

PEDIATRIE

pro praxi

ČESKÁ PEDIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP

DĚTSKÁ KLINIKA LF UP A FN OLOMOUC

SPOLEK LÉKAŘŮ ČLS JEP OLOMOUC

SPOLEČNOST SOLEN

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXVI. DNY PRAKTICKÉ
A NEMOCNIČNÍ PEDIATRIE

23. – 24. KVĚTNA 2008

OLOMOUC

ABSTRAKTA

ISSN 1213-0494 | Pediatr. pro Praxi 2008; 9, 3 (Suppl. B)

Priorix-Tetra™

Živá vakcína proti spalničkám, příušnicím,
zarděnkám a planým neštovicím



Čtyři jednou ranou

Nová vakcína **Priorix-Tetra™** děti šetrně ochrání
před čtyřmi častými infekčními nemocemi.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU Priorix-Tetra™

Název přípravku: Priorix-Tetra™ inj. stříkačka, prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem. Vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím (živá). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedna dávka rekonstituované vakcíny (0,5 ml) obsahuje: Virus morbillorum vivum attenuatum¹ (kmen Schwarz) ne méně než 10^{3,0} CCID₅₀, Virus parotitidis vivum attenuatum¹ (kmen RIT 4385, odvozený z kmene Jeryl Lynn) ne méně než 10^{4,4} CCID₅₀, Virus rubellae vivum attenuatum² (kmen Wistar RA 27/3) ne méně než 10^{3,0} CCID₅₀, Virus varicellae vivum attenuatum² (kmen OKA) ne méně než 10^{3,3} PFU. Pomocná látka: Sorbitol 14 miligramů. **Indikace:** Vakcína Priorix-Tetra™ je určena k aktivní imunizaci dětí od 11. měsíce života do 12 let včetně proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím. **Dávkování a způsob podání:** Kojencům a dětem ve věku od 11 měsíců do 12 let by měly být podány 2 dávky (každá po 0,5 ml) vakcíny Priorix-Tetra™. Mezi podáním obou dávek se doporučuje dodržet interval mezi 6 týdny a 3 měsíci. Za žádných okolností nesmí být interval mezi dávkami kratší než 4 týdny. Platná oficiální doporučení se mohou lišit ohledně intervalu mezi dávkami a nutností očkovat dvěma dávkami nebo jednou dávkou vakcín proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a proti planým neštovicím. Priorix-Tetra™ je určen pro subkutánní aplikaci, přednostně se podává do oblasti deltového svalu. **Kontraindikace:** Podobně jako u jiných vakcín musí být aplikace vakcíny Priorix-Tetra™ u osob trpících akutním závažným horečnatým onemocněním odložena. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na jakékoliv pomocné látky nebo na neomycin. Přecitlivělost po předchozí aplikaci vakcín proti příušnicím, spalničkám, zarděnkám a/nebo planým neštovicím. Pacienti s primárním nebo sekundárním imunodeficitem. **Zvláštní upozornění:** Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro vzácný případ rozvoje anafylaktického šoku okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Očkované osoby se musí po dobu 6 týdnů po aplikaci každé dávky vakcíny vyvarovat užívání salicylátů. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcínu Priorix-Tetra™ lze současně aplikovat (ale do různých míst) s jakoukoli z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín [včetně hexavalentních vakcín (DTPa-HBV-IPV/Hib)]: vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární komponenta) (DTPa), vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (Hib), inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě (IPV) a vakcína proti hepatitidě B (HBV). Očkování jedinců, kterým byly podány lidské gamaglobuliny nebo krevní transfúze, by se mělo odložit nejméně o 3 měsíce. **Těhotenství a kojení:** Aplikace vakcíny Priorix-Tetra™ těhotným ženám je kontraindikována a je třeba se vyhnout otěhotnění v období 3 měsíců po očkování. **Nežádoucí účinky:** Bolest, otok a zarudnutí v místě vpichu, horečka ≥ 37,5 °C až ≤ 39 °C měřeno axilárně, alergické reakce. **Inkompatibility:** Priorix Tetra™ nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 18 měsíců. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte a přepravujte v chladu (2 °C – 8 °C) a v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4, Česká republika. **Registrační číslo (a):** 59/499/07-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 8. 8. 2007. **Datum revize textu:** 8. 8. 2007. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu informací pro předepisování nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (6. 3. 2008).

PT01020108

- 8.30 **Slavnostní zahájení**
– vystoupení dětského pěveckého sboru Žerotín Olomouc
– 100 let od narození prof. Antonína Morese – L. Kolková
– předání plakety Společnosti sociální pediatrie prof. Koluchové
- 9.15–10.45 **JAKÝ VÝZNAM MAJÍ PACIENTSKÉ INFORMACE V MODERNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI?** / garant **V. Mihál**
• Pacientské informace – proč, jaké a kde? – J. Potomková, V. Mihál
• Jak získávat důvěru rodičů nemocných dětí? – V. Vránová, J. Kameníčková
• Mohou se rodiče podílet na rozhodování o zahájení antibiotické léčby? – V. Mihál, J. Králová, J. Strojil, E. Mikušková, M. Zápalka, K. Dorazilová, K. Ivanová, M. Jelínková (IP)
• Antibiotika z pohledu mikrobiologa – M. Kolář
- 10.45 – 11.15 Přestávka s coffee breakem
- 11.15 – 11.45 **Symposium GlaxoSmithKline**
• 2008: Novinky v očkování proti MMRV – T. Holubová
- 11.45– 13.00 **Vyhlášení výsledků soutěže o nejlepší kazuistiku publikovanou v roce 2007 v Pediatrii pro praxi a předání finanční prémie 30 000 Kč jejímu autorovi.**
POCHYBENÍ V PRAXI – OPRAVENÉ DIAGNÓZY / garant **J. Seifertová, V. Němec**
• Nejen ve víně je pravda – H. Letáková
• Kde jsme udělali chybu? – Z. Doležel
• I to se dnes může stát – K. Stružová
• Když recese přestala být legrací – J. Wiedermann
• Diabetes insipidus renalis? – J. Kobr
• Co děti polykají? – J. Seifertová
• Byl by doktor House rychlejší? – V. Němec
- 13.00 – 14.15 Oběd
- 14.15 – 15.15 **LZE POZITIVNĚ OVLIVNIT ZDRAVÝ VÝVOJ DÍTĚTE PROSTŘEDNICTVÍM VÝŽIVY?** / garant **J. Krejsek**
• Slizniční imunita v ontogenezi – víme více než na konci minulého století? – J. Krejsek (IP)
• Early metabolic programming – P. Szitanyi
• Ktoré zložky mliečnych formúl sú dôležité pre správny vývoj dieťaťa? – I. Čierná
- 15.15 – 15.45 **Symposium NUTRICIA**
• Lze alergiím předcházet? – M. Fuchs (IP)
- 15.45 – 16.15 **Symposium HIPP**
Kojenecké koliky – P. Frühauf
- 16.15 – 16.30 Přestávka s coffee breakem
- 16.30 – 18.00 **BLOK FIREMNÍCH SYMPOZIÍ**
• Slunce a dětská pokožka z pohledu dermatologa – K. Macháčková (Beiersdorf)
• Beba HA nejbliže mateřskému mléku – O. Šmídová (Nestlé)
• MediClinic: Alternativní cesta pro PLDD – P. Švrček, M. Hofman
- 20.00 **Společenský večer**
• Raut
• Francouzská vína dodaná firmou GUTTA
• Skupina irských tanců Fiach Bán
• Hudební skupina Syrinx

POSTEROVÁ SDĚLENÍ

- **Raná péče rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením**
– Kolektiv autorů Středisko rané péče Tamtam (Kučerová Anna, Bilíková Adéla, Štolcarová Marcela)

SOBOTA, 24. května 2008

- 7.45–8.15 **Snídaně s firmou NovoNordisk – Grand restaurant RCO (suterén)**
• Poruchy růstu v ordinaci PLDD – O. Magnová
- 8.30–10.30 **DĚTSKÝ LÉKAŘ A PEDOPSYCHIATR, MY CO SPOLU MLUVÍME / garant M. Goetz**
• Myslíme na syndrom Münchhausen by proxy? – J. Kocourková
• Co může sestra udělat pro pacientky s poruchami příjmu potravy? – L. Maďárová
• Rozumíme dětské nespavosti? – P. Uhlíková (IP)
• Proč se adolescenti sebepoškozují? – M. Ryšánková
• Umíme při péči o své pacienty pečovat také o sebe? – I. Zedková
- 10.30–12.00 **Workshop**
• Balintovská skupina – K. Koblic – pouze pro uzavřenou skupinu max. 15 předem u registrace přihlášených účastníků.
- 10.30–11.00 **Symposium Ferring - Léčiva**
• Enuretik v ordinaci PLDD – D. Hlásenská
• Léčba enuretika – kazuistiky – H. Flögelová
- 11.00–11.30 Přestávka s coffee breakem
- 11.30 – 13.00 **PROČ JE CESTA ŽIVOTEM DĚTSKÉHO DIABETIKA I PŘES DOSTUPNOST MODERNÍCH LABORATORNÍCH A LÉČEBNÝCH POSTUPŮ TAK SLOŽITÁ? / garant J. Venháčová**
• Co je nového v epidemiologii dětského diabetu a celiakie? – O. Cinek
• Poruchy příjmu potravy a diabetes mellitus – problematická komorbidity? – J. Koutek (IP)
• Existují varovná znamení pro noncompliance pacienta v léčbě diabetu? – J. Venháčová
• Jaké mohou být důsledky noncompliance diabetika? – M. Zajíčková
- 13.00 – 14.30 Oběd
- 14.30 – 16.00 **KDE JE SOUČASNÉ MÍSTO INFEKČNÍCH NEMOCÍ? / garant D. Sedláček**
• Kdy u dětí pomyslíme na lymeskou boreliózu? – L. Krbková
• Jak je v ČR zajištěna péče o děti s HIV/AIDS? – H. Rozsypal
• Exantém u dítěte – alarmující příznak? – D. Sedláček, V. Štruncová (IP)
• Je snadné diagnostikovat syndrom toxického šoku? – J. Vildmanová
- 16.00 Losování ankety společnosti Solen

UKONČENÍ KONGRESU

Regionální centrum Olomouc, Olomouc 23. – 24. 5. 2008

PREZIDENT

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

POŘADATEL

Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Solen, s.r.o.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,

MUDr. Michal Goetz,

MUDr. Vladimír Němec,

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,

MUDr. Jarmila Seifertová,

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.,

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

ÚČAST JE V RÁMCI CELOŽIVOTNÍHO POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ DLE STAVOVSKÉHO PŘEDPISU
Č.16 ČLK OHODNOCENA CERTIFIKÁTEM PRO LÉKAŘE A 6 KREDITY PRO SESTRY.

Příloha časopisu *Pediatric pro Praxi*
ISSN 1213-0494 / *Pediatr. pro Praxi* 2008; 9, 3 (Suppl. B)

ORGANIZÁTOR: SOLEN, s.r.o., Lazecská 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, dankova@solen.cz

Pacienti preferují
Minirin® MELT¹⁾



Minirin®
MELT

Minirin®
DESMOPRESSIN

Prověřená účinnost s vyšším komfortem

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

MINIRIN Melt 60 µg/120 µg; Minirin 0,1 mg/0,2 mg tablety; MINIRIN spray.

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

LITERATURA: 1) Lottmann H. et al.: A randomised comparison of oral desmopresin lyophilisate (MELT) and tablet formulations in children and adolescents with primary nocturnal enuresis. International Journal of Clinical Practice, 2007;61:1454-1460.

FERRING
PHARMACEUTICALS

FERRING - LÉČIVA, a.s.

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



www.minirin.cz

Jaký význam mají patientské informace v moderní zdravotní péči?

Pacientské informace – proč, jaké a kde?

Mgr. Jarmila Potomková¹,
prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.²

¹Knihovna LF UP v Olomouci

²Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Přístup k lékařským informacím diagnostického a léčebného charakteru se stává významným předpokladem efektivního vztahu mezi lékařem, rodinou a dětským pacientem. Zdrojem pro tento typ informací je odborná medicínská literatura, která musí být vhodným způsobem upravena tak, aby byla pochopitelná a prospěšná pro laickou veřejnost a zohledňovala charakteristické vývojové stupně dítěte. Dalším nezbytným krokem je výběr vhodného komunikačního média, např. neformální výměna informací, klinické konzultace, tištěné materiály a multimediální produkty, včetně interaktivních webových aplikací. Dobrá informovanost podporuje edukaci rodičů i dětských pacientů; úkolem zdravotnických profesionálů je dbát na vhodné načasování poskytovaných informací, sociodemografické faktory a respektovat rozhodnutí pacienta resp. jeho rodiny, zda chtějí nebo nechtějí být informováni. Novou dimenzí pro knihovnicko-informační služby se stává mapování vhodných informačních zdrojů pro zpracování patientských informací, zjišťování informačních potřeb, budování elektronických informačních portálů a patientských digitálních knihoven s otevřeným přístupem. Zahraniční zkušenosti dokládají terapeutický význam tohoto typu informací, a od 90. let minulého století se zavádí praxe „informačního receptu“, který garantuje přístup k aktuálním patientským informacím založeným na důkazu, recenzovaným a vhodně modifikovaným odborníky, mimo komerční zájmy, se srozumitelným obsahem a v atraktivní formě.

Doporučení pro praxi:

- o Připravovat podmínky pro postupné zavádění „informačních receptů“.
- o Vytvářet multidisciplinární týmy pro vyhledávání lékařských informací a jejich následné obsahové a formální zpracování v souladu s potřebami patientské veřejnosti.
- o Využívat moderní informační technologie pro zpřístupňování „terapeutických“ informací u dětské populace.

Jak získávat důvěru rodičů nemocných dětí?

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.,
Mgr. Jana Kameníčková
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, LF UP v Olomouci

Základní a nejjednodušší definice komunikace by se dala charakterizovat jako výměna informací mezi komunikátorem a komunikantem, tzn. tím, který informace podává, s tím, který informace přijímá. Lidská komunikace je však mnohem složitější proces, který je závislý na mnoha faktorech či okolnostech, které hrají větší nebo menší roli v daném procesu. Jedná se o věk účastníků komunikačního procesu, psychologický, fyzický stav, ale i inteligenci jedinců. Komunikace také závisí na individuálních i sociálních zkušenostech jednotlivců, na jejich schopnostech umožnit či tolerovat kulturní tradice, zvykové konvence a další. Komunikace je ovlivněna výchovou v rodině, resp. způsobem, kterým je realizována.

Abychom dosáhli kladeného cíle komunikace s kýmkoliv (ať už s nemocným dítětem, či jeho rodičem nebo prarodičem), je nutné, aby komunikace byla efektivní a co nejučinnější, je nutné rozvíjet u zdravotníků (bylo by ideální u všech lidí) verbální i neverbální komunikační dovednosti.

„...slova mají velkou moc a jsou schopna napravit, zlepšit, ale také umí velmi uškodit“. (Pokorná, 2008) Dobře komunikující zdravotník je schopen získat důvěru nemocných dětí a jejich rodičů.

Mohou se rodiče podílet na rozhodování o aplikaci antibiotické léčby u svých dětí?

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.,
J. Králová, Kateřina Ivanová,
MUDr. Kateřina Dorazilová,
MUDr. Elena Mikušková,
MUDr. Martin Zápalka, M. Jelínková,
MUDr. Jan Strojil
Dětská klinika LF UP a FN,
Ústav sociálního lékařství
a zdravotní politiky, Olomouc

Pohled jedince na adekvátnost léčebného postupu konkrétní nemoci je ovlivněn zejména těmito skupinami faktorů:

1. Subjektivní pojetí nemoci
2. Individuální úroveň zdravotní gramotnosti
3. Intenzita aktuálně prožívaných negativních emocí
4. Praktická znalost zásad první pomoci
5. Aktuální situace jedince

V odborné literatuře zaměřené na léčbu antibiotiky u dětí se setkáváme s výzkumy převážně instrumentálního charakteru (Bauchner, Pelton, Klein, 1999), často zaměřené na konkrétní onemocnění (Bagshaw, Kellner, 2001; Finkelstein et al., 2005). Zájem se soustřeďuje na správnost diagnózy a volbu léčby např. antibiotiky. Méně je věnována pozornost názorům rodičů k léčbě jejich dětí antibiotiky, anebo jsou projekty pro české poměry nepoužitelné (Mangione-Smith et al, 2004; Palmer, Bauchner, 1997).

Cílem této studie je analyzovat a popsat faktory, které ovlivňují rozhodnutí rodiče, jejichž dítě je nemocné a má vysoké horečky, vyžadovat od lékaře/ky léčbu antibiotiky.

Zvolili jsme formu kvalitativního výzkumu, jehož zjištění se stanou platformou pro uvažovaný následný kvantitativní výzkum, kdy počítáme s rozsáhlým počtem respondentů.

S naším záměrem koresponduje zvolená metoda polostandardizovaného rozhovoru s 10 rodiči nemocných dětí (ve věku do 3 let), zaměřeného na podchycení výše uvedených skupin faktorů ovlivňujících vnímání vhodnosti aplikace antibiotik v léčbě jejich dětí.

Literární zdroje:

1. BAGSHAW, SM., KELLNER, JD. Beliefs and behaviours of parents regarding antibiotic use by children. *Can J Infect Dis*, 2001, 12(2): 93 – 97.
2. BAUCHNER, H, PELTON, SI, KLEIN, JO. Parents, Physicians and Antibiotic Use. *American Academy of Pediatrics*, 2008, 103(2): 395 – 401.
3. FINKELSTEIN, J. A. et al. Watchful Waiting for Acute Otitis Media: Are Parents and Physicians ready? *American Academy of Pediatrics*, 2005, 115(6): 1466 – 1473.
4. HOLČÍK, J, KOUPILOVÁ I. Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury. *Zdravotnictví v České republice*. 2001, 4(3-4): 113 – 115.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada 2002, ISBN 80-247-0179-0.
6. MAREŠ, J. Pacientovo subjektivní pojetí zdraví a nemoci. *Praktický lékař*. 2006, 86(2): 109 – 114.
7. MANGIONE-SMITH, R. et al. Racial/Ethnic variation in Parent Expectations for Antibiotics: Implications for Public Health Campaigns. *American Academy of Pediatrics*, 2004, 113(5): 385 – 392.
8. PALMER, DA, BAUCHNER, H. Parents' and Physicians' Views on Antibiotics. *American Academy of Pediatrics*, 1997, 99(6): 1 - 5.
9. OSN: Světový summit o udržitelnosti rozvoji. (online). Johannesburg, Jihoafrická republika, 26. srpna – 4. září 2002 (cit. 2008-02-06). Dostupné na WWW: <http://www.env.cz/www/zamest.nsf/defc72941c223d62c12564b30064fdcc/81ec67192b9ba9d0c-1256c3e00405337?OpenDocument>.
10. ZVÍROTSKÝ, M. Negramotní ve věci vlastního zdraví. *Psychologie dnes*. 2007, 13(9): 32 – 33.

JEDINĚ S NÁMI OSLOVÍTE NEJŠIRŠÍ ODBORNOU ZDRAVOTNICKOU VEŘEJNOST!

Zdravotnické noviny

Výjimečný týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii

Aktuální domácí a zahraniční
zdravotnicko - politické zpravodajství

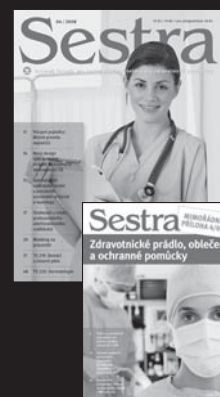
- Novinky z profesních a oborových organizací
- Legislativní novinky, léková politika
- Odborné a vzdělávací akce, trh práce
- Rozsáhlé diskusní fórum
- Portréty osobností z oboru medicíny
- Právní a ekonomické poradenství



Sestra

Odborný měsíčník pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky

- INFORMAČNÍ SERVIS – aktuální zprávy z konferencí a seminářů
- FÓRUM názorů a zkušeností v ošetrovatelství
- AKTUÁLNĚ z českého zdravotnictví
- Příspěvky ZE ZAHRANIČÍ
- Novinky ve VZDĚLÁVÁNÍ a VÝZKUMU
- Užitečné profesní INFO MZ ČR, NCO NZO, ČAS
- Oborově zaměřené přílohy, tradiční přílohy Sestra roku a Kalendář vzdělávacích akcí



www.sestra.cz

domovská stránka moderní sestry

- Aktuální zprávy každý den, výběr ze zahraničních agentur
- Možnost zasílání zpravodajství e-mailem
- Právní a legislativní poradenství, databáze léčiv, Kalendář akcí

Předplacením
tištěné podoby
časopisu
získáte navíc
i přístup
do on-line archivu
článků titulu
SESTRA!



www.zdn.cz

- aktuální zprávy z domova i ze zahraničí, forum
- zasílání newsletteru, on-line databáze léčiv, e-shop s 10% slevou
- profesní novinky, akce, kariéra, soukromá inzerce zdarma
- oborové speciály – ručně tříděné články podle medicínských oborů

Předplacením
tištěné podoby
časopisu získáte
navíc i přístup
do on-line archivu
článků titulů ZDN
a LL od roku 2000!



Antibiotika z pohledu mikrobiologa

prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.
Ústav mikrobiologie
FN a LF UP v Olomouci

Aplikace antibiotik je nedílnou součástí terapie dětských bakteriálních infekcí, které lze zjednodušeně chápat jako „nefyziologicky probíhající interakci mezi bakterií a dítětem“. Je však nutné si uvědomit, že bakterie jsou schopny se přizpůsobovat vnějším vlivům, včetně účinku antimikrobních léčiv, a z tohoto důvodu vývoj bakteriální rezistence představuje výrazný problém současného zdravotnictví. K tomuto negativnímu trendu přispěl v minulosti často uplatňovaný chybný názor „je lépe antibiotikum vždy podat, a to i případech, kdy se pravděpodobně o bakteriální infekci nejedná“.

Hlavní příčinou vzestupu bakteriální rezistence je selekční tlak antibiotik. Nadměrná spotřeba antimikrobních léčiv má negativní vliv nejen na vývoj rezistence bakterií ke konkrétním přípravkům, ale současně vede k selekci dalších bakteriálních druhů odolných vůči používaným antibiotikům. Nejedná se pouze o teoretický mikrobiologický problém, ale o skutečnost ovlivňující negativně celou medicínu. Praktický dopad zvyšujícího se výskytu multirezistentních bakteriálních kmenů lze spatřovat především v selhání antibiotické léčby a s tím související vyšší morbiditou a mortalitou. Problém zvyšující se rezistence bakterií k antimikrobním přípravkům, spojené se selháváním antibiotické léčby, je nutné řešit především racionální a adekvátní antibiotickou léčbou a důraznou prevencí vzniku a šíření multirezistentních bakterií v lidské populaci. Aplikace antibiotik z pohledu mikrobiologa je podmíněna lokálními zdroji informací (četnost

bakteriálních patogenů u konkrétních bakteriálních infekcí, jejich rezistence k antibiotikům, včetně vývoje), a má tedy regionální charakter. Je však nutné připomenout i další, neméně důležitý zdroj dat, a to jsou obecně platné údaje o patogenezi bakteriálních infekcí a vlastnostech mikroorganismů a dále pak fakta o antibioticích (včetně jejich farmakokinetiky). Zásadní otázkou však zůstává indikace antibiotické léčby. Aplikaci antibiotik je nutné považovat za rizikový faktor z pohledu selekce bakteriálních kmenů s vyšší mírou primární i sekundární rezistence. Z tohoto důvodu by měla být antibiotická léčba omezena pouze na klinicky prokázané bakteriální infekce, event. velmi pravděpodobné. Aplikaci antibiotik jen z důvodu tzv. „pokrytí pacienta“ je nutné odmítnout jako neopodstatněnou a rizikovou.

Podpořeno výzkumným záměrem MSM6198959223.

Symposium GlaxoSmithKline

2008: Novinky v očkování proti MMRV

MUDr. Taťána Holubová

Spalničky (angl. measles), příušnice (angl. mumps), zarděnky (angl. rubella) a plané neštovice (angl. varicella) patří mezi čtyři nejčastější preventabilní virová onemocnění u dětí a adolescentů. Průběh těchto „dětských nemocí“ bývá velmi často mnohem těžší a s častějším výskytem komplikací u dospělých. Tato onemocnění se běžně vyskytují v rozvojovém světě, ojediněle i v Evropě. Proto WHO v roce 2004 vyhlásila cíle pokud jde o MMRV v Evropě, kterých by chtěla dosáhnout do roku 2010.

Důvodem pro očkování proti spalničkám je nejen jejich vysoká nakažlivost vedoucí k epidemiím, ale i komplikace, dlouhodobé následky

a úmrtnost. V případě příušnic jsou důvodem pro očkování komplikace. Zarděnky jsou nebezpečnou chorobou pro vnímavé těhotné ženy, protože virus zarděnek může těžce poškodit vyvíjející se plod.

Plané neštovice jsou celosvětově rozšířenou chorobou, kterou onemocní až 60 milionů lidí ročně. Virus varicella zoster způsobuje dvě onemocnění – varicellu a herpes zoster. Varicella je vysoce infekční onemocnění. Přenos VZV může být i transplacentární s nebezpečím poškození plodu. Očkování proti varicelle v rozvinutém světě je v řadě států prováděno v rámci plošného očkování, jako první plošně očkují ve Spojených státech od roku 1995. V ostatních státech je očkování proti varicelle individuální volbou každého jedince, resp. rodiče dítěte. Očkování proti varicelle je vhodné pro každého vnímavého jedince od 9. resp. 11. měsíce

života, dále je vhodné pro adolescenty (zvláště dívky) a ženy ve fertilním věku s negativní anamnézou varicelly, pro pacienty s nádorovým onemocněním a osoby v častém kontaktu s dětmi (učitelé, zdravotníci).

Priorix-Tetra je nová kombinovaná vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím dostupná na českém trhu. Je určena dětem od 11. měsíce života a ve dvou-dávkovém schématu (respektujícím oficiální doporučení pro očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám) snadno zajistí ochranu malých dětí proti čtyřem častým infekčním nemocem a je chytrou alternativou ke státem hrazenému plošnému očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, navíc s benefitem ochrany proti planým neštovicím.

Pochybení v praxi – opravené diagnózy

Nejen ve víně je pravda

MUDr. Helena Letáková
Ordinace PLDD Turnov

Jakub je druhorozeným synem zkušených a spolupracujících rodičů. V RA se kromě kardio-

vaskulárního rizika nic patologického nenachází. Matka preferuje volnější výchovu, děti hýčká.

Těhotenství, porod i poporodní období bez komplikací. Plně kojen 7 měsíců, podáván vitamín K + D. Kyčle v normě, očkování Infanrix – hexa za úhradu rodičů. V 6 měsících překonal akutní bronchitidu s pomocí ATB, v 15 měsí-

cích gingivostomatitida odléčena symptomaticky. Více nestonal. PMV odpovídá věku.

NO: V srpnu 2007 (středa) krátce po 15. hodině, věk 22 měsíců – matka přišla do ordinace s problémem od pondělí, kdy se rozhodla Jakuba přestat kojít, a tak i učinila. Jakub proplakal většinu noci. Druhý den (úterý) hodně

přes den pospával, často plakal, jedl méně než obvykle, pil o něco více než při kojení. Večeři krátce po požití vyzvracel, stolice normální, močil do plenek (papírových), teplotu neměl. Dnes jedl rohlík, přesnídávkou a 2 jogurty. Doma byl ale bez zájmu, hodně plakal. Před vyšetřením matka nezapomněla ještě dodat, že teď v ordinaci ožil.

Při vyšetření na Jakubovi nic patologického nenacházím. Jakub se mi ale „nezdál“. Připadal mi unavený, pláč připomínal bolest. Statimově jsem se rozhodla odebrat krev a moč. Úspěšná jsem byla částečně, Jakub se po celou dobu vyšetření nevyčmočil. Časový stres, jak se později ukázalo, způsobil, že Jakub na skutečnou diagnózu musel čekat ještě další den.

Doporučení pro praxi:

- stres a časová tíseň jsou nejhorším rádcem lékaře
- kvůli používání papírových plenek maminky často nedokáží správně zhodnotit močení svých dětí
- rodiče jsou obecně málo informováni o významu vyšetření moči při poruše zdraví.

O jaký problém se u Jakuba, kromě stresu, který zažil po náhle ukončeném kojení, jednalo, sdělím při vlastní prezentaci.

Kde jsme udělali chybu?

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,

MUDr. Dana Dostálková,

MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

Úvod: Polydipsie (POD) s polyurií (POL; diuréza > 200 ml/1,73 m²/24 h) mohou být příznaky některých jasně definovaných nosologických jednotek, mohou však být asociovány i s některými tzv. fyziologickými situacemi. Za bazálních podmínek je POL výsledkem nadměrného příjmu tekutin při zachování zpětné vazby se strukturami v CNS. Při POL je nezbytné vždy rozlišit, zda se jedná o diurézu vodní (moč je výrazně „zředěná“, ale s normální exkrecí solutů) nebo osmotickou (v moči jsou velká kvanta osmoticky aktivních částic). Zejména u novorozenců/kojenců/batolat může být toto rozlišení někdy obtížné.

Popis případu: Tříletý chlapec (tělesná hmotnost/výška 12,7 kg/98 cm, BMI 13,2) byl přijat pro POL a POD. Základní klinické vyšetření bylo normální, pouze submandibulárně vlevo byla přítomna lymfadenopatie 2 x 2 cm.

Objektivním sledováním bilance příjmu a výdeje tekutin byly u dítěte zaznamenány epizody, kdy pilo svoji moč. POL měla charakter vodní diurézy. Spektrum provedených pomocných vyšetření následně u chlapce prokázalo diabetes insipidus centralis (CDI) a byla zahájena léčba podáváním adiuretinu (dDAVP). Ve snaze postihnout možné příčiny CDI byla provedena řada dalších analýz, z nichž jako určující/matoucí se ukázalo histologické vyšetření přítomné lymfadenopatie.

Závěr: Při CDI má POL charakter vodní diurézy a je třeba jej vždy odlišit od diabetes insipidus nefrogenního původu (NDI). Racionální rozlišení mezi CDI a NDI by měl přinést test s dDAVP. Při průkazu CDI je nezbytné vždy vyloučit/potvrdit organické postižení CNS. Léčba pomocí dDAVP není bez rizik. Vhodný algoritmus vyšetření dítěte s POL a POD je stručně uveden, vč. kritického zhodnocení demonstrovaného případu.

I to se dnes může stát

MUDr. Květoslava Stružová

Dětské oddělení

Nemocnice ve Frýdku-Místku

Kazuistikou novorozence chci upozornit na stále nesporný význam správně odebrané anamnézy a schopnosti komunikace lékaře s rodiči našich malých pacientů. I přes moderní vymoženosti doby si stále myslím, že lidský a individuální přístup k pacientovi a jeho rodičům je základním předpokladem ke správnému diagnostickému i terapeutickému postupu.

Při práci v terénu by si měl praktický lékař vždy najít čas pro anamnézu a měl by znát sociální zázemí rodiny, které se nesporně projeví v péči o dítě a následně na jeho zdravotním stavu. Při sledování stavu výživy dítěte je nutno přihlídnout také na stav výživy matky, její zdravotní stav, intelektové a sociální schopnosti. Ne vždy je pouhé kojení pro dítě to nejlepší.

Když recese přestala být legrací

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.

Dětská klinika FN Olomouc

Vznik amentního stavu vždy mobilizuje k diagnostické aktivitě, protože tato kvalitativní porucha vědomí může přecházet do poruchy vědomí kvantitativní s alterací ostatních vitál-

ních funkcí. Intoxikace patří k nejčastějším příčinám vzniku amentního stavu u mladistvých.

Šestnáctiletá studentka byla nalezena v olomouckém parku dezorientovaná, zvracející a pomočená. Při rozšířených zornicích i při zachované fotoreakci jsme od počátku uvažovali o intoxikaci. Oběhově stabilizovaná, dezorientovaná byla především v čase, halucinovala. Popírala jakýkoliv úraz hlavy, kouření i požití léků či návykových látek. Po výplachu žaludku s aplikací aktivního uhlí se postupně při parenterální aplikaci krystaloidů upravil aktuální stav s přetrváváním amnézie na několikahodinové období. Vzpomínala si na cestu se spolužačkami na oběd (guláš) a na jízdu tramvají na nádraží. Spolužačky tvrdí, že s nimi dojela na nádraží do Šternberka asi ve 13.30 hodin. Další její aktivity v časovém úseku do nálezu v olomouckém parku jsou nedokumentovatelné. Nejpravděpodobnější je varianta, že na nádraží ve Šternberku – pokud tam vůbec dojela (!?) – přestoupila do vlaku jedoucího zpět do Olomouce a absolvovala cestu do parku.

Rozbor žaludečního obsahu byl negativní, v moči byly vyloučeny screeningovým vyšetřením návykové látky. CT vyšetření mozku bylo negativní. Další toxikologická analýza potvrdila v moči atropin a deriváty skopolaminu – nález odpovídá intoxikaci durmanem.

Pacientka dobrovolně požití durmanu popírala, posléze však připustila, že u oběda měli spolužáci nějaké zelené plody. Pokud jí budeme věřit, že sama aktivně durman nepožila, nabízí se možnost přidání plodů durmanu do guláše experimentujícími spolužáky. Neproklázalo se, že by byl tento pokus o recesi spolužáky dále sledován. Je také možné zpochybnit svědectví spolužaček, protože časově by cestu do Šternberka a zpět a do parku přes půl Olomouce v popisovaném stavu těžko absolvovala. A to vůbec nerozvádím rizika, kterým byla při cestování ve stavu zmatenosti vystavena.

Durman obecný je prudce jedovatá rostlina z čeledi lilkovitých. Celá rostlina je jedovatá, obsahuje tropanové alkaloidy – především hyoscyamin, atropin a L-skopolamin. „Pohyblivé a mnohotné“ halucinace po požití durmanu jsou především účinkem skopolaminu.

Těžká intoxikace durmanem (atropin) většinou končí kómatem a respirační paralýzou. Smrtelnou dávkou představuje pro dospělého 10–12 bobulí (pro děti již 3–4).

Léčba akutní intoxikace: okamžitý výplach žaludku velkým množstvím vody s aktivním uhlím. V excitační fázi diazepam (5 mg) či

chlorpromazin. V případě hlubokého kómatu a respirační nedostatečnosti je nutné umělé dýchání.

Diabetes insipidus renalis?

doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D.,
MUDr. Eva Sládková,
MUDr. Renata Pomahačová,
MUDr. Kateřina Pizingerová, Ph.D.,
MUDr. Lumír Šašek,
MUDr. Jiří Fremuth
Karlova Univerzita v Praze, Lékařská
fakulta v Plzni a Dětská klinika FN Plzeň

Autoři předkládají kazuistiky tří batolat se stejnými klinickými příznaky, etiologií, komplikacemi a příznivou prognózou. Úvodní klinické příznaky – polydipsie a polyurie – byly u všech pacientů vyvolány tzv. návykovým pitím. Nepřiměřený a nekontrolovaný příjem tekutin nevhodného složení byl příčinou rozvratu vnitřního prostředí (hypervolemické hyponatriemie) a metabolické encefalopatie. Příznaky metabolické encefalopatie se objevily náhle s rychlým sledem příznaků: zvracení, tonické křeče a kóma s respirační insuficiencí. U všech pacientů bylo nutné zahájit umělou plicní ventilaci. V laboratorních testech u všech pacientů dominovala hyponatriemie a hypotariurie, hypoosmolalita séra i moči. Při regulované infuzní léčbě s vyšším obsahem iontů sodíku a restrikci převedeného objemu na 80 % denní bilance tekutin došlo k plynulé úpravě sledovaných parametrů vnitřního prostředí. Žádné z dětí nemělo známky difuzního mozkového edému nebo nitrolební hypertenze jiné etiologie. S úpravou vnitřního prostředí došlo u všech dětí k normalizaci stavu vědomí. Umělou plicní ventilaci bylo možno ukončit do 48 hod. Následně byli pacienti vyšetřeni testem s odnětím tekutin. U žádného nebyla prokázána diagnóza diabetes insipidus. Rekonvalescence dětí byla doplněna o intenzivní edukaci rodiny ve vztahu k příjmu tekutin. Pacientky dispenzarizuje endokrinologická ordinace Dětské kliniky FN v Plzni. Při kontrolách se děti přiměřeně vyvíjejí

psychomotoricky, nemají žádná neurologická rezidua a vnitřní prostředí je opakovaně v mezích referenčních hodnot.

Práce je podpořena Výzkumným záměrem LF UK v Plzni MSM0021620819.

Co děti polykají?

MUDr. Jarmila Seifertová
Ordinace PLDD Kladno

Malé děti poznávají svět pusou a věci ochutnávají.

I malý Běda v nestřeženém okamžiku ochutnával minci a tu spolkl.

RA: Oba rodiče mají pohybový hendikep, matka používá vozík, otec francouzskou hůl.

OA: Chlapec je předčasně narozen, v perinatálním období prodělal sepsi a je sledován pro malý vzrůst a poruchu rohování kůže, ichthyózu. Váží 12,8 kg.

NO: V dopoledních hodinách v neděli chlapec spolkl 5 Kč minci. Rodiče se dostavili s dítětem na vyšetření do nemocnice. Zde byl proveden rtg snímek a mince verifikována v žaludku v postkardiální pozici. Chlapec byl odeslán domů s doporučením jíst zelí a vložky a sledovat týden stolici.

Jak to bylo dál?

Mezinárodní data uvádějí, že nejčastěji děti polykají právě mince, častěji jsou to chlapi. 93,8 % z nich zůstává v postkardiální pozici před pylorem. Čas pasáže mince je 2–4 dny.

Kritéria pro observaci za hospitalizace jsou: spolknutí baterie, komorbidita včetně mentálního hendikepu, předchozí operace na žaludku, zánětlivé onemocnění střev a sociální důvody (špatná dostupnost, nepochopení rodiny..).

Byl by doktor House rychlejší?

MUDr. Vladimír Němec,
MUDr. Jiří Belej
Dětské oddělení, Pardubická krajská
nemocnice a.s.

Doktor House je jistě fenoménem „lékařských seriálů“. Charakteristické pro něj je, že

pokud slyší dusot kopyt, nepřemýšlí o koních, ale napadá ho hned stádo zeber.

Autoři představují kazuistiku 14letého chlapce, který vážněji ani častěji nestonal. Při lyžování upadl na sjezdovce, udeřil se do hlavy, spadla mu helma. Byl hospitalizován 2 dny, provedený rtg hlavy byl v pořádku, byl propuštěn domů. V odstupu 5 dnů si začal stěžovat na bolesti hlavy, choval se zmateně, měl dysartrii, mluvil z cesty a začal zvracet. Byl přijat na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Byla provedena vyšetření k vyloučení traumatu – laboratorní vyšetření v normě, rtg hlavy a krční páteře v normě, neurologické vyšetření se smíšenou fatickou poruchou a pyramidovou iritací na dolních končetinách. Oční vyšetření bylo s rozostřením papily n. II. Snímek CT vykazuje rozšíření postranních komor. Provedená LP je s normální biochemií, ale pozitivní na přítomnost oxyhemoglobinu. Pro nejasnosti byla provedena MR mozku s nálezem stenózy akvaduktu s počínajícím tříkomorovým hydrocefalem a nálezem low grade gliomu jako příčiny stavu. Zde by mohlo hledání diagnózy skončit, ale neurochirurg zpochybňuje tento náález jako příčinu stavu. A proto začínáme hledat zebry: dovyšetření laboratoře Na⁺ v séru 123 mmol/l, osmolalita séra 253 mOsm/kg, osmolalita moči 610 mOsm/kg se závěrem SYNDROM NEPŘIMĚŘENÉ SEKRECE ADH (SIADH).

Příčiny SIADH jsou mnohočetné, z hlediska centrálního nervového systému (úrazy, operace), plicních onemocnění (zánětlivé choroby), účinků léků (opiáty, barbituráty), nádorů (tumor secernující ADH). Klinické příznaky jsou způsobeny projevy edému mozku.

Autoři chtěli touto kazuistikou upozornit na možnost vzniku SIADH i po banálním úrazu hlavy a nutnost myslet i na tuto vzácnou diagnózu. Je potřeba nezapomínat na základní laboratorní vyšetření, kam patří jistě i iontogram.

A nakonec: Byl by doktor House rychlejší? Zřejmě byl, protože vyhledává jenom zebry, ale pozor, hledáním zeber můžeme zanedbat i zcela banální onemocnění a můžeme provádět zbytečně finančně náročná a pro pacienta zatěžující vyšetření.

Lze pozitivně ovlivnit zdravý vývoj dítěte prostřednictvím výživy?

Slizniční imunita v ontogenezi – víme více než na konci minulého století?

prof. RNDr. Jan Krejssek, CSc.
Ústav klinické imunologie
a alergologie, UK v Praze,
LF a FN v Hradci Králové

Slizniční imunitní systém trávicího traktu novorozence má vytvořený potenciál stát se účinnou obrannou bariérou dítěte. Musí však prodělat řadu ontogenetických proměn, aby všechny jeho obranné vlastnosti byly optimálně dotvořeny. Základem je samozřejmě samotná struktura epitelu, který je neprostupný pro mikroorganismy. Samotné epitelové buňky a především buněčné elementy přirozené imunity lokalizované v lamina propria jsou vybaveny membránovými receptory, kterými identifikují podněty nacházející se ve střevním lumen. Tyto podněty, zvláště mikrobiálního původu, představují potom optimální diferenační signály jak pro slizniční buňky, tak pro přirozenou a zprostředkovaně i specifickou složku slizniční imunity. Klíčovou událostí pro rozvoj bariérových funkcí střevní sliznice je postupná kolonizace sliznice trávicí trubice přirozenou mikroflórou. K jejímu optimálnímu rozvoji, jak co do kvalitativních i kvantitativních ukazatelů a také s ohledem na dynamiku, zásadně přispívá kojení. Složité oligosacharidy s prebiotickými vlastnostmi, které jsou unikátní součástí mateřského mléka, jsou pro rozvoj přirozené mikroflóry klíčové. Přirozená mikroflóra v časných údobích, především mikroorganismy mléčného kvašení, zesilují bariérovou funkci střevní sliznice tvorbou energeticky bohatých substrátů, např. mastných kyselin s krátkými řetězci (SCFA). Ještě pozoruhodnější je vzájemný dialog mezi přirozenou mikroflórou a epitelovými buňkami. Epitelové buňky tvoří substance podporující bezprostředně rozvoj mikroflóry. Z druhé strany přirozená mikroflóra stimuluje kmenové buňky střevní sliznice ke zvýšené proliferaci a přispívá tak k zesílení bariérové funkce střevní sliznice. Přítomnost fyziologické střevní mikroflóry představuje ve své podstatě bezpečné mikrobiální vzory, které navozují v slizničním imunitním systému mechanismy neodpovědnosti. Slizniční neodpovědnost se pozitivně odrazí v důsledku i na individuální systémové imunitní reaktivitě. Mechanizmy slizniční tolerance, které

se nastavují v časných fázích ontogenetického vývoje pod vlivem fyziologické mikroflóry, sehrávají klíčovou úlohu v dalších etapách vývoje slizniční i systémové imunitní odpovědi dítěte. Kritickým obdobím je zvláště odstavení kojence a postupný přechod na pevnou stravu. V tomto relativně krátkém období je slizniční imunitní systém trávicí trubice vystaven masivně substancím se značným imunogenním potenciálem. Rovněž spektrum mikroorganismů v trávicí trubici je touto okolností proměňováno. Nepodařilo-li se vytvořit dostatečně účinné mechanismy slizniční neodpovědnosti, může být důsledkem rozvoj imunopatologických reakcí. Z naznačeného je zřejmé, že pro optimální rozvoj slizniční imunity je zapotřebí kontakt s přirozenou mikroflórou. Ta vzniká pouze v přítomnosti látek s prebiotickými vlastnostmi.

Early metabolic programming

MUDr. Peter Szitányi, Ph.D.
Klinika dětského a dorostového
lékařství VFN a 1. LF UK, Praha

Všeobecně lze programming definovat jako proces způsobený různými vlivy, které působí na jedince v určité kritické vývojové periodě a tím determinuje riziko onemocnění v dalších obdobích života. Většina civilizačních chorob v průmyslově vyspělých zemích je v současnosti spojována s teorií programmingu. Tyto nemoci (kardiovaskulární postižení, metabolický syndrom, obezita, hypertenze, inzulinová rezistence, ateroskleróza, nádorová onemocnění) představují hlavní příčiny morbidit a mortalit i naší dospělé populace.

Intrauterinní podvýživa, retardace růstu plodu a následně časná postnatální výživa vedou k programmingu chorob v dospělosti. Zdá se, že časná defekty ve vývoji, struktura a funkce jednotlivých orgánů zvyšují senzitivitu organizmu vůči řadě rizikových faktorů, což pak může vést ke vzniku onemocnění až několik desetiletí po původním inzultu. Situace může být ještě potencována dalšími postnatálními faktory, jako jsou pozdější dieta, vlivy okolí, ale nepochybně i genetická predispozice.

Příčiny intrauterinní poruchy fetálního růstu jsou heterogenní a dostávají se stále více do předí zájmu pediátrů a neonatologů. Bez ohledu na příčinu představují intrauterinní podvýživa

a časná postnatální výživa možné vysvětlení morbidit v dospělosti. Obě vedou k dlouhodobým morfologickým, endokrinním a metabolickým defektům.

Závěrem lze říct, že skupina jedinců s nízkou porodní hmotností představuje tedy potenciální riziko pro vznik závažných onemocnění v horizontu několika dekád. Z praktického hlediska vyžadují jedinci s nízkou porodní hmotností tedy zvýšenou pozornost již ve věku, kdy o ně pečují pediatři. Riziko „programmingu“ na podkladě nízké porodní hmotnosti může být potencováno dalšími genetickými i zevními faktory, a proto by se primární prevence měla soustředit již na dětský věk. Zvýšenou pozornost vyžadují jedinci s nízkou porodní hmotností a genetickými predispozicemi k rozvoji některých chorob v dospělosti, např. z rodin s pozitivní anamnézou ICHS, cévní mozkové příhody a ischemické choroby periferních arterií.

Zloženie mliečnych formúl a ich vplyv na imunitný systém

MUDr. Iveta Čierna
2. detská klinika LF UK a DFNsP,
Bratislava

Imunitný systém novorodenca a dojčťa je v prvých mesiacoch nezrelý, vyvíja sa postupne tak, aby bol schopný poskytnúť optimálnu ochranu. Novorodenec tvorí len veľmi malé množstvo imunoglobulínov, schopnosť buniek špecifickej imunity reagovať na antigény je obmedzená. U novorodencov je posunutá rovnováha medzi Th1 lymfocytmi a Th2 lymfocytmi v prospech populácie Th2 a tým je vyššia možnosť atopickej senzibilizácie. Dojčtá majú taktiež ešte nedostatočne vyvinutú slizničnú bariéru, čo predstavuje väčšiu možnosť priepustnosti pre alergény v neopracovanej forme.

Materské mlieko je svojím zložením a vplyvom na posilnenie imunity ideálnou výživou pre dieťa. Podporuje u dieťaťa jeho pasívnu aj aktívnu obranyschopnosť. Obsahuje dôležité zložky imunitného systému, imunomodulačné cytokíny a rastové faktory.

Pre deti, ktoré nemôžu byť dojčené, sú určité mliečne formuly založené na báze kravského mlieka. U mliečnych formúl je optimalizované ich zloženie a je snahou všetkých výrobcov čo najbližšie sa prispôsobiť zloženiu materského

mleka. Adaptácia mliečnych formúl spočíva aj v obohatení o zložky, ktoré významne ovplyvňujú imunitný systém dojčaťa:

- *polynenasýtené mastné kyseliny (PUFA)*

Významnou výživovou zložkou pre správny vývoj dieťaťa sú aj tuky. Ich dôležitou súčasťou sú takzvané „esenciálne“ mastné kyseliny: omega-3 (odvodené od kyseliny linolénovej) a omega-6 (odvodené od kyseliny linolovej), ktoré si telo nevie vytvoriť samo a musí ich dostať v potrave. Polynenasýtené mastné kyseliny ovplyvňujú stavbu bunkovej membrány, stimulujú aktivitu bunkovej imunity ovplyvnením enzýmov a bunkových receptorov, ktoré sú na bunkovú membránu viazané. PUFA zvyšujú odolnosť voči kyslíkovým radikálom a možnému oxidačnému poškodeniu. Omega – 6 mastné kyseliny (kyselina arachidónová) sú súčasťou membránových fosfolipidov. Omega – 3 mastné kyseliny (kyselina eikosapentaenová a dokosaheptaenová)

zohrávajú dôležitú úlohu pri mentálnom vývoji dieťaťa, majú účinok aj protizápalový, antiagregačný a imunostimulačný.

- *nukleotidy*

Nukleotidy predstavujú základný kameň nukleových kyselín, ktoré tvoria podstatu života. Sú prítomné vo všetkých bunkách – hlavne v ich jadre a okrem toho sa zúčastňujú prakticky na všetkých významných životných procesoch. Ich potreba je vysoká hlavne v období najútlejšieho veku, po narodení, kedy dochádza k rastu a dozrievaniu všetkých orgánov. Nukleotidy priaznivo vplyvajú na dozrievanie imunitného systému, krvotvorných buniek a majú priaznivý vplyv aj na vývoj centrálného nervového systému – mozgu.

- *prebiotiká*

Prebiotiká sú nestráviteľné časti potravín oligosacharidy a fruktooligosacharidy, ktoré podporujú rast a činnosť užitočných baktérií v čreve. Zmes prebiotickéj vlákniny v mliečnych formulách

zvyšuje množstvo bifidogénnych baktérií a potláča výskyt nežiadúcich baktérií, ktoré môžu vyvolať u detí infekciu. Účinok prebiotickéj zmesi je podobný bifidogénnemu vplyvu materského mlieka. Prebiotiká v materskom mlieku aj ich vplyv na prirodzenú črevnú mikroflóru patria medzi dôležité mechanizmy podpory imunity dojčeného dieťaťa. Mnohými štúdiami sa jednoznačne potvrdil priaznivý efekt prebiotickéj vlákniny, ktorá je súčasťou moderných mliečnych formúl na posilnenie prirodzenej obranyschopnosti. U detí živých mliečnymi formulami obohatenými o prebiotickú vlákninu bol zaznamenaný nižší výskyt infekcií. Prebiotická vláknina môže zohrávať aj dôležitú úlohu z hľadiska prevencie alergických ochorení. Ďalšou možnosťou priaznivého ovplyvnenia črevnej mikroflóry je pridávanie *probiotík* do sušených mliečnych formúl. Probiotiká sú priamo živé mikroorganizmy, ktoré po požití majú schopnosť kolonizovať črevo a majú pozitívny účinok na zdravie.

Symposium NUTRICIA

Lze alergii předcházet?

MUDr. Martin Fuchs

Oddělení alergologie a imunologie

Fakultní nemocnice na Bulovce, Praha

V posledních 30 letech 20. století se prevalence alergických onemocnění mnohonásobně zvýšila, a to z několika málo procent hned na několik desítek procent. Atopickou dispozici dnes nosí 40 % populace a reálným alergickým onemocněním trpí již každý třetí spoluobčan. Plně dvě třetiny všech alergických onemocnění propuknou nejpozději do 3 let věku. Proto se k objasnění tohoto nepříznivého trendu významně zvýšila aktivita prakticky všech medicínských a dokonce i společenských věd, a je patrná snaha pojmenovat příčiny (genetické faktory, výživa, životospráva, vliv prostředí a souvislosti v rámci takzvané hygienické hypotézy aj.). Paralelně se tak pátrá po možnostech obrany a zkouší se všelijaká protiopatření. Nicméně klíčovou a zatím neovlivnitelnou roli hraje samotný lidský genotyp, preventivní zásahy se tak konfrontují s prognózou potomků v rizikových rodinách, úspěchů na poli primární prevence alergie je však stále více než poskrovnu. Preventivní zásahy se cílí k samotné podstatě, resp. k době, která zásadně moduluje imunologickou odp-

ověď lidského jedince k okolnímu světu. Jde nepochybně o dobu porodu a poporodní adaptace, s akcentem prvního roku věku. A snad můžeme jít ještě dál, do období početí a gravidity. Je kladen důraz především na kvalitativní i kvantitativní skladbu antigenických stimulů plodu i právě narozeného dítěte. Nezastupitelná úloha výživy (kojení versus umělá výživa) a životního prostředí kojence má stále více propagátorů i obhájců, stoupá počet randomizovaných i placebem kontrolovaných studií. Správnou orální i systémovou toleranci vůči nejrůznějším antigenům prostředí stimuluje nejen zdravá výživa, ale i určité změny „environmentální“. V posledních letech jsme se seznámili se zásahy veskrze užitečnými: Saarinen 1995, Grönlund 2000, Majamaa 97, Pessi 2000, Gdalevich 2001, Kull 2001, Rautava 2002, Shida 2002, Kramer 2002, Moro 2006, 2007, Kalliomaki 2007, Arslanoglu 2007, Arshad 2007 aj. Naproti tomu lze postavit výsledky studií s méně optimistickými závěry: Wright 2001, Sears 2002, Host 2005, Wegienka 2006, Brouwer 2006, Kukkonen 2007, Taylor 2007 aj. Křehká hranice medicíny založené na důkazu se v prvním půlroce života posouvá ve prospěch nezastupitelné úlohy kojení, mikronutrientů a synbiotik. Tolik diskutovaná úloha střevní obranyschopnosti (proteolýza, střevní flóra i ostatní složky střevní bariéry)

zdůrazňuje význam jak samotných střevních baktérií (probiotika), tak i nutričních i fermentačních potřeb složitějšího střevního ekosystému (oligosacharidy – prebiotika, nukleosidy i nukleotidy, antioxidanty, LC PUFA aj.). Kojení, důkladně fortifikovaná náhradní mléka či speciálně upravovaná náhradní výživa (vysoká hydrolyza aj.) v prvním půlroce života přináší zřetelný benefit zvláště u manifestace potravinové alergie (u alergie na bílkoviny kravského mléka) a hlavně u atopického ekzému, u rizikových jedinců má tento příznivě nastavený trend dokonce mnohaletou setrvačnost (Rautava 2002, Von Berg 2003, Kalliomaki 2003, Isolauri 2000, 2003, 2007). Na druhé straně stále pozorujeme nárůst prevalence alergické rýmy i prevalence alergického astmatu a primární prevence samotné senzibilizace s tvorbou alergických protilátek izotypu E nesplňuje očekávání. V rizikových rodinách mohou dokonce dobře míněná opatření (relativně delší kojení i expozice exogenními probiotiky) nabrat v rámci prevence respiračních alergóz opačného znaménka (Sears 2002, Wegienka 2006, Taylor 2007, Isolauri 2007). Objasněním těchto složitých jevů se zabývají vědecké týmy po celém světě, stálá potřeba nových preventivních studií té nejvyšší kategorie (A, B) je více než naléhavá.

Symposium HIPP

Kojenecké koliky (KK)

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.
Klinika dětského a dorostového
lékařství 1. LF UK a VFN,
Katedra pediatrie IPVZ, Praha

Diagnostická kritéria KK: (nutná přítomnost všech kritérií)

- 1) 0. – 4. měsíc
- 2) paroxysmus dráždivosti, neklidu/pláče začínající a končící bez jednoznačné příčiny
- 3) ≥ 3 hod./den, ≥ 3 dny/týden, ≥ 1 týden
- 4) není neprospívání.

Prevalence: 6,4 – 22,5% podle různých studií

Diferenciálně diagnosticky je udáváno, že $\leq 5\%$ KK má organickou příčinu:

- a) CNS: abnormalita (Arnold Chiari I), migréna, subdurální hematom

- b) GIT: obstrukce, ABKM, GER, laktózová intolerance, rektální fissura
- c) infekce: meningitis, otitis, IMC, viróza
- d) trauma: CAN, korneální abraze, cizí těleso v oku, fraktura, hair tourniquet syndrom

Etiologie KK: je zvažován vliv dysmotility GIT, hormonální vlivy, obtíže při výživě, alergie, psychosociální vlivy, změny v mikrobiotě GIT

Léčba:

- a) behaviorální intervence: neanalgetické, nenutritivní tišící manévry – kolébání, broukání 2 – 3/sec. v klidném prostředí, informace o benigní prognóze KK, psychologická intervence rodičů, snažit se diferencovat denní a noční režim
- b) výživa: večerní krmení mezi 22. – 24. hodinou, minimalizovat kontakt v noci, nekrmít ve spánku, při probuzení pokus o zklidnění přebalením, ne jídlem, jestliže dítě ve věku 3 týdnů dostatečně

přibývá na váze, pokusit se prodloužit intervaly nočního krmení, u kojených zvážit eliminaci antigenů z výživy matky, u měle živého dítěte extenzivní hydrolyzáty – efekt se má dostavit do 48 hodin, mléka příznivě ovlivňující složení střevní flóry, u čajů nejsou objektivní údaje o jejich efektivitě – jejich objem by neměl snižovat množství vypitého mléka

- c) nejsou přesvědčivé doklady o efektu manipulační terapie
- d) farmakoterapie: simethicon spíše placebo efekt, prokázán vliv probiotik na ústup KK

Prognóza KK: ústup někdy až po 3. měsíci, některé studie udávají větší výskyt alergií v pozdějším věku, vyšší výskyt recidivujících bolestí břicha, zvýšená psychologická morbidita, jídelní a rodinná dysfunkce.

Blok firemních sympozií

Slunce a dětská pokožka z pohledu dermatologa

MUDr. Kateřina Macháčková
Sirnaté lázně, Ostrožská Nová Ves

Nežádoucí účinky UV záření se stále častěji objevují nejen na kůži dospělých, ale i dětí.

Sdělení prezentuje nejčastější dermatózy indukované UV zářením a přináší kazuistiky včetně diferenciálně diagnostické rozvahy a terapeutického postupu.

Nejobávanější diagnóza tohoto sdělení – maligní melanom je podrobně rozebrána s upozorněním na rizikové skupiny dětí, včasný záchyt onemocnění a prevenci důsledným užíváním fotoprotekce. V závěru jsou zmíněny zásady zdravého pobytu na slunci.

BEBA HA nejbližší mateřskému mléku

Mgr. Olga Šmídová
Nestlé Česko s.r.o.

Umělá kojenecká výživa má v dnešní moderní době mnohem významnější roli ve správném

růstu a vývoji kojenců. Neslouží jen pro pouhé přežití kojence v důsledku nedostatku mateřského mléka.

Cíl umělé kojenecké výživy je v současné době daleko vyšší, než se dříve přisuzovalo.

Na základě posledního výzkumu ve výživě dnes již víme, že výživa před druhým rokem života dítěte má významný vliv na kvalitu života v dospělosti.

Zatímco v minulém období se posuzovala výživa z hlediska kvantity (zasycení), dnes v době 21. století se spíše upřednostňuje kvalita.

Kvalitní umělá kojenecká výživa by měla zajistit fyziologický růst a vývoj všech orgánových systémů dítěte, kde klíčovou roli hraje imunitní systém, který v období krátce po narození startuje a rozvíjí své funkce. A právě kvalitní rozvoj imunitního systému vede k ochraně před onemocněním v dalších věkových obdobích, a dokonce i v dospělosti. Nemůžeme opomenout psychomotorický vývoj a rozvoj mozku, který v kojeneckém období uběhne tu nejrychlejší cestu, a i zde má velký vliv kojenecká výživa.

Ke zdárnému úspěchu na cestě kvalitního růstu a vývoje dítěte je nutný ještě jeden krok, a to je správný výběr a indikace

umělé kojenecké výživy. Proto obsahem této přednášky je, proč právě BEBA je primárně vhodná ke správnému výběru jako náhrada mateřského mléka.

MediClinic: Alternativní cesta pro praktické lékaře pro děti a dorost

MUDr. Petr Švrček, MUDr. Martin Hofman

Přednáška představuje projekt společnosti MediClinic a.s., která vznikla na základě myšlenky vytvořit poskytovatele primární lékařské péče v rámci celé České republiky sloučením desítek ordinací napříč všemi obory.

Koncept byl připraven lékaři Petrem Švrčkem a Martinem Hofmanem. Po důsledných analýzách trhu a trendů v oblasti poskytování zdravotní péče se rozhodli pro založení firmy, která koncept dovede do realizace. Spoluinvestorem projektu je společnost Penta Investments.

Záměrem společnosti MediClinic je zajistit krátkodobou i dlouhodobou kontinuitu ambulantní péče a neustále zlepšovat její dostupnost i kvalitu.

Myslíme na syndrom Münchhausen by proxy?

doc. PhDr. Jana Kocourková
Dětská psychiatrická klinika
FN Motol a UK 2. LF, Praha

Münchhausenův syndrom patří do skupiny předstíraných poruch, které jsou v ICD 10. zahrnuty pod kód F68 jako „Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých“. Münchhausenův syndrom má charakter patologického předstírání onemocnění s cílem získat roli nemocného a kontakt se zdravotnickým personálem. Dle DSM IV. může jít o předstírání somatických nebo psychických příznaků. Chybí přímý účel takového chování, základní tendencí je být v roli nemocného, získat pozornost.

DSM IV. pojímá předstírané poruchy jako samostatnou kategorii, k níž, na rozdíl od ICD 10., řadí též Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení). Jde o předstírání potíží u osoby, která je v závislé pozici (nejčastěji matka – dítě) a pro tyto potíže vyhledávání péče zdravotníkům.

Münchhausenův syndrom by proxy přinesl do odborné literatury Meadow (1977), který popsal tuto poruchu jako určitou formu zneužívání dětí. V těchto případech je to nejčastěji matka, která u dítěte simuluje, zesiluje nebo navozuje potíže, pro které pak s dítětem vyhledává lékaře. Cílem matek je komunikace se zdravotnickým personálem, získávání zástupné role nemocného a získání pozornosti od okolí. Matky bývají navenek popisovány jako pečující a budící dobrý dojem, takže je obtížné si představit, že by mohly dítěti ubližovat. Přesto je popsána řada dětských úmrtí způsobených dušením, podáváním nevhodných dávek léků či naopak nepodáváním indikované medikace, či jiným poškozováním zdravotního stavu dítěte. Méně známou podobou Münchhausenova syndromu by proxy je předstírání potíží dítěte, které mají psychický ráz, nebo předstírání, že dítě je sexuálně zneužíváno.

V anamnéze pečovateli (nejčastěji matky) bývají zjišťovány následující charakteristiky:

- fyzické týrání nebo sexuální zneužívání v dětství
- poruchy chování v dětství a adolescenci spojené se sebepoškozováním
- historie jídelních poruch
- přítomnost somatizačních poruch

- matka sama může vykazovat příznaky Münchhausenova syndromu
- inklinace ke zdravotnickým a ošetrovatelským profesím.

Co může sestra udělat pro pacientky s poruchami příjmu potravy?

Mgr. Ludmila Maďarová
Dětská psychiatrická klinika
FN Motol, Praha

- krátký úvod do problematiky poruch příjmu potravy
- rizikové faktory
- faktory, které mohou mít vliv na vznik onemocnění
- jak rozpoznat mentální anorexii (MA), ev. mentální bulimii (MB)
- možné doprovodné znaky
- definice MA, ev. definice MB
- průběh MA
- možnosti léčby
- léčba a režimová opatření na DPK FN Motol, naše zkušenosti
- kazuistika
- závěr – užitečné rady a adresy

Rozumíme dětské nespavosti?

MUDr. Petra Uhlíková
Psychiatrická klinika 1. LF UK,
Centrum dorostové a vývojové
psychiatrie, Praha

Podle studií se poruchy spánku u dětí a dorostu vyskytují u 30%, podle některých dokonce u 50% dětí a jejich výskyt stoupá. Důsledkem poruch spánku u dětí jsou poruchy chování, hyperaktivita, poruchy nálady, zhoršení kognitivních funkcí a sekundární spánková deprivace rodičů. Vyšetření dítěte s poruchou spánku by měl provést pediatr na základě anamnestických údajů, podrobnější vyšetření provádí neurologická pracoviště.

V novorozeneckém věku se s poruchami spánku setkáváme výjimečně. V kojeneckém věku je nejčastější insomnií porucha z naučených asociací při usínání. V předškolním věku se objevují poruchy režimu, syndrom nočního uždání (upíjení), asi 3% dětí postihují noční děsy, poměrně často se vyskytuje somnambu-

lizmus, u 10–15% dětí se objevují noční můry. K poruchám předškolního a školního věku patří u 1–2% dětí obstrukční spánková apnoe. V tomto věku se mohou začít projevovat příznaky narkolepsie, podezření by mělo být důvodem k podrobnému vyšetření. Mezi 10. – 20. rokem věku se vyskytuje bruxismus. V dospívání se často rozvíjí porucha cirkadiálního spánkového rytmu. Z psychiatrických onemocnění se poruchy spánku nejčastěji pojí s psychotickými, afektivními a návykovými poruchami. Spánkové poruchy se u dětí často vyskytují u somatických a neurologických onemocnění.

Podmínkou správné terapie dětských spánkových poruch je rozpoznání příčiny poruchy spánku. Farmakologické postupy v léčbě poruch spánku u dětí používáme zřídka, preferujeme psychoterapeutickou a režimovou léčbu. Pokud je nutná farmakologická léčba, používáme promethazin v dávce 12,5 – 25 mg na noc, výjimečně amitriptylin od 12 let v dávce 25 mg na noc, dosulepin v dávce 25 – 50 mg na noc. Použití léků ze skupiny SSRI, SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, noradrenalinu) by pro léčbu nespavosti v dětském věku mělo být výjimečné. U psychických poruch provázených neklidem, agresivitou, poruchami chování lze k úpravě spánkového režimu využít nízké večerní dávky neuroleptik.

Proč se adolescenti sebepoškozují?

MUDr. Magdalena Ryšánková, DPA
Praha 9, Kytlická 758

Sdělení se zaměřuje na nejčastější typ sebepoškozování (Self-Injurious Behaviour, SIB) u současné adolescentní populace, na tzv. *impulzivní typ* (Simeon and Favazza, 2001). Lze jej definovat jako „záměrné poranění vlastního těla s úmyslem zredukovat psychické napětí způsobem v dané kultuře nepřijatelným, s nízkou letalitou“ (Walsh, 2005), nebo např. jako „úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez vědomé suicidální motivace“.

Stručně bude zmíněna dif. dg. od ostatních typů, čili od *stereotypního* (u osob s mentální retardací, autismem či jinými vývojovými poruchami), od *automutilace* (u osob psychotických) a od *kompulzivního typu* (u nutkavých poruch).

Dále budou zmíněny možné souvislosti sebepoškození s biologickou vulnerabilitou, s nepříznivými vývojovými událostmi, m.j. s nejistou vazbou na rodičovskou osobu (attachment) a s nepochopením či frustrací emočních potřeb dítěte, i souvislosti s vlivem okolí na iniciaci SIB („nakažlivost“). Nastíněny budou možné terapeutické kroky. Bude rozvedeno *doporučení pro praxi* při náhodném zjištění SIB u OL.

Podrobněji bude popsán kontext SIB. Bezprostředními příčinami impulzivního sebepoškozujícího aktu bývají: „panické“ zahlcení negativními emocemi (zlost, úzkost, smutek, stud, traumatické flashbacky), typicky u dlouhodobě frustrovaných jedinců s nedostatečnou možností vlastní emoční regulace, nebo naopak potřeba „pociťovat“ u absence emočního prožitku a disociace („odpojení od vnímání reality“).

Nejčastějším způsobem impulzivního typu SIB je pořezání, poškrábání a popálení se na HK (typicky na předloktí), méně na DK. Žádná z těchto metod nebývá příčinou závažného poranění či smrti (např. dle statistiky Center for Disease Control and Prevention, *cdg.gov website*, 2002, užije v USA 99,6% adolescentů k dokonatému suicidii jinou metodou než pořezání). Výjimkou může být takovéto jednání např. pod vlivem psychoaktivních látek (se zúžením vědomí a s redukcí fyzické bolesti).

Sebepoškozující jednání adolescentů často vidáme komorbidně se závažnějšími psychickými poruchami, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy a/nebo disharmonický vývoj směřující k poruše osobnosti, kde rozhodně nelze podcenit riziko paralelního suicidálního pokusu. Je tedy vždy nutné odlišit sebepoškození s nízkým či žádným ohrožením života od sebepoškození s rizikem vysokým.

Psychický diskomfort „typicky“ impulzivně sebepoškozující se osoby bývá intermitentní (jde o klasické přechodné „propady nálady“), kdy poranění (např. pořezání se) vede k rychlé redukci či k úplné úlevě tenze (a průvodních emocí), s pocitem možnosti kontroly, kterou tyto osoby ve svém životě typicky postrádají. Naopak u suicidálního ohrožení prožívají mladí lidé trvalou, nesnesitelnou psychickou bolest, s pocitem beznaděje, od kterých se snaží *navždy* uniknout. Ocítají se v tzv. suicidální krizi (Schneidman, 1985) s průvodním kognitivním a emočním zkráslením reality (zúžením vědo-

mí až „tunelovým viděním“). Alarmující proto vždy bývá, když adolescent referuje, že mu poranění již nepřináší úlevu. K TS v tomto věku často přispívá akutní intoxikace alkoholem či jinými látkami.

Doporučení pro praxi:

- 1) Zdvorně, s respektem, ale neústupně prohlédnout celé tělo, v případě potřeby zajistit ošetření rány (ran).
- 2) Vyhnout se kritice, „hysterickým“ reakcím, suicidální terminologii, jednat empaticky, vždy s respektem.
- 3) Rámcově zjistit frekvenci a celkovou délku SIB.
- 4) Nevyvíjet tlak na rychlé řešení (není reálné) a neposílat paušálně k hospitalizaci.
- 5) Snažit se o pochopení prožívání jedince, nezajímat se pouze o samotné poranění.
- 6) Ptát se na emoční stav před a po poranění.
- 7) Zajímat se, zda jedinec někdy uvažoval o ukončení života, zvážit aktuální emoční stav.
- 8) Zvážit aktuální rizika suicidálního jednání (rozchod s partnerem, závažné životní změny) i komorbidity (PTSD, PPP, OCD, D, psychózu), popř. vliv návykových látek.
- 9) Vždy zajistit návštěvu psychologa či psychiatra, který má se SIB zkušenosti, v alarmujících případech urgentně.

Umíme při péči o své pacienty pečovat také sami o sebe?

MUDr. Iveta Zedková

Dětská psychiatrická klinika
FN Motol, Praha

V posledních desetiletích se u pomáhajících profesí stále více hovoří o **syndromu vyhoření**. Že se jedná o téma nanejvýš aktuální, a to zejména u zdravotníků, není třeba zdůrazňovat. Současné trendy v medicíně (technizace, úzká specializace, dehumanizace), které vyplývají z vývoje společnosti, jsou pro jeho šíření živnou půdou.

Syndrom vyhoření podrobně popsaly četné studie. Jsou detailně známy jeho příznaky, stadia vývoje, rizikové a protektivní faktory. V publikacích na toto téma se můžeme dočíst, jak dbát o duševní hygienu, jak aktivně přistupovat ke zvládnutí stresu a další dobré rady. Realita našeho prožívání je ale bohužel o něco

složitější. Zavřít za svými pracovními starostmi dveře nelze stejně snadno, jako zavíráme dveře ordinace.

Už jen otázka, proč jsme si zvolili tak náročné povolání (a to nejen intelektuálně, ale také **emočně**), nemá jednoduchou odpověď. Co nás vede k potřebě pomáhat druhým a **volit pomáhání jako profesi**? Snadno asi najdeme každý nějaké pohotovové (a pohodlné) vysvětlení. Zkusíme-li se nad tím ale zamyslet hlouběji, můžeme odhalit **vnitřní osobní motivy**, kterými nemusí být snadné se zabývat, ale mohou mít pro naše fungování v roli lékaře/ sestry velký význam.

Ani odpověď na otázku, jak se bránit syndromu vyhoření, nemá podobu úhledné příručky se závěrečným souhrnem v bodech.

Ukázalo se, že syndrom vyhoření se rozvíjí již u budoucích lékařů a zdravotních sester **během studia** (Dahlin, 2007, Dyrbye 2006; Deary, 2003). Tyto výzkumy navázaly na poznatky, že během studia medicíny dochází u studentů k **nárůstu cynizmu** a mírnému poklesu humanitárních postojů. Studenti jsou nejen vystavováni stresu v souvislosti s nároky studia, ale jsou zejména odkázáni sami na sebe v emočně náročných situacích kontaktu s pacienty. Podpora v rozvoji kompetencí, které by pomáhaly zmírnit jak stres, tak emoční expozici, zcela chybí. Nejinak je tomu také po nástupu do praxe. Není tedy divu, že u lékařů a sester (či již u studentů) se dříve či později objeví pocity **emočního vyčerpání**, kterým se nezřídká brání tím, že zaujmou ke svým pacientům **neosobní postoj**. Důsledkem je **pokles osobního uspokojení** z výkonu pomáhající profese. Právě tyto tři základní dimenze charakterizují syndrom vyhoření (Maslach, 1993).

Opora se nabízí v oblasti **psychosociálních kompetencí**. Pro jejich posílení je nezbytné použít zážitkové, interaktivní metody, které podporují rozvoj osobnosti. Takovéto metody se však zásadně liší od toho, na co jsme během studia medicíny zvyklí. Jejich efekt se nedostaví do půl hodiny jako po podání anxiolytika, což je jejich hlavní nevýhodou. Velkým benefitem je však **trvalost** dosaženého **efektu** (Egli, 2004).

Komplexní program pro rozvoj psychosociálních kompetencí u studentů medicíny je v současné době evaluován na LF UP v Olomouci v rámci projektu „**Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství**“.

Takto komplexní program pro lékaře a zdravotní sestry v praxi u nás nebyl dosud vytvořen. Nabízí se však využití tzv. **balintov-**

ských skupin, které se zaměřují na vztah lékaře/sestry s pacientem a pomáhají tak lépe se orientovat v často složitých situacích kontaktu s pacientem, rodinnými příslušníky, ale i kolegy (Egli, 2004).

Souhrn pro praxi:

- jak se vyhnout syndromu vyhoření, se nedá naučit z příručky

- účinná prevence syndromu vyhoření vyžaduje metody zaměřující se na proces
- tyto metody podporují potřebný rozvoj osobnosti, zdůrazňují subjektivní vzhled
- nevýhodou takových metod je nárok na čas a potřeba kontinuity
- benefitem je trvalost dosaženého efektu

- preventivní programy je vhodné zahájit u zdravotníků již během studia
- výsledkem je zvýšení osobní spokojenosti lékaře/sestry a zlepšení compliance pacientů.

Workshop

Co je balintovská skupina a co od ní očekávat?

PhDr. Karel Koblic
SPS Břehová, Praha

Dr. Michael Balint pracoval po 2. světové válce zejména s praktickými lékaři, aby jim pomohl podpořit terapeutický potenciál vztahu lékař-pacient. Po něm pojmenované skupiny slouží jako pomoc všem profesionálům v tzv. pomáhajících profesích.

Balintovskou skupinu jeden z účastníků informuje o pacientovi, který mu utkvěl, znepokojuje ho, nebo mu dělá starost. Jde o informaci předem nepřipravenou, nikoli o kazuistické sdělení. Takto zprostředkované a neúplně se skupina dozvídá o pacientovi a během facilitované diskuse může odkrývat nové roviny potenciálních prožitků lékaře či pacienta a jejich vzájemného vztahu.

Balintovská skupina:

- nabízí podporu v obtížných kontaktech s pacientem
- pomáhá odkrývat, jak pocity a myšlenky mohou vztah lékař-pacient ovlivňovat

- pomáhá odkrývat, jaké vědomé či nevědomé reakce mohou být ve hře a jak mohou ovlivnit průběh či účinnost léčby
 - pomáhá zlepšovat porozumění pacientům.
- Úspěšnost balintovské skupiny závisí na každém jejím členovi – na jeho aktivitě, povlivnosti a respektu k ostatním. Obsah skupiny zůstává důvěrný, jen důvěrnost umožní její volnou a efektivní práci.

Další informace:

www.psychoterapeuti.cz (balintovská sekce)
www.balintinternational.com

Symposium Ferring - Léčiva

Enuretik v ordinaci dětského lékaře

MUDr. Danuše Hlásenská
Ordinace PLDD Hodonín

Úloha pediatra při řešení problému primární noční enuresis spočívá především v jejím vyhledávání a následné spolupráci s dětským nefrologem:

- při preventivní prohlídce v 5 letech
- při pravidelných preventivních prohlídkách.

Málokdy má lékař možnost získat informace ze spontánní výpovědi pacienta nebo rodiče.

Primární noční enuréza bývá přehlížena nebo opomíjena:

- pro liberální výchovu dětí a konzumní styl života - plenkové kalhotky
- ostych ze strany dětí a rodičů v případě staršího dítěte
- bráno jako společenský problém, nikoliv diagnóza.

Zejména u primární noční enuresis je důležitá důvěra pacienta. Lékař se musí na noční pomočování ptát opakovaně a sledovat reakce pacienta a rodičů. I v případě negativní odpovědi naznačit, že jsou úspěšné terapeutické možnosti. Nechci problematiku primární noční enuresis zlehčovat, ale při současných terapeutických postupech vnímám enuresis jako problém, jen když o ní lékař neví.

Léčba enuretika – kazuistiky

MUDr. Hana Flögelová,
MUDr. Kateřina Kutrová
Dětská klinika FN a LF UP, Olomouc

Primární noční enuréza představuje u dětí častý problém (pomocuje se 16 % pětiletých a 10 % sedmiletých dětí). Neexistuje zázračný lék a nelze ani dopředu předpovědět, u kterého dítěte bude léčba v krátké době úspěšná. U většiny těchto dětí však praktický dětský lékař (jenž zná dítě a jeho rodinu lépe než dětský nefrolog nebo urolog) může provést základní vyšetření, kterým od-

lišší monosymptomatickou noční enurézu od inkontinence, a při normálních nálezech začne dítě podle poměrně jednoduchých pravidel léčit. Často bude úspěšný a zvýší si tím prestiž, v opačném případě odešle dítě do specializované ambulance se záznamem o dosavadním vyšetření a léčbě, což urychlí řešení problému.

Léčba začíná motivací dítěte a režimovými opatřeními (enuretický kalendář, pitný a spánkový režim), což je však úspěšné pouze u 20 % dětí. Evidence based medicine doporučenými léčebnými prostředky v léčbě noční enurézy jsou desmopressin a alarm. U nás je obvyklejší léčba desmopressinem, možná i proto, že použití alarmu vyžaduje větší spolupráci dítěte i celé rodiny. V poslední době jsou užívány nové formy desmopressinu (Minirin spray, Minirin melt sublinguální tablety).

V kazuistikách demonstrujeme taktiku léčby desmopressinem (úvodní dávku, délku léčby, postupné vysazování léku) a kombinaci léčebných možností při nedostatečném efektu desmopressinu.

Proč je cesta životem dětského diabetika i přes dostupnost moderních laboratorních a léčebných postupů tak složitá?

Co je nového v epidemiologii dětského diabetu a celiakie?

MUDr. Ondřej Cinek, Ph.D.
Pediatrická klinika UK,
2. LF a FN Motol, Praha

Epidemiologie DM 1. typu

V obecném povědomí odborné veřejnosti přetrvává, že incidence diabetu 1. typu roste. V prezentaci jsou uvedeny poslední údaje o incidenci dětského diabetu v Česku se zvláštním zřetelem na analýzu trendů; ukazujeme, že incidence diabetu po období rychlého růstu stagnuje. V letech 1989–2006 bylo zachyceno 4296 dětí, odhadovaný celkový deficit záchytu je 45 případů. Incidence od roku 2003 signifikantně nestoupá v žádné z věkových kategorií. Průměrná standardizovaná incidence T1D je za posledních pět let 18,9, věkově specifické incidence jsou: 13,6 v kategorii 0–4 let věku, 21,8 v kategorii 5–9 let a 21,3 v kategorii 10–14 let, vše vztaženo na 100000 osob a rok. Pozorovanou stagnaci incidence nelze přičítat na vrub snížení kompletnosti záchytu.

Incidence dětského T1D u nás nyní tedy nestoupá. Zdá se, že jsme dosáhli podobné rovnováhy, jako některé severské populace před přibližně osmi lety. Tato rovnováha pravděpodobně není příliš stabilní, jak svědčí poslední zpráva z rakouské populace: naši geneticky blízcí sousedé čelí stálému prudkému nárůstu incidence. Jakékoli prognózy ohledně budoucích počtů diabetických dětí se ukazují jako extrémně nejisté.

Epidemiologie celiakie u diabetu 1. typu

Druhá část prezentace bude věnována deskriptivní epidemiologii celiakie u pacientů s diabetem 1. typu. Dětský diabetes je často celiakií doprovázen; klinická zkušenost přitom naznačuje, že individuální riziko celiakie u diabetického dítěte může být v současnosti na vzestupu. Cílem našeho sledování bylo zhodnotit dlouhodobé trendy rizika celiakie v dobře definované velké kohortě diabetických dětí za použití adekvátních statistických metod.

Sledovaná kohorta pocházela ze sedmi velkých evropských center pro léčbu dětského diabetu. Sbírali jsem data o všech pacientech, kteří se v období 1996–2006 nově manifestovali s dětským (0–<15 let) diabetem 1. typu. Všichni pacienti byli pravidelně nejméně jed-

nou za rok testováni na CD pomocí protilátek proti endomysiu nebo transglutamináze. Datum vzniku celiakie jsme definovali jako datum první následně potvrzené positivity na protilátky, bez ohledu na provedení či výsledek biopsie. Analyzovali jsme celkem 1544 pacientů, kteří přispěli téměř šesti tisícům osoboroků sledování; 108 z nich dostalo celiakii. Riziko celiakie stoupl o 14 % ročně (95 % CI 2,0 % to 28 %; $p = 0,02$). Centra se mezi sebou signifikantně nelišila.

Přinášíme tak první dokumentovaný důkaz o tom, že celiakie mezi diabetickými dětmi opravdu přibývá. Nárůst nemůže být přičítán efektu věku při manifestaci diabetu, protože jeho rozložení zůstávalo stabilní. Není vyloučeno, že pozorujeme analogii k nárůstu incidence diabetu 1. typu v obecné populaci, jehož příčina stále čeká na své vysvětlení.

Děkujeme všem lékařům, kteří poskytli registru anonymní data o svých pacientech, a JUDr. Letochovi, vedoucímu Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí. Na obou projektech pracuje Zdeněk Šumník (Praha - Motol) a Michal Kulich (Matematicko-fyzikální fakulta UK Praha), data pro projekt rizika celiakie poskytli G. Deja (Katowice), O. Kordonouri (Berlín), N. Bratanic (Lublaň), E. Foehlich-Reiterer (Graz), J. Vosáhlo (Praha - Vinohrady) a E. Schober (Viedeň).

Poruchy příjmu potravy a diabetes mellitus – problematická komorbidita?

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

Diabetes mellitus stejně jako poruchy příjmu potravy patří mezi tzv. civilizační choroby. Incidence obou onemocnění v posledních desetiletích stoupá a souvisí nepochybně též se způsobem našeho stravování. Literatura uvádí vyšší koincidence těchto dvou nemocí. Při uvažování o příčinách této komorbidity musíme brát kromě vlivů psychosomatických zřetel i na konsekvence somatopsychické. Diabetes mellitus jako chronické onemocnění negativně zasahuje do vývoje osobnosti dítěte a dospívajícího. Důsledkem onemocnění jsou stavy hypo- a hyperglykemie, které mohou ne-

gativně ovlivňovat centrální nervový systém. Při spolupráci pacienta, a tím i udržování kompenzovaného stavu, hrají podstatnou roli psychologické faktory. Fyziologické jevy, jako je pocit hladu, žízně, nasycení, chuti k jídlu, jsou nahrazeny kognitivní kontrolou kvality, kvantity a nutné struktury potravy.

Mentální anorexie i mentální bulimie představují závažnou komplikaci léčby diabetu, neboť tato onemocnění se navzájem ve svých symptomech potencují. U obou forem poruchy příjmu potravy pacientky používají obvyklé praktiky, jako je hladovění, zneužívání laxativ, anorektik, excesivně cvičí. Při přejedení si často vyvolávají zvracení, což je může ohrožovat na životě těžkou hypoglykemií. Při kontrole váhy často též manipulují s inzulinem, kdy si vědomě aplikují nižší dávky. Kombinace diabetu a poruchy příjmu potravy výrazně zvyšuje nebezpečí následných zdravotních komplikací.

Doporučení pro praxi:

1. Na PPP je zapotřebí myslet při horší kompenzaci DM, zejména u mladých dívek.
2. Po symptomatice PPP je nutno pátrat při nespouzení pacienta.
3. Komorbidita zvyšuje nebezpečí somatických komplikací DM.
4. V terapii je nutná spolupráce psychiatra s diabetologem.

Existují varovná znamení pro noncompliance pacienta v léčbě diabetu?

MUDr. Jitřenka Venháčová
Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Diabetes mellitus je jednou z nejčastějších chronických chorob, které jsou silně závislé na emočních a behaviorálních faktorech. Model predikce compliance diabetika zahrnuje řadu faktorů: složitost a náročnost léčby, její vedlejší projevy (hypoglykemie, bolest), interakce pacient/lékař-pacient/rodiče/rodiče/zdravotníci, způsob komunikace, psychosociální podpora, frekvence kontaktu, faktory demografické (věk, pohlaví, socioekonomický status rodiny), znalosti a dovednosti pacienta, vztahy v rodině, adaptace rodiny na nemoc dítěte, preexistující nebo následná komorbidita včetně psychiatrické.

Noncompliance dětí a adolescentů s diabetem mellitus 1. typu je častým jevem, má různé podoby a ovlivňuje negativně kompenzaci nemoci, čímž zvyšuje riziko akutních i pozdních komplikací. Důležité je nejen nespolupráci v léčbě odhalit, ale především analyzovat její příčiny a hledat řešení.

Často odhalí noncompliance diabetolog dříve než rodiče. Mezi klinické znaky budící podezření patří: vysoká hodnota HbA_{1c}, erratické fluktuační glykemií, neočekávané časté hypoglykemie a epizody ketoacidózy, velké přírůstky hmotnosti, malá spotřeba testovacích proužků a vysoká spotřeba inzulínu, v ordinaci naměřené vysoké glykemie, rozpor mezi uváděnou nízkou dávkou inzulínů, trváním nemoci, nízkou hodnotou C-peptidu a vysokou spotřebou inzulínů. K varovným znamením patří i další skutečnosti: pacient nenosí glukometr do ordinace nebo uvede jeho ztrátu, zapomíná chodit na kontroly, neúčastní se edukačních seminářů, má konflikty ve škole i doma. Rodič nedoprovází dítě do ordinace nebo nesleduje provádění selfmonitoringu a jeho výsledky, úpravu léčby dítětem, nezná názvy inzulínů a dávkování. Také příliš protektivní přístup rodičů stejně jako předčasná autonomie dítěte při řízení léčby jsou spojeny s problémy.

Je podán přehled několika randomizovaných kontrolovaných studií a metaanalýz, zaměřených na efektivitu psychosociální a edukační intervence k podpoře compliance a kompenzace a na podíl familiálních faktorů. Výsledky anonymní dotazníkové akce v diabetologické ordinaci Olomouc u náhodně vybraných 57 diabetiků (28 chlapců, 29 dívek) starších 9 let s trváním nemoci déle než 2 roky ukázaly, že 77,2% dětí má problémy s dodržováním doporučeného stravovacího režimu, 47,4% dětí zapomene někdy injikovat inzulín a 14% manipuluje s inzulínem. 35,1% dětí přiznalo noncompliance při provádění selfmonitoringu glykemií.

PLDD jako člen týmu, který poskytuje péči dětem s cukrovkou, zná pacienta a rodinu nejlépe, a proto může pomoci v prevenci

i odkrývání noncompliance. Jeho role spočívá v poskytování psychické podpory dítěti i rodině od zjištění nemoci a v jejím průběhu, v pomoci při řešení sociálních záležitostí, kontrole kompenzace při léčbě interkurentních nemocí a při preventivních prohlídkách, kdy sám vyšetří glykemií, kontroluje deník se zápisy o léčbě a selfmonitoringu, poskytuje rady o racionální výživě, sleduje stravování dítěte ve škole, jeho školní výsledky a mimoškolní aktivity, denní režim a hygienické návyky. Spolupracuje s pedagogy a rodiči při řešení konfliktů, podává návrhy na lázeňskou léčbu s edukací. Projevuje osobní zainteresovanost na výsledcích léčby diabetu.

Jaké mohou být důsledky noncompliance diabetika?

Miloslava Zajíčková
Dětská klinika FN Olomouc

Formou kazuistiky je uveden příběh rodiny se 2 chlapci s cukrovkou. Oba onemocněli ve věku 7 let a u obou se projevila noncompliance v léčbě, s různými klinickými důsledky. Přes opakovanou edukaci a podpůrnou psychoterapii dětí i rodičů problémy trvají, kompenzace cukrovky není dobrá a riziko vývoje pozdních komplikací je vysoké.

U staršího, nyní již 18letého chlapce, došlo k noncompliance 2 roky po manifestaci diabetu ve věku 9 let. Zpočátku pouze ujídal nekontrolovaně sladkosti a vymýšlel si glykemie, které nekorelovaly s vysokou hodnotou glykovaného hemoglobinu HbA_{1c} a s vysokou glykemií v ordinaci, ale matka upozornění diabetologa neakceptovala. V tu dobu onemocněl cukrovkou i mladší bratr. Následovala manipulace pacienta s inzulínem v podobě neadekvátních přidavných dávek ke korekci hyperglykemie nebo před konzumací sladkostí. Důsledkem byla 3 těžká hypoglykemická kómata. Po vyloučení celiakie a insuficience nadledvin jako možné příčiny hypoglykemií se chlapec při jednom z velmi četných edukačních pohovorů

s diabetologem, po upozornění na riziko úmrtí, v afektu pláče a vzteku ve 12 letech doznal k manipulaci s inzulínem. Psycholog soustředil péči kromě pacienta i na rodičovskou psychoterapii. Jakmile se u chlapce projevila určitá snaha spolupracovat, akceptovat nemoc, byl ve věku 14 let nastaven na inzulínovou pumpu. I když nesplňoval kritéria, volil diabetolog tuto léčbu jako formu motivační intervence. Chlapec si inzulínovou pumpu velmi přál – pro větší flexibilitu léčebného režimu. Po 1 roce, kdy se snížila hodnota HbA_{1c} o 2%, se opět kompenzace zhoršila s vývojem chronické balanitis do sekundární fimózy, vyžadující chirurgické řešení. Rodiče stále preferují tohoto bystrého hochu s výbornými studijními výsledky před mladším méně úspěšným bratrem, a přenechali mu zcela řízení a kontrolu léčby. Poslední HbA_{1c} měl 11,2% (cíl léčby do 6%).

O 2 roky mladší bratr je léčen pro cukrovku také od 7 let. Od zjištění nemoci je v péči psychologa: ani on ani rodiče se s nemocí dosud nevyrovnali. V jeho 10 letech byla noncompliance zřejmá nejen diabetologovi, ale i rodičům. Po 2 hypoglykemických komatech v průběhu 1 měsíce zvýšili rodiče dohled nad léčbou, ale za další 2 roky následovala série celkem 4 epizod těžké diabetické ketoacidózy. Při léčbě inzulínovou pumpou od věku 14,5 roku měl ketoacidózu ještě dvakrát, vždy při chybném technickém ovládní pumpy. Jakub je psychicky labilní, stavy úzkosti, vnitřního neklidu, únavy se střídají s impulzivním jednáním, stavy agrese. Má četné konflikty ve škole i doma. Jeho poslední HbA_{1c} byl 8,5%.

A co rodiče? O děti až do loňského roku pečovala převážně matka, která odmítla opustit zaměstnání, i když je rodina ekonomicky zabezpečená. Otec, pracující mimo domov, dojížděl jen sporadicky a jeho výchovné přístupy představují různé zákazy a příkazy při prohrěšcích dětí a naopak nabídku drahých dárků, pokud budou mít dobré glykemie.

Závěr: Chronická nemoc dítěte ovlivňuje život rodiny a rodina zásadně ovlivňuje průběh nemoci dítěte.

Swiss

Natural Sources®

• přináší kvalitu kanadské přírody
v přípravcích pro dospělé i děti



- výborné cucací pastilky pro děti od 3 let
- technologie **mikroenkapsulace** zaručuje maximální přístup **živých** probiotických bakterií do střeva
- 3 kmeny bakterií, 1 miliarda v pastilce



LAKTOBACILKY
probiotikum pro děti



Total
Quality
Assurance™



- při opakovaných **uroinfekcích** a problémech s močovými cestami
- vhodné i pro děti, těhotné a kojící ženy



doplňky stravy

Vyrobena v podmínkách GMP se zárukou stability a obsahu účinných látek



- probiotikum pro **starší děti** a dospělé
- kapsle chráněná **enterickým povlakem** pro bezpečný průchod **živých** bakterií do střev
- 5 kmenů bakterií, 6 miliard v kapsli

LAKTOBACILY "5"
enterický povlak



www.swissherbal.cz

BIOVIT IMPEX CO. ČR. s r. o. • Tel.: 241 430 910 (12-17 hod)

Kde je současné místo infekčních nemocí?

Kdy u dětí pomýšlíme na lymeskou borreliózu?

MUDr. Lenka Krbková, CSc.
Klinika dětských infekčních nemocí,
LF MU Brno

Primárním vektorem onemocnění je klíště obecné. Klinicky se onemocnění manifestuje projevy kožními, nervovými, pohybového aparátu a vzácně i srdečním nebo očním postižením. Pro přehled a usnadnění diagnostiky se využívá dělení do klinických stadií: časné lokalizované a diseminované stadium a pozdní stadium. Při podezření na LB zvažujeme nález klinický a laboratorní v případech extrakutánních projevů. Protilátkovou odpověď očekáváme u diseminovaných forem a u chronického postižení. Neobvyklé klinické manifestace stejně jako izolované sérologické nálezy vyžadují podrobnou diferenciální diagnostiku.

Kožní projevy mají specifický nález, klinické definice jsou uvedeny v evropských doporučeních pro základní a podpůrnou diagnostiku LB.

Erytema migrans se zvětšuje v průběhu dnů a týdnů, pravděpodobně centrifugálním šířením spirochét v kůži. Následkem hematogenního šíření vznikají mnohočetná erytemata. Borreliový lymfocytom (BL) je neobestivý uzlík vyskytující se na akrálních částech těla, nejčastěji u dětí na boltci ušním. Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) je podmíněna kožními atrofickými změnami na končetinách u starších jedinců. BL a ACA jsou jen v Evropě, infekce je způsobena převážně *B. afzelii*.

Pro lymeskou artritidu (LA) jsou typické intermitentní otoky kloubů – asymetrické, bolestivé s výpotkem. Trvají dny až týdny, vzácně i rok. Vznik chronické artritidy je autoimunní záležitost.

Lymeská kardiitida (LK) je v Evropě nejvzácnější klinické postižení. Vznik je náhlý a při kompletní AV blokádě může být život ohrožující.

Neuroborrelióza (NB) zahrnuje lymfocytární meningitidu, kraniální neuritidu, periferní radikuloneuropatii – v typické formě všechna 3 postižení současně jako Garin-Bujadoux-Bannwarthův syndrom a pozdní neurologickou LB. Aseptická meningitida je výsledkem přímé invaze nervového systému

borreliemi. Kraniální neuritida (paréza n. facialis) je častým projevem akutní neuroborreliózy u dětí.

Chronická LB po léčbě (post-treatment chronic Lyme disease, post-Lyme syndrome): někteří pacienti po standardní léčbě trpí chronickou únavou, myalgiemi, artralgiemi, parestéziemi, poruchou soustředění a paměti.

V diagnostice LB se uplatňuje dvoustupňové testování antiborreliových protilátek ELISA metodou s následným ověřením pozitivního výsledku imunoblotem. Terapeutická odpověď na antibiotickou léčbu u časné lokalizované a diseminované formy přispívá k potvrzení diagnózy.

Jak je v ČR zajištěna péče o děti s HIV/AIDS?

MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.
III. klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a FN Na Bulovce,
Praha

Na světě žije asi 2,5 milionu dětí infikovaných virem lidské imunodeficiency (HIV).

Většina infikovaných dětí na světě se narodí v rozvojových zemích. V rozvinutých zemích včetně České republiky je ve výskytu HIV infekce u dětí příznivá situace. U nás je relativně nízká seroprevalence HIV infekce, těhotné ženy jsou ze zákona testovány na anti-HIV protilátky a HIV pozitivní gravidní ženy se podrobují účinné profylaxi vertikálního přenosu HIV. Základními profylaktickými postupy k snížení rizika HIV infekce u dítěte je podání antiretrovirotik, vedení porodu císařským řezem a zabrazení kojení. Diagnostika HIV infekce u dětí se opírá zejména o přímý průkaz genomu viru – rozhodující pro vyloučení vertikální infekce je průkaz nepřítomnosti RNA viru v krvi metodou PCR z odběru ve 2–3 a 4–6 měsících. Dětem v prvních 6 týdnech života se podává profylaxe zidovudinem, od 6–8 týdnů, kdy ještě není HIV infekce zcela vyloučena, se ordinuje cotrimoxazol jako prevence pneumocystové pneumonie. Porody HIV pozitivních žen se v ČR uskutečňují na AIDS centru Infekční kliniky FN Na Bulovce (dále FNB). Zde je také ošetřován novorozenec, který nevyžaduje specializovanou neonatologickou péči. Dostává antiretroviroti-

kum (zidovudin, tj. Retrovir sirup) a umělou výživu. Respektují se výjimky v očkování, provádějí se příslušné odběry materiálu. Případnou potřebu intenzivní péče lze řešit přeložením dítěte na neonatologické oddělení FNB. Po propuštění se dítě předává do péče praktického lékaře pro děti a dorost, ale současně zůstává v kontrolách ambulance na AIDS centru FNB do definitivního vyloučení infekce. Odběry na přímou virologickou diagnostiku HIV se provádějí ve 3, 6, 9 a 12 měsících a protilátky anti-HIV v 18 měsících. V AIDS centru FN Na Bulovce se do konce roku 2007 uskutečnilo 74 porodů, narodilo se 76 dětí (2x dvojčata), do dispenzární péče se dostalo 78 dětí, infikovaly se 3 (3,8 %). U infikovaných dětí nemohly být v plné míře uplatněny zásady profylaxe vertikálního přenosu HIV a v době porodu byla u matek prokázána vysoká virová nálož HIV. Dvě ženy nebyly sledovány v těhotenské poradně, došlo u nich k předčasnému odtoku plodové vody a k porodu se dostavily pozdě. Jedna žena měla odčerpáno současnou neléčenou syfilidu. V AIDS centru FNB jsou sledovány i další HIV infikované děti narozené mimo ČR. Jsou podrobeny pravidelným kontrolám a dostávají kombinovanou antiretrovirovou léčbu (cART). Jejich zdravotní stav je dobrý a není narušena kvalita života. Dosavadní systém péče o děti exponované HIV a infikované HIV je vyhovující, spolupráce s praktickými lékaři je výborná, velká opora je v napojení na neonatologické oddělení FNB.

Exantém u dítěte – alarmující příznak?

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,
MUDr. Věra Štruncová
Infekční klinika FN a LF UK Plzeň

Exantém je pravidelnou součástí tzv. exantémových infekčních chorob, ale může být přítomen i při celé řadě onemocnění neinfekční povahy. Toto sdělení je zaměřeno na exantémy infekční etiologie ať již generalizované, nebo lokalizované. Podle charakteru eflorescencí rozlišujeme exantémy: 1. makulopapulózní, 2. vezikulózní a 3. hemoragické. Skupinu 1. můžeme podle velikosti jednotlivých morf rozdělit na exantémy

scarlatiniformní (morfy do 1 mm, vzorem je spála), rubeoliformní (morfy 1–3 mm, vzorem jsou zarděnky) a morbilliformní (morfy větší než 3 mm, vzorem jsou spalničky).

V praxi se můžeme setkat s některými klinicky velmi závažnými stavy, jako je např. syndrom toxického šoku stafylokokové nebo streptokokové etiologie a syndrom Kawasakiho (dosud neobjasněné etiologie), které se manifestují exantémem **scarlatiniformním**.

Skupina **rubeoliformních** exantémů zpravidla nepředstavuje větší klinický problém. Zarděnky, 6. infekční nemoc (exanthema subitum) a některé další, zejména virové infekce probíhají zpravidla benigně. O teratogenních vlastnostech rubiviru, který může v prvním trimestru gravidity způsobit zarděnkovou embryopatii, je všeobecně známo.

S **morbilliformními** exantémy se kromě spalniček setkáme i při mykoplazmových infekcích, infekční mononukleóze, ale také při primární infekci HIV. Zvláštní skupinu představují exantémy velkoskvřité, jejichž představitelem je 5. infekční nemoc (erythema infectiosum).

Skupinu **vezikulózních** exantémů reprezentuje naše nejčastěji hlášené, zpravidla příznivě probíhající infekční onemocnění – varicela. U dětí s různými typy imunodeficitů však může být onemocněním závažným. Vezikulózním exantémem se také manifestují infekce HSV-1, HSV-2 a enteroviry

(např. EV 71 nebo coxsackie A16 – nemoc ruka-noha-ústa).

Exantém **hemoragický** naopak představuje velmi závažný symptom, poukazující často na bezprostřední **ohrožení života** postiženého. Příkladem může být invazivní meningokokové onemocnění, nejrychleji smrtící infekce, vyvolané *N. meningitidis* sk. B a C. Podobně také *S. pneumoniae* a *H. influenzae* mohou způsobit multiorgánová postižení na podkladě diseminované intravaskulární koagulace u osob po splenektomii (OPSI syndrom, posplenektomická sepse).

Z neinfekčních příčin pomýšlíme v první řadě na exantémy alergického původu, lékové exantémy (až Lyellův syndrom), dermatologická onemocnění a kožní projevy systémových chorob. Pravidelné očkování minimalizuje epidemický výskyt řady závažných infekčních onemocnění, exantémová nevyjímaje.

Doporučení pro praxi: 1. exantém spojený s horečkou bývá infekční etiologie. 2. exantémy hemoragické, případně bohaté scarlatiniformní (až erythrodermie) vyžadují bezodkladnou hospitalizaci. 3. exantémy alergické a lékové nikdy nepodceňujeme!

Tato práce vznikla za podpory Výzkumných záměrů LF UK v Plzni MSM0021620819 a MSM0021620812.

Je snadné diagnostikovat syndrom toxického šoku?

J. Vildmanová, J. Táborská, A. Špidlenová, T. Bergerová, P. Petráš
Infekční klinika, Ústav mikrobiologie FN Plzeň

Centrum epidemiologie a mikrobiologie SZÚ Praha

Syndrom toxického šoku je závažné onemocnění vyvolané toxiny produkovanými *Staphylococcus aureus* (TSST-1, enterotoxiny A, B, C, D) nebo toxiny *Streptococcus pyogenes* (pyrogenní exotoxiny A a B), ale i jinými streptokoky.

Autoři předkládají přehled klinických příznaků syndromu TŠ, dále základy diagnostiky a léčby. Teoretický úvod je doplněn kazuistikami 2 pacientek, které onemocněly formou stafylokokového STŠ a onemocnění překonaly bez závažných komplikací či následků. Kazuistika 1 pacienta s formou streptokokového STŠ skončila multiorgánovým selháním. Ve všech případech byla potvrzena produkce toxinů izolovaným kmenem.

Je zdůrazněna významnost klinické diagnostiky onemocnění s ohledem na adekvátní terapii a léčebný výsledek.

Posterová sdělení

Raná péče rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením

Mgr. Anna Kučerová, Ph.D.,
Mgr. Adéla Bilíková,
Bc. Marcela Štolcarová
Středisko rané péče Tamtam Olomouc

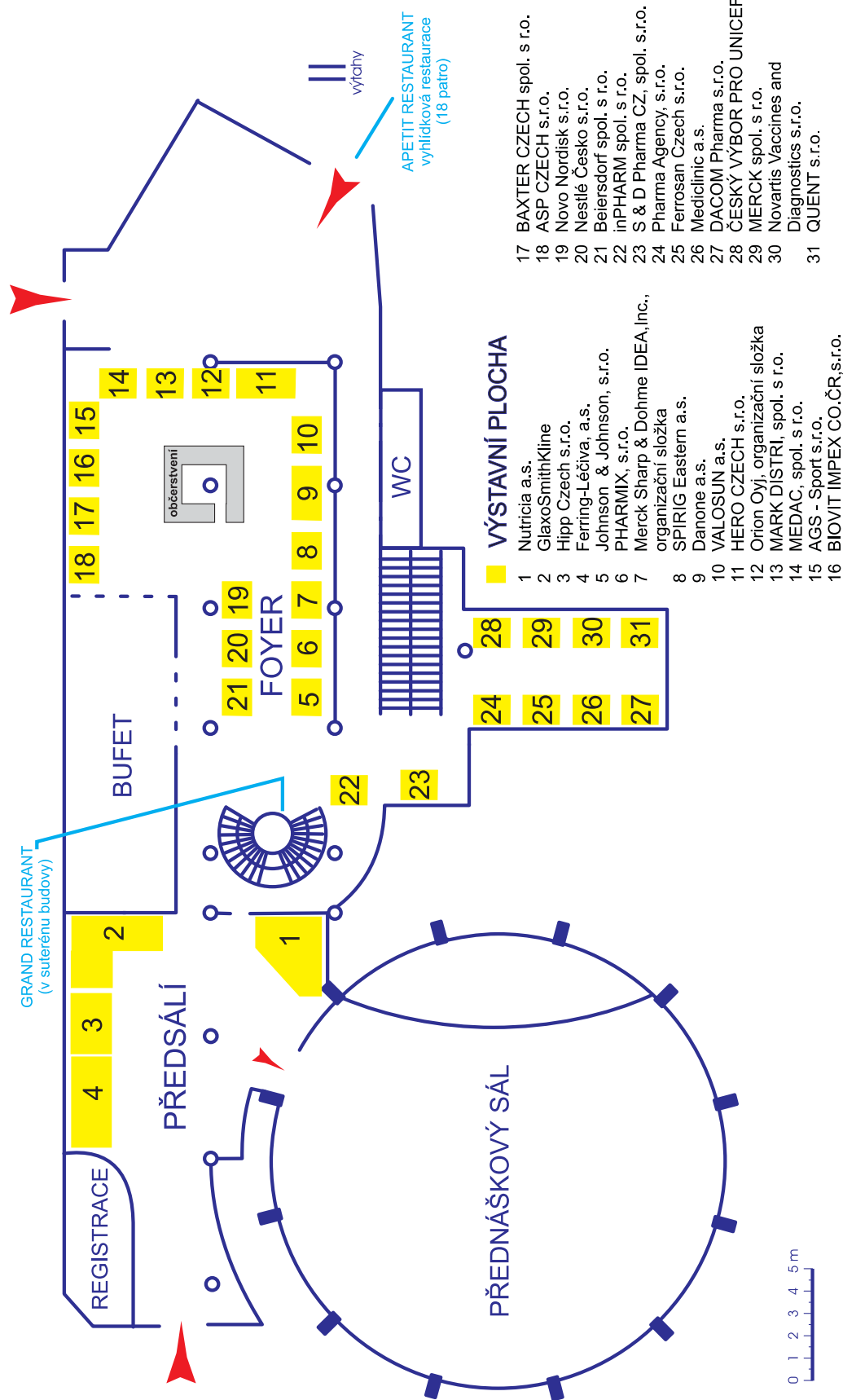
Většina dětí se sluchovým postižením (90 – 95 %) vyrůstá ve „slyšícím prostředí“ - v rodinách se slyšícími rodiči. Slyšící rodiče

bez předchozí zkušenosti se sluchovým postižením mají na počátku 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.

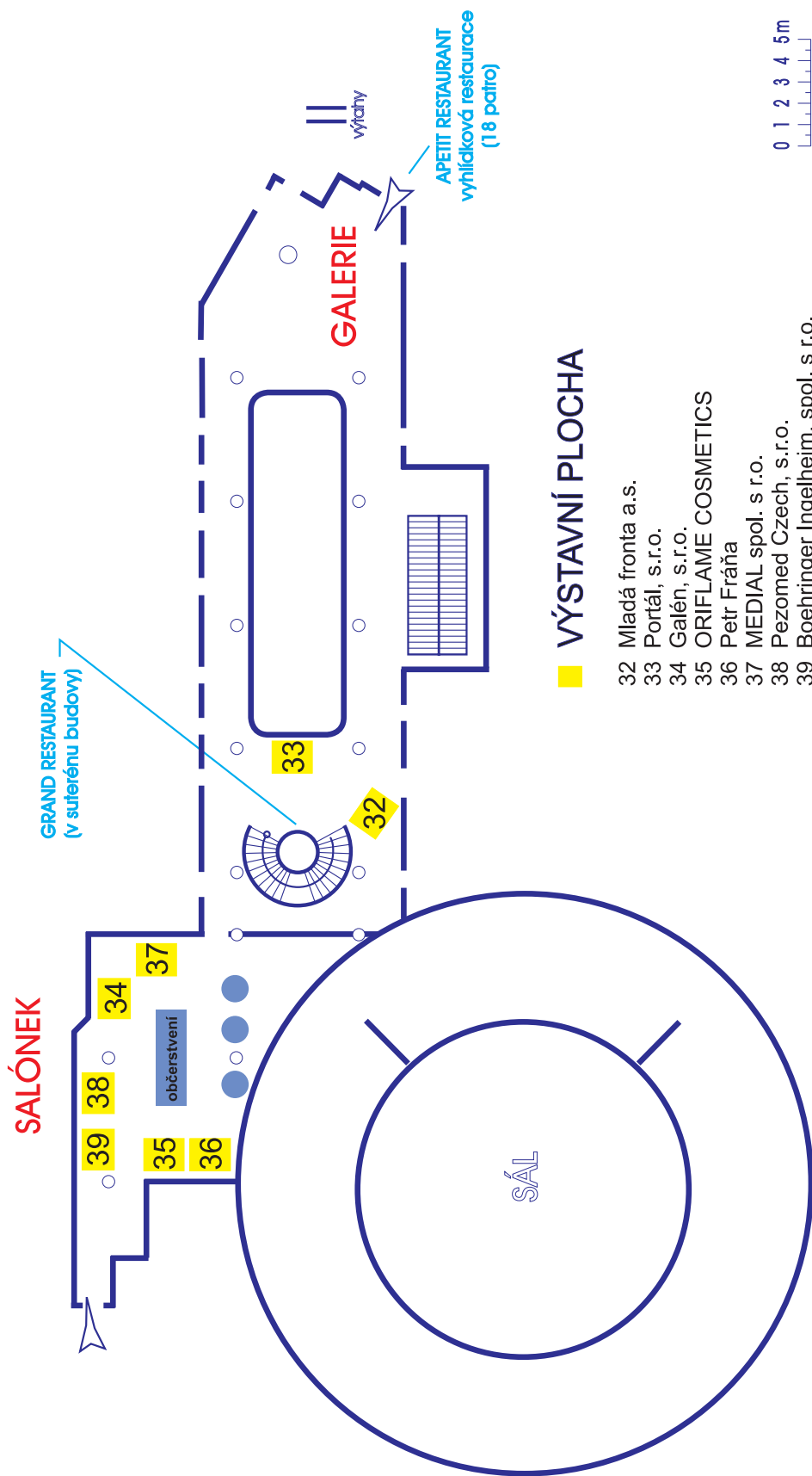
Středisko rané péče Tamtam s pracovišti v Praze a Olomouci je celostátním poskytovatelem sociální služby rané péče rodinám dětí se sluchovým a kombinova-

ným postižením od narození do 7 let věku. Služby Střediska rané péče Tamtam mohou využít sluchově postižení rodiče dětí raného věku. Základem programu střediska je široká podpora rodin vychovávajících děti se sluchovým nebo kombinovaným postižením raného věku. Terénní služby rané péče jsou poskytovány bezplatně formou pravidelných odborných konzultací v klientských rodinách. Středisko rané péče Tamtam je podle zákona 108/2006 Sb. registrovaným poskytovatelem služeb rané péče.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER – XXVI. dny praktické a nemocniční pediatrie 23. – 24. 5. 2008 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC – přízemí



**Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER – XXVI. dny praktické a nemocniční pediatrie
23. – 24. 5. 2008 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC – galerie + salónek ANDROMEDA**





KONGRES

s vlídnou tváří

23.-24. KVĚTNA 2008
OLOMOUC

**KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER
XXVI. dny praktické a nemocniční pediatrie**

GENERÁLNÍ PARTNER

NUTRICIA

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

AGS sport, spol. s r.o.
ASP CZECH s.r.o.
BAXTER CZECH spol. s r.o.
Beiersdorf spol. s r.o.
BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
ČESKÝ VÝBOR PRO UNICEF
Danone a.s.
DACOM Pharma s.r.o.
Ferrosan Czech s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
HAMÉ, a.s.
HERO CZECH s.r.o.
inPHARM spol. s r.o.
Johnson & Johnson, s.r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.
MEDAC, spol. s r.o.

MEDIAL, spol. s r.o.
Mediclinic a.s.
Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc.
MERCK spol. s r.o.
Novartis Vaccines and Diagnostics s.r.o.
Novo Nordisk s.r.o.
Nestlé Česko s.r.o.
ORIFLAME COSMETICS
Orion Oyj, organizační složka
Petr Fráňa
Pezomed Czech, s.r.o.
PHARMIX, s.r.o.
Pharma Agency, s.r.o.
QUENT s.r.o.
S & D Pharma CZ, spol. s r.o.
SPIRIG Eastern a.s.
VALOSUN a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ A MEDIALIZACI KONGRESU

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

Probiotická dětská výživa HiPP

Kojenecká mléka obsahují
laktobakterii **Lactobacillus reuteri Protectis**

Pokud je Vaše dítě kojeno, je nejlépe chráněno.

HiPP nabízí ucelenou probiotickou řadu kojeneckých mlék pro zdravé děti, tak i pro kojence ohrožené alergií (hypoalergenní řada). Všechna mléka dobře zasytí, mají výbornou chuť i konzistenci. Jsou přirozeně bezlepkové, neobsahují sacharózu a jsou obohaceny vitamíny, minerály a živinami.

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

