

Pediatric pro praxi

2018

B

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2018; 19(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-231-9 | 2018

ABSTRAKTA

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXXV. dny praktické a nemocniční pediatrie

11.–12. května 2018

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatelé: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatric pro praxi
Záštita: Česká pediatrická společnost ČLS JEP, OS ČLK v Olomouci,
Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Hexacima[®]

Připravená v předplněné injekční stříkačce¹

Prověřená účinnost a příznivý bezpečnostní profil¹

Pro základní očkování a přeočkování kojenců a batolat¹



Reference:

1. SPC přípravku Hexacima, datum revize textu 8. 1. 2018.

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

HEXACIMA, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny *Bordetella pertussis*: Pertussis anatoxinum 25 µg, Haemagglutinin filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitidis (inaktivovaný)³: typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenu⁴, typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenu⁴, typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenu⁴; Antigenum tegminis hepatitidis B5 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum (Polyribosylribitol phosphas) 12 µg, conjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdnů) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. **Přeočkování:** Po 2dávkovém i 3dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTap-IPV/Hib vakcína, a to po 3dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou podání vakcíny Hexacima nebo s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Další pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Žádné údaje nejsou k dispozici u starších dětí. **Způsob podání:** Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je přednostně anterolaterální horní část stehna a deltový sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusi by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přinásoy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *C. diphtheriae*, *C. tetani*, *B. pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Lze však předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidou B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocněním způsobeným jinými typy *H. influenzae* ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí. Vyskytí febrilních křečí v anamnéze dítěte, vyskytí febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasně narozené děti nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčně podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. **Interakce:** Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a pneumokokové polysaccharidové konjugované vakcíny, kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcínou proti meningokokům C nebo konjugované vakcínou proti meningokokům skupiny A, C, W-135 a Y neprokázaly klinicky relevantní ovlivnění protilátkové odpovědi na žádný z antigenů. Může dojít ke klinicky relevantnímu ovlivnění protilátkové odpovědi na vakcínu Hexacima a vakcínu proti planým neštovicím, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství (snižená chuť k jídlu), pláč, spavost, bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu, podrážděnost, pyrexie (horečka $\geq 38,0$ °C), zvracení, abnormální pláč (dlouhotrvající pláč), průjem, indurace v místě vpichu, hypersenzitivní reakce, uzlík v místě vpichu, pyrexie (horečka $\geq 39,6$ °C). **Balení:** Hexacima v předplněných injekčních stříkačkách: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s píšťovou zátkou (halobutyl) a víčkem (halobutyl), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. **Velikost balení:** 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) se zátkou (halobutyl), velikost balení: 10. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Stabilitní data ukazují, že složky vakcíny jsou při teplotě do 25 °C stabilní až 72 hodin. Po tomto časovém období má být vakcína Hexacima podána nebo zlikvidována. Tato data slouží pouze jako návod pro zdravotnické pracovníky v případě dočasných teplotních odchylek při skladování. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur, 14 Espace Henry Vallée, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 8. 1. 2018.

¹ adsorbováno na hydratovaný hydroxid hliníty (0,6 mg Al³⁺); ² jako spodní mez spolehlivosti ($p = 0,95$); ³ pomnoženo na Vero buňkách; ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou; ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasnicových buňkách Hansenula polymorpha

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen k základnímu očkování a přeočkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

PROGRAM / pátek 11. května / LÉKAŘI

- 8.30 ZAHÁJENÍ** – vystoupení pěveckého souboru
- **Úvodní slovo přednostky Dětské kliniky FN v Olomouci** – prof. MUDr. Dagmar Pospíšilové, Ph.D.
 - **Úvodní slovo děkana LF UP v Olomouci** – prof. MUDr. Milana Koláře, Ph.D.
 - **Úvodní slovo prezidenta kongresu** – prof. MUDr. Vladimíra Mihála, CSc.
- 8.50–10.00 ROLE PENICILINOVÝCH ANTIBIOTIK V PEDIATRII**
garant prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.
- **Možnosti a limitace antibiotické léčby** – Kolář M.
 - **Léčba ATB jako paradox moderní doby** – Kopřiva F.
 - **Novinky v ATB terapii z pohledu klinického farmakologa** – Strojil J.
- 10.00–10.30 VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA**
- **Vývoj názorů na definici patofyziologie sepse** – prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc.
- 10.30–10.50 PŘESTÁVKA**
- 10.50–11.30 PERSONALIZOVANÁ MEDICÍNA**
garantka prof. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.
- **Diagnostika hematologických onemocnění v genomické éře** – Pospíšilová D.
 - **Management obrovských pigmentových névů v anatomicky problematických lokalizacích – state of the art** – Zálešák B.
- 11.30–12.30 VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA**
- **Placebo – podvod nebo užitečný nástroj?** – prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., FCMA
- 12.30–13.20 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.20–13.40 SHIRE – VÁŠ PARTNER V LÉČBĚ VZÁCNÝCH ONEMOCNĚNÍ**
- **Kdy myslet na primární imunodeficienci** – Hutýrová B.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.)
- 13.40–14.30 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Probiotika a střevní mikrobiom v dětském věku** – Boženský J.
 - **Využití Cistu Incanu v pediatrii a Immunu44** – Turčan P.
 - **Pertuse z pohledu klinika** – Jirsenská Z.
- 14.30–15.30 PREVENCE INVAZIVNÍCH A BAKTERIÁLNÍCH ONEMOCNĚNÍ**
garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
- **Chřipka v dětském věku – možnosti profylaxe a léčby?** – Sedláček D.
 - **Syndrom toxického šoku – život ohrožující infekce** – Váchalová J.
 - **Onychomadéza – pozdní komplikace enterovirové infekce** – Dubová V.
 - **Invaзивní pneumokokové infekce v éře očkování proti nim** – Mihál V.
- 15.30–16.00 PŘESTÁVKA**
- 16.00–17.00 AKTUALITY V PEDIATRII I**
- **Diagnostika a nasazení léčby u primární noční enurézy v ambulanci pediatra** – Drlík M.
 - **Tuky a jejich význam ve výživě dětí** – Suchánek P.
 - **Možnosti fytofarmak při léčbě onemocnění horních cest dýchacích** – Vranová V.

PROGRAM

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER / PROGRAM / PÁTEK 11. KVĚTNA / LÉKAŘI

17.00–18.00 NEVINNÝ PŘÍZNAK, ZÁVAŽNÁ DIAGNÓZA

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

- **Nesestouplá testes – jen chirurgický problém?** – Zapletalová J., Šmakal O., Michálková K.
- **Renální kolika – klíč k diagnóze** – Doležel Z., Dostálková D.
- **Naražená noha nebo zánět kloubu?** – Gregora M.
- **Bolesti v zádech** – Seifertová J.
- **Artritida: první příznak maligního onemocnění** – Novák Z., Procházková K.

WORKSHOP / pátek 11. května

RESUSCITACE NOVOROZENCE NA PORODNÍM SÁLE

Garant MUDr. Lubomír Dubrava, MUDr. Vladimír Mišuth a MUDr. Martin Wita

- W1 10.00–12.00 hod.
- W2 13.00–15.00 hod.

KAPACITA WORKSHOPŮ JE OMEZENÁ. VSTUP VOLNÝ.

PROGRAM / pátek 11. května / SESTRY

9.00 ZAHÁJENÍ – Mgr. Světlana Kašubová

9.05–10.40 NEONATOLOGIE 21. STOLETÍ

garantka Mgr. Jana Romanová

- **Porody mimo zdravotnické zařízení** – Kantor L.
- **Rovnost práv matky a novorozence?** – Kubesová Marková J., Procházková H.
- **Novorozenecká JIRP domovem?** – Siegelová D., Hertlová M.
- **Hirschprungova choroba a co všechno může přinést** – Rellová J., Ochmannová L.
- **... a jde to i jinak** – Antoníčková I.

10.40–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.20 MULTIOBOROVÁ PÉČE O DĚTSKÉHO PACIENTA

garantka Eva Hůlková

- **Komunikace v ordinaci PLDD** – Esterková A.
- **Mezioborová komunikace** – Vojáková V.
- **Mýty o fyzioterapii a ergoterapii** – Kalabusová J., Greplová E., Wolfová K.
- **Role zdravotně-sociálního pracovníka při péči o chronicky nemocné děti** – Balutová D.

12.20–13.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.10–14.00 VARIA

- **Jak si poradit s ABKM** – Jakšic D.
- **Tuky a jejich význam ve výživě dětí** – Suchánek P.
- **UV záření a fotoprotekce** – Bienová M.

14.00–15.40 CO NÁS PŘEKVAPILO... ZAJÍMAVÉ KAZUISTIKY

garantka Mgr. Světlana Kašubová

- **Trombocytopenie u novorozence** – Ludíková B., Pospíšilová D.
- **Co se nám podařilo a co nám udělalo velkou radost?** – Nemerádová H., Medková P., Švestková H.
- **Malý pacient a EDK** – Weinlichová S.
- **Nikdy nelituj rána, které přináší námahu a práci. Je tak hezké starat se o lidi, kteří ti lásku vrací** – Szarowska L., Medková P., Hůlková E., Poislová I.
- **Škola jako lék** – Ryjáčková Z.

15.40–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–17.20 RESUSCITAČNÍ PÉČE U DĚTÍ A KRITICKÉ STAVY V DĚTSKÉ HEMATOONKOLOGII

garantka Hana Ptáčková

- **Nečekaná komplikace zubního kazu** – Hejtmanová A., Müllerová I.
- **Intoxikace u dětí aneb inzulin může i škodit** – Dvořáková H., Urbášková L.
- **Ošetřovatelská péče o dívku s metylmalonovou acidurií** – Hanousková T.
- **Role peera ve zdravotnictví** – Ptáčková H.

PROGRAM / sobota 12. května

9.00 ZAČÁTEK

9.00–10.00 **IP OD TITRID K CRPIDÁM**
garantky MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková
■ interaktivní blok s hlasováním

10.00–10.30 PŘESTÁVKA

10.30–10.40 LOSOVÁNÍ ANKETY

10.40–12.30 **AKTUALITY V PEDIATRII II**

- **Nový koncept podpory imunity dítěte** – Pecl J.
- **Úskalí prevence IMO** – Zajíčková J.
(Symposium společnosti GlaxoSmithKline)
- **Neobvyklá kombinace běžných dětských symptomů – zvažte Fabryho chorobu** – Dostálová G.
(Satelitní symposium firmy Shire Czech, s. r. o.)
- **HPV kazuistiky u mužů a žen** – Mihula M.
- **Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“ u dětí a adolescentů** – Slíva J.
- **Účinky UV záření na kůži a možnosti fotoprotekce u dětí** – Palla V.

12.30–13.10 **SOULAD PROFESNÍHO A RODINNÉHO ŽIVOTA** – PhDr. Alena Sehnalová

13.10 ZAKONČENÍ KONGRESU. OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER XXXV. dny praktické a nemocniční pediatrie

11.–12. května 2018 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatelé

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

Záštita

Česká pediatrická společnosti ČLS JEP, OS ČLK v Olomouci,
Dětská klinika LF UP v Olomouci a Sdružení Šance

Prezident akce

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Organizační výbor

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D., prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., Mgr. Světlana Kašubová,
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Zemanová, 777 557 426, zemanova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Aneta Mikulíková



Supplementum B Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi 2018; 19(Suppl B).

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

ISSN 1803-5892

ISBN 978-80-7471-231-9

LÉKAŘSKÁ SEKCE / PÁTEK

Role penicilinových antibiotik v pediatrii

garant prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.

pátek / 11. května 2018 / 8.50–10.00 hod.

Možnosti a limitace antibiotické léčby

prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.

Ústav mikrobiologie LF UP a FN Olomouc

Infekce v současné medicíně představují závažný problém a jejich významnost stoupá se zvyšující se odolností bakteriálních patogenů k antibiotikům. Tento problém není jen medicínský, ale měl by být charakterizován jako celospolečenský. Důvodem je reálné snižování účinnosti antibiotické léčby a s tím související vzrůstající možnost jejího selhání a rozvoje dalších komplikací. Současně je nutné zdůraznit, že lidstvo může být ohroženo ztrátou schopnosti léčit bakteriální infekce.

Antibiotická léčba je obvykle zahajována po stanovení diagnózy bakteriální infekce. Ve většině případů však není v tento okamžik identifikováno etiologické agens a jeho citlivost k antibiotikům. Včasné nasazení adekvátních antibakteriálních přípravků však může významně přispět k úspěšné léčbě pacienta, a je tedy nutné zajistit co nejvyšší pravděpodobnost účinku antibioterapie. Volba iniciální antibiotické léčby musí vycházet z kvalifikovaného předpokladu dostatečné aktivity na nejčastější bakteriální původce v závislosti na pravděpodobném zdroji infekce, podložené výsledky surveillance bakteriální rezistence v příslušné epidemiologické jednotce.

Tabulka 1 ukazuje možné přístupy k antibiotické léčbě nejčastějších bakteriálních infekcí v dětském věku.

Tab. 1. Antibiotická léčba vybraných bakteriálních infekcí v komunitním prostředí

Typ infekce	Nejčastější bakteriální původci	Antibiotická léčba	
		I. volba	II. volba
Akutní tonsilitidy, faryngitidy	<i>Streptococcus pyogenes</i>	penicilin	makrolidy (například klaritromycin nebo azitromycin) v případě alergie na penicilin
Akutní sinusitidy	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	amoxicilin	makrolidy doxycyklin (u dospělých a dětí starších 8 let)
Akutní otitidy	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	amoxicilin	makrolidy kotrimoxazol (nad 2 měsíce věku)
Akutní bronchitidy	až 90% případů je virové etiologie	antimikrobní přípravky nejsou indikovány	
Pneumonie (lehce probíhající)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	amoxicilin	makrolidy doxycyklin (u dospělých a dětí starších 8 let)
Infekce dolních močových cest	především <i>Escherichia coli</i>	kotrimoxazol (nad 2 měsíce věku) nitrofurantoin (nad 3 měsíce věku) amoxicilin (event. amoxicilin/kys. klavulanová)	cíleně na základě stanovení etiologického agens a jeho citlivosti k antibiotikům

Podpořeno grantem IGA_LF_2018_019

Léčba ATB jako paradox moderní doby

prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Akutní infekce horních cest dýchacích patří mezi nejčastější infekční onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Infekce může postihovat všechny části dýchacích cest (DC), může jít např. o rinitidu, faryngitidu, laryngitidu, tracheitidu či bronchitidu nebo postižení více oddílů DC současně. Nejčastějšími původci zánětů horních i dolních cest dýchacích včetně oblasti hltnanu a středouší jsou různé typy virů, asi až v 60–80% rinoviry, adenoviry, RS viry, viry chřipky a parainfluenzy, enteroviry (Coxsackie virus, ECHO viry). Léčba je u virových onemocnění většinou symptomatická.

Bakterie jsou tedy příčinou jen asi 8–20% respiračních infekcí, zvláště u nejmenších dětí. Jedná se často o patogeny běžně se vyskytující v HCD a polykacích cestách zdravých jedinců, které se uplatní na terénu oslabeném již předcházející virovou infekcí.

U infekcí předpokládaného bakteriálního původu se užívají antibiotika, většinou na empirickém základě. Nadměrná, neuvážená léčba infekcí DC ATB narušuje mikrobiom dětského organismu, vývoj a zrání imunitního systému, zvyšuje riziko alergií a rezistenci mikroorganismů a ve svém důsledku vede následně k neúspěchu léčby závažných mikrobiálních infekcí.

Virová a bakteriální onemocnění DC u dětí mají na počátku velmi podobné příznaky a pro lékaře je často obtížné jednoznačně odlišit a rozhodnout v čase o zahájení ATB léčby.

Jelikož nadužívání či nesprávné používání antibiotik je všeobecně stále realitou, přestože racionální antibiotická politika je už dlouho zájmem nejen národním, ale i celoevropským (WHO aktivita). Uvádí se v literatuře, že až 60% infekcí dýchacích cest u dětí i dospělých je neadekvátně léčeno ATB! A proto jsme se rozhodli provést sledování léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekčními ATB v sezóně 2014/2015. Nejčastěji zastoupenou diagnózou byla akutní bronchitida (40% infekcí), u 45% pacientů byla uvedena alergie nebo astma, což nepřímo podporuje zkušenost z praxe, že děti s alergií jsou častěji nemocné než děti bez alergie.

Pečlivější diferenciální diagnostika infekce DC – virové nebo bakteriální infekce na začátku onemocnění přispěla rovněž k racionálnímu nasazování ATB ve sledovaném souboru dětských pacientů pouze v indikovaných případech.

Vyzvaná přednáška

pátek / 11. května 2018 / 10.00–10.30 hod.

Vývoj názorů na definici a patofyziologii sepse

prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc.

Klinika infekčních nemocí 3. LF UK, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Zhruba do konce 19. století byla sepsa chápána jako „otrava krve“ a toto značení se dosud udržuje mezi laickou veřejností. Po objevu bakterií se mezi lékaři rozšířila představa, že příčinou sepse jsou bakterie množící se v cirkulující krvi. I tato představa se houževnatě udržuje, přestože odpovídá skutečnosti jen výjimečně.

První moderní výklad sepse podal německý bakteriolog H. Schottmüller v roce 1914; jeho zásluhou byl doceněn význam ložiska, z něhož sepsa vychází.

Další výzkumy, vrcholící v 70. letech minulého století, ukázaly, že klinické projevy sepse jsou způsobeny masivním vyplavením endogenních prozánětlivých mediátorů, především TNF α (*tumor necrosis factor*). V roce 1991 proto byla konsenzuálně přijata definice, která sepsi představuje jako projev systémové zánětlivé odpovědi (SIRS, *systemic inflammatory response syndrome*). Hlavní příčina závažnosti této nemoci byla spatřována v generalizované poruše mikrocirkulace: vazodilatace a zvýšená permeabilita kapilár způsobí únik tekutin z krevního řečiště do intersticia; důsledkem je hypotenze, šok, pokles orgánové perfuze a posléze multiorgánové selhání. Tento patofyziologic-

Když jde o nemoci z nachlazení...

Vaši pacienti potřebují dvě věci:

**ulevit
od příznaků**

**být rychleji znovu
v akci**



Kaloba®
First choice. Fast recovery.



Zkrácená informace o přípravku KALOBA® 20 mg / 7,5 ml sirup

Složení: 100 g (= 93,985 ml) sirupu obsahuje Pelargonii sidoidis extractum fluidum (1 : 8 – 10) extrahováno ethanolem 11% (m/m) (EPs 7630), vysušený 0,2506g. *Indikace: Symptomatická léčba akutní bronchitidy nevyžadující antibiotickou léčbu. Dávkování a způsob podání: Dospělí a dospívající nad 12 let užívají 7,5 ml sirupu 3 x denně (ráno, v poledne a večer). Děti ve věku od 6 do 12 let užívají 5 ml sirupu 3 x denně. Děti ve věku 1 – 5 let užívají 2,5 ml sirupu 3 x denně. Po ústupu příznaků se doporučuje pokračovat v léčbě Kalobou sirupem ještě pár dní, aby se zabránilo návratu nemoci. Maximální ověřená délka podávání je 7 až 10 dní. Kontraindikace: hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Při těžkých onemocněních jater, jelikož nejsou k dispozici příslušné dostatečné zkušenosti. Upozornění: Podávání Kaloby 20 mg/7,5 ml sirupu dětem mladším 1 roku se vzhledem k nedostatečným zkušenostem nedoporučuje. Pacientům se doporučuje vyhledat lékaře, pokud nedojde k ústupu nebo zlepšení příznaků do 3 dnů. Pacientům se doporučuje urychleně vyhledat lékaře, pokud v průběhu léčby dojde ke zhoršení příznaků, vzestupu teploty a/nebo v případě vykašlávání hlenu s příměsí krve. Pacientům se doporučuje vyhledat lékaře, pokud se objeví příznaky jaterní dysfunkce. Pacientům s autoimunitními onemocněními, imunodeficientními stavy a/nebo s chronickými zánětlivými onemocněními je doporučeno před užíváním Kaloby konzultovat lékaře. Interakce: Žádné lékové interakce nebyly dosud hlášeny. Těhotenství a kojení: Přípravek se nesmí užívat během těhotenství a laktace, protože v této oblasti nejsou k dispozici adekvátní údaje. Nežádoucí účinky: Méně časté jsou trávicí potíže jako bolesti břicha, pálení žáhy, nevolnost nebo průjem. Vzácně se může vyskytnout mírné krvácení z dásní nebo nosu, hypersenzitivní reakce (např. kožní vyrážka, kopřivka, svědění kůže a sliznic). Uchovávání: Nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti sirupu po prvním otevření balení: 6 měsíců. Balení: sirup v balení 100 ml. Držitel rozhodnutí o registraci: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. Datum revize textu: 14.12.2015. Volně prodejný přípravek, není hrazen zdravotními pojišťovnami.



150 let
Dr. Willmar Schwabe
From nature. For Health.

Schwabe Czech Republic s.r.o., Čestmírova 1, 140 00 Praha 4
tel.: +420 241 740 447, e-mail: info@schwabe.cz, www.schwabe.cz

www.kaloba.cz

ký koncept nicméně nedokázal vysvětlit některé metabolické zvláštnosti, které v průběhu sepse pravidelně nastávají.

Poslední definice sepse z roku 2016 popisuje sepsi jako život-ohrožující multiorgánovou dysfunkci způsobenou odpovědí organismu na probíhající infekci; příčinou vysoké smrtnosti této nemoci jsou nejen hemodynamické změny, ale i metabolické selhání, k němuž dochází na úrovni buněk. Některé výzkumy v této souvislosti naznačují, že podstatou tohoto metabolického selhání je dysfunkce mitochondrií.

Nová definice sepse umožňuje nejen lepší porozumění patofyziologickým souvislostem, ale znamená i přínos pro terapii, protože ukazuje sepsi jako komplexní děj, jehož léčba vyžaduje řadu intervencí zaměřených především na odstranění příčiny (bakteriální nálože) a udržení vnitřního prostředí. Naopak snahy o cílený zásah do sítě prozánětlivých a protizánětlivých mediátorů se při současných znalostech jeví jako kontraproduktivní.

ZDROJ:

1. Beneš J. Vývoj názorů na patofyziologii sepse. Vnitřní Lékařství 2017; 63(7–8): 481–487.

Personalizovaná medicína

garantka prof. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.

pátek / 11. května 2018 / 10.50–11.30 hod.

Management obrovských pigmentových névů v anatomicky problematických lokalizacích – state of the art

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D., MUDr. Radek Lysák, MUDr. Radovan Boča, Ph.D., MUDr. Daniel Stehlík

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc

Rozsáhlé pigmentové névy představují závažný zdravotní, estetický a psychosociální problém pro dětského pacienta a jeho rodinu.

Přes výraznou osvětu přetrvává řada nejasností o závažnosti tohoto stavu, současných možnostech léčby a optimální době, kdy začít s řešením těchto stavů. Setkáváme se s nimi u laické i odborné veřejnosti.

Prezentace předkládá ucelený přehled současných chirurgických možností: prostá excize, postupná opakovaná excize, jednodobá a opakovaná tkáňová expanze, excize s krytím defektu kožními štěpy (dermoepidermálními štěpy, štěpy v plné tloušťce, expandovanými kožními štěpy) a následné korektivní výkony.

Na klinických příkladech jsou demonstrovány výsledky jednotlivých postupů, jejich výhody, nevýhody a úskalí.

Vyzvaná přednáška

pátek / 11. května 2018 / 11.30–12.30 hod.

Placebo – podvod nebo užitečný nástroj?

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., FCMA

Národní ústav duševního zdraví, Klecany

3. lékařská fakulta UK, Praha

Placebo je zpravidla medikament bez obsahu farmakologicky účinné látky. Výraz pochází z latinského verše biblického žalmu „*placebo Domino in regione vivorum*“ a původně tak byli ve Francii označováni „paraziti“ předstírající zármutek na pohřbech, aby dostali jídlo a pití. Argumenty

pro a proti použití placeba v klinickém výzkumu se pohybují ve třech rovinách: metodologické, etické a technické. Z metodologického hlediska převažuje argument, že bez zaslepené, placebem kontrolované studie nelze spolehlivě prokázat účinek nového léku. Aktivní komparátor nemusí totiž mít stabilní a spolehlivou účinnost, což snižuje výpovědní hodnotu jednotlivých studií. Naopak to, že látka B není méně účinná než látka A a látka A je účinnější než placebo, ještě neznamená, že látka B je signifikantně účinnější než placebo. Často je tedy nutné přímé srovnání s placebem. V etické rovině se upozorňuje na to, že podle Helsinské deklarace (čl. II. 3) v každé klinické studii každému pacientovi – včetně těch v kontrolní skupině, je-li jaká – musí být zajištěna nejlepší prokázaná diagnostická a léčebná metoda. Tato podmínka není placebem splněna. Není však splněna ani zkoušeným lékem, neboť ani ten není *per definitionem* „prokázanou léčebnou metodou“ (teprve se prokazuje). Tato podmínka Helsinské deklarace je tedy nesplnitelná, ledaže by se zcela zastavil jakýkoliv vývoj nových léků a zakázalo se v některých indikacích podávání i těch osvědčených, jež v nich není založeno na dostatečné evidenci, např. C-vitaminu u chřipky či acylpyrinu v prevenci cévních příhod. Střetává se zde také zájem veřejný (dokázat účinek nového léku) se zájmem individuálním (být léčen *lege artis*). V rovině technické je někdy obtížné zajistit zaslepení placeba zejména tam, kde zkoušený lék patří do skupiny látek se známými vedlejšími účinky, jako je např. parkinsonismus u antipsychotik, jejichž absence indikuje posuzovateli zařazení posuzovaného do placebové větve. Obecným problémem klinické farmakologie však je zejména skutečnost, že účinek placeba v posledních letech narůstá a v porovnání účinnosti testovaných látek s placebem se tak ztrácí signál. Podílí se na tom design studie, typ zařízení, charakteristika pacientů, faktory škálování, hodnocená proměnná (typ stupnice), typ onemocnění (bolest vs. diabetes), medikace a dávkování (častější kontakt), velikost vzorku, randomizace (regrese k průměru), kulturní souvislosti placebo odpovědi, délka studie, pravděpodobnost placeba a kvalifikace posuzovatelů. Navíc užívání placeba vzdaluje klinické studie reálnému prostředí – zejména tím, že vylučuje zařazování suicidálních, velmi těžkých, neklidných anebo na drogách závislých pacientů popř. pacientů s komorbiditami, což je obvyklá klientela v každodenní praxi. Výsledky akademického výzkumu se tak stávají obtížně interpretovatelnými a stále méně aplikovatelnými v běžné klinické praxi.

V přednášce budou též uvedeny příklady neurobiologických změn působením placeba a bude poukázáno i na transkulturní rozdíly v jeho účinnosti.

1. <http://www.hoschl.cz/EJDV>

Prevence invazivních a bakteriálních onemocnění

garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
pátek / 11. května 2018 / 14.30–15.30 hod.

Chřipka u dětí. Možnosti profylaxe a léčby

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN a LF UK v Plzni

Chřipka je akutní onemocnění dýchacích cest s častým postižením jiných orgánových systémů. Je způsobeno chřipkovými RNA viry (A, B, C). Přenos se děje kapénkovou infekcí, přímo i nepřímo. Projevuje se horečkou, celkovou schváceností, suchým dráždivým kašlem, cefaleou, artralgiemi, myalgiemi, ale nebývá rýma. Někdy může být průběh atypický. Chřipkové viry jsou geneticky nestabilní, snadno mění svou antigenní strukturu (driftové, případně shiftové změny). Chřipková epidemie probíhá v ČR ve 2 vlnách (prosinec, únor-březen), onemocní při ní až 2 mil. obyvatel a přibližně 2 000 osob chřipce podlehnou. V chřipkové sezóně se setkáváme i s dalšími respiračními viry např. rhinoviry, koronaviry, RSV, metapneumoviry a dalšími. Pro rychlou diagnostiku lze využít

průkaz antigenu, případně virového genomu v laryngeálním výtěru. K léčbě se kromě symptomatické terapie užívají inhibitory neuraminidázy. Odlišné průběhy se mohou vyskytovat např. u pandemické chřipky (2009–2010), ptačí chřipky, nebo u chřipek vyvolaných nově popsányými viry (např. H7N9). Průběh chřipky u dětí může někdy být závažný. Nejtěžší průběhy a komplikace se objevují u osob s chronickým onemocněním dýchacích cest, kardiovaskulárního systému, metabolickými chorobami a poruchami imunity. Těžké průběhy se běžně objevují i u mladých do té doby zdravých osob. Očkování spolu s obecnými protiepidemickými opatřeními (mytí rukou, jednorázové kapesníky, omezení účasti na hromadných akcích v době epidemie) mohou významně snížit výskyt a šíření sezónní chřipky v komunitě. Každoročně by se měly očkovat osoby v riziku, jejich rodinní příslušníci, malé děti, jejich rodiče, ale i ošetřující personál, který může být prostředníkem přenosu onemocnění mezi pacienty a vlastními rodinnými příslušníky.

Syndrom toxického šoku – život ohrožující infekce

MUDr. Jana Váchalová

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN a LF UK Plzeň

Syndrom toxického šoku (TSS nebo STS) je potenciálně smrtelné onemocnění způsobené bakteriálním toxinem. Různé bakteriální toxiny mohou způsobit různé formy syndromu toxického šoku. Nejčastěji způsobují TSS kmeny *Staphylococcus aureus*, produkující toxin TSST-1 (Toxic shock syndrome toxin – 1) nebo některý typ enterotoxinu. Vzácněji mohou toto onemocnění vyvolat beta-hemolytické streptokoky skupiny A, kmeny *Streptococcus pyogenes*, produkující pyrogenní toxin A nebo B. Hovoříme pak o toxic shock-like syndromu, nebo o streptokokovém syndromu toxického šoku.

Toto onemocnění může vzniknout jako komplikace prakticky jakékoli stafylokokové či streptokokové infekce, přičemž nejčastěji prokázaným toxinem je TSST-1 (Toxic shock syndrome toxin – 1), který je produkován stafylokoky. Ve více jak polovině případů se vyskytuje u dívek a žen během menstruace, popř. krátce po ní. Častěji se pak vyskytne u žen mladších třiceti let. U dospívajících dívek přes 90 % případů souvisí s použitím vaginálních tampónů. Příčin vzniku může být ale velké množství a onemocnění může postihnout nejen ženy, ale i muže a děti.

Naše sdělení formou krátké kazuistiky upozorňuje na první příznaky a závažný průběh tohoto onemocnění a klade důraz na včasné zahájení kauzální antibiotické léčby.

Onychomadéza – pozdní komplikace enterovirové infekce

MUDr. Vladislava Dubová

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN a LF UK Plzeň

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, Klatovy

Onychomadéza je definována jako proximální nezářetlivá nebolestivá separace nehtu od nehtového lůžka. Je často asociována s nemocí ruka-noha-pusa, kdy jsou změny nehtů patrné za 3–6 týdnů po odeznění typických symptomů onemocnění.

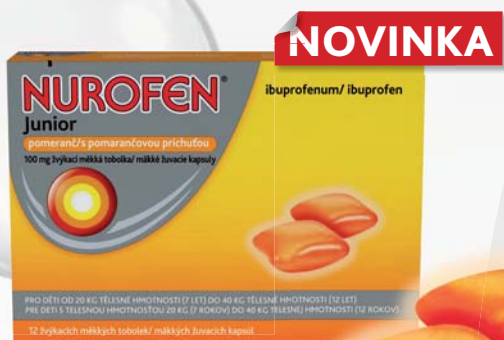
Nemoc ruka-noha-pusa (hand-foot-mouth disease) je způsobena Coxsackie viry ze skupiny enterovirů čeledi *Picornaviridae*. V ČR jde nejčastěji o coxsackie viry skupiny A (sérotyp A16, A4, A5, A6, A10) a B (sérotyp B2 a B5), které jsou rovněž vyvolavateli herpangíny. Onemocnění se šíří kapénkově, vzácněji i kontaminovanými předměty. Inkubační doba je 3–7 dní. V klinickém obraze dominuje vezikulární stomatitida s makulopapulózním až papulovesikulárním exantémem na dlaních rukou a ploskách nohou. Drobné bolestivé puchýřky se mohou šířit až po kolena či lokty, často v terénu atopického ekzému. Zpočátku onemocnění bývá teplota, dítě může pro bolest DŮ odmítat stravu, exantém trvá 7–10 dní, v Česku mívá nemoc lehký průběh. Mezi komplikace patří meningoencephalitis s možností dechového a oběhového selhání při postižení mozkového kmene, pozorovaná více v asijských zemích (sérotyp 71). Pro variabilitu etiologického agens se nemoc může opakovat.

NUROFEN[®]

pro děti



Rychlá a účinná úleva od horečky a bolesti pro děti v každém věku



NOVINKA



BEZ NUTNOSTI ZAPÍJENÍ

Pro děti od 7 let

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU PODLE SCHVÁLENÉHO SPC

Nurofen pro děti Jahoda, Nurofen pro děti 4 % Pomaranč, Nurofen Junior Pomaranč, Nurofen pro děti čípky 60 mg

Složení: Léčivá látka: suspenze pro děti Jahoda: ibuprofen 100 mg/5 ml; suspenze pro děti 4 % Pomaranč: ibuprofen 40 mg/1 ml; Junior Pomaranč: ibuprofen 100 mg v jedné žvýkací měkké tobolce; čípky: 1 čípek obsahuje ibuprofen 60 mg. Indikace: Nurofen se používá jako antipyretikum ke snížení horečky, ke zmírnění příznaků chřipky a akutního zánětu horních cest dýchacích a jako analgetikum, k úlevě od mírně až středně silné bolesti. Nurofen by se měl podávat v co nejnižší účinné dávce a po nejkratší dobu nutnou k potlačení příznaků onemocnění. Určeno ke krátkodobému užívání. Přípravky se užívají nezávisle na jídle; jestliže se objeví GI obtíže, užívat během jídla. Maximální celková denní dávka ibuprofenu je 20 - 30 mg/kg tělesné hmotnosti, podává se rozděleně do tří až čtyř dílčích dávek. Nurofen pro děti Jahoda: Suspenze k perorálnímu podání pro děti od 3 měsíců, 3 - 12 měsíců: 2,5 ml 3 x denně; 1 - 2 roky: 2,5 ml 3 - 4 x denně; 3 - 7 let: 5 ml 3 - 4 x denně; 8 - 12 let: 5 - 10 ml 3 - 4 x denně. Postvaccinační horečka: 2,5 ml; v případě potřeby možno zopakovat po 6-ti hodinách. Pro dávkování podle hmotnosti dítěte viz SPC. U dětí s hmotností nižší než 30 kg nepřekročovat dávku 25 ml (500 mg ibuprofenu) denně. Nurofen pro děti 4 % Pomaranč: Suspenze k perorálnímu podání pro děti od 6-ti let (20 kg), 20 - 29 kg (6 - 9 let): 1 x 200 mg/5 ml; pak každých 6 - 8 hodin; max. 3 x denně, 30 - 40 kg (10 - 12 let): 1 x 300 mg/7,5 ml; pak každých 6 - 8 hodin; max. 3 x denně. Nurofen Junior Pomaranč: Perorální podání. Pro děti od 20 kg (7 let) do 40 kg (12 let). Tobolky je třeba rozžvýkat a poté polknout. 20-29 kg (7-9 let): 200 mg ibuprofenu (2 tobolky), pak každých 6 - 8 hodin; max. 6 tobolek / 24 hodin. 30-40 kg (10-12 let): 300 mg ibuprofenu (3 tobolky), pak každých 6 - 8 hodin; max. 9 tobolek / 24 hodin. Nurofen pro děti Čípky 60 mg: Rektální podání, od 3 měsíců (6 kg). Maximální jednotlivá dávka ibuprofenu nemá přesáhnout 10 mg/kg tělesné hmotnosti. 6 - 8 kg (3 - 9 měsíců): 1 čípek; pak v případě potřeby další po 6 - 8 hodinách; max. 3 čípky / 24 h. 8 - 12,5 kg (9 měsíců až 2 roky): 1 čípek; pak v případě potřeby další po 6-8 hodinách; max. 4 čípky / 24 h. Kontraindikace: Hypersensitivita na ibuprofen, NSAID nebo na kteroukoli pomocnou látku; pacienti s anamnézou hypersenzitivní reakce v souvislosti s ASA nebo jinými NSAID; aktivní nebo rekurentní peptický vřed / krvácení; anamnéza GI krvácení nebo perforace v souvislosti s léčbou NSAID; cerebrovaskulární nebo jiné aktivní krvácení; závažné srdeční selhání; závažné selhání jater nebo ledvin; třetí trimestr těhotenství; u pacientů se závažnou dehydratací; neobjasněné poruchy krvetvorby. Upozornění: Respirační účinky: u pacientů, kteří trpěli nebo trpí bronchiálním astmatem, chronickou rinitidou, sinusitidou, nosními polypy nebo alergickým onemocněním, může přípravek vyvolat bronchospasmus. Jiné NSAID: Je nutné se vyvarovat souběžnému užívání ibuprofenu s jinými NSAID, včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2. Starší pacienti: nežádoucí účinky, zejména GI krvácení a perforace, se vyskytují častěji; někdy s fatálními následky. Zvláštní opatrnost je nutná u pacientů: se SLE a smíšenou chorobou pojivové tkáně; s vrozenou poruchou metabolismu porfyrinu; u onemocněním a chronickým zánětlivým onemocněním střev (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba); s anamnézou hypertenze a/nebo srdečního selhání; s poruchou funkce ledvin či jater; bronchiálním astmatem nebo alergickým onemocněním; se sennou rýmou, nosními polypy nebo chronickou obstrukční chorobou plic; poruchou krevní srážlivosti; bezprostředně po závažnějším chirurgickém zákroku. Renální účinky: dlouhodobé užívání analgetik, zvláště kombinace různých typů, může vést k trvalým poruchám ledvin s rizikem renálního selhání (analgetická nefropatie). U dehydratovaných pacientů, je nutné zajistit dostatečný přísun tekutin; zvláště u dětí se závažnou dehydratací (např. při průjmu). Epidemiologické studie nepoukazují na zvýšené riziko podání protektivní terapie (misoprostol, inhibitory protonové pumpy). Pokud se u pacienta léčeného NSAIDs objeví GI vřed, krvácení či perforace, musí být lék vysazen. Kardiovaskulární a cerebrovaskulární účinky: zahájení léčby u pacientů s anamnézou hypertenze a/nebo srdečního selhání je třeba konzultovat s lékařem. Dlouhodobé podávání ibuprofenu, obzvláště ve vysokých dávkách (2 400 mg denně) může souviset s mírným zvýšením rizika arteriálních trombotických příhod. Epidemiologické studie nepoukazují na zvýšené riziko IM při podávání nízkých dávek ibuprofenu (tj. do 1 200 mg denně). Dermatologické účinky: velmi vzácně byly ve vztahu k léčbě NSAID hlášeny závažné kožní reakce, včetně exfoliativní dermatitidy, Stevens-Johnsonova syndromu a toxické epidermální nekrolýzy, některé fatální. Nejvyšší riziko je na začátku léčby. Při prvním objevení vyrážky, mukózní lézi a/nebo jiných známek přecitlivělosti NSAIDs vysadte. Ibuprofen se nedoporučuje užívat v případě onemocnění planými neštovicemi. Funkce krevních destiček: NSAID mohou inhibovat funkci krevních destiček, proto by měly být používány s opatrností u pacientů s idiopatickou trombocytopenickou purpurou (ITP) a krvácivou diatézou. Další upozornění: Během dlouhodobého užívání vysokých dávek analgetik se mohou vyskytnout bolesti hlavy, které nesmí být léčeny vyššími dávkami. Při léčbě pacientů se srdečním selháním, nedostatečnou funkcí ledvin a jater, užívajících diuretika a po závažnějším chirurgickém zákroku, je třeba zvážit nutnost přísného sledování diurézy a funkce ledvin. U pacientů, kteří Nurofen užívají dlouhodobě, je třeba kontrolovat hematologické parametry, funkci ledvin a jater. NSAID mohou maskovat příznaky infekce a horečky. Těhotenství: Pokud to není zcela nezbytné, ibuprofen se nemá podávat během prvního a druhého trimestru gravidity. Ibuprofen je během třetího trimestru gravidity kontraindikovaný. Během krátkodobého užívání ibuprofenu v doporučeném dávkování není obvykle nutné přerušit kojení. Nurofen pro děti Jahoda a Nurofen pro děti 4 % Pomaranč: obsahuje roztok maltitolu; pacienti se vzácnými dědičnými poruchami intolerance fruktózy by neměli tento přípravek užívat; vzhledem k obsahu maltitolu může mít léčivý přípravek mírně laxativní účinek; kalorická hodnota maltitolu je 2,3 kcal/g maltitolu; sodík: 28,09 mmol sodíku v 15 ml suspenze (odpovídá 1,87 mg/ml suspenze); je nutno to vzít v úvahu u pacientů na diétě s nízkým obsahem sodíku. Nurofen pro děti Jahoda a Nurofen pro děti 4 % Pomaranč obsahuje glukózu a sacharózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázovou deficiencí nemají tento přípravek užívat. Interakce: Ibuprofen se nemá používat v kombinaci s kyselou acetylsalicylovou (ASA) nebo jinými NSAIDs včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2. Ibuprofen se má užívat s opatrností v kombinaci s následujícími přípravky: antikoagulanty, antihypertenzivy (ACE inhibitory, beta-blokátory a antagonisté angiotenzinu II) a diuretika, kortikosteroidy, antitumorálními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), kardiolglykosidy např. digoxin, litiem a fenyltonem, probencidem a sulfi nprazonem, methotrexátem, cyklosporinem, cyklosporinem, mifeprestonem, takrolimem, zidovudinem, chinolonovými antibiotiky, perorálními antidiabetiky např. sulfonylureou, aminoglykosidy, s inhibitory CYP2C9 (vorikonazol, fl ukonazol). Nežádoucí účinky (NÚ): Nejčastěji pozorované NÚ jsou GI. Mohou se objevit peptické vředy, perforace nebo GI krvácení, někdy fatální, zejména u starších pacientů. Po podání byli pozorováni také nauzea, zvracení, průjem, fl atulence, zácpa, dyspepsie, abdominální bolesti, pálení žáhy, meléna, hemateméza, ulcerózní stomatitida, exacerbace kolitidy a Crohnovy choroby a méně často byla pozorována gastritida. V souvislosti s léčbou NSAID byly hlášeny edémy, hypertenze a srdeční selhání. Další časté a méně časté NÚ jsou: poruchy CNS jako bolest hlavy, závrate, nespavost, agitovanost, podrážděnost nebo únava, tinitus, únava; alergické reakce s kožními vyrážkami a svěděním, lokalizované rektální podráždění (u čípků); urtikárie a pruritus; astmatické záchvaty, bronchospasmus, poruchy vidění. Uchovávaní: Uchovávat při teplotě do 25 °C. Držitel rozhodnutí o registraci: Reckitt Benckiser Healthcare International Ltd., 103-105 Bath Road, SL1 3UH Slough, Velká Británie. Registrační čísla: Nurofen pro děti Jahoda: 29/149/06-C; Nurofen pro děti 4 % Pomaranč: 07/968/10-C; Nurofen Junior Pomaranč: 07/642/15-C; Nurofen pro děti čípky 60 mg: 07/169/06-C. Datum revize schváleného SPC: Nurofen pro děti Jahoda: 5. 4. 2017; Nurofen pro děti 4 % Pomaranč: 22. 2. 2017; Nurofen Junior Pomaranč: 1. 3. 2017; Nurofen pro děti čípky 60 mg: 6. 3. 2015. Výdej léčivých přípravků není vázán na lékařský předpis. Přípravky nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Další informace získáte v souhrnu údajů o přípravku (SPC) nebo na adrese: Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r. o., Atrium Flora, Budo-va B, Vinohradská 2828/151, 130 00 Praha 3, Tel: +420 227 110 141. Datum vypracování materiálu: duben 2018.

Diferenciálně diagnosticky je třeba zvážit i jinou etiologii onychomadézy, například jiná virová onemocnění – varicella, skarlatina, systémová onemocnění – Kawasakiho syndrom, Stevens-Johnsonův sy., nežádoucí účinky léků – azithromycin, valproát, karbamazepin, nedostatek zinku a v neposlední řadě trauma nehtu nebo dermatologické choroby.

Onychomadéza je nezávažná komplikace coxsackie virózy, která má tendenci ke spontánní úpravě ad integrum během 1–3 měsíců. Může se projevovat na ruce i nohou, mohou být postiženy jednotlivé nehty, často jsou však postiženy všechny. Stejně jako vlastní onemocnění pusa-ruka-noha, lze i tuto komplikaci pozorovat u dospělých pacientů. Mechanismus poškození nehtového matrix není zcela jasný, předpokládá se virem indukovaný zánět nebo následné imunitní procesy.

Invazivní pneumokokové infekce v éře očkování proti nim

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Sir Almroth Wright koordinoval první studii celobuněčné **pneumokokové vakcíny** v Jihoafrické republice **již v letech 1911 do roku 1912** (1). Wright zahájil řetězec událostí, které přinesly pneumokokové vakcíny se zvyšující se klinickou a veřejně zdravotní hodnotou, jako lék vycházející z nejasného chápání bakteriální teorie onemocnění až po dnešní racionální konstrukci konjugované vakcíny.

Streptococcus pneumoniae je hlavní příčinou závažných invazivních onemocnění, jako je bakteriální pneumonie, septikemie a meningitida u malých dětí po celém světě. Odhaduje se, že 14,5 milionů případů invazivní pneumokokové nemoci (IPD) se vyskytlo globálně v roce 2000 před zavedením pneumokokových konjugovaných vakcín (PCV). Rozšířená dostupnost PCV podstatně snížila zátěž IPD, z více než 800 000 ročních úmrtí před zavedením PCV na 541 000 úmrtí v roce 2008. Přestože jsou k dispozici dvě formulace PCV pro ochranu před onemocněním, *S. pneumoniae* stále představuje významnou zátěž pro jednotlivce a zdravotní systém.

Aplikace heptavalentní pneumokokové konjugované vakcíny (PCV7) v pediatrickém imunizačním schématu dramaticky snížily výskyt pneumokokových onemocnění jak u očkováných dětí, tak u neočkovaných jedinců všech věkových kategorií. Zvýšené infekce způsobené sérotypy jiných než PCV7 však byly hlášeny několika skupinami. K překonání tohoto problému byly vyvinuty nové vakcíny zahrnující více sérotypů včetně vznikajících sérotypů. 13valentní pneumokoková konjugovaná vakcína (PCV13) v současné době pokrývá 7 sérotypů PCV7 (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F) a 6 dalších sérotypů 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A. Po prvním roce aplikací PCV13 v imunizačním schématu u malých dětí globální hodnotící studie prokázaly, že PCV13 poskytuje širší pokrytí a účinnější prevenci než PCV7 proti invazivním pneumokokovým onemocněním (IPD), pneumokokovým onemocněním sliznic (akutní záněty středouší) a „nosičů“ pneumokokových infekcí (2, 3).

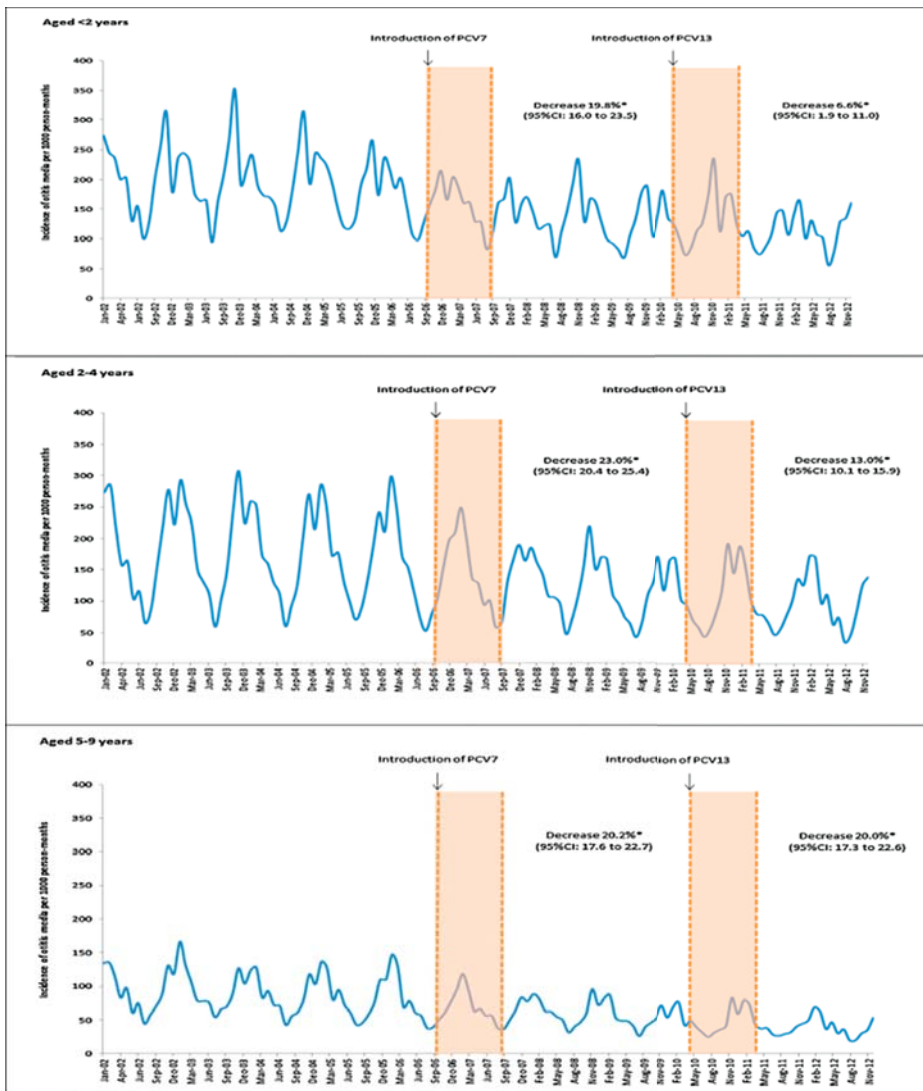
Invazivní pneumokoková nemoc (IPD)

Celková míra hospitalizace v rámci CAP byla snížena PCV7 o **78,1 %** ve srovnání s předchozím obdobím očkování a po PCV13 se zvýšila na **92,4 %**. V průběhu období 2009–2012 však byl zaznamenaný významný nárůst celkového počtu CAP způsobených sérotypy jiných než PCV13. V období po PCV13 ve srovnání s pre-PCV13 dobou došlo ke snížení počtu všech získaných komunitních pneumonií (CAP) o 16 % a ke snížení pneumokokových pneumonií až o 63 % ($p < 0,001$) v období po PCV13 ve srovnání s pre-PCV13 doba. Přestože u očkováných dětí bylo pozorováno nejvyšší snížení, významný pokles výskytu CAP byl pozorován také u starších neočkovaných dětí, což potvrdilo tzv. účinek „stáda“ (herd immunity) indukovaný pneumokokovými konjugovanými vakcínami. Kromě toho se počet případů pleurálních výpotků snížil o 53 % ($p < 0,001$) a počet CAP způsobených dalšími sérotypy PCV13 poklesl o 74 % v období po PCV13 (2).

Nasofaryngeální nosičství

Nasofaryngeální pneumokokové nosičství je považováno za předpoklad pro vznik pneumokokového onemocnění; proto je redukce výskytu pneumokokových infekcí mezi očkovánými dětmi, jejich

Obr. 1. Analýza přerušované časové řady měsíčního výskytu zánětu středního ucha po zavedení očkování PCV7 a PCV13 v letech 2002–2012 ve třech pediatrických věkových skupinách (podle Lau WCY, et al. 2015)



*Indicates significant reduction (P<0.05). The orange shades represents the transition period for PCV7 (September 2006–August 2007) and PCV13 (April 2010–March 2011).

rodinami a komunitou užitečná i pro snížení nosohltanu po PCV7. Kromě toho je sledování změn nasofaryngeálního transportu vyvolané vakcinací PCV13 důležité pro hodnocení účinnosti vakcíny (3).

Meningitida

Po zavedení PCV13 se počet případů pneumokokové meningitidy (PM) u dětí nezměnil ve srovnání s obdobím 2007–2009, i když se podíl sérotypů PCV13 významně snížil. Sérotyp 19A byl v letech 2011–2013 nejčastějším sérotypem. Antibiotická rezistence výrazně poklesla. Morbidita a míra úmrtnosti případů v důsledku PM zůstávají stále značně vysoké (4).

Zanět středního ucha – spotřeba antibiotik

Zavedením PCV7 došlo rovněž k významnému snížení ambulantních vyšetření akutních středoušních zánětů v primární péči a celkové spotřebě antibiotik (3). Podobný trend nastal i do dvou let od nahrazení PCV7 pomocí PCV13. Toto snížení bylo pozorováno nejen u dětí s podanou vakcínou, ale také u starších dětí v důsledku nepřímé ochrany (obrázek 1).

LITERATURA

1. Grabenstein JD, Klugman KP. A century of pneumococcal vaccination research in humans. Clin Microbiol Infect 2012; 18(Suppl. 5): 15–24.

2. Olarte L, Barson WJ, Barson RM, et al. Pneumococcal pneumonia requiring hospitalization in US children in the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine era. *CID* 2017; 64: 1699–1704.

3. Esposito S, Principi N. Impacts of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in children. *J Immunol Res* 2015; 2015: 591580. doi: 10.1155/2015/591580. Epub 2015 Aug 17.

4. Olarte L, Barson WJ, Barson RM, et al. Impact of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine on pneumococcal meningitis in US children. *CID* 2015; 61: 767–775.

Aktuality v pediatrii I

pátek / 11. května 2018 / 16.00–17.00 hod.

Tuky a jejich význam ve výživě dětí

RNDr. Pavel Suchánek

Institut dietologie a výživy, Praha

Správné složení tuků ve stravě dětí je zcela zásadní nejen z hlediska imunity, ale i z hlediska celkového vývoje dítěte. V současné době se odborníci shodují na doporučení omezení konzumace nasycených mastných kyselin a zejména pak trans mastných kyselin a naopak zdůrazňují nutnost navýšení příjmu omega3 mastných kyselin. Zejména na dlouhořetězcové mastné kyseliny omega3 z mořských ryb je zacílena velké pozornost odborníků, protože bylo prokázáno, že tyto mají zásadní zdravotní benefity, a jejich nedostatek je naopak velmi rizikový. EPA má výrazný protizánětlivý účinek, je tedy důležitá z pohledu imunity, DHA je zásadní z hlediska duševního vývoje dítěte. Současné výzkumy SZÚ prokázaly výrazný nedostatek zejména DHA v mateřském mléce, což by mohlo částečně vysvětlovat výrazný nárůst ADHD a souvisejících onemocnění u dětí.

Nevinný příznak, závažná diagnóza

garant prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

pátek / 11. května 2018 / 17.00–18.00 hod.

Nesestouplá testes – jen chirurgický problém?

doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.¹, doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.²,
MUDr. Kamila Michálková³

¹Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

²Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

³Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Kryptorchismus (absence alespoň jednoho varle ve skrotu) je jednou z nejčastějších vrozených abnormit u chlapců. Vyskytuje se přibližně u 2–8% zralých a až u 20% nedonošených novorozenců. U 3měsíčních chlapců je prevalence kryptorchismu 1–1,9% a v 18 měsících 0,8–1,5%. Varle může být hmatné (ektopické nebo retinované v místě svého přirozeného sestupu) nebo nehmatné (ageneze, atrofie nebo abdominální retence).

V diagnostice má největší význam pečlivé klinické vyšetření, které odliší fyziologicky retraktilní testis od polohy, kdy je varle trvale uloženo mimo skrotum a vyžaduje včasný terapeutický přístup. Zhodnocení polohy musí být provedeno již po porodu a definitivně v 6 měsících věku. Při léčbě se uplatňují dva přístupy: medikamentózní a operační. Konzervativní léčba (hormonální) pomocí lidského choriového gonadotropinu (hCG) nebo gonadoliberinu (GnRH) může mít efekt u vysoké skrotální nebo těsné supraskrotální polohy, ale podle výsledků randomizovaných klinických studií má účinnost 9–24% a nese sebou jistá rizika. Operace je ve většině případů metodou volby. Ideální věk operace je mezi 6. až 12. měsícem věku nebo okamžitě, je-li diagnóza stanovena později (např. u vzácného získaného kryptorchismu). Orchidopexi by měl provádět zkušený dětský urolog nebo chirurg.



Möller's Omega-3 rybí olej z Norska

Bohatý zdroj omega-3 EPA a DHA a vitaminů A, D a E



Imunita

Vitaminy A a D přispívají k normální funkci imunitního systému



Mozek

DHA přispívá k udržení normální činnosti mozku*



Kosti

Vitamin D je nezbytný k normálnímu růstu a vývoji kostí dětí



Srdce

EPA a DHA přispívají k normální činnosti srdce**



Zrak

DHA a vitamin A přispívají k udržení normálního stavu zraku*

Möller's Omega-3 s ovocnou příchutí

5 ml denně pro děti od 3 let

Möller's Omega-3 bez příchutě

2,5 ml denně pro děti od 6 měsíců
5 ml denně pro děti od 3 let

Velikost balení	Vystačí na	Omega 3 celkem	EPA	DHA	Vitamin D	Vitamin A	Vitamin E
250 ml	50 dní	1,2 g	0,4 g	0,6 g	10 ug (200 % RDA)	250 ug (31% RDA)	10 mg (83% RDA)

*** Příznivého účinku se dosáhne při přívodu 250 mg *DHA** EPA a DHA denně. Doplněk stravy. Neslouží jako náhrada pestré stravy. Dbejte na různorodou a vyváženou stravu a zdravý životní styl.

MÖLLER'S. Ranní dávka zdraví pro celou rodinu.

Polovina maminek má v mateřském mléce málo kyseliny dokosahexaenové (DHA) pro správný vývoj dětí!

Nedávná studie CZVP SZÚ, při které byl studován obsah mastných kyselin v tuku mateřského mléka, odhaluje, jak jsou na tom maminky a děti v ČR. V řadě případů byl zlepšení bylo na místě. (1)

Podle doporučení FAO/WHO (2), které je doloženo důkazy, je vhodné, aby mateřské mléko obsahovalo 0,2 - 0,36 % z tuku (= g/100 g tuku mléka). Jiné odborné zdroje doporučují, aby se obsah DHA v tuku mateřského mléka pohyboval dokonce mezi hodnotami 0,3 - 1,0 % (3). Z hlediska obsahu v denní dietě maminky se pro dospělé osoby obecně doporučuje denně konzumovat potraviny s obsahem celkem 250 mg EPA + DHA, u kojících maminek (ve stáří dítěte 6 - 24 měsíců) by ale toto množství mělo být navýšeno o 100 - 200 mg hotové DHA, aby se kompenzovaly ztráty oxidací a akumulací v tuku dítěte (4). Z výsledků studie, do které bylo zahrnuto 69 dárkyň mateřského mléka, vyplývá, že 50 % hodnot leží pod touto hranicí.

Doporučení FAO/WHO = alespoň 0,2 % DHA v tuku mateřského mléka.
Denní doporučená dávka DHA je 350 - 450 mg

Pravidelnou konzumací tučných ryb nebo doplněním diety kvalitním rybím tukem lze zvýšit přívod DHA na doporučenou úroveň.

Zdroj: 1) Ruprich, J. et al. Polovina maminek má v mateřském mléce málo kyseliny dokosahexaenové (DHA) pro správný vývoj dětí!, © Centrum zdraví, výživy a potravin Brno, Státní zdravotní ústav Praha, 2018; 2) FAO-WHO. Fats and fatty acids in human nutrition Report of an expert consultation. 2010, stránky <http://www.fao.org/3/a-11953e.pdf> (1.2.2018); 3) NEWMARK, L.M. a LEMAY, D.G. How Much DHA Should Be in Human Milk? International Milk Genomics Consortium. July 2014, stránky <http://milkgenomics.org/article/much-dha-human-milk/> (1.2.2018); 4) Authority, European Food Safety. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for fats, including saturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, trans fatty acids, and cholesterol. EFSA Journal. 2010, Vol. 8, 3, p. 1461 (107 pp).

Cílem včasné léčby je zabránění dlouhodobých komplikací – ochrana sperimogeneze a prevence malignity. Zvláštní pozornost patří chlapcům s oboustrannou retencí varlat a známkami hypovirilizace (mikropenis, hypospadiie), u kterých může být vrozený kryptorchismus projevem závažného onemocnění.

Renální kolika – klíč k diagnóze

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., MUDr. Dana Dostálková

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Dvanáctiletý chlapec byl odeslán k nefrologickému vyšetření pro 6 měsíců trvající intermitentní mikroskopickou hematurii (H) a leukocyturii (L). Kromě nadváhy byl klinický nález u hoča bez odchylek. Výsledky laboratorních vyšetření byly v rozmezí normálních hodnot. Jedinou abnormitou byl nález hyperechogenních pyramid ledvin při vyšetření ultrazvukem (UZ). Funkce ledvin byla normální. Při kontrole za 6 měsíců došlo u chlapce ke snížení tělesné hmotnosti, přetrvávala H, UZ nález na ledvinách byl stacionární. V rozšířeném spektru laboratorních vyšetření byla prokázána hraniční hyperkalciurie. Při následné kontrole za 3 měsíce již byla kalciurie v normálním rozmezí, zvýšeny však byly močové odpady oxalátů. Následně došlo u pacienta k pravostranné renální kolice provázené odchodem močových konkrementů (kaménky se nepodařilo zachytit, jejich analýza tak nebyla provedena). Po této epizodě byly při kontrolních vyšetření tyto změny: zvýraznění UZ nálezu na ledvinách, vč. drobných odlitkových konkrementů v obou pánevičkách; hyperkalciurie; mikroalbuminurie. S ohledem na nálezy v průběžném sledování byla provedena DNA analýza, která prokázala mutaci genu *CLCN5* a byla tak stanovena konečná diagnóza Dentovy choroby (DN). Vzhledem k tomu, že pacient pocházel z jednovaječných dvojčat, bylo molekulárně genetické vyšetření provedeno i u jeho bratra, který byl do té doby zcela asymptomatický a i u něj byla potvrzena DN.

DN je X-recesivně vázaná tubulopatie, dysfunkční je chloridový kanál *CLC5*, gen je na chromozomu Xp11.22. Choroba patří mezi vzácná onemocnění, mívá značně variabilní průběh, postižení jsou vždy jedinci mužského pohlaví. Konstantními laboratorními nálezy jsou nízkomolekulární proteinurie (U-NP), hyperkalciurie (U-Ca) a nefrokalcinóza/nefrolitiáza. Přesvědčivý průkaz U-NP a U-Ca nemusí být u některých nemocných vždy zachycen, resp. nemusí být příslušná vyšetření provedena. Není proto výjimkou, že diagnóza DN bývá opožděná. Déletrvající DN vede k dysfunkci proximální tubulu, což se zrcadlí v laboratorních nálezech odpovídajících Fanconiho syndromu. Léčba DN je pouze konzervativní – vysoký příjem tekutin, lze zkoušet podávání hydrochlorothiazidu. U většiny nemocných je nutno s délkou trvání nemoci přistoupit k litotrypsii nebo invazivnímu urologickému zákroku. Rozvoj chronického selhání ledvin u pacientů s DN není žádnou výjimkou.

Naražená noha nebo zánět kloubu?

MUDr. Martin Gregora, MUDr. Jana Svobodová

Nemocnice Strakonice, a.s.

Úrazy dolních končetin patří k nejčastějším traumatům u dětí v předškolním věku. Představujeme kazuistiku dvou chlapců (4 a 2,5 roku), kteří byli odesláni z chirurgické ambulance pro kloubní trauma k observaci. Zatímco u prvního z nich mechanismus úrazu neodpovídal RTG nálezu na kosti stydké, u druhého chlapce byl pád z dětského odrážedla předpokládanou příčinou otoku a bolestivosti kolene. Následná vyšetření prokázala purulentní kloubní zánět. V prvním případě byl původcem *St. aureus*, ve druhém pneumokok. Následná i. v. ATB léčba (clindamycin, prostaphillin, penicilin G) vedla k postupné normalizaci laboratorních známek zánětu i klinického stavu. U 4letého chlapce se stafylokokovou coxítidou byl průběh komplikován nozokomiální nákazou (rotavirová gastroenteritida). Klinický stav druhého 2,5letého pacienta s pneumokokovou gonitidou se při kauzální léčbě krystalickým penicilinem zlepšoval velmi pomalu a neochotně, byť zánětlivé parametry (CRP a PCT) celkem uspokojivě klesaly (CRP z 240 mg/l na 30 mg/l během 8 dnů). To byl, spolu s nervozitou matky

Bio-Kult®

Prémiová probiotika
pro celou rodinu



vyrobeno v UK

Farmaceutická kvalita

Vyrobeno ve Velké Británii,
firmou Protexin, dle nejpřísnějších
hygienických standardů.



originální kmeny

Jedinečné probiotické kmeny

Jedná se o originální kmeny
firmy Protexin (označení PXN),
výsledky výzkumu se vztahují pouze
a jen na tyto kmeny a žádné jiné.



desítky studií

Klinický výzkum

Výrobce se věnuje rozsáhlému
klinickému výzkumu svých produktů,
disponuje desítkami studií.

nejžádanější



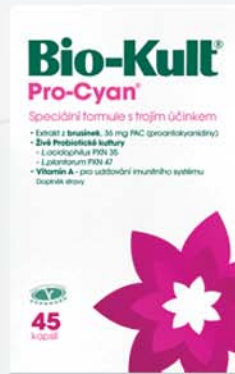
Bio-Kult 14

Originální více kmenový
přípravek, obsahující
14 kmenů živých
bakterií



Bio-Kult Infantis

Moderní více-kmenová
formule s Omega 3 a
Vitaminem D3 pro kojence,
batolata a malé děti



Bio-Kult Pro Cyan

Speciální kmeny živých
kultur, extrakt z
klikvy-amerických
brusinek a vitamin A



Bio-Kult Candéa

7 kmenů živých kultur
s extrakty z česneku
a grapefruitových
semínek



PROBIOTICS
PROVITA s.r.o.

doplňek stravy • dostupné v lékárnách nebo
on-line na: www.biokult.cz

důvod, proč jsme po konzultaci s dětským ortopedem přistoupili k následné MR levého kolenního kloubu k vyloučení osteomyelitidy.

Septické artritidy jsou v dětském věku relativně časté, především u předškolních chlapců. Je třeba na ně myslet při bolestech a otocích kloubů i po traumatech, byť nejčastější přenos infekce do kloubu je cestou hematogenní při infekcích dýchacích cest, GIT, případně kůže a s vlastním traumatem kloubu (v dětském věku tak častým) většinou nesouvisí. Léčba je dlouhodobá a vyžaduje trpělivost pacienta, rodiny i ošetřujícího personálu. Ortopedy preferovaný clindamycin je možné ve fázi normalizace laboratorních hodnot, při přechodu na perorální léčbu nahradit trimethoprim-sulfamethoxazolem (Sumetrolim), který je citlivý na nejčastější původce septické artritidy, má dobrý průnik do kloubu, praktickou aplikaci pro malé děti v sirupové formě a konečně i lepší snášenlivost při dlouhodobém podání (obvykle do 2 měsíců).

Bolesti v zádech

MUDr. Jarmila Seifertová

PLDD Kladno

OA: Z rizikové gravidity, gemini, porod S.C. pro kolizní postavení v 39 TT, ph.m 3 160 g/49 cm, OHL 34,5 cm, AS 3×9. Kojen do roku věku, očkován řádně bez komplikací. Ve 3 měsících PMV v normě, ale nápadný nárůst OHL. Odeslán neurologovi a na USG CNS, kde hraniční rozšíření SA prostor, jinak normální nález i neurologicky. Pro makrocefalii a frustní hypertonii DK odesílám v 5 měsících na CT, kde subdurální kolekce s příměsí subakutního krvácení. Na neurochirurgii v Motole vypuštěn chronický subdurální hematom. Dále již neurologicky zcela normální. Od 2 let časté respirační postižení, laryngitidy, bronchitidy obstrukční, otitidy, anginy. Ve 4 letech tonzilitis, dále infekční mononukleóza – CMV. V 5 letech na krku vpravo uzliny 3×4 cm, vyšetřován. Srovnáno za 6 týdnů bez známé etiologie. Do 9 let angina 3x ročně. Prospíval dobře, sportoval. V 11 letech mírné snížení růstové rychlosti a lehké ochlupení na mons pubis, odeslán endokrinologovi, sledován.

NO: Ve 12 letech prekolapsový stav po běhu na 1 km, vyšetřen, neurologicky norma. Při odchodu udal občas bolest v pr. boku, na bříše normální nález. Za 7 měsíců přichází se stížností na bolest v pr. boku na žebrech 2x měsíčně, spíše po sportu – florbal. Vyšetřen chirurgem v nemocnici, RHB lékařem – pro syndrom plochých zad dop. RHB. Za 5 měsíců přichází s anginou a udává, že RHB nepomohla a že ho občas bolí v pr. boku. Odeslán na USG břicha.

DG: Pravá ledvina hydronefróza.

Th: Po 3 měsících od stanovení diagnózy laparoskopická meloplastika s ponecháním stentu. Stent odstraněn za 6 týdnů.

Artritida: první příznak maligního onemocnění

MUDr. Zbyněk Novák, MUDr. Katarina Procházková,

MUDr. Barbora Ludíková, Ph.D., MUDr. Anna Medková

Hematoonkologické oddělení, DK FN v Olomouci

Akutní leukemie je nejčastější maligní onemocnění pacientů do 18 let. I přesto se lékař prvního kontaktu s takovým pacientem potká jen vzácně. První symptomy leukemie jsou navíc často nespecifické a nevedou lékaře k odeslání dítěte k hematoonkologovi. Jedním ze symptomů na počátku nemoci je bolest muskuloskeletálního systému. Ta může předcházet diagnóze leukemie či jiného maligního onemocnění i několik měsíců. Tak tomu je často u tzv. smoldering (doutnajících) leukemií. Jde o leukemie, u kterých je progresse nárůstu blastů jen pozvolná a změny v krevním obraze pak nacházíme až v dlouhém odstupu od prvních symptomů. Je-li pak dominujícím symptomem artralgie nebo artritida, může pacient skončit u revmatologa a může být léčený jako juvenilní idiopatická či jiná artritida.

V naší kazuistice chceme prezentovat jednoho takového pacienta s doutnající leukemií. S pomocí literárních údajů a našich zkušeností se pak pokusíme o analýzu klinických symptomů, laboratorních parametrů a nálezů při zobrazovacích vyšetření, které by nás mohly vést k podezření na diagnózu akutní leukemie či jiného maligního onemocnění.

SESTERSKÁ SEKCE / PÁTEK

Neonatologie 21. století

garantka Mgr. Jana Romanová

pátek / 11. května 2018 / 9.05–10.40 hod.

Rovnost práv matky a novorozence?

Jaroslava Kubesová Marková, Hana Procházková

Novorozenecká JIRP FN Olomouc

Příběh holčičky Joriky a jejího plánovaného narození doma. Co mohlo být jinak? Proč se rodiče rozhodnou k takovému kroku? Mají rodičky větší práva nežli jejich vlastní děti? Je tato volba nezbytně nutná v době vstřícnosti porodnic k alternativním metodám, v době bondingu a ambulantních porodů? A co říká současná legislativa?

Novorozenecká JIRP domovem?

Dagmar Siegelová, Martina Hertlová

Novorozenecká JIRP FN Olomouc

Je možné na oddělení novorozenecké JIRP vytvořit prostředí, které bude maximálně přátelské rodině dítěte s život limitujícím onemocněním? Ondřej byl chlapec s Rubinstein-Taybi syndromem, diagnózou náročnou na ošetrovatelskou péči, s častými náhlými změnami zdravotního stavu. Rodiče byli téměř denně přítomni na oddělení, v maximální možné míře zapojeni do péče o své dítě. Je tato cesta tou správnou? Můžeme udělat něco jinak? Lépe?

Hirschprungova choroba a co všechno může přinést

Jana Rellová, Lucie Ochmannová

Novorozenecké odd. FN Olomouc

Hirschprungova choroba (megacolon congenitum) je vrozené onemocnění, kdy v části tlustého střeva chybí gangliové buňky a nefunguje tudíž peristaltika. Vyskytuje se u jednoho novorozence na 5 000 narozených, převážně u chlapců.

Príspevek pojednává o tom, jak málo znamená, že je celé těhotenství krásné a bezproblémové. Jak důležité je objevit v plence první stoličku a jak se z pěti krásných dnů v porodnici stane půl rok plný nadějí a trápení.

... a jde to i jinak?

Ilona Antoníčková

Novorozenecké odd. FN Olomouc

Novorozenci jsou stále stejní, jen přístup nás, zdravotnického personálu, se mění. Ošetrovatelskou péči zaměřujeme více individuálně na potřeby dítěte a matky. Komfortnost přístupu se odráží na spokojenosti maminek i personálu. Prezentace informuje o aktuálních změnách ošetrovatelské péče na Oddělení fyziologických novorozenců FN Olomouc.

Multioborová péče o dětského pacienta

garantka Eva Hůlková

pátek / 11. května 2018 / 11.00–12.20 hod.

Komunikace v ordinaci PLDD

Andrea Esterková

Dětské oddělení Prostějov

Komunikace (z lat. communicare, sdílet, radit se, od communis, společný) má více významů:
Komunikace v humanitních vědách

■ dorozumívání – nejčastějším způsobem takové komunikace bývá lidská řeč a písmo

Podle prostředku komunikace:

- verbální komunikace
- neverbální komunikace
- vizuální komunikace

Podle charakteristiky:

- intrapersonální komunikace
- interpersonální komunikace
- skupinová komunikace
- masová komunikace

Komunikace v technice

- telekomunikace
- elektronická komunikace
- písemná komunikace

Komunikační kontext – vnitřní a co jej ovlivňuje.

1. Komunikace sestry s dětským klientem
2. Komunikace sestry s rodičem
3. Komunikace sestry s lékařem

GDPR – nová směrnice EU o mlčenlivosti a ochraně os. dat klientů.

Mezioborová komunikace

Mgr. Vendula Vojáková

Oddělení klinické psychologie, FN Olomouc

- Specifika komunikace s dětmi a o dětech.
- Komunikace s lidmi, kterých se péče o dětské pacienty aktuálně týká, či kteří se s pacientem setkávali v minulosti nebo s ním plánují navázat kontakt budoucí.
- Informovanost jako důležitý faktor v komunikaci s dítětem a jeho rodiči.

Mýty o fyzioterapii a ergoterapii

Mgr. Jana Kalabusová, Mgr. Eva Greplová, Mgr. Kateřina Wolfová

Oddělení rehabilitace FN Olomouc

V péči o pacienty se často mluví o multidisciplinárním přístupu. Součástí tohoto týmu je pacient a jeho rodina, lékař, ošetrovatelský personál, ale také fyzioterapeut a samozřejmě spousta dalších odborníků.

Cílem našeho sdělení je přiblížit naše profese. Fyzioterapeut může být chápán jako masér, kondiční trenér či chiropraktik. Podobně se traduje, že ergoterapie je pouze léčba prací. Rády bychom tyto mýty vyvrátily.

Photoderm

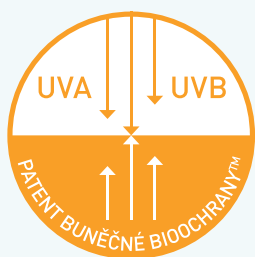
TO NEJLEPŠÍ ZE SLUNCE

DĚTEM

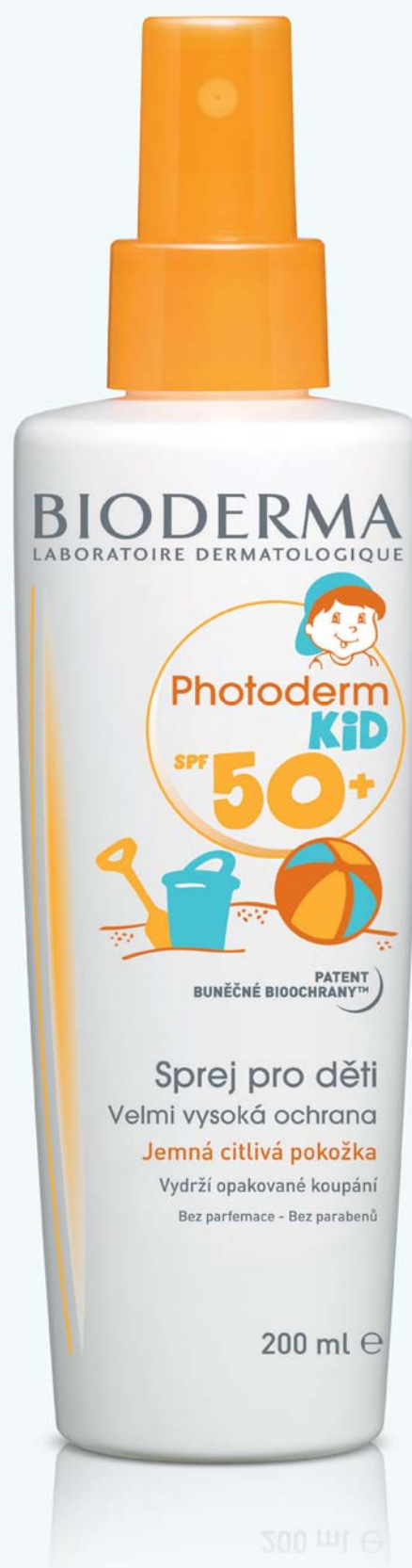
Photoderm KID Sprej SPF 50+

NEJPRODÁVANĚJŠÍ SLUNEČNÍ
OCHRANA PRO DĚTI

DOPORUČOVÁNA PEDIATRY



- VELMI VYSOKÁ OCHRANA
SPF 50+ & UVA/UVB
- HLOUBKOVÁ OCHRANA POKOŽKY,
PATENT BUNĚČNÉ BIOOCHRANY™
& PEPTID C POSILUJÍ PŘIROZENOU
OBRANYSCHOPNOST POKOŽKY
- JEDNODUCHÁ APLIKACE,
INOVATIVNÍ ULTRA LEHKÁ TEXTURA
- DLOUHOTRVAJÍCÍ OCHRANA,
VODĚDOLNÝ



BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Role zdravotně-sociálního pracovníka při péči o chronicky nemocné děti

Mgr. Dana Balutová

Sociální oddělení, FN Olomouc

Zdravotně-sociální pracovník je členem multioborového týmu pečujícího o chronicky nemocné děti. Poskytuje rodičům sociální poradenství a pomoc při zajišťování sociálních dávek, pomůcek a služeb pro zdravotně znevýhodněné děti, dávek nemocenského pojištění a zprostředkovává pomoc při zajištění péče v domácím prostředí.

Co nás překvapilo... zajímavé kazuistiky

garantka Mgr. Světlana Kašubová

pátek / 11. května 2018 / 14.00–15.40 hod.

Trombocytopenie u novorozence

MUDr. Barbora Ludíková, prof. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Přednáška se bude zabývat trombocytopenií u novorozenců, jejími příčinami, možnostmi diagnostiky a terapie. Součástí bude také prezentace kazuistiky novorozence s vrozenou trombocytopenií.

Úvod

U novorozenců se může objevit celá řada vrozených nebo získaných trombocytopenií a trombocytopenií a navíc se zde setkáváme se specifickými druhy trombocytopenií, které jsou charakteristické pouze pro toto období. Trombocyty novorozence neagregují stejně dobře jako trombocyty dospělých s většinou indukujících substancí a jsou daleko citlivější k většině léků interferujících s destičkovými funkcemi. Tento fyziologický stav většinou vymizí během prvních dvou týdnů po porodu. Novorozenci jsou ohroženi krvácením do CNS již při poklesu trombocytů pod $30 \times 10^9/l$, přičemž největší nebezpečí hrozí při porodu.

Pacient

Popisujeme případ novorozeného chlapce, u kterého se objevila trombocytopenie ($17 \times 10^9/l$) ihned po porodu. Vzhledem k nejasné etiologii trombocytopenie a nálezu i mírné neutropenie podstoupil punkci kostní dřeně, kde byly popsány četnější megakaryocyty, mladší, neodštěpující se destičky, granulopoeza a erytropoeza byla bez výraznějších odchylek. U dítěte se během několika dní rozvinul kožní ekzém a zvětšila se velikost trombocytů, v této souvislosti bylo myšleno na možný Wiskottův-Aldrichův syndrom (WAS) a doplněno i imunologické vyšetření, kdy ale laboratorní známky humorálního imunodeficitu popisované u WAS nebyly nalezeny. I přesto byla provedena genetická analýza a prokázána kauzální mutace pro diagnózu WAS- p.Leu 15ThrsX80-exon 10. Stav chlapce byl komplikován krvácením z GIT a z ekzému. Během hospitalizace, než podstoupil kauzální léčbu transplantací kmenových buněk, trvale vyžadoval substituční terapii trombocyty a byl léčen vysoko dávkovanými imunoglobuliny.

Závěr

Trombocytopenie u novorozence je poměrně častým klinickým problémem, který může mít řadu příčin a některé z nich mohou být pro pacienta život ohrožující. Správná diagnostika je tedy naprosto nezbytná pro další terapii dítěte a jeho prognózu.

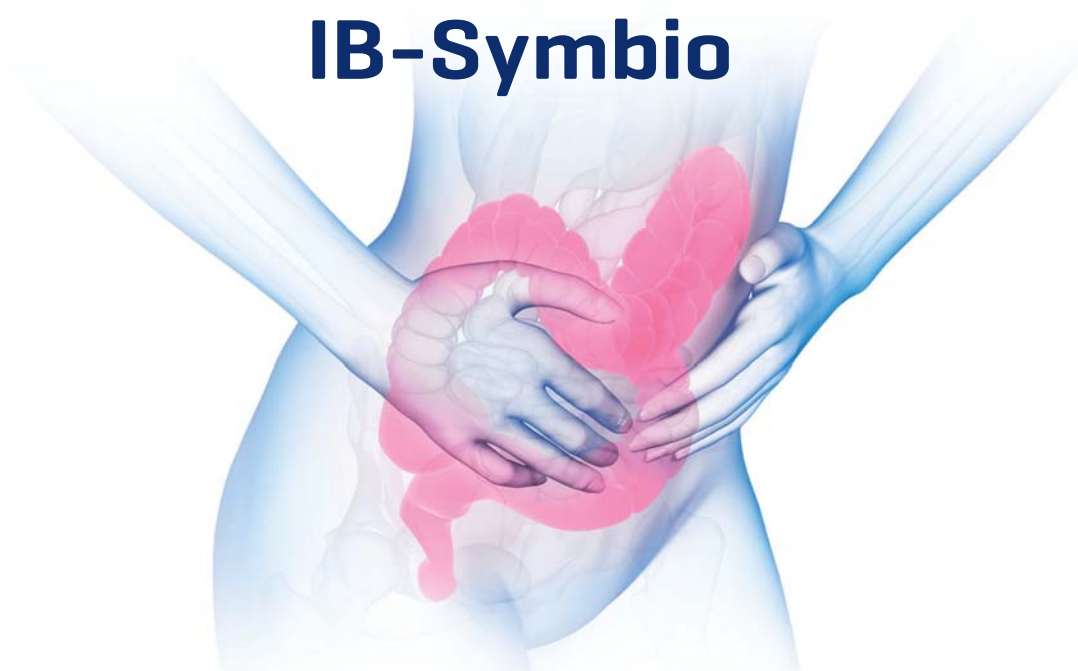
Dedikace grantu: IGA-LF-2018-043

INOVACE

NOVÁ SPECIÁLNĚ VYVINUTÁ ŘADA

BIOPRON®

IB-Symbio



Vyvinuto ve spolupráci s předními gastroenterology.



BIOPRON® IB-Symbio + VLÁKNINA

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Rozpustná vláknina (psyllium).
- Prebiotická vláknina (inulin).



BIOPRON® IB-Symbio + S. BOULARDII

- Komplex probiotických bakterií (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus rhamnosus).
- Saccharomyces Boulardii.
- Fruktooligosacharidy.



BIOPRON® IB-Symbio + ENZYMY

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Trávicí enzymy (amyláza, lipáza, proteáza).
- Fruktooligosacharidy.



» ABSTRAKTA

RESUSCITAČNÍ PÉČE U DĚTÍ A KRITICKÉ STAVY V DĚTSKÉ HEMATOONKOLOGII

Co se nám podařilo a co nám udělalo velkou radost?

Hana Nemerádová, Pavla Medková, Hanka Švestková

Dětská klinika, FN Olomouc

Během prezentace budou posluchači seznámeni s prací a *mimošetrivatelskou* činností na hemato-onkologickém oddělení Dětské kliniky v Olomouci. Prezentace bude doplněna video prezentací.

Malý pacient a EDK

Stanislava Weinlichová

Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Olomouc

Přednáška seznamuje posluchače se základními pojmy epidurální analgezie. Mou snahou bylo vytvořit alespoň malé vodítko v péči o epidurální katétr malého pacienta. Nebát se neznámého. Také kvalitní spolupráce a komunikace mezi dvěma obory – anestezií x pediatrií je výzva. Společným výsledkem je spokojené dítě bez bolestí.

Nikdy nelituj rána, které přináší námahu a práci Je tak hezké starat se o lidi, kteří Ti lásku vrací

Lenka Szarowská, Pavla Medková, Eva Hůlková, Iveta Poislová

Dětská klinika, FN Olomouc

Během prezentace budou posluchači seznámeni se zajímavou kazuistikou chlapce s onemocněním leukemie. Prezentace bude doplněna videoprezentací.

Škola jako lék

Mgr. Zuzana Ryjáčková

učitelka na Základní škole a Mateřské škole při FN Olomouc

Přítomní se seznámí s charakteristikou školy při nemocnici, která je již 60 let součástí Dětské kliniky FN Olomouc. V rámci prezentace získají posluchači rámcový přehled o práci speciálních pedagogů v denním režimu hospitalizovaného dítěte, o spolupráci pedagoga se zdravotníky a s rodinou žáka. Školní rok v nemocnici není jen o výuce, ale také o mimoškolních aktivitách, které škola hospitalizovaným dětem nabízí.

Resuscitační péče u dětí a kritické stavy v dětské hematoonkologii

garantka Hana Ptáčková

pátek / 11. května 2018 / 16.00–17.20 hod.

Nečekaná komplikace zubního kazu

Mgr. Hana Hejtmanová, Ivana Müllerová

Dětská klinika, FN Olomouc

Vzácný rozsáhlý absces mozku u pětiletého dítěte, jehož původ překvapivě souvisel s kariézním chrupem. Celosvětově bylo popsáno jen několik podobných případů.



BEXSERO ▼

vakcína proti meningokokům skupiny B
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)

Od PRVNÍCH KRŮČKŮ k PRVNÍM SCHŮZKÁM

Pomozte ochránit své pacienty proti MenB!
Vakcína BEXSERO je indikována k imunizaci
proti MenB již od 2 měsíců věku.²

Nejvyšší
riziko MenB*
je u dětí do
1 roku.¹

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích. Neočekává se, že přípravek Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B.

1. Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2017; 26(2): 60–66. 2. SPC Bexsero 18. 9. 2017.

*Meningokokové onemocnění séro skupiny B.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky

Název přípravku: Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná) **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp *N. meningitidis* B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PorA P1.4 25µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B.

Dávkování a způsob podání: Kojení (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami a s první dávkou podanou ve 2 měsících věku; booster mezi 12 a 15 měsíci věku. Neočkovaní kojení (6–11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Neočkované děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou od 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Dospívající (staří 11 let) a dospělí – dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoideus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevyšuje riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, af už z důvodu imunopresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sleziny. * Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, acelulární pertuze, *H. influenzae* typu b, inaktivovaná poliomyelitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a CRM konjugovaná vakcína proti meningokokům skupiny C.* **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, horečka ($\geq 38^\circ\text{C}$), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie; citlivost, erytém, otok, indurace a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum revize textu:** 18. 9. 2017. **Registrační čísla:** EU/11/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění (s výjimkou rizikových skupin). Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendum.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 12. 2. 2018. *Prosím, všimněte si změny SPC.



GSK s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00, Praha 4,
tel.: +420 222 001 422, fax: +420 222 001 444, www.gsk.cz.

CZ/BEX/0011/17(2)
Schváleno 02/2018

Intoxikace u dětí aneb inzulin může i škodit**Helena Dvořáková, Lenka Urbášková**

JIRP, Dětská klinika FN v Olomouci

Tématem je intoxikace u dětí z obecného hlediska a kazuistika u chlapce, který si záměrně a pravidelně aplikoval inzulin pro jeho anabolický účinek.

Ošetrovatelská péče o dívku s metylmalonovou acidurií**Bc. Taťána Hanousková**

Dětská klinika, FN Olomouc

V současné době je známo více než 900 typů dědičných metabolických poruch (DMP). Závažnost klinických příznaků závisí na typu DMP. Příznaky onemocnění se často manifestují již v raném věku.

Kazuistika se bude věnovat dívce s metylmalonovou acidurií, což je porucha metabolismu bílkovin. Vede k hromadění kyseliny metylmalonové s následnými poruchami mozku a opožděním psychomotorického vývoje. Hlavními symptomy tohoto onemocnění jsou metabolická acidóza a hyperamonemie. Důležitou součástí léčby je spolupráce s matkou, její zaučení v péči o dceru se speciální nízkobílkovinnou dietou.

Role peera ve zdravotnictví**Hana Ptáčková**

Dětská klinika FN v Olomouci

Profese zdravotníka je velmi náročná a mnohé složité situace na nás mají negativní dopad. Proto poskytnutí psychosociální intervenční služby, obvykle peerem, přináší velmi pozitivní a žádoucí efekt.

Tématem přednášky je seznámit odbornou i laickou veřejnost s tím, co je SPIS (Systém psychosociální intervenční služby), peer, intervent a možnosti jejich využití v praxi.

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SOBOTA**Od titritid k CRPitidám**

garantky MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.,

MUDr. Václava Adámková

sobota / 12. května 2018 / 9.00–10.00 hod.

Od titritid k CRPitidám**MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.²**¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP, Olomouc²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha

Stanovení titru protilátek proti různým infekčním agens patří k tzv. nepřímým průkazům infekční etiologie onemocnění, bohužel velmi často jsou pozitivní výsledky sérologického vyšetření přeceňované, většinou pro nedostatek jiných objektivních údajů, a pacientovi jsou nasazena antibiotika, aniž by onemocnění bylo řádně verifikováno. Jedním z dalších biomarkerů, který se často používá k ověření přítomnosti bakteriální infekce je stanovení C-reaktivního proteinu (CRP). Je třeba si uvědomit, že elevace CRP ale nemusí znamenat vždy bakteriální infekci, ke zvýšení CRP dochází i z neinfekčních příčin, jako následek systémové zánětlivé reakce. V systémovém

zánětu CRP nediferencuje typy zánětu, nemá vztah k mortalitě ani nerozliší tíži stavu. Mnohem větší význam má monitorování hladin prokalcitoninu, který reaguje dříve na infekční podnět než CRP. Na kazuistikách z klinické praxe budou interaktivní formou přiblížena úskalí diagnostiky infekčního onemocnění a zahájení antibiotické léčby. Izolovaný vzestup CRP bez korelátu v klinické odpovědi není dostatečným důvodem pro zahájení antibiotické terapie. Z praktického hlediska má význam monitorace dynamiky změn CRP ve vztahu k hodnocení úspěšnosti antibiotické léčby, resp. jejího ukončení.

LÉČEBNÉ LÁZNĚ LÁZNĚ KYNŽVART



Jediné rodinné lázně v České republice.

LÉČENÉ INDIKACE DĚTÍ

XXIII Nemoci trávicího ústrojí

- XXIII / 1 Onemocnění jícnu, žaludku a dvanáctníku
- XXIII / 2 Onemocnění střev
- XXIII / 3 Onemocnění jater
- XXIII / 4 Onemocnění žlučníku a žlučových cest
- XXIII / 5 Onemocnění pankreatu

XXIV Nemoci a poruchy výměny látkové, žláz s vnitřní sekrecí a obezita

- XXIV / 2 Obezita spojená s dalšími rizikovými faktory
- XXIV / 3 Thyreopatie, stavy po operacích štítné žlázy

XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí

- XXV / 1 Recidivující komplikovaná otitis po operačním řešení
- XXV / 2 Chronická nebo recidivující bronchitis
- XXV / 3 Stav po opakovaném zánětu plic v průběhu posledních 2 let
- XXV / 4 Bronchiektasie
- XXV / 5 Asthma bronchiale
- XXV / 6 Stavy po operacích cest dýchacích a malformací hrudníku

- XXV / 7 Cystická fibróza. Intersticiální plicní fibróza. Sarkoidóza plic.

XXVII Nemoci pohybového ústrojí

- XXVII / 6 Morbus Scheuermann
- XXVII / 7 Vertebrogenní algický syndrom

XXVIII Nemoci močového ústrojí

- XXVIII / 1 Recidivující nebo vleklé záněty ledvin a močových cest
- XXVIII / 2 Urolitiáza in situ po spontánním odchodu konkrementu, odstranění
- XXVIII / 3 Stavy po operacích močového ústrojí mimo urolitiázu
- XXVIII / 4 Chronická difusní GN, lipidní nefróza, nefropatie ve stadiu remise
- XXVIII / 5 Stavy po transplantaci ledvin
- XXVIII / 6 Funkční poruchy mikce

XXX Nemoci kožní

- XXX / 1 Psoriasis vulgaris
- XXX / 2 Chronické a recidivující ekzémy, včetně atopického. Chronické prurigo.



**LÉČEBNÉ LÁZNĚ
LÁZNĚ KYNŽVART**

Lázeňská 295, 354 91 Lázně Kynžvart

tel.: +420 354 672 111

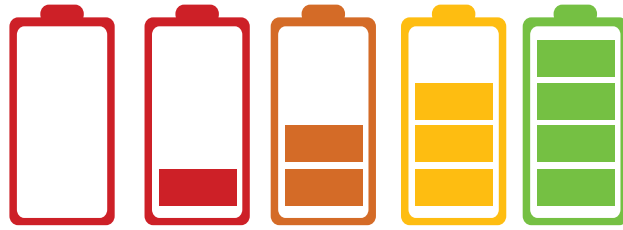
e-mail: recepce@lazne-kynzvart.cz www.lazne-kynzvart.cz



Doplněk stravy

**- sirup
- kapsle**

**DOBIJTE SI
AKUMULÁTOR
VAŠÍ IMUNITY!**



Immun44®

Stále více lidí trpí neobvykle často nachlazeními, a to nejen v typických dobách vyššího výskytu nachlazení v zimě. Mnozí z nás, především děti a starší lidé, se prokýchávají a postonávají od jedné infekce k další. Vyvážená a pestrá výživa je předpokladem dobrého stavu našeho imunitního systému. Často se však zapomíná na to, že čerstvé potraviny obsahují v současné době méně vitálních látek, než tomu bylo ještě před 50 lety. Pokud v naší výživě dlouhodobě chybí určité mikroživiny jako vitamíny, minerální látky a stopové prvky, imunitní systém již nemůže podávat dostatečný výkon a reaguje přetížením a riziko infekce se zvyšuje. V dobách, kdy je tělo vystaveno mimořádně velkým zatížením (např. ve stresových situacích, chladných ročních dobách a ve chřipkových obdobích), spotřebovává podstatně více těchto mikroživin.

Imunitní ochrana pro velké i malé

Skalní růže, rostlina *Cistus incanus* ssp. *creticus* je již od antických dob známa v přírodním lékařství pro své výborné vlastnosti. Extrakt z této rostliny je komplexní směsí takzvaných polyfenolů. Slouží stejně jako vitamíny, minerální látky a stopové prvky k zásobování imunitního systému. Doplněk stravy **Immun44®** ve formě kapslí a sirupu obsahuje rostlinnou látku **PLANTOVIR®**, přírodní vitamíny **PHYTO-PANMOL®** a vysoce cenný komplex mikroživin.

Preparát získáte bez receptu v každé lékárně.

**Pro celou
rodinu!**



www.immun44.cz

OLOMOUC

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXXV. dny praktické a nemocniční pediatrie

11.–12. května
2018

Clarion
Congress Hotel
Olomouc

HLAVNÍ PARTNEŘI

NUTRICIA

Shire

PARTNEŘI

Akacia Group, s. r. o.

ALERE s. r. o.

Angelini Pharma Česká republika s. r. o.

APOTEX (ČR), spol. s r. o.

EWOPHARMA, spol. s r. o.

FAGRON a. s.

FERRING Pharmaceuticals CZ s. r. o.

GlaxoSmithKline, s. r. o.

GOLDIM spol. s r. o.

Hamé s. r. o.

Léčebna Dr. L. Filipa, s. r. o.

Léčebné lázně Lázně Kynžvart

LEO Pharma s. r. o.

Linde Gas a. s.

L'ORÉAL Česká republika s. r. o.

MARK DISTRI, spol. s r. o.

Mary Kay (Czech Republic), s. r. o.

Medingo s. r. o.

Merck Sharp & Dohme s. r. o.

Merck spol. s r. o.

NAOS CZECH REPUBLIC s. r. o.

Nutricia a. s.

**Odborný léčebný ústav Metylovice,
Moravskoslezské sanatorium, příspěvková organizace**

PROBIOTICS PROVITA s. r. o.

Qpharma s. r. o.

R.K Studio

Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r. o.

RosenPharma a. s.

sanofi-aventis, s. r. o.

Schwabe Czech Republic s. r. o.

STADA PHARMA CZ s. r. o.

SWISS PHARMA, spol. s r. o.

VEGALL Pharma s. r. o.

VITANA, a. s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatric
pro praxi**

GRADA

GALEN

maxdorf

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

Hamánek®

péče v každé lžičce

Vyvážená strava dětí v prvních měsících ovlivňuje zdraví dítěte po celý další život.



Svým maličkým chceme dát to nejlepší.

Pro příkrmy Hamánek proto vybíráme nejvyšší kvalitu zeleniny a ovoce od prověřených zemědělců a maso z kontrolovaných chovů. A navíc, abychom zajistili správné a vyvážené složení jednotlivých receptur, spolupracujeme s vámi pediatry a odborníky na výživu dětí.

S každou lžičkou Hamánka tak děti získávají to nejcennější z přírody a vy si můžete být jistí, že dostávají s maximální péčí to nejlepší pro svůj správný růst a vývoj. Hamánek příkrmy můžete s čistým svědomím doporučovat.

NOVINKA
POMŮŽE DODAT
DENNÍ DÁVKU OVOCE
A ZELENINY

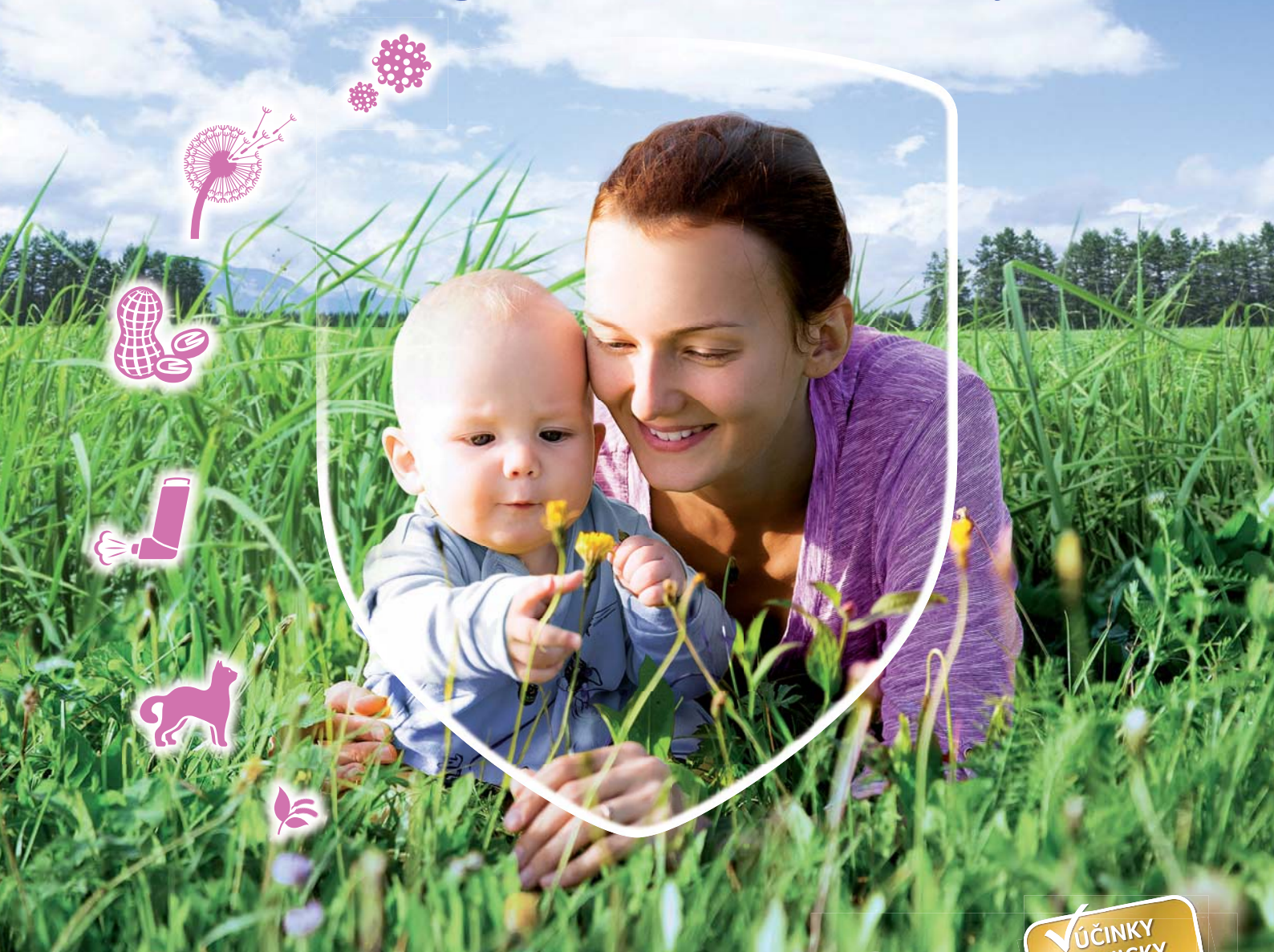


OVOCNO-ZELENINOVÁ svačinka

- ✓ 100% ovoce a zeleniny
- ✓ bez přidaného cukru*, bez lepku
- ✓ obohaceno o vitamin C a železo
- ✓ bez konzervantů, aromat a barviv**

* obsahuje přirozeně se vyskytující cukry,
** dle zákona pro kojeneckou výživu

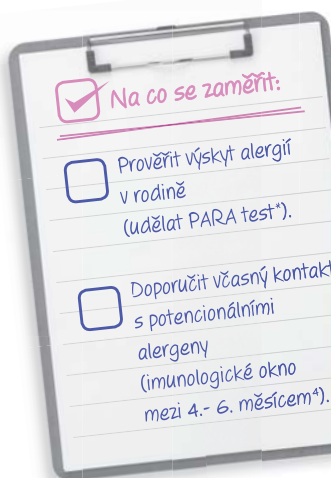
Řešte alergie dříve než se objeví!



✓ **VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY¹⁻³**

Když výživa mateřským mlékem není možná...

- ✓ Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1) inspirovaná mateřským mlékem
- ✓ Částečně hydrolyzovaná bílkovina pro minimální styk s antigeny



...spolehněte se na Nutrilon HA.

***PARA test** = Test Pozitivní Alergologické Rodinné Anamnézy. Podklady pro test a jeho vyhodnocení poskytl MUDr. Martin Fuchs. K dispozici u obchodního zástupce společnosti Nutricia případně na infolince.

1. Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929). 2. Arsanoglu S. Moro GE. Schmitt J. Tandoi L. Rizzardi S. Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008, 138, 1091-5. 3. Boyle RJ. et al., Prebiotic-supplemented partially hydrolysed cow's milk formula for the prevention of eczema in high-risk infants: randomized controlled trial. Allergy 2016;71:701-710. 4. Fewtrell M., et al., Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 64(1):119-132,1/2017.

Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravinová pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.nutriklub.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2018.