

# PEDIATRIE

*pro praxi*

---

# ABSTRAKTA

## **KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER**

XXIV. DNY KLINICKÉ A PRAKTICKÉ PEDIATRIE

**18. – 19. května 2006**

# OLOMOUC

# ČTVRTEK 18. 5. 2006

- 8.30 zahájení
- Žestový soubor ZUŠ Šternberk pod vedením Josefa Šindlera
  - Zahájení kongresu – prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc. (prezident kongresu)  
– prof. MUDr. Zdeněk Kolář, CSc. (děkan LF UP Olomouc)
- 8.50–9.10 **PEDIATRIE U SOUSEDŮ**
- Systém prevence aterosklerózy v Slovenskej republike – prof. MUDr. Peter Bánovčin, CSc.
- 9.10–10.40 **PEDOPSYCHIATRIE** / garant: prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
- Deprese u dětí a adolescentů – MUDr. Iva Dudová
  - Hyperkinetická porucha v roce 2006 – prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
  - Mentální anorexie – tak jednoduchá, tak zrádná... – doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.
- 10.40–10.50 SYMPOZIUM BIOVIT IMPEX CO. ČR, s. r. o.
- Význam laktobacilů v pediatrii – prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
- 10.50–11.20 přestávka
- 11.20–12.50 **PŘIROZENÁ IMUNITA DĚTÍ A JEJÍ OVLIVŇOVÁNÍ VÝŽIVOU**  
garant: prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.
- Vztah imunitního systému a výživy – prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.
  - Probiotika a prebiotika ve zdraví a nemoci – MUDr. Jaroslav Utěšený, CSc.
  - Vliv prebiotické směsi Nutricia na imunitní systém – RNDr. Pavel Ježek, Ph.D.
- 12.50–13.00 SYMPOZIUM Ferrosan Czech, s. r. o.
- Multi-tabs Immuno Kid – komplex vitamínů s probiotiky – MUDr. Jaromíra Zlámalová
- 13.00–14.00 oběd
- 14.00–16.00 **INFEKČNÍ NEMOCI** / garant: doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
- Neuroinfekce – úloha praktického pediatra – MUDr. Věra Štruncová
  - PCR diagnostika u závažných bakteriálních onemocnění – MUDr. Jitka Kalmusová
  - Přístup k diferenciální diagnostice a léčbě průjmových onemocnění infekční etiologie dětí a dorostu – doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
  - Význam očkování proti infekční hepatitidě A – MUDr. Jan Sixta
- 16.00–16.30 přestávka
- 16.30–17.00 SYMPOZIUM HIPP Czech s. r. o.
- Sortiment a novinky firmy HIPP – Bc. Petra Synková
- 17.00–17.05 křest knihy Grada Publishing, a. s.
- Kardiologické minimum pro praktické dětské lékaře – Štěpán Rucki, Pavel Vít
- 17.05–18.30 **KARDIOLOGIE** / garant: MUDr. Helena Bartáková
- Co je nového v léčbě vrozených srdečních vad? – MUDr. Helena Bartáková
  - Diferenciální diagnostika kardiálních symptomů v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost – MUDr. Vladimíra Švábová
  - Kazuistika – Katecholaminoerní polymorfní komorová tachykardie u dětí – MUDr. Pavel Vít
  - Myokarditidy v dětském věku – MUDr. Veronika Stará
  - Kazuistika – Náhlé úmrtí u dětí a dospívajících – perakutně probíhající myokarditida – prim. MUDr. Jaroslav Wiederman, CSc.
- OD 20.30 Společenský večer s rautem a cimbálovou hudbou

# PÁTEK 19. 5. 2006

- 8.15–9.50 **ENDOKRINOLOGIE** / garant: doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.
- Struma v ordinaci praktického dětského lékaře – MUDr. Jitřenka Venháčová
  - Záchyt zvětšené štítné žlázy při preventivních prohlídkách v dětském věku – MUDr. Jarmila Seifertová
  - Dítě s poruchou růstu v ordinaci praktického dětského lékaře – doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.
  - Růstové grafy v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost – MUDr. Helena Letáková
  - CD ROM „Kompendium pediatrické auxologie 2005“ – doc. MUDr. Hana Krásničanová, CSc.
  - Současný pohled na hormonální antikoncepci u adolescentek – MUDr. Hedvika Geržová
- 9.50–9.58 SYMPOZIUM Johnson a Johnson s. r. o.
- Nové webové stránky pro rodiče [www.peceodite.cz](http://www.peceodite.cz) – Bc. Jana Nosková
- 9.58–10.30 přestávka (diskuze u posterů)
- 10.30–10.45 SYMPOZIUM spol. Gaba
- Prevence zubního kazu u kojenců a malých dětí – MUDr. Martina Vagaská
- 10.45–12.15 **DERMATOLOGIE** / garant: MUDr. Hana Bučková, Ph.D.
- Klinické obrazy a možnosti léčby u atopické dermatitidy – MUDr. Hana Bučková, Ph.D.
  - Psoriasis vulgaris u dětí, diferencální diagnostika – MUDr. Renata Faberová, Ph.D.
  - Acne vulgaris od etiopatogeneze po terapii – doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.
- 12.15–13.15 oběd
- 13.15–13.45 SYMPOZIUM Nestlé Česko, s. r. o.
- Vliv výživy na imunitní systém kojence – MUDr. Sabina Legnerová
- 13.45–15.15 **POCHYBENÍ V PRAXI / opravené diagnózy** garant: MUDr. Jarmila Seifertová
- Chybovat je lidské – PhDr. Allan Gintel
  - Nikdo není dokonalý, ale... – prof. MUDr. Zdeněk Doležel
  - kazuistika 1 – Červené oko u 11leté dívky v ordinaci PLDD/pochybení – MUDr. Jarmila Seifertová
  - kazuistika 2 – Říká se, že první reakce bývá obvykle správná – bylo tomu tak i v mém případě? – MUDr. Helena Letáková
  - kazuistika 3 – Není odklad diagnostického vyšetření non lege artis? – MUDr. Olga Roškotová
  - kazuistika 4 – Aspirace – pneumonitis lobaris – doc. MUDr. Jiří Kobr
  - kazuistika 5 – MUDr. Ruth Adamová
- 15.15–15.30 přestávka (losování kongresové ankety)
- 15.30–16.30 **AKTUÁLNÍ OTÁZKY PEDIATRICKÉ PÉČE** / garant: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
- Interaktivní kazuistika – MUDr. Pavel Geier
  - NOE – výukový portál LF UP v Olomouci – prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.
  - Sociálně právní ochrana dětí v práci neonatologa – MUDr. Jana Zahradníčková

# ČTVRTEK 18. 5. 2006

## SESTERSKÁ SEKCE / GARANT: RENATA PAVELKOVÁ

8.50 – 10.10 **Blok I**

- Zahájení a přivítání účastníků – Bc. Marie Pavlíková, Renata Pavelková
- Vztah imunitního systému a výživy – prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.
- Význam střevní mikroflóry ve zdraví a nemoci – MUDr. Jaroslav Utěšený, CSc.
- Vliv prebiotické směsi GOS/FOS na imunitní systém – RNDr. Pavel Ježek, Ph.D.
- Dětská léčba pohybových poruch Boskovice – Dagmar Slavíková
- Dětská ozdravovna Křetín, p. o. – Jana Novotná, MUDr. Kateřina Bednaříková

10.10–10.35 přestávka

10.35–12.15 **Blok II**

- Hyperkinetická porucha – prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
- Amblyopie a její léčba – Soňa Lajčíková
- Strabismus, pleoptika, ortoptika – Jana Stejskalová
- Vyšetřovací metody v gastroenterologii – Jana Ryšková
- Raná péče – Mgr. Pavla Burešová
- Nové webové stránky pro rodiče [www.peceodite.cz](http://www.peceodite.cz) – Bc. Jana Nosková (Johnson&Johnson s. r. o.)

12.15–13.15 oběd

13.15–15.15 **Blok III**

- Komplikace při léčbě ulcerózní kolitidy – Hana Stanislavová
- Akutní respirační insuficience – Marcela Rešová
- Scintigrafie ledvin – Helena Kolmanová
- Mikční cystoureterografie u dětí – Bronislava Jurečková
- Intoxikace v dětském věku – Hana Szabová
- Intoxikace u dětí – Hana Kokešová
- Intoxikace louhem (hydroxid sodný – KRTEK) – Lucie Brixelová
- Pataův syndrom – kazuistika – Irena Jenišťová

15.15–15.40 přestávka

15.40–17.30 **Blok IV**

- Úvod do problematiky onemocnění ataxia teleangiectasia – Eva Hůlková
- Trauma mozku – příčina endokrinní poruchy růstu – kazuistika – Dana Konečná
- Naše zkušenosti s léčbou a ošetrovatelskou péčí u dětí s diagnózou Non-Hodgkinský lymfom v rámci onemocnění ataxia teleangiectasia – Ludmila Frelichová
- Kazuistika dítěte léčeného pro Non-Hodgkinský lymfom komplikovaný aspergilovou pneumonií – Pavla Němcová
- Bronchiální krvácení jako komplikace indukční fáze léčby ALL – Iveta Königová
- Paravertebrální verzus kaudální blokáda levobupivacainem v pooperační analgézii u dětí po otevřených urologických výkonech – Jana Lolková
- Sledování dětí geneticky ohrožených vznikem alergie – Andrea Skácelová
- Závěr – Renata Pavelková

**Blok posterů** – probíhá po oba dva dny

- Mateřská centra Olomouckého kraje – PhDr. Petra Tenglerová
- Společnost pro ranou péči – Mgr. Pavla Burešová
- Dětská lázeňská léčebna Dr. L. Filipa – Ing. Jaroslav Brázdil
- Racionální léčba ATB v ordinaci PLDD – MUDr. Renáta Růžková

# PEDIATRIE U SOUSEDŮ

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 8.50–9.10 hod.

## **Systém prevence aterosklerózy v Slovenskej republike**

*prof. MUDr. Peter Bánovčín, CSc.,*

*MUDr. Pavol Šimurka*

Abstrakt nedodán.

## **POŘADATEL**

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,  
Česká pediatrická společnost,  
Spolek lékařů českých v Olomouci  
časopis *Pediatric pro praxi*

## **PREZIDENT KONGRESU**

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

## **PROGRAMOVÝ VÝBOR**

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., MUDr. Pavel Geier,  
prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., Renata Pavelková,  
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,  
MUDr. Jarmila Seifertová, MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.,  
doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

## **ODBORNÍ GARANTI**

MUDr. Helena Bartáková, MUDr. Hana Bučková, Ph.D.,  
prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.,  
prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.,  
prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.,  
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,  
MUDr. Jarmila Seifertová, Renata Pavelková,  
doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.,  
prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc.

## **Olomouc 18. – 19. 5. 2006**

Kongresové centrum RCO, Olomouc

## **MEDIÁLNÍ PARTNEŘI**

PEDIATRIE PRO PRAXI, FLORENCE, Grada Publishing, a. s.

### **Organizační a programové zajištění:**

Mgr. Eva Zdařilová, SOLEN, mob. 777 714 680,  
Mgr. Iva Daňková, SOLEN, mob. 777 557 411  
Marta Křepelová, SOLEN, mob. 777 714 680

### **Suplementum časopisu:**

#### **PEDIATRIE PRO PRAXI**

Ročník 7/2006, číslo 2

Vydavatel SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

ISSN 1213-0494;

Registrace MK ČR pod číslem E 10014.

Časopis je excerpován do Bibliographia medica czechoslovaca

**Účast je ohodnocena certifikátem pro lékaře  
a 6 kredity pro sestry.**

# PEDOPSYCHIATRIE

garant: prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 9.10–10.40 hod.

## Deprese u dětí a adolescentů

as. MUDr. Iva Dudová

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

Deprese u dětí a adolescentů je závažná recidivující porucha s nepříznivými sociálními následky, společenskou izolací a vysokým rizikem sebevraždy. Přesto je její diagnostice a léčbě věnovaná zvýšená pozornost až v posledních několika desetiletích. Přednáška se bude věnovat depresivním příznakům shodným pro všechny věkové skupiny a následně příznakům charakteristickým zejména pro děti předškolního a školního věku a adolescenty. Diferenciální diagnostika této poruchy je obtížná pro velké množství přidružených symptomů a komorbidních psychiatrických diagnóz. V léčbě dětských a adolescentních depresí používáme převážně antidepresiva typu SSRI, farmakoterapie je nadále diskutována. V psychoterapii se zaměřujeme na poruchy sebehodnocení, pocity viny a na zlepšení schopnosti adaptace s nácivkem sociálních dovedností.

## Hyperkinetická porucha v roce 2006

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

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

Hyperkinetická porucha (HKP) je v současnosti v samém centru pozornosti oboru dětské a dorostové psychiatrie, a to jak z hlediska klinického, tak i výzkumného. V úvodu budou zmíněny současné kontraverze ohledně pojetí HKP a s přihlédnutím k historickému vývoji konceptu. Budou také objasněny rozdíly oproti americkému konceptu Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

HKP je dnes považována za nepochybně neurobiologickou poruchu. Z genetického hlediska se jedná o poruchu s vysokou heritabilitou (až 80%). Strukturální zobrazovací studie mozku u HKP naznačují především celkový menší objem mozku, regionálně pak největší redukce je pozorována v oblasti mozečku a nucleus caudatus. Výsledky funkčních zobrazovacích studií poukazují na sníženou aktivaci ve fronto – striatálních oblastech. Preklinická a farmakologická data prokazují, že do patogeneze HKP je zapojen především dopaminergní a noradrenergní transmitterový systém.

Základními symptomy HKP jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Tyto příznaky budou blíže popsány. Bude také sledován vliv poruchy na další vývoj postižených v jednotlivých oblastech života.

Poznání neurobiologického základu HKP má velký praktický význam pro volbu terapie. Podtrhuje klíčový význam farmakoterapie. V současnosti jsou

za léčbu první volby považována jednak psychostimulancia, jednak nový nestimulační lék atomoxetin.

## Mentální anorexie – tak jednoduchá, tak zrádná...

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Pedopsychiatrická ambulance, Olomouc

Zklamání, které provázelo neúspěšnou léčbu pacientky s mentální anorexií, zažil pravděpodobně každý pediatr, který pracuje v terénu. Snadné stanovení diagnózy na straně jedné a velmi obtížná léčba na straně druhé, to jsou dva extrémy, které nemoc charakterizují. Těžko se smiřujeme s tím, že se přes naše maximální terapeutické úsilí váha pacientky stále nelepší. Objektivně jí přece v příjmu větší množství jídla nic nebrání! Jaké jsou důvody, které způsobují její neochotu ke spolupráci a v nás vyvolávají pocity profesionálního selhání? Je nutné si uvědomit, že ačkoli má tato nemoc tolik somatických projevů, které by ji mohly zařadit prakticky do všech oborů medicíny, jde především o nemoc duševní. Základem adekvátní léčby může být tedy jen porozumění psychopatologickému obsahu nemoci a pochopení jeho souvislostí. Cílem sdělení je poukázat na duševní procesy, které jsou v pozadí nemoci, ovlivňují pacientčino prožívání a blokuji výsledky našeho terapeutického snažení.

# SYMPOZIUM BIOVIT IMPEX CO, ČR, S. R. O.

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 12.50–13.00 hod.

## Význam laktobacilů v pediatrii

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

V lidském střevě se nachází přes šest set druhů mikroorganismů. Celkový počet střevních bakterií je řádově větší než počet buněk v celém organismu a jejich souhrnná hmotnost se odhaduje na kilogram a půl. Léčebné vlastnosti bakterií mléčného kvašení byly až do konce 70. let přisuzovány schopnosti laktobacilů produkovat kyselinu mléčnou, peroxid vo-

díku, různá antibiotika a jiné látky s antimikrobiální povahou. V posledních dvou dekádech je pozornost zaměřena na jejich imunostimulační a antiproliferační vlastnosti.

Autor ve svém sdělení rekapituluje vliv laktobacilů na podporu přirozené činnosti imunitního systému (imunoreaktivitu), obnovu a harmonizaci střevní mikroflóry (dysmikrobie) při léčbě antibiotiky a radioterapie, na prevenci dětských (převážně rotavirových) průjmů a na možné ovlivnění léčby nespecifických střevních zánětů.

Dále jsou diskutovány imunologické vlastnosti *Lactobacillus casei*, který je součástí produktu Laktobacily „5“ společnosti Swiss Natural Sources (dále obsahuje probiotické kultury živých organismů *Lbc. rhamnosus*, *Bifidobacterium breve*, *Lbc. acidophilus* a *Bifidobacterium longum*). Jako dominantní účinek *Lbc. casei* na střevní imunitu (GALT) po sedmidenní orální aplikaci byla pozorována zejména indukce sekrečního IgA, interleukinu 6 (IL-6) a zvýšení některých markerů imunokompetentních buněk (CD-206) a toll receptor-2 (TLR-2).

# PŘIROZENÁ IMUNITA DĚTÍ A JEJÍ OVLIVŇOVÁNÍ VÝŽIVOU

garant: prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 11.20–12.50 hod.

## Vztah imunitního systému a výživy

prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, LF UK  
a FN, Hradec Králové

Naše současné chápání fungování imunitního systému prodělává zásadní změny. Až donedávna bylo na imunitní odpověď pohlíženo jako na tělní reakci, která je za každých okolností jedinci prospěšná. Dnes víme, že imunitní systém v sobě skrývá obrovský obranný, ale i poškozující potenciál. Imunitní reaktivita každého jedince je určována jeho genetickou dispozicí. Významnou měrou je však modifikována i nekonečně rozmanitými faktory vnějšího světa, kterým je člověk v průběhu života vystaven. Je dokázáno, že moderní člověk v sobě nese zakonzervované evolučně staré vzory, které podmiňují fungování individuální imunitní reaktivity. Je však v současnosti vystaven zcela novým podnětům, na které často nemůže adekvátně odpovědět. Výsledkem je abnormální individuální imunitní reaktivita, která se může prezentovat jako imunopatologické onemocnění. Podle současných názorů je klíčovým obdobím pro nastavení individuální imunitní reaktivity období po narození. V tomto ontogenetickém období jsou kladeny maximální požadavky na nutriční zajištění. Jakákoliv porucha v kvantitativním i kvalitativním složení potravy se ireverzibilně negativně odrazí na vývoji člověka a ovlivní také rozvoj individuální imunitní reaktivity. Optimální pro nastavení individuální imunitní reaktivity je dostatečně dlouhé období, kdy jedinou složkou potravy je mateřské mléko. Mateřské mléko je optimální z pohledu nutričních požadavků, i s ohledem na rozvoj imunitní reaktivity jedince. Ten je v časných obdobích po narození vystaven extrémnímu množství podnětů, především infekčního charakteru. Kojení umožňuje intimní kontakt mezi matkou a dítětem, který je nezbytný pro optimální kolonizaci sliznic, především trávicího traktu, mikroorganismy. V tomto období jsou položeny základy tzv. osídlovacích vzorů mikroorganismů, které potom jedince provázejí po zbytek života. Je nezbytné, aby k expozici tuhé potravě, ke které dochází při odstavení dítěte, došlo v takovém časovém období, kdy jsou již nastaveny fyziologické parametry imunitního systému. Neadekvátní či předčasná expo-

zice složkám potravy vede k deregulacím slizniční i systémové imunity s negativními důsledky pro člověka. Nutriční přípravky, které by pozitivně působily na rozvoj střevní mikroflóry a modulovaly prospěšně vývoj slizničního imunitního systému, jsou velmi žádané. Imunomodulační charakteristiky střevní mikroflóry a optimální nastavení individuálních osídlovacích vzorů ovlivňuje pozitivně i potrava obohacená o prebiotika. Již v současnosti dostupné potravinové přípravky určené k podání v časných fázích ontogenetického vývoje člověka alespoň zčásti tyto požadavky splňují.

## Probiotika a prebiotika ve zdraví a nemoci

MUDr. Jaroslav Utěšený, CSc.

II. dětská klinika FN Brno

Aktuální nárůst pacientů s prokázanou alergií komplikovanou alergizací na potraviny klade stále větší nároky na nutnost sjednocení definic pojmu potravinová alergie a vypracování shodných standardů diagnostiky, prevence vzniku a léčení těchto typů alergií.

Pojem „potravinová alergie“ se od roku 1992 podle ESPGAN kritérií rozčlenil do kategorií pravá (alergie I. typu IgE) potravinová alergie, potravinová hypersenzitivita (alergie II. a IV. typu), pseudopotravinová alergie (jiným než imunologickým mechanismem – chemické působky), potravinová intolerance (jiná než proteinovými alergeny – cukry, tuky), toxická reakce z potravin (histaminový šok), farmakologické reakce na potraviny (kofein apod.).

Historicky jsou všechny typy reakcí známy od 460 let před Kristem a popsány Hippokratem a Galenem. Ve 20. století na základě poznatků o mechanismu alergických reakcí byly teprve obecné klinické příznaky spojeny s typickými imunitními reakcemi. V 60. letech začaly být také intenzivně zkoumány typy živočišných a rostlinných alergenů. Hlavně nejčastějších, tj. u kravského mléka bílkovin kasein, betalaktoglobulin, alfalaktalbumin, u mlék jiných živočišných druhů (kozy, ovčí), vaječného bílku ovalbumin, ovomukoid, conalbumin, ryb. U rostlinných hlavně sója s 25 termolabilními proteiny, ořechů s 2 termostabilními proteiny a hlavně obilovin s majoritními antigeny albuminy, globuliny (s reakcí I. ty-

pu) alfaagliadinem (reakcí IV. typu) a vedlejší histamin uvolňující reakci pseudoalergie.

Z tohoto pohledu byly reakci I. typu IgE aktivující Fc receptor žírné buňky pojivové tkáně nebo interleukinovou IL-3 reakci mukosální žírné buňky T lymfocytům přiřazeny rychlé (denní) příznaky otoků rtů, zvracení, serózní rýmy, urtiky, průjmu, astmatu, ekzému, bolestí hlavy, iritability a únavnosti. Byla stanovena i věková závislost dominantních příznaků dlouhodobých, tj. dispozice u batolat a menších dětí ke gastrointestinálním příznakům a atopickému ekzému, u školáků k astmatu a po 10. roce věku k sezónní rinitidě.

Reakci III. typu tj. imunoglobuliny spuštěné aktivací komplementu C3 a C5a příznaky anafylaxe až šoku. Reakci typu IV. T lymfocytární toxické příznaky typické pro polyvalentní autoimunitizaci.

Hlavním trendem v prevenci se staly eliminační diety s extenzivními hydrolyzáty kaseinu s definovaným množstvím epitopů s nízkou molekulární vahou pod 10 000 daltonů. Byly zjištěny nejčastější potravinové alergeny ohrožující rizikového jedince po kravském mléku, a tj. sója a mléka jiných živočišných druhů. Multicentrickými randomizovanými studiemi bylo poukázáno na mimořádný vliv probiotik na rozvoj autoimunit a alergií v populacích průmyslově vyspělých států – tzv. hygienická teorie o vlivu kolonizace tenkého střeva a typu imunitní reakce Th1 versus Th2. Nové poznatky o bakteriálním osídlení střeva u člověka, v průměru 1 014 bakterií 30 generik a 500 druhů, hlavně pomocí 16S rDNA PCR, dokázaly částečnou naivitu zjednodušených závěrů, že umělé osídlení Lactobacily (GG) bifidobakteriemi vede k rychlé a nekomplikované úpravě střevní mikroflóry. Hlavním problémem je už jen prosté určení podaného kmenu ve vztahu k nejčastějším kmenům zažívacích traktů, tj. anaerobům. Výjimkou jsou velmi dobře známé kmeny E. coli Nissle s velmi dobře zmapovaným genetickým kódem.

Zcela zásadní novinkou se stalo poznání, že hlavním mechanismem, jakým „ochranné“ bakterie působí, je přítomnost imunitně vysoce aktivní prebiotik. Bylo identifikováno 400 druhů glykokonjugátů (glykoproteinů, glykolipidů, glykosaminoglykanů a mucin) v sumární koncentraci 12 g/l v mateřském mléce a 22 g/l v kolostru – po tucích a cukrech 3. nejčastější látka v mateřském mléce. U nejvíce za-

stoupených druhů glykokonjugátů byl zjištěn přesný mechanismus působení. Fungují jako kontaktní receptory vazby nepatogenní bakterie na membráně střevní buňky (glykované proteiny a cukry) umožňující stimulaci imunitního systému a tím získávání obranných schopností organismu. Jako solubilní receptory ve střevním obsahu, jako falešná vazební místa pro patogeny, vysoce specifické pro typy bakterií ale i virů, zabraňují spuštění specifické zánětlivé a i toxinové reakce ve střevní buňce. Glykolipidy pak jako selektivní dominantní výživa pro zrající střevní buňky, s velkým významem pro maturaci v dětském věku. U uměle připravených glykokonjugátů byl tento projektivní vliv dokázán v randomizovaných studiích i u dětí.

Nevýznamným zjištěním byl nález rozdílu ve složení v závislosti na populaci, výživě matky a dokonce i krevních skupinách. Jedná se zřejmě o přízpusobení složení nejčastějšímu typu osídlení dětí různých skupin populace v závislosti na nejčastějším bakteriálním osídlení v daném regionu.

S pohledu těchto poznatků je podávání prebiotických glykokonjugátů a do budoucna individualizovaných směsí moderním trendem prevence zvyšujícího výskytu alergií a autoimunit.

**Vliv prebiotické směsi Nutricia na imunitní systém**

RNDr. Pavel Ježek, Ph.D.  
Nutricia Babyfood

Důkazy získané laboratorními výzkumy a z observačních studií ukazují, že imunitní systém novorozence posiluje mateřské mléko a že kojené děti ve srovnání s uměle živými dětmi trpí s mnohem nižší četností infekcemi, alergiemi a dalšími imunitně zprostředkovanými nemocemi (Chien & Howie 2001).

Mateřské mléko obsahuje oligosacharidy, které se vyskytují v množství podobném hladině bílkovin. V současnosti je potvrzeno, že tyto oligosacharidy jsou důležitým faktorem mateřského mléka, který je zodpovědný za posilování imunitního systému novorozence. Oligosacharidy lidského mléka chrání novorozence přímo nebo prostřednictvím mikrobiální flóry zdravého střeva tím, že podporují střevní ba-

riéru, zabraňují kolonizaci škodlivými bakteriemi a modulují buněčnou diferenciaci lymfoidní tkáně asociované se střevem (McVeagh et al 1997; Collins & Gibson 1999).

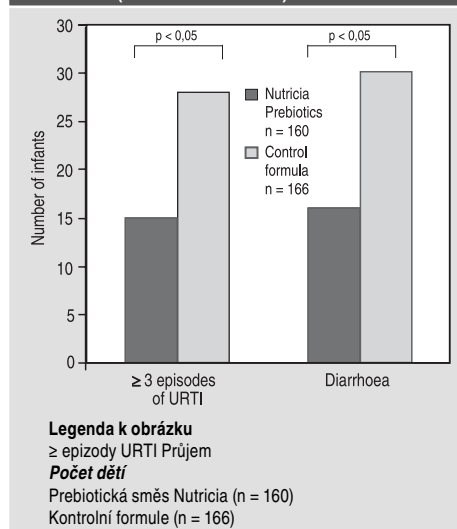
S představou přirozeného napodobení prospěšné funkce mateřského mléka vyvinula společnost Nutricia unikátní směs prebiotických oligosacharidů.

Několik studií souhlasně prokázalo, že prebiotická směs Nutricia vede ke zdravé střevní mikrobiální flóře, kde převládají bakterie mléčného kvašení, jako jsou například bifidobakterie a laktobacily. Tento účinek byl prokázán jak u dětí předčasně narozených, tak u donošených dětí (Boehm et al 2002; Rigo et al 2001; Moro et al 2002; Schmelzle et al 2003; Rinne et al 2004). Tato pozitivní změna typu bakterií je doplněna změnami střevního metabolismu, které podporují zdraví. Díky bakteriální fermentaci mají kojenecké formule s prebiotickou směsí Nutricia za následek profil SCFA podobný profilu, který je nalézán u kojených dětí. Tento SCFA profil je charakterizován vysokým podílem acétátu a nižšími podíly butyrátu a propionátu ve srovnání s profilem u dětí živých tradičními kojeneckými formulami bez prebiotik. Kromě toho vyšší podíl acétátu a tvorba laktátů má za následek nižší střevní pH. Tento stav je dobře srovnatelný se stavem zjišťovaným u kojených dětí (Knol et al 2005a).

S ohledem na nezralost novorozenců bylo zahájeno další stadium výzkumu, aby se zjistilo, zda prebiotická směs Nutricia posiluje imunitní systém novorozence. Experimentální údaje ukázaly, že prebiotika Nutricia Prebiotics jsou schopna zlepšit Th1-dependenční vakcinační reakci (Garssen et al 2005) a inhibovat Th2-dependenční alergickou reakci (Vose et al 2004) u myši.

Dále bylo prokázáno, že kojenecké formule doplněné o prebiotickou směs Nutricia snížily incidenci běžných infekcí. V nedávné studii (Boehm et al 2005) počáteční výsledky prokázaly sníženou incidenci průjmu a infekcí horních částí respiračního traktu po výživě kojeneckou formulí s přípravkem Nutricia Prebiotics po dobu 9 měsíců ve srovnání s tradiční formulí bez prebiotik (viz obr.).

**Snížení počtu dětí postižených infekcemi a průměrem po 9 měsících výživy přípravkem Nutricia Prebiotics (Boehm et al 2005)**



Závěrem lze říci, že veškerý protektivní zdravotní přínos, který byl doposud prokázán, jasně ukázal prospěšné účinky prebiotické směsi společnosti Nutricia na imunitní systém novorozenců. Protože děti se rodí s nezralým imunitním systémem, mají tyto prospěšné účinky zásadní význam pro zdravý vývoj, a díky nim se kojenecké počáteční formule a pokračovací formule s prebiotickou směsí Nutricia ještě více přibližují k mateřskému mléku.

**Citovaná literatura:**

- Boehm G, Lidestri M, Casetta P, Jelinek J, Negretti F, Stahl B, Marini A. Supplementation of an oligosaccharide mixture to a bovine milk formula increases counts of faecal bifidobacteria in preterm infants. Arch Dis Child. 2002; 86: F178–81.
- Boehm G, Stahl B, Garssen J, Bruzzese E, Moro G, Arslanoglu S. Prebiotics in infant formulas – Immune modulators during infancy. Nutrafoods 2005a; 4: 51–7.
- Chien PF, & Howie PW. Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized and non-industrialized settings. Adv Nutr Res 2001; 10: 69–104.
- Collins MD, Gibson GR. Probiotics, prebiotics and synbiotics: approaches for the nutritional modulation of microbial ecology. Am. J. Clin. Nutr. 1999; 69: 1052S–1057S.
- Garssen J, Vos P, M'Rabet L, Faber J, Stahl B, Boehm G, Moro G. Oral exposure to a mixture of galacto-oligosaccharides and long chain fructo-oligosaccharides as a new concept for allergy prevention. 29th World Allergy Organisation Congress, Munich 2005, Abstract 1591.
- Howie, PW, Forsyth, JS, Ogston, SA, Clark A, du V Florey C. Protective effect of breastfeeding against infection. Br. Med. J. 1990; 300: 11.
- Knol J, Scholtens P, Kafka C, Steenbakkens J, Groß S, Helm K, Klarczyk M, Schöpfer H, Böckler H-M, Wells J. Colon microflora in infants fed formula with galacto- and fructo-oligosaccharides: more like breast-fed infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005a, 40: 36–42.
- McVeagh P, Miller JB. Human milk oligosaccharides: only the breast. J Paediatr Child Health 1997; 33: 281–6.
- Moro G, Minoli I, Mosca M, Fanaro S, Jelinek J, Stahl B, Boehm G. Dosage related bifidogenic effects of galacto- and fructo-oligosaccharides in formula-fed term infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34: 291–295.
- Rigo J, Pieltain C, Studzinski F, Knol J, Bindels JG. Clinical evaluation in term infants of a new formula based on prebiotics, – palmitate and hydrolysed proteins. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32: 402.
- Rinne M, Gueimonde M, Kalliomäki M, Hoppu U, Salminen S, Isolauri E. Similar bifidogenic effects of prebiotic-supple-

**Četnost infekcí gastrointestinálního a respiračního traktu u 478 skotských dětí během prvních 13 týdnů života (podle autorů Howie et al 1990)**

	Plně kojené děti	Částečně kojené děti	Uměle živěné děti	Významnost (uměle živěné děti oproti plně kojeným)
Gastrointestinální infekce	2,9%	5,1%	15,7%	p < 0,001
Respirační infekce	25,6%	24,2%	37,0%	p < 0,05



mented partially hydrolyzed infant formula and breastfeeding on infant gut microbiota. *FEMS Immunology and Medical Microbiology* 2004; 43: 59–65.

12. Schmeizle H, Wirth S, Skopnik H, Radke M, Knol J, Bockler HM, Bronstrup A, Wells J, Fusch C. Randomized Double-Blind Study of the Nutritional Efficacy and Bifidogenicity of a New Infant Formula Containing Partially Hydrolyzed Protein, a High beta-Palmitic Acid Level, and Nondigestible Oligosaccharides. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003, 36: 343–51.

13. Vos AP, Buco A, Haarman M, Knol J, Govers M, Stahl B, Boehm G, Garssen J, M'Rabet L. A mixture of galacto and fructo oligosaccharides shows prebiotic effects and enhances systemic cellular immune responsiveness in mice. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004, 39: S88–9.

## SYMPOZIUM FERROSAN CZECH, S. R. O.

**ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 12.50–13.00 hod.**

### **Multi-tabs Immuno Kid – komplex vitamínů s probiotiky**

*MUDr. Jaromíra Zlámalová*

Multi-tabs Immuno Kid a Multi-tabs Immuno Plus jsou novou generací přípravků na bázi komplexu vitamínů, minerálů a stopových prvků, která navíc obsahují živé probiotické bakterie LGG (*Lactobacillus*

*rhamnosus*). Multi-tabs Immuno Kid a Multi-tabs Immuno Plus jsou určeny k posílení imunitního systému, pomáhají při nachlazení a virových onemocněních, účinně pomáhají při rekonvalescenci po akutních virových infekcích dýchacích cest a chřipce, normalizují obsah střevní mikroflóry.

Bifiform Kid obsahuje unikátní kombinaci dvou druhů živých probiotických bakterií (*Lactobacillus*

*rhamnosus* GG a *Bifidobacterium* BB-12) a vitamínů B1 a B6. Obsahuje střevní mikroflóru po léčbě antibiotiky nebo jinými léky, účinně pomáhá při trávicích a střevních obtížích vyvolaných cestováním, změnou stravovacích zvyklostí apod. Udržováním zdravé střevní mikroflóry posiluje přirozenou obranyschopnost organismus dítěte, a tím jej pomáhá bránit před virovými infekcemi.

## SYMPOZIUM HIPP CZECH, S. R. O.

**ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 16.30–17.00 hod.**

### **Sortiment a novinky firmy HIPP**

*Bc. Petra Synková*

Informace o biokvalitě produktů firmy HIPP. Představení kompletního sortimentu výrobků vhodných především pro děti ohrožené alergií. Novinky firmy HIPP.

# INFEKČNÍ NEMOCI

garant: doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 14.00–16.00 hod.

## Neuroinfekce – úloha praktického pediatra

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

Neuroinfekce – záněty centrální a periferní nervové soustavy – jsou stále závažnými onemocněními dětského věku. Přes včasné rozpoznání onemocnění, zjištění původce a adekvátní léčbu zůstávají následky, dochází i k úmrtí.

Pro praktického lékaře pro děti a dorost je důležité znát odpověď na tyto otázky:

1. Jak zabránit onemocnění?
2. Jak rozpoznat onemocnění i atypické začátky a průběhy?
3. Kam a jak pacienta poslat?
4. Kdy zahájit přednemocniční léčbu?

Obecně lze rozdělit neuroinfekce na hnisavé (bakteriální) a nehnisavé záněty (virové i bakteriální etiologie). Důležitými údaji pro rozpoznání onemocnění jsou anamnéza – doba trvání potíží, vývoj purulentní meningitidy do 24 hodin, nehnisavé meningitidy více než 24 hodin. Rozvoj příznaků v závislosti na čase, většinou v nočních nebo časných ranních hodinách. Nutné je sledování nemocného, opakované vyšetření při krátké anamnéze, spoluúčast a spoluzodpovědnost rodiny. Přítomnost subjektivních a objektivních příznaků, klinický nálezný – včetně neurologického, stav vitálních funkcí – TK, puls, dech, stav vědomí – GCS. Typickými dominantními příznaky pro neuroinfekce jsou horečka, bolesti hlavy, vážnoucí šíje (u kojenců vyklenutá pulzující VF), alterace vědomí. Vždy jde o alteraci celkového stavu. U invazivních meningokokových onemocnění (IMO) má význam využití skórovacích systémů Niklasson, Nesi score, Plzeňské skóre. Pomohou objektivizovat závažnost onemocnění, prognózu a vedou k rozhodnutí o invazivitě a agresivitě léčby na pracovišti, které je schopno tuto léčbu zajistit. Při podezření na neuroinfekci bývá dítě odesláno na infekční kliniku, infekční oddělení dětské kliniky, často na JIP. Při ohrožení vitálních funkcí vozem RZS, event. leteckou službou se zavedenou žilní kanylou, zajištěnými dýchacími cestami a zahájenou přednemocniční antibiotickou léčbou (u IMO – viz. Standard přednemocniční léčby [www.fnplzen.cz/meningokok](http://www.fnplzen.cz/meningokok)). V diagnostice a léčbě neuroinfekcí se dnes výrazně uplatňuje mezioborová spoluprá-

ce. Pediatr, neurolog, intenzivista, mikrobiolog, virolog, radiolog a hematolog jsou v úzkém kontaktu ve velkých nemocnicích, většinou v krajských městech. Důležitá je prevence onemocnění očkováním, kde nezastupitelnou roli mají PLDD. Všeobecně jsou známy možnosti očkování proti původcům purulentních meningitid (*Hemophilus influenzae* typ B, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*), ale i očkování proti neurotropním virům – viru klíštové encefalitidy, poliomyelitidy, příušnic, spalniček, rubeoly a varicely. Výskyt postvaccinačních encefalitid je dnes díky kvalitě vakcín výjimečný. Záněty CNS, především hnisavé, jsou pro infekologa náhlou příhodou, vyžadující rychlé stanovení diagnózy a okamžité zahájení léčby.

*Práce vznikla za podpory VZ MSM0021620819.*

## PCR diagnostika u závažných bakteriálních onemocnění

MUDr. Jitka Kalmusová,  
MUDr. Pavla Křížová, CSc.

NRL pro meningokokové nákazy, SZÚ, Praha

PCR (polymerase chain reaction) diagnostika je především určena pro pacienty na infekčních odděleních, dětských odděleních, JIP a lůžkových ARO. Metoda patří mezi rychlé, bezkultivační metody, kterou diagnostikujeme tato nejzávažnější bakteriální onemocnění: purulentní meningitidy, sepse, těžké pneumonie, epiglottitidy. Jejich průběh je velmi rychlý a pokud u nich není včas zahájena antibiotická léčba, mohou končit úmrtím pacienta nebo zanechat trvalé následky. PCR metoda umožňuje detekovat bakteriální agens i v době, kdy již byla nasazena antibiotika. V NRL pro meningokokové nákazy byla zavedena metoda PCR pro detekci *N. meningitidis*, *H. influenzae* a *S. pneumoniae*. Výhodou této metody je rychlé a specifické určení DNA daného patogena o nízké koncentraci přímo z klinického materiálu. Okamžitě provedená PCR metoda významně zrychlí diagnostiku u závažných bakteriálních onemocnění, kdy ještě nebyl proveden kultivační průkaz, což má velký význam pro včasné zahájení cílené ATB terapie. PCR metoda má však i svá úskalí: falešnou pozitivitu a falešnou negativitu. Proto je vhodné PCR diagnostiku nadále kombinovat s klasickými mikrobiologickými metodami, které navíc umožňují další detailní charakterizaci agens.

## Přístup k diferenciální diagnostice a léčbě průjemových onemocnění infekční etiologie dětí a dorostu

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.,  
as. MUDr. Věra Štruncová

Infekční klinika LF UK a FN Plzeň

Vzhledem k epidemiologické závažnosti, četnosti výskytu a možnostem importu méně obvyklých původců jsou akutní průjemová onemocnění (APO) v popředí zájmu nejen zdravotníků. APO patří mezi nejčastější lidská onemocnění. Pro APO jsou typické časté (> 4/den), řídké až vodnaté stolice, někdy s patologickou příměsí hlenu a/nebo krve.

Podle etiologie lze APO rozdělit na:

1. Alimentární intoxikace (enterotoxiny *S. aureus*, *B. cereus*, *C. perfringens* A, enterotoxigenních *E. coli* (ETEC), *V. cholerae*).
2. Bakteriální invazivní infekce (*Salmonella* sp., *C. jejuni*, enteropatogenní (EPEC) a enteroinvazivní *E. coli* (EIEC), vzácněji *Shigella* sp. a Shiga toxin produkující *E. coli* (STEC). *Y. enterocolitica* a *V. parahaemolyticus* produkují navíc enterotoxiny).
3. Virové gastroenteritidy jsou zastoupeny rotaviry sk. A, noroviry, adenoviry a astroviry.
4. Tropická průjemová onemocnění jsou etiologicky nejednotná (*Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*, *V. cholerae* aj.).
5. Průjemová onemocnění imunodeficientních jedinců (kromě klasických se uplatňují oportunní patogeny: cytomegalovirus, virus herpes simplex, atypické mykobakterie, *Candida* sp., *Cryptosporidium parvum*, *Isospora belli*, *Microsporidium* sp. a další).

Přenos původců se uskutečňuje alimentární cestou (kontaminovanou vodou a potravinami), fekálně-orálně, vzácněji přímým kontaktem. Infekční dávka je u jednotlivých původců různě velká (*Shigella* sp.: 10<sup>2</sup>, *Salmonella* sp.: 10<sup>9</sup>–12 původců). U nejmenších dětí, po léčbě antibiotiky, u osob s malnutricí, porušenou imunitou nebo nádorovými chorobami může být vnímavost k původcům mnohem vyšší.

Klinický průběh je akutní, zpravidla velmi podobný bez ohledu na vyvolávající agens. Po poměrně krátké inkubační době se dostaví nauzea, bolesti břicha, zvracení a posléze průjemové stolice, jejichž zbarvení a vzhled mohou být charakteristické. Onemocnění většinou bývá provázeno febriliemi,

jimž může předcházet zimnice a třesavka. Intenzita příznaků koresponduje s věkem, celkovým stavem a velikostí infekční dávky. Jedná se tedy zpravidla o gastroenteritidy nebo enterokolitidy. Generalizace či extraintestinální manifestace (např. po bakteriemií *Salmonella* sp.) jsou popisovány při závažných základních onemocněních. Průvodním příznakem bývá různý stupeň dehydrace s deplecí minerálů. Dehydrace bývá většinou isotonická, závažnější je hypotonická nebo hypertonická. Rychlá dehydrace může vést k centralizaci oběhu, dehydratačnímu šoku a selhání ledvin. Průvodní hypokaliémie může negativně ovlivnit činnost svalstva. Počáteční rychlý nástup horeček u malých dětí může být provázen febrilními křečemi. APO vyvolaná *Y. enterocolitica* bývají provázena mezenterální lymfadenitidou, imitující náhlou příhodu břišní, nezřídka končící apendektomií. Za 2–5 týdnů po APO můžeme u některých osob pozorovat reaktivní artritidy nebo erythema nodosum. Nejzávažnější komplikací APO u dětí je hemolyticko-uremický syndrom (HUS).

Rozpoznání jednotlivých APO podle klinického obrazu je nemožné. Pro alimentární intoxikaci svědčí krátká inkubační doba, afebrilní průběh onemocnění s převažující nauzeou a zvracením. Průjmy nebývají v popředí, úprava stavu je rychlá. Invazivní původci (*Shigella* sp., *E. histolytica*, EIEC, STEC) vyvolávají kolitidu s příměsí hlenu a krve ve stolici. Stolice při salmonelóze bývá zeleně zbarvená. Až u 1/3 pacientů s kampilobakterií nacházíme ve stolici příměs čerstvé krve. Pro diagnostiku bakteriálních APO má zásadní význam kultivace rektálních výtěrů. Průkaz protilátek se využívá u *Y. enterocolitica*. Enzymoimunoanalytickými metodami prokazujeme ve stolici antigeny rotavirů a astrovirů, rychlou latexovou aglutinací nebo koaglutinačním testem můžeme ve stolici prokázat antigeny rotavirů a adenovirů. Parazitologické vyšetření může odhalit améby, giardie a další protozoa. Elektronmikroskopické vyšetření pomáhá v diagnostice virových gastroenteritid, pro praxi je však neúměrně drahé. Laboratorně monitorujeme CRP, krevní obraz s leukogramem a diferencálním rozpočtem, mineralogram, hladiny urey, kreatininu, ABR, sledujeme bilanci tekutin a vitální funkce.

Déletrvající a recidivující průjmy nemívají infekční etiologii (M. Crohn, idiopatická proktokolitida). Kombinace APO s náhlou příhodou břišní nebo výskyt APO v graviditě není vzácností. Kromě klinického vyšetření chirurgem, gynekologem indikujeme v těchto případech USG, CT, nativní RTG snímek břicha, eventuálně endoskopické vyšetření.

V léčbě všech APO se uplatňuje shodná strategie – rehydratace, remineralizace, realimentace.

Lehčí ztráty tekutin řešíme zvýšeným přívodem tekutin p.o. nebo nasogastrickou sondou. Při větších ztrátách a zvracení podáváme tekutiny parenterálně. Bazální příjem tekutin u kojenců a batolat má být 150–200 ml/kg a den, u větších dětí v průměru 2 litry/den. Rehydratace v prvních 6 hodinách má být rychlejší, K+ přidáváme až po obnovení diurézy nebo při známé hladině kalémie. Antibiotika (ATB) jsou obecně u gastroenterických forem APO kontraindikována. Naopak nutná jsou u septických a extraintestinálních manifestací, u kojenců, osob s imunodeficitou nebo chronickým základním onemocněním. Nesprávné užití ATB může vést k dysmikrobii a následně k prodlouženému vylučování patogenů nebo k relapsům. Abscesy a jiné orgánové manifestace často vyžadují chirurgickou intervenci. Střevní desinficiencia se v terénu používají méně, absorbencia poskytují úlevu při zvýšené plynatosti. Doporučována jsou probiotika. Realimentaci dnes u kojenců a batolat zahajujeme brzy. Řídíme se charakterem stolic. Základní dieta zahrnuje rýžový a mrkvový odvar, nemastnou bramborovou kaši, oloupaná strouhaná jablka, banány, piškoty, suchary. Kojení nepřerušujeme, před ním podáváme malou dávku odvaru z rýže nebo mrkve. Nekojené děti krmíme podle věku formulími s přidavkem rýžového odvaru. Hypertonické roztoky s cukrem, barvivy a kofeinem (např. Coca Cola a různé limonády) nejsou u APO indikovány.

*Práce vznikla za podpory VZ MSM0021620819.*

### **Význam očkování proti infekční hepatitidě A**

*MUDr. Jan Sixta*

*Medical Affairs Manager, GSK Biologicals, Praha*

Virová hepatitida A (VHA) je v porovnání s některými infekčními chorobami, kterým lze předejít očkováním, relativně benigní onemocnění: úmrtí jsou velmi vzácná, neexistuje nosičství, komplikace nemívají dlouhodobý zdravotní dopad. Z hlediska jednotlivce ovšem VHA znamená výraznou nepříjemnost: povinnou hospitalizaci, následné kontroly s odběry krve, omezení sociálních kontaktů, režimové a dietní úpravy... Ačkoliv se jedná o přechodná opatření, která trvají několik týdnů, mohou znamenat nemalý zásah do života, zejména u osob s aktivním životním stylem. V případě onemocnění dítěte je nutné počítat i s dopadem na rodinu. U osob v nejbližším okolí je třeba zvážit profylaktickou imunizaci a není možné vydat doklad o bezinfekčnosti po dobu 50 dnů apod.

Počet hlášených onemocnění VHA v posledních 10 letech setrvale klesal až na úroveň dvojmístného

řádu. V roce 2005 však došlo k pětinasobnému nárůstu na 320 případů.

Nelze tvrdit, že nemocnost v posledním roce představuje obrat v pozitivním trendu uplynulé dekády, ale je vhodné si v této souvislosti připomenout, že riziko VHA přetrvává.

Je celkem nesporné, že klesající počty nemocných nejsou výsledkem kolektivní imunity.

Celková proočkovanosť ani proočkovanosť predškolských a mladších školských detí nedosahuje úrovne, ktorá by mohla nemocnosť VHA podstatne ovlivnit. Ústup VHA během posledních 10 let byl spíše způsoben odstraněním nebo snížením některých vnějších rizik. Podmínky pro šíření nemoci se zhoršily např. zrušením chmelových brigád, snížením stavů armády nebo zřetelným zhoršením podmínek veřejného stravování apod. Těžko lze objektivizovat, jaký význam přičíst kterému z těchto faktorů. Epidemiologickou situaci zřejmě ovlivnily ve svém součtu jako efektivní bariéra.

Je ovšem třeba upozornit i na to, že se v posledních letech objevila zcela nová potenciální epidemiologická rizika, např. imigrace ze zemí s velmi vysokým výskytem VHA.

U příchozích osob nejsou požadovány relevantní kontroly zdravotního stavu, nadto se odhaduje vysoká imigrace ilegální. Jiným rizikem může být např. změna nákupních zvyklostí. Hypermarkety, které vznikly v posledních letech, představují centra distribuce potravin, kde se setkávají prakticky všechny populační skupiny. Podle nedávných zkušeností je selhání hygienických standardů v tomto prostředí reálnou záležitostí. V současné době není jasné, jakou roli mohou tyto nové faktory sehrát v epidemiologii VHA.

Důležité ovšem je, že populace jako celek vykazuje poměrně nízké hladiny protilátek proti VHA. Poslední serologické přehledy provedené v r. 2001 ukázaly vnímavost zhruba 85% předškolských a mladších školských dětí. V posledních 5 letech nedošlo k ničemu, co by tento obraz mohlo zásadně ovlivnit. Většina nemocných jsou přítomní děti mezi 5.–12. rokem věku. Dá se tedy předpokládat, že věková skupina s tradičně nejvyšší nemocností VHA zůstává vůči infekci vnímavá. V této věkové skupině bývá průběh lehčí než u dospělých, na jeden hlášený případ se odhaduje 6–8 nehlášených. I nemocní s bezpříznakovým průběhem však přispívají k šíření nákazy.

VHA je mezi veřejností vnímána jako „nemoc špinavých rukou“. Není sporu o významu osobní hygieny, ale mýt si ruce nestačí. Jedinou skutečně spolehlivou prevencí je očkování.

To je velmi dobře snášeno a po podání 2 dávek je dosaženo dlouhodobé ochrany až u 99% zdravých subjektů.

# KARDIOLOGIE

garant: MUDr. Helena Bartáková

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 17.05–18.30 hod.

## Co je nového v léčbě vrozených srdečních vad?

MUDr. Helena Bartáková, MUDr. Jan Škovránek, CSc., prof. MUDr. Václav Chaloupecký, CSc., prof. MUDr. Bohuslav Hučín, DrSc., doc. MUDr. Tomáš Tláskal, CSc., MUDr. Petr Tax, MUDr. Oleg Reich, Ph.D., MUDr. Vladimíra Švábová, MUDr. Veronika Stará  
Dětské kardiocentrum a Centrum výzkumu chorob srdce a cév, FN Motol, Praha

## Třicetileté zkušenosti dětského kardiocentra poskytují v současnosti rozsáhlé možnosti léčení prakticky všech typů vrozených srdečních vad (VSV).

Výskyt VSV se nemění. Při porodnosti 80–100 tisíc dětí ročně a prevalenci VSV 0,616 % se v ČR rodí 500–600 dětí s VSV ročně. Z tohoto počtu 1/4 až 1/3 tvoří kritické srdeční vady. Tyto vady se záhy po narození projeví cyanózou, srdeční slabostí nebo obojí a vyžadují časnou intervenci. Změnilo se spektrum primárních operací komplexních vad, které se přesouvají do novorozeneckého a kojeneckého období. Více než 80 % dětí narozených se srdeční vadou přežívá dětství, takže v dospělé populaci přibývá ročně asi 450 pacientů s VSV. Úspěšná operace srdeční vady v dětství umožňuje do budoucna u většiny pacientů běžný způsob života, včetně možnosti získat adekvátní vzdělání, povolání a založit rodinu. Nejčastějšími vadami s příznivým dlouhodobým výsledkem jsou defekty komorového a síňového septa, pulmonální stenóza a otevřená tepenná duče. Tyto vady jsou vyřešeny v dětství a neočekáváme pozdní komplikace. Děti i dospělí mají běžnou životosprávu včetně rekreačních forem sportování. Na druhé straně jsou však vady, po jejichž korekci se dítě nestává zdravým člověkem. Typicky jsou to pacienti se společnou komorou, atresii plicnice, trunkem, ale i se stenózou aorty.

Z cyanotických vad se dožívá dospělosti nejvíce dětí s Fallotovou teralogií a transpozicí velkých tepen.

Zvyšuje se i podíl korigovaných komplexních vad.

U těchto vad se podle typu a rozsahu kardiologického zákroku v různém časovém odstupu od výkonu mohou objevit nové poruchy funkce komor, významná chlopněvá rezidua, život ohrožující dy-

srythmie, náhlé úmrtí, plicní hypertenze, devastující infekční endokarditida.

Tyto nepříznivé patologické nálezy je nutné cíleně hledat a těmto pacientům včas pomoci zavedením příslušné terapie nebo novým kardiologickým či katetrizačním intervenčním zákrokem.

Jsou prezentovány naše dlouhodobé zkušenosti a výsledky léčení transpozice velkých arterií (TGA). Hlavním důvodem zásadní změny operačního postupu u TGA jsou časté a hemodynamicky závažné pozdní komplikace u síňové korekce.

## Kazuistika: Anatomická korekce transpozice velkých arterií u ročního dítěte.

Jako nejvhodnější forma korekce komplexních vad shrnutých pod název funkčně společná komora je v současné době uznáváno řešení tzv. univentrikulární cirkulací neboli totální kavopulmonální spojení. Pod diagnózou funkčně společná komora sdružujeme všechny komplexní vady, u nichž nelze srdce operací rozdělit na dvě funkční komory s dvěma AV ústími. Jsou to např. trikuspídní atresie, syndrom hypoplastického levého srdce, společná komora.

Princip operace TCPC je založen na poznatku, že při splnění určitých podmínek může veškerý systémový žilní návrat protéci plicním řečištěm bez podpory pravé komory. Konečná operace vyžaduje často fázové výkony. Děti vyžadují pečlivé sledování, protože tento typ operace a hemodynamiky přináší řadu pozdních komplikací.

V posledních letech dochází též k velkému rozvoji léčebných katetrizačních metod, které se u řady VSV stávají metodou první volby.

## Léčebné zákroky dělíme na dvě hlavní skupiny:

1. zákroky uzavírající nežádoucí tok krve – uzávěr otevřené tepenné dučeje, síňového defektu, aortopulmonálních kolaterál, píštělí event. komorového defektu.
2. zákroky zlepšující žádoucí tok krve – valvuloplastiky aortální a pulmonální stenózy, angioplastiky rekoarktace nebo periferních stenóz plicnic s implantací stentu.

Dospělí pacienti po operacích VSV představují rizikovou skupinu a jejich kvalitní péče zůstává zatím nedořešeným problémem. Je třeba úzká spo-

lupráce praktickým lékařům s kardiologií a dětskými specializovanými centry.

Podporováno výzkumným záměrem FN Motol  
MZO 00064203.

## Diferenciální diagnostika kardiálních symptomů v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

MUDr. Vladimíra Švábová,  
MUDr. Helena Bartáková  
Dětské kardiocentrum a Centrum výzkumu chorob srdce a cév, FN Motol, Praha

Systém péče o děti a dorost s vrozenými srdečními vadami (VSV) je zajištěn sítí spádových kardiologických poraden a jejich těsnou spoluprací s Dětským kardiocentrem FN Motol. Záchyt VSV se v posledních letech zdokonalil systémem prenatalní diagnostiky. Přesto se praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) může setkat ve své ordinaci s kardiálními symptomy u dosud zdravého novorozence, kojence nebo většího dítěte, mnohdy dorostence. Musí podchytit symptomy závažného kardiálního onemocnění, které se může hlásit nespecifickými příznaky, jako jsou poruchy příjmu potravy, neprospívání, opakované respirační infekty, otoky, opakované kolapsové stavy často s křečemi, a pacienta včas odeslat ke specializovanému kardiologickému vyšetření. Stejně tak musí odlišit nezávažné stavy, které nevyžadují specializované vyšetření.

Sdělení má dát přehled o hlavních kardiálních symptomech, se kterými se PLDD setká při běžném fyzikálním vyšetření a o jejich interpretaci s důrazem na věkové zvláštnosti. Dosud zdravý novorozenec nebo kojeneček se může dostavit se známkami srdečního selhání, které doprovází VSV, nejčastěji koarktací aorty nebo významnou aortální stenózou, vzácněji již déle trvající supraventrikulární tachykardií. Rodiče udávají obvykle změnu nálady a aktivity dítěte, odmítání stravy, pokašlávání, zvýšené pocení, chladné končetiny. Lékař zjistí špatně plněné periferní pulzy, tachykardií, tachypnoei, hepatomegálii, vlhké fenomény na plicích, centrální cyanózu, otoky, které mohou provázet nepřiměřené váhové přírůstky. Tyto příznaky musí jednoznačně považovat za známky významného srdečního selhání a dítě ihned odeslat na specializované kardiologické pracoviště.

U dětí v kojeneckém věku mohou být opakované záněty dýchacích cest a plicního parenchymu a chronické neprospívání příznaky významné zkratové vady – defektu komorového septa, defektu atri-oventrikulárního septa nebo otevřené tepenné dučeje, které jsou obvykle doprovázeny i šelesty. Někdy jen záchyt šelestu může odhalit i vzácnou VSV. U batolat a dětí školního věku, které mohou být zcela bez obtíží, může pouze šelest upozornit na VSV. Nejčastěji se jedná o defekt síňového septa nebo koarktaci aorty.

Známky srdečního selhání v kterémkoliv věku mohou doprovázet zánětlivá onemocnění srdce, nejčastěji myokarditidy, nebo upozornit na skrytý rozvoj kardiomyopatie. U dětí po operacích VSV v různém časovém odstupu od operace mohou známky náhlého srdečního selhání ohlásit srdeční tamponádu jako projev postperikardiotomického syndromu.

V předškolním a školním věku bývá nejčastěji třeba stanovit význam systolického šelestu, který bývá přítomen u více než 50 % dětí. Velká většina těchto šelestů jsou šelesty akcidentální, které nemají organický podklad, je však třeba rozpoznat některá vzácná a mnohdy závažná srdeční onemocnění, např. anomální odstup koronární arterie z plicnice. U mladistvých se často vyskytují obtíže vegetativního původu, které mohou imitovat kardiovaskulární onemocnění. Dospívající často přichází pro bolesti v pre-kordiu, prekolapsové a kolapsové stavy, palpitace. Opakované kolapsové stavy doprovázené křečemi vedou děti často do ordinací neurologů, ale podrobnou anamnézou a rozбором EKG křivky můžeme zachytit závažné až život ohrožující stavy, často s rodinnou zátěží, jako jsou syndrom dlouhého QT intervalu, WPW syndrom.

Poruchy srdečního rytmu mohou doprovázet i získaná onemocnění, jako je např. lymfická borelióza, systémová onemocnění a kardiomyopatie.

*Podporováno výzkumným záměrem FN Motol  
MZO 00064203.*

**Katecholaminoerní polymorfní komorová tachykardie u dětí**

*MUDr. Pavel Vít*

*Oddělení dětské kardiologie II. dětské kliniky, FN Brno*

Katecholaminoerní polymorfní komorová tachykardie (CPVT) je onemocnění charakterizované následujícími faktory: (1) více než dva typy morfologie komorové tachykardie, které jsou vyvolány při fyzické zátěži nebo při infuzi s katecholaminy, (2) absence iontové nerovnováhy, organického srdečního postižení (kardiomyopatie, vrozená srdeční vada), (3) absence syndromu dlouhého QT syndromu, Brugadaova syndromu. Onemocnění je charakteristické repro-

ducibilní formou komorové tachykardie, která může rychle generovat do fibrilace komor. Klinicky se projevuje synkopami nebo náhlou smrtí. U části pacientů se jedná o autozomálně dominantní formu dědičnosti (RyR2), je popsána autozomálně recesivní dědičnost (CASQ2), u části nemocných zůstává příčina nejasná. Uvádíme kazuistiku 11letého chlapce, který byl 4 roky léčen pro atypickou formu epilepsie pro opakované stavy bezvědomí vázané na fyzickou aktivitu, užíval antiepileptika, bez efektu. Při ergometrii byla zjištěna CPVT, zahájena efektivní léčba metoprololem.

**Závěr:** CPVT je klinicky a geneticky heterogenní onemocnění s typickým výskytem pro dětský věk. V současné době se upřednostňuje léčba betablokátory, která snižuje výskyt komorových tachykardií, u části pacientů je nutná implantace ICD. Opožděná diagnóza nebo neadekvátní léčba může vést k náhlé smrti.

**Myokarditidy v dětském věku**

*MUDr. Veronika Stará*

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

Myokarditida je zánětlivé onemocnění srdečního svalu, charakterizované nekrózou myocytů a zánětlivou infiltrací srdečního svalu. Současně bývá postižen i perikard a onemocnění pak probíhá pod obrazem perimyokarditidy.

Etiologie je nejčastěji infekční /virová, bakteriální/ nebo neinfekční, kdy je myokarditida jedním z příznaků některých systémových onemocnění.

Na základě histologického vyšetření vzorků získaných při endomyokardiální biopsii /EMB/ se suspektní postižení myokardu rozlišuje na základě tzv. Dallaských kritérií na 3 typy: 1. aktivní myokarditidu, 2. „borderline“ myokarditidu a 3. myokarditida nepřítomna.

Kritériem hodnocení je přítomnost nebo nepřítomnost zánětlivé infiltrace myokardu a známky degenerace myocytů.

Klinický obraz je odlišný u kojenců a starších dětí. Myokarditida může probíhat téměř asymptoticky nebo jen s mírnými obtížemi, ale i fulminantně pod obrazem akutního srdečního selhání s rozvojem kardiogenního šoku. Pacienti s virovou myokarditidou mohou mít příznaky související s probíhajícím infektem respiračním nebo gastrointestinálním.

Diagnostika se opírá především o fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, zvláště stanovení kardiálních enzymů, a o nálezy na EKG křivce. Funkci myokardu, velikost srdečních oddílů a přítomnost nebo absenci perikardiálního výpotku posoudí echokardiografické vyšetření.

Hlavním cílem léčebných zásahů je udržení dostatečného srdečního výdeje a ovlivnění preloadu.

Používají se ACE inhibitory, diuretika, při známkách srdečního selhání ovlivňujeme funkci myokardu podáváním Digoxinu, jeho podání však může vést ke vzniku závažných arytmií. Pokud identifikujeme jako vyvolávající příčinu infekční patogen, podáváme antivirotika nebo antibiotika. Podání intravenozních imunoglobulinů zlepšuje průběh a prognózu onemocnění a může zabránit přechodu nemoci do chronicity.

Použití imunosupresivní terapie je kontroverzní. Nejčastěji se používají kortikoidy, cyklosporin, azathioprim nebo jejich kombinace. Efektivní je u pacientů se současným systémovým autoimunitním onemocněním. V léčbě komplikací, především arytmií a tromboembolických příhod, nebo jako jejich prevence se dále uplatňují antiarytmika a antikoagulační.

Nezbytným požadavkem je pečlivá monitorace pacienta.

Prognóza onemocnění závisí na věku pacienta, na rozsahu poškození myokardu a na vyvolavateli onemocnění.

**Náhlé úmrtí u dětí a dospívajících – perakutně probíhající myokarditida**

*prim. MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.,*

*MUDr. Eva Klásková, MUDr. Marie Geierová\*,*

*MUDr. Jiří Reitingger, MUDr. Vratislav Smolka*

*Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc*

*Ústav patologie Fakultní nemocnice Olomouc\**

**Etiologie náhlého úmrtí:**

a) Kardiální b) Intoxikace – léky c) Jiné (těžký astmatický záchvat, plicní embolie ...). Kardiální příčiny náhlého úmrtí – nejčastější příčiny neočekávaných úmrtí ve všech věkových skupinách včetně dětí a dospívajících.

1. Kardiomyopatie – hypertrofická, dilatující, arytmogenní KMP pravé komory
2. Kongenitální srdeční onemocnění – komplexní, valvární, koronární ...
3. Myokarditis včetně inaparentních – prokázaných sekčně – imunohistochemicky
4. Onemocnění pojivové tkáně – ruptura velkých cév – sy Marfan, Ehler-Danlos ...
5. Prolaps mitrální chlopně (1–2/20 lidí)
6. Onemocnění převodního systému a vedení (myotonická dystrofie, WPW sy ...)

Sudden Arrhythmic Death Syndrome (SADS) – „nezjistitelná“ příčina – 1/20 případů náhlého kardiálního úmrtí – Topaz, E. 1987 – patologické nálezy při náhlém úmrtí u dětí, dospívajících a mladých dospělých – soubor 50 sekčních nálezů.

Nejčastější nalezené postižení kardiovaskulárního systému: prolaps mitrální chlopně (12), myokarditis (12), hypertrofická kardiomyopatie (6), anomální odstup koronárních arterií (2)...

Vyhodnocení okolností, při kterých došlo ke kolapsu:

normální pravidelná aktivita (31), aktivní atletika (9), kolaps v lůžku (10).

**Kazuistika:** Dívka V. M. 14 1/12 RA: Bratr – náhlé úmrtí – v necelých 3 letech – údajně aspirace?! OA: bez zvláštností, hypomagnezémie. NO: 2 dny před prvním vyšetřením pro bolesti na hrudi opakované zvracení. Klinický nález chudý: bez arytmie, dušnosti, rtg plic a srdce negativní. Bolesti

na hrudi závislé na dýchání ustupují po aplikaci magnézia.

Při kontrole po 10 hodinách již dušná, opět opakovaně zvrací. Ihned přijata na JIRP.

Přes oxygenoterapii klesá saturace na 80% – provedena endotracheální intubace, UPV. ECHO – redukována kontraktilita levé komory, EF LK kolem 30% – nedokumentováno. Na monitoru nízká voltáž arytmie – komorové extrasystoly ústící do komorové tachykardie – antiarytmika bez efek-

tu. Následující komorová fibrilace je neovlivnitelná opakovanými defibrilacemi. Asystolie – exitus letalis.

**Sekční nález:** Difuzní akutní alternativní lymfocytární myokarditida, edém plic, oboustranný hydrothorax, hydroperikard, edém mozku.

**Mikroskopický nález:** intersticiální edém a smíšená zánětlivá celulizace myokardu – ložiskově nepravidelně intenzivní. Ložisková disperzní myomalacie až nekrózy kardiomyocytů.

*poznámky*

# ENDOKRINOLOGIE

garant: doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.

PÁTEK / 19. 5. 2006 / 8.15–9.50 hod.

## Struma v ordinaci praktického dětského lékaře

MUDr. Jiřena Venháčová, Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Tyreopatie jako nejčastější endokrinopatie bývají provázené zvětšením štítné žlázy – strumou. K průkazu zvětšené štítné žlázy je nezbytné sonografické vyšetření se změřením volumu štítné žlázy a jeho srovnání s normou pro dané pohlaví a povrch těla. Sonografie umožní zhodnotit nejen velikost štítné žlázy, rozsah zvětšení (difúzní nebo nodózní), ale také echostrukturu žlázy i okolní lymfatické uzliny. Dopplerovská sonografie podává informaci o prokrvení žlázy a rychlosti krevního průtoku, uspořádání krevních cév v místě zjištěné nodozity.

Palpační vyšetření spolu s vizuálním hodnocením jsou pouze metody skriningové. V praxi však mají nezastupitelné místo, i když jsou ovlivněné zkušeností lékaře i anatomickými poměry krční krajiny vyšetřované osoby. Každé podezření na strumu při palpaci je třeba verifikovat UZ vyšetřením.

Při potvrzeném zvětšení štítné žlázy je nutno posoudit její funkci stanovením hormonů v krevním séru (TSH, FT4, FT3) a pátrat po příčině.

Ve školním věku jsou nejčastější příčinou difúzní strumy autoimunitní tyreopatie, zejména autoimunitní tyreoiditis (Hashimoto), méně často autoimunitní hypertyreóza (Graves-Basedow). Jodopenie vzhledem k řadě preventivních opatření nepatří již v naší populaci k příčinám strumy. U novorozence dochází ke zvětšení štítné žlázy při defektní syntéze hormonů štítné žlázy, která se zjistí časně novorozeneckým skríníngem kongenitální hypotyreózy. Vzácnější příčinou jsou vrozené vývojové vady (např. cysta ductus thyreoglossus) nebo případy kongenitální autoimunitní hypertyreózy při transplacentárním přenosu stimulačních protilátek od matky.

Autoimunitní tyreopatie jsou častější u ženského pohlaví, vyskytují se familiárně a často se sdružují s jinými především orgánově specifickými autoimunitními chorobami (celiakie, diabetes mellitus 1. typu, vitiligo, psoriasis, Crohnova choroba, Addisonova nemoc aj.) i s některými chromozomálními aberacemi (syndrom Downův, Turnerův, Klinefelterův).

Výskyt nodózní strumy není v dětské populaci tak častý jako u dospělých, ale až ve 30 % jsou uzly maligní (papilární karcinom, medulární karcinom). Proto při každém nálezu nodózní strumy, zejména

u chlapců a/ nebo při progresi růstu uzlu, nálezu tuhých i bolestivých uzlin na krku je třeba zaměřit diagnostiku na možný karcinom štítné žlázy.

Podle funkce lze klasifikovat strumu jako eufunkční, hypofunkční, hyperfunkční, někdy se zjistí jen subklinická dysfunkce.

S eufunkční difúzní strumou se lze setkat v období pubertálního růstového spurtu, také při včasné diagnóze autoimunitní tyreoiditis. Většina maligních uzlů je klinicky eufunkčních, ale toxický adenom malignitu nevylučuje.

Nejčastější příčinou hypotyreózy mimo novorozenecký věk (i subklinické) je autoimunitní tyreoiditis s palpačním nálezem tuhé nehomogenní štítné žlázy, někdy i s přítomností uzlů, s charakteristickým sonografickým obrazem. Štítná žláza nemusí být nápadně zvětšená, v případě atrofické varianty zvětšení chybí. Pozitivní jsou autoprotilátky proti tyreoidálním antigenům-peroxidáze a/nebo tyreoglobulinu (TPO-Ab, Tg-Ab). U výraznější hypotyreózy kromě zvýšení TSH a poklesu FT4 v séru může být přítomna hyperlipidémie, anémie, hyperprolaktinémie, hyperkarotínémie, zvýšená kreatinínáza. Při fyzikálním vyšetření bradykardie, svalová slabost, podkožní edémy, hypotermie, hypomimie, prořídle obočí a řasy. Na EKG snížená voltáž, deprese úseku S–T a na echokardiografii i perikardiální efuze. Při zjištěném zpomalení růstové rychlosti, náhlém zvyšování hmotnosti, nápadné únavnosti, příznacích myopatie, nejasné etiologii podkožních edémů nutno vyloučit hypotyreózu.

Hypertyreóza se supresí hladiny TSH a zvýšením FT4 a/nebo FT3 má u dětí rovněž nejčastěji etiologii autoimunitní s pozitivitou protilátek stimulačních TSH receptor (Graves-Basedowova nemoc). V 80 % případů je provázena strumou, u 15–20% bývá přítomna i endokrinní orbitopatie. Pouze u 10–15 % případů autoimunitní tyreoiditidy může vést rychlá destrukce tkáně s uvolněním hormonů štítné žlázy do cirkulace k projevům hypertyreózy, většinou tranzitorní. Toxický adenom s autonomní produkcí hormonů štítné žlázy je u dětí vzácně příčinou hypertyreózy.

### Doporučení pro praxi

- Palpačně a vizuálně vyšetřit štítnou žlázu v ideálním případě při každé preventivní prohlídce, minimálně od 7 let věku.
- Palpační podezření na strumu verifikovat UZ volumetrií.

- Při potvrzení strumy vyšetřit TSH, FT4 (u klinických známek hypertyreózy i FT3) a současně protilátky TPO-Ab a Tg-Ab, protože nejčastější příčinou strumy je autoimunitní tyreoiditis.
- V případě eufunkční strumy nepodávat paušálně jod (Jodid tbl.) – vyloučit autoimunitní tyreoiditis, pátrat v osobní anamnéze po výskytu jiného autoimunitního onemocnění a v rodinné anamnéze po výskytu autoimunitní tyreopatie.
- Pokud se při přítomnosti strumy autoimunitní choroby v OA a RA nevyskytují, ověřit stravovací zvyklosti, konzumaci mořských produktů, potravinových doplňků a nejprve doporučit změnu jídelníčku. Pokud se struma nezmenší, pak teprve při větší strumě, i eufunkční, zajistit substituci malou dávkou jodidu nebo tyroxinu.
- Při zjištěné hyperlipidémii, anémii vyšetřit TSH a FT4.
- Při zpomalení růstové rychlosti, rychlém přírůstku hmotnosti, svalové slabosti, podkožních edémů nejasné etiologie vyšetřit TSH a FT4.
- Nález nodózní strumy, krční lymfadenopatie nejasné etiologie vyžaduje vyloučit maligní proces ve štítné žláze.
- U dětí s Downovým syndromem vyšetřit TSH, FT4 již v 1. roce věku, při normálním nálezu opakovat toto vyšetření 1x ročně (manifestace hypotyreózy při autoimunitní tyreoiditis v nízkém věku).
- Autoimunitní tyreopatie, nodózní struma a kongenitální hypotyreóza vyžadují péči endokrinologa.

## Záchyt zvětšené štítné žlázy při preventivních prohlídkách v dětském věku

MUDr. Jarmila Seifertová

Praktická dětská lékařka, Kladno

**Úvod:** Kvalitní preventivní péče o dětskou populaci je v České republice již tradiční.

V minulosti byly jednotné preventivní prohlídky prováděny každý rok života dětí. Ve školním věku byla pro tento účel vyčleněna školní zdravotní služba a pro dorostový věk dorostový lékař. Po roce 1989 je preventivní i léčebná péče v rukou jednoho lékaře a tím je zajištěna kontinuita péče o pacienta. Obsah i časové rozmezí preventivních prohlídek stanovuje nyní vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 56/1997.

Preventivní prohlídky jsou prováděny od 3 let po 2 letech. Motivace lékařů k provádění preventivních prohlídek je dána kromě profesních hledisek také ekonomickým hlediskem – platbou mimo kapítaci.

**Metodika:** Sdělení se zaměřuje na záchyt zvětšení štítné žlázy u dětí a dorostu při preventivních prohlídkách. Vyšetřeno bylo 807 dětí ve věku 5–19 let. Dívek 397, chlapců 410.

V letech 2003–2005 jsem se zaměřila též na matky 6 měsíců po porodu.

**Zhodnocení:** Zvětšení štítné žlázy bylo zhodnoceno u 42 dětí, tj. 5,2%, nejmladší bylo 7leté.

Dívek bylo 22, chlapců 20. Všechny děti byly odeslány k endokrinologovi, ten potvrdil zvětšení štítné žlázy u 38 dětí. Ze 192 matek po porodu byla zachycena nově zvětšená štítná žláza u 8.

**Diskuze:** Jsou pravidelné preventivní prohlídky opravdu nutné pro další kvalitu života jedince?

Nejsou k dispozici čísla výskytu zvětšení štítné žlázy zjištěné v primární péči v předchozích letech, ale zdá se, že tohoto problému v české dětské populaci přibývá.

**Závěr:** Z výsledků vyplývá nutnost pečlivého vyšetřování dětí, včetně štítné žlázy.

### Dítě s poruchou růstu v ordinaci praktického dětského lékaře

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.  
Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Růst je nejcitlivějším dlouhodobým ukazatelem dětského zdraví. Každá vleká zdravotní porucha, které postihuje dětský organismus jako celek, může narušit jeho přirozenou dynamiku. U některých chronických onemocnění bývá právě opoždění růstu prvním příznakem vážného onemocnění. Proto je sledování a hodnocení tělesné výšky a růstové rychlosti jednou z nejvýznamnějších součástí každé jednotné preventivní prohlídky. Rozpoznání příčiny růstového selhání umožní zahájit vhodnou léčbu. Dle principu léčby lze rozdělit děti s poruchou růstu do tří skupin:

Léčba chronického onemocnění. Řada systémových nebo orgánových onemocnění se projevuje opožděním tělesného růstu. Patří mezi ně například:

- onemocnění trávicího ústrojí (celiakie, Crohnova nemoc, cystická fibróza),
- onemocnění ledvin (chronická renální insuficience, renální tubulární acidóza),
- onemocnění plic (cystická fibróza, jiné formy chronické plicní nedostatečnosti),
- systémová autoimunitní onemocnění (juvenilní idiopatická artritida a další),
- jiné endokrinopatie než deficit růstového hormonu (hypotyreóza, pseudohypoparatyreóza),

- chronický stres u dětí psychicky deprivovaných nebo dokonce týraných, kdy bývá zpomalení růstového tempa často jediným příznakem. Včasné rozpoznání růstového selhání umožní zahájit léčbu základního onemocnění a tím zmírnit jeho nepříznivé působení na dětský organismus. Je-li léčba úspěšná, dostaví se brzy růstový výšvih, což vede k vyrovnání výškového deficitu a k předpokladu dosažení normální dospělé tělesné výšky.

Léčba růstovým hormonem. Příznivý efekt léčby růstovým hormonem byl dosud prokázán u pěti skupin dětských pacientů (deficit růstového hormonu, Turnerův syndrom, chronická renální insuficience, syndrom Prader-Willi, postnatální růstové selhání navazující na intrauterinní růstovou retardaci). U nich lze díky této terapii zcela vyrovnat nebo alespoň významně zmírnit růstový handicap.

Obtížně léčitelné stavy. Dosud nedokážeme úspěšně léčit děti s různými formami kostní dysplazie ani děti s familiárně malým vzrůstem. I jim však včasná a správná diagnóza prospěje. Pomáhá porozumět příčinám vlastní odlišnosti, zbavit se obav z neznámého a současně předejít zklamáním z nesplněných nerealistických očekávání.

### Růstové grafy v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

MUDr. Helena Letáková  
Ordinace PLDD Turnov

O používání růstových grafů v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost se hodně mluvilo, mluví i mluvit bude. Jsou mezi námi skutečně kolegové, kteří práci s růstovými grafy berou jako samozřejmost a denně s nimi pracují. Ale existují i kolegové, kteří tvrdí, že je to práce navíc, která je zdržuje. Z jistého pohledu mají obě skupiny pravdu. Domnívat se, že to lékaře nezatežuje, neboť data ukládá sestra, je omyl. Prodlužuje to čas věnovaný JPP, ale přínos pro dítě je, dle mého názoru, nenahraditelný. Diskuze by se měla spíše zabývat výší finančního hodnocení JPP. Jako přínosné vidím i to, že růstové grafy jsou součástí zdravotního a očkovacího průkazu, ale domnívám se, že věnujeme nedostatečnou pozornost poučení rodičů o vyhodnocování růstových grafů. Potom by se nemohlo stát, že jeden z rodičů hodnotí růst dítěte bez ostatních souvislostí.

Rozšířit řady rodičů aktivně pracujících s průkazem pomáhají hlavně lékaři z porodnic. Přebíráme do péče novorozence, kteří mají v průkazu dokonce i písemný záznam, že „rodič byl poučen o práci se zdravotním a očkovacím průkazem“. Bohužel přebíráme někdy i dítě, které nemá v průkazu ani čárku. Takový přístup lékaře k průkazu určitě rodiče k aktivní spolupráci nemotivuje.

Negativem nových tištěných percentilových grafů je absence hodnocení obvodu hlavy. O důležitosti tohoto parametru vypovídají kazuistiky 1 a 2. Domnívám se, že růstové grafy by měly být v každé ordinaci PLDD a lékař by je měl používat hlavně při JPP. A že neslouží jen k diagnostice, ukážu na 4 kazuistikách ve svém sdělení.

### CD ROM „kompendium pediatrické auxologie 2005“

doc. MUDr. Hana Krásničanová, CSc.,  
MUDr. Petr Lesný

Pediatrická klinika a Centrum buněčné terapie a tkáňových náhrad, UK 2. LF Praha

Kompendium pediatrické auxologie 2005 (KPA 2005) je komplexní znalostní systém pro potřeby odborné pediatrické veřejnosti všech stupňů a je aktualizací dříve vydaného CD ROM „Kompendium pediatrické auxologie“ (Krásničanová, Lesný, Galén 2000). Monitorování růstu s využitím poznatků a metod pediatrické auxologie má v rámci kvalitní pediatrické péče trvale zcela mimořádný význam, především v oblasti růstové diagnostiky, tedy v rámci základních aktivit PLDD.

KPA 2005 je naším dalším příspěvkem ke stále potřebnému zvyšování kvality růstové diagnózy – základní diagnózy preventivní, ale i klinické pediatrie. Koncepte KPA 2005 je zaměřena na všechny tradiční aspekty růstu (exaktní hodnocení základních antropometrických veličin a auxologických proměnných), ale i na přesné stanovování biologického věku. KPA 2005 je tedy návodem ke správnému řešení klíčových otázek růstové diagnózy:

1. Je dynamika růstu základních auxologických proměnných (tělesné délky a výšky, tělesné hmotnosti, velikosti mozku, testes, prsní žlázy, množství tuku, svaloviny apod.) v normě?

2. Shoduje se, nebo liší kalendářní a biologický věk vyšetřovaného jedince? (podle hodnocení stupně skeletální a sexuální maturace).

KPA 2005 obsahuje odborný hypertext popisující důležité metodické a interpretační aspekty všech základních auxologických veličin (textová a obrazová část). Tento hypertext je úzce provázán s modulem „Růst 2002“, který umožňuje zapisovat, hodnotit a zobrazovat růstová data. Tento program je novou verzí softwaru „Růst 2“ (Lesný, Krásničanová, Maxdorf 1998, Krásničanová, Lesný, Galén 2000), s jehož daty je schopen automaticky pracovat.

KPA 2005 je koncipováno jako metodický doplněk „Manuálu pro provádění preventivních prohlídek“ vydaný pod záštitou Odborné společnosti PLDD ČLS JEP (příloha Postgraduální medicíny, ročník 7, číslo 2, 2005).

S podporou grantu IGA MZ 2003 No. NB/7409-3



**Současný pohled na hormonální antikoncepci u adolescentek**

MUDr. Hedvika Geržová

Porodnice gynekologická klinika FNŠP Ostrava,

**Úvod:** Hormonální antikoncepce je jedním z nejúčinnějších prostředků zábrany nežádoucího těhotenství. Patří k nejpoužívanější metodě plánovaného rodičovství ve věkové skupině dívek od 16 do 19 let. Současná steroidní kontraceptiva využívají primárního a sekundárního kontracepčního efektu estrogenů a gestagenů. Jejich primárním (centrálním) účinkem je inhibice ovulace působením na hypotalamo-hypofyzární osu, sekundárním (periferním) účinkem je změna sekrece cervikálního hlenu, alterace transportní funkce vejcovodu a narušení normálních podmínek pro nidaci plodového vejce v děložním endometriu.

**Vlastní sdělení:** Při preskripci hormonální antikoncepce dnes mladé dívky preferují spolehlivý antikoncepční efekt, dobrou kontrolu cyklu se snížením krevních ztrát při menstruaci, vymizení dysmenorey, zlepšení akné a jednoznačně udržení stabilní hmotnosti. V neposlední řadě přistupuje požadavek dobré snášenlivosti (compliance) a dlouhodobých výhod kombinovaných kontraceptiv (pill benefits). Protektivní účinky hormonální antikoncepce u adolescentek mají významnější specifika. Podstatně snižují zdravotní riziko při nežádoucím těhotenství mladistvé, snižují výskyt funkčních ovariálních cyst a benigních lézí prsů, v adolescenci poměrně častých, mají prokázáný preventivní účinek proti vzniku karcinomu ovaria u mladé dívky s pozitivní rodinnou anamnézou, snižují intenzitu dysmenorey, zlepšují symptomy premenstruálního syndromu a příznivě ovlivňují kožní androgenní projevy u dospívajících

dívek. Autorka se dále zabývá otázkami hormonální antikoncepce vzhledem k růstu a eventuálnímu riziku osteoporózy, eventuálnímu ovlivnění menstruačního cyklu a fertility dívky, jakož i otázkou možnosti antikoncepce u chronicky a psychiatricky nemocných dívek, preferencemi adolescentek a jejich compliance ve vztahu k antikoncepčním tabletám.

**Závěr:** Otázky kolem hormonální antikoncepce u dospívajících dívek budou stále aktuální. Z vědeckého hlediska a zatím dostupných studií je dnes hormonální antikoncepce u zdravých adolescentek pokládána při dodržení indikačních kritérií za bezpečnou metodu. Případů, kdy ze zdravotního hlediska kontracepci nelze doporučit, je vzhledem k věku a dobrému zdravotnímu stavu dospívajících dívek velmi málo. Stále převládá benefit COC nad eventuálními zdravotními, sociálními a ekonomickými riziky nežádoucí gravidity u mladistvých dívek.

**SYMPOZIUM  
JOHNSON A JOHNSON S. R. O.**

**PÁTEK / 19. 5. 2006 / 9.50–9.58 hod.**

**Nové webové stránky pro rodiče [www.peceodite.cz](http://www.peceodite.cz)**

Bc. Jana Nosková

Abstrakt nedodán.

**SYMPOZIUM  
SPOL. GABA**

**PÁTEK / 19. 5. 2006 / 10.30–10.45 hod.**

**Prevence u zubního kazu u kojenců a malých dětí**

MUDr. Martina Vagaská

Menší výskyt zubního kazu u západních vyspělých národů může být připsán široce rozšířenému používání zubních past s obsahem fluoridu. Zubní pasty s koncentracemi fluoridu mezi 1000–1500 ppm přispívají k měřitelnému snížení výskytu zubního kazu. Jelikož se kromě zubních past s obsahem fluoridu mohou používat další látky s místním působením, fluoridovaná sůl a fluoridové tabletky, vyvstala otázka, zda časté používání těchto zubních past nezvyšuje riziko zubní fluorózy. Tato obava byla důvodem snížení obsahu fluoridu u zubních past pro děti < 1000 ppm F- (běžně od 250 ppm do 500 ppm F-).

**Studie in situ pod vedením Hellwiga a spol. (1999) zkoumala závislost účinnosti zubní pasty na její koncentraci fluoridu.**

Předmětem tohoto posouzení je vliv koncentrace fluoridu na účinnost zubních past pro děti a užitečnost modelů in situ k porovnání remineralizačního potenciálu různých výrobků.

Zkoumaným výrobkem byla zubní pasta pro děti elmex® (250 ppm a 500 ppm F-).

**Výsledky:** Účinek fluoridovaných zubních past inhibujících vznik zubního kazu při koncentraci fluoridu od 1000 až do 1500 ppm je dobře zdokumentován. Avšak údaje vykazující účinek zubních past inhibujících vznik zubního kazu s koncentracemi nižšími než 1000 ppm jsou nepředvídatelné. V Nizozemsku se doporučuje zvýšit koncentraci fluoridu u zubních past určených pro děti předškolního věku z 250 ppm na 500 ppm. V případě tohoto koncentračního rozpětí bylo zjištěno pouze velmi málo údajů dokazujících jasnou preventivní účinnost proti zubnímu kazu v závislosti na dávce. U těchto zubních past by bylo obtížné, časově

náročně a drahé získat klinický důkaz příznivého účinku zvýšené koncentrace fluoridu. Modely in situ poskytují příležitost srovnat zubní pasty s různými koncentracemi fluoridu za téměř psychologických podmínek.

V případě uplatnění takových pokusů in situ lze dokázat jasnou remineralizaci závislou na velikosti dávky. Zvýšení obsahu minerálů v procentech u mléčných a trvalých zubů ve studii in situ (n = 12 v každém zkušebním období; léčba po dobu 4 týdnů) s použitím zubních past s různými koncentracemi fluoridu.

**Závěr:** Pokusy in situ bylo možné u mléčných zubů prokázat jasný remineralizační účinek závislý na dávce v případě zubních past s obsahem fluoridu od 0 ppm do 1000 ppm F-.

# DERMATOLOGIE

garant: MUDr. Hana Bučková, Ph.D.

PÁTEK / 19. 5. 2006 / 10.45–12.15 hod.

## Klinické obrazy a možnosti léčby atopické dermatitidy

prim. MUDr. Hana Bučková, Ph.D.

Kožní oddělení I. Dětské interní kliniky FN Brno

Atopická dermatitida (AD) je chronické zánětlivé kožní onemocnění, které se vyvíjí na komplexním genetickém základu a vlivem faktorů zevního prostředí. AD je výsledkem působení: imunologické dysbalance, hypersenzitivní reakce a bariérové dysfunkce s významnou kolonizací kůže zlatým staphylokokem. Rozlišujeme smíšenou AD, která se kombinuje s dalšími typy atopie, a čistou AD, která se dělí na extrinsickou formu s vysokým IgE a intrinsickou formu, která má normální hladiny IgE. Autor popisuje klinické obrazy AD u dětí, zabývá se terapií, která je individuální, dlouhodobá, vyžaduje trpělivost a respektování navrženého léčebného režimu.

Základem u AD je zevní terapie, která se liší ve fázi vzplanutí onemocnění od fáze udržovací.

Zevní terapie u AD je efektivní, je-li jednoduchá, názorně předvedena v tzv. „škole atopie“. AD má významný dopad na kvalitu života nemocného dítěte i celé rodiny. Proto je nutno AD u dětí začít léčit co nejdříve, intenzivně, podle zásad, které respektují rostoucí organismus, a tak předcházet rozvoji onemocnění.

## Psoriasis vulgaris u dětí, diferenciální diagnostika

MUDr. Renata Faberová, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Josef Feit, CSc.<sup>2</sup>, MUDr. Hana Obluková<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kožní odd. I. DIK FN Brno – Pracoviště dětské medicíny

<sup>2</sup>Patologicko – anatomický ústav FN Brno

<sup>3</sup>Kožní odd. I. DIK FN Brno – Pracoviště dětské medicíny

Autoři ve své přednášce rozebírají psoriázu u dětí. Psoriasis vulgaris je dnes považována za autoimunitní onemocnění, které bývá často i u dětí. Nejčastěji je postižena kůže, ale nacházejí se i systémové změny, které bývají daleko častěji u dospělých a jedná se zejména o psoriatickou artritidu.

V patogenezi psoriázy se uplatňuje imunopatologický zánět, kde hrají svoji roli T lymfocyty, hyperproliferace keratinocytů a jejich abnormální diferenciace, dále hyperproliferace endotelí a inhibice apoptózy.

Zabývají se různými klinickými obrazy psoriázy u dětí, gutátními projevy přes numulární, geografické až erythrodermické změny. Neopomíjejí ani existenci inverzní psoriázy s predilekčním postižením axil, umbilikálně a v plenkové lokalizaci. Upozorňují i na možnost postižení kštice, nehtů a sliznic. Vyzdvihují důležitost histologického vyšetření.

Demonstrují vzácný případ dítěte s psoriasis pustulosa generalisata – Zumbusch.

Ukazují možnosti lokální a celkové terapie psoriázy u dětí, včetně její diferenciální diagnostiky, která může být velmi obtížná.

## Acne vulgaris od etiopatogeneze po terapii

doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika FN, Brno

Akné je jednou z nejčastějších kožních chorob u dospívajících. Řadí se mezi chronické multifaktoriální onemocnění pilosebaceózní jednotky. V patogenezi onemocnění hraje prvořadou roli nadměrná produkce mazu, retence rohoviny ve vývodech mazových žláz s následnou kolonizací anaerobním mikrobem *Propionibacterium acnes* a zánětlivou reakcí stěny sebaceózního folikulu. Po

prasknutí epitelu folikulu se rozšiřuje zánětlivá reakce ve škáře. Zvýšený mazotok a rohovatění jsou stimulovány především hormonálními změnami spočívajícími ve zvyšující se hladině androgenů v údobí puberty. Na základě těchto etiopatogenetických faktorů se postupně rozvíjí klinický obraz akné, jak s nezánětlivými (mikrokomedony, uzavřené a otevřené komedony), tak zánětlivými (papuly, pustuly, uzly, abscesy, infiltráty) lézemi, způsobujícími dle intenzity postižení lehčí, středně těžkou nebo těžkou formu *acne vulgaris*.

Pokud má tedy terapie akné vést k zlepšování a postupnému vyhojení akné, musí obsáhnout celý okruh požadavků, které tvoří komplexnost terapie.

Od terapie akné především očekáváme:

- zmírnění projevů mazotoku
- postupné vymizení stávajících komedonů
- zabránění nové tvorbě komedonů
- odeznívání zánětlivých projevů
- zabránění vzniku nových zánětlivých lézí.

Dosažení těchto požadavků splňuje v dnešní době nejvíce preferovaná kombinovaná terapie, ať již na úrovni kombinace lokálních přípravků (retinoidy, antibiotika, benzoylperoxid, azelainová kyselina), či lokálních a celkových akneterapeutik (antibiotika, izotretinoin, kombinovaná orální kontraceptiva).

Závěrem přednášky je kazuistikou poukázáno na významnost včasné a adekvátní terapie, a to nejen z hlediska léčby akné, ale také z hlediska zabránění rozvoje depresivních stavů u pacientů s torpidním průběhem akné.

# SYMPOZIUM NESTLÉ ČESKO, S. R. O.

PÁTEK / 19. 5. 2006 / 13.15–13.45 hod.

## Vliv výživy na imunitní systém kojence

– MUDr. Sabina Legnerová

Abstrakt nedodán.

# POCHYBENÍ V PRAXI / OPRAVENÉ DIAGNÓZY

garant: MUDr. Jarmila Seifertová

PÁTEK / 19. 5. 2006 / 13.45–15.15 hod.

## Chybovat je lidské

PhDr. Allan Gintel

Abstrakt nedodán.

## Nikdo není dokonalý, ale ...

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,

MUDr. Dana Dostálková,

MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.

II. dětská klinika LF MU a FN Brno

Diagnostický postup může být z různých důvodů obtížný a komplikovaný. Mnohé jasně definované nosologické jednotky bývají nezřídka ve své iniciační fázi velmi podobné, a pokud navíc dochází k nesprávné/zjednodušené interpretaci získaných paraklinických parametrů, může být chybný také konečný diagnostický závěr. Někdy k takovému závěru přispívá také nedostatečná/žádná vzájemná komunikace zúčastněných zdravotnických pracovníků, příp. příliš úzce zaměřené spektrum vyšetření. Dvěma případy z praxe jsou výše uvedené údaje dokumentovány.

**Případ 1:** silentní forma celiakie (CE) byla příčinou závažné dysbalance vnitřního prostředí 6letého chlapce. Dítě bylo přijato a správně ošetřováno v podmínkách běžného dětského oddělení (DO), vč. toho, že na CE bylo pomýšleno. Pro možné postižení vitálních funkcí byl pacient následně ošetřován v podmínkách specializovaného pracoviště „A“, kde byl učiněn neodpovídající diagnostický závěr. A to bez využití existujícího širokého spektra konziliární spolupráce. Následně byla specializovaným centrem „B“ stanovena konečná diagnóza, kterou byla CE, a potvrdila se tak prvotní diagnostická úvaha z hospitalizace na DO.

**Případ 2:** 17letý chlapec se intenzivně věnuje sportovní činnosti (fotbal). Proběhlo u něho několik epizod makroskopické hematurie (H), které se manifestovaly vždy v krátkém časovém odstupu po předchozí tělesné zátěži, ale původ H zůstal neobjasněn. Při respektování závěrů vyšetření, které byly provedeny v ordinaci PLDD, byly na specializovaném pracovišti provedeny doplňující analýzy, které vedly k diagnostickému závěru: Pozátěžová/sportovní hematurie. Uvedeny jsou možné příčiny této formy H, vč. praktických doporučení ve vztahu ke sportovní činnosti. Stručně je diskutována problematika „sport a ledviny“, s níž mohou být dětští lékaři u svých pacientů konfrontováni.

## kazuistika 1: Červené oko u 11leté dívky v ordinaci PLDD / pochybení

MUDr. Jarmila Seifertová

Praktická dětská lékařka, Kladno

**Úvod:** Pochybením se rozumí jakákoliv neočekávaná skutečnost, která se přihodí v lékařské praxi, ale která se neměla stát.

**Otázky k diskuzi:** Jaká jsou pochybení lékařů? Kde se stávají? Kdy se stávají? Komu se stávají? Jaké jsou potenciální a skutečné důsledky? Jsou lékaři ochotní s pochybením se svěřit? Jaké změny systému by mohly pochybením předcházet?

### Případ 11leté dívky

V rodinné anamnéze není nic pozoruhodného ke sledovanému problému. Důležité je, že oba rodiče prodělali DMO perinatální etiologie, jsou špatně pohybliví, po telefonické konzultaci s rodiči dívka často dochází do ordinace PLDD sama.

Z osobní anamnézy nic významného. Za upozornění stojí, že poslední 3 roky dívka na podzim kašlala a měla déletrvající rýmu.

**Nynější onemocnění:** V polovině září přichází do ordinace se subfeбриemi, dráždivým kašlem, rýmou 4 dny. Za 2 dny matka telefonuje, že má dívka zarudlé oko, že ji něco štíplo. Dívka přichází sama k vyšetření. Štípanec nevidím, konstatuji mírně zarudlou spojivku u vnitřního koutku. Léčba je běžná symptomatická. Odpoledne matka telefonuje, že jí oko oteklo, po telefonu radím obklady a kapat do oka po hodině. Brzy ráno odjíždí dívka na spádové dětské oddělení pro celkové zhoršení stavu, progresi otoku, bolestivost. Týž den je přeložena na JIP ORL Praha 5 Motol pro orbitocellulitis.

**Pochybení:** Nedůslednost praktického lékaře při sledování pacienta. Nedůsledné zhodnocení příznaků, přijmutí vysvětlení stavu matkou bez jasného objektivního nálezu vpichu a s ním souvisejícího otoku.

**Závěr:** Sdílení pochybení z lékařských praxí bez rizika postihu je prevencí lékařských pochybení a cestou ke zvýšení kvality poskytované péče.

## kazuistika 2: Říká se, že první reakce bývá obvykle správná – bylo tomu tak i v mém případě?

MUDr. Helena Letáková

Ordinace PLDD Turnov

Kazuistika dnes již 17letého chlapce začala před devíti lety v 3/97. Při řešení problému s pomočováním jsem chlapce odeslala na vyšetření UZ břicha. Přinesený nález kromě normálních poměrů na uropoetickém traktu popisuje v mírně zvětšené slezině rezistenci v hilu o průměru 4 cm. Cílenými dotazy rodičům i chlapci jsem zjistila, že chlapec v létě spadl na záda asi do 3 m hlubokého prázdného bazénu a rodiče s ním nenavštívili žádného lékaře. Suspektní resorbující se hematom sleziny – jako stav po pádu, při normálních biochemických hodnotách, jsem pravidelně ultrazvukem sledovala. Lékař popisoval jeho zmenšování se, až v 2/99 popsal úplnou normalizaci poměrů na slezině. Chlapce jsem dál aktivně přestala sledovat. V 6/04 při JPP na 15. letech byl chlapec znovu odeslán na UZ vyšetření břicha, tentokrát pro údajnou únavu, obezitu a v přineseném vzorku moče byla bílkovina i urobilinogen na 3 křížky. Výsledek z UZ břicha mne opět zaskočil. Slezina je ve střední části deformovaná kulovitým útvarem o průměru asi 9 cm, s dislokováním hilu sleziny. S vyšetřováním přibývají nové diagnózy: hemangiom, hemangioepiteliom, hamartom ... Do případu přinese jasno až histologie útvaru po provedené splenektomii v 12/05.

V kazuistice chci poukázat i na to, že PLDD by měl dítě dále pečlivě sledovat, i když jej předá do rukou specialistů. Nebát se do jejich závěrů vstoupit. Když jsou racionální argumenty, specialisté naše připomínky berou a vzájemná spolupráce může dítěti jen prospět.

A jaká že diagnóza skutečně patří k našemu chlapci? Dozvíte se ji při prezentaci kazuistiky.

## kazuistika 3: Není odklad diagnostického vyšetření non lege artis?

MUDr. Olga Roškotová

praktický lékař pro děti a dorost, Dětské středisko, Litoměřice

Sdělení obsahuje zaváhání praktického lékaře pro děti a dorost při rozhodování provést či neprovést nehraný diagnostický výkon s možností okamžitého výsledku, který může napovědět diagnózu.

Pro ilustraci přidána kazuistika dospělého pacienta s obdobnou diagnózou.

#### **kazuistika 4: Aspirace – pneumonitis lobaris**

*doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D., MUDr. Kateřina  
Pizingerová, Ph.D., MUDr. Lumír Šašek,  
MUDr. Jiří Fremuth  
Dětská klinika LF FN, Plzeň*

**Cíl:** Upozornit na nebezpečí aspirace žaludeč-  
ního obsahu u dětí, základnost klinických projevů,  
hodnocení RTG skiagramu a obtížnost léčby.

**Metody:** Kazuistika 2měsíčního děvčete. Dítě  
z rizikové gravidity aspirovalo v souvislosti s pří-  
jmem potravy doma. Prodělalo typickou „kaskádu“  
příznaků. Matka poskytla „laickou první pomoc“.  
Bezprostředně po příhodě bylo nezajištěné dítě do-  
praveno do spádové nemocnice. S příznaky „střed-  
ně těžké dušnosti“ hospitalizováno s matkou na dět-

ském oddělení. Anamnestické údaje byly podceně-  
ny. Vstupní klinické projevy, výsledky laboratorních  
testů, a zejména RTG vyšetření plic byly nesprávně  
hodnoceny radiodiagnostikem a pediatrem. Jako „vi-  
rová pneumonie“ byla pacientka 10 dní léčena ně-  
kolika antibiotiky. Pro progresi respirační tísně bylo  
dítě transportováno na naše pracoviště opět nezajiš-  
těné. Při přijetí na JIRP bylo dítě v rozvinuté fázi šo-  
ku a respiračního selhání. Bylo časně tracheálně in-  
kubováno a zahájena komplexní resuscitační léčba,  
včetně UPV. Na RTG skiagramu hrudníku byl nález  
lobární pneumonitidy vpravo (RTG 1), typický pro as-  
pirační příhodu.

**Výsledky:** Po 10 dnech komplexní resuscitač-  
ní léčby, včetně UPV, došlo k regresi plicního ná-  
lezu (RTG 2.–4.). Děvčátko bylo převedeno na spon-  
tánní dýchání, bez komplikací extubováno a po 199

hod. byla ukončena nekonvenční UPV. Po 6den-  
ní fázi zotavování bylo s matkou propuštěno do do-  
mácího prostředí bez reziduálního nálezu na plicích.  
Neurologický a EEG nález byly bez odchylek od fy-  
ziologického stavu.

**Závěr:** Aspirace žaludečního obsahu patří me-  
zi nejzávažnější příhody v dětském věku. Postižení  
plicního parenchymu bývá rozsáhlé, ale poslechový  
nález nad plicemi není výrazný. U kojenců bývá pří-  
hoda provázena rozvojem šoku. Časná, odborně  
vedená komplexní léčba snižuje časnou mortalitu  
a příznivě ovlivňuje dlouhodobou morbiditu dětí po-  
stižených aspirační příhodou.

#### **kazuistika 5**

*MUDr. Ruth Adamová*

Abstrakt nedodán.

*poznámky*

# AKTUÁLNÍ OTÁZKY PEDIATRICKÉ PÉČE

garant: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

PÁTEK / 19. 5. 2006 / 15.30–16.30 hod.

## Interaktivní kazuistika

MUDr. Pavel Geier

Abstrakt nedodán.

## NOE – výukový portál Lékařské fakulty UP v Olomouci

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Výukový portál NOE (Novel Education) vznikl za podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR v rámci Rozvojového programu na Univerzitě Palackého v Olomouci. Jeho cílem je podpora výuky medicíny s využitím informačních technologií v prostředí internetu.

Základem našeho pojetí je postupná tvorba původní digitální obrazové galerie lékařských informací, která v současné době obsahuje více než

400 digitalizovaných obrazů s popisem a možností vyhledání podle klíčových slov. V počítačové síti UP v Olomouci je k dispozici pro studium i vlastní využití online přístup ke světové databázi „The Encyclopedia of Medical Images“ s téměř 50 000 digitálních obrazů z 90 různých specializovaných biomedicinských kolekcí.

Autoři výukového portálu NOE nabízejí studentům medicíny a začínajícím lékařům rovněž moderní studijní přístupy v podobě tematicky zaměřených tutoriálů, které přispívají k co největší integraci teoretických i praktických znalostí a dovedností.

Výukový portál je otevřený systém pro všechny zájemce z řad učitelů i studentů Lékařské fakulty UP v Olomouci a počítáme s jeho postupným rozšiřováním v souladu s moderními trendy medicíny založené na důkazu.

adresa: [www.noe.upol.cz](http://www.noe.upol.cz)

## Sociálně právní ochrana dětí v práci neonatologa

MUDr. Jana Zahradníčková

Neonatologické oddělení FN Brno

V poslední době se stále více diskutuje o zajištění péče o sociálně ohrožené děti formou ústavní nebo k ní alternativní péče. Vznikají zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, která poskytují péči dětem bez rozdílu věku – tedy i novorozencům. V kazuistice uvádím naše zkušenosti ze spolupráce s těmito zařízeními.

*poznámky.*

# BLOK I. SESTERSKÁ SEKCE

garant: Renata Pavelková

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 8.50–10.10 hod.

## Vztah imunitního systému a výživy

prof. RNDr. Jan Krejssek, CSc.

viz lékařská sekce

## Význam střevní mikroflóry ve zdraví a nemoci

MUDr. Jaroslav Utěšený, CSc.

viz lékařská sekce

## Vliv prebiotické směsi GOS/FOS na imunitní systém

RNDr. Pavel Ježek, Ph.D.

viz lékařská sekce

## Dětská léčebna pohybových poruch Boskovic

Dagmar Slavíková

Dětská léčebna pohybových poruch Boskovic, p. o.

Léčebna je určena dětem od jednoho do sedmi let, které jsou postiženy hlavně pohybově, s čímž však často souvisí i mentální postižení. Jde o děti s diagnózou dětská mozková obrna, dále jsou přijímány děti s vrozenými ortopedickými vadami jako vbočené nožičky nebo obrny jiného typu a děti po úrazech.

Zařízení spolupracuje s traumatologií a ortopedií kliniky v Brně, odkud sem posílají děti, které potřebují intenzivně cvičit. Cvičení je v léčebně tím vůbec nejdůležitějším. Vysoce odborně vzdělané rehabilitační pracovnice s dětmi cvičí zejména metodou reflexní lokomoce dle Vojty, metodou manželů Bobathových, senergetickou reflexní terapií. Cvičení je doplňováno magnetoterapií, laserovou i klasickou akupunkturou, cvičením v bazénu, perličkovou lázní, nožní vířivkou, elektroléčbou, míčkováním, teplými zábalami a dalšími podpůrnými metodami. Na zahradě léčebny probíhá od jara do podzimu také hipporehabilitace.

Léčba dětí je dlouhodobá, často v zařízení pobývají opakovaně. Pokud je tady doprovází rodič, účastní se všech procedur a po měsíčním pobytu

v léčebně je schopen se cvičením pokračovat doma. Při léčebně funguje i mateřská škola.

Kapacita zařízení je třicet dětí, ročně se jich tu vystřídá 130 až 150. Malí pacienti sem přicházejí na návrh obvodního lékaře, dětského neurologa nebo ortopeda po schválení revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny. Léčebnu zřizuje Jihomoravský kraj a financování probíhá přes zdravotní pojišťovny. Toto financování nám však pokryje jen dvě třetiny nákladů na provoz. Zbylou třetinu dokrývá zřizovatel, nyní kraj, předtím okresní úřad a ještě dříve město Boskovic.

Záleží nám také na tom, aby mladí lidé věděli, že existují handicapovaní lidé. Na praxi do léčebny tak chodí studenti pedagogické školy, vyšší zdravotnické školy a každý rok při příležitosti dne dětí a Vánoc žáci osmých tříd ze základní školy na nám. 9. května. „Nosí dětem dárečky, ale hlavně považují za důležité, aby děti již ve škole zjistily, že mezi námi žijí lidé, kteří sice vypadají jinak, ale je potřeba je brát mezi sebe.“

## Dětská ozdravovna Křetín, p. o.

Jana Novotná, MUDr. Kateřina Bednaříková,

Dětská ozdravovna Křetín, p. o.

Dětská ozdravovna Křetín, p. o. je na jižní Moravě jedinou dětskou ozdravovnou.

Leží v malebném koutě Českomoravské vysočiny (Halasův kraj). V parku a zahradě se nachází – naučná stezka kolem vzácných dřevin – kondiční FIT – trasa (v délce asi 2 km, vybudovaná dle švýcarského vzoru) – otevřený bazén

V hlavní budově jsou nově zařízené pokoje, tělocvična (rotopedy, step trenažéry, gymbaly apod.), klubovny, velká jídelna s moderním vydávacím pultem, místnost určená k inhalacím, ordinace atd.

Pobyt je určen dětem od 3 do 15 let:

Opakovaně nemocné – hl. onemocnění horních cest dýchacích (astma, pollinosis, opakované bronchitidy, dráždivý dlouhotrvající kašel), nechutenství,

astenie, snížená obranná schopnost organismu, neurotické potíže, děti, které se pomočují, mají vadné držení těla, pobyt je možný i pro děti s bezlepkovou dietou, obézní, ohrožené životním prostředím (časté inverze v oblasti velkých měst). U mladších dětí je možný doprovod.

Léčebný program určí lékař individuálně na základě indikace k pobytu (endogenní dýchání přes Frolovův dýchací trenažér, dechové rehabilitační cvičení s hrou na zobcovou flétnu (dle prof. Žilky), facilitační terapie, individuální inhalace, cvičení na vadné držení těla, redukce hmotnosti, pravidelné otužování, max. pobyt venku (fit trasa v délce 2 km v areálu parku, vycházky do okolí), kondiční cvičení, cvičení na gymbalech, rotopedech, step trenažérech apod.)

Program na redukci hmotnosti – spolupráce se společností STOB. Propagujeme STOBÍKA – redukční dieta (na základě zdravého stravování, strava 5x denně, děti v žádném případě nehladoví) max. pobyt venku (fit trasa, pěší túry po okolí).

Denní rehabilitační cvičení na vadné držení těla, aerobik, kalanetika, připravujeme spinning, kondiční cvičení, cvičení na gymbalech, rotopedech, step trenažérech apod.

V teplých měsících cvičení a plavání ve venkovním bazénu, besedy o správné výživě. Dětem doporučujeme čtyřtýdenní pobyt. V areálu Dětské ozdravovny Křetín, p. o. je základní a mateřská škola. Jak se bavíme v ozdravovně? Máme připravené týdenní speciální hry (Život eskymáků, Harry Potter a ohnivý pohár, Hvězdné války, Cesta do pohádky, Indiánské léto apod.) MISS a MISSÁK ozdravovny, Křetínské DOREMI, Hoř ohýnku plápolej – u táboráku, velký rej masek, diskotéky.

Od jara do podzimu je v provozu vyhřívaný venkovní bazén. Zajištění pobytu, návrh na umístění dítěte v ozdravovně doporučuje a vystavuje ošetřující lékař, schvaluje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny, je možné si dopředu u nás rezervovat termín pobytu.

# BLOK II. SESTERSKÁ SEKCE

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 10.35–12.15 hod.

## Hyperkinetická porucha

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

viz lékařská sekce

## Amblyopie a její léčba

Soňa Lajčíková

Oční klinika, FN Olomouc

AMBLYOPIE – TUPOZRAKOST je snížení zrakové ostrosti různého stupně bez viditelných známek nemoci postiženého oka. Může být jednostranná i oboustranná, ale většinou postihuje jen jedno oko. Je následkem abnormálního vývoje vidění v důsledku nepřítomnosti zrakového vjemu nebo vzniká aktivním potlačením vjemu postiženého oka, které sílhá.

Po narození se vidění dítěte postupně zdokonaluje a za příznivých okolností se během několika let vyvine prostorové vidění oběma očima, které představuje nejdokonalejší stupeň vidění člověka, které bývá nezbytné pro mnohá povolání. Po devátém roce života je vývoj zrakového systému zcela ukončen a většinou jej již nelze ovlivnit.

Dnes můžeme mnohé tupozraké oko vyléčit, je však důležité začít s léčbou co nejdříve. K tomu mohou velmi přispět i rodiče, kteří si dobře všimají svého dítěte, a praktičtí lékaři při preventivních prohlídkách nezářka zjišťují pokles vizu.

## Strabismus, pleoptika, ortoptika

Jana Stejskalová

Oční klinika, FN Olomouc

Šilháním je postiženo 4–6% populace. Asi u 50% šilhajících nacházíme tupozrakost neboli amblyopii. Šilhání není jen kosmetickou vadou, ale vždy je spojeno s poruchou jednoduchého binokulárního vidění v prostoru, což je schopnost vidět oběma očima pozorovaný předmět jednoduše.

Jedinci s neléčeným šilháním a tupozrakostí mají zhoršené podmínky pro uplatnění v různých profesích, kde je nutná dobrá zraková ostrost obou očí a dobré binokulární vidění, i ve společenském styku.

Historie strabismu

Fyziologie binokulárního vidění

Vývoj binokulárních reflexů

Definice strabismu

Příčiny vzniku strabismu – současný názor

Rozdělení strabismu

## Vyšetřovací metody

### v gastroenterologii

Jana Ryšková

Abstrakt nedodán.

## Raná péče

Mgr. Pavla Burešová

Společnost pro ranou péči, Středisko rané péče Olomouc

### Cílem sdělení je informovat o rané péči – terénní sociální službě.

**Úvod:** Neurobiologické výzkumy stále potvrzují, že od narození prodělává nervová soustava překotný rozvoj, v němž hrají roli první tři roky dítěte. Právě v tomto období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Pokud se právě toto vysoce citlivé období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit.

Toto období je také zásadní při vytváření vazby mezi rodičem a dítětem. Základním přirozeným prostředím, které má zásadní vliv na vývoj dítěte, je rodina. Narození dítěte s postižením staví rodinu do situace, kdy se podstatně mění hodnoty, potřeby, role a zároveň se zvyšují nároky na její dobré fungování, protože dítě s postižením vyžaduje přístupy, na které rodina nebyla zvyklá a které nezná. Může tak dojít k snížení sebedůvěry rodičů nést odpovědnost za vývoj dítěte a být kompetentním při rozhodování o jeho výchově. Dítě, které nesplňuje očekávání rodičů, může být příčinou změny emocionálních vazeb, a tím i oslabení funkce rodiny. Přitom právě láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem s postižením je podstatným faktorem rozvoje nejen jeho psychických, ale i fyziologických funkcí.

Cíle rané péče:

- Zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy, nebo ohroženy, stimulovat celý vývoj.
- Posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech.
- Snížit negativních vliv prostředí nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj.
- Podporovat sociální integraci dítěte v rámci rodiny. Dítě a rodinu pak integrovat v rámci komunity a regionu.
- Prosazovat a hájit ranou péči jako obor a službu.

Na celém světě existují programy služeb rané péče, zajišťují je organizace státní, nestátní, profesionální, dobrovolnické a jsou poskytovány terénním způsobem v přirozeném prostředí dítěte v rodině nebo v kombinaci s ambulantními službami.

1. Podpora vývoje dítěte jsou metodiky zaměřené na předcházení nebo eliminaci důsledků postižení nebo narušení sociálních vazeb dítěte.
2. Podpora rodiny znamená pomáhat rodičům v odpovědnosti a nezávislosti při výchově dětí se zvláštními potřebami. Podpora začíná včasnou nabídkou pomoci rodině, v níž se narodilo dítě s postižením.
3. Působení na společnost – raněporadenská práce je závislá na sociokulturním prostředí, v němž je poskytována, a rodiče jsou nedílnou součástí společnosti, která toto prostředí vytváří. Jenom pokud bude cílovou skupinou preventivních a vzdělávacích programů celá společnost, můžeme od ní očekávat toleranci a předpoklady sociální integrace občanů s postižením.

### Vznik rané péče v České republice:

V České republice začaly první aktivity v roce 1986 dobrovolníky zprostředkovávající poradenství. Vlivy ze zahraničí i českých odborníků iniciovaly v roce 1990 vznik občanského sdružení Společnost pro ranou péči. Je nestátní nezisková organizace, která je zřizovatelem sedmi Středisek rané péče (Olomouc, Ostrava, Brno, Praha, Plzeň, Liberec, České Budějovice), svou působností pokrývají celé území ČR. Střediska poskytují své služby rodinám, kde se narodí dítě s těžkým zrakovým ve věku 0–4 roky a kombinovaným postižením ve věku 0–7 let. Těžkým zrakovým postižením pro účely zařazení do rané péče je střední slabozrakost až nevidomost, či centrální postižení zraku.

Nabízíme podporu a provázení rodin prostřednictvím těchto služeb:

- Aktivní naslouchání, provázení a podporu rodičů po narození v prvních letech života dítěte s postižením.
- Psychologické, pedagogické a sociální poradenství.
- Pomoc při prosazování práv a zájmů dítěte a interakce s ním.
- Podporu v oblasti výchovy dítěte a interakci s ním.
- Podporu vývoje dítěte ve všech oblastech, stimulace zraku.
- Náměty na výběr vhodných hraček a pomůcek a na úpravy prostředí ke stimulaci vývoje dítěte.

- Funkční vyšetření zraku (pro neklienty jen v případě volné kapacity a za úhradu).
- Půjčování speciálních hraček, pomůcek, literatury, videa, CD.
- Zpravodaj pro rodiče Rolnička.
- Pomoc při výběru předškolního zařízení.
- Odborné instruktáže pro spolupracující zařízení.  
Forma poskytovaných služeb:
  - terénní konzultační návštěvy v rodině (1x za 1–3 měsíce) – min 75 % všech služeb.
  - ambulantní vyšetření, konzultace ve středisku.
- setkávání rodičů, semináře, přednášky.
- týdenní kurzy pro rodiny.
- doprovod klientů na vyšetření, jednání  
Služby poskytujeme zdarma, na týdenní kurzy a zpravodaj rodiče přispívají.  
Tým rané péče:  
Základ týmu tvoří cestující poradenský pracovník a rodiče dítěte. Mezi poradci jsou vysokoškolsky kvalifikovaní speciální pedagogové, instruktorky zrakové stimulace. Další členové týmu jsou sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, psychoterapeut, neonatolog, neurolog, pediatr, oftalmolog, lékař-

specialista... Společně naplňují raněporadenský plán vytvořený na konkrétního klienta, i když nejsou zaměstnanci téhož pracoviště. Pracujeme na multidisciplinárním principu.

### **Nové webové stránky pro rodiče**

**[www.peceodite.cz](http://www.peceodite.cz)**

*Bc. Jana Nosková, Lenka Humlová  
(Johnson & Johnson s. r. o.)*

Abstrakt nedodán.

*poznámky.*



# BLOK III. SESTERSKÁ SEKCE

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 13.15–15.15 hod.

## Komplikace při léčbě ulcerózní kolitidy

*Hana Stanislavová*

Abstrakt nedodán.

## Akutní respirační insuficience

*Marcela Rešová, Jitka Kolářová, Petra Marková*  
*DK FN Olomouc*

Respirační insuficience znamená poruchu výměny plynů v plicích. Akutní respirační insuficience může vzniknout při náhlém zhoršení v rámci chronické respirační insuficience nebo jako nově vzniklá porucha, přičemž se zpravidla jedná o obstrukci nebo o centrální dechovou poruchu.

Náhle vzniklá nebo vystupňovaná hrtanová či tracheální dušnost může být příznakem řady chorobných stavů. U dětí to bývá nejčastěji akutní laryngitida, laryngotracheobronchitida a často také dochází k aspiraci cizího tělesa.

Akutní respirační insuficience vyžaduje okamžitá diagnostická a terapeutická opatření.

## Scintigrafie ledvin

*Helena Kolmanová, Irena Pazderová*  
*Dětská klinika, FN Olomouc*

Prezentace je zaměřena na radionuklidová vyšetření, která se ve FN Olomouc provádějí u dětí s onemocněním ledvin. Jedná se o zobrazovací metody DMSA a DTPA.

DMSA – statická scintigrafie ledvin – zobrazení funkčního parenchymu ledvin a s výpočtem poměru funkce ledvin.

DTPA – dynamická scintigrafie ledvin – hodnotí funkci a drenáž levé a pravé ledviny.

Příprava dětí k těmto vyšetřením.

## Mikční cystoureterografie u dětí

*Bronislava Jurečková, Vladislava Švecová,*  
*Kateřina Králová, DiS.*  
*Dětská klinika, FN Olomouc*

Mikční cystoureterografie (MCUG) patří mezi základní rentgenové zobrazovací metody v dětské nefrologii.

Slouží k posouzení anatomie a funkce dolní části vývodných cest močových, k diagnostice vezikoureterálního reflexu (VUR) a poruch vyprazdňování močového měchýře při subvezikální obstrukci.

Provedení MCUG: cévkou zavedenou do močového měchýře je aplikována kontrastní látka. Statický snímek zobrazí detailně močový měchýř a případný pasivní VUR. Po odstranění cévky se provede snímek při mikci. Ten zachytí případný aktivní VUR, postmikční reziduum moči v měchýři a průběh močové trubice.

MCUG je indikována u dětí s oboustrannou dilatací kalichopánvičkového systému ledvin, s ureterohydronefrózou, u kojenců po prodělané pyelonefritidě, u starších dětí s recidivujícími horečnatými infekcemi močových cest a při některých poruchách mikce.

Možnými komplikacemi tohoto invazivního vyšetření jsou dysurické potíže nebo vznik močové infekce.

Kvalitně provedená MCUG zkušeným dětským rentgenologem je v nefrologii cennou diagnostickou metodou.

## Intoxikace v dětském věku

*Hana Szabová, Simona Kršíková*  
*Dětská JIRP, Městská nemocnice Ostrava*

Co to vlastně intoxikace je? Intoxikace neboli otrava vzniká toxickým působením škodlivé látky na organismus. Může dojít k závažnému poškození organismu nebo i k smrti.

Intoxikace můžeme rozdělit:

- podle příčiny a způsobu vzniku
  - náhodné
  - úmyslné
  - medicinální (neúmyslné předávkování léky)
  - toxikománie.
- podle vstupu škodliviny do organismu
  - inhalační (plyny, dým, prach, aerosol)
  - perorální (léky, chemikálie, jedovaté rostliny, plody, traviny)
  - percutánní (organická rozpouštědla)
  - parenterální.

U dětí se setkáváme s otravami nejčastěji ve dvou věkových kategoriích. Jednak v předškolním věku, kdy jde o otravy náhodné, zaviněné nepozorností dospělých. Dalším údobím je adolescentní věk. Zde tvoří hlavní podíl již cílené požití např. léků, alkoholu či drog. Alarmující je stále se snižující věk hospitalizovaných dětí.

Příznaky intoxikace se liší podle působení škodlivin. Nejčastěji dochází ke změně chování:

- neklid až zuřivost při atropinových otravách
- malátnost, spavost až poruchy vědomí s kómatem při otravách léky (barbituráty)

- veselost, poruchy koordinace s následným hlubokým spánkem až bezvědomím – otravy alkoholem
- žaludeční a střevní potíže při otravách zkaženými potravinami a houbami
- poruchy dýchání, dušnost až zástava
- poleptání sliznic a dýchacích cest při požití kyselin a louhů.

Příznaky otrav se vyvinou náhle z plného zdraví. První pomoc musí být rychlá, při pozdním poskytnutí první pomoci nemusí dojít k zabránění smrti.

Důležité je získat anamnestické údaje o příčině otravy, zjistit rodinnou anamnézu se zaměřením na případnou dysharmonii v rodinném soužití, záško-  
láctví, apod.

Na jednotku intenzivní péče se dostávají děti s alterací vitálních funkcí.

U většiny otrav se nejprve provede výplach žaludku, v případě bezvědomí až po zajištění dýchacích cest. Kontraindikací k výplachu je požití louhu, kyselin a jiných chemických látek. Neprovádí se u otrav alkoholem.

Dále pacienta uložíme na lůžko, zajistíme, odebereme vzorky biologického materiálu na toxikologické a biochemické vyšetření. Pacienta monitorujeme.

Před samotným zahájením léčby lékař kontaktuje toxikologické centrum v Praze, kde konzultuje riziko působení škodliviny a další postup.

## Intoxikace u dětí

*Hana Kokešová, Monika Zádrapová*  
*dětská JIRP – Městská nemocnice Ostrava*

V naší práci jsme se zaměřily na intoxikace. Uvádíme 3 kazuistiky shodou okolností třech dívek. Jsou zde zastoupeny náhodné i úmyslné požití toxických látek. Popisujeme způsob požití, účinky jedů včetně možných komplikací, stav pacienta při přijetí a průběh hospitalizace. Na závěr práce se zamýšlíme nad možnou prevencí náhodných i úmyslných intoxikací a důležitostí řádného odebrání kompletní anamnézy.

## Intoxikace louhem

**(hydroxid sodný – KRTEK)**  
*Lucie Brixelová, Gabriela Pulitová*

Téměř čtyřletý chlapec přijatý na naše oddělení pro požití louhu. Při přijetí spontánně ventilující.

Na oddělení byly provedeny základní odběry krve a vyšetření lékařem ORL, který doporučuje intubaci a následně endoskopické vyšetření GIT. Pro narůstající respirační insuficienci přistoupeno k okamžité intubaci s napojením na umělou plicní ventilaci.

Byl zaveden centrální venózní katétr, k monitoraci centrální arteriální katétr, močový katétr. Nebylo doporučeno zavádět nasogastrickou sondu. Byla zahájena totální parenterální výživa. Po týdnu byla indikována tracheostomie a po deseti dnech došlo k odpojení od umělé plicní ventilace.

Kontrolní endoskopie, se zavedením nasogastrické sondy k přechodu na plnou enterální výživu, byla provedena 17. den. Bylo také rozhodnuto o zrušení tracheotomie. Postupně začalo krmění per os, které chlapec dobře toleroval, a 28. den hospitalizace byl přeložen na standardní oddělení. V den propuštění byla provedena opět kontrolní endoskopie s příznivým nálezem.

**Patauův syndrom – kazuistika**

*Irena Jenišťová, Monika Šimková, Dis Oblastní nemocnice Náchod*

Soubor malformací, které charakterizují toto onemocnění, byl pravděpodobně známý již před více než 300 lety. Chromozomální anomálii diagnostikoval jako první Patau, a to v roce 1960.

Chromozomy jsou tvořeny dvoušroubovicí DNA v buněčném jádře. Každá buňka těla (s výjimkou pohlavních) obsahuje 23 párů chromozomů, z nich 22 párů je autozomů a jeden pár jsou gonozomy = pohlavní chromozomy (u muže XY, u ženy XX).

Jsou v nich uloženy veškeré informace o jedinci, struktuře a skladbě orgánů, ale i některé vlastnosti, bohužel, někdy jsou to informace o nemocích. Mutace je nově vzniklá změna chromozomů, a to změna ve tvaru či počtu. Jeden z druhů mutace je trizomie – chromozomy se místo v páru vyskytují

v počtu 3. Trizomie 13. chromozomu neboli Patauův syndrom je závažné postižení, které v polovině případů živě narozených dětí je letální v průběhu prvního měsíce. Prenatálně ho lze diagnostikovat vyšetřením karyotypu plodu.

Klinické projevy jsou: mikrocefalie, ustupující čelo, široký nos, rozštěp rtu a patra, malformace ušních boltců, polydaktylie, syndaktylie, pes equinovarus, kožní defekty, srdeční vady a především těžké mentální retardace.

K záchytu genetických vad, vyskytujících se v rodinách, a k výpočtu pravděpodobnosti přenosu onemocnění slouží genetické poradenství. To pracuje s metodikami sestavení rodokmenu a speciálního genetického vyšetření, mezi něž patří např. UZ, amniocentéza a hladina AFP. Na semináři budeme prezentovat kazuistiku 3,5letého dítěte postiženého tímto syndromem.

*poznámky.*

# BLOK IV. SESTERSKÁ SEKCE

ČTVRTEK / 18. 5. 2006 / 15.40–17.30 hod.

## Úvod do problematiky onemocnění ataxia teleangiectasia

Eva Hůlková, Pavla Němcová

Dětská klinika FN Olomouc, Hemato-onkologické odd.

Seznámíme vás s charakteristikou tohoto dědičného onemocnění, s jeho projevy neurologickými, očními, kožními a imunologickými.

Jedná se o vzácné onemocnění, které se klinicky projevuje neurologickými příznaky již kolem třetího roku věku, jde o postupně rozvíjející se mozečkovou ataxii s poruchou koordinace, která vede až ke stavu invalidity.

Dalším významným prvkem je porucha buněčné a humorální imunity s inklinací ke zvýšenému výskytu sinopulmonálních infekcí.

## Trauma mozku jako příčina endokrinní poruchy růstu – kazuistika

Dana Konečná

DK FN Olomouc

**Úvod:** Mezi časté příčiny závažné dětské morbidity s trvalými následky patří poranění mozku. Důsledkem nemusí být jen neurologické postižení, ale také porucha hormonálních funkcí.

**Popis případu:** Lukáš se narodil zdravým rodičům s částečným rozštěpem horního rtu. Jiné zdravotní problémy neměl, vyvíjel se přiměřeně svému věku. V šesti měsících podstoupil operaci rozštěpu a ve 3 letech měl zlomeninu pravé paže, jinak nestonal. Pár dnů po svých 4. narozeninách byl přijat na JIRP v bezvědomí s tonicko-klonickými křečemi. Bylo u něj prokázáno rozsáhlé nitrolební krvácení a také stará sériová zlomenina žeber a pravé paže jako následek týrání matkou a nevlastním otcem. V odstupu 3 měsíců se u chlapce rozvinul epileptický syndrom. Z nemocnice byl ze sociálních důvodů umístěn do dětského domova. Měl změněné chování: byl zpomalený, ospával i během dne, trpěl zácpou. Nápadné u něj bylo opožďování v růstu: jeho růstové tempo bylo sotva poloviční ve srovnání s vrstevníky. Vše bylo přikládáno psychickému strádání. V 9,5 letech byl odeslán k endokrinologickému vyšetření. Měřil 116 cm (-2,8 SDS), jeho kostní věk odpovídal 6-ti letům. Stimulační testy prokázaly centrální hypotyreózu a poruchu tvorby růstového hormonu. Měl i nízkou hladinu ACTH, ale normální PRL. Začal být léčen tyroxinem, růstovým hor-

monem a malou dávkou kortikosteroidů. Protože byl před pubertou, nebyl u něj prováděn test k ověření tvorby FSH a LH. Je ale pravděpodobné, že i tyto hormony bude v budoucnu nutno nahradit, protože při vyšetření mozku pomocí MRI byla u Lukáše zjištěna „prázdna sella“.

**Závěr:** U pacientů po závažných mozkových traumatech by mělo být pomýšleno i na možnou hormonální poruchu a měli by podstoupit alespoň základní hormonální vyšetření.

## Naše zkušenosti s léčbou a ošetrovatelskou péčí u dětí s diagnózou Non-Hodgkinský lymfom v rámci onemocnění ataxia teleangiectasia

Ludmila Frelichová, Zuzana Tomanová,

Zbyněk Novák

Dětská klinika FN Olomouc

Hemato-onkologické odd.

Non-Hodgkinský lymfom (NHL) je lymfoproliferativní onemocnění vycházející z B a T lymfocytů, nejčastěji se projevuje jako uzlinový syndrom.

Ataxia teleangiectasia (AT) zahrnujeme mezi syndromy chromozomální nestability, která může být příčinou nádorového bujení až u jedné třetiny pacientů. Nejčastějším typem postižení je NHL a leukémie – v 80 % případů.

Seznámíme vás se specifiky diagnostiky, léčby a ošetrovatelského přístupu u dvou dětí postižených AT léčených na našem hematologickém pracovišti.

## Kazuistika dítěte léčeného pro Non-Hodgkinský lymfom komplikovaný aspergillovou pneumonií

Pavla Němcová, Marta Třísková,

Blanka Krejčíková

Dětská klinika FN Olomouc, Hemato-onkologické odd.

Infekční agens kmene *Aspergillus* se nachází v zevním prostředí, v němž je hojně rozšířen. Je možné jej nalézt ve vlhkých zdech, v kontaminovaných klimatizačních zařízeních. Nákaza tímto mikroorganizmem je většinou způsobena jeho spory, které se nacházejí ve vzduchu.

Hemato-onkologičtí pacienti jsou ohroženi mykotickými infekcemi, protože predisponujícími faktory vzniku je neutropenie a léčba kortikoidy. Při pode-

zření na postižení plic se provádí bronchoskopie a alveolární laváž.

V kazuistice uvádíme diagnostiku aspergillu, léčbu a komplikace léčby.

## Bronchiální krvácení jako komplikace indukční fáze léčby ALL

Iveta Königová, Renata Vyhliďalová

Abstrakt nedodán.

## Paravertebrální versus kaudální blokáda levobupivacainem v pooperační analgézii u dětí po otevřených urologických výkonech

Jana Lolková, DiS

JIRP Dětské klinika FN Olomouc

Léčba bolesti u dětí bývá někdy podceňovaná až opomíjená. Zastává se i názor, že čím menší dítě, tím je bolest menší. Opak je však pravdou. Výzkum je zaměřen na porovnání pooperační analgezie u dětí po provedené paravertebrální či kaudální blokádě. V pooperačním období se podle předem daného protokolu hodnotí intenzita bolesti dle FLACC skóre, dle zkušeností sestry, dále se hodnotí nauzea a zvracení, motorická blokáda dolních končetin, komplikace spojené s léčbou bolesti a závažné chirurgické komplikace. Jedná se o týmovou spolupráci mezi anesteziology, pediatry a urology. Na našem oddělení se výzkum provádí již téměř jeden rok.

## Sledování dětí geneticky ohrožených vznikem alergie

Andrea Skácelová

ALERGIE: hypersenzitivní, tj. nepřiměřená reakce imunitního systému na látky z vnitřního či vnějšího prostředí

ANTIGENY: látky většinou bílkovinné povahy, na které organismus odpovídá

ALERGENY: látky, na které přecitlivělý organismus odpovídá alergickou reakcí

ALERGICKÁ REAKCE: odpověď organismu na určitý alergen na různých místech těla, v různých systémech a organizmech, v různé intenzitě a délce, v různých podobách

Nejčastější formy alerg. reakce:

- a) alergická rýma – občasná (intermitentní)
  - trvalá (perzistující)
  - pollinóza (sezonní)
- b) kožní reakce – ekzém (kontaktní, atopický)

- kopřivka
- c) alergické astma
- Okolnosti, které vedly k zahájení sledování dětí geneticky ohrožených vznikem alergie:
  - stálý vzestup výskytu alergií
  - alergie se objevuje převážně již v dětství
  - již u novorozenců je možný odhad pravděpodobnosti vzniku alergie.

**NOVOROZENECKÉ ODDĚLENÍ V KROMĚŘÍŽI**

- zdůraznění kojení
- strava kojících matek
- prostředí, ve kterém se dítě nachází
- rodinná anamnéza
- celoroční monitoring příznaků

Výsledky celoročního monitoringu – sledování příznaků:

- rýma 9x
- ekzém 15x
- dušnost, kašel 5x

Celkem 23% dětí.

Sledování rizikových skupin – z celkového počtu 140 dětí (25%) pozvaných na dětskou alergologii v 1. roce života přišlo 114 dětí

- kojení – průměrně 5,8 měsíce

Průběh vyšetření v 1. roce věku dítěte: - anamnéza rodinná a sociální

- vyšetření dítěte
- Prick testy
- event. krevní odběr

Výsledky vyšetření:

- pozitivní Prick testy
- roztoči 6x
  - trávy 4x
  - plísně 4x
  - celkové Ige zvýšeno 9x
  - specifické Ige pozitivní 4x

Maminkám dětí, u kterých se objevily problémy spojené s alergií, byla vysvětlena úprava prostředí, stravy, popř. zavedena léčba antihistaminiky – AERIUS 0,5mg/ml . . . . . 2,5 ml od 1–6 let.

Další osud dětí ohrožených vznikem alergie je v rukou spolupráce:

PEDIATR – RODINA – ALERGOLOG

# BLOK POSTERŮ

probíhá po oba dva dny

- Mateřská centra Olomouckého kraje – PhDr. Petra Tenglerová
- Společnost pro ranou péči – Mgr. Pavla Burešová, Mgr. Hana Klicperová, Bc. Magda Hrázdilová, Petra Hálková
- Dětská lázeňská léčebna Dr. L. Filipa – Ing. Jaroslav Brázdil
- Racionální léčba ATB v ordinaci PLDD – MUDr. Renáta Růžková

*poznámky.*

*poznámky.*

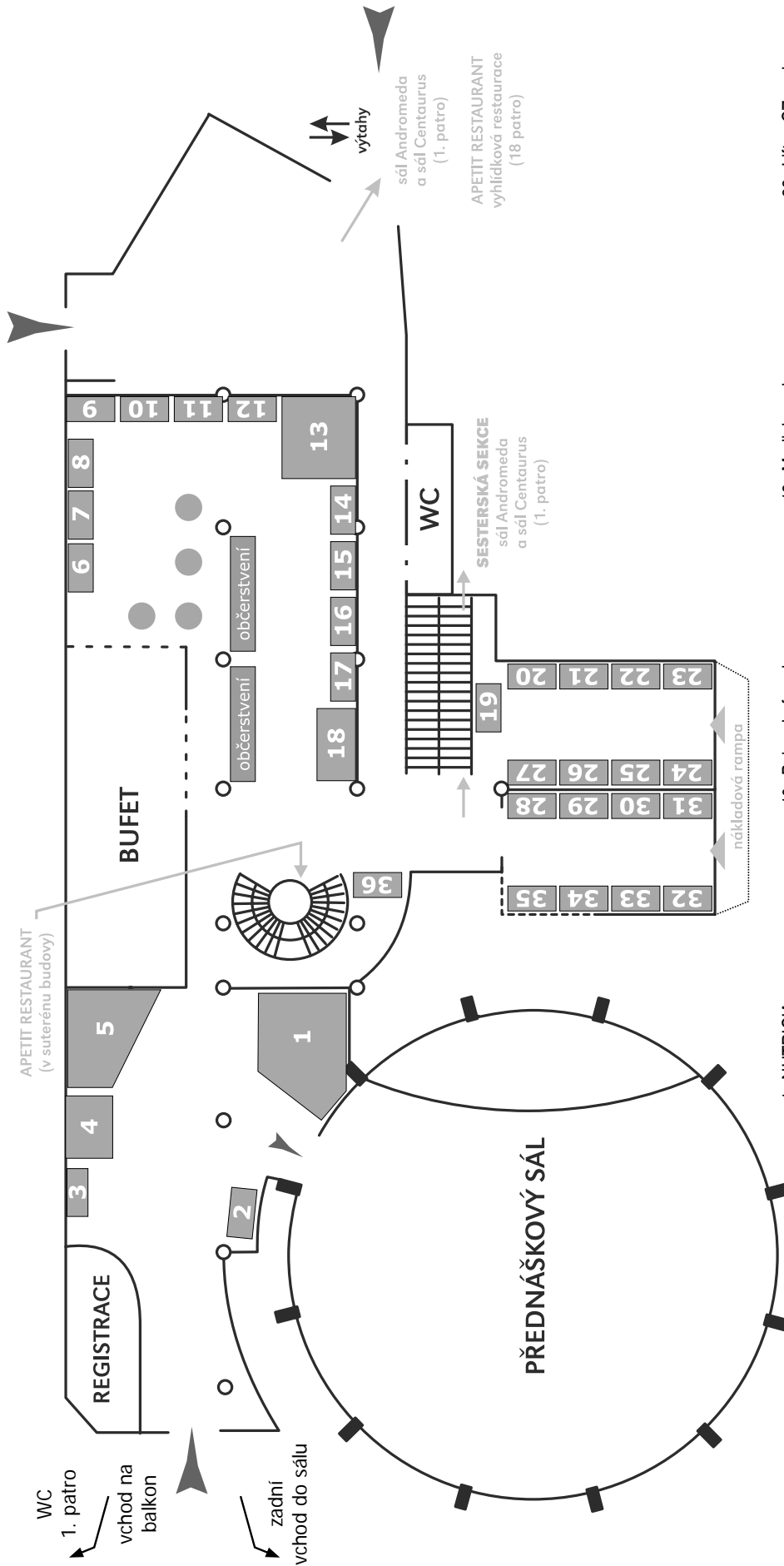


*poznámky.*



# KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXIV. dny klinické a praktické pediatrie 18. – 19. 5. 2006 / Regionální centrum Olomouc



- |                                |  |                                    |                              |
|--------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|
| 1. NUTRICIA a. s.              | 10. Beiersdorf spol. s r. o.           | 19. Medial, spol. s r. o.          | 28. Líftec CZ spol. s r. o.  |
| 2. Pfizer spol. s r. o.        | 11. Altered Corporation a. s.          | 20. Ferrosan Czech, s. r. o.       | 29. Valosun a. s.            |
| 3. Spirig Eastern, a. s.       | 12. Biovit Impex CO. ČR, s. r. o.      | 21. Dr. August Wolff               | 30. Taktika s. r. o.         |
| 4. Nestlé Česko, s. r. o.      | 13. HIPP Czech s. r. o.                | 22. Medicom International s. r. o. | 31. Mladá fronta a. s.       |
| 5. GlaxoSmithKline s. r. o.    | 14. Boiron CZ s. r. o.                 | 23. Grada Publishing a. s.         | 32. Galén, spol. s r. o.     |
| 6. MERCK spol. s r. o.         | 15. Boots Healthcare CEE Ltd.          | 24. Markdistri spol. s r. o.       | 33. Med-Media, spol. s r. o. |
| 7. AGS-Sport, s. r. o.         | 16. Bristol-Myers Squibb spol. s r. o. | 25. Medisap s. r. o.               | 34. ACHAT pharma, s. r. o.   |
| 8. ASP CZECH s. r. o.          | 17. Grünenthal Czech, s. r. o.         | 26. Walmark a. s.                  | 35. Sandoz, s. r. o.         |
| 9. Baxter Czech, spol. s r. o. | 18. Johnson & Johnson s. r. o.         | 27. Hero Czech s. r. o.            | 36. PRO.MED.CS Praha a. s.   |

Stav k 12. 5. 2006