerová, DiS.

Klinika dětské onkologie FN Brno

Malignity v dětském věku je vzácné onemocnění, avšak na druhém místě v příčinách dětských úmrtí. Přednáška popisuje Klinikou dětské onkologie v Brně, její vznik a rozdělení jednotlivých oddělení. Součástí prezentace jsou statistické ukazatele – počty pacientů, křivky přežití a incidence onkologických onemocnění dle jednotlivých krajů Moravy a Slezska, jako spádové oblasti Kliniky dětské onkologie. Klinika dětské onkologie provádí diagnostiku, diferenciální diagnostiku a komplexní terapii nádorových onemocnění (včetně transplantací kostní dřeně) ve věku 0–19 let. Zabývá se i léčbou mladých dospělých s typem dětské malignity. V Brně je tak v posledních letech každoročně diagnostikováno cca 150 dětí se zhoubnými nádory.

Léčba bolesti u dětského onkologického pacienta

Bc. Eva Blatná

Klinika dětské onkologie FN Brno

Bolest je vždy nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkáně. Každý z nás ji definuje subjektivně, na základě svých dřívějších zkušeností. U onkologických onemocnění se bolest objevuje v souvislosti se základním onemocněním (lokalizace, často první důvod k návštěvě lékaře), diagnostickými procedurami (odběry krve, kostní dřevě, lumbální punkce, zavádění flexil, jehel do venózních portů), léčebnými procedurami (zahrnují chirurgické zákroky různého rozsahu, bolesti dutiny ústní – mukozitidy po aplikacích chemoterapie, neuropatie), bolest související

s jinou etiologií nevztahující se k nádoru (infekce) a téměř vždy je přítomna i v konečných stádiích onemocnění. Dítě v závislosti na věku projevuje bolest různými způsoby. Nejmenší děti neverbálně (pláč, grimasy), větší dítě verbálně, můžeme ji poznat podle objektivních ukazatelů (tepová, dechová frekvence, hledání úlevové polohy). Dlouho se předpokládalo, že dítě pociťuje bolest méně než dospělý a že si ji zřejmě nezapamatuje. Dnes je snaha o to, aby dítě bolest prožívalo co nejméně. Pacientem kontrolovaná analgezie (PCA) je aplikace analgetika (na naší klinice používáme Morphin) samotným pacientem pomocí infuzní pumpy podle aktuální bolesti v lékařem určeném rozmezí. Výhodou je obcházení často složité infrastruktury (rodiče – ošetřovatelský personál – lékař), kterým musí pacient věrohodně sdělit pocity bolesti, aby dosáhl úlevy při

běžném režimu analgoterapie. Tento způsob využíváme hlavně u pacientů s mukozitidou, kdy se intenzita bolesti během dne hodně mění. Metoda je bezpečná (pacient může zvyšovat dávku jen tak dlouho, jak mu to dovolí stav jeho vědomí, protože nejdřív nastoupí somnolence a až po dalším zvýšení dávky dochází k depresi dechového centra – **pacient si aplikaci bolusů řídí výlučně sám**). Vlastním podáním léků získá větší nezávislost. Hodnocení bolesti a její tlášení je nedílnou součástí komplexní péče o děti na naší klinice. Umožňuje nám sledovat, jak úspěšná je zavedená analgoterapie, monitorovat průlomové bolesti, je podnětem ke změně a zásahu. Důležité je bolest u dítěte nepodceňovat, nebát se využít všech dostupných možností, aby se zajistil co nejvyšší možný komfort vzhledem k dané situaci.

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Předsedající: M. Turečková – SESTERSKÁ SEKCE (Sál Centaurus) – pátek / 29. 5. 2009 / 11.15–13.15

Symposium MSD

Otázky HPV infekce a očkování v gynekologické praxi

MUDr. Bc. Taťána Hanáková

Gynekologická ambulance pro děti a dospělé, Hranice na Moravě

„Proč se mám nechat očkovat? Co se mi může stát? A proč právě Silgard?“

To jsou nejčastější otázky maminek a jejich dcer v mé ordinaci. Právě na tyto otázky se snažím odpovědět nejen ze zkušeností našich i světových odborníků, ale i z vlastní praxe.

S nebezpečím HPV infekce se setkávají již naše děti – dívky i chlapi – bez rozdílu, těsně před začátkem pohlavního života. Infekce virem HPV je nepříjemná, bolestivá a nebezpečná pro jejich budoucí život.

V současné době máme v rukou možnost, jak tomu zabránit. Proto je dobré znát nejen příčiny, ale i následky HPV infekcí.

Dětští lékaři mají v rukou obrovský potenciál a svým správným přístupem mohou mnohému u naší budoucí generace předejít a zabránit.

Nejzávažnějším důsledkem je pak rakovina nejenom děložního čípku, kde díky výzkumu známe jako u jedné z mála příčin, ale i jiné orgány mohou být zasaženy typem rakovinného bujení na podkladě virů.

Čtyři sta nových případů rakoviny děložního čípku ročně je alarmující číslo pro naše dívky i ženy. Využijme proto příležitosti k prevenci.

Všechny zdravotní pojišťovny přispívají na preventivní programy, očkování proti rakovině děložního čípku patří mezi ně.

Očkování se může zahájit už v ordinacích dětských lékařů, dívky lze očkovat již od 9 let. Kvadrivalentní vakcína „Silgard“, obsahující ochranu proti čtyřem nejobávanějším typům virů, a sice 6, 11, 16, 18, je unikátní očkovací látkou. Dřív než se mladý organizmus s HPV infekcí setká, je chráněn tvorbou protilátek. Navíc, proočkování, byť jenom dívek, chrání i jejich partnery, takže výsledek v populaci přinese v budoucnu své ovoce.

Proč právě tato vakcína, jaké je očkovací schéma a kdy s očkováním začít, se dozvíte v naší přednášce.

Celoživotní vzdělávání sester v současné společnosti

PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií

Moderní trendy současné společnosti aktivně ovlivňují i dění ve zdravotnictví. Požadavky

Evropské unie, nové legislativní změny, různorodost ošetřovatelského procesu, to vše přináší nové a kvalitativně vyšší nároky na připravenost zdravotnických pracovníků. Celoživotní vzdělání umožňuje sestřím získávat nejnovější poznatky, dovednosti a informace, které jim pomohou zvládat dynamické změny našeho zdravotnictví. Důležitou úlohu ve vzdělávání zdravotníků sehraje výuka psychologie a z ní vycházející sociální interakce jako prostředek vytvářející vzájemný vztah mezi zdravotníkem a nemocným.

Možnosti specializačního vzdělávání sester v ošetřovatelské péči v pediatrii

Mgr. Jaroslava Fendrychová

Katedra ARIPP, NCO NZO Brno

Účelem příspěvku je seznámit sestry s organizací a průběhem specializačního vzdělávání v oboru Ošetřovatelská péče v pediatrii. V úvodu je zmíněn způsob zařazování uchazečů do studia a možnosti odkladu studia. Dále jsou popsány průběžné podmínky studia, včetně jeho pravděpodobné délky a ukončení, a možnosti započtení předchozího studia nebo jeho části. V příspěvku jsou také zmíněna jednotlivá akreditovaná pracoviště pro teoretickou i prak-

tickou výuku a způsoby, jak se na tato pracoviště k odborné praxi přihlásit. Nedílnou součástí příspěvku jsou i podrobná grafická znázornění jednotlivých zaměření oboru, jehož výuka je členěna do základního, odborného a speciálních modulů.

Zdravotnický asistent v praxi: ano – ne?

Mgr. Renata Hernová, Ph.D.

SZŠ a VOŠz Olomouc

Přednáška se věnuje aktuálnímu tématu – zapojení zdravotnického asistenta do praxe ve zdravotnickém zařízení. První absolventi nového oboru maturovali v červnu 2008. V přednášce se autorka zamýšlí nad uplatněním a odbornými kompetencemi zdravotnických asistentů v praxi. Také seznamuje veřejnost s obsahem a výstupem vzdělávacího oboru zdravotnický asistent.

Příprava nelékařských zdravotnických pracovníků z pohledu studentů

Mgr. Jana Marounková

Pracoviště dětské medicíny FN Brno

Úvod: Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče souvisí velmi úzce s kvalitou přípravy nelékařských zdravotnických pracovníků. Svoje nezastupitelné místo v tomto systému přípravy mají zdravotnická pracoviště, kde se uskutečňuje praktická část přípravy.

Příprava NLZP z pohledu studentů:

V prezentaci je uvedeno vyhodnocení dotazníkové akce spokojenosti studentů s probíhající praxí ve Fakultní nemocnici Brno. Studenti zde měli možnost vyjádřit se pomocí

hodnotící škály ke spokojenosti k průběhu praxe, ale i ke vztahům lékařů a sester ke studentům.

Dotazník zjišťuje, jaké jsou překážky na straně zdravotnického zařízení při realizaci praxe, a hledá návrhy na zlepšení výuky praktických dovedností.

Nedílnou součástí zjišťování byla i skutečnost, na koho se obrací studenti se svými problémy ve zdravotnickém zařízení a jak hodnotí jednotlivá pracoviště, kde probíhá praktická výuka, která pracoviště byla pro ně v průběhu praxe přínosem a proč, a naopak proti tomu pracoviště s malým přínosem a proč.

Osobní postřehy, připomínky a nápady studentů ohledně přípravy na budoucí povolání byly prvním krokem při jednání se školami o zajišťování praktického vyučování.

Závěr: Cílem dotazníkového šetření bylo budování povědomí sester zdravotnického zařízení o jejich podílu na výchově a vzdělávání svých budoucích kolegyň. Zjištěné skutečnosti mohou být i v dalších zařízeních a jejich společné řešení může výrazně přispět ke zkvalitnění přípravy a ve svém důsledku i ke zlepšení poskytované ošetrovatelské péče.

Nový kreditní systém ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Mgr. Jana Kameníčková

Dětská klinika FN Olomouc

Dnem 29. 8. 2008 vstoupila v platnost vyhláška č. 321/2008 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu

zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, která mění do té doby platnou vyhlášku č. 423/2004 Sb. Vše se děje na základě novelizovaného zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který mnohem více zdůrazňuje povinnost celoživotního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Novelizovaná vyhláška přináší mimo jiné přesnější definici i rozšíření forem celoživotního vzdělávání, a to zejména o e-learningové formy. Došlo například i k posílení počtu kreditů při pasivní účasti zdravotnických pracovníků na různých vzdělávacích akcích. Za účast na vzdělávacích akcích, které se konají v jiném státě, než ze kterého je zdravotnický pracovník, se počet kreditů zvyšuje o 30 %. Při kombinaci více druhů účastí na jednotlivých formách celoživotního vzdělávání se kredity sčítají.

Možnosti vzdělávání nelékařů na FZV UP v Olomouci

Bc. Hana Ševčíková

Ústav ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Příspěvek seznámí posluchače s možnostmi kvalifikačního i specializačního vzdělávání zdravotníků – nelékařů na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Budou představeny akreditované studijní obory, podmínky pro přijetí k jejich studiu, průběh přijímacího řízení, podmínky pro úspěšné ukončení studia. Posluchači budou také seznámeni s webovými stránkami fakulty a základní orientaci v nich.

INTENZIVNÍ PÉČE V PEDIATRII

Předsedající: J. Kameníčková – SESTERSKÁ SEKCE (Sál Centaurus) – pátek / 29. 5. 2009 / 14.30–16.15

Symposium GlaxoSmithKline Novinky v očkování proti pneumokokovým infekcím a HPV

RNDr. Tomáš Mrkvan, Ph.D.,

MUDr. Pavel Popely

GlaxoSmithKline, Praha

Bakterie *S. pneumoniae* je jednou z hlavních příčin život ohrožujících onemocnění, jako jsou pneumonie, meningitida a seps,

může však způsobovat i méně závažná, ale velmi častá neinvazivní onemocnění, jako jsou onemocnění dýchacího traktu, včetně zánětů středního ucha. V ČR je od roku 2008 prováděna surveillance invazivních pneumokokových onemocnění – do hlásícího systému jsou zapojeni kliničtí lékaři, mikrobiologové a epidemiologové. Invazivní pneumokoková onemocnění postihují nejčastěji kojence a děti do věku 5 let a také seniory starší 65 let.

Výskyt těchto onemocnění je u nás srovnatelný s dalšími evropskými zeměmi. Přes poměrně širokou škálu terapeutických možností se ukazuje, že účinnější je jednoznačně prevence. Nová desetivalentní konjugovaná vakcína nabízí ochranu proti invazivním pneumokokovým onemocněním a zánětům středního ucha způsobeným bakterií *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a malých dětí od 6 týdnů do věku 2 let. Vakcína pokrývá i sérotypy 1, 5

a 7F, proti kterým se až dosud nebylo možné chránit očkováním. Právě tyto sérotypy jsou celosvětově, ale i v Evropě příčinou značného počtu závažných invazivních onemocnění v dětském věku. Navíc se předpokládá, že by desetivalentní vakcína mohla pomoci zabránit až 51,5 % zánětů středního ucha způsobeným *S. pneumoniae*, tzn. že každé druhé dítě naočkované touto vakcínou by mohlo být chráněno před pneumokokovou otitidou.

HPV infekce je příčinou prakticky 100 % případů cervikálního karcinomu. Očkování proti HPV je významnou možností k vylepšení preventivních opatření a je ideálním doplňkem k současné verzi onkologické prevence, protože vyplňuje slabé místo cervikálního screeningu – detekci adenokarcinomů. Současné HPV vakcíny nabízejí ochranu proti dvěma nejčastějším onkogenním HPV typům 16 a 18. Potenciálně se jeví možnost zkřížené ochrany i proti dalším nevakcínovým typům HPV. Tím by se efekt vakcinace výrazně zvýšil. Rozdíl v délce a šířce ochrany proti cervikálnímu karcinomu jednotlivých HPV vakcín bude klíčovým parametrem v hodnocení vakcín, zejména v případě zavedení plošného očkování. V současné situaci očkování na žádost fyzické osoby volbu provádí zájemce o očkování po poučení lékaře. Cílem je prezentovat aktuální data HPV vakcín.

Výměna tracheostomické kanyly

Bc. Zuzana Bantová, DiS.

Dětská klinika JIRP, FN Olomouc

Praktická ukázka výměny tracheostomické kanyly (TSK) u dítěte. Autorka se zabývá indikací, přípravou pomůcek na výměnu TSK, přípravou sestry a pacienta na výkon, vlastním provedením výkonu, péčí o TSK. Pro praktickou ukázku byli vybráni dva pacienti z dětské kliniky JIRP.

Bazální stimulace

Simona Guštárová, DiS.

Dětská klinika, JIRP FN Olomouc

Ve své přednášce chci přiblížit koncept bazální stimulace, jeho techniky, využití v praxi a integraci příbuzných do péče.

Koncept bazální stimulace podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Napomáhá k rozvoji vlastní identity klienta, k jeho orientaci na svém těle. Má široké spektrum využití, nejčastěji v neonatologické péči – předčasně narozené děti, vrozené intelektové nebo somatické postižení, akutní či chronické onemocnění, úrazy mozku, demence.

Chtěla bych se podělit o naše zkušenosti s využitím technik bazální stimulace u klientů na naší jednotce JIRP: druhy poskytované stimulace, reakce klienta na iniciální dotek, získávání autobiografické anamnézy, pomůcky bazální stimulace a jejich využití v praxi, poukázání na chyby zdravotnického personálu při poskytování péče – Desatero bazální stimulace v praxi.

Polytrauma u dětí

Gabriela Pulitová, Pavla Kynslarová

Dětská klinika FN Olomouc

Dětské trauma je jednou z nejčastějších příčin přijetí na JIRP k intenzivní nebo resuscitační péči. Polytrauma je i bohužel častou příčinou smrti. Hlavním cílem léčby je zajistit přežití dítěte a umožnit mu návrat do života v plné kvalitě. Úkolem zdravotnického týmu je zajištění pacienta, správná diagnostika, včasná léčba a sledování pacienta. V přednášce popisujeme zajištění dítěte s polytraumatem, diagnostiku, léčbu a jeho sledování.

Syndrom třeseného dítěte

Mgr. Jana Kameníčková

Ústav ošetřovatelství,

Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci

Syndrom třeseného dítěte neboli Shaken baby syndrome (SBS) poprvé popsal v roce 1972 John Caffey. Do SBS zahrnoval subdurální a nebo subarachnoidální krvácení, krvácení do retiny a malé nebo žádné vnější známky kraniiálního traumatu u kojenců. Rok předtím Guthkelch popsal, jak silou vyvolaná hyperextenze krku může způsobit vznik subdurálního hematomu v důsledku traumatizace přemostujících žil.

Syndrom třeseného dítěte je tedy definována jednotkou, která spadá do specifické formy fyzického týrání dítěte. SBS je svým vznikem vázán na nešetrné zacházení s extrémními otřesy, prudkými pohyby a urychlenou rotací hlavy dítěte, přičemž nezáleží na tom, za jakou část těla dítěte je cloumáno a třeseno – zda za nohy, ruce, hrudník či ramena.

Následky tohoto syndromu bývají trvalé a mohou být až fatální. K trvalým následkům zpravidla patří různý stupeň tělesného, smyslového, mentálního či kombinovaného postižení dítěte, jako například mentální retardace, poruchy řeči nebo učení, ale i epileptické záchvaty, ztráta sluchu, slepota.

V prevenci SBS sehrávají nejdůležitější roli zdravotníci, zejména pak v rámci návštěvní služby sestry a porodní asistentky, které by měly být schopné identifikovat socio-ekonomické a zdravotní rizikové faktory, které předcházejí vzniku SBS ať už ze strany dítěte (iritující ataky neklidu dítěte) či ze strany pečujícího (neadekvátní reakce). Na základě vyhodnocení těchto faktorů pak mohou sestry cíleně a účinně věnovat zvýšenou pozornost a podporu ohroženým dětem a rodinám.

VARIA

Předsedající: S. Kašubová – SESTERSKÁ SEKCE (Sál Centaurus) – pátek / 29. 5. 2009 / 16.30–17.30

Fyziologie binokulárního vidění

Marie Houžvičková

Oční klinika, FN Olomouc

Agenda:

- definice základních pojmů – JBV, fovea, horopter, Panumův prostor, fyziolog. diplopie, NRK, ARK

- vývoj binokulárních reflexů – od narození do 6 let
- jednoduché binokulární vidění a jeho formy + vyšetření na troposkopu
- podmínky jednoduchého binokulárního vidění – složky sensorické, motorické
- patologie jednoduchého binokulárního vidění – amblyopie, útlum, ARK

- diskuze
- závěr

Uspokojování potřeb dítěte v jeslích

Bc. Lea Klabouchová

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Mgr. Alena Machová

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Autorky seznamují s výsledky kvalitativního výzkumu prováděného v zařízení jesle se zaměřením na kvalitu uspokojování potřeb dětí. Neuspokojení základních potřeb může u dítěte významně narušit jeho celkový vývoj. Na uspokojování potřeb u dětí do 3 let věku se podílejí zejména rodiče. Řada psychologů a pediatriů nesouhlasí s umístováním dětí do jeslí vzhledem k vystavování dětí separační úzkosti. Nyní navštěvuje jesle asi 1 % dětí do 3 let věku. Od 1. 1. 2008 byla uzákoněna vícerychlostní rodičovská dovolená. Rodič si může zvolit, jak dlouho bude s dítětem doma. Očekává se, že jesle budou opět více využívány.

Ke zpracování výzkumného šetření byl použit kvalitativní výzkum. Byly použity metody a techniky sběru dat: obsahová analýza dokumentů, strukturované přímé pozorování a metoda rozhovoru. K analýze bylo využito dokumentace pozorovaných dětí navštěvujících jesle. Pro pozorování byl vytvořen záznamový arch, do kterého byly zaznamenávány potřeby u každého pozorovaného dítěte v průběhu pobytu v jeslích. Sledovali jsme uspokojování biologických potřeb (výživy, spánku, vyprazdňování, hygieny a čistoty, pohybu a aktivity a potřeby kyslíku) a psychických potřeb (potřeba bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, uznání a sebeúcty, seberealizace a sebeaktualizace) dětí v jeslích.

Výzkumný vzorek tvořilo 8 dětí (4 ve věku 18–24 měsíců a 4 ve věku 25–36 měsíců). Hlavním kritériem výběru bylo, aby děti navštěvovaly jesle denně. Výzkumné šetření bylo doplněno rozhovorem se sestrami a rodiči dětí.

Výsledky ukázaly, že z biologických potřeb je částečně uspokojena pouze potřeba příjmu tekutin. Jako možná příčina se jeví provádění výzkumu v zimních měsících, kdy děti obecně mají menší pocit žízně. Potřeby výživy, spánku, vyprazdňování, hygieny a čistoty byly uspokojeny v plné míře. Potřeby bezpečí a jistoty a lásky a sounáležitosti byly uspokojeny částečně u dětí, které navštěvovaly jesle krátkou dobu. Naopak potřeby uznání a sebeúcty, seberealizace a sebeaktualizace byly uspokojeny v plné míře. Sestry se plně věnují zaměstnávání dětí.

Závěrem lze konstatovat, že potřeby dětí navštěvujících jesle jsou ve většině případů uspokojeny velmi dobře. Je třeba zdůraznit významnou úlohu dětských sester, které poskytují profesionální ošetrovatelskou péči. V současné době se vedou diskuze nad budoucností jeslí, jejich financováním a spravováním. Domníváme se, že pokud se rodiče z různých důvodů nemohou postarat o své dítě do 3 let věku, jsou jesle dobrou alternativou poskytované péče. Je zde zajištěna perfektní ošetrovatelská péče týmem kvalifikovaných dětských sester.

Zdravotní péče o děti – cizince v ČR

Mgr. Dita Nováková, DiS.,

Gabriela Sedláková

Katedra ošetrovatelství, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity České Budějovice

Péče o zdravotní stav cizinců představuje celosvětově závažný problém. Pozornost je věnována především výskytu infekčních a parazitárních onemocnění, ale nesmí se zapomínat ani na péči preventivní, výuku zdravého života a hygienických návyků, stejně tak jako na speciální školení zdravotnických pracovníků.

Zdravotní péči o cizince upravuje množství právních předpisů, z nichž velká část je mezinárodních. Právo člověka na ochranu zdraví je zakotveno v Ústavě ČR a Listině základních práv a svobod. V oblasti péče o dítě-cizince je významná Úmluva o ochraně práv dítěte a evropská Úmluva o výkonu práv dětí. Vedle práv však mají cizinci v oblasti zdravotní péče i povinnosti, především povinnost pobývat v ČR řádně zdravotně pojištěni. Právní nárok na veřejné zdravotní pojištění vzniká ze zákona dětem, které mají v ČR trvalý pobyt, byl jim udělen azyl a dětem občana/ů některého ze států Evropské unie, který je na území ČR zaměstnán, podniká, nebo má trvalý pobyt. Ti, kdo nesplňují podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění, musí uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Pokud cizinec nemá uzavřeno zdravotní pojištění, vyžaduje se úhrada v hotovosti, a to včetně dětí.

V souvislosti se zdravotní péčí o děti-cizince proběhl výzkum zabývající se povědomím vietnamských dětí a jejich rodičů o péči poskytované praktickými lékaři pro děti a dorost, především v oblasti preventivní péče. Pro výzkum byla

použita metoda dotazníku. Výzkumný soubor tvořilo 668 dětí ve věkovém rozmezí od 3 do 18 let včetně a jejich rodičů z řad vietnamského etnika ze všech krajů ČR.

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou vietnamští respondenti informovaní o péči, kterou poskytují praktičtí lékaři pro děti a dorost, a to především v oblasti preventivní péče a očkování. Pro výzkum byly stanoveny dvě hypotézy. H₁: Vietnamské děti nejsou informovány o péči poskytované v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. H₂: Vietnamské děti nechodí na preventivní prohlídky. Obě stanovené hypotézy se nepotvrdily. Respondenti se domnívají, že jsou informováni o službách poskytovaných v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, a zároveň uváděli, že rozumí pokynům, které jsou jim dávány ze strany sester jak v oblasti léčby, tak i v oblasti preventivní péče. Respondenti dále uváděli, že jejich děti absolvují preventivní prohlídky a procházejí pravidelným očkováním.

Závěrem lze říci, že zdravotní péče o děti-cizince (vietnamské děti) je, dle hodnocení respondentů, v ČR v oblasti preventivní péče na vysoké úrovni. Sestry pracující s dětmi a jejich rodiči využívají v rámci své ošetrovatelské praxe (především v oblasti komunikace a přístupu) při péči o děti z vietnamského etnika takové metody, které podporují spolupráci a umožňují poskytovat dětem-cizincům stejnou péči, jaká je poskytována dětem z majority.

Rotavirové infekce u dětí

Pavla Dvořáková, DiS.

Dětská klinika FN Olomouc

Jde o virové onemocnění zažívacího traktu. Rotaviry způsobují těžké průjmy zvláště u malých dětí a jsou mnohem rozšířenější, a přitom stejně vážný problém jako salmonela.

Nejvíce případů rotavirové infekce je v zimním období a na jaře, ale vyskytují se po celý rok. Přenášejí se nejčastěji z ruky do úst při kontaktu se stolicí infikované osoby. Typickými příznaky jsou bolesti břicha, horečka a zvracení.

Důležitý je potom dietní režim, vhodná jsou probiotika a hlavně dostatek tekutin k léčbě.

Vzhledem k rozšířenosti a rychlé nákazě onemocnění by byla vhodná prevence očkováním. V současné době jsou u nás registrovány dvě očkovací látky, ale nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Jejich cena se pohybuje kolem 1500 Kč.

ODBORNÁ SNÍDANĚ S FIRMOU NOVO NORDISK

LÉKAŘSKÁ SEKCE I SESTERSKÁ SEKCE (Grand restaurant) – sobota / 30. 5. 2009 / 7.45–8.15

Co může udělat pediatr pro včasný záchyt dítěte s poruchou růstu

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Tělesný růst je nejcitlivější dlouhodobý ukazatel zdraví dítěte.

Sledování a posouzení tělesné délky/výšky a růstové rychlosti má za cíl: porovnat zjištěná data s populační normou (percentilový graf tělesné délky/výšky) a s růstovým genetickým

potenciálem (výška rodičů), zhodnotit stabilitu pozice dítěte v percentilové síti, při podezření na růstovou poruchu doplnit o základní vyšetření.

Včasný záchyt růstové poruchy umožňuje praktickému lékaři pro děti a dorost vyřešit řadu konkrétních případů ve vlastní ambulanci, ale závažné stavy si vyžadují spolupráci se specializovanými ordinacemi. Pro vyloučení patologické příčiny růstového selhání je nutné opětne posouzení osobní, rodinné a sociální

anamnézy, základní biochemický a hormonální screening a podrobné klinické vyšetření včetně posouzení tělesné proporcionality a event. přítomnosti dysmorfických rysů.

O kterých dětech si můžeme dovolit říci, že jsou „malé, ale zdravé“, a které musíme co nejdříve odeslat ke specialistovi?

Zkuste si s námi pomoci interaktivních metod zvolit nejlepší diagnostický přístup u různých pacientů s růstovou poruchou, se kterými se běžně setkáváme v našich ordinacích.

INFEKTOLOGIE

Předsedající: D. Sedláček – LÉKAŘSKÁ SEKCE I SESTERSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – sobota / 30. 5. 2009 / 8.30–10.30

Neuroinfekce dětského věku v ordinaci praktického pediatra

MUDr. Věra Štruncová,

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Infekční klinika LF UK a FN Plzeň

Zánětlivá onemocnění CNS i dnes, v době dostatečných diagnostických a léčebných možností, jsou stále závažnými onemocněními s možností trvalých následků, vzácné nejsou ani letální průběhy.

Diagnostický postup je založen na anamnestických údajích, době trvání potíží, klinickém a neurologickém nálezu včetně vyšetření stavu vědomí pomocí Glasgow coma score.

Neuroinfekce lze obecně rozdělit na záněty bakteriální hnisavé a nehnisavé – meningitidy, a záněty virové – encefalitidy, meningoencefalitidy a encefalomyelitidy.

Každý vznik a průběh onemocnění je závislý na infekční dávce, imunitním systému, věku nemocného a době trvání potíží.

Bakteriální hnisavé meningitidy se vyskytují nejčastěji v zimě a v jarních měsících – zvl. při změně počasí – prudkém oteplení. Onemocnění častěji děti ve věku 0–5 let. Nejčastějšími původci bakteriálních hnisavých meningitid jsou *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* (HIB). U novorozenců pak *Streptococcus beta hemolyticus*

sk. B, E. coli, *Listeria monocytogenes*. Díky očkování proti HIB dochází ke snižování počtu nemocných s hemofilovou meningitidou. Pro primární hnisavé meningitidy je typický akutní začátek, krátká anamnéza v trvání 1–2 dnů. Dominujícími příznaky jsou: horečka, bolesti hlavy, zvracení, vážnoucí šíje nebo vyklenuťatá fontanela u kojenců. U meningokokových meningitid se až v 66 % vyskytují petechie. U sekundárních meningitid předchází otitida, sinusitida, pneumonie a úrazy. U novorozenců bývají klinické příznaky zrádné – nespecifické, spíše celkové, jako např. tachykardie, dyspnoe, cyanóza, nízká až subnormální teplota je častější než horečka, kardiální instabilita, křeče, pulzující fontanela. Výjimečné postavení mají invazivní meningokoková onemocnění (IMO). Diagnostika meningokokové meningitidy není problémem, ale rozpoznání septické formy na začátku onemocnění ještě před rozvojem šoku a DIC je obtížné. Proto byly vypracovány standardy přednemocniční, nemocniční i intenzivní péče, vznikly internetové stránky www.fnplzen.cz/meningokok, ve věstníku MZČR byl zveřejněn metodický pokyn. Prevencí hnisavých meningitid je léčba hnisavých otitid a sinusitid antibiotiky. Vakcinace proti některým původcům je možná. Chemoprophylaxe není všeobecně doporučována, výjimkou jsou kontakty s IMO.

Z bakteriálních nehnisavých zánětů se setkáváme většinou jen s neuroborreliózou – Banwartovým syndromem (serózní meningitida, paréza n. VII, radikuloneuritida) nebo jen s izolovanou parézou. Tato onemocnění mají po antibiotické léčbě dobrou prognózu.

Z virových zánětů je v ČR nejčastěji diagnostikována klíšťová encefalitida, enterovirová meningitida a vzácně herpetická nekrotická encefalitida vyvolaná virem HSV 1 a 2.

Onemocnění mají akutní začátek (delší než 2 dny), většinou chřipkové potíže, často dvufázový průběh a klinické příznaky dle lokalizace postižení.

Léčba virových zánětů je symptomatická, s výjimkou herpetických, kde včasné zahájení léčby redukuje smrtelnost a následky.

Závěr: doporučení pro praxi

1. Rozpoznání závažného stavu dítěte, záznam o T, TK, P, D, GCS v dokumentaci.
2. Odběr biologického materiálu, dostatečné zajištění nemocného s IMO – kanyla, infuze náhradní roztoky, kyslík, aplikace ATB.
3. Přesun RZP na pracoviště, které poskytne optimální odbornou péči.

Podpořeno VZ FN v Plzni
MSM 0021620819819

ODBORNÝ TÝDENÍK

Zdravotnické noviny

Tradiční zdroj nezávislého aktuálního zpravodajství pro lékaře i zástupce ostatních odborných profesí ve zdravotnictví, farmacii, státní správě a zdravotních pojišťovnách.

- novinky z profesních a oborových organizací
- legislativní novinky, léková politika
- odborné a vzdělávací akce, trh práce
- rozsáhlé diskusní fórum
- portréty osobností z oboru medicíny
- právní a ekonomické poradenství

■ PŘEDSTAVUJEME
MUDr. Miroslava Procházku, vedoucího rehabilitačního oddělení Zdravotnického zařízení Jarov str. 22

■ TÉMA
Cystická fibróza: Léčebná, ale nevyčlelná nemoc „slaných“ dětí str. 14

■ AKTUALITY
Polámané biologické hodiny str. 11

Zdravotnické noviny

13/2009 ročník 58 [WWW.ZDN.CZ](http://www.zdn.cz)

TÝDENÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII CENA 21 Kč (PŘEDPLATNÉ 21 Kč)

MZ představilo projekt standardizace zdravotní péče

Ministryně zdravotnictví Daniela Filipová minulý úterý představila projekt tvorby standardů zdravotní péče. Pacienti se z nich mají dozvědět, na jakou péči mají práh daném onemocněním. Pro lékaře budou standardy závazné, pokud bude schválen zákon o zdravotních službách.

| Olga Pavlíková



Ministerstvo zdravotnictví schválilo realizaci „systému tvorby národních standardů“, který zahrnuje „Národní sadu standardů odborné zdravotní péče“, „Národní sadu ukazatelů kvality zdravotnických služeb“ a „Standard zdravotnické dokumentace“.

„V těchto projektech šlo o směřování k kvalitní péči o pacienty a o jejich bezpečnosti. Mnoho jiné mají za cíl stanovit stejné pravidla pro poskytování zdravotní péče na péči všem v oboru a pro všechny poskytovatele zdravotních služeb. Výsledkem zavedení standardů bude zpřístupnění nejmodernější zdravotní péče zvláště na nejnepříhodnějších a malých specializovaných pracovištích v České republice.“ říká na tiskové konferenci ministryně.

Standardy zdravotní péče, často označované také jako doporučení

Ve vztahu k odborné veřejnosti přináší přehled o nevhodných a neaktuálních lékařských postupech při léčbě konkrétních diagnóz. Zdravotní pojišťovny ve standardech získají možnost garantovat kvalitní péči nejen poskytovatelům, ale i pacientům zdravotní péče. Pro pacienty bude léčení podle standardů znamenat možnost v daleko větší míře než dosud porovnat procedury, které při konkrétní zdravotní péči podstupují, a srovnat se tak více podílet na rozhodování o svém zdravotním stavu.

Počítá se s využitím zahraničních zkušeností
„V rámci projektu se počítá jak s využitím dosavadních výsledků dosažených na úrovni jednotlivých odborných lékařských společností, tak s využitím zahraničních zkušeností

ne smí, kde je proces standardizace odborné zdravotní péče již v pokročilejším stadiu. Počítáme rovněž s pravidelnou aktualizací jednotlivých standardů tak, aby odpovídaly aktuálním a moderním lékařským znalostem a postupům“, vysvětlila ministryně Filipová.

Projektory navržený na skvělou přílohu k realizaci. Odborným fórem pro standardizaci zdravotní péče, které funguje od minulého roku jako poradní orgán ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven pro tvorbu doporučených lékařských postupů. Za účasti odborníků z vybraných lékařských oborů pracoval fórum na vývoji procesních postupů a na metodice tvorby standardů.

„Ministerstvo zdravotnictví přepokládá zapojení široké odborné veřejnosti na všech úrovních projektu.“

(Pokračování na straně 2)

Tato příloha vyjde 30. března 2009



Mladá fronta divize Medical services představuje

Libor Zámečník, Viktor Soukup:
Prevence a léčba onemocnění močových cest

ISBN 978-80-204-1941-5
formát B6, 110 x 165, 96 stran, barevné, brožovaná vazba, cena: 88 Kč 79 Kč

Knihu lze objednat na adrese:
Mladá fronta a. s. – divize Medical Services, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany
e-mail: rfova@mf.cz, tel: 225 276 248, GSM 722 537 565 nebo na internetu: www.zdn.cz

Prevence a léčba onemocnění močových cest



Lékařské listy

příloha Zdravotnických novin 6 | 2009 www.zdn.cz



Urologie a nefrologie

- **LUTS**
3 Pomocný močový v primární péči z pohledu urologa
- **UROINFENZE**
5 Účinné léčby státních močových cest a kapiček žití
- **PROSTATA**
9 Současné medikamentózní léčba benigní hyperplastie prostaty
12 Léčba hormonálně rezistentního karcinomu prostaty
- **OAB**
16 Hyperaktivní močový měchýř
- **ERECTILNÍ DYSFUNKCE**
20 Erektilní dysfunkce a metabolický syndrom
- **ROBOTICKÁ CHIRURGIE**
21 Možnosti roboticky asistované chirurgie v urologii
- **NEFROLOGIE**
23 Biologická léčba nádorů ledvy
29 Karcinom ledviny s nádorovým nálezem v gravě střední síla
31 Chronická onemocnění ledvy – část 1 a prognosticky závažné
- **AKTUALITY**
33 Urologické aktuality

ODBORNÁ PŘÍLOHA

Lékařské listy

Odborná témata z jednotlivých medicínských oborů zpracovaná špičkovými odborníky.

- kazuistiky
- novinky z oblasti farmakoterapie a preventivního lékařství
- přehledné informace pro ambulantní lékaře

Pro předplatitele zdarma přístup do archivu článků na www.zdn.cz

Podíl čtenářů z lékařské sféry oslovených odbornými zdravotnickými tituly z vydavatelství Mladá fronta činí průměrně 87 %

Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 111, www.mf.cz

Kontakty inzerce – Marcela Horáková, e-mail: horakova@mf.cz, tel. 225 276 443

Kontakty předplatné – Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9, e-mail: mf.prstc@cpost.cz, tel. 800 300 302

Výskyt svrabu u pacientů a personálu zdravotnických zařízení

MUDr. Kamil Zitek, MUDr. Čestmír Beneš, MUDr. Helena Šrámová
Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Státní zdravotní ústav Praha

Svrab je svědivá dermatóza vyvolaná parazitičkou *Sarcoptes scabiei varietatis hominis*, která představuje stále aktuální a častý zdravotní problém. Dlouhodobé sledování epidemiologické situace (čtyři epidemické vlny ve 20. století) potvrzuje třicetiletý cyklus, pro který není stále uspokojivé vysvětlení.

Metody

V souladu se standardní metodikou se diagnostika svrabu opírá o pět kritérií: subjektivní pocity pacienta (svědění v typickou dobu), objektivní kožní nález, pozitivní epidemiologickou anamnézu (současný výskyt klinických příznaků u více členů rodiny nebo kolektivu), laboratorní průkaz původce a ústup klinických příznaků po specifické terapii (ex iuvantibus).

Dermatology diagnostikované případy svrabu z celé republiky jsou centrálně hlášeny hygienickou službou do systému Epidat (Státní zdravotní ústav, Praha).

Výsledky

Českou republiku postihly dvě poslední doložené epidemické vlny svrabu s vrcholem v roce 1970 (15 069 hlášených onemocnění = specifická nemocnost 153 na 100 000 obyvatel) a 1993 (14 104 hlášených onemocnění = spec. nemocnost 136/100 000 obyvatel). První dvě epidemie svrabu proběhly během 1. a 2. světové války. Specifická nemocnost u svrabu je nejvyšší u 15–24letých osob. Uplatňuje se zde faktor tzv. aktivního svrabu úzce související s pohlavní aktivitou. (Ve sledovaném souboru byl zdrojem nákazy u 60 % dospělých sexuální partner. Při infekci pohlavními chorobami dochází i k nákaze svrabem, což potvrzuje téměř shodný trend hlášené nemocnosti svrabem a čerstvé syfilis v letech 1965–1999, kdy jde v populaci o společný způsob přenosu.) Průběh nemocnosti věkové skupiny do 14 let věku je překvapivě obdobný, děti jsou nejcitlivějšími jedinci, u nichž dochází k rychlé promořenosti nákazou. Trend onemocnění u těchto věkových skupin po roce 1993 prudce a trvale klesá. Naopak u osob

starších 65 let nemocnost v posledních letech pomalu a plynule narůstá. Skupinové epidemie (86) jsou opakovaně hlášeny v zařízeních, jako jsou geriopsychiatrická oddělení nebo léčebny dlouhodobě nemocných, domovy seniorů, nemocniční oddělení, ústavy sociální péče nebo charitativní zařízení. U starých lidí postižených nákazou mluvíme o tzv. pasivním svrabu. Vyskytuje se u hospitalizovaných dlouhodobě ležících osob, mentálně retardovaných a přestárých, u kterých se jedná o nozokomiální charakter svrabu. Postižený personál zdravotnických zařízení je v procesu šíření velice často zdrojem pro další, zejména imobilní pacienty, zároveň však i vnímavým jedincem s vyšším rizikem infekce. Analýza hlášených případů ukázala 13% podíl zdravotníků na této nákaze. Největšímu riziku je vystaven střední zdravotnický personál (62%), nižší zdravotnický personál (21%), pomocný personál (13%) a nejméně lékaři (4%). Svrab jako profesionální nákaza (nemoc z povolání) se vyskytuje téměř výlučně ve zdravotnictví. Zcela ojedinělý je výskyt svrabu ve školství, veřejné správě, službách či zemědělství. Ve zdravotnictví svrab od roku 1995 až do současnosti představuje vůbec nejčastější nemoc z povolání. Dříve to byla virová hepatitida. Všechny tyto skutečnosti dokládají autoři prostřednictvím grafů.

Závěry

Cyklický výskyt svrabu je vysvětlován odborníky teoriemi davové přecitlivělosti (herd-hypersensitivity), poklesem imunity u populace, přelidňováním, zvýšeným turismem a migrací obyvatelstva, snížením lékařské bdělosti v rámci epidemiologické prevence a represe nebo úvahami o sociální a hygienické úrovni obyvatelstva. Svrab představuje zvýšené riziko pro mladou populaci (aktivní svrab) a populaci seniorů (pasivní svrab). Vysokou profesionální nemocnost pak u středního zdravotnického personálu, který vykonává ošetrovatelskou nebo pečovatelskou službu hlavně u imobilních, mentálně retardovaných nebo imunokomprimovaných pacientů, zvláště pak v lůžkových zařízeních různého typu. Je třeba důsledně dodržovat represivní protiepidemická opatření v populaci: povinné hlášení nemocných, současné léčení postižených a jejich kontaktů, častou výměnu osobního a ložního prádla, jeho vyváření a zejména žehlení během léčby nemocných svrabem a desinsekce matrací. Preventivně se pak soustředit na příjemnou

diagnózu pacienta se svědivou dermatitidou, důsledně vyhledávat nemocné a jejich kontakty pravidelnými prohlídkami v rizikových zařízeních, u zdravotnických pracovníků s vysokou rizikovou zátěží používat jednorázové rukavice a preventivně u nich aplikovat lokální antiskabiézní masti.

Virová hepatitida A – epidemie v roce 2008 v České republice

MUDr. Jana Kleinerová, Ph.D.
Infekční oddělení, o.z. Nemocnice Prostějov, SMN a.s.

Onemocnění virovou hepatitidou A patří mezi povinně hlášené infekční onemocnění. Od poslední velké epidemie virové hepatitidy A v roce 1979, kdy v bývalém Československu onemocnělo asi 35 000 obyvatel, docházelo postupně ke snižování výskytu virové hepatitidy A, v posledních letech s výrazným poklesem, jen v roce 2005 bylo hlášeno 322 případů. Rok 2008 znamenal v počtu nízkého onemocnění virové hepatitidy A průlom. Během roku bylo hlášeno celkově 1616 onemocnění virovou hepatitidou A, ne všechny kraje ČR byly postiženy stejnou mírou. Onemocnění se zpočátku vyskytlo mezi populací narkomanů, krátce nato i v další rizikové skupině – bezdomovců – a poté se šířilo dále ve vnímavé populaci ve všech věkových skupinách. Nejvíce postiženou skupinou obyvatel byla věková skupina mezi 20.–40. rokem, převažoval více výskyt u mužů. Nejvíce onemocnění zaznamenala Praha – celkově hlášeno 878 případů – tj. 54,3 % všech hlášených případů v ČR, dále Středočeský kraj s 206 případy – tj. 12,7 % a následoval Olomoucký kraj se 147 případy – tj. 9,1 %, dále Moravskoslezský kraj s 76 případy, v ostatních krajích kolísá počet hlášených případů od 11 do 47. Na infekčním oddělení v Prostějově bylo z počtu 147 případů v Olomouckém kraji hospitalizováno celkem 126 pacientů s dg. virová hepatitida A, byl opakovaně zaznamenán i rodinný výskyt, průběh virové hepatitidy byl od mírného až po velmi těžký. Očkování proti virové hepatitidě u kontaktů mnohdy proběhlo pozdě a nezabránilo vzniku onemocnění.

Antibiotika v primární pediatrické péči

V. Jindrák, J. Marek, P. Urbášková, V. Marešová

Abstrakt nedodán.

„Nezajímá mě, co se šušká,
**ale to, co
platí.**“



„Moc mě nezajímá, co se šušká, ale spíše to, co platí. Proto oceňuji veřejný příslib Zdravotní pojišťovny MÉDIA, že uhradí veškerou péči za svoje klienty i lékařům, kteří s pojišťovnou zatím nemají uzavřenou smlouvu.

A to v nadstandardních cenách a v krátkém časovém horizontu – do 20 dnů od předání podkladů na portál pojišťovny. Líbí se mi vstříčná komunikace s pojišťovnou a osobně smlouvu rozhodně uzavřu.

Když přihlédnu k těmto faktům a k tomu, že se mi líbí jejich přístup k prevenci a očkování našich pacientů, tak mohu všem svým kolegům i pacientům novou zdravotní pojišťovnu s důvěrou doporučit.“

MUDr. Jan Jelínek, praktický lékař



www.lepsipojistovna.cz



MÉDIA
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

Pertuse – dočkáme se opět epidemie?

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,

MUDr. Věra Štruncová

Infekční klinika FN a LF UK v Plzni

Pertuse, dávivý, černý kašel (MKN 10: A370) je onemocnění, o němž máme zprávy již ze středověku. Odhaduje se, že ročně ve světě onemocní až 50 mil. osob, z nichž až 300 tisíc nemoci podlehnou. Až 90 % případů onemocnění se odehraje v rozvojových zemích. Původce nese jméno objevitele (J. Bordet, r. 1900). *Bordetella pertussis* je aerobní gramnegativní kokobacil, který vyvolává onemocnění výlučně u lidí. V patogeneze onemocnění se uplatňují několik toxinů, které rozhodují o kolonizaci, adhezi i klinickém průběhu. Přestože jsou od poloviny 20. století k dispozici účinné očkovací látky (zprvu buněčná a od roku 1981 i acelulární), s onemocněním se můžeme setkávat stále, a to i u nás (v roce 2008 bylo hlášeno více než 200 případů;

některé jsou importované). Klasické průběhy pertuse (stadium katarální, paroxysmální, rekonvalescentní, s výraznou leukocytózou a lymfocytózou a případnými komplikacemi) dnes v rozvinutých zemích uvidíme jen výjimečně (např. u kojence, který nebyl z nějakého důvodu očkovan). Stále častěji se však objevují atypické průběhy s mírnou klinickou symptomatologií, s dlouho trvajícím kašlem, postihující zejména adolescenty a dospělé osoby. Vysvětlení se nabízí ve slábnutí specifické imunitní odpovědi po několika letech od dokončené vakcinace spolu s individuální imunologickou reaktivitou konkrétního jedince. V terapii, pokud možno časně, se uplatňují zejména makrolidová antibiotika a symptomatická terapie. Onemocnění podléhá hlášení.

Poselství:

1. Klasická pertuse kojenců a batolat se díky vakcinační politice stala v řadě rozvinutých zemí, včetně naší, minulostí.

2. Mnohem reálnější je kontakt PLDD nebo PL s nemocným s **atypickým průběhem** onemocnění, u něhož je v počáteční fázi diagnóza obtížná, ne-li nemožná.
3. Nepoznané atypicky probíhající onemocnění znamená hrozbu pro nedostatečně očkované či neočkované jedince.
4. **Kultivační vyšetření** správně odebraného laryngeálního výtěru, sérologická vyšetření, event. RT-PCR jsou standardní metody, umožňující potvrdit diagnózu.
5. Zařazení diagnózy pertuse do diferenciálně diagnostického schématu **syndromu dávivého kašle**, důsledná surveillance doplněná o **přeočkování** jedinců se slábnoucí imunitní odpovědí a adekvátní léčba potvrzených případů onemocnění jsou spolehlivou cestou k vyhledání a eliminaci, byť atypicky probíhajících onemocnění.

Podpora: výzkumné záměry LF UK v Plzni
MSM0021620819 a MSM0021620812.

SYMPOZIUM GLAXOSMITHKLINE

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SESTERSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – sobota / 30. 5. 2009 / 11.00–11.45

Novinky v očkování proti pneumokokovým infekcím a HPV

RNDr. Tomáš Mrkvan, Ph.D.,

MUDr. Pavel Popely

GlaxoSmithKline, Praha

Bakterie *S. pneumoniae* je jednou z hlavních příčin život ohrožujících onemocnění, jako jsou pneumonie, meningitida a sepse, může však způsobovat i méně závažná, ale velmi častá neinvazivní onemocnění, jako jsou onemocnění dýchacího traktu, včetně zánětů středního ucha. V ČR je od roku 2008 prováděna surveillance invazivních pneumokokových onemocnění – do hlásícího systému jsou zapojeni kliničtí lékaři, mikrobiologové a epidemiologové. Invazivní pneumokoková onemocnění postihují nejčastěji kojence a děti do věku 5 let a také seniory starší 65 let. Výskyt těchto onemocnění je u nás

srovnatelný s dalšími evropskými zeměmi. Přes poměrně širokou škálu terapeutických možností se ukazuje, že účinnější je jednoznačně prevence. Nová desetivalentní konjugovaná vakcína nabízí ochranu proti invazivním pneumokokovým onemocněním a zánětům středního ucha způsobeným bakterií *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a malých dětí od 6 týdnů do věku 2 let. Vakcína pokrývá i sérotypy 1, 5 a 7F, proti kterým se až dosud nebylo možné chránit očkováním. Právě tyto sérotypy jsou celosvětově, ale i v Evropě příčinou značného počtu závažných invazivních onemocnění v dětském věku. Navíc se předpokládá, že by desetivalentní vakcína mohla pomoci zabránit až 51,5 % zánětů středního ucha způsobeným *S. pneumoniae*, tzn. že každé druhé dítě naočkované touto vakcínou by mohlo být chráněno před pneumokokovou otitidou.

HPV infekce je příčinou prakticky 100 % případů cervikálního karcinomu. Očkování proti HPV je významnou možností k vylepšení preventivních opatření a je ideálním doplňkem k současné verzi onkologické prevence, protože vyplňuje slabé místo cervikálního screeningu – detekci adenokarcinomů. Současné HPV vakcíny nabízejí ochranu proti dvěma nejčastějším onkogenním HPV typům 16 a 18. Potenciálně se jeví možnost zkřížené ochrany i proti dalším nevakcínovým typům HPV. Tím by se efekt vakcinace výrazně zvýšil. Rozdíl v délce a šířce ochrany proti cervikálnímu karcinomu jednotlivých HPV vakcín bude klíčovým parametrem v hodnocení vakcín, zejména v případě zavedení plošného očkování. V současné situaci očkování na žádost fyzické osoby volbu provádí sám zájemce o očkování po poučení lékaře. Cílem je prezentovat aktuální data HPV vakcín.

Cervarix™



Dlouhodobá ochrana proti cervikálnímu karcinomu.^{1,2*}

- **Vysoké hladiny protilátek díky adjuvantnímu systému 04 (AS04).^{2,3,4}**
- **Až 100% účinnost přetrvávající zatím 6,4 roku.^{1,3*}**

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Cervarix™ injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **KLINICKÉ ÚDAJE Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papilomaviru humani typ 16 L1 protein 20 mikrogramů a typ 18 L1 protein 20 mikrogramů ve formě neinfekčních, viru podobných částic (VLP, virus-like particles) adjuvovaný na AS04 obsahující: 3-O-deacyl-4'-monofosforyl-lipid A (MPL) 50 mikrogramů adsorbovaný na hydroxid hlinitý, hydratovaný (Al(OH)₃) celkem 0,5 miligramu Al³⁺. **Indikace:** Cervarix™ je vakcína určená k prevenci vysokého stupně premaligních cervikálních lézí a cervikálního karcinomu, které jsou kauzálně spojeny s lidským papilomavirem (HPV) typu 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti Cervarixu u žen ve věku 15 až 25 let a na prokázané imunogenicitě této vakcíny u dívek a žen ve věku 10 až 25 let. Použití Cervarixu musí být v souladu s oficiálními doporučeními. **Dávkování a způsob podání:** Doporučené očkovací schéma je 0., 1., 6. měsíc. Potřeba podání posilovací dávky nebyla stanovena. Doporučuje se, aby osoby, které dostanou jako první dávku Cervarix™, dokončily 3dávkové očkovací schéma rovněž vakcínou Cervarix™. Cervarix™ je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svalu. Cervarix™ nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Údaje o subkutánním podání Cervarixu nejsou k dispozici. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Aplikace vakcíny Cervarix™ musí být odložena u osob trpících akutním vážným horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je nachlazení, není kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ vzácně se vyskytující analytické reakce okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Stejně jako u jiných vakcín aplikovaných intramuskulárně musí být i Cervarix™ podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání může u takových osob dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovaných jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix™ chrání proti nemoci způsobené HPV typu 16 a 18. Karcinom děložního čípku však mohou způsobit i jiné onkogenní typy HPV, proto zůstává rutinní cervikální screening kriticky důležitý a mělo by se v něm pokračovat podle místních doporučení. Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální screening ani bezpečnostní opatření proti expozici HPV a sexuálně přenosným nemocem. Neprokázalo se, že by Cervarix™ měl terapeutický efekt. Vakcína proto není určena k léčbě cervikálního karcinomu, cervikální intraepiteliální neoplasie (CIN) nebo jakýchkoliv jiných zjištěných lézí souvisejících s HPV. Cervarix™ nechrání ženy před lézemi souvisejícími s HPV, pokud již byly v době očkování infikovány HPV-16 nebo HPV-18. **Interakce:** O současném podání vakcíny Cervarix™ a jiných vakcín nebyly získány žádné údaje. Není důkaz, že by použití hormonální antikoncepce mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Speciální studie zabývající se vakcinací těhotných žen nebyly provedeny. Očkování vakcínou Cervarix™ během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud možné výhody očkování převáží možná rizika. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějším nežádoucím účinkem pozorovaným po podání vakcíny byla bolest v místě vpichu, která se vyskytla v 78 % všech dávek. Většina těchto reakcí, které netrvaly dlouho, měla mírný až střední průběh. Dále se vyskytovaly: reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otok; únava, bolest hlavy, gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjem a bolesti břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, myalgie, artralgie. **FARMACEUTICKÉ ÚDAJE Inkompatibilita:** Cervarix™ nesmí být mísen s jinými léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchování lahvičky s vakcínou se může vytvořit jemný bílý sediment a čirý bezbarvý supernatant. To však není známkou znehodnocení vakcíny. Vakcína musí být před aplikací řádně protřepána. Před aplikací musí být obsah lahvičky před i po protřepání vizuálně zkontrolován, zda neobsahuje jakékoli cizí částice a/nebo jestli nemá změněný vzhled. Je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyřadit. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s pistovou zátkou (butylprvz), s jehlami nebo bez jehel, o velikosti balení 1 a 10. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/07/419/001-009. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLUŽENÍ REGISTRACE:** 20. 9. 2007. **DATUM REVIZE TEXTU:** 26. 11. 2008.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gsk.cz. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (15. 5. 2009).

PQC01060309

REFERENCE

1. Gall SA et al. Substantial impact on precancerous lesions and HPV infections through 5.5 years in women vaccinated with the HPV-16/18 VLP AS04 candidate vaccine. Presented at the 2007 meeting of the AACR, Los Angeles, CA, April 14-18, 2007. Abstract 4900. 2. Harper DM et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. Lancet 2006; 367: 1247-1255. 3. Souhrn údajů o přípravku Cervarix™. 4. Giannini SL et al. Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV16/18 L1 VLP vaccine formulated with the MPL/aluminium salt combination (AS04) compared to aluminium salt only. Vaccine 2006; 24: 5937-5949.

* Dlouhodobé sledování pokračuje.

POCHYBENÍ V PRAXI – OPRAVENÉ DIAGNÓZY – BLOK KAZUISTIK

Předsedající: J. Seifertová, V. Němec – LÉKAŘSKÁ SEKCE I SESTERSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – sobota / 30. 5. 2009 / 11.45–13.20

Rizika a následky pozdní diagnostiky gonadální dysgeneze

MUDr. Viera Bajčiová, CSc.¹,

doc. MUDr. Jarmila Skotáková, CSc.²,

Mgr. Lenka Tomášiková³,

MUDr. Pavel Zerhau⁴,

MUDr. Ingrid Rejdová, CSc.⁵,

prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D.¹

¹ Klinika dětské onkologie FN Brno

² Klinika dětské radiologie FN Brno

³ Oddělení lékařské genetiky FN Brno

⁴ Klinika dětské chirurgie a ortopedie FN Brno

⁵ Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno

Úvod

Poruchy sexuálního vývoje představují celý komplex kongenitálních anomálií definovaných poruchami vývoje chromozomálního, gonadálního nebo anatomického pohlaví. Vzhledem ke složitosti terminologie mohou být všeobecně rozděleny do tří skupin podle společných patofyziologických mechanismů – hypervirilizační syndromy, hypovirilizační syndromy a gonadální dysgeneze.

Skupinou s vysokým rizikem vzniku germinálních nádorů jsou pacienti s dysgenézou gonád. Gonadální dysgeneze může zůstat dlouho nepoznaná a často je prvním příznakem až opožděná puberta a primární amenorrhoea.

Klinické příznaky

Čistá forma gonadální dysgeneze 46,XY (Swyerův syndrom) je charakterizována ženským fenotypem, opožděnou pubertou, infertilitou, štíhlou eunuchoidní postavou, primární amenorrhoeou, dysgenetickými gonádami, malou infantilní dělohou, hypovirilizmem, zvýšenými hladinami gonadotropních hormonů. Dívka je považována za zdravou až do období puberty.

Příznaky nádoru u dysgenetických gonád nejsou nijak specifické. Většinou jsou zjištěny až v lokálně pokročilém stadiu jako hmatná nádorová masa. Primární amenorrhoea často ujde pozornosti lékaře i rodičů.

Vlastní soubor pacientů

Prezentujeme soubor 65 dívek ve věkovém rozmezí 1–18 let přijatých na KDO s diagnózou

nádoru ovaria. U 6 dívek (9% souboru) byly zjištěny poruchy sexuálního vývoje – 1 x Turnerův syndrom, 1 x CAIS, 4 x gonadální dysgeneze 46,XY (Swyerův syndrom). Věk v čase diagnózy 13 až 18 let, medián 16 let. U 2 dívek při genetickém vyšetření rodiny byla potvrzena stejná anomálie u sestry (1 x CAIS, 1 x Swyerův syndrom).

U 3 dívek byl diagnostikován smíšený germinální nádor, 2 dívky měly dysgerminom a 1 dívka gonadoblastom. Všechny dívky absolvovaly gonadektomii. Adjuvantní chemoterapie byla indikována dle histologie a rozsahu onemocnění. Zemřela pouze jedna dívka na sekundární AML v 1. kompletní remisi smíšeného GCT. Ostatní dívky žijí v 1. CR.

Závěr

Gonadální dysgeneze patří mezi vzácné vrozené malformace. Často je klinicky němá až do období puberty. V tomto období již ve vysokém procentu hrozí maligní transformace a růst nádoru. Příznakům předčasné puberty v dětském věku je věnována výrazně větší pozornost než opožděné pubertě, která se často hodnotí pouze jako fyziologická variace normy. Opomenutí sledování stavu puberty u PLDD a rozpoznání odchylek od normy může mít pro pacientky s nepoznanou gonadální dysgenézou závažné, někdy až fatální následky.

Nerozpoznaná porucha srdečního rytmu a komplikace u kojence

doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D.,

MUDr. Kateřina Pizingerová, Ph.D.,

MUDr. Lumír Šašek, MUDr. Jiří Fremuth,

MUDr. Šárka Fikrlová, MUDr. Petr Jehlička,

MUDr. Petr Honomichl, MUDr. Václav Lád

Dětská klinika FN Plzeň

Čtyřtydenní novorozenec byl přijat na JIRP Dětské kliniky LF UK a FN v Plzni pro kardiogenní šok. Novorozenec s příznaky syndromu nízkého srdečního výdeje a respiračního selhání byl plně zajištěn v okresní nemocnici a transportován na JIRP LZS systémem „na sebe“. Před transportem byla zjištěna masivní aspirace žaludečního obsahu a objasněna příčina rozvoje šokového stavu – prolongovaná supraventrikulární tachykardie s dobrou reakcí na adenosin. V průběhu několika hodin

dochází k rozvoji syndromu multiorgánového selhání s rozvojem akutního respiračního dyspnoe syndromu, syndromu nízkého srdečního výdeje, projevy diseminované intravaskulární koagulopatie, akutním selháním ledvin, akutním selháním jater. Dysrytmie byla úspěšně kontrolována kombinací antiarytmik (digoxin + sotalol), krvácivé projevy ustaly po substituci krevních derivátů (zamrazená plazma, antitrombin III), akutní selhání ledvin řešeno eliminací (CRRT-CAPD 4 dny) a selhání jater eliminací, substitucí K-vitaminu a větvených aminokyselin. Při ECHO kardiografickém vyšetření pouze filiformní FoA, jinak srdce bez strukturálních změn. Postupně dochází ke kompletní úpravě funkce postižených orgánů i systémů, nekonvenční UPV byla elektivně ukončena po 11 dnech bez reziduálního nálezu na plicích. Na EEG nebyla vytvořena organizace pozadí záznamu, bez ložiskových změn, normální topický neurologický nálezu. Holterovská monitorace bez recidivy SVT. Závěr: Pacient přežil MODS bez reziduálního nálezu nebo poruchy psychomotorického vývoje.

Nechybujeme v komunikaci

MUDr. Jarmila Seifertová

Ordinace PLDD Kladno

Narodil se malý Pepíček, všichni zapíjeli dalšího pokračovatele rodu a nositele jména.

RA: otec 35 let, minimální rozštěp S páteře, jinak zdravý, matka 29 let – astma bronchiale, jinak zdravá, sourozenci žádní.

OA: Donošený, nekříšený, nekojený, prospíval, nemocnost malá. Od půl roku věku při preventivních prohlídkách žertujeme s maminkou, že blondatý kudrnatý Pepíček má pěknou „buchtičku“ a malý penis a maminka konstatuje, že to po tatínkovi není. Prospívá normálně.

NO: V roce věku pro atypické rozložení tuku na břicho a hypogenitalismus odesílám dítě do endokrinologické poradny. Čtyři měsíce jsem Pepíčka neviděla. Specialista endokrinolog mi telefonuje, že Pepíček je karyotyp XX a rodiče že jsou informováni. Do ordinace přichází matka zcela zdrcená za účelem očkování. Má jedinou informaci a to, že se pohlaví plasticky upravuje dle genetiky. Svět se rodičům před 3

měsíci zhroutil! Proдали rozestavěný dům, přestali se stýkat s přáteli a příbuznými, nechodili do dětského baby clubu.

Rychle napravuji chybu v komunikaci a nabízím rodičům vyšetření na pražském pracovišti a to hned telefonicky domlouvám.

Závěr: karyotyp XX, dovyšetření FISH metodou/fluorescence in situ hybridizace/: přítomnost lokusu SRY na chromozomu X nalezena, zodpovědný za fenotypicky mužský vzhled. Chlapec bude v budoucnosti pravděpodobně neplodný.

Pochybení vidím ve formě sdělení informace rodičům specialistou, dlouhé prodlevě v dalším návrhu následného řešení. Pochybení je i v komunikaci mezi specialistou a praktickým lékařem.

Kvadruplegie na kolečkových bruslích

MUDr. Josef Gut

Dětské oddělení, Nemocnice Česká Lípa

Prezentován je případ 16leté dívky, která byla po půlnoci nalezena uprostřed silnice za obcí několik kilometrů vzdálené od bydliště bezvládně ležící s poruchou hybnosti končetin a poruchou vědomí. Na hlavě, na trupu ani na končetinách nebyly nalezeny traumatické změny, dívka měla obuté kolečkové brusle. Při příjezdu RZP na krátkou dobu otevřela oči, nemluvila a následně upadla do poruchy vědomí, kterou lékař hodnotil jako GCS 5, proto se rozhodl dívku intubovat a transportovat na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Po přijetí bylo provedeno akutní CT vyšetření CNS, které neprokázalo traumatické změny. Screening drog byl negativní. Po několikahodinovém pobytu se dívka probírá, je extubována a komunikuje. Má částečnou amnézii na událost, pamatuje si pouze, že jela po silnici jako obvykle na kolečkových bruslích (denně najezdí až 20 km), mechanismus pádu si nepamatuje. Neurologickým vyšetřením konstatována kvadruparéza až kvadruplegie s poruchou čítí od C1- C2. Vysloveno podezření na kontuzní syndrom krční páteře a dívka byla přeložena na dětskou JIP. Zde byla dívka komunikující s trvajícím poruchou hybnosti všech 4 končetin. Doplněním anamnestických údajů bylo zjištěno, že dívka byla opakovaně hospitalizována pro kolapsové stavy i ve spojení s požitím alkoholu, kouří 20 cigaret denně a užívá perorální antikoncepci. V provedených vyšetřeních nebyla zjištěna koagulopatie ani trombofilní stav. Doplněně

CT vyšetření C páteře, rtg plic, echokardiografie i dopplerovské vyšetření karotid také neodhalilo patologii. V laboratorních vyšetřeních byla nalezena pouze středně zvýšená FW bez jiných zánětlivých markerů. Po 36 hodinách neměnného neurologického stavu neurolog indikoval MRI vyšetření krční páteře, které však také neodhalilo patologickou lézi. Opakovaná neurologická vyšetření zkušenými neurology shledávala atypickou chabou kolísavou kvadruparézou až plegii se zachovalými kmenovými reflexy nejasné etiologie. Během pobytu na JIP ležela klidně na lůžku, chvílemi sledovala TV, komunikovala s personálem, na nic si nestěžovala. Ve večerních hodinách bylo zastiženo několik nevyjasněných atak přechodné poruchy vědomí bez předchozích varovných příznaků.

Po 48 hodinách (o půlnoci) zpoza pacientčiny hlavy bylo pozorováno, že se dívka poškrábala zcela volně a brisně levou rukou na nose. Ráno jí byla vysvětlena pozorovaná situace a byla vyzvána k tomu, aby se posadila a následně postavila, což zvolna dívka provádí a odchází posléze na standardní oddělení. Po psychiatrickém vyšetření byla propuštěna za 2 dny domů. Událost nevysvětluje ani nekomentuje.

Epitaf: Po 15 měsících byla dívka nalezena po pádu z balkónu 7. patra činžovního domu. Jeden a půlhodinová resuscitace byla neúspěšně ukončena.

Potřebujeme k vyslovení podezření na závažnou endokrinopatii složitější vyšetřovací metody?

MUDr. Ivana Plášilová¹,

MUDr. Vladimír Němec, Ph.D.²,

prof. MUDr. M. Kršek, CSc.³

¹Endokrinologická ambulance Pardubice, FN Hradec Králové,

Pardubická krajská nemocnice, a.s.

²Pardubická krajská nemocnice, a.s.

³Univerzita Karlova v Praze, 1. LF a VFN Praha

Jeden nevládný podzimní den přišel do ordinace na vyšetření obézní téměř sedmnáctiletý chlapec v doprovodu svého otce, kterého trápilo, že syn dříve patřil mezi vrstevníky k štíhlým a vysokým a nyní je téměř nejmenší a obézní.

Mladý muž měřil 167 cm (4,4 perc.) a vážil 97 kg (nad 99. perc.), při objektivním vyšetření bylo kromě obezity nápadně menší volumn testes 12/12 ml při stadiu puberty dle Tannera P5,G5 a závažná systémová hypertenze 180–190/120–130 mm Hg. Po zjištění chybějících

auxologických dat se potvrdila slova otce, výrazná patologie růstové křivky a pokles výšky po desátém roce života z 80. na 4. percentil provázený vzestupem hmotnosti.

Laboratorně hladiny **FSH 0,2 U/l, LH 0,2 U/l, testosteron 0,57 ng/ml**, fT4 14,1 pmol/l, TSH 1,2 mU/l, **ranní kortizol 762 nmol/l**, IGF1 430 ng/ml, ACTH 37 pg/ml. Co spojuje obezitu, hypogonádní stav, patologii růstové křivky a hypertenzi, ukázalo následující vyšetření. Odpady volného močového kortizolu 1336 nmol/den svědčí pro nadprodukcí kortizolu a supresní 8 mg dexametazonový test potvrzuje ACTH dependentní formu Cushingova sy/pokles sérového kortizolu z 972 na 273 nmol/l. Zobrazovací vyšetření mozku prokázalo jako zdroj nadprodukce kortizolu adenom v oblasti hypofýzy.

Tento příběh je poučením, že je třeba dodržovat základní vyšetřovací postupy, i když se cítíme někdy v ambulancích více výživovými poradci než lékaři. Zejména hodnocení auxologických dat a měření TK v rámci preventivních prohlídek může odlišit endokrině podmíněnou obezitu od obezity způsobené nadměrným příjmem potravy. I v tomto případě podcenění růstové diagnózy ze strany obvodního lékaře vedlo k několikaletému diagnostickému prodlužení.

Achalázie jícnu

O. Pozler, J. Andr, L. Janeček, I. Tachecí

Abstrakt nedodán.

Errare humanum est

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

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

Klinická chyba je obvykle definována jako neúmyslný nebo nezamýšlený čin nebo takový postup, kterým není dosažen zamýšlený výsledek. Lze tedy i nesprávné/nepřesné/opožděné stanovení diagnózy označit jako chybu? Zcela jednoznačně ano, pokud je nesprávně interpretován nález při klinickém vyšetření pacienta nebo parametry laboratorní, zavádějící však může být také nepřiměřené přesvědčení, že nálezy získané i velmi sofistikovanou přístrojovou technikou jsou zcela bezchybné. Ve srovnání s medicínou dospělého věku je obvykle uváděno, že v pediatrii je stanovení nesprávného/nepřesného diagnostického závěru snadnější proto, že: **a)** na dítě je nezbytné pohlížet s respektováním vývojového hlediska (např. infekce u novorozenců mají zcela jiný průběh než u starších dětí), **b)** děti jsou značně závislé na svém okolí (např.

ošetřování, podávání léků, poučení, ochrana), **c)** je jiná epidemiologie onemocnění (např. údaje incidence anebo prevalence hypertenze), **d)** jsou jiné demografické charakteristiky chorob (např. porodní trauma novorozence či screening metabolických vad). K diagnostické chybě mohou vést také nedostatečné mechanismy systémového charakteru (např. kolizní transport biologických vzorků, záměna dat v laboratoři), může se však jednat i o chybu jednotlivce (neochota, neomylnost, pocit sebeuspokojení, zatajování, únavy).

Na modelu dvou klinických případů je uveden rozhodovací diagnostický proces, kdy u prvního nemocného byl nepřiléhavě interpretován závěr jednoho z pomocných vyšetření, což v konečném důsledku vedlo k nesprávnému léčebnému postupu a rozvoji závažného klinického stavu. Naproti tomu u druhého nemocného bylo na základě jeho neobvyklých klinických a laboratorních nálezů vysloveno podezření na velmi vzácné onemocnění. Ve snaze nalézt přesvědčivý diagnostický závěr bylo následně využito všech

dostupných vyšetření, která i přes větší časovou prodlevu umožnila stanovení definitivní diagnózy.

Prevence chyb: **I.** je nezbytné o nich otevřeně hovořit a podrobně je analyzovat, **II.** nepostradatelnou a posilující úlohu sehrává komunikace, **III.** kvalita zdravotnické dokumentace vyžaduje stálou pozornost, **IV.** je vhodným preventivním opatřením registrace vážných chyb bez identifikace lékaře a pacienta?, **V.** jaké místo v předcházení chybám sehrávají doporučené postupy/standardy?

SYMPOZIUM FERRING PHARMACEUTICALS

LÉKAŘSKÁ SEKCE I SESTERSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – sobota / 30. 5. 2009 / 13.20–13.40

Noční pomočování v ambulanci – kazuistiky

I. Novotná

Abstrakt nedodán.

LABORATORNÍ A ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

Předsedající: V. Mihál, P. Schneiderka, P. Bánovčín – LÉKAŘSKÁ SEKCE I SESTERSKÁ SEKCE (Sál Pegasus) – sobota / 30. 5. 2009 / 14.45–16.30

Problematika biochemických referenčních hodnot v pediatrii

doc. MUDr. Petr Schneiderka, CSc.,

doc. MUDr. Tomáš Adam, Ph.D.,

Ing. Dalibor Novotný, Ph.D.,

Oddělení klinické biochemie FN Olomouc

Nejobvyklejším postupem při interpretaci biochemických laboratorních nálezů je statické srovnávání s příslušným deklarovaným (referenčním) rozmezím nebo rozhodovacím limitem.

Určení referenčního rozmezí jednotlivých biochemických analytů patří i v dospělé populaci k nelehkým úkolům. Problémy spočívají zejména ve výběru reprezentativního souboru „zdravých“ jedinců a definování možných ovlivnitelných i neovlivnitelných faktorů (věk, pohlaví, rasa, výška a hmotnost, životní prostředí a geografické vlivy atp.) působících na dotyčná vyšetření. Navíc, distribuce většiny biochemických analytů v populaci má jen zřídka normální (gaussovský) charakter. Stručně zmiňujeme základní postupy tvorby rozmezí referenčních hodnot.

Problematika referenčních hodnot se dále komplikuje v dětském věku, kdy se fyziologické hodnoty biochemických parametrů různě rychle mění v závislosti na fázích růstu a dospívání. Zvláště u novorozenců a malých dětí se výrazně uplatňují metabolické odlišnosti, jako jsou relativně větší podíl vody v organizmu (hlavně formou extracelulární tekutiny), vyšší hematokrit, nižší glomerulární filtrace, nižší obsah lipidů a dusíkatých katabolitů, malé zásoby glykogenu v játrech, nezralost některých jaterních enzymových a transportních systémů apod.

Výsledkem je dodnes přetrvávající nedostatek spolehlivých referenčních rozmezí řady biochemických vyšetření v dětském věku. V posledních letech se však i tato problematika stává předmětem řešení formou rozsáhlých výzkumných projektů. Dříve než budou známy jejich výsledky, je nutno pro potřeby interpretace klást důraz na individuální výsledky laboratorních vyšetření, jejich dynamiku a sledování trendů a nezapomínat

přítom na rozhodující význam preanalytické fáze, včetně způsobů odběru a druhů biologických materiálů.

Klinické obrazy a metabolické výsledky u dětí s nutričním deficitem vitamínu B₁₂

MUDr. Vratislav Smolka¹,

MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.³,

Ing. Vojta Bekárek²,

RNDr. Eva Hlídková²,

MUDr. Miriam Adamovičová³,

MUDr. Oksana Tkachyk¹,

doc. RNDr. Tomáš Adam²

¹ Dětská klinika FN Olomouc

² Laboratoř dědičných metabolických poruch, OKBL, FN Olomouc

³ Dětská klinika, 1. LF UK Praha

Vitamin B₁₂ (Cbl) je nezbytnou součástí různých metabolických procesů a má zásadní vliv na hematopoézu a funkci nervové soustavy. Důsledkem deficitu Cbl je rozvoj

megalo-blastické anémie a velmi nepříznivě ovlivněné zrání nervového systému u dětí v kojeneckém věku, což se klinicky projevuje neprospíváním, hypotonií, letargií, dyskinezemi, poruchou psychomotorického vývoje a křečovitými stavy. Morfologické změny nervové soustavy se objevují už v prvních 6 měsících věku, kdy myelinizace mozku je neaktivnější. Při vyšetření jsou popisovány atrofie mozku, opoždění myelinizace a abnormální evokované potenciály. Příčiny deficitu vitamínu B₁₂ u dětí se dají rozdělit do 3 skupin: 1. nízký příjem ve stravě, 2. vrozené poruchy vstřebávání a 3. poruchy transportu. Nejběžnější příčinou deficitu vitamínu B₁₂ u kojenných dětí je jeho nedostatek u jejich matek. Intracelulární potřeba vitamínu B₁₂ v novorozeneckém a kojeneckém věku je větší než u dospělých. U těhotných a kojících žen, kromě nejběžnější nutriční karence, která je většinou spojena s dietními experimenty, mohou být příčinou jeho nedostatku různé nemoci zažívacího traktu. Klinické symptomy a biochemické nálezy u kojenců s deficitem vitamínu B₁₂ z nutriční karence především u kojících matek vegetariánek velmi dobře reagují na substituční léčbu kobalaminem. Dlouhodobé výsledky kojenců s nedostatkem vitamínu B₁₂ však nejsou příliš povzbudivé, i když počáteční odpověď na léčbu je velmi příznivá. Kojenci, u kterých byl rozpoznán nedostatek vitamínu v mladším věku, se po léčbě vyvíjeli normálně, na rozdíl od pacientů s později diagnostikovaným deficitem.

Prezentujeme klinické obrazy a metabolické výsledky 41 dětí s nutričním deficitem Cbl. Těžký nedostatek byl zjištěn u 16 dětí (67±16 ng/l), lehký u 25 dětí (177±49 ng/l). Pouze 6 matek sledovaných dětí byly vegetariánky.

Hodnocení lipidových parametrů v pediatrické praxi

MUDr. Jiří Hyjánek¹,

MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D.²,

RNDr. Dalibor Novotný, Ph.D.³

¹Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN Olomouc

²Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství LF UP a FN Olomouc

³Oddělení klinické biochemie LF a UP Olomouc

Ateroskleróza je proces polygenní, ovlivněný genetickými a environmentálními faktory. Tento proces začíná již u dětí a hyperlipidemie jsou jedním z nejrizikovějších faktorů procesu aterosogeneze. Některé typy poruchy metabo-

Tabulka Normální hodnoty lipoproteinů u dětí (mmol/l)

| Koncentrace | Celkový chol. | LDL chol. | HDL chol. | Triglyceridy |
|--------------|---------------|-----------|-----------|--------------|
| Fyziologická | do 4,4 | do 2,9 | nad 1,2 | 1,0 |
| Hraniční | 4,4–5,0 | 2,9–3,4 | 1,0–1,2 | 1,0–1,7 |
| Patologická | nad 5 | nad 3,4 | pod 1,0 | nad 1,7 |

lizmu lipidů jsou monogenní a jsou při splnění přísných kritérií indikované k farmakoterapii již v dětském věku.

Klasifikace primárních hyperlipoproteinémií v dětství:

1. hypercholesterolemie (polygenní, monogenní) – izolovaná elevace celkového a LDL cholesterolu
2. kombinovaná hyperlipidemie – současná elevace cholesterolu a triglyceridů
3. hyperglyceridemie – izolovaná elevace triglyceridů.

Farmakoterapii zahajujeme při LDL chol. nad 4,9 mmol/l (u pacientů s dalšími rizikovými faktory v anamnéze nad 4,1 mmol/l) u chlapců nad 10 roků a dívek po menarché, zejména u pacientů s podezřením nebo prokázanou familiární monogenní hyperlipidemií. Mírnou hypercholesterolemii (LDL chol. do 4,1 mmol/l) se snažíme korigovat dietními a režimovými opatřeními, popřípadě podáváním potravinových doplňků (např. omega-3-mastné kyseliny).

Na pracovišti byly srovnávány parametry biochemické a fyzikální u dvou skupin dětí a mladistvých s hyperlipidemií. První skupina byli pacienti léčení nefarmakologicky, tedy dietně a režimově, a druhá skupina obsahovala pacienty léčené také farmakologicky.

V druhé skupině pacientů bylo zaznamenáno signifikantní zlepšení lipidových a fyzikálních parametrů. Signifikantně nejlepších výsledků bylo dosaženo u pacientů léčených atorvastatinem v přísném indikačním schématu.

Doporučení pro vyhledávání dětí s rizikem předčasné aterosklerózy:

1. Včasné zjištění rizikových faktorů, zaměření se na pozitivní rodinnou anamnézu (první vyšetření v 5 letech při pozitivní RA).
2. Správná interpretace laboratorních výsledků vedoucí ke správně stanovené diagnóze.
3. Sledování dalších rizikových faktorů aterosogeneze a jejich prevence.
4. Komunikace s rodinou.
5. Edukace rodiny o dietních a režimových opatřeních, zvyšování compliance.

6. Zahájení farmakoterapie v indikovaných případech ve spolupráci s dětským lipidologem.

Diagnostický a terapeutický význam odpovědi organismu na akutní fázi zánětu

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.,

doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, CSc.,

doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.

Dětská klinika FN Olomouc

Diagnostika závažné bakteriální infekce (ZBI) u dětí je obtížná. Iničiální klinické příznaky jsou zpravidla stejné jako u dětí s méně závažnou infekcí. Včasná diagnóza dovoluje zahájit adekvátní léčbu a významně zlepšuje prognózu dítěte (morbiditu i mortalitu).

V posledních třech dekadách bylo vynaloženo nemalé úsilí vyčlenit děti s vysokou pravděpodobností ZBI s odlišným léčebným postupem. Autoři se ve svém sdělení věnují věkovým skupinám dětí, varovným klinickým příznakům (toxický vzhled, filadelfské kritéria nízkého rizika ZBI) a laboratorním známčkám zánětu (CRP, prokalcitonin, krevní obraz, vyšetření moče) z pohledu medicíny založené na důkazu. Diskutují všechny významné faktory vyžadující individuální přístup k dítěti (tabulka) a formulují klinická doporučení pro pediatrickou praxi na základě síly důkazů.

Tabulka: Faktory vyžadující individuální přístup

- Toxický vzhled (YOS)
- Recentní imunizace v průběhu 48 hodin
- Chybějící očkování vzhledem k věku dítěte
- Imunodeficit v anamnéze
- Chronická onemocnění v anamnéze
- Recentní léčba antibiotiky
- Petechiální vyrážka
- Křeče při probíhající infekci
- Pobyt dítěte ve vzdálených geografických lokalitách
- Klinická dehydratace
- Pochybná/nepředvídatelná následná péče o dítě
- Nemožnost telefonické konzultace

Praktické využití molekulární genetiky v hematologii

doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.¹,

doc. MUDr. Vladimír Divoký, CSc.²,

prof. RNDr. Marie Jarošová, CSc.³,

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.⁴,

¹Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

²Katedra biologie LF UP v Olomouci

³Hemato-onkologická klinika LF UP a FN v Olomouci

⁴Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Moderní pediatrie je dnes stejně jako ostatní specializace rychle se vyvíjející obor, pokroky v diagnostice a léčbě jsou obrovské a stále narůstají. Jedním z oborů, který umožňuje nejen přesné stanovení diagnózy, ale také odhalení podstaty celé řady nemocí, je molekulární biologie. Nové molekulárně-genetické poznatky jsou stále častěji využívány pro stanovení prognózy, léčebné odpovědi u jednotlivých chorob. Umožňují i rozvoj nové léčby.

Jedním z nejdůležitějších cílů je také prenatální diagnostika a genetické poradenství. V případech, kdy se v rodině narodilo jedno dítě se závažným onemocněním a další těhotenství je v tomto smyslu vysoce rizikové, umožňuje včasné rozpoznání defektů na molekulární úrovni nabídnout rodině při další graviditě prenatální diagnostiku a dát tak šanci narození zdravého dítěte.

Při DNA analýze (geny) nebo RNA analýze (exprese genetické informace v buňkách) jsou využívány následující postupy:

- Izolace DNA
- Gelová elektroforéza
- Transfer nukleových kyselin a proteinů pro hybridizaci: southern blot (DNA), northern blot (RNA), western blot (proteiny)
- Hybridizace nukleových kyselin
- PCR metody
- Sekvenování

Hematologie byla prvním odvětvím medicíny, které používalo metod molekulární biologie, a to především při diagnostice hemoglobinopatií.

Mutace globinových genů jsou populačně specifické, odrážejí historický vývoj populačních skupin a napovídají hodně o migraci obyvatelstva v řádu mnoha staletí. Později se rychle rozvíjela i molekulární diagnostika leukémií. Na příkladu diagnostiky a léčby hemoblastóz je možno velmi dobře ukázat význam použití molekulárních analýz, které vedly k velkým pokrokům a zlepšení výsledků léčby dětí s akutní lymfoblastickou i myeloidní leukémií. Detekce specifických genetických změn je nezávislým prognostickým faktorem, vedla ke stratifikaci pacientů dle nálezů fúzních genů. Detekce minimální reziduální nemoci v různých fázích léčby umožňuje individuální přístup k léčbě. V poslední době jsou získávány nové poznatky v oblasti diagnostiky vrozených anémií, hemofilie a jiných vrozených poruch koagulace.

Využití bronchoskopie v dětskom věku

S. Nosál, P. Bánovčin

Abstrakt nedodán.

Duomox[®]

SOLUTAB

VÝHODY SUSPENZE

příjemná chuť

mandarinko-vanilková

flexibilita podání

tabletu lze polknout celou, rozkousat nebo rozpustit

účinnost

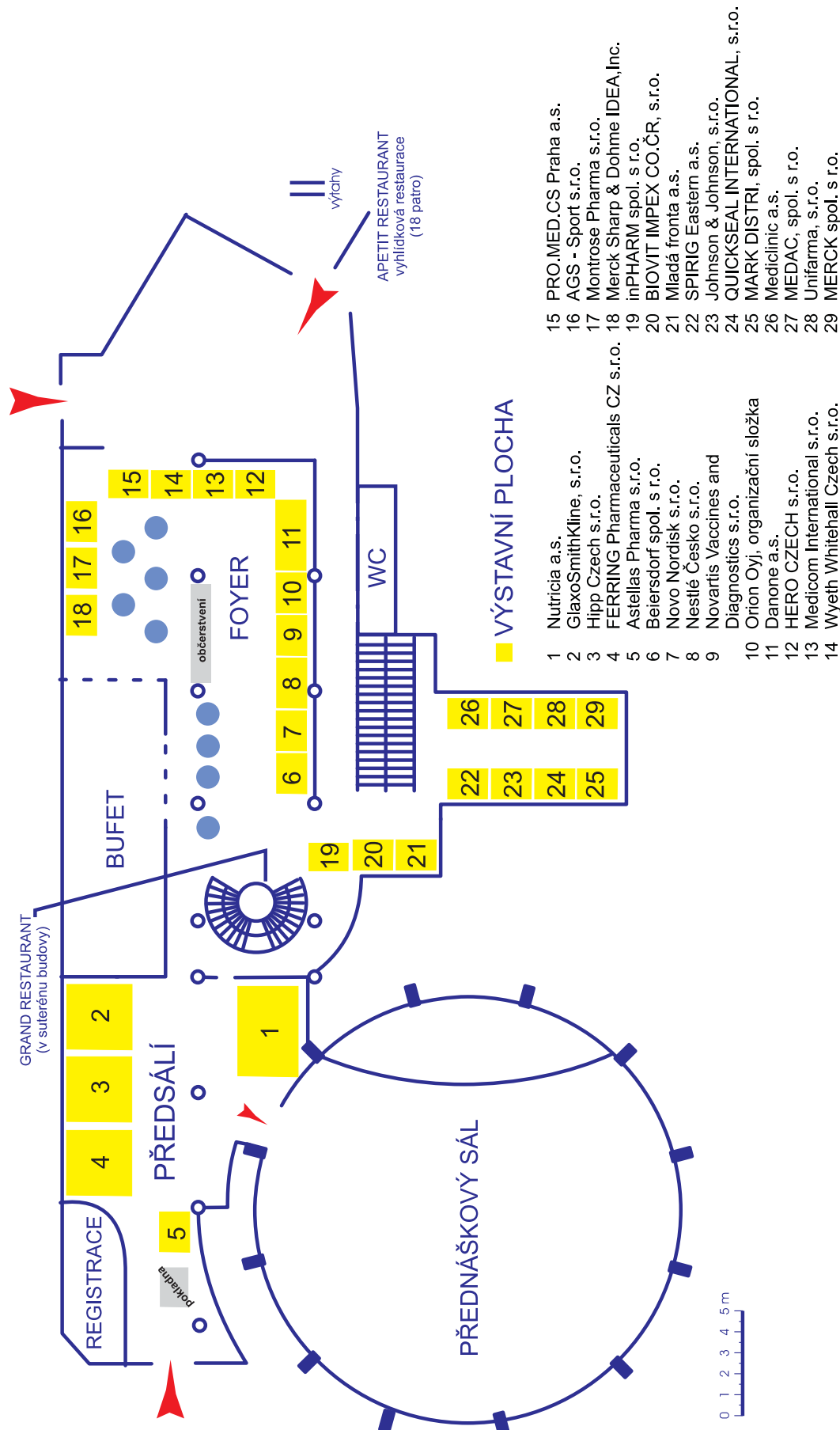
vysoká koncentrace léčiva v místě účinku



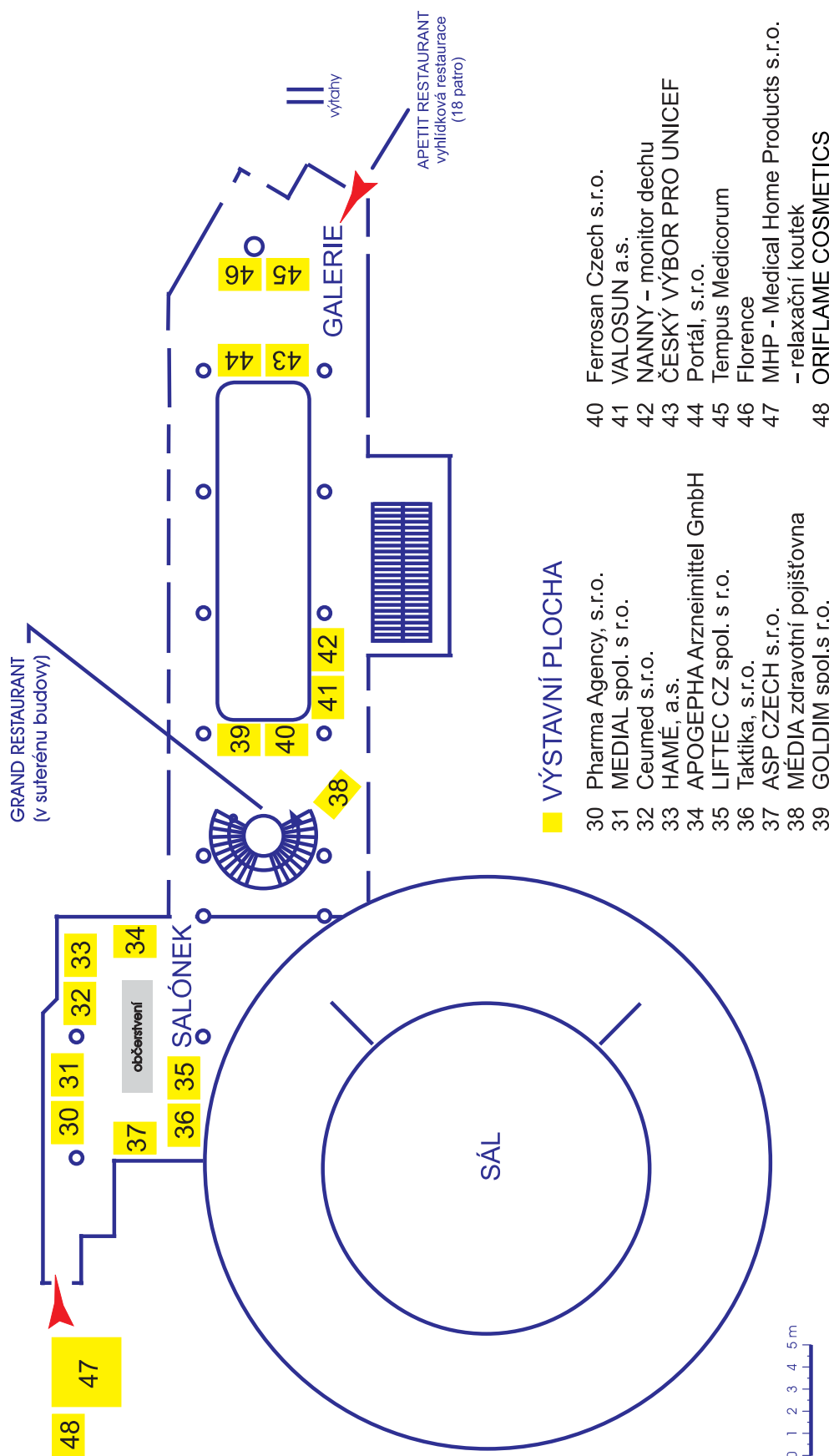
ASTELLAS PHARMA s.r.o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX[®] tablety: Amoxicillinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. Indikační skupina: Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. Indikace: Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitis a akutní exacerbace chronické bronchitis v komunitě. 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. Způsob podání: DUOMOX[®] se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX[®] tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. Kontraindikace: Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému β-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. Nežádoucí účinky: Kůže a sliznice, gastrointestinální poruchy. Alergické kožní reakce se vyskytují u amoxicilinu výrazně častěji než u ostatních penicilinů, avšak pravděpodobně méně často než u ampicilinu. Těhotenství a laktace: Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství nebyla ověřena. Amoxicilin je do mateřského mléka vylučován jen v malých množstvích. 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: 1. 9. 2006. Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci: Astellas Pharma s. r. o., Meteor Centre Office Park, Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Způsob výdeje: Výdej je vázán na lékařský předpis. Způsob hrazení: Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Registr. číslo: 15/270/93-C. Podmínky uchování: Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

**Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER – XXVII. DNY PRAKTICKÉ A NEMOCNIČNÍ PEDIATRIE
29. – 30. 5. 2009, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ, přízemí**



**Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER – XXVII. dny praktické a nemocniční pediatrie**
29. – 30. 5. 2009, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC, 1. patro



POŘADATELÉ

- Česká pediatriká společnost
ČLS JEP
- Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc
- Sdružení Šance

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXVII. dny praktické a nemocniční pediatrie

29.–30. května 2009

Regionální centrum Olomouc, Jeremenkova 40b, Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER

NUTRICIA

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

AGS - Sport s.r.o.
APOGEPHA Arzneimittel GmbH
ASP CZECH s.r.o.
Astellas Pharma s.r.o.
Beiersdorf spol. s r.o.
BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.
Ceumed s.r.o.
ČESKÝ VÝBOR PRO UNICEF
Danone a.s.
Ferrosan Czech s.r.o.
GOLDIM spol. s r.o.
HAMÉ, a.s.
HERO CZECH s.r.o.
inPHARM spol. s r.o.

IVT Imuno s.r.o.
Johnson & Johnson, s.r.o.
LIFTEC CZ spol. s r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.
MEDAC, spol. s r.o.
MEDIAL spol. s r.o.
MÉDIA zdravotní pojišťovna
Mediclinic a.s.
Medicom International s.r.o.
MERCK spol. s r.o.
Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc.
MHP - Medical Home Products s.r.o.
Montrose Pharma s.r.o.
NANNY - monitor dechu

Nestlé Česko s.r.o.
Novartis Vaccines and Diagnostics s.r.o.
Novo Nordisk s.r.o.
Orion Oyj, organizační složka
Pharma Agency, s.r.o.
PRO.MED.CS Praha a.s.
QUENT s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
SPIRIG Eastern a.s.
Taktika, s.r.o.
Unifarma, s.r.o.
VALOSUN a.s.
Wyeth Whitehall Czech s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Zdravotnické
noviny

Sestra



EDUKAFARM

GRADA

FLORENCE
CASOPIS MODERNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

diagnóza
v ošetrovatelství

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

Mléčná kojenecká výživa HiPP Plus s probiotiky HiPP® - inspirováno mateřským mlékem

HiPP

*To nejlepší z přírody.
To nejlepší pro přírodu.*



- probiotika HiPP® posilují imunitní systém Vašeho miminka a podporují zažívání
- počáteční mléčná kojenecká výživa HiPP 1 Plus a HiPP HA1 Plus obsahuje nenasycené LCP mastné kyseliny, které podporují zdravý vývoj mozku

Kompletní sortiment HiPP koupíte v lékárnách (lékárník Vám požadované výrobky objedná) a vybraný sortiment v řetězcích Billa (Delvita), dm drogerie, Schlecker (Droxi), Globus, Hypernova, Interspar, Rossmann, Kaufland a Tesco.

Infolinka (po-pá 8-14): +420 724 139 949
e-mail: hipp@hipp.cz; www.hipp.cz, www.hipp-babysanft.cz

Nutrilon HA s unikátní dvojnásobnou ochranou



DVOJNÁSOBNÁ OCHRANA

- IMMUNOFORTIS® podporuje správnou reaktivitu imunitního systému
- částečná hydrolyzáta bílkovin významně snižuje množství alergizujících látek

Doporučte dětem s rizikem rozvoje alergií včas tu správnou výživu.

Každé dítě má právo na výživu, která podpoří jeho zdraví.

Mateřské mléko je ideální výživou kojenců, neboť dodá dítěti vše potřebné pro rozvoj imunitního systému. Pokud kojení není možné, kojenecké mléko **Nutrilon** s obsahem prebiotické směsi **IMMUNOFORTIS®** dokáže přirozeně posílit imunitu po vzoru mateřského mléka.^{*1,2}

Alergie ohrožují přes 10 % dětí.^{*3}

Děti s pozitivní alergologickou rodinnou anamnézou (PARA) však potřebují něco navíc. Riziko, že jejich imunitní systém nebude fungovat správně, a že bude reagovat na „neškodné“ antigeny patologickou alergickou reakcí je vysoké (25 – 75 %). Nekojeným dětem s PARA je správně doporučováno kojenecké mléko s hydrolyzovanou bílkovinou, čímž je omezena antigenicita a riziko rozvoje alergií je sníženo až o 50 %.^{*4,5}

Nový Nutrilon HA – optimální řešení pro děti ohrožené alergiemi.

Nový **Nutrilon HA** totiž řeší nejen alergie, ale i **posilování imunity** přirozenou cestou po vzoru mateřského mléka díky **Prebiotické směsi IMMUNOFORTIS®**. Počáteční mléko je navíc obohaceno o **nukleotidy** a **LCP** mastné kyseliny s dominantní kys. arachidónovou pro další podporu imunity po vzoru mateřského mléka.

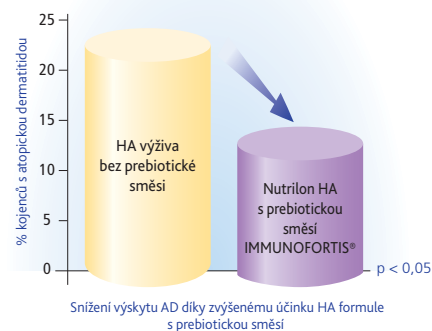
Dvojnásobné řešení alergií.

Alergie lze řešit dvěma cestami:

1. **Omezením množství antigenů** (při prevenci parciální hydrolyzou bílkovin, při léčbě extenzivní hydrolyzou).
2. **Posilováním imunity**, pro prevenci patologické alergické reakce. Imunitu prokazatelně posilují prebiotické oligosacharidy (prebiotika mateřského mléka, Prebiotická směs **IMMUNOFORTIS®**).

Nutrilon HA – prokazatelně efektivní řešení alergií.

Hydrolyzou bílkovin lze snížit riziko rozvoje alergií až o **50 %**. Přidáním **prebiotické směsi IMMUNOFORTIS®** do výživy byl tento efekt zvýšen o **dalších 52 %** oproti skupině, kde samotná hydrolyzáta bílkovin nepomohla.^{*6}



*1 Moro G et al. Dosage related bifidogenic effects of galacto- and fructo-oligosaccharides in formula-fed term infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34:291-5.

*2 Boehm G, Lidestri M, Casetta P, Jelinek J, Knol J, Negretti F, Stahl B, Marini A. Effect of increasing number of intestinal bifidobacteria on the presence of clinically relevant pathogens. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003, 4:36:578.

*3 Data ÚZIS – ČR 2003.

*4 Exl BM, Deland U, Secretin MC, Preysch U, Wall M, Schmerling DH – Improved general health status in an unselected infant population following an allergen reduced dietary intervention programme. J Pediatr Gastroenterol. Nutr 2003, 32(2): Abstract 100.

*5 Baumgartner M, Brown CA, Secretin MC, vant Hof M, Haschke F – Controlled trials investigating the use of one partially hydrolyzed whey formula for dietary prevention of atopic manifestation until 60 months age. Nutr Res 1998, 18: 1425 – 42.

*6 Boehm G et al. Prebiotics in infant formulas – immune modulators during infancy. Nutrafoods 2005;4:51-7.