

PEDIATRIE

pro praxi

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXV. dny praktické a nemocniční pediatrie

17. – 18. května 2007, Olomouc

ABSTRAKTA

NUTRICIA

Nutrilon



IMMUNOFORTIS = Unikátní a patentovaný způsob ochrany zdraví dětí

Podle čeho by se měl lékař rozhodnout při doporučení kojeneckého mléka, pokud maminka nemůže kojit?

Kojenecká výživa hraje zásadní roli v počátečním období života dítěte. Moderním trendem dnešní doby je obohacování mlék o různé přidané složky. Na trhu existuje mnoho značek, které slibují různé výhody pro dítě a předhánějí se v tom, co která obsahuje. Lékař by se měl v těchto tvrzeních vždy orientovat **podle předložené klinické evidence.**

Nutrilon je jiný.

Tvrzení spojená s výrobky značky Nutrilon **jsou vždy podložena klinickými studii.** Ty jsou mezinárodně uznávané a jsou všem lékařům k dispozici. Aby byl výrobek opravdu zdraví prospěšný, musí být obohacen o složky, které musí projít letitým výzkumem, jenž jejich význam potvrdí či vyvrátí.

S výrobky **Nutrilon má lékař jistotu**, že dítě dostává produkt, který skutečně **prospívá zdraví dítěte.**

Co je IMMUNOFORTIS?

IMMUNOFORTIS je patentovaná směs živin, která dodá nekojenému dítěti **efektivní imunitní ochranu**, prokazatelně nejpodobnější mateřskému mléku (MM). Jeho hlavní složkou je unikátní patentovaná a prokazatelně účinná směs prebiotických oligosacharidů GOS/FOS společnosti Nutricia.

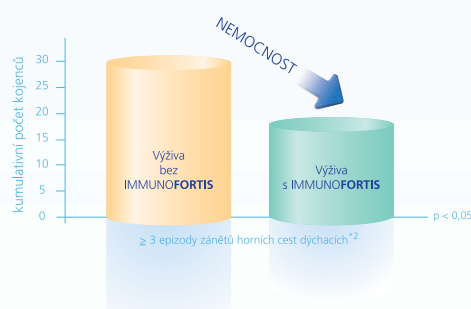
V čem se IMMUNOFORTIS odlišuje?

Složení IMMUNOFORTIS vychází ze vzoru MM, jehož efekt napodobuje. Např. struktura GOS/FOS napodobuje strukturu oligosacharidů MM. Tato struktura **je patentovaná a žádný další výrobce ji nemůže používat.** Jiné kombinace GOS či FOS jsou pak vždy odlišné a dle publikovaných studií bez účinků, které poskytuje dítěti MM. Také složení LCP tuků respektuje odborná doporučení a složení MM. To má, jak známo, dominantní kyselinu arachidónovou (AA) nad dokosa-hexaenovou (DHA). Nutrilon toto plně respektuje. Do celé základní řady jsou také přidávány nukleotidy.

Na trhu jsou i jiné výrobky s obsahem prebiotik (např. FOS, Inulinu, GOS či kombinace GOS+FOS). V čem je rozdíl?

Podstatný **rozdíl je ve funkčnosti a prospěšnosti.** Některé typy prebiotik nejsou ani schválené jako bezpečné, proto nejsou přidávány do počátečního mléka.*¹ Klinické studie na jiné kombinace prebiotik neexistují a pokud ano, pak potvrdily, že dané prebiotikum nemá pro dítě žádný či jen minimální přínos.*² IMMUNOFORTIS je jiný. Je unikátní z mnoha hledisek, neboť má prokázanou **bezpečnost** (proto může být přidáván již od počátečních mlék).^{*3} Jde o **jediné prebiotikum na trhu***⁸ s klinickými studii prokazujícími komplexní účinky na:

1. **Snižování nemocnosti***⁴
2. Prospěšnou střevní mikroflóru*⁵
3. Ochranné střevní pH = 5,5*⁶
4. Posilování střevní stěny pomocí správného složení střevních mastných kyselin (SCFA)*⁷



IMMUNOFORTIS snižuje nemocnost. Prokazatelně!

*1 EFSA: Opinion of the NDA Panel related to the safety and suitability for particular nutritional use by infants of fructooligosaccharides in infant formulae and follow-on formulae. 01/2007

*2 Guesry PR, Bodanski H., Tomsit E., et al. Effect of 3 doses of fructo-oligosaccharides in infants.

J. Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 31 (suppl 2):S252

*3 European Commission documents SCF/CS/NUT/IF/35, and SCF/CS/NUT/IF/4 (2001).

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

*5 Knol J., van der Linde EGM et al. An IF containing prebiotics changes the intestinal microflora.

J. Pediatr Gastroenterol Nutr 2003, 4;36:566

*6 Moro G., Mosca F. et al. Effects of a new mixture of prebiotics on fecal flora and stools in term infants.

Acta Paediatr. 2003 (suppl. 441); 77-79

*7 Knol J., Scholtens P., Kafka C. et al – Colon micro flora in infants: more like breast-fed infants.

J. Pediatr Gastroenterol Nutr (in press).

*8 Dle klinických studií veřejně publikovaných v ČR k 03/2007.

ČTVRTEK, 17. 5. 2007

- od 7.30 registrace
- 8.30 **Slavnostní zahájení**
- prezident kongresu – V. Mihál
 - primátor statutárního města Olomouce – Martin Novotný
 - Předseda České pediatrické společnosti ČLS JEP – J. Hoza
 - Předseda Sdružení PLDD – P. Neugebauer
- 8.45–8.55 **Vystoupení Jumping drums**
- 8.55–9.15 **Na aktuální otázky pediatrie**
- Pediatrie a medicína založená na důkazech – V. Mihál, J. Potomková (**interaktivní přednáška**)
- 9.15–9.20 **Vyhlášení vítězného příspěvku v soutěži o nejlepší kazuistiku** publikovanou v Pediatrii pro praxi v roce 2006 a předání finanční prémie 30 000 Kč jejím autorovi
- 9.20–9.40 **Firemní symposium GlaxoSmithKline:**
- Horečka u dětí – K. Bláhová
- 9.40–10.00 přestávka
- 10.00–11.10 **Bolesti břicha I/** koordinátoři O. Pozler, P. Frühauf
- z pohledu PLDD 1 – P. Karger
 - z pohledu PLDD 2 – P. Mikyška
 - z pohledu chirurga – L. Zeman
 - z pohledu gynekologa – P. Koliba (**interaktivní přednáška**)
- 11.10–11.15 přestávka
- 11.15–12.00 **Bolesti břicha II/** Moderovaná diskuze / O. Pozler, P. Frühauf
- 12.00–12.20 **Firemní symposium Biovit:**
- Bakterie mléčného kvašení – jak maximalizovat probiotické účinky a jakost kvality – V. Mihál
- 12.20–13.20 oběd
- 13.20–13.40 **Firemní symposium GlaxoSmithKline:**
- Hygiena nosu u kojenců – L. Vyhnanáková
- 13.40–14.30 **Psychosomatická onemocnění u dětí I/** koordinátorka J. Zapletalová
- Povaha a zdroje psychosomatických poruch – Z. Doležel
 - Je somatizace v ordinaci PLDD častá? – J. Seifertová
- 14.30–14.45 přestávka
- 14.45–16.00 **Psychosomatická onemocnění u dětí II/** koordinátorka J. Zapletalová
- Diferenciální diagnostika bolestí hlavy u dětí – V. Komárek
 - Poruchy růstu jako důsledek psychosociální deprivace – J. Zapletalová
 - Traumatizované děti a jejich terapie – J. Kocourková, J. Koutek
- 16.00–17.30 **Firemní symposium MSD**
- Karcinom děložního hrdla – možnosti prevence a eradikace – A. Skřivánek
 - Změnily se leukotrieny i možnosti antileukotrienů? – F. Kopřiva
 - Cesta k současné strategii léčby dětského astmatu – V. Špičák
- 19.30 Společenský večer s rautem, sál Pegasus RCO

PÁTEK, 18. 5. 2007

- 8.00–10.00 **Infektologie/** koordinátor D. Sedláček
- Současné poznatky o infekci parvovirem B19 v dětském věku – D. Pospíšilová (**interaktivní přednáška**)
 - Enteroviry – starý nebo nový patogen plicních onemocnění u dětí – F. Kopřiva
 - Rotavirové nákazy a jejich prevence – P. Šimurka
 - Cestování s dětmi – D. Sedláček, A. Špidlenová
 - Příušnice, zarděnky, spalničky – aktuální situace, současné možnosti prevence – Z. Jirsenská
- 10.00–10.10 **Přednáška zahraničního hosta**
- The first choice inflammantion marker in point-of-care – D. Janke
- 10.10–10.30 **Přestávka**
- Zkušenosti s netradičními formami vzdělávání pediatriů v ČR a Evropě – V. Finsterle
- 10.30–12.00 **Firemní sympozium Nutricia**
- Nové pohledy na terapii alergie na bílkovinu kravského mléka – P. Frühauf
 - Keď je mlieko problem – I. Čierna
 - Immunofortis (vliv na zdraví dítěte) – K. Uxová
- 12.00–13.00 oběd
- 13.00–15.00 **Jak geny pomáhají rozumět našim pacientům – kazuistiky/** koordinátor J. Lebl
- Je renální biopsie vždy nezbytná? – Z. Doležel, D. Dostálková, B. Hinkes, J. Štarha
 - Kongenitální mikrocefalie s normální inteligencí, ale nejistou prognózou – V. Mihál, A. Šantavá, M. Hajdúch, J. Drábek, Z. Novák, D. Pospíšilová
 - Malí synové malé matky – J. Zapletalová, J. Lebl
 - Hematologické komplikace u dědičných poruch glykosylace – T. Honzík, K. Veselá, H. Hansíková, I. Hadačová, J. Zeman
 - Nejistá prognóza u dívky s dědičnou cukrovkou – Š. Průhová, L. Gonsorčíková, O. Cinek, J. Lebl
 - Příběh dívky, která spadla z kolotoče – J. Lebl, D. Čiháková, Šedivá
- 15.00–15.15 **Přestávka**
- Zkušenosti s netradičními formami vzdělávání pediatriů v ČR a Evropě – V. Finsterle
- 15.15–16.15 **Pochybení v praxi – opravené diagnózy – kazuistiky/** koordinátorka J. Seifertová
- Aní problematický pacient nesmí odradit – O. Roškotová
 - Zrádná porucha močení – Z. Doležel
 - Skutečně pochybení? – H. Letáková
 - Je praxe kritériem pravdy? – J. Kobr
 - Kde šetřit? – J. Seifertová
 - Brýle nestačily – A. Gabera
- 16.15.–16.20 **Firemní sympozium LIFTEC.CZ**
- Prevence zubního kazu u dětí – M. Vagaská
- 16.20–16.25 Vylosování ankety společnosti Solen
- 16.25–17.30 **Komunikace s pacientem/** koordinátor R. Honzák
- Maastrichtský protokol – R. Honzák
 - Etika sdělování závažné diagnózy – L. Hansmanová
 - Informovaný souhlas v pediatrické praxi – Š. Špeciánová
 - Komunikační dovednosti jako součást profesního přístupu lékaře – případová studie – J. Skalková
- 17.30 Zakončení kongresu



Další šetrná vakcína vhodná pro všechny děti*

- ověřená vysoká účinnost
- velmi dobrá lokální snášenlivost
- 1 balení = 1 dávka

* s výjimkou kontraindikací

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU PRIORIX™

KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

Živá atenuovaná vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. Priorix™ je lyofilizovaný prášek s rozpouštědlem. Každá dávka rekonstituované vakcíny (0,5 ml) obsahuje: Morbillorum virus attenuatum (Schwarz): min. $10^{3,0}$ CCID₅₀, Parotitidis virus attenuatum (RIT 4385): min. $10^{3,7}$ CCID₅₀, Rubeolae virus attenuatum (Wistar RA 27/3): min. $10^{3,0}$ CCID₅₀.

KLINICKÉ ÚDAJE

- Indikace

PRIORIX™ je určen k aktivní imunizaci proti příušnicím, spalničkám a zarděnkám od 15. měsíce života.

- Dávkování a způsob podání

Doporučuje se podat vždy plnou dávku. Základní očkování se provádí nejdříve první den patnáctého měsíce života. Přeočkování se provádí za šest až deset měsíců po provedení základního očkování, v odůvodněných případech i později. PRIORIX™ se podává subkutánně, může se však podat též intramuskulárně. **PRIORIX™ nesmí být v žádném případě aplikován intravenózně.**

- Kontraindikace

Aplikace vakcíny musí být odložena v případě závažného akutního horečnatého onemocnění. Vakcína PRIORIX™ nesmí být aplikována jedincům s anafylaktickou reakcí na vaječnou bílkovinu v anamnéze, ani jedincům se známou přecitlivělostí na účinnou látku nebo na kteroukoliv jinou složku vakcíny, zvláště na neomycin (PRIORIX™ obsahuje malé množství neomycinu, proto osobám se známou přecitlivělostí na neomycin musí být vakcína podávána opatrně). Výskyt kontaktní dermatitidy po neomycinu v anamnéze však není kontraindikací. PRIORIX™ se nemá aplikovat pacientům s nedostatečnou imunitní odpovědí. Vakcinace symptomatických HIV pozitivních jedinců se musí zvážit. **PRIORIX™ se nesmí aplikovat v průběhu těhotenství. Otěhotnění do tří měsíců po očkování je nežádoucí.**

S očkováním kojících žen nejsou dostatečné zkušenosti.

- Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití

K desinfekci místa vpichu se doporučuje např. 70% ethylalkohol, 60% izopropylalkohol nebo jiná schválená antiseptika. Vždy je nutné vyčkat do zaschnutí dezinfekčního prostředku. Pokud je nutné dítě očkovat do 12 měsíců věku, nemusí dojít k odpovídající imunitní odpovědi vůči spalničkové složce vakcíny. V těchto případech se má zvážit případné podání další dávky. Očkování jedinců musí zůstat 30 minut po aplikaci vakcíny pod lékařským dohledem. Pro případ rozvoje anafylaktického šoku musí být okamžitě k dispozici odpovídající terapie.

Očkování jedinců alergických na vaječné proteiny je po zvážení možné v případě, že se v anamnéze nevykytují anafylaktické reakce. PRIORIX™ se má podávat s opatrností u jedinců, v jejichž osobní nebo rodinné anamnéze se vyskytují alergické reakce nebo konvulzivní stavy. V případě náchylnosti k febrilním křečím se mají před očkováním preventivně podat léky snižující teplotu. **PRIORIX™ nesmí být v žádném případě aplikován intravenózně.**

- Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce

Aplikace vakcíny PRIORIX™ může na 4 až 6 týdnů způsobit dočasný pokles citlivosti kožního tuberkulinového testu. V případě, že se má očkována osoba tuberkulinovému testu podrobit, je nutné ho provést buď před nebo současně s podáním vakcíny. PRIORIX™ může být podán současně s živou oslabenou vakcínou proti varicelle, pokud jsou obě vakcíny aplikovány do různých míst. Přestože údaje o současném podání kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám s ostatními vakcínami dosud nejsou k dispozici, má se za to, že vakcína PRIORIX™ se může současně aplikovat s perorální poliovakcínou (OPV), inaktivovanou poliovakcínou (IPV), s trivalentní vakcínou proti difterii, tetanu a pertusí (DTPw/DTPa) a s vakcínou proti Haemophilus influenzae typu b (Hib), pokud jsou aplikovány do různých míst. Pokud PRIORIX™ a ostatní živé atenuované vakcíny nelze podat současně, musí být mezi aplikacemi vakcín dodržen interval 4 týdnů. Očkování jedinců, kterým byla podána krevní transfúze nebo lidské gamaglobuliny, by se mělo odložit nejméně o 3 měsíce, protože příjem pasivních protilátek proti příušnicím, spalničkám a zarděnkám se zvyšuje pravděpodobnost selhání vakcinace. PRIORIX™ lze použít k přeočkování u osob, které byly předtím očkovány jinými vakcínami proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám.

- Těhotenství a kojení

Těhotenství je kontraindikací pro očkování vakcínou PRIORIX™, nežádoucí je i otěhotnění v průběhu 3 měsíců po očkování. O očkování kojících matek není dostatečné množství údajů.

- Nežádoucí účinky

V kontrolovaných klinických studiích byly aktivně monitorovány tyto příznaky a symptomy, které se vyskytly až do 42 dní po očkování: Velmi často ($\geq 10\%$): místní zarudnutí, horečka ($\geq 38^\circ\text{C}$ - $< 39,5^\circ\text{C}$ rektálně; $\geq 37,5^\circ\text{C}$ - $< 39^\circ\text{C}$ axilárně/perorálně) Často ($\geq 1\%$ a $< 10\%$): otok a bolest v místě vpichu, horečka ($> 39,5^\circ\text{C}$ rektálně; $\geq 39,0^\circ\text{C}$ axilárně/perorálně), nervozita, vyrážka Méně často ($\geq 0,1\%$ a $< 1\%$): neobvyklý pláč, febrilní křeče, otok příušní žlázy, průjem, zvracení, nechutenství, spavost, nespavost, jiné virové infekce, otitis media, faryngitida, infekce horních cest dýchacích, rinitida, bronchitida, kašel, lymfadenopatie Vzácně ($\geq 0,01\%$ a $< 0,1\%$): malátnost Během postmarketingového sledování byly v časové souvislosti s očko-

váním vakcínou PRIORIX™ hlášeny následující nežádoucí účinky: Velmi vzácně ($< 0,01\%$): artralgie, artritida, alergické reakce včetně anafylaktických reakcí, Kawasakiho syndrom, meningitida, transverzní myelitida, Guillain Barréův syndrom, periferní neuritida, encefalitida, trombocytopenie, trombocytopenická purpura, erythema multiforme. Ve vzácných případech nelze vyloučit výskyt onemocnění podobného příušnicím se zkrácenou inkubační dobou. Izolované byly po očkování kombinovanou vakcínou proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám hlášeny případy výskytu přechodného bolestivého otoku varlat.

FARMACEUTICKÉ ÚDAJE

- Inkompatibilita

Vakcína PRIORIX™ nesmí být míchána s jinými vakcínami v jedné injekční stříkačce.

- Doba použitelnosti

2 roky. Vakcína se má aplikovat ihned po rekonstituci.

- Zvláštní opatření pro uchování

Vakcína musí být uchovávána při teplotě $+2^\circ\text{C}$ až $+8^\circ\text{C}$ (v chladničce). Nesmí zmraznout.

- Návod k použití přípravku, k zacházení s ním a k jeho likvidaci

Rozpouštědlo i rekonstituovaná vakcína musí být před použitím opticky zkontrolovány na přítomnost cizorodých částic a na změnu vzhledu. Jestliže vzhledem nevyhovují, je nutné rozpouštědlo nebo rekonstituovanou vakcínu vyřadit. Vakcína musí být rekonstituována přidáním plného obsahu rozpouštědla. Po smíchání obou částí vakcíny musí být směs řádně protřepána. Před aplikací je nutné vyčkat do zaschnutí dezinfekčního prostředku, aby nedošlo k inaktivaci atenuovaných virů ve vakcíně.

DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: GlaxoSmithKline Biologics S.A., rue de l'Institut 89, 1330 Rixensart, Belgique.

REGISTRAČNÍ ČÍSLO: 59/739/99-C

DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE

3.11.1999

DATUM REVIZE TEXTU. 5.11.2003

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Uplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu informací pro předepisování nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline s.r.o.

Probiotické kapky

doplněk stravy

pro děti od 1. měsíce

Na úporné dětské koliky.
Účinnost ověřená studií.

konec pláči!



probioticke.kapky@ferring.com

Reference:

Lactobacillus reuteri ATCC 55730 versus simeticone in the treatment of infantile colic: a prospective randomised study. Savino F et al. (2005); Ped Res 58:411, abstract 328.

Distributor:



Ferring-Léčiva, a. s.
K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy
Česká republika
www.ferring.cz

Výrobce:

BioGaia®

PROGRAM SESTRY: PÁTEK, 18. KVĚTNA 2007

Místo konání: SIDIA KLUB při hotelu SIGMA, Olomouc

Koordinátoři: M. Pavlíková, R. Pavelková, H. Novotná, D. Matoušová

- 9.30–9.35 **Úvodní slovo**
- 9.35–11.15 **Blok I.**
- Představení nově zrekonstruovaného Hemato-onkologického oddělení na Dětské klinice v Olomouci – S. Kašubová, I. Königová
 - Dítě s diagnózou leukémie... – P. Medková
 - Kazuistiky dětí léčených růstovým hormonem – I. Fišerová, K. Hybešová
 - Nejčastější onemocnění oka – S. Lajčíková, J. Stejskalová
 - Význam sociální komunikace v práci zdravotníka s dětským pacientem – E. Zacharová
 - Komunikace sestry s rodiči hospitalizovaného dítěte – V. Hejtmanová, A. Hejtmanová
 - Komplex služeb rané péče rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením – A. Šarátková
- 11.15–11.35 přestávka
- 11.35–13.20 **Blok II.**
- Praktický pohled na bolesti břicha v dětském věku – J. Sýkora
 - **Firemní sympozium Boiron** – Koliky a průjmy v dětském věku – M. Černý
 - **Firemní sympozium MarkDistri** – Humana na českém trhu
 - Pyeloplastika, vše s tím spojené ... – R. Kemelová, J. Knoblochová
 - Kazuistika – nefrologie: S. Bubeníčková
 - **Firemní sympozium Johnson & Johnson** – Spánkový režim dítěte – klinicky ověřený postup – L. Humlová
 - Ošetřovatelská péče o dítě s dg.: hydrocephalus – D. Karlíková, L. Pilná
 - Práce s osobními údaji ve zdravotnické dokumentaci – Z. Bantová
- 13.25–14.35 oběd
- 14.35–16.10 **Blok III.**
- Respirační onemocnění na JIRP – M. Turečková
 - Rehabilitace dětí s respiračním onemocněním na JIRP – T. Zemánek
 - **Firemní sympozium Beiersdorf** – Ochrana dětské pokožky před slunečním zářením
 - Škálování bolesti u dětí – J. Kameníčková
 - Monitorace kraniocerebrálních poranění na JIRP – G. Pulitová
 - Štěstí v neštěstí (apatický syndrom) – H. Kokešová
 - Fyzioterapie jako nezbytná součást léčby hemofilie u dětí – E. Mihálová

Další program: Sál Pegasus, Regionální centrum Olomouc

- 16.20–16.25 Vylosování ankety společnosti Solen
- 16.25–17.30 **Komunikace s pacientem/** koordinátor R. Honzák
- Maastrichtský protokol – R. Honzák
 - Etika sdělování závažné diagnózy – L. Hansmanová
 - Informovaný souhlas v pediatrické praxi – Š. Špeciánová
 - Komunikační dovednosti jako součást profesního přístupu lékaře – případová studie – J. Skalková
- 17.30 Zakončení kongresu

NA AKTUÁLNÍ OTÁZKY PEDIATRIE

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 8.55–9.15 hod.

Pediatric a medicína založená na důkazech.

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹,

Mgr. Jarmila Potomková²

¹ Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci,

² Knihovna LF UP v Olomouci

Od svých počátků v polovině sedmdesátých let minulého století se stala medicína založená na důkazech nosnou filozofií pro poskytování moderní lékařské péče s orientací na konkrétního pacienta. Lékaři jsou stále častěji konfrontováni s nutností založit svá rozhodnutí nejen na svých znalostech

a zkušenostech, ale také na nejnovějších vědeckých poznatcích. S rozvojem informačních technologií se otevřely nové možnosti k vyhledávání těchto „důkazů“ pro poskytování kvalitní péče. V záplavě informací je nutno uplatňovat zásady kritického hodnocení vyhledané odborné literatury. V tomto směru dlouhodobě a systematicky působí mezinárodní organizace tzv. Cochranova spolupráce pro základní obory klinické medicíny. Nejvýznamnějším produktem jsou systematické přehledy randomizovaných kontrolovaných studií zaměřených na terapeutické postupy. Zahraniční zkušenosti ukazují, že principy medicíny založené na

důkazu by se měly stát součástí pregraduálního studia i celoživotního vzdělávání lékařů. Základním paradigmatem medicíny založené na důkazech je správná formulace klinické otázky před samotným vyhledáním důkazů. Přednáška bude doplněna konkrétní ukázkou vyhledávání odborných informací v prostředí internetu na aktuální téma o účinnosti pneumokokových vakcín pro prevenci středoušního zánětu u dětí a kritickým hodnocením kvality v souladu s metodami klinické epidemiologie.

FIREMNÍ SYMPOZIUM GLAXOSMITHKLINE

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 9.20–9.40 hod.

Horečka u dětí

doc. MUDr. Květa Bláhová, Csc.

Dětská klinika, FN Motol, Praha

Abstrakt nedodán.

POŘADATEL

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,

Česká pediatrická společnost,

Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc,

Solen, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.,

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.,

MUDr. Jarmila Seifertová,

MUDr. Pavel Geier,

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,

Renata Pavelková,

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

Olomouc 17.–18. 5. 2007

Regionální centrum Olomouc (RCO)

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání

dle stavovského předpisu č.16 ČLK

ohodnocena certifikátem pro lékaře a 6 kredity pro sestry

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

PEDIATRIE PRO PRAXI

GRADA PUBLISHING, a.s.

GALÉN, s.r.o.

Portál, s.r.o.

PŘÍLOHA ČASOPISU PEDIATRIE PRO PRAXI

ISSN 1213-0494

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

BOLESTI BŘICHA I/

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 10.00–11.10 hod.

Bolesti břicha – taktika, možnosti a překážky vyšetření v podmínkách praktického lékaře pro děti a dorost

*MUDr. Petr Karger, praktický lékař pro děti a dorost
Poliklinika Budějovická, Praha
Interní klinika LF a FN Olomouc*

V pojednání je řešena velice frekventovaná problematika bolestí břicha v podmínkách PLDD. Vychází se z předpokladu 4 základních diagnostických kroků:

- 1/ opravdu pacienta bolí břicho?
- 2/ jedná se o náhlou příhodu břišní?
- 3/ je zdrojem bolestí orgánové postižení?
- 4/ stanovení přesné diagnózy.

Diskutována jsou případná pomocná a laboratorní vyšetření v jednotlivých krocích a nutnost jejich rozsahu a využití. Je zdůrazněna nutnost racionálního postupu s co nejmenším zatížením pacienta a jeho rodičů, význam jejich souhlasu s našimi závěry. Je poukázáno i na ekonomickou nákladnost vyšetření a nutnost úzké spolupráce mezi PLDD a klinickými pracovníky.

Kriticky jsou zhodnoceny současné možnosti vyšetření bolestí břicha v primární péči. Je poukázáno i na překážky, se kterými se PLDD může ve své praxi setkávat.

Doporučení pro praxi: základem stále zůstává úplná anamnéza a pečlivé klinické vyšetření, v případě nutnosti opakované. V budoucnu je třeba vypracovat standard – doporučený postup se stanovením nepodkročitelného rozsahu doplňujících vyšetření v jednotlivých diagnostických krocích s přihlédnutím k možnostem PLDD v současném systému zdravotnictví.

Bolesti břicha z pohledu PLDD

*MUDr. Petr Mikyška
praktický lékař pro děti dorost, Znojmo*

Bolesti břicha jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy dítěte u praktického lékaře pro děti a dorost. Příčiny bolestí břicha u dětí jsou většinou benigní. U malého procenta dětí se však objevují život ohrožující stavy, které vyžadují rychlou diagnostiku a přiměřeně urgentní léčebný přístup.

Může se jednat o stavy, které vyžadují chirurgickou intervenci. Například invaginace u kojence. Jindy je příčinou akutních bolestí břicha horečnatá infekce močových cest u dospívajícího pacienta, která vyžaduje přiměřenou léčbu antibiotiky. Akutní bolesti břicha trvají méně než 3 měsíce, chronické bolesti břicha více než 3–6 měsíce. Příčiny bolestí

břicha jsou jak organicky podmíněné, tak funkční. Klíčovým faktorem v diagnostice bolestí břicha je věk. V různých věkových obdobích jsou odlišné příčiny bolestí břicha, rozdílné jsou často i klinické příznaky onemocnění. V diagnostice bolestí břicha u dětí hraje velkou roli zkušenost a odborné znalosti lékaře. Zásadní je pečlivá anamnéza, zhodnocení celkového stavu pacienta, fyzikální vyšetření. Následné provedení základních a doplňkových vyšetření vede většinou k diagnóze a zahájení terapie. Dle potřeby je někdy nutné využít i specializovaných vyšetření, včetně konziliárních vyšetření odborníků jiných oborů. Při vyšetření bolestí břicha u dětí je nutné neodkladně řešit akutní stavy, nepodcenit závažnost stavu. Pamatovat na stavy méně časté, ale život ohrožující. Nezapomínat na to, že časté stavy jsou opravdu časté. Zlepšovat komunikaci jak s našimi pacienty, tak s jejich rodiči.

Bolesti břicha z pohledu chirurga

*MUDr. Luboš Zeman, MUDr. Kamil Pýcha, CSc.
Klinika dětské chirurgie UK, 2. LF a FN v Motole, subkatedra dětské chirurgie IPVZ*

Chirurg musí na každou bolest břicha pohlížet jako na možnou náhlou příhodu břišní (NPB). Pro úplnost je třeba uvést skupinu NPB vrozených, ale ty se poněkud vymykají dnešnímu tématu. V pozdějším věku se projeví výjimečně.

Kromě akutních bolestí posuzuje chirurg i bolesti chronické či spíše recidivující. Důležitým příznakem u akutních bolestí je teplota a leukocytóza. Při jejich zvýšení pomýšlíme na NPB zánětlivé, v dětském věku nejčastěji appendicitidu. U dětí bez výraznějších zánětlivých známek a s jizvou na břiše po předchozí laparotomii musíme pomýšlet na ileozní stav, buď prostou obstrukci adhezemi, nebo se strangulací, tj. s poruchou prokrvení střeva. Důležitá je klinika a rtg snímek břicha. Mohou být i strangulace s normálním rtg obrazem.

U dětí nejčastěji mezi 1–2 roky se může objevit invaginace ileokolická. Jedná se příhodu ileozní s poruchou perfuze invaginované tenké kličky. Zvýšená teplota nevylučuje invaginaci, protože se může jednat o komplikaci gastroenteritidy.

Nejvíce pacientů přichází s podezřením na akutní appendicitidu. Mají teplotu, zvrací a bolí je břicho. Podobný obraz vidáme i při nachlazeních s reakcí mizních uzlin v mesenteriu – tzv. mesenterální lymfadenitidou. Někdy je podobnost příznaků taková, že jsou tyto děti indikovány k appendektomii.

Jako kazuistiku uvádíme onemocnění 17letého chlapce, který během prázdnin měl bolesti břicha teplotu, řídkou stolici a dysurie. Léčen byl symptomaticky. Zhubl 8 kg za 5 týdnů. Při sonografii břicha byla nalezena expanze v pánvi. Pacient byl odeslán na onkologii. Zde byl prokázán zánětlivý infiltrát s abscesy. Vzhledem k relativně dobrému stavu byla zahájena antibiotická terapie. Efekt léčby byl jen částečný – částečná resorbce infiltrátu, pokles zánětlivých známek a zlepšení stavu výživy. Po vysazení ATB se zánět počal znovu rozvíjet, a proto byla indikována APE, technicky náročná, ale s nekomplikovaným průběhem.

Bolesti břicha z pohledu gynekologa

doc. MUDr. Petr Koliba, CSc.

Gynartis, s.r.o., Vřesina

Porodnicko – gynekologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Cílem sdělení je poukázat na roli gynekologa, zvláště dětského gynekologa při vyšetření dívek s bolestí břicha.

Práce má charakter přehledné interaktivní přednášky a poukazuje na gynekologické příčiny bolestí břicha u dívek se zaměřením na případné gynekologické příčiny bolesti. Některé klinické stavy, zejména méně časté, mohou mít závažné důsledky, pokud nejsou včas a správně diagnostikovány. Pro správné posouzení jsou z gynekologického hlediska důležité:

- věková charakteristika
- anamnéza
- klinické a gynekologické vyšetření
- laboratorní vyšetření
- UZ diagnostika, CT, MRI

U dospívajících dívek je častou příčinou bolestí břicha dysmenorrhoea. Při chybění krvácení z rodidel je nutno pamatovat i na možné vrozené vývojové vady genitálu: tzv. Rokitansky – Küster – Hauser syndrom, zvláště je-li spojen s rudimentárním děložním rohem nebo rudimentární dělohou, nebo když jde o atresii hymenu. Méně častou příčinou bývá torze adnex, zde však hrozí v případě pozdní diagnostiky hemoragická infarzáce adnex a nutnost jejich operačního odstranění.

Z negynekologických příčin akutní pánevní bolesti je nutno na prvním místě vyloučit appendicitidu.

FIREMNÍ SYMPOZIUM BIOVIT

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 12.00–12.20 hod.

Bakterie mléčného kvašení – jak maximalizovat probiotické účinky a jakost kvality

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Probiotické mikroorganismy jsou nejčastěji používány jako doplňky stravy nebo jako součást specifických mléčných výrobků, v posledních letech také jako součást kojenecké a dětské výživy. V případě doplňků stravy jde nejčastěji o lyofilizované kultury, které mohou sestávat z jednoho nebo více druhů probiotických bakterií a které jsou samostatně nebo s dalšími látkami vyráběny ve formě kapslí, tobolek, tablet, dražé. Za potenciálně zdraví prospěšné skupiny střevních bakterií jsou považovány obvykle bifidobakterie a laktobacily, které tvoří jen minoritní část střevní mikroflóry, v níž dominují rody *Eubacterium*, *Bacteroides*, *Clostridium*. Obecně se uznává, že střevní mikroflóra může hrát důležitou roli při infekcích GI traktu, zácpě, syndromu dráždivého tračníku, v chronickém zánětu tračníku (inflammatory bowel disease) a snad také při kolorektální kance-

rogezi. Soudí se, že probiotické mikroorganismy mohou modifikovat složení a metabolické a enzymatické aktivity střevní mikroflóry a prostřednictvím tohoto působení projevat pozitivní účinky.

Probiotické bakterie nekolonizují střevo natrvalo, ale jen dočasně a většinou jsou detekovatelné jen po dobu přijímání potravy s probiotiky. Aby vůbec do svého cíle dorazily, je třeba splnění celé řady důležitých okolností a podmínek, včetně vlastností mikro- a makro- organismu:

- K dosažení potřebné koncentrace probiotických bakterií ve střevě (udává se množství vyšší než 106/g v tenkém střevě a 108/g v tlustém střevě) je nutné, aby denzita těchto bakterií v zkonsumované potravíně (nebo doplňku stravy) činila 1010.
- Přežití v GI traktu samo o sobě neimplikuje vznik prospěšných účinků a naopak nepřežití neznamená automaticky absenci takových účinků.
- Probiotické bakterie musí být odolné k působení žaludeční kyselosti (vlastnost kmenů nebo způsob podání, např. v kapslích nebo spolu se stravou s velkou pufrovací kapacitou).

- Probiotické bakterie musí být odolné k působení žlučových kyselin a pankreatických šťáv.
- Schopnost kolonizace střeva a imunomodulace je vázána na vlastnosti určitého kmene a nemůže být extrapolována na jiné kmene, byť téhož bakteriálního druhu.

Autor ve svém sdělení prezentuje principy výběru probiotických formulí *Swiss Natural Sources* s cílem maximalizace probiotické účinnosti v cílovém střevním systému. Každý druh bakteriálního kmene ve vybraných *Swiss* formulích byl zvolen na základě rezistence vůči žaludečním kyselinám, nezávislosti na přítomnosti a množství žluči a kompatibilitě kmenů (bez inhibičních účinků).

Výroba probiotik probíhá pod stálou laboratorní kontrolou tak, aby vybrané kmene mléčných bakterií byly schopny přežít proces výroby, transport a příslušnou dobu skladování tak, aby neztratily požadovanou aktivitu, a to vše v podmínkách, které se ani zdaleka nepřibližují optimálním podmínkám v laboratořích. V závěru sdělení autor představuje nové produkty probiotik firmy *Biovit*, zejména *Swiss Laktobacily "5"*, *Swiss Laktobacily „3“* a *Swiss Laktobacilky*.

FIREMNÍ SYMPOZIUM GLAXOSMITHKLINE

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 13.20–13.40 hod.

Hygienu nosu u kojenců

doc. MUDr. Ludmila Vyhánková, CSc.

ORL specialista, Praha

Ve sdělení je stručně uvedena fyziologická funkce nosu jako vstupní brány dýchacích cest. V nose dochází k proudění vzduchu, jeho ohřívání, zvlhčování a filtraci.

Novorozenec nemůže dýchat ústy, je to dáno anatomii. Malé rozměry nosních dutin a neúplná zralost imunitního systému jsou důvodem častějších rinitid u kojenců. Obturací nosní dutiny vznikají problémy při kojení, může být ohrožena i výživa, z komplikací je nejčastější otitis media acuta.

Dekongestiva nejsou pro novorozence a kojení vhodná. Minerální vody, používané hlavně

ve sprejích, jsou často hypertonické a mohou vyvolat iritaci senzitivní nosní sliznice. Aplikace sprejů u dětí do 2–3 let s sebou nese riziko laryngospazmu, proto ji nedoporučujeme. Vlastnosti přípravků, vyrobených z mořských vod, se často podobají minerálním vodám.

Prostředí, ve kterém žijeme, klade na funkci nosní sliznice velké nároky, můžeme ji podpořit pravidelnou hygienou přirozenými prostředky.

Ideálním pro prevenci i léčbu rinitid se ukázal u novorozenců i kojenců isotonický fyziologický roztok. Přípravek *Libenar* firmy *GlaxoSmithKline* je sterilní fyziologický roztok, balený v 5ml plastických ampulkách se snadnou aplikací do nosu. V Itálii je široce používán od roku 1990. *Libenar* neobsahuje žádné další přísady, které by mohly vyvolávat

nežádoucí vedlejší účinky. Jeho aplikace je snadná a bezpečná, doporučené dávkování je 2–3x denně. Isotonický fyziologický roztok přirozeně zvlhčuje nosní sliznici a podporuje její samočisticí schopnost. *Libenar* uvolní dítěti nos, a tím zlepší komfort při kojení a spánek dítěte. Při rýmě zředí nosní sekret a usnadní jeho odsátí. *Libenar* se osvědčil i v léčbě rinosinusitid či alergických rinitid u gravidních žen.

Doporučení pro praxi: *Libenar*, isotonický fyziologický roztok f. *GlaxoSmithKline*, je vhodným přípravkem pro každodenní hygienu nosu u novorozenců a kojenců i pro léčbu akutních rinitid.

PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ I/

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 13.40–14.30 hod.

Povaha a zdroje psychosomatických poruch

prof. MUDr. Doležel Zdeněk, CSc.

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

Za tzv. normálních podmínek je mezi fyziologickými procesy a psychikou lidského jedince určitý rovnovážný stav, který však neustále osciluje. Řada orgánových systémů je přitom značně senzitivní vůči různým inzultům vnějšího a vnitřního prostředí. Každá zdravotní odchylka/porucha má tedy svůj aspekt somatický, duševní a společenský neboli hledisko biopsychosociální. Právě toto hledisko je východiskem současného psychosomatického přístupu v lékařství. Pediatrům nejsou tato fakta neznámá, neboť ve své každodenní praxi jsou konfrontováni s dětmi (a jejich rodinami), kde zcela jasně rozhodnout a stanovit konečnou diagnózu může být velmi obtížné a nezřídka je nutné využít rozsáhlé a opakované škály pomocných vyšetření. Pojem psychosomatická onemocnění/poruchy (PSO) neoznačuje přesně vymezenou skupinu chorob, ale jde spíše o taxativní pojmenování takových případů, kdy duševní nebo duševně zprostředkované vlivy mají rozhodující význam na vyvolání určité poruchy, která se rozhodující měrou manifestuje v oblasti tělesných nebo strukturálních funkcí. Problematika PSO u dětí je výrazně odlišná od dospělé populace,

vždy je nezbytné vyloučit organickou příčinu potíží. Podobně nepostradatelná je intenzivní spolupráce s erudovaným dětským psychologem/psychiatrem v diagnostice i léčbě PSO. Léčebné intervence je přitom třeba v mnoha případech zaměřit na celou rodinu dítěte.

Je psychosomatizace v ordinaci PLDD častá?

MUDr. Jarmila Seifertová

Praktická dětská lékařka, Kladno

Úvod:

Psychosomatika se špatně vymezuje, zahrnuje heterogenní skupinu obtíží. Somatizační porucha je spíše styl života, není to jasná choroba. Pacienti přicházejí pro stěhovací obtíže, bolesti břicha, bolesti hlavy, bolesti pohybového aparátu, svědění kůže, škrábání v krku, únavnost. Rodiče odmítají ujištění o negativním nálezu.

Přístup:

U somatizačních poruch pracujeme v primární péči s nejistotou, tušením, hledáním možných souvislostí. Komunikace s rodinou je často napjatá, pozitivní zpětná vazba se nedostává. Jasná léčebná opatření nelze stanovit. Sledováním nemocného v jeho přirozeném prostředí v delším časovém hori-

zontu ověřujeme, že se skutečně nejedná o organické onemocnění.

Metodika:

Sdělení ukazuje sondu do 3 ordinací PLDD po dobu 63 pracovních dní a prezentuje počet dětí s psychosomatickým problémem. Jsou též uvedeny 2 kazuistiky z vlastní praxe.

Zhodnocení:

S obavou z nemoci bylo celkem ve sledovaném období vyšetřeno 1308 dětí ve věku 3–19 let.

Do skupiny dětí se somatizační poruchou bylo zařazeno 406 dětí. Nejvíce dětí bylo ve věkové skupině 10–12 let, dále 6–9 roků. Nejčastější obtíže, které děti a jejich rodiče uváděli, byly bolesti břicha, na druhém místě bolesti hlavy.

Diskuze:

Máme dostatečnou vlastní psychologickou kapacitu na sdílení této problematiky v primární péči? EBM – medicína založená na důkazech zahrnuje emoce, nenaučí nás vstupovat do pacientovy intimní zóny psychologické.

Závěr:

Úkolem lékaře je při neurčitých obtížích vyloučit organické onemocnění bez zbytečného vyšetřování dítěte. Při podezření na psychosomatické onemocnění je prvořadé proces somatizace přerušit.

poznámky

PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ II/

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 14.45–16.00 hod.

Diferenciální diagnostika

bolestí hlavy u dětí

doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

Klinika dětské neurologie UK 2.LF a FN Motol, Praha

Bolest hlavy je jedním z nejčastějších symptomů, a to jak u dospělých, tak dětské populace. Sillanpää udává nárůst bolestí hlavy u sedmiletých finských dětí z 14,4 % v roce 1974 na 51,5 % v roce 1992. Prevalence migrény se rovněž zvýšila, a to z 1,9 % na 5,7 %. Jiní autoři uvádějí, že ve věku 6–15 let trpí bolestmi hlavy až 78 % dětí. Největší podíl mají tenzní bolesti hlavy (55 %). Ve 13 % jde o sekundární bolesti hlavy.

V našem souboru 674 zdravých školních dětí odpovědělo pozitivně na otázku týkající se pobolívání hlavy 42 procent. Častost výskytu může vést k bagatelizaci příznaku, nicméně vždy je třeba odlišit bolest hlavy jako příznak u závažného onemocnění (např. nitrolební hypertenze, neuroinfekce aj, které vyžadují okamžitě řešení) od onemocnění relativně banálního (např. běžné virové onemocnění aj.). Samostatnou kapitolou jsou bolesti hlavy v souvislosti s akutní sinusitidou a bolestmi hlavy myoskeletální etiologie – v obou případech odkazujeme na doporučené postupy ČLS JEP. V dětském věku nejsou vzácné ani primární bolesti hlavy charakteru migrény, ale čisté migrény jsou poměrně vzácné (celkem 4 % u chlapců i dívek), s přibývajícím věkem postupně získávají převahu dívky (v pubertě až 8,5 %). Psychosomatické bolesti hlavy má dle finské studie 2,8 procent dětí, ale z našich zkušeností lze předpokládat, že podíl psychosomatické složky je mnohem vyšší.

V rámci sdělení diskutujeme význam jednotlivých vyšetřovacích metod i možnosti léčebných postupů a dokumentujeme diferenciální diagnostickou pestrost jednotlivými kazuistikami.

Porucha růstu jako důsledek psychosociální deprivace

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Tělesný růst je ovlivňován celou řadou vnitřních i vnějších faktorů. K významným exogenním (environmentálním) patří psychosociální vlivy. Neprospívání se zástavou růstu v důsledku maternální deprivace

ce bylo poprvé popsáno u dětí kojeneckého věku ve 40. letech minulého století Talbotem a nazváno anaklittická deprese. O dekádu později se v literatuře začínají postupně objevovat sdělení o analogických nálezech i u starších dětí a dospívajících s poruchou růstu vystavených emočnímu strádání, psychickému nebo fyzickému týrání či sexuálnímu zneužívání. Původní domněnka, že jde o pouhou chronickou malnutrici – ať už jako důsledek zanedbávání rodiči nebo snížené chuti k jídlu v důsledku chronického stresu, byla přehodnocena. U většiny dětí a adolescentů byla prokázána snížená tvorba růstového hormonu (GH) terciárního (hypotalamického) typu. Bývá spojena s opožděním kostního zrání a u starších jedinců s opožděným či úplně chybějícím nástupem puberty z porušené tvorby gonadoliberinu. Tato psychoneuroendokrinní dysfunkce je reverzibilní, pokud je (podle okolností) dítěti umožněno dočasně anebo trvale změnit prostředí. Některé děti bývají endokrinologem mylně diagnostikovány jako idiopatický deficit růstového hormonu, ale na jeho podávání velmi málo reagují.

Poučení pro praxi:

1. Tělesný růst je nejcitlivějším dlouhodobým ukazatelem zdraví dítěte. Sledování tělesné výšky a růstové rychlosti se záznamem do percentilového grafu je významnou součástí každé preventivní prohlídky.

2. V případě emoční deprivace je výška dítěte alterována výrazněji než jeho hmotnost.

3. PLDD má nezastupitelné místo v rozpoznání psychického nebo fyzického týrání dítěte.

4. Pokud dítě s „deficitem“ růstového hormonu nereaguje adekvátně na substituční léčbu, je naléhavé podezření na „psychosociální“ příčinu.

5. Odstranění negativních vlivů je provázeno normalizací hormonální tvorby s významným urychlením růstové rychlosti.

Traumatizované děti a jejich terapie

doc. PhDr. Jana Kocourková, CSc.

MUDr. Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2.LF Praha

Dětské trauma představuje zážitek, s nímž se dítě není schopno vypořádat pomocí obvyklých adaptačních mechanismů. Za traumatické můžeme

považovat takové události, které ohrožují psychickou či fyzickou integritu. Může jít o náhlu, jednorázovou, nepředpověditelnou událost, která má charakter „šoku“ (přepadení, znásilnění, účast v katastrofické situaci) či o opakující se, předpověditelnou a očekávanou událost, kterou však dítě nemůže odvrátit (týrání, zneužívání). V dětském věku může také dojít k traumatizaci v konfrontaci s ohrožením blízkých osob, či v důsledku traumatické ztráty blízké osoby (vražda, sebevražda, nepředpokládaná smrt). Pro dětský věk je významné, zda traumatizace pochází z rodinného prostředí a vyplývá z traumatizujícího chování blízkých či cizích osob.

Z diagnostického hlediska rozlišujeme zejména akutní reakci na stres, posttraumatickou stresovou poruchu a poruchu přizpůsobení, z hlediska pozdějších následků traumatické zkušenosti předpokládáme jejich podíl zejména na vzniku neurotické symptomatiky a osobnostní vývojové patologie.

Okolnosti ovlivňující traumatický proces, jeho závažnost a způsob řešení:

- typ traumatické události (vnější stresor)
- závažnost traumatické události
- osobnost dítěte a subjektivní význam traumatu
- vývojové stadium, ve kterém k traumatizaci došlo
- psychosociální stabilita rodiny a způsob reakce rodičů či jiných blízkých osob
- podpora širšího sociálního okolí
- dostupnost odborné pomoci

Terapie traumatizovaných dětí je zaměřena buď na řešení akutní stresové situace nebo na řešení posttraumatických následků. Nezbytná je integrace psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapeutický proces má tři fáze. V první fázi jde o vytvoření důvěry mezi dítětem a terapeutem, v druhé fázi dochází ke zpracování traumatické události a výsledkem třetí fáze by měla být psychosociální reintegrace. V dětském věku je kromě obvyklých psychoterapeutických modalit potřebná rodinná terapie. V rámci farmakoterapie jsou nejčastěji indikována anxiolytika a antidepresiva.

Doporučení pro praxi: Nezbytnost správné diagnostiky a adekvátní terapeutické indikace.

Empatie pro traumatickou zkušenost dítěte. Spolupráce v rámci psychosociální sítě dítěte.

FIREMNÍ SYMPOZIUM MSD

ČTVRTEK / 17. 5. 2007 / 16.00–17.30 hod.

Karcinom děložního hrdla – možnosti prevence a eradikace

MUDr. Aleš Skřivánek

Abstrakt nedodán.

Změnily se leukotrieny i možnosti antileukotrienů?

doc. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

V roce 1976 Borgeat izoloval prvního zástupce nové skupiny lipidových mediátorů – leukotrien B₄. Ale až v roce 1980 Samuelsson prokázal, že SRS-A je vlastně tvořena leukotrieny C₄, D₄ a E₄. Za tento objev mu byla udělena v roce 1982 Nobelova cena. Leukotrieny se váží na specifické receptory, po jejichž aktivaci se manifestuje jejich vliv na průběh imunitní odpovědi. CyLT1 receptor prokázal Drazen v roce 1980 a CyLT2 receptor Labat v roce 1992. CyLT1 receptor se nachází na plicních makrofázích, buňkách hladkého svalstva, eozinofilech, bazofilech a monocitech, B lymfocytech a CD34 buněčných prekurzorech. V průběhu časně alergické reakce po přemístění dvou molekul IgE antigenem na povrchu žírných buněk dochází k uvolnění mediátorů, následně i leukotrienů, které se pak naváží na CysLT1 receptor (autokrinní proces) na povrchu mastocytů. Následně dochází k uvolnění Ca²⁺, které ovlivňuje alergickou zánětlivou odpověď. Tento autokrinní signál následně vede opět ke zvýšené tvorbě leukotrienů a jejich uvolnění, což uzavírá „cysteinylový cyklus vitiosus mastocytů“ v rámci alergické reakce, a reguluje tak funkci mastocytů a částečně i buněk hladkého svalstva parakrinně uvolněnými leukotrieny. Dalším vztahem ovlivňujícím dynamiku alergické odpovědi je vzájemný vztah mezi histaminem a leukotrieny. V histaminem aktivovaných makrofázích dochází ke zvýšené tvorbě leukotrienů – LTD₄, a na druhé straně leukotrieny mohou podporovat uvolňování mediátorů zánětu v dýchacích cestách, z čehož vyplývá, že tyto mediátory se v časně i pozdní fázi alergického zánětu potencují ve svých účincích.

Cesta k současné strategii léčby dětského astmatu

prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

Praha

Epidemiologické studie, provedené i v České republice, potvrzují, že dětské astma patří k vážným a častým chronickým onemocněním dětského věku. Prevalence astmatu v dětské populaci v průřezu

věkových skupin 5-9-13-17 let se blíží prokazatelně 8 %. Jen za poslední dekádu se zvýšila dvojnásobně (SZÚ). Jeho zdrojem jsou zejména alergické děti, ale významnou úlohu v tom sehrává i zlepšení diagnostického přístupu u častých stavů obstrukce dýchacích cest v prvních letech života. Potvrzuje se, že nejméně třetina případů dětského astmatu začíná v prvních pěti letech života. Je to období, kdy se astma často projevuje netypicky jen dráždivým kašlem spojeným s rýmou, náznaky hvízdavého dýchání. Technické možnosti diagnostiky a průkazu astmatu jsou omezené, proto klinické hodnocení průběhu příznaků je zvláště důležité. Rozlišují se čtyři klinické fenotypy dětského astmatu:

- časně přechodné hvízdavé dýchání kojenců a batolat do tří let věku
- hvízdavé dýchání neatopiků, nealergiků navozené virovou infekcí
- perzistující hvízdavé dýchání/astma zprostředkované IgE protilátkami (alergické)
- dětské astma s pozdním začátkem (výrazná atopie, převaha dívek, vysoká bronchiální reaktivita).

Začátek 90. let 20. stol. znamená výrazný posun pohledu na podstatu astmatu. Astma se definuje jako chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest s průkazem především eozinofilního zánětu. Pro prognózu astmatu se stává rozhodující včasné stanovení diagnózy a včasné zahájení léčby k potlačení rozvoje zánětu, který hrozí vývojem chronických až nevratných změn (strukturální změny stěny bronchů). Farmaka se dělí na úlevová, která se používají jen podle potřeby k potlačení akutních příznaků, a na farmaka pro dlouhodobou protizánětlivou léčbu, která mají nejenom léčebnou, ale i preventivní účinnost.

V aplikaci léčiv převládla cesta inhalačního podání, proto u dětí je třeba respektovat ve volbě inhalačního systému věk dítěte a jeho schopnost správně technicky inhalaci zvládnout. Ve výběru protizánětlivé léčby se staly dominantní inhalační kortikosteroidy. Globální strategie vydaná v roce 1996 ve vedení léčby vycházela z klasifikace astmatu podle jeho tíže.

V listopadu 2006 vyšla nově upravená Globální strategie péče o astma (GINA—WHO) uplatňující nový pohled. Klasifikace astmatu se opírá o hodnocení stupně kontroly nad astmatem a dělí je na:

- astma pod kontrolou
- astma pod částečnou kontrolou
- astma pod nedostatečnou kontrolou.

Jde o průběžné hodnocení, na němž se mají u dítěte velmi aktivně podílet rodiče (později dítě samotné), vybavení „osobním plánem léčby“, písemnými „Testy kontroly astmatu“ a nejlépe i výdechoměrem k měření variability bronchiální reaktivity. Cílem je léčba k dosažení kontroly nad astmatem a při průběžném monitorování její udržení.

Dlouhodobá léčba se opírá o léky s preventivním protizánětlivým účinkem, tedy léky kontrolující astma. Za neúčinnější jsou považovány stále inhalační kortikosteroidy, k nimž nový dokument řadí i nesteroidní antileukotrieny. Vedení léčby se řídí podle aktuálního hodnocení kontroly nad astmatem v možnosti pěti stupňů.

Monoterapie je realizována jen inhalačními kortikosteroidy v nízké dávce (2. stupeň léčby), inhalačními kortikosteroidy ve střední či vysoké dávce (3. stupeň léčby) nebo systémově podávanými antileukotrieny (2. stupeň léčby).

Jestliže monoterapie nevede k dosažení kontroly nad astmatem, pak přichází na řadu kombinovaná léčba. Jejím cílem je m.j. i snaha dosahovat výsledku při nejnižších dávkách inhalačních kortikosteroidů (IKS). Kombinovaná léčba (3. stupeň léčby) se opírá o kombinaci IKS s beta-2 mimetiky s prodlouženým účinkem (LABA) nebo o možnost kombinace IKS s antileukotriem, případně retardovanou formou teofylinu.

Nedosahuje-li se optimálního účinku, forma kombinací se rozšiřuje.

Dosavadní léčebné postupy vedly k tomu, že dětské astma se stalo ambulantní nemocí s minimální potřebou hospitalizace. Statistiky posledních let také potvrzují, že na astma nezemřelo žádné dítě (2004, 2005). Praktický přístup vedení léčby astmatu podle průběžně hodnoceného stupně kontroly nad astmatem slibuje výsledky ještě výraznější.

Současné poznatky o infekci parvovirem B19 v detském věku

doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, CSc.

Parvovirus B19 patří mezi nejmenší známé DNA viry, které infikují lidské buňky. Je běžným lidským patogenem, promořenost populace vzrůstá s věkem. Přenos infekce je možný respiračními sekrety, krevními deriváty podanými parenterálně nebo vertikálně přenosem z matky na plod. Buněčným receptorem viru je globosid, neutrální glykosfingolipid nacházející se na erytrocytech, známý jako P antigen krevních skupin. Replikace viru probíhá proto pouze v erytrocytech a v erytrocytech. P antigen se nachází rovněž na povrchu megakaryocytů, endoteliálních buněk a na fetálních myocytech, žádná z těchto buněk však neumožňuje efektivní replikaci viru, pouze omezenou expresi NS1 proteinu bez produkce kapsidy viru. U zdravého jedince vyvolává infekce parvovirem B19 tvorbu IgM a IgG protilátek. IgM protilátky se objevují 10.–14. den po infekci a přetrvávají v séru většinou po dobu 3 měsíců. IgG protilátky se objevují 2 až 3 týdny po infekci a přetrvávají po celý život.

Parvovirus B19 je původcem řady onemocnění: páté nemoci (erythema infectiosum) u dětí předškolního věku, horečnaté infekce s polyartralgiami u dospělých, tranzitní aplastické krize u pacientů s hemolytickou anémií a neimunitního hydroksu plodu. Parvovirová infekce byla vzácně popsána jako příčina myokarditidy. Postižení myokardu může souviset s tkáňovou distribucí P antigenu v myocytech. Parvovirus B19 byl prokázán v některých případech akutní cerebelární ataxie, aseptické meningitidy, hepatitidy, nekrotizující vaskulitidy, Henochovy-Schönleinovy purpury a Kawasakiho syndromu. V etiologii těchto onemocnění se může uplatňovat mimo jiné i indukce autoimunitního procesu vyvolaná virem. U imunosuprimovaného pacienta nemusí být parvovirová infekce vzhledem k nedostatečné produkci protilátek plně eradikována, což má za následek vznik chronické infekce. Projevuje se většinou jako chronicky probíhající čistá aplazie erytropoézy s anémií, vzácně jako pancytopenie.

Diagnóza je ve většině případů klinická. Přítomnost protilátek třídy IgG a IgM je možno prokázat ELISA metodou. Diagnóza perzistující infekce u imunodeficitních jedinců vyžaduje molekulárně-genetické vyšetření k průkazu DNA viru.

U pacientů bez poruchy imunity odezní infekce parvovirem B19 většinou spontánně.

Někteří pacienti s artralgiemi při infekci parvovirem B19 vyžadují symptomatickou léčbu nesteroidními antiflogistiky. U pacientů s TEC je při těžké anémii nutno podat transfuzi erytromasy, infekce parvovirem B19 však odezní většinou rovněž spontánně.

U imunosuprimovaných pacientů s chronickou symptomatickou a klinicky významnou anémií a u pacientů před a po transplantaci kostní dřeně a orgánů je nutno infekci léčit. Doporučenou a všeobecně uznávanou léčbou je aplikace komerčních preparátů imunoglobulinů obsahujících vysoký titr neutralizačních protilátek.

Enteroviry – starý nebo nový patogen plicních onemocnění u dětí

doc. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Skupina enterovirů byla pojmenována v roce 1957 a byly do ní zařazeny polioviry, coxsackieviry a echoviry.

Coxsackieviry vyvolávají inaparentní nebo jen mírné infekce. Exantémy, enantémy až puchýřnaté kožní léze vyvolávají coxsackie skupiny A a pleurodynii a virovou pericarditidu/myocarditidu coxsackie skupiny B.

Varianta coxsackieviru A24 vyvolává až pandemie akutní hemoragické conjunctivitidy. Na základě protilátkově neutralizačního testu prokazujeme – Coxsackie A (A1 – 24) a Coxsackie B (B1 – B6).

Coxsackie A 21 a 24 vyvolávají tzv. „letní chřipky“ – horečku, rýmu, kašel a bolesti v krku. Přenos je kapénkami.

Coxsackie A16 byla izolována při nemoci rukou, nohou a úst „hands, feet and mouth disease“, u které se objevují vezikulárně ulcerativní léze, trvající 5–10 dnů.

Respirační onemocnění (akutní zánět horních, vzácně i dolních dýchacích cest) bývají v důsledku infekce především Echovirem 11, 12 a Coxsackieviry A 21, 24.

V roce 1988 byl popsán na RTG výskyt jednostranně zvětšených lymfatických uzlin vpravo paratracheálně, plicní infiltrace s exantémem a průjmem vyvolaný Coxsackie B3. V roce 1993 v jižní Austrálii byly vyvolávajícím agens infekce dolních dýchacích cest s přetrvávajícím kašlem prokázány Coxsackie B6.

Na naší klinice jsme u 3 chlapců ve věku 14–16 let s různým klinickým průběhem potvrdili jako vyvoláva-

jící agens hyperdezních ložisek v plicích prokázaných při CT vyšetření Coxsackie B3.

Rotavírusové nákazy a ich prevencia

MUDr. Pavol Šimurka¹,

MUDr. Mária Štefkovičová, PhD, MPH²

¹Detské oddelenie Fakultnej nemocnice, Trenčín

²Regionálny ústav verejného zdravotníctva, Trenčín

Na celom svete sú rotavírusové (rotavírus, RV) infekcie najčastejším etiologickým pôvodcom závažných hnačkových ochorení u kojencov a malých detí. Počas prvých piatich rokov života sa prakticky každé dieťa infikuje týmto pôvodcom a to bez ohľadu na sociálno-ekonomickú príslušnosť. V rozvojových krajinách sú 3. najčastejšou príčinou úmrtí na infekčné ochorenia preventabilné ochorenie u detí do 5 rokov (predtým sú pneumokokové infekcie a morbilli). Aj keď vo vyspelých krajinách je mortalita na RV infekcie veľmi nízka, ochorenie je hlavnou príčinou ťažkého zvracania a hnačky vedúcej k dehydratácii a hospitalizácii, čím predstavuje významnú ekonomickú záťaž.

Nákaza vzniká v kontakte s chorým človekom alebo nosičom. Typickým mechanizmom prenosu je fekálno-orálny prenos, infekcia sa šíri kontaminovanými rukami veľmi rýchlo. Vírus je prítomný na hračkách, povrchoch a bežne spôsobuje epidémie v rodinách, detských zariadeniach alebo nemocniciach. Keďže ide o značne rezistentný vírus, aj v zariadeniach s dobrým hygienickým štandardom je účinnosť protiepidemických opatrení pomerne nízka. RV infekcie sú najčastejšou príčinou nozokomiálnych infekcií na detských oddeleniach nemocníc. Zaslúhou sezónneho výskytu sa môžu infekcie v určitom období kumulovať a obmedzovať prevádzku oddelenia.

Najvyššia incidencia ochorenia je pozorovaná vo veku 6–24 mesiacov, u starších detí a dospelých infekcia prebieha miernejšie alebo inaparentne. Inkubačný čas je 1–3 dni. Výskyt ochorenia v miernych pásmach má typický sezónny charakter pre zimné a skoré jarné mesiace.

Symptomatická infekcia má klasickú triádu príznakov – horúčka, zvracanie a vodnaté hnačky. Po krátkej inkubačnej dobe (1–3 dni) sa objaví vzostup teploty a opakované zvracanie. Horúčky a zvracanie trvajú 1–3 dni, ale už 1. deň ochorenia sa tiež objavujú časté a veľmi vodnaté stolice, väčšinou bez patologickej prímеси. Infekcia môže prebehnúť len pod obrazom zvracania a subfebrilných teplôt, bez hnačky. Celé ochorenie zvyčajne trvá 5–8 dní a je často prekvapivo náhle ukončené, s úpravou vodnatých

stolic formovanou stolicou. Tento príznak môže u detí pomôcť v odlišení RV gastroenteritíd od bakteriálnych hnačkových ochorení.

Najdôležitejšou komplikáciou RV infekcií je dehydratácia s poruchou elektrolytovej rovnováhy, extrarenálnou poruchou funkcie obličiek a ďalšími dôsledkami vychádzajúcimi z extrémnych strát tekutín a minerálov, výsledkom ktorých môže byť hypovolemický šokový stav s jeho dôsledkami.

Klinická diagnóza ochorenia je založená na anamnestických údajoch, epidemiologických súvislostiach, klinickom obraze (horúčka, zvracanie, vodnaté objemné hnačky) a laboratórnom vyšetrení. V bežnej praxi sú využívané hemaglutinačné, imunochromatické metódy alebo enzýmová imunoanalýza (EIA).

V súčasnosti nie sú dostupné žiadne špecifické antivirotiká, ktoré by účinkovali proti RV. Základom liečby je podávanie tekutín, perorálne alebo parenterálne, s cieľom predchádzať alebo korigovať dehydratáciu. Veľmi dôležitým liečebným postupom je čo najskoršia realimentácia, ktorá vo forme dobre tolerovateľných potravín má zabrániť ďalšiemu poškodeniu sliznice. Dojčenie sa neodporúča prerušiť, len podávať medzi dávkami rehydratačný roztok. Realimentácia má byť nielen skorá, ale aj rýchla, mlieko je možné podávať hneď po fáze rýchlej rehydratácie na rozdiel od prístupu pri hnačkových ochoreniach inej etiológie.

Očkovanie je jediným spôsobom, ktorý môže ovplyvniť výskyt RV gastroenteritíd. Registrované sú 2 vakcíny – Rotarix (GSK) a Rotateq (MSD), prvá sa podáva 2-krát, druhá 3-krát, podávanie je perorálne, očkovanie by sa malo realizovať v prvom polroku života. Vakcína je živá, má preverený spoľahlivý bezpečnostný profil. Nedoriešenou otázkou je vysoká cena vakcíny a spôsob úhrady pri požadovanom zaradení do celoplošného očkovania.

Záver: RV infekcie sú najčastejšou príčinou hnačkových ochorení v prvých rokoch života. Môžu byť aj najčastejšou príčinou nozokomiálnych nákaz na detských oddeleniach. V liečbe je dôležitá rýchla rehydratácia a skorá realimentácia. Napriek vysokej morbidite povedomie o ochorení je nízke, potrebné je zvýšenie informovanosti u rodičov, lekárov aj meneže-

rov zdravotnej politiky. Za jediný spôsob významne ovplyvňujúci výskyt závažnej rotavírusovej infekcie sa považuje očkovanie.

Cestování s dětmi

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

MUDr. Alena Špidlenová,

Infekční klinika, FN a LF UK v Plzni

Cestování přináší kromě nových a příjemných zážitků i řadu problémů a zdravotních rizik, souvisejících se změnou podmínek. Proto je nutná před každou cestou pečlivá příprava a prevence.

Cestování s dětmi v raném kojeneckém věku do zcela jiných podmínek není vhodné. Pokud je cesta nezbytná, očkuje se do 6 měsíců 3 dávkami proti diftérii, tetanu, pertusi, hemofilovým nákazům a hepatitidě B. S očkováním lze začít již od věku 6 týdnů v intervalech 1 měsíce (3. dávka proti hepatitidě B až za půl roku po 2.). Očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám v tomto věku není nutné. Proti poliomyelitidě je důležité podat alespoň 2 dávky (lépe 3) v intervalu 1 měsíce i mimo kampaň. U plně kojenných odpadá problém se stravou. Pokud se podávají formule, do příručního zavazadla patří strava a kojenecká voda alespoň na 2 dny.

Cestování v letadle. K vyrovnání tlaku ve střední části při vzletání a přistávání se doporučuje kojit. Nelétat při otitidě. Je nutné dbát na dobře průchodné dýchací cesty – pozor na ucpaný nos.

Děti od 6 do 12 měsíců.

Proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám se doporučuje očkovat. Booster dávka následuje ve 12.–15. měsíci a další ve 21.–25. měsíci věku. Při cestě do oblastí s výskytem meningokokových nákaz je vhodné očkování proti meningokokům. Od 6 měsíců věku lze podat vakcínu proti žluté zimnici, je však třeba ještě booster za 2 týdny po první dávce. Ostatní očkování se řídí běžnými schématy. Děti od 1 do 3 let.

Ani pro tyto děti není dlouhé cestování příliš vhodné. Při cestách do oblastí s nižší životní úrovní lze od 2 let věku podat vakcíny proti břišnímu tyfu a hepatitidě A. Již od 1 roku věku lze podat vakcí-

nu proti hepatitidě A a B. Očkování proti choleře je možné zahájit již ve 2 letech. Od 2 do 6 let se očkuje 3 dávkami (v týdenních intervalech, poloviční dávka prášku), od 6 let věku 2 dávkami. Podle místa pobytu se indikuje preexpoziciční očkování proti vzteklině.

Děti 3 – 10 let.

Cestování je pro tyto děti zdrojem poznatků, dobrodružství a radosti. Vhodná je příprava stravy z vlastních zdrojů. Stravování v hotelu je nejisté, maso může být nedostatečně tepelně zpracované, vajíčka na měkko, kostky ledu v nápojích, zelenina a ovoce nemusí být dobře omyté. V malarických oblastech je nutná profylaxe malárie. Oblasti s menším rizikem: DELAGIL 5 mg/kg 1 x týdně + Paludrin 3 mg/kg. Menší děti azithromycin, clarithromycin denně 1 tbl. Oblasti s vysokým rizikem: LARIAM – možno podat nad 3 měsíce věku (nad 5 kg hmotnosti) v dávce 25 mg/kg (15–19 kg 1/4 tbl., 20–30 kg 1/2 tbl., 3–45 kg 3/4 tbl., nad 45 kg 1 tbl. 1x týdně.

Prevence průjmových onemocnění. Zásadou je pít pouze originálně balenou vodu, nakupovat ovoce jen se slupkou, event. ovoce omývat balenou vodou. Nekupovat jídlo, ovoce ani čerstvé ovocné šťávy na ulici. Jíst maso pouze dobře tepelně zpracované. Vynechat vajíčka, majonézy, zákusky se žloutkovým krémem. Dbát na mytí rukou mýdlem.

Z dalších opatření je nezbytná ochrana před sluncem, hmyzem a nošení vhodné obuvi na pláži; vhodné jsou plážové podložky.

Závěr. Na cestu s dítětem je nutné se dobře připravit. V případě chronického onemocnění je vždy nutná konzultace odborného ošetřujícího lékaře a zvážení vhodnosti cesty. Vždy dbát na zajištění léků na dostatečně dlouhou dobu. S sebou očkovací průkaz a zdravotní pojištění. V případě onemocnění dítěte je nutné vždy vyhledat lékařskou pomoc.

Příušnice, zarděnky, spalničky – aktuální situace, současné možnosti prevence

MUDr. Zlata Jirsenská

Abstrakt nedodán.

PŘEDNÁŠKA ZAHRANIČNÍHO HOSTA

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 10.00–10.10 hod.

The first choice inflammation marker in point-of-care

D. Janke

The clinical, time saving and economical benefit of testing CRP point-of-care. The availability of good CRP test for point-of-care testing.

poznámky

SYMPOZIUM EUNI

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 10.10–10.30 hod.

EUNI – 3. cesta ke kreditům

PharmDr. Vladimír Finsterle,
Pears Health Cyber s.r.o.

Elearning je moderní efektivní formou vzdělávání, která má své výhody i nevýhody oproti vzdělání klasickému – prezenčnímu. Vyžaduje určité základní technické vybavení a minimální míru počítačové gramotnosti, které jsou předpokladem pro to, aby se lékař mohl začít vzdělávat prostřednictvím internetu.

I když není nabídka elearningových systémů v České republice tak rozsáhlá jako na západ od našich hranic, nalezneme již i u nás portál, který tento typ vzdělávání nabízí – EUNI (www.euni.cz). EUNI není omezena pouze na jeden obor, ale nabízí

vzdělávací témata z různých specializací, která pro tento portál připravují přední odborníci na danou problematiku (např. garantem pro obor pediatrie je prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.). EUNI je založena na systému dynamicky aktualizovaných lekcí doplněných řadou interaktivních prvků a kazuistických rozborů. Samozřejmě zde nechybí ani test pro ověření získaných znalostí, za jehož úspěšné složení lékař získá 8 kreditů, které se započítávají do kontinuálního vzdělávání ČLK.

Studium EUNI je ZDARMA, stačí se jen zaregistrovat na www.euni.cz.

Studovat a ověřovat si své znalosti můžete kdykoli podle Vašich možností. Lekce a testy jsou „otevřeny“ 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Chcete-li si EUNI vyzkoušet, navštivte v pátek 18. 5. 2007 stánek EUNI, kde budou v průběhu celého dne probíhat ukázky možností studia na této elektronické univerzitě.

FIREMNÍ SYMPOZIUM NUTRICIA

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 10.30–12.00 hod.

Nové pohledy na terapii alergie na bílkovinu kravského mléka

MUDr. Pavel Frůhauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha, Katedra pediatrie IPVZ Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 1. LF UK

Je udáváno, že alergií na bílkovinu kravského mléka (ABKM) trpí minimálně kolem 2 % dětí v kojeněckém věku, z toho kolem 0,5 % plně kojených.

Stávající doporučení uvádějí jako doporučení k prevenci u dětí se zátěží alergií v rodině podávat HA formule (parciálně hydrolyzované – pHF), pokud dítě nemůže být kojeno. Terapeuticky bylo doporučováno podávat extenzivně hydrolyzované preparáty (eHF) s tím, že pro malou část dětí je tato úprava nedostatečná a je třeba přistoupit k podávání aminokyselinových preparátů (AAF).

Optimálním diagnostickým postupem je eliminace fyziologické formule a její náhradou eHF (event. AAF) s ústupem klinických obtíží a potvrzení ABKM reexpozicí původní formulí (v případě kojeného dítěte eliminací KM z výživy matky).

Nová doporučení k terapii ABKM (Vandenplas, 2006) dělí symptomatologii ABKM na:

- a) lehké a středně těžké projevy a na
- b) skupinu těžkých projevů ABKM, které jsou indikovány přímo k terapii AAF, tj. neprospívání v důsledku:

- 1) průjmů
- 2) regurgitací
- 3) odmítání stravy
- 4) enterorrhagie s anemizací
- 5) exudativní enteropatie
- 6) těžkého ekzému.

Rovněž z pohledu prevence rozvoje dalších alergických onemocnění se stále více spekuluje o tom, zda není vhodné preferovat i v umělé výživě dětí bez rodinné alergické zátěže HA (pHF) formule.

Z hlediska rozvoje možných multiproteinových alergií je doporučováno odsouvat kontakt s nemléčnými porcemi až na konec 6. měsíce života (při dobrém prospívání dítěte), nepodávat je dříve než před koncem 4. měsíce. Z výživy dětí s manifestovanou ABKM se doporučuje do konce 1. roku života eliminovat neupravenou mléčnou bílkovinu v jakékoliv podobě.

Extenzivní (terapeutické) hydrolyzáty s částečnou úhradou se zdravotního pojištění může při ABKM předepisovat PLDD a dětský lékař. Preskripcie ami-

nokyselinových preparátů je při prokázané ABKM usměrněna na dětského lékaře, dětského gastroenterologa a alergologa.

Intolerancia laktózy nie je alergia

MUDr. Iveta Čierna

2. dětská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Úvod: Intolerancia laktózy ako aj alergia na bielkovinu kravského mlieka patria do skupiny takzvaných nežiadúcich potravinových reakcií. Nežiadúce potravinové reakcie môžu byť toxické a netoxické. Toxické reakcie vyvolávajú toxíny baktérií (stafylokokový, salmonelový enterotoxín), vysoký obsah biogénnych amínov alebo otrava ťažkými kovmi (olovo, ortuť). Netoxické reakcie spôsobujú imunitné a neimunitné mechanizmy. Príkladom imunitnej reakcie na mlieko je práve alergia. Naopak, intolerancia laktózy je enzymatická porucha, ktorá nevzniká následkom imunologických reakcií. V oboch prípadoch je potrebná eliminačná diéta. U intolerancie laktózy je povolená konzumácia mlieka a mliečnych produktov so zníženým obsahom laktózy podľa individuálnej tolerancie, naopak u alergie na bielkovinu kravského mlieka je konzumácia akýchkoľvek výrobkov obsahujúcich mléčnu bielkovinu zakázaná. Tieto pojmy sa v klinickej praxi veľmi často zamieňajú.

Intolerancia laktózy:

Laktóza je mléčný cukor, ktorý je prirodzenou súčasťou mlieka a mléčných výrobkov. V tenkom čreve, v jeho kefkovom leme sa laktóza štiepi pomocou enzýmu laktázy (-galaktozidázy) na dva monosacharidy – glukózu a galaktózu. Aktivita enzýmu laktázy sa u plodu dá zistiť už v treťom mesiaci gravidity, postupne stúpa až do pôrodu, kedy dosahuje najvyššie hodnoty. Aktivita tohto enzýmu zostáva pre obdobie dojčenia vysoká a postupne klesá po druhom roku života, čo vyplýva zo zloženia stravy a nižšej spotreby mlieka.

Klinické príznaky vznikajú následkom zníženej alebo dokonca chýbajúcej aktivity enzýmu – laktázy. Neštiepená laktóza sa do organizmu nevstrebáva dostáva sa do distálnejších častí čreva. Neresorbovaná laktóza v tenkom čreve vytvára osmotický gradient s difúziou vody a elektrolytov do lumenu čreva. Zväčšenie objemu črevného obsahu stimuluje črevnú motilitu a urýchľuje pasáž črevného obsahu.

Príčiny deficitu laktázy môžu byť rôzne, patrí k nim: a) kongenitálny deficit laktázy, b) intolerancia laktózy u nedonosných novorodencov, ktorá vyplýva z nezrelosti zažívacieho traktu, c) adultný deficit laktázy je najčastejší, postihuje asi každé šieste dieťa a dospelého po treťom roku života, kedy nastáva gene-

ticky podmienená redukcia aktivity enzýmu, d) získaný (sekundárny, prechodný) deficit laktázy je známou komplikáciou mnohých infekčných hnačkových ochorení (bakteriálnych, vírusových, parazitárnych), vzniká aj po poškodení črevnej sliznice liekmi (antibiotiká, chemoterapeutiká) resp. pri niektorých chronických ochoreniach (celiakia, Crohnova choroba).

Stanovenie diagnózy laktózovej intolerancie vychádza z anamnézy, klinického obrazu a laktózo-tolerančného testu.

V strave dojčiat a batoliat u ktorých podstatnou zložkou stravy je mlieko sú indikované mléčne formuly so zníženým obsahom laktózy. U starších detí, adolescentov a dospelých je tolerancia na množstvo laktózy v strave individuálna, závisí od aktivity enzýmu v čreve. V prvom rade nesmie sa celkom zakazovať konzumácia mlieka a mléčných výrobkov, tolerancia laktózy u jednotlivcov je individuálna.

Alergia na bielkovinu kravského mlieka:

Alergia na mlieko je definovaná ako hypersenzitívita na bielkovinu kravského mlieka, ako nežiadúca reakcia imunitného systému na uvedený alergén. Alergénom je mléčna bielkovina.

Počas prvého roka života viac ako 2% dojčiat (0,5% dojčených detí) je postihnutých alergiou na bielkovinu kravského mlieka a približne polovica z nich má gastrointestinálne symptómy. Vývoj alergie závisí od viacerých faktorov, vrátane genetickej predispozície, včasnej expozície alergénneho proteínu (čas, dávka, frekvencia) ako aj od vývoja tolerancie.

Alergia na bielkovinu kravského mlieka sa v 50–80% manifestuje symptómami zo strany gastrointestinálneho traktu, u 20–40% detí na koži a u 10–25% detí respiračnými príznakmi. Postihnutie viacerých systémov nie je zriedkavé a môžu sa vyskytnúť aj anafylaktické reakcie.

Neexistuje žiadny jednoznačný spoľahlivý diagnostický test na potvrdenie potravinovej alergie ako aj alergie na bielkovinu kravského mlieka. Základom diagnózy je aj anamnéza a podrobný popis príznakov. Zlatým štandardom diagnostiky je dvojito-zaslepený, placebo kontrolovaný expozičný test. V diagnostike sa používajú kožné testy a laboratórne vyšetrovacie metódy (dôkaz špecifických IgE protilátok a bunkové testy).

Liečba alergie na bielkovinu kravského mlieka spočíva v eliminácii tohto alergénu zo stravy dojčaťa. U detí na umelej výžive sa v liečbe používajú preparáty s vysokým stupňom hydrolyzy. Niektoré deti však môžu reagovať aj na zvyškové množstvo bielkovín kravského

mleka v týchto prípravkoch, preto je u nich indikovaná elementárna diéta na báze aminokyselín. Diéta pre alergikov na bielkovinu kravského mlieka teda predstavuje úplné vylúčenie tohto alergénu.

Immunofortis a jeho vliv na zdraví dětí

MUDr. Kateřina Uxová

Novorozenci se rodí s nezralým imunitním systémem. Zejména složky specifické imunity a imunitní paměti, díky níž dochází k rychlejší reakci na antigenní podněty po opakovaném styku s nimi, musí teprve vyzrát. Novorozeneček je tak vystaven zvýšenému riziku infekčních a alergických onemocnění a rovněž imunitní odpověď na vakcinaci během prvního roku života je snižena.

Novorozenci se rodí s převahou Th2 lymfocytů, které mají význam k tomu, aby nedošlo k rejekci plodu in utero. Po narození je však potřeba k zajištění fyziologické imunitní reaktivity vybalancovat rovnováhu ve prospěch Th1 lymfocytů, které jsou zodpovědné za efektivní antimikrobiální odpověď, zatímco převaha Th2 lymfocytů je spojena se zvýšeným rizikem alergických onemocnění.

Během posledních 40 let studie prokázaly, že kojené děti jsou oproti nekojeným ve výhodě – mají celkově nižší výskyt infekčních a alergických onemocnění. Příkladem může být studie (Chien, Howie, 2001) se 478 dětmi, které byly rozděleny do 2 skupin. U skupiny dětí plně kojených po dobu 13 týdnů byl zaznamenán signifikantně nižší výskyt respiračních a gastrointestinálních infekčních onemocnění než u dětí, které dostávaly umělou výživu. Snižovaná nemocnost dokonce přetrvávala i během 1. roku života, kdy už děti kojeny nebyly.

Finská studie (Saarinen, 1995) sledovala vztah mezi kojením a výskytem atopických onemocnění až do věku 17 let. Prevalence manifestní atopie se vyskytovala nejvíce u dětí, které nebyly kojeny vůbec nebo byly kojeny jen po velmi krátkou dobu. V prvních 3 letech života byla prevalence atopického ekzému nejnižší u dlouhodobě kojených dětí.

Příznivé účinky mateřského mléka jsou vysvětleny existencí mnoha komponent s imunologickými vlastnostmi – imunoglobuliny, cytokiny, imunokompetentní buňky. Mateřské mléko navíc obsahuje oligosacharidy, které jsou jeho třetí nejvíce zastoupenou složkou (Neubauer, 1995). Nyní je prokázáno, že právě oligosacharidy mateřského mléka jsou důležitým faktorem zodpovědným za posilování imunitního systému (Collins, Gibbon 1997).

Zatímco probiotika jsou potravinovým doplňkem obsahujícím živé bakterie s příznivým účinkem na hostitelovo zdraví, prebiotika jsou nestravitelné části potravin. Jinými slovy: tato část potravy se v nestrávené podobě dostává do střeva, kde slouží jako

substrát pro růst a kolonizaci zdraví prospěšných bakterií.

Kolonizace gastrointestinálního traktu závisí na vnějších faktorech. Nejnižší počet bakterií je v žaludku díky kyselému prostředí, naopak nejhustěji je osídleno colon, které můžeme z hlediska bakteriální kolonizace považovat za komplexní mikrobiální ekosystém. Různé druhy bakteriální flóry mohou být patogenní (pseudomonády, klostridie), potenciálně patogenní (E. Coli) nebo naopak zdraví prospěšné (laktobacillus, bifidobakterie). Příznivé účinky zdraví prospěšných bakterií zahrnují inhibici růstu patogenů, stimulaci imunitních funkcí, podpora trávení a vstřebávání živin, minerálů a syntézy vitamínů.

Jak se střevní flóra rozvíjí? Aseptický střevní trakt plodu je inokulován během porodu mateřskou střevní a vaginální flórou. Jedná se hlavně o bifidobakterie, enterobakterie, bacteroides a gram – negativní koky. Poté dochází k prudkým změnám ovlivněným hlavně potravou. U výlučně kojených dětí dominují bifidobakterie, které se po zavedení pevné stravy stávají méně predominantní. Ve 12 měsících je střevní mikroflóra bohatá na anaerobní bakterie, a to jak u kojených, tak u nekojených dětí a začíná se více podobat mikroflóře dospělých.

Význam bifido-dominantní mikroflóry u kojených dětí je v tom, že poskytuje ochranu před nárůstem patogenní mikroflóry, a to je zvláště důležité v době, kdy děti ještě nemají plně vyvinutou imunitní odpověď. Z těchto důvodů je bifido-dominantní mikroflóra žádoucí i u dětí, které z různých důvodů kojeny být nemohou.

Mateřské mléko má prebiotický účinek, neboť u kojených dětí podporuje predominanci bifidogenních bakterií ve střevě. Z těchto důvodů může být vzato jako model pro zvýšení bifidogenecity kojenecké výživy. Tak vznikl i koncept přidávání prebiotik do kojenecké výživy. Oligosacharidy mateřského mléka jsou velmi komplexní a nejsou komerčně dostupné. Proto byla společností Nutricia vyvinuta speciální prebiotická směs galaktooligosacharidů s krátkými a fruktooligosacharidů s dlouhými řetězci v poměru GOS:FOS/ 9:1. Tato kombinace napodobuje molekulární distribuci oligosacharidů mateřského mléka. Hlavním cílem nebylo napodobit jejich chemickou strukturu, ale jejich bifidogenní, tj. prebiotické účinky.

Ochranný účinek prebiotické směsi Nutricia spočívá v posílení mechanické, chemické a biologické obrany a byl prokázán na základě četných klinických studií. Střevní mikroflóra podobná flóře kojených dětí vytváří svojí fermentační aktivitou kyselější pH, které zabraňuje růstu a množení patogenních mikroorganismů (Moro, 2003). Se zvýšeným množstvím bifidobakterií došlo u dětí, které dostávaly umělou

výživu s prebiotickou směsí Nutricia i počet potenciálních patogenů a patogenů – E. Coli, klostridií a eubakterií (Knol, 2005).

Výzkumy potvrdily, že rozvoj prospěšných bakterií při kojení závisí na velmi specifickém substrátu. Pozitivní výsledky prebiotické směsi Nutricia byly porovnávány se suplementací prebiotiky s obsahem pouze GOS a s probiotiky (Bifidobact. animalis B6 12). Jednalo se o dvojité slepou studii, při které referenční skupinu tvořilo 101 kojených dětí, 19 dětí dostávalo umělou výživu s prebiotickou směsí Nutricia, 17 dětí výživu s prebiotiky pouze s obsahem GOS, 19 dětí dostávalo výživu s probiotiky a 36 dětí standardní kojeneckou výživu. Vzorky stolice byly odebrány v 5. a 12. týdnu, hodnotilo se procentuální zastoupení bifidobakterií, laktobacilla a pH. Výsledky bifidobakterií nebyly signifikantní, ale proporce laktobacilla se značně lišily. Největší procentuální zastoupení laktobacilla ve srovnání s kojenými dětmi bylo u dětí užívajících výživu s prebiotickou směsí Nutricia. Hodnoty byly téměř srovnatelné. U dětí, které dostávaly výživu obohacenou o prebiotika pouze s obsahem GOS nebo o probiotika, ke zvýšení laktobacilla nedošlo. Podobně pH a složení SCFA bylo ve srovnání s referenční kojenou skupinou srovnatelné pouze ve skupině dětí, které dostávaly prebiotickou směs Nutricia (Bakker-Zerikzee, 2006).

Jiná studie (Guesry, 2000) zjišťovala bifidogenní účinek prebiotik obsahujících pouze fruktooligosacharidy (FOS). 53 dětí bylo randomizováno do skupin, kdy dostávaly 0–2 nebo 3 g FOS po dobu 2 týdnů. Bifidogenní účinek ani změna acidity stolice nebyly prokázány. Jediným účinkem byla pouze zvýšená frekvence stolice.

Kromě výše uvedených ochranných mechanismů, které byly u prebiotické směsi Nutricia prokázány, se studie zaměřily i na průkaz přímého účinku imunologické obrany.

Na zvířecím modelu se potvrdilo, že u novorozenečích myši s nezralým imunitním systémem dokáže prebiotická směs Nutricia navodit rychlejší specifickou postvakcinační odpověď (ve studii byla použita chřipková vakcína), a to v závislosti na koncentraci prebiotické směsi a délce užívání (čím dříve byla myším prebiotická směs podána, tím lepší byla postvakcinační odpověď). Sledovanými parametry byl počet Th1 lymfocytů (měřeno edémem mízní uzliny a hladinou Th1 specifických cytokinů) a hladina specifických protilátek.

Pozitivní vliv prebiotické směsi Nutricia byl však prokázán i na základě klinických studií u dětí.

Bruzesse a Guarino (2006), sledovali po dobu 12 měsíců 326 dětí ve věku 30–120 dnů. Děti byly plně kojeny po dobu alespoň 15 dnů a poté rozděleny do skupiny se standardní mléčnou výživou a mléč-

nou výživou s obsahem prebiotické směsi Nutricia (0,4 g/l). Sledování po 9 a 12 měsících potvrdilo, že u dětí, které dostávaly výživu s prebiotickou směsí, byl signifikantně nižší výskyt opakovaných respiračních infekcí a průjemových onemocnění. V této skupině byl i signifikantně nižší počet dětí, které během prvního roku absolvovaly 2 a více terapií antibiotik.

Moro (2006) prokázal příznivý účinek uvedené prebiotické směsi na výskyt atopické dermatitidy. Ve své studii sledoval 192 dětí s pozitivní rodinnou alergickou anamnézou, které byly rozděleny do sku-

piny dostávající výživu s částečně hydrolyzovanou bílkovinou s a bez obsahu prebiotické směsi Nutricia (0,8 g/l). Děti, které dostávaly výživu obohacenou o prebiotickou směs, vykazovaly signifikantně nižší výskyt atopické dermatitidy, jakož i alergických biomarkerů (snížená hladina IgE, zvýšená hladina IgG4 a snížený poměr IgE/IgG4).

Prebiotická směs Nutricia se nyní používá v kojenecké výživě pod názvem Immunofortis.

Immunofortis je unikátní směs prebiotických oligosacharidů napodobujících svou strukturou oligo-

sacharidy mateřského mléka (galaktooligosacharidy s krátkými a fruktooligosacharidy s dlouhými řetězci v poměru GOS/FOS 9:1).

Umí dodat dítěti efektivní imunologickou ochranu prokazatelně nejbližší mateřskému mléku (snížený výskyt infekčních a alergických onemocnění).

Je bezpečný a prokazatelně funkční jak v počáteční, tak v pokračovací výživě.

Složení Immunofortis je patentované a žádný jiný výrobce nesmí prodávat stejné složení GOS a FOS.

JAK GENY POMÁHAJÍ ROZUMĚT NAŠIM PACIENTŮM – KAZUISTIKY

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 13.00–15.00 hod.

Je renální biopsie vždy nutná?

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,

MUDr. Dana Dostálová, Bernward Hinkes, MD¹,

MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

¹Dept. of Pediatrics and Human Genetics,

Univ. of Michigan, Ann Arbor, USA

Proteinurie (P) anebo hematurie (H) reprezentují časté laboratorní fenomény. Pečlivá analýza příčin P/H je nezbytná zejména v případech, kdy jsou tyto abnormality prokazovány opakovaně.

Popis případu: RA i OA 2,5letého batolete jsou bez pozoruhodností, vč. výskytu některé nefropatie. U dívky byla po proběhlé gastroenteritidě opakovaně detekována mikroskopická H. Následné komplexní nefrologické vyšetření prokázalo tyto abnormální nálezy: diskretní otoky kolem očí, hypertenzi (110/70 torrů), H glomerulárního původu, P (max. 1,9 g/24h, kvalitativně se jednalo o albumin), hypalbuminémii (19,3 g/l) a dyslipidemii (celkový cholesterol 14,8 mmol/l, triglyceridy 6,4 mmol/l). Funkci ledvin mělo dítě normální. Vysloveno bylo podezření na nefrotický syndrom (NS), nejspíše kongenitálního charakte-

ru. Zahájena byla standardní léčba podáváním kortikoidů, NS však byl kortikoid-rezistentní. Při renální biopsii (RB) byla prokázána fokální segmentální glomeruloskleróza. Před zahájením příp. imunosupresivní léčby byla provedena molekulárně-genetická analýza, která umožnila stanovení definitivního diagnostického závěru: dítě je homozygotem mutace podocinového genu (NPHS2), a má tedy autosomálně recesivní steroid-rezistentní NS (OMIM 600995). Tato varianta NS je progresivního charakteru, nelze ji příznivě léčebně ovlivnit a dívka dospěje do chronického selhání ledvin.

Doporučení pro praxi:

1. U steroid-rezistentní formy NS je třeba pátrat po mutaci NPHS2, neboť imunosuprese v těchto případech dítě poškozuje a lze ji označit jako postup non lege artis.

2. Molekulárně-genetické vyšetření může v některých případech NS nahradit RB.

3. Analýzy molekulárně-genetické umožňují diagnostiku i dalších hereditárně podmíněných nefropatií provázených P (např. NS finského typu /NPHS1/, Piersonův syndrom, Syndrom nehty-patela).

Kongenitální mikrocefalie s normální inteligencí a nejistou prognózou.

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, A. Šantavá²,

M.Hajdúch¹, J. Drábek¹, Z. Novák¹,

D. Pospíšilová¹

¹Dětská klinika a LEM LF UP a FN v Olomouci

²Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN v Olomouci

Dva měsíce před přijetím na dětskou kliniku si matka u Mirka všimla zvětšené submandibulární lymfatické uzliny. Jelikož ani sérologické vyšetření příčinu neodhalilo, byla provedena její exstirpace a histologicky potvrzen ne Hodgkinův lymfom z pre-T buněk.

Při vstupním vyšetření si lékaři u desetiletého chlapce všimli nápadné mikrocefalie (obvod lbi 46 cm = < 5 percentilů) a zvláštního „ptačího“ obličejce s menší maxillou a mandibulou.

Byla stanovena diagnóza Nijmegen-breakage syndrom (NBS) v homozygotní formě mutace NBS1 genu: 657 del(5). Karyotyp 46,XY,t(7;14)(q34;q32), ►►

zvýšená hladina chromozomálních zlomů (14%), smíšená porucha imunity, skvrny bílé kávy na kůži trupu a IQ v hraničním pásmu podpořily správnost diagnózy. Po konzultaci C. Weemaesové z Nijmegen Mirek podstoupil úspěšnou cytostatickou léčbu pomocí speciálního protokolu SNWLK-ALL-9NHR s vynecháním antracyklinů a alkylačních látek a s výraznou redukcí dávek metotrexátu. Dodatečným vyšetřením rodinných příslušníků bylo zjištěno, že oba rodiče a sestra jsou heterozygoti pro mutaci 657 del(5). Byli dispenzarizováni v onkologické odborné ordinaci.

Léčba až na syndrom adekvátní sekrece ADH proběhla bez vážnějších komplikací, Mirek je v dlouhodobé (10 let od diagnózy) primární remisi nádorového onemocnění.

NBS je vzácné autosomálně recesivní onemocnění, které je zapříčiněné mutací nibrinu (NBS1) proteinem, který se účastní na reparaci chromozomálních zlomů a kontrole buněčného cyklu. U homozygotů se chybějící nibrin projeví poruchou stability DNA vedoucí k malignímu onemocnění (lymforetikulární malignity). Do skupiny onemocnění s poruchou DNA reparace dále zahrnujeme ataxii teleangiectasii (A-T), Fanconio anemii (FA), Bloomův syndrom (BS) a xerodermiu pigmentosum (XP). Frekvence přenašečů mutace 657del5, predominantně se vyskytující ve slovanské populaci, byla nalezena mezi českými novorozenci, zjištěna frekvence heterozygotů 1:135. Počet 24 diagnostikovaných homozygotů narozených v Československu v letech 1969–1992 však byl významně nižší, než bylo očekáváno na základě počtu 5,2 milionu novorozenců v daném období, téměř jednaprocentní frekvenci NBS heterozygotů mezi nimi a nezvýšené prenatalní letalitu NBS homozygotů. Vysvětlením byl nedostatečný záchyt pacientů, o čemž svědčil i průměrný věk 7,5 roku při diagnóze NBS, přestože závažná kongenitální mikrocefalie je přítomna u 98 % pacientů.

Malí synové malé matky

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

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.²

¹*Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,*

²*Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Jakub je prvním synem zdravé matky. Po porodu (císařským řezem z indikace matky, která byla 146 cm vysoká) vážil 3100 g a měřil 48 cm. Kojen byl krátce, dobře prospíval a vyvíjel se stejně jako ostatní zdravé děti. Vážněji nestonal, proto byl pediatrem viděn jen při preventivních prohlídkách. Poprvé onemocněl v necelých 4 letech a tehdy si jeho lékařka všimla, že se v posledním roce zpomalila jeho růstová rychlost a že se svou malou, rozložitou svalnatou postavou s kratšími končetinami nápadně podobá matce. Odeslala jej k dalšímu vyšetření s diagnó-

zou familiární růstová retardace. Ve věku 3 roky a 9 měsíců Jakub měřil 91,8 cm (-2,5 SDS). Na základě nálezu Madelungovy deformity předloktí (výrazné u matky a vzhledem k věku zatím jen nenápadné u syna) vyslovil dětský endokrinolog podezření na jednu z forem kostní dysplázie: Lériho-Weillův syndrom (LWS), tzv. dyschondrosteózu. Jeho příčinou je delece SHOX genu. Ta byla u matky, u Jakuba a posléze i u jeho o 2 roky mladšího bratra Matěje potvrzena molekulárně genetickým vyšetřením na zahraničním pracovišti. Jakub je v rámci klinické studie léčen růstovým hormonem s velmi dobrým efektem: v 9 letech měří 136 cm (+0,1 SDS), je tedy jen o 8 cm menší než jeho matka.

SHOX gen (Short stature HOmeoX-containing gene) je lokalizován v pseudoautosomální oblasti 1 obou pohlavních chromozomů (Xp22.32/Yp11.3). Má významnou roli ve vývoji skeletu, zejména předloktí a bérců. Mezi pacienty s deficitem (haploinsuficiencí) SHOX existuje velká fenotypická různorodost. Mají dysproporcionální růstovou poruchu mesomelického typu. Jejich výška může kolísat od těžké růstové retardace až po dolní hranici normálních hodnot. Kostní odchylky jsou častější a také nápadnější u dívek a jejich závažnost stoupá s přibývajícím věkem. Patří mezi ně především Madelungova deformita předloktí, zkrácení středních segmentů dlouhých kostí (mesomelie), výraznější zakřivení radia a tibie, kratší metakarpy a metatarzy (především IV.), gotické patro, svalová hypertrofie. Insuficience SHOX nepostihuje pouze pacienty s LWS, ale je příčinou růstové retardace i u dívek s Turnerovým syndromem a byla nalezena i u 2,5 % pacientů s tzv. idiopatickou růstovou retardací (nejčastěji familiárního typu), kteří mohou mít fenotypické znaky jen nenápadně vyjádřeny.

Závěr: V rámci diferenciální diagnostiky familiárně podmíněné růstové poruchy musíme pomyslet i na přenos autosomálně nebo pseudoautosomálně dědičné patologické vlohy, zejména je-li výška jednoho z rodičů významně snížena.

Koagulační parametry a hematologické komplikace u 12 dětí s dědičnou poruchou glykosylace

MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D, Mgr. Kateřina Veselá,

RNDr. Hana Hansíková, CSc., MUDr. Ivana

Hadačová² a prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství UK

1.LF a VFN a Oddělení klinické hematologie²

FN Motol, Praha

Východisko: Dědičné poruchy glykosylace proteinů (CDG syndrom) představují heterogenní skupinu více než 24 různých metabolických onemocnění s autosomálně recesivním typem dědičnosti se

souhrnnou incidencí vyšší než 1:20 000. Nejčastější podtyp CDG-la je způsoben mutací v PMM2 genu kódující fosfomannomutázu 2. Klinicky se CDG-la syndrom manifestuje jako multisystémové onemocnění. Mezi nejčastější příznaky patří psychomotorická retardace, svalová hypotonie, strabismus a ataxie. Dominujícím laboratorním nálezem bývá koagulopatie. Ve sdělení autoři předkládají výsledky analýz koagulačních parametrů a možné hematologické komplikace u 12 dětí s prokázaným CDG-la syndromem.

Výsledky: V průběhu let 2003–2007 jsme diagnostikovali na biochemické a molekulární úrovni 12 dětí (8 dívek, 4 chlapce z 10 rodin) s CDG-la syndromem (ve věku 1–18 let). Nejspívání v prvním roce života, kraniofaciální dysmorfie, psychomotorická retardace, svalová hypotonie, strabismus a ataxie byla přítomna u všech pacientů. Všechny děti měly laboratorní projevy koagulopatie postihující cestu pro- a antikoagulační. Nízká koncentrace koagulačního faktoru XI byla zjištěna u všech našich pacientů, nízká koncentrace proteinu C, S a antitrombinu III byla prokázána u většiny dětí (83, 82, 92%, respektive). Jen necelá polovina měla prodloužené APTT. U třech pacientů byla prokázána trombocytopenie a jeden chlapec má významnou trombocytopenii. Snadná tvorba modřin a epistaxe byla pozorována u 2/3 našich pacientů. Vážnější komplikací byla manifestní žilní trombóza DK (1/12) a rekurentní iktu podobné příhody (4/12) objevující se v průběhu teplot, průjemových onemocnění a nedostatečného příjmu tekutin. Pooperační průběh po kardiokirurgickém zákroku u 11letého chlapce se komplikoval, i přes hematologickou předoperační intervenci, vytvořením nástěnného trombu v pravé síni srdeční. Antikoagulační terapie vedla k rozvoji život ohrožujícího krvácení (hemomediastinum).

Závěry: Na poruchy glykosylace je nutno pomyslet u všech dětí s multisystémovými projevy onemocnění v kombinaci s poruchou psychomotorického vývoje a klinickými a/nebo laboratorními projevy koagulopatie. Hematologické sledování a včasná terapie mohou u postižených pacientů snížit riziko rozvoje trombózy a iktu podobných příhod. Hematologická příprava je nezbytná i před každým chirurgickým zákrokem.

Práce vznikla s podporou projektu: VZ 65415 a EUROGLYCANET LSHM-CT-2005-512131

Nejistá prognóza u dívky s dědičnou cukrovkou

MUDr. Štěpánka Průhová, Ph.D.^{1,2},

MUDr. Lucie Gonsorčíková¹,

MUDr. Ondřej Cinek, Ph.D.¹,

Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.¹

¹*Pediatrická klinika UK – 2.LF a FN Motol, Praha*

² *Klinika dětí a dorostu UK – 3.LF a FNKV, Praha*

Petra se narodila v roce 1985. V 15 letech byla přijata do nemocnice s manifestací diabetu mellitu bez projevů diabetické ketoacidózy, začala se léčit inzulínem. Dle pečujícího diabetologa od počátku nedodržovala režim a její kompenzace nebyla dobrá. V roce 2001 byla poslána do Diabetologického centra ke kompenzaci a vyšetření. Měla HBA1c 9,46% (normální hodnoty 2,5–4,0 %), na obou bérkách byla zjištěna ložiska necrobiosis lipoidica. Během pobytu v centru došlo ke změně dávkování a dívka byla znovu edukována o režimu diabetika. Její přístup k diabetu se však příliš zlepšit nepodařilo. V následujících letech postupně docházelo k dalšímu zhoršování hladiny HBA1c (až na 15,2%), dívka přicházela na kontroly sice pravidelně, avšak bez diabetického deníku, nepamatovala si ani poslední dávkování inzulínu. Při přijetí na lůžko ke kompenzaci přicházela s glykemií kolem 40 mmol/l, bez známek rozvoje diabetické ketoacidózy. V inzulínovém peru mívala zaschlý inzulín. Při pohovoru přiznala, že si několik týdnů inzulín nepíchala. Ložiska necrobiosis se rozšířila a postupně došlo k ulceróznímu rozpadu ložiska na pravém bérce, hladina mikroalbuminurie stoupla nad 30 mg/den a na očním pozadí byla zjištěna počínající retinopatie. Při každé hospitalizaci se při pravidelném režimu a aplikaci inzulínu dařilo rychle diabetes kompenzovat, Petra měla několik sezení s psychologičkou ve snaze najít pozitivní motivaci. Přesto se její přístup k diabetu nezměnil. V 18 letech byla Petra předána do péče diabetologa pro dospělé, má již albuminurii trvale v pásmu nad 300 mg/24 hodin, která hrozí nezvratnou progresí do selhání ledvin během několika let. Na sítnici má mikroaneuryzmata, má projevy diabetické neuropatie. Kožní defekt na bérce byl řešen plastikou, která se však velmi komplikovaně hojí.

V rodině má diabetes Petřina teta a sestřenice, následně byla cukrovka zjištěna i u Petřina bratra.

U Petry, jejího bratra, její tety a sestřenice byla nalezena mutace R200G v genu TCF1, který kóduje transkripční faktor HNF-1. Všichni tedy mají diabetes označovaný jako MODY3 – nejčastější formu tzv. »diabetu transkripčních faktorů« (OMIM 600496).

Transkripční faktor HNF-1 řídí expresi cílových genů v různých orgánech – především v játrech, pankreatu a ledvinách. Hraje důležitou roli v embryogenezi těchto orgánů. Je klíčovým článkem transkripční regulační sítě buněk. Při jeho defektu postupně selhávají základní funkce buněk, zejména sekrece inzulínu. Nositelé mutací v genu TCF1 mají před desátým rokem věku normální glykémii nalačno i normální glukózovou toleranci. Funkce buněk však

později klesá, je zjištěna prostá hyperglykémie bez ketoacidózy. Osmotické symptomy při manifestaci poruchy jsou zřejmě zvýrazněny specifickým vlivem mutovaného HNF-1 na snížení renálního prahu pro glukózu. V adolescenci a časně dospělosti mohou mít postižení mírnou hyperglykémii nalačno, při oGTT je však již nalezena typická diabetická křivka. Po manifestaci poruchy se glukózová tolerance dále progresivně zhoršuje. Typický věk při manifestaci je kolem 25 let. Pozitivní rodinná anamnéza charakteru autozomálně dominantní dědičnosti je téměř pravidlem. Řada nemocných je mylně diagnostikována jako diabetes mellitus 1. typu. Pokud je zahájena inzulínová léčba, bývá nápadná dobrá kompenzace při nízkých dávkách inzulínu. K určení správné diagnózy může přispět negativita autoprotilátek a výskyt příbuzného s diabetem v rodině.

Postižení mají vysoké riziko mikrovaskulárních komplikací. Kvalitní kontrola glykémie má proto prvořadou důležitost. Poznatky poslední doby ukazují, že kvalitní léčebnou alternativou pro pacienty s MODY3 mohou být vedle inzulínu i deriváty sulfonylurey. I pro Petru je nyní tato možnost otevřena.

Podle odhadů postihuje diabetes MODY3 v České republice až 10 000 pacientů, naprostá většina z nich je však léčena pod jinou diagnózou.

Poděkování: Problematika MODY diabetu je řešena s podporou VZ MSM 0021620814

Příběh dívky, která spadla z kolotoče

prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.¹, MUDr. Daniela Čiháková, Ph.D.², prof. MUDr. Anna Šedivá, CSc.³

¹ *Pediatrická klinika UK – 2.LF a FN v Motole, Praha*

² *Johns Hopkins University, Department of Pathology, Baltimore, Maryland, USA*

³ *Ústav imunologie UK – 2.LF a FN v Motole, Praha*

Adriana spadla ve třech letech na dětském hřišti z kolotoče. Po týdnu doma při běhu upadla, ztratila vědomí, měla generalizované záškuby končetin a trismus, stáčela bulby vzhůru a promodrala. Po pěti minutách se probudila, byla spavá, nezvracela, ale obtížně artikulovala.

CT ukázalo arachnoidální pseudocystu v oblasti pravé Sylviovy rýhy, na EEG byly zastiženy specifické grafoelementy. Při léčbě Everidenem a Convulexem pokračovaly záchvaty s pády, poruchou vědomí, bez křečí, až 20x denně, ke kterým se postupně přidružila slabost dolních končetin. Adriana se sama nemohla postavit. Po záchvatech následovala dysarthrie.

Po půl roce Adriana začala ztrácet vlasy, rozvinula se difúzní alopecie. Neurolog uvažoval o vedlejším účinku antiepileptické terapie.

Při hospitalizaci pro „refrakterní epilepsii“ Adriana pila pouze mléko a jedla mléčné výrobky, jinou stravu odmítala. Sestřičky ji opakovaně přistihly, že olupuje a jí omítku. Měla měkké lomivé nehty.

Adriana měla kalcémii 0,89 mmol/l, fosfatémii 3,34 mmol/l a hladinu parathormonu nižší než 0,1 pmol/l.

Po zahájení léčby calcitriolem ustoupily neurologické projevy. Postupně vymizela alopecie. Po několika týdnech byla zjištěna oboustranná katarakta a Adriana prodělala oční operaci. V dalších letech se bohužel rozvinula sekundární katarakta pod pouzdem čoček a objevily se kalcifikace v bazálních gangliích.

I když Adriana neměla jiné projevy autoimunitního onemocnění, vyšetřili jsme její AIRE gen. Bylo zjištěno, že Adriana je kombinovaným heterozygotem s prevalentní mutací R257X na jednom chromozomu a s novou mutací W78R v exonu 2 na druhém chromozomu. Adriana tedy trpí autoimunitním polyglandulárním syndromem typu 1 (APS-1, APECED). Současně jsme u Adriany zjistili protilátky proti nadledvinovému enzymům P450c21 a P450scc, které mohou signalizovat autoimunitní adrenaltidu.

V 8 letech zůstala Adriana po letních prázdninách nápadně opálená, i když nebyla u jižního moře a české léto nebylo příliš slunné. Opět začala být únavná. Její hladina ACTH 510,8 pg/ml prokázala Addisonovu chorobu. Po stimulaci podáním ACTH hladina kortizolu paradoxně klesla z 288 na 236 (30 min.) a 215 (60 min.) nmol/l.

V dalších letech se u Adriany projevila mukokutánní kandidóza s ektodermální dystrofií a lymfocytární tyreoiditis s hypotyreózou.

APS-1 je obtížné onemocnění. Je způsobeno defektem AIRE genu, jehož produkt je klíčovým regulátorem imunologické autotolerance. U postižených pacientů se od prvních let života postupně rozvíjejí projevy postižení endokrinních i neendokrinních orgánů a tkání. Nejčastější je hypoparatyreóza, Addisonova nemoc a mukokutánní kandidóza. Onemocnění ztrpčuje život a některé jeho projevy mohou život přímo ohrozit. Včasná správná diagnóza a systematické sledování umožní rozpoznat včas nejzávažnější komponenty nemoci. Pacienti jsou zatím bohužel odkázáni na substituční a symptomatickou terapii.

Problematika je řešena s podporou VZ MSM 0021620814.

POCHYBENÍ V PRAXI – OPRAVENÉ DIAGNÓZY – KAZUISTIKY

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 15.15–16.15 hod.

Ani problematický pacient nesmí odradit

MUDr. Olga Roškotová

Akreditované pracoviště v oboru praktické
lékařství pro děti a dorost

Dětské středisko, Litoměřice

Pacient v letošním létě dovrší osmnáctého roku věku. Má ukončené základní vzdělání v osmé třídě. Žije ve společné domácnosti s dlouhodobě nezaměstnanými rodiči.

Matka zažívací obtíže, otec hypertenze, diabetes mellitus druhého typu, obezita. Oba rodiče vykazují psychopatologické rysy.

S nástupem školní docházky se u chlapce objevují recidivující bolesti břicha, občas udávané subfebrilie. Somaticky dominuje astenie a bledost, má vadné držení, kulatá záda, pedes planovalgi, krátký systolický šelest uvnitř hrotu.

Laboratorní a pomocná vyšetření jednoznačně příčinu obtíží neobjasnila. Potíže neustaly ani po plánované appendektomii. Zvažován psychosomatický původ při patologické vazbě matka – dítě. Odeslán do gastroenterologie, kde v průběhu sledování jedenkrát nález pozitivních protilátek proti endomysiu, ale celiakie enterobiopsií verifikována nebyla. Na bezlepkové stravě udává odeznění obtíží.

Ve věku sedmnácti let přichází pro asi rok trvajícím zrychlení srdeční akce při jakémkoliv námaze, občasnou nepravidelnost srdečního rytmu a výrazný pocit únavy. Bledost, marfanoidní habitus, výrazná hubenost – 45 kg při výšce 173 cm.

Percentilový graf výšky do patnácti let v normě, potom stagnace, graf proporcionality vykazuje od tří let pozvolný pokles, graf hmotnosti se po patnáctém roce věku dostává pod 3 percentil.

Kardiologické vyšetření prokazuje dilataci kořene aorty, prolaps mitrální chlopně se stopovou regurgitací. Genetické vyšetření potvrzuje Marfanův syndrom. Oční nález v normě.

Závěr:

V kazuistice jsem kromě jiného chtěla ukázat, že kvalitu dalšího života chlapce i přes stanovení konkrétní diagnózy neurčuje diagnóza sama, ale patologický vztah matka – dítě.

Zrádná porucha močení

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

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

Dysfunkce močového měchýře (DMM) může v některých případech unikat pozornosti okolí postiženého dítěte. Nepoznaná/neléčená DMM vede nejen k opakovaným infekcím močových cest (IMC), ale v některých případech i k závažnému poškození ledvin.

Popis případu: u 4letého chlapce došlo v průběhu virózy k bolestem břicha, které imitovaly náhlou příhodu břišní (NPB), chlapec nebyl schopen spontánní mikce. Chirurgické vyšetření NPB vyloučilo, prokázalo však močí přeplněný měchýř (katetrizací měchýře získáno 350 ml), současně byly zaznamenány laboratorní doklady akutního selhání ledvin (ASL). V léčbě ASL byla přechodně nutná dialýza. Další podrobné vyšetření objektivizovalo u dítěte chlopeč zadní uretry (PUV), která byla urologem ošetřena. I přesto DMM přetrvávala, nedařilo se ji ovlivnit farmakologicky a chlapci bylo nezbytné založit nefrostomie. Dítě zůstává v trvalé nefro-/urologické péči se značně nejistou prognózou, neboť je možná progresse do chronického selhání ledvin. Charakter závažné DMM u pacienta odpovídá Hinmanovu-Allenovu syndromu (HAS). HAS je charakterizován DMM s hyperreflexií detruzoru, vesikoureterálním refluxem a poškozením funkce ledvin.

Doporučení pro praxi:

1. PUV může být u plodu mužského pohlaví diagnostikována již prenatálně.

2. Postnatálně varovnými symptomy PUV mohou u novorozence být distendovaný m. měchýř/nepřítomnost mikce v prvních 24h po narození/abnormální proud moči.

3. V pozdějším věku je třeba na PUV pomyslet při: recidivách IMC/urgentní inkontinenci moči/obtížné přerušované mikci.

4. I přes urologické ošetření PUV dochází u některých nemocných v dalším období k těžké DMM se závažným poškozením funkce ledvin.

Skutečně pochybení?

MUDr. Helena Letáková

praktická lékařka pro děti a dorost, Turnov

Kazuistika 15leté dívky se týká nefrologické problematiky a začala pravděpodobně již ve věku 3 let.

Tedy byla na doporučení praktického lékaře odeslána k hospitalizaci pro recidivující infekce

močových cest. Při vyšetření měla pozitivní markery zánětu v krvi i v moči, normální UZ nález ledvin. Izotopovým vyšetřením ledvin (statická a dynamická scintigrafie) zjištěná funkční asymetrie v neprospěch levé ledviny (18%), možné diskrétní pozánětlivé změny v horní části levé ledviny. Odtok moči z dutého systému obou ledvin bez významější poruchy. Příjmová diagnóza proto rozšířena o diagnózu stav po akutní pyelonefritidě levé ledviny.

Protože se začala pomočovat kromě noci i přes den, následně odeslána do nefrologické ordinace. Zde vyloučen VUR ledvin. Ve spolupráci s urologem následovaly po cystoskopii dvě divulze uretry, nasazená medikamentózní terapie a režimové opatření. Ve věku 8 let vyřazena ze sledování odborných ambulancí a od té doby sledována pouze v ambulanci PLDD. Nepomočovala se, záněty ledvin neměla. V květnu 2006 po pádu z koně pro otřes mozku hospitalizována. Při UZ vyšetření břicha popsána hydronefróza levé ledviny IV. stupně.

V souvislosti se stanovenou diagnózou vzniklo mnoho nepřijemností a překvapení, což mne vedlo k úvahám:

- byla či nebyla hydronefróza levé ledviny od samého počátku nemoci?

- jak dlouho pacienta dispenzarizovat v daném případě?

- jaké je úskalí UZ diagnostiky?

- věnujeme dostatečnou pozornost poučení pacienta k přípravě na vyšetření?

- formulujeme jasně požadavky pro vyšetření?

Otázek mám ještě více a konečné rozuzlení případu sdělím v prezentaci.

Rizikový kojeneček.

Je praxe kritériem pravdy?

doc. MUDr. Jiří Kobl, Ph.D., MUDr. Kateřina Pizingerová, Ph.D., MUDr. Šárka Fikrová, MUDr. Jiří Fremuth

Dětská klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni

Autoři zpracovali dvě kazuistiky dětí, jejichž společným jmenovatelem je riziková perinatální anamnéza, nízký věk, závažná vrozená vývojová vada uropoetického systému s poruchou evakuace moči a systémová zánětlivá reakce. Rozdílné zevní vlivy byly příčinou toho, že na první pohled „podobná“ onemocnění měla diametrálně odlišný průběh.

Jeden z pacientů, 6týdenní chlapec, dospěl do hypodynamického stadia septického šoku. Tkáňová hypoperfuze a prozánětlivá cytokinová reakce ireverzibilně poškodily funkci řady životně důležitých orgánů i systémů. Komplexní resuscitační péčí se podařilo nahradit respirační funkci plic, přechodně stabilizovat krevní oběh, extrakorporálně derivovat moč, eliminační metodou zvládnout akutní renální selhání a komplexní substituční léčbou úspěšně korigovat konzupčně-produkční koagulopatii s těžkým krvácením do plic, uropoetického a zažívacího traktu. Přetrvávající nestabilita a následně úplné selhání krevního oběhu vedlo po 12 dnech k neodvratitelné smrti.

Druhého, v době onemocnění 2,5měsíčního pacienta se podařilo časně vyvést z hyperdynamické fáze šoku, hyponatremické dehydratace i renální nedostatečnosti s oligurií a zabránit rozvoji multiorganového funkčního postižení. Chlapce se podařilo úspěšně a časně uzdravit.

Závěry pro praxi:

- 1) Rutinní praxe v medicíně není kritériem pravdy!
- 2) Včasné rozpoznání rozvoje systémové zánětlivé reakce u kojence je obtížné. Podmínkou je vysoká odborná erudice i zkušenost lékaře (PLDD).
- 3) Rizikový kojeneček vyžaduje permanentně zvýšený dohled lékaře (PLDD).
- 4) Nestandardní změna v klinickém vývoji rizikového kojence musí mobilizovat pozornost i aktivitu ošetřujícího lékaře (PLDD).
- 5) Dobře volený léčebný plán je pro rizikového kojence projektivní, zabrání rozvoji ireverzibilního poškození orgánů i systému, sníží časnou mortalitu a příznivě ovlivní morbiditu rizikového kojence.

U dospělých představují nejzávažnější celospolečenský problém kožní karcinomy a maligní melanom s ohledem na jejich stoupající incidenci a potencionální ohrožení zdraví a života nemocných. V kontextu s prudce stoupajícím počtem nově zachycených případů je důležité upozornit na roli UV záření v etiopatogenezi kožních karcinomů i některých variant maligního melanomu.

V dětském věku se nejčastěji setkáváme s mezenchymálními tumory (hemangiomy, lymfan-

giomy), dále s různými formami histiocytóz a mastocytóz.

Kůže jakožto vizuálně přístupný orgán umožňuje účinnou prevenci a včasný záchyt iniciálních stadií onemocnění. Podíl praktických lékařů na této preventivní činnosti by měl být významný.

Pro stanovení správného diagnostického a léčebného postupu je samozřejmostí důkladná znalost klinického obrazu jednotlivých benigních a maligních afekcí kůže, zásadní a nezastupitelnou roli pro stanovení definitivní diagnózy má histopatologické vyšetření. Komplexní péče o tyto nemocné by proto měla spadat do specializovaných poraden dermatologických center.

Kde šetřit?

MUDr. Jarmila Seifertová,

Praktická dětská lékařka, Kladno 2

Kazuistika 8,5letého chlapce vyšetřeného bez doporučení PLDD 3x na alergologii.

OA: Z fyziologické gravidity, porod normální, phm. 2600 g/49 cm. Kojen 2 měsíce, psychomotorický vývoj zcela v normě. Očkování dle kalendáře, každoročně od 2 let proti chřipce, bez abnormální reakce. Chodil do MŠ 3 roky, hospitalizován byl ve 3 letech při operaci tříselné kýly, jinak ne. Od 4 let 3x pobyt v ozdravovně. Fyzická zdatnost odpovídá vrstevníkům, antropometrické údaje v normě.

AA: Po Augmentinu urtica. Alergie na PNC laboratorně neprokázána.

RA: V rodině matky četný výskyt alergií, bratranec M. Recklinghausen, bratr 25 let zdravý, sestra 20 let obézní, mentálně mírně opožděná, 2. bratr ve 14 l. zemřel po úraze elektrickým proudem.

NO: Od 2 do 4 let věku na podzim a v zimě suchý záchvatovitý kašel, maximum ráno po probuzení a večer po ulehnutí. Dostával opakovaně ATB, byl-li při kašli febrilní.

V minulém bydlišti zařazen do alergologické poradny, trvale užíval Zyrtec, doporučen pobyt v ozdravovně.

Převzat do péče po přestěhování v 6 letech, kdy již 2 roky nestonal. Při vstupní prohlídce zjištěna malá struma, vyšetřen endokrinologem a pro thyre-

oiditis nasazen Euthyrox. V prosinci po přestěhování 1x kašel se spastickými poslechovými fenomény na plicích. Rodina iniciovala vyšetření na pražské alergologii. Provedeno funkční vyšetření plic, rtg plic, rhinomanometrie, oxymetrie, laboratorní vyš: FW, Ko a dif, biochemie kompl - JT, mineralogram, Fe, bili, urea, kreatinin, kys. močová, panel lipidů, ELFO, TSH, T₃, T₄, IgG, IgA, IgM, koml C3, C4, ASLO, Latex, CRP, ANA, ENA, CIK PEG, celk IgE, anti Ds DNA, ANCA, sérologie herpesvirů, markery brí imunity. ECP, antiborrelie, chlamydie, HP, toxoplazma, toxocara, MS, výtěr krk, nos, sputum, 15 spec: IgE na četné alergeny, kožní testace na zvířecí prachy, bakteriální alerg, hmyz, četné potraviny, pylové alergeny...

Závěr: Dle platného ceníku cena všech těchto laboratorních vyšetření je 44 515 Kč, a to se opakovalo 3x a 1 rok při závěru: alergická rýma, alergie na vejce, atopie. Léčba: Zyrtec

Chraňme naše pacienty před nadbytečným vyšetřováním a stát od zbytečných výdajů.

Brýle nestačily

MUDr. Antonín Gabera, MUDr. Jan Pajerek

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Dětská klinika IPVZ

Pětiletý chlapec s normálním předchorobím. Tři měsíce před přijetím na naši kliniku si rodiče všimli zřetelného zhoršení zraku. Oftalmolog řešil potíže předpisem brýlí, ale protože stav progreduje a hoch v konečné fázi nevidí prst na vzdálenost 1 metru a je zřetelná atrofie n. opticus oboustranně, je indikováno CT a MR mozku s nálezem rozsáhlé expanze v oblasti tureckého sedla. Ex post si rodiče uvědomují, že se stav plíživě rozvíjel zřejmě již delší dobu, ale zprvu nebudil znepokojení. Pooperačně vzniká naprostá ztráta zraku a hypopituitarismus. Histologicky prokázán kraniofaryngom. V současné době, tj. cca po pěti letech, je hoch po několika reoperacích a stav se jeví jako infaustní.

FIREMNÍ SYMPOZIUM LIFTEC.CZ

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 16.15–16.20 hod.

Účinná ochrana před zubním kazem pro nově prořezávající se stálé zuby

Dr. Martina Vagaská

Prořezávání nových stálých zubů začíná ve věku 6 let a končí ve věku 12 let. Povrch zubní skloviny nového stálého chrupu je ještě porézní a nedostatečně mineralizovaný. Během procesu zrání dochází k sekundární mineralizaci ionty ústního prostředí. Ty pronikají zubní sklovinou a zvyšují její odolnost vůči kyselým atakám.

Uvolnění mléčných zubů, mezery a zuby v průběhu prořezávání dásněmi, to všechno ztěžuje ústní hygienu v průběhu období výměny. Riziko výskytu zubního kazu je proto vyšší.

Nově prořezávající se zuby jsou velice náchylné na vznik zubního kazu

- První stálé stoličky

- rodiče často nepoznají, že se začínají prořezávat, protože jsou často schované za mléčnými zuby

- obtížně dosažitelné pomocí zubního kartáčku
- okolní zuby chybí – nedochází k přirozenému čištění pomocí žvýkání

- Druhé dozrávání (mineralizace)

- nový stálý chrup není při prořezávání do dutiny ústní ještě plně mineralizovaný

- zubní sklovina je jemnější a více porézní

- kyselá ataky

- k druhému dozrávání dochází po prořezání do dutiny ústní.

Nový stálý chrup potřebuje zvláštní ochranu a pozornou péči.

Je důležité používat zubní pastu s vyšším obsahem fluoridu. Aminfluoridy se v ústní dutině rychle šíří. Díky své povrchové aktivitě a mírně kyselému pH podporují aminfluoridy tvorbu precipitátů fluoridu vápenatého, který dobře přilne k povrchu zubů. Tento precipitát funguje jako zásobárna fluoridu, která chrání zuby proti působení bakteriálních kyselin.

Zajišťuje, aby byly zuby obklopeny vrstvou fluoridu, která je nezbytná pro podporu remineralizačního procesu.

Klimek & Ganß (2006) provedli klinickou studii in-vitro, aby vyšetřili koncentrace fluoridu usazeného na zubní sklovině po použití zubních past s aminfluoridem s různými koncentracemi fluoridu.

Zkoumaným výrobkem byla zubní pasta pro děti elmex® 500 ppm a 1 400 ppm F-.

V porovnání s recepturami zubních past s menším obsahem fluoridu účinkuje zubní pasta elmex® Junior (1400 ppm) výrazně lépe, pokud jde o podporu vytvoření vrstvy fluoridu vápenatého na pokrytí zubní skloviny.

poznámky

KOMUNIKACE S PACIENTEM

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 16.25–17.30 hod.

Maastrichtský komunikační systém

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Psychiatrická katedra IPVZ Praha

Holandská skupina H. Kraana a spolupracovníků sestavila, ověřila a nabídla zdravotnické veřejnosti tzv. Maastrichtský komunikační systém shrnující požadované komunikační (tedy nikoli klinické) dovednosti, které doporučuje si osvojit jako samozřejmý postup při práci s nemocnými. Systém shrnuje šest zásadních okruhů:

1. Objasnění důvodů pacientovy návštěvy
2. Shromáždění anamnestických údajů
3. Navržení řešení a postupu
4. Umění strukturovat rozhovor
5. Zvládnutí mezilidského vztahu
6. Zvládnutí komunikačních dovedností.

Jeho podrobné znění pochopitelně není nutné otrocky sledovat bod po bodu, poskytuje však bezpečné a přesné vodítko. Zlepšení komunikačních dovedností je vždy žádoucí a tento požadavek se naléhavě vynoří po nástupu platnosti nové legislativy, která staví zdravotníky do nové, nezvyklé a obtížnější pozice než v minulosti.

Etika sdělování závažné diagnózy

MUDr., PhDr. Lenka Hansmanová, CSc.

Abstrakt nedodán.

Informovaný souhlas

v pediatrické praxi

JUDr. Šárka Špeciánová

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Česká legislativa vychází z pravidla, dle kterého je možné poskytovat zdravotní péči jen s infor-

movaným souhlasem pacienta. V případech nezletilých dětí informovaný souhlas vyjadřují rodiče či osvojitelé nebo soudem určený poručník (opatrovník). Nezletilé dítě však má právo být informované o lékařském zákroku, a to formou srozumitelnou jeho věku a vyspělosti.

Ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, upravuje poučení a souhlas nemocného při poskytování léčebné a preventivní péče. Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebné preventivní péče. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat.

Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu. Je třeba informovat i nezletilého o onemocnění a potřebných lékařských výkonech a předpokládá se jeho souhlas s léčbou.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci zmiňuje záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče a stanovuje jeho povinné části v příloze č. 1 (účinnost vyhlášky ode dne 1. dubna 2007). Nejde-li o neodkladnou péči a je-li příslušný výkon spojen s rizikem pro pacienta nebo lze-li volit z několika možných postupů další zdravotní péče, je součástí zdravotní dokumentace

záznam o informovaném souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce, popřípadě svědka s poskytovanou zdravotní péčí.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI:

- informovat rodiče a nezletilé dítě o povaze lékařského zákroku;

- pokud dítě nemá rodiče, zákonným zástupcem je mu osvojitel či poručník, ve výjimečných případech může v otázkách léčby dítěte rozhodovat i soudem určený opatrovník;

- neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu k záchraně života nebo zdraví dítěte je lékař povinen provést i bez souhlasu rodičů;

- o závažnějším operačním zákroku by měli rozhodovat oba dva rodiče a společně podepsat záznam o informovaném souhlasu;

- nejde-li o neodkladnou péči a je-li příslušný výkon spojen s rizikem pro pacienta nebo lze-li volit z několika možných postupů další zdravotní péče, je povinností každého lékaře sepsat záznam o informovaném souhlasu zákonného zástupce dítěte s poskytovanou zdravotní péčí.

Komunikační dovednosti jako součást profesního přístupu lékaře

– případová studie

Mgr. Jana Skalková

Abstrakt nedodán.

SESTERSKÁ SEKCE BLOK I.

SIDIA KLUB PŘI HOTELU SIGMA, OLOMOUC / PÁTEK / 18. 5. 2007 / 9.35–11.15 hod.

Dětská hemato-onkologie „v novém“

Königová I., Kašubová S., Hůlková E.

Dětská klinika FN Olomouc

Oddělení dětské hemato-onkologie v Olomouci funguje dobře v různé více či méně pozměňované formě již dlouhá léta.

Čas však běží kupředu, doba si žádá změny... a hlavně – naši pacienti si zaslouží nejen kvalitní péči, ale i kvalitní prostředí, odpovídající charakteru jejich onemocnění a délce trvání léčby...proto něco starého vždy musí skončit...aby něco nového mohlo začít... Pro nás nastal v říjnu roku 2006 dlouze očekávaný den D, kdy za laskavé podpory sponzorů, sdružení Šance a financí FN mohla být započata kompletní rekonstrukce celého oddělení.

Jak to u nás vypadalo před rekonstrukcí, co se vytvořilo během ní, a hlavně co přineslo nové prostředí malým pacientům, jejich rodičům i nám bychom vám rády prezentovaly.

Dítě s diagnózou leukemie...

J. Grundová, M. Třísková, B. Krejčíková,

R. Vyhlídalová. Přednáší: P. Medková

Dětská klinika FN Olomouc

Seznámení s průběhem léčby onemocnění leukemie v dětském věku. Co vše tato léčba přináší, komplikace a změny, které dítě potkají.

Kazuistiky dětí léčených růstovým hormonem

Irena Fišerová, K. Hybešová

Abstrakt nedodán.

Nejčastější onemocnění oka v dětském věku

Soňa Lajčíková, Jana Stejskalová

FN Olomouc, oční klinika

Některé trvalé poruchy zraku mají svůj původ v dětství, a proto dětskému oku a jeho zdravému vývoji je nutné věnovat mimořádnou pozornost. Většina očních vad je dědičná nebo je k nim v rodině dispozice. Při znalosti tohoto faktu lze některým vadám předejít nebo je včas léčit. Proto již při narození dítěte je vhodné, aby rodiče informovali dětského lékaře o očních vadách svých i širší rodiny, aby dítě bylo cíleně sledováno a eventuálně včas odesláno k odbornému očnímu lékaři. Rodiče a dětský lékař mohou sami pozorovat některé změny na

očích dítěte – například nestejnou šíří oční šterbiny = vrozený pokles víčka, šedavou barvu zornice = vrozený šedý zákal, neprůhlednost rohovky = vrozený glaukom. Velmi vnímaví jsou rodiče vůči šilhání. Dále můžeme zmínit amblyopii – tupozrakost, záněty oka, úrazy, nádory, refrakční vady, neprůchodnost slzných cest a v neposlední řadě retinopatie nedonošených dětí.

Význam sociální komunikace v práci zdravotníků s dětským pacientem

PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová Ph.D.

Ostravská univerzita v Ostravě

Zdravotně-sociální fakulta

Profesionální využití komunikace ve zdravotnictví má velký význam při diagnosticko-terapeutické činnosti i při realizaci všech kroků ošetrovatelského procesu. Komunikace a psychologický přístup k pacientovi ve značné míře ovlivňují celkovou úroveň kvality ošetrovatelské péče.

Mimořádnou roli hraje komunikace při péči o dětského pacienta. Důležitou roli sehrává komunikace ve vztahu k rodičům dítěte či dospělému doprovodu. Pobyt dítěte ve zdravotnickém zařízení znamená pro něj samotné i pro nejbližší sociální okolí náročnou životní situaci, která přináší neklid, nejistotu, ztrátu bezpečí, někdy také vyvolává obrannou reakci.

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta musí být zaměřená na jeho fyzický, psychický, emocionální, sociální a osobnostní rozvoj. Sestra v každém okamžiku své práce zastává nejen roli sestry, ale i učitelky, vychovatelky, kamarádky či „druhé matky“. Způsob komunikace s dítětem pak závisí na faktorech vnějších (rodinné prostředí, výchovné vlivy, charakter a druh choroby) a faktorech vnitřních (věk, pohlaví, míra sociální, psychické a emocionální zralosti).

Komunikace je závislá i na tom, zda je dítě hospitalizováno samo nebo s matkou, zda se jedná o krátkodobý či dlouhodobý pobyt ve zdravotnickém zařízení, zda se návštěvy u lékaře opakují a jsou spojeny s bolestivými zákroky, nebo zda se dítě setkává se zdravotníky při preventivních prohlídkách. Sestra v přístupu k dětskému pacientovi nesmí zapomínat na uplatňování neverbálních komunikačních projevů, které lze využít jako podpůrné prostředky v práci s dětmi.

Doporučení pro praxi:

- využití verbální i neverbální formy komunikace;
- respektovat věkové a vývojové zvláštnosti dítěte;
- vycházet z „Charty práv hospitalizovaného dítěte“;
- dítě hospitalizovat (dle možností) s matkou, aktivně spolupracovat s rodiči;
- poskytovat dostatek přiměřených informací;
- předcházet projevům hospitalizmu;
- vytvářet prostředí plné porozumění, pochopení a jistoty;
- snižovat vznik strachu a úzkosti.

Komunikace sestry s rodiči hospitalizovaného dítěte

Věra Hejtmanová – Oddělení kojenců a batolat

Anna Hejtmanová – Jednotka intenzivní

a resuscitační péče

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Dětská klinika Fakultní nemocnice v Olomouci, která v loňském roce oslavila 30 let provozu v nových prostorách, poskytuje komplexní péči dětem a dospívajícím až do 19 let věku. Jsou zde i lůžka vyčleněná pro hospitalizaci doprovázejících osob, kterými téměř vždy bývají matky dětí.

Přítomnost matky má pro hospitalizované dítě velký význam. Je s ním ve chvílích, kdy se nachází ve výjimečné situaci. Je nemocné, najednou se ocitá v neznámém prostředí, mezi cizími lidmi a navíc je ve stresu z prováděných zákroků, kterými bývají hned v akutní fázi minimálně krevní odběry, výtěry nebo napojení na kapací infuzi. Proto je pro něj matčina náruč a pohazení daleko důležitější než v čase plného zdraví a v domácím prostředí. I pro matku má hospitalizace s dítětem svůj význam. Je s ním trvale v kontaktu, doprovází ho na různé vyšetření, výkony i zákroky. Má také přehled o všem, co se s dítětem děje, a do budoucna ví, jak na co dítě reagovalo. Může aktuálně odpovídat lékařům na otázky a sama má možnost se informovat přímo při vyšetření.

Abyste toto vše mělo pro dítě očekávaný význam, musí komunikace mezi zdravotním personálem, nemocným dítětem a rodiči probíhat co nejlépe a už od prvních okamžiků co nejcitlivěji. Je potřeba vcítit se do duše nemocného dítěte i jeho rodičů, získat si jejich důvěru pro následující ošetřování a léčbu. Právě tady se může projevit profesionalita a osobnost sestry. Nestačí, aby byla dobře odborně vyškolená, ale musí být i dobrý psycholog, aby věděla, jaký

správný přístup zvolit při komunikaci s dítětem nebo rodiči v té- které situaci. Komunikaci musíme přizpůsobit matkám handikepovaným nebo cizincům.

S některými odlišnostmi v komunikaci s rodiči se můžeme setkat např. na jednotce intenzivní a resuscitační péče, kde jsou léčeny urgentní stavy ohrožující život dětí. Protože zde nebývají – až na výjimky – přijaté maminky, je komunikace zvláště důležitá, a to nejen při přijetí dítěte. I tady podáváme rodičům informace o možných návštěvách, telefonních číslech, na které mohou volat o informace, řekneme jim, kdo bude ošetřující lékař a co se bude v bezprostřední chvíli s jejich dítětem dít. Nás zajímají zvyky dítěte, stravování, je dobré, když mu mohou nechat nějakou hračku.

Během hospitalizace při návštěvách se snažíme – pokud to jde – zajistit soukromí u lůžka. S rodiči mluvíme klidným hlasem, nepoužíváme latinských nebo odborných výrazů. Musíme si uvědomit, že každý člověk je nositelem určitého typu povahy a každá z těchto povah jinak přijímá informace, jinak je zpracovává a jinak na ně reaguje. Podle toho musíme přistoupit ke komunikaci. Hodnocení zdravotního stavu necháme na lékaři. Sami můžeme říci, jak dítě spalo, jedlo, zda si hraje apod. Na JIRP bývají děti připojeny na monitor, na kyslík, dostávají léky v kapací infuzi, mají zavedeny různé drény. To vše působí na rodiče stresově. Proto jim můžeme zjednodušeně vysvětlit význam a funkci a s každou další návštěvou je informovat o odstranění některých drénů v souvislosti se zlepšováním se zdravotního stavu. Pokud je dítě v takové fázi uzdravování, že si ho rodiče mohou např. přebalit nebo nakrmit, měli bychom jim to umožnit, protože je to pro ně velké povzbuzení do dalších dnů léčby jejich dítěte.

Závěr: Při komunikaci s rodiči je vždy důležitá vřídlost, ochota a trpělivost. Úroveň komunikace také mimo jiné svědčí o kvalitě celého oddělení

a následně i celé kliniky. Největší odměnou pro sestru je úsměv na tváři uzdraveného dítěte.

Komplex služeb rané péče rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením

Mgr. Anna Šarátková, Ph.D.

Středisko rané péče Tamtam, Olomouc

Sluchové postižení dítěte nebývá na první pohled patrné. Tato skutečnost s sebou mnohdy přináší podceňování jeho následků, přičemž lze sledovat jeho vliv v mnoha oblastech života dítěte a rodiny. 90 – 95 % dětí se sluchovým postižením vyrůstá ve „slyšícím prostředí“, tedy v rodinách se slyšícími rodiči. Slyšící rodiče bez předchozí zkušenosti se sluchovým postižením mají jen velmi nejasnou představu o možných eventualitách spojených s tímto fenoménem a se životem lidí se sluchovým postižením vůbec. Je beze sporu, že kvalitní a včas podané informace zvyšují šance rodiny a dítěte na sociální integraci. Jedním z ústředních témat v životě rodiny dítěte se sluchovým postižením, které neumožňuje odpovídající využití zvukových (verbálních) informací, je zajištění funkční komunikace v rodině. Překonání komunikační bariéry a míra úspěchu v této sféře vývoje dítěte už v jeho raném věku do značné míry předznamenává jeho budoucí úspěchy vzdělávací i profesní.

Středisko rané péče Tamtam Olomouc je pracoviště se strukturovaným systémem sociálních služeb rané péče nabízených rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením raného věku (od narození maximálně do sedmi let věku). Služby rodinám jsou poskytovány převážně v terénu (v duchu preventivního a terénního charakteru služeb rané péče – minimálně 70 % konzultací se odehrává v rodině), tedy v přirozeném prostředí dítěte a též formou ambulantní. Nabídka služeb střediska vychází ze

specifických potřeb klientských rodin, ovlivněných důsledky sluchového postižení dítěte, případně specifiky duálního postižení sluchu a zraku dítěte (klienty jsou i rodiny s dětmi hluchoslepými). Služby střediska využívají také rodiny, ve kterých vyrůstají děti raného věku v péči neslyšících rodičů.

Charakteristickým rysem poskytování služeb rané péče rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením je mezioborová spolupráce. Komplexnost služeb rané péče je ve středisku rané péče Tamtam dána externí participací celé řady odborností (neonatolog, pediatr, foniater, neurolog, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, logoped, lektor a tlumočnický znakového jazyka, dobrovolníci).

Základním cílem projektu SRP Tamtam je sociální integrace rodiny a dítěte se sluchovým nebo kombinovaným postižením. Programem střediska rané péče Tamtam je podpora vývoje dítěte (individuální speciálně pedagogická práce s dítětem zaměřená na rozvoj komunikačních schopností, poradenství při výběru speciálních pomůcek a hraček, jejich půjčování), podpora rodiny (konzultace v rodinách – speciálně pedagogické, sociální a psychologické poradenství, zprostředkování kontaktů na odborná pracoviště, týdenní pobyty pro rodiny zaměřené na rozvoj komunikace, zprostředkování kontaktů na další rodiny s dětmi se sluchovým postižením, vyhledání vhodného výchovně vzdělávacího zařízení apod). Nedílnou součástí aktivit SRP Tamtam Olomouc je podpora komunity. Jedním z jejich cílů je zvyšování informovanosti laické i odborné veřejnosti o službách rané péče rodinám dětí se zdravotním postižením (semináře a odborné přednášky, vzdělávací akce pro zdravotnické pracovníky, společenské akce a další) tak, aby byla zajištěna včasná informovanost potenciálních uživatelů o existenci služeb rané péče.

BLOK II.

SIDIA KLUB PŘI HOTELU SIGMA, OLOMOUC / PÁTEK / 18. 5. 2007 / 11.35–13.20 hod.

Praktický pohled na bolesti břicha v dětském věku

doc. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice, LF Plzeň

Bolesti břicha patří mezi nejčastější obtíže v dětském věku a jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy ordinace praktického lékaře pro děti a dorost a dětského gastroenterologa. Postihují 10–25 % dětí školního věku. Další 10–15% představují bolesti břicha, jež neovlivňují denní aktivitu a/nebo nejsou vyšetřeny lékařem. Recidivující bolesti břicha představují heterogenní skupinu s velmi širokou diferenciální diagnostikou, organicky podmíněných onemocnění nebo funkčních (psychosomatických) gastrointestinálních odchylek. Diagnostika je obtížná, ale komplexní vyšetření a mezioborová spolupráce umožní pozitivní diagnózu funkčních nebo organických bolestí. Bolesti břicha je možné charakterizovat a dělit z různých hledisek (akutní, chronické, organické, funkční). Důležité je také v praktickém přístupu brát do úvahy i věk dětí (kojenci, batolata, starší děti). Terapie je komplexní a je závislá na příčině bolestí břicha. Léčba funkčních obtíží je stále empirická, zaměřená k odstranění symptomů a udržení normálního životního režimu a aktivity. Cílem práce je shrnout možné příčiny bolestí břicha v dětském věku z praktického pohledu.

Firemní sympozium Boiron – Koliky a průjmy v dětském věku

M. Černý

Abstrakt nedodán.

Firemní sympozium MarkDistri – Humana na českém trhu

Abstrakt nedodán.

Pyeloplastika, vše s tím spojené...

Renáta Kemelová, Jana Knoblochová

Dětská klinika FN Olomouc

Jsme diagnosticko-pooperační oddělení, 28C, součást Dětské kliniky v Olomouci. Přijímáme malé pacienty k operaci, po operaci, s úrazy, pacienty s různými interními, neurol., chirurgickými dg. Plánujeme s urologickou klinikou i dětské pacienty, u kterých na základě vyšetření a výsledků bylo zjištěno urologické onemocnění. Včasná diagnostika v oblasti ledvin se ukázala jako velmi přínosná. Urologická diagnóza je často stanovena v souvislos-

ti s vrozenou vývojovou vadou dítěte nebo v rámci celkového onemocnění.

Je dána dg. Q 62.0, hydronefróza. Hydronefróza = rozšíření ledvin, pánevičky a kalichů, které je způsobeno zúžením močovodu v místě jeho napojení na ledvin. pánevičku či útlakem močovodu cévním svazkem nebo vazivovým pruhem, což má za následek zúžení ledvin. parenchymu. Hydronefróza je vrozená, vzácně sekundárního původu. Neléčená hydronefróza může vést postupně k těžkému poškození ledviny se zánikem její funkce, proto je nutné ji chirurgicky řešit. Pyeloplastika – chir. řešení, plastika ledvinné pánevičky. Jedná se o operační metodu, která znovu napojuje ledvinnou pánevičku na močovod. Cílem operace je normalizovat odtok z ledviny, a zabránit tak dalšímu zhoršování funkce ledviny.

Naše práce úzce souvisí s prací operačních sálů. Přebírají naše děti k urologické operaci. Po extubaci, probuzení se naši pacienti odvázejí a předávají na JIP Dětské kliniky na tak dlouho, dokud to jejich zdravotní stav vyžaduje.

Hlavní úkoly ošetrovatelské péče:

- péče o drény – sledování průchodnosti, sledování množství, barvy a příměsí odvedené moče
- sledování bilance tekutin / 24 hod.
- sledování bolesti
- péče o operační ránu a její krytí
- péče o PŽK
- aplikace ATB
- monitoring
- odběry moče k vyšetření během pooperační péče ev. komplikace.

Závěrem se dostaneme i ke kazuistice konkrétního pacienta s dg. Q 62.0 a jejím řešením, léčbou a výsledkem pyeloplastiky.

Kazuistika – nefrologie

Simona Bubeničková

Abstrakt nedodán.

Firemní sympozium Johnson & Johnson – Spánkový režim dítěte – klinicky ověřený postup

Lenka Humlová

Abstrakt nedodán.

Ošetrovatelská péče o dítě s dg.:**Hydrocephalus**

Dagmar Karlíková, DiS. Lenka Pilná

Dětská klinika, FN Olomouc

Hydrocephalus je označení pro nadměrné hromadění mozkomíšního moku v nitrolebí, zpravidla v mozkových komorách. Vzniká v důsledku narušení rovnováhy mezi tvorbou a resorbci mozkomíšního moku anebo v důsledku překážky narušující fyziologickou cirkulaci mozkomíšního moku.

Jedná se o patologický stav, který může nastat jak u dospělého, tak u dítěte. Je však důležité hydrocephalus diagnostikovat včas, a tím zabránit poškození mozkových struktur.

Léčba bývá konzervativní, častěji však operativní. Normální psychomotorický vývoj lze očekávat sotva u necelé třetiny dětí. Asi polovina postižených dětí trpí epilepsií, jen asi desetina z nich je schopna v dospělosti vykonávat zaměstnání.

Při postižení hydrocephalem se mohou objevit všechny stupně retardace, ale také je možný normální duševní vývoj.

(termín hydrocephalus pochází z řečtiny: hydro=voda, kephale=hlava)

Dodržování zásad práce s osobními údaji ve zdravotnické dokumentaci

Zuzana Bantová, DiS. FN Olomouc, DK JIRP

Mgr Jana Kameníčková, UP LF Olomouc,

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Související legislativa

- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
- Zákon č. 101/2000 Sb., zákon o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu

Proč chránit osobní údaje?

• Hlavním důvodem ochrany jsou především přirozená lidská práva na důstojnost a ochranu soukromí.

• Z platných zákonů vyplývá, že zdravotní údaje jsou citlivými osobními údaji.

• Do zdravotnické dokumentace mohou bez souhlasu pacienta nahlížet pouze vyjmenované kategorie osob, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

• Osoby, které s údaji pracují, musí zachovávat mlčenlivost.

• Zdravotník má právo se seznámit se zdravotnickou dokumentací pacienta tehdy, když o něj přímo pečuje, a pouze v rozsahu, který odpovídá úkolu, který právě plní.

Zdravotnická dokumentace

- Zákon č. 20/1966 Sb., § 67b

Ukládá všem zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci.

ZD obsahuje: identifikaci pacienta a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo, informace o onemocnění pacienta, průběh nemoci, výsledky vyšetření, zápis musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně; musí být opatřen datem zápisu a identifikací a podpisem osoby, která jej provedla.

Ošetrovatelská dokumentace

• Obsahuje: ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladovou/propouštěcí zprávu.

• Dle individuálních problémů pacienta/klienta lze použít další složky dokumentace, např. plán péče o dekvubity, záznam bolesti, testy a škály.

Cíle výzkumného šetření

• Cíl 1: Zjistit informovanost zdravotnického personálu, jakým způsobem nakládají a zabezpečují osobní údaje pacientů

• Cíl 2: Zjistit, zda jsou dodržovány zásady ochrany osobních údajů pacientů.

• Cíl 3: Posoudit, zda odpovídá současná zdravotnická dokumentace zásadám o ochraně osobních údajů na vybraných pracovištích.

Organizace výzkumného šetření

- Metoda anonymního dotazníku
- Dotazník obsahuje 33 položek
- Vyplnění dotazníku 20 minut
- Otázky uzavřené, polouzavřené, škálové

Charakteristika zkoumaného souboru

- Rozdáno 65 (100%) anonymních dotazníků
- Návratnost 61 (94%) anonymních dotazníků
- Vyřazen 1 dotazník
- Celkem 60 (100%) anonymních dotazníků
- Do zahraničí rozdáno 40 (100%) dotazníků
- Návratnost 11 (27%) dotazníků (USA, Švédsko, Itálie)

Dotazník je určen

• Zdravotnickému personálu – všeobecná sestra (sestra se specializací), lékaři, ženy i muži

• Nemocnice – Vojenská interní klinika Olomouc, DK JIRP Olomouc, Porodnicko-gynekologická klinika Olomouc, DK Haviřov, chir. klinika Rýmařov, RZP Bruntál.

Výsledky dotazníkového šetření

Interpretace dat pro cíl 1:

Zjistit informovanost zdravotnického personálu, jakým způsobem nakládají a zabezpečují osobní údaje pacientů.

Zdravotní personál ví, co jsou osobní údaje, citlivé údaje pacientů, respondenti jsou informováni a vzdělávají se pomocí školení, seminářů, jak zacházet s osobními daty. Respondenti nakládají dobře s osobními údaji, ale i přesto považují rozsah informací o ochraně os. údajů za nedostačující.

poznámky

BLOK III.

SIDIA KLUB PŘI HOTELU SIGMA, OLOMOUC / PÁTEK / 18. 5. 2007 / 14.35–16.10 hod.

Respirační onemocnění na JIRP*Miroslava Turečková*

Abstrakt nedodán.

Rehabilitace dětí s respiračním onemocněním na JIRP*Mgr. Tomáš Zemánek*

Abstrakt nedodán.

Firemní sympozium Beiersdorf – ochrana dětské pokožky před slunečním zářením

Abstrakt nedodán.

Škálování bolesti u dětí*Mgr. Jana Kameníčková*

Abstrakt nedodán.

Sledování kraniocerebrálních poranění na JIRP Dětské kliniky FN Olomouc*Gabriela Pulitová**Jednotka intenzivní a resuscitační péče**Dětská klinika Olomouc*

Autorka se ve svém sdělení zaměřuje na sledování dětí po středně těžkém a těžkém poranění mozku s GCS pod 13. Klade důraz na invazivní monitoraci se zaměřením na ICP čidla. ICP monitoraci rozebírá detailně včetně typů čidel a interpretaci výsledků. V závěru přednášky jsou demonstrovány krátké kazuistiky.

Štěstí v neštěstí*Městská nemocnice Ostrava Fifejdy,**dětská JIRP**Ivana Krajínová, Hana Kokešová*

Snem všech rodičů je mít zdravé dítě a pokračovatele rodu. Každý touží vidět svého potomka růst a rozvíjet se, uchovat si v paměti první slova, první krůčky... Chtěly bychom Vás v naší práci seznámit s osudem tří párů rodičů, kterým se tento sen splnil. Ale...? Přišly na svět tři zdravé děti. Rodiče zažívali pocit štěstí, které netrvalo dlouho. Ať to byl osud nebo něco mezi nebem a zemí, nevíme. Stalo se. V jediném okamžiku došlo k radikální změně živo-

ta celé rodiny. Děti byly v ohrožení života, smrtelné nebezpečí se podařilo odvrátit. Následky však zůstaly. Počáteční šok z nepříznivých informací se pomalu přeměňoval už jen v naději ve zlepšení stavu. I přesto se rodiče snažili udělat pro své dítě maximum a nedávat najevo své pochybnosti. Děti, o kterých budeme mluvit, ležely u nás s diagnózou apalický syndrom, ale každé se do tohoto stavu dostalo z jiné příčiny.

Apalický syndrom neboli vegetativní stav je způsoben postižením mozkové kůry a podkoří včetně některých přírodních a vývodných drah mozku a vzniká nejčastěji buď následkem traumatického postižení mozku, nebo stavem po hypoxickém postižení mozku, nebo po kardiopulmonální resuscitaci. Výraz apalický vychází z termínu apallium, což znamená bez kůry mozkové a tento popisný termín akceptujeme jako termín vycházející z představy nefungující mozkové kůry.

Fyzioterapie – nezbytná součást léčby hemofilie*Mgr. Eva Mihálová**Klinika léčebné rehabilitace a tělovýchovného lékařství a Dětská klinika, FN a LF UP v Olomouci*

V průběhu posledních čtyřiceti let se léčba hemofilie posunula výrazně dopředu a s pomocí lékařů, fyzioterapeutů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších se daří minimalizovat její trvalé následky. Přes všechny zmíněné úspěchy a zkvalitnění terapie existuje ještě mnoho pacientů s funkční pohybovou poruchou. Komplexní léčba dokáže zmírnit, zastavit nebo dokonce předejít krvácení. Terapie je však velmi nákladná, a proto není vždy možné vyhnout se krvácení, a tedy i poškození pohybového aparátu. Věčné dilema spočívá ve skutečnosti, že u většiny pacientů s hemofilií vzniká krvácení při pohybové aktivitě. Omezování přirozeného pohybu u dětí s hemofilií není nejlepší cestou k dosažení úspěchu v celkové terapii. Právě zmiňovaná pohybová aktivita slouží jako nejlepší prevence dalšího krvácení a následného poškození organismu. Pohyb by se měl stát pro nemocné i zdravé jedince každodenní náplní života a prevencí pohybových potíží. Vzhledem k současnému převládajícímu trendu sedavého

způsobu života je pravidelné provádění pohybových aktivit spíše vzácností, což se projevuje hlavně u dětí oslabením svalů, změnou postury a zvláště snížením tělesné kondice. Fyzioterapie a rehabilitace hraje v celkové interdisciplinární terapii nemocí s poruchou krevní srážlivosti důležitou roli. Společně se substituční, profylaktickou a domácí léčbou tvoří dokonale propojený systém, který se navzájem ovlivňuje. Stejně jako je s hemofilií spojena celoživotní farmakoterapie, měla by fungovat také celoživotní pravidelná fyzioterapie a rehabilitace ve specializovaných centrech.

Na základě klinické studie a v návaznosti na výsledky týmové práce jsme chtěli argumentovat zažitý algoritmus specifické a nespecifické nebo paliativní rehabilitační péče, v návaznosti na výsledky týmové spolupráce s odborníky ostatních medicínských oborů. V naší studii jsme se zaměřili především na hodnocení fyzického stavu pacientů s hemofilií A nebo B a s von Willebrandovou chorobou a snažili jsme se porovnat výsledky dotazníku, goniometrie a funkčního step testu nemocných s výsledky kontrolní skupiny zdravých jedinců. Soubor klinického měření (goniometrie, funkční step test) tvořilo 13 pacientů ve věku 13 až 25 let s hemofilií A nebo B a von Willebrandovou nemocí, kteří se léčili v Dětské nemocnici v Brně a na Dětské klinice Fakultní nemocnice a Univerzity Palackého v Olomouci. Kontrolní skupinu klinického měření tvořil stejný počet zdravých probandů v totožném věkovém rozmezí. Soubor dotazníkové metody byl tvořen 29 pacienty ve věku od 8 do 25 let s hemofilií A nebo B a Von Willebrandovou nemocí, kteří se léčili na výše uvedených pracovištích. V kontrolní skupině byl stejný počet zdravých jedinců ve věkovém rozhraní 8 až 25 let. Závěrem této práce je zjištění, že sledovaní pacienti mají v převážné většině srovnatelné výsledky goniometrie a funkčního step testu a že mezi pacienty a zdravými jedinci neexistují signifikantní rozdíly ve smyslu omezení pohybových aktivit. Dalším důležitým poznatkem je, že v České republice je fyzioterapeutický koncept u pacientů s koagulopatiemi srovnatelný s evropskými i mimo-evropskými rehabilitačními a fyzioterapeutickými postupy.

HiPP

To nejlepší z přírody

Probiotická mléka HiPP



Kojení je pro Vaše miminko to nejlepší. Pokud nemůžete kojit, zvolte mléko HiPP pro správný vývoj dítěte.

- mléka HiPP 2 a HiPP HA2 od ukončení 4. měsíce
- mléko HiPP 3 od ukončení 8. měsíce
- výborně zasytí
- s probiotiky
- přirozeně bezlepkové
- bez přídavku sacharózy
- obohaceno vitamíny a minerály
- HiPP 3 s vanilkovou příchutí

PROBIOTIKA - kultury živých mikroorganismů, které prospěšně ovlivňují vlastnosti střevní mikroflóry.

Vhodné zejména pro děti ohrožené alergií.

Probiotické



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

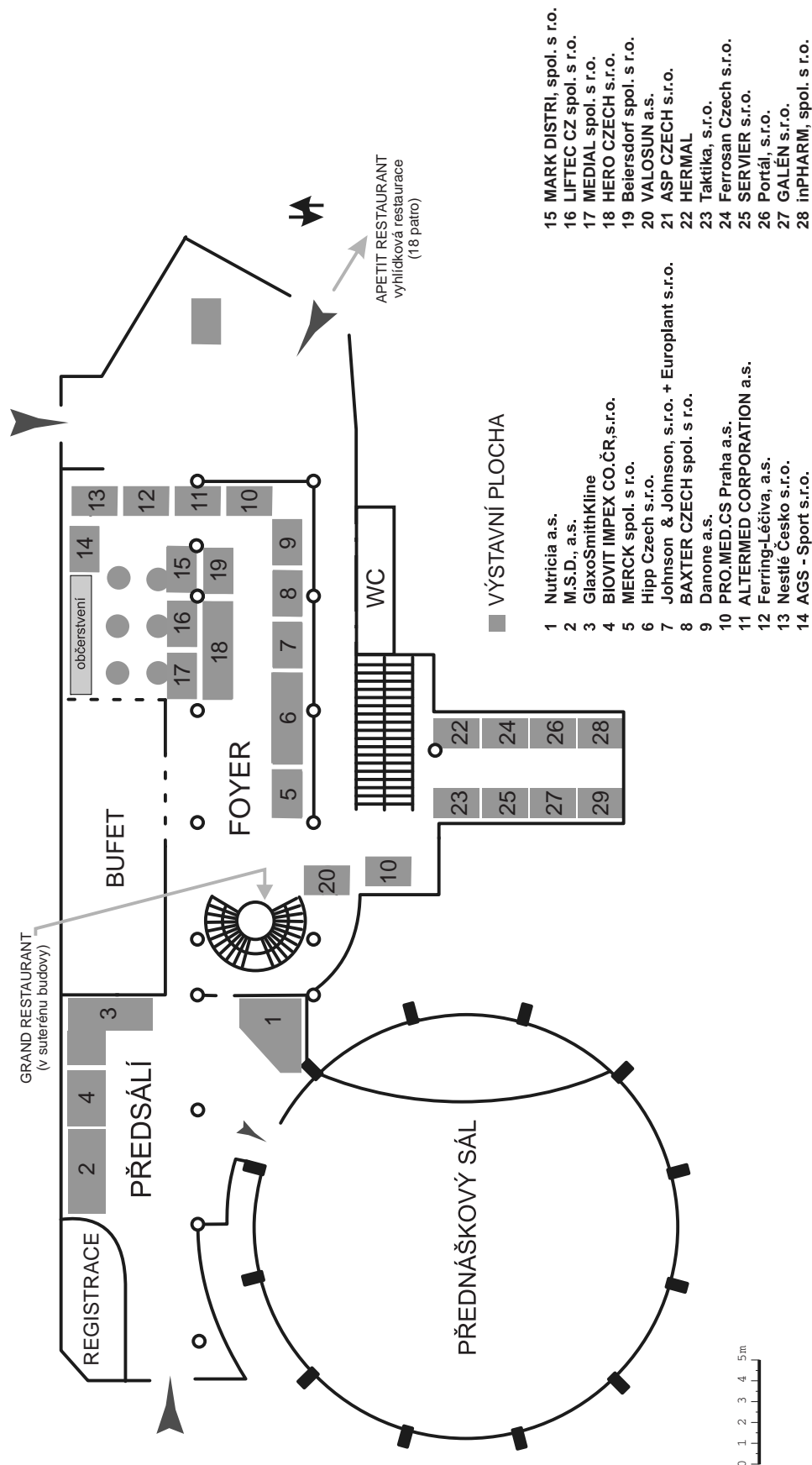
Infolinka (po-pá 8-14): +420 724 139 949, HiPP Czech, s.r.o.,
Radlická 608/2, 150 00 Praha 5, e-mail: hipp@hipp.cz; www.hipp.cz, www.hipp-babysanft.cz

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER XXV. DNY PRAKTICKÉ A NEMOCNIČNÍ PEDIATRIE

17. - 18. 5. 2007

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ, Jeremenkova 40b

Rozmístění vystavovatelů



SKINOREN®

KRÉM

vrátí úsměv na tvář...



**Pro léčbu mírných až
středních forem akné**

Skinoren® krém- Informace k předepisování

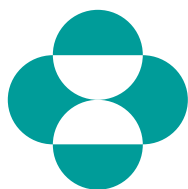
Složení: Acidum azelaicum 0,2 g (20%) v 1 g krému. **Indikační skupina:** Dermatologikum. **Indikační oblast:** Léčba acne vulgaris. **Charakteristika:** Skinoren® krém potlačuje růst mikrobu (antibakteriální účinek), uvolňuje ucpané vývody vlasových míšků (účinek komedolytický). Aktivní složka Skinoren® krému kyselina azelainová brzdí růst některých mikrobu a snižuje tvorbu mastných kyselin podléjících se na vzniku akné. Kyselina azelainová ovlivňuje proces rohovatění buněk pokožky a má tak příznivý léčebný vliv na tvorbu komedonů (černých a bílých), které jsou příčinou vzniku dalších zánětlivých projevů akné. **Kontraindikace:** Přípravek nesmí být užíván při přecitlivělosti na účinné nebo pomocné látky. **Nežádoucí účinky:** Vzácně se může vyskytnout místní kožní podráždění (většinou pálení nebo pocit svědění, někdy zarudnutí až šupinatění), většinou v počátku léčby. Ve většině případů jsou příznaky podráždění slabé a obvykle během léčby mizí. **Interakce:** Žádné interakce nejsou doposud známe. **Dávkování:** Pokud lékař neurčí jinak, Skinoren® krém by měl být nanášen na postižená místa dvakrát denně (ráno a večer) a jemně vetřen do kůže. Skinoren® krém musí být nanášen v dostatečném množství, ale ne nadbytečně. Většinou je výrazné zlepšení zřetelné po 4 týdnech. Pro získání dobrého účinku musí být Skinoren® krém používán pravidelně po dobu několika měsíců. **Balení:** 30 g krému v tubě. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Intendis GmbH, Max-Dohrn-Strasse 10, Berlin, Německo. **Registrační číslo:** 46/810/93-C. **Datum poslední revize:** 18.5.2005. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Prodej a marketing v ČR zajišťuje Schering s.r.o. - člen koncernu, Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2.

Další informace získáte v odborných materiálech společnosti nebo na adrese:

Schering s.r.o. - člen koncernu, Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2, tel.: 271 730 661, fax: 271 730 657, e-mail: info@schering.cz, www.akne.cz, www.schering.cz

Pořadatelé děkují uvedeným firmám
za spoluúčast na finančním zajištění kongresu

Generální sponzor



MSD

NUTRICIA

hlavní sponzoři



GlaxoSmithKline



sponzoři

AGS - Sport s.r.o.
ALTERMED CORPORATION a.s.
ASP CZECH s.r.o.
BAXTER CZECH spol. s r.o.
Beiersdorf spol. s r.o.
BOIRON CZ, s.r.o.
Danone a.s.
Europlant s.r.o.
Ferring-Léčiva, a.s.

Ferrosan Czech s.r.o.
HERMAL
HERO CZECH s.r.o.
Hipp Czech s.r.o.
inPHARM, spol. s r. o.
Johnson & Johnson, s.r.o.
LIFTEC CZ spol. s r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.
MEDIAL spol. s r.o.

MERCK spol. s r.o.
MUCOS Pharma CZ, s.r.o.
Nestlé Česko s.r.o.
PRO.MED.CS Praha a.s.
QUENT s.r.o.
SERVIER s.r.o.
SCHERING s.r.o.-člen koncernu
Taktika, s.r.o.
VALOSUN a.s.

mediální partneři



DOVOLENÁ

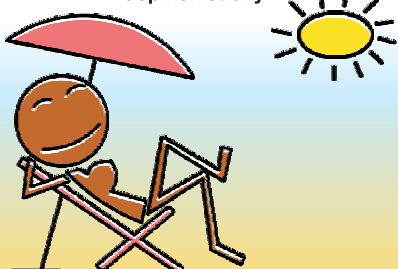
takhle



nebo ...?

se **Swiss Natural Sources**[®]
LAKTOBACILY "5"

doplněk stravy



- ☀ pro snížení rizika **BĚŽNÝCH** a **CESTOVNÍCH PRŮJMŮ**, zácpy, škroutání, nadýmání
- ☀ při stresu, požití těžkého jídla nebo alkoholu

LAKTOBACILY "5"
enterický povlak



- na českém trhu **unikátní technologie kapslí**
 - ➔ maximální účinek při užívání **s jídlem**
 - i nalačno - kdykoliv!**
- 5 důležitých kmenů prospěšných bakterií:
Lactobacillus rhamnosus 55 %, *Bifidobacterium breve* 20 %, *Lactobacillus casei* 15 %, *Lactobacillus acidophilus* 5 %, *Bifidobacterium longum* 5 % / 6 miliard aktivních buněk

ZNAJÍ VE VŠECH LÉKÁRNÁCH



Swiss
Natural Sources[®]

www.swissherbal.cz

IMUNITA - TRÁVENÍ



LAKTOBACÍLKY[™]

malé cucací pastilky s výbornou přírodní třešňovou chutí pro mlsné dětské jazýčky

LAKTOBACÍLKY
probiotikum pro děti



- 😊 pro rekonvalescenci **po antibiotické léčbě**
- 😊 pro snížení rizika **běžných a cestovních průjmů**
- 😊 při **infekcích dýchacích cest**
- 😊 při **alergiích a plísňích**
- 😊 pro detoxikaci a posílení **imunity**

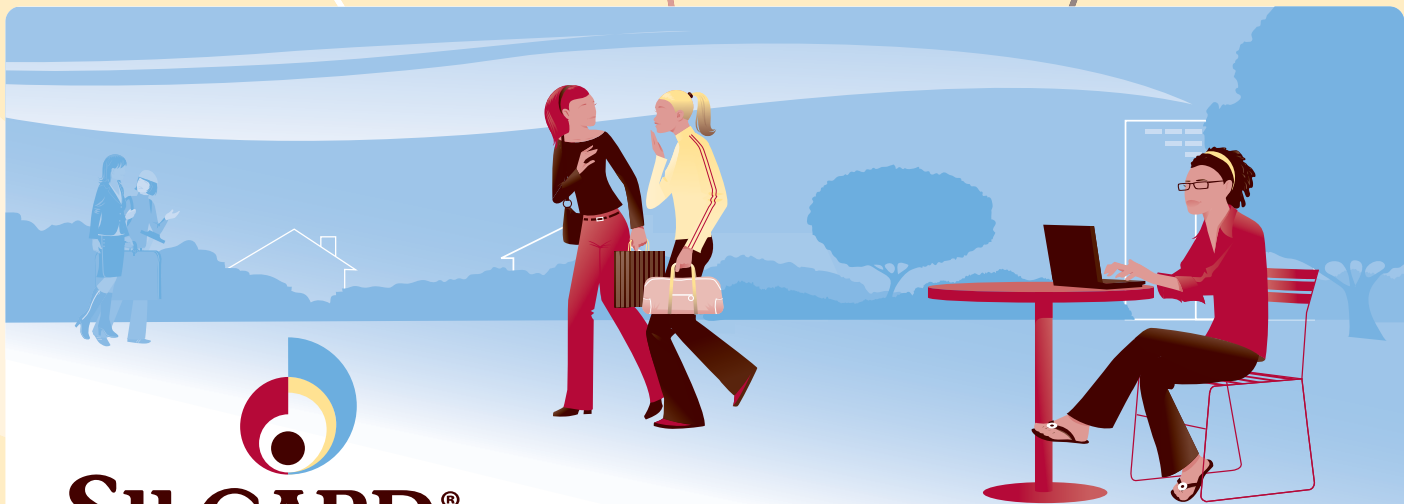
- 3 kmeny prospěšných bakterií:
Lactobacillus rhamnosus 80 %, *Bifidobacterium longum* 10 %, *Lactobacillus acidophilus* 10 %
- 1 miliarda aktivních buněk
- technologie mikroenkapsulace

VE VAŠÍ OBLÍBENÉ LÉKÁRNĚ



Swiss
Natural Sources[®]

www.swissherbal.cz




SILGARD®

**Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)**

PRŮLOM V BOJI S RAKOVINOU

PRVNÍ A JEDINÁ VAKCÍNA (kvadrivalentní),
určená pro prevenci:

- ▶ **RAKOVINY DĚLOŽNÍHO HRDLA**
- ▶ **GENITÁLNÍCH BRADAVIC**
- a
- ▶ **CERVIKÁLNÍCH DYSPLAZIÍ VYSOKÉHO STUPNĚ (CIN 2/3)**
- ▶ **VULVÁLNÍCH DYSPLAZIÍ VYSOKÉHO STUPNĚ (VIN 2/3)**

vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.

Zkrácená informace o přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná), (Papillomaviri humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1) **Indikace:** prevence vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulválních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9- až 15-letých dětí a dospívajících. **Kontraindikace:** přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění. **Dávkování:** základní očkování – 3 samostatné 0,5 ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období. **Upozornění:** pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často krvácení a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2–8 °C), ve vnější krabici, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce s ochranným zařízením jehly se dvěma jehlami – balení po 1 kusu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/06/358/015. **Poslední revize textu SPC:** 20.9.2006

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2007. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl.*, Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

