

Pediatric

PRO PRAXI

Suppl. A
2011

www.solen.cz

ISSN 1803-5892

ROČNÍK 12.

Abstrakta

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

27.–28. května 2011, Hotel NH Olomouc Congress

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

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Hamánek®

KOJENECKÁ VÝŽIVA

BEZ PŘIDANÉHO CUKRU



BabySmoothies

DEMINERALIZOVANÁ
syrovátka

BEZ PŘIDANÉHO
CUKRU

BabySmoothies s demineralizovanou syrovátkou neobsahují žádný přidaný cukr. Důvodem pro jejich sladounkou chuť je právě použitá syrovátka, která se po zbavení hořkých solí stává lahodně sladkou.

BabySmoothies
s demineralizovanou
syrovátkou

	od dokončeného měsíce	gramůž	bez přidaného cukru	bez umělých aromat	bez umělých barviv	bez chemických konzervantů	bez lepku	bez mléčné složky	obohaceno vitaminem C	reguluje stolicí	změkčuje stolicí	zpevňuje stolicí
s jablky	5.	250g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s meruňkami	5.	250g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s lesními plody	5.	250g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



HAPPYFRUIT
100% OVOCE

Díky 100% podílu sladších odrůd ovoce není do těchto kojeneckých výživ již přidáván ani gram cukru nebo sladidla.

	od dokončeného měsíce	gramůž	bez přidaného cukru	bez umělých aromat	bez umělých barviv	bez chemických konzervantů	bez lepku	bez mléčné složky	obohaceno vitaminem C	reguluje stolicí	změkčuje stolicí	zpevňuje stolicí
Happyfruit 100% ovoce			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s broskvemi a banány	4.	190g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s jahodami a meruňkou	4.	190g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s meruňkami a broskví	4.	190g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NOVINKA banán	4.	190g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



Svačinka
100% OVOCE

Hamánek Svačinka 100% ovoce v balení vhodném na cesty, výlety, hřiště, prostě tam, kde oceníte především lehkost a nerozbitnost.

	od dokončeného měsíce	gramůž	bez přidaného cukru	bez umělých aromat	bez umělých barviv	bez chemických konzervantů	bez lepku	bez mléčné složky	obohaceno vitaminem C	reguluje stolicí	změkčuje stolicí	zpevňuje stolicí
Svačinka 100% ovoce			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
se švestkami - 100% ovoce	4.	2x 130 g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s jablky a hruškami - 100% ovoce	4.	2x 130 g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
s jablky a banány - 100% ovoce	4.	2x 130 g	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



POŘADATEL

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

PREZIDENT

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Blanka Brůnová, CSc.
MUDr. Hana Bučková, Ph.D.
Bc. Světlana Kašubová
doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D.
MUDr. Vladimír Němec, Ph.D.
MUDr. Jan Pajerek
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
MUDr. Jarmila Seifertová
doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.
MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.
doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, CSc.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Veronika Ješátková

tel.: 582 396 038

mob.: 777 557 415

e-mail: jesatkova@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Iva Daňková

tel.: 582 397 407

mob.: 777 557 411

e-mail: dankova@solen.cz

Olomouc 27.–28. 5. 2011

Hotel NH Olomouc Congress

Účast na akci bude v rámci postgraduálního vzdělávání
ohodnocena 17 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry a klinické psychology.

Supplementum A Pediatrie pro praxi

Registrace MK ČR pod číslem E 10014

PEDIATRIE PRO PRAXI – KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

Citační zkratka: Pediatr. praxi; 12 (Suppl. A). ISSN 1803-5892

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

Časopis je excerptován do Bibliographia Medica Czechoslovaca, EMBASE, Scopus
a zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SÁL EVROPA

PÁTEK 27. KVĚTNA

7.30 Registrace

8.30–8.45 Zahájení

8.45–10.15 PSYCHIATRIE / garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

- Konziliární pedopsychiatrie – Hunková M.
- Poruchy příjmu potravy v adolescenci – Stárková L.
- Psychoterapie v pedopsychiatrii – Theiner P.
- Deprese v dětském věku – Dudová I.

10.15–10.30 Přestávka

10.30–12.00 DĚTSKÁ DERMATOLOGIE / garant: MUDr. Hana Bučková, Ph.D.

- IP ►
- Virové exantémy u dětí – Polášková S.
 - Puchýřnatá onemocnění v prvním roce života – Bučková H.
 - Současné možnosti vyšetření a terapie hemangiomů – Faberová R., Charvátová M., Zapletal O., Feit J.
 - Léčba kortikosteroidními externy v kojeneckém a dětském věku – Čapková Š.
 - Psychosomatický přístup a možnosti psychoterapie v dětské dermatologii – Pilát M.

12.00–12.20 Sympozium Nutricia – Funkční gastrointestinální obtíže v kojeneckém věku a jejich řešení – Frühauf P.

12.20–12.50 Sympozium MSD s občerstvením

- Desloratadin v léčbě alergické rýmy u dětí – Bystron J.
- Rotaviry – Ambrožová H.

12.50–13.20 Sympozium Pfizer s občerstvením

- Pneumokoková onemocnění a možnosti prevence – Petroušová L.

13.20–13.30 Přestávka

13.30–15.00 PŘEDNEMOCNICNÍ NEODKLADNÁ PÉČE / garanti: doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D., MUDr. Jan Pajerek, MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.

- Respirační selhání v přednemocniční péči – Pajerek J.
- Život ohrožující infekce a sepse v přednemocniční péči – Wiedermann J.
- Změny krevního oběhu a šok v přednemocniční péči – Kobr J.
- Přednemocniční pediatrická urgentní a neodkladná péče: panelová diskuze

15.00–15.20 Sympozium Hamé: Základem zdravého vývoje je vyvážená strava již od dětství – Novotná M.

15.20–15.40 Přestávka

15.40–16.45 POCHYBENÍ V PRAXI – OPRAVENÉ DIAGNÓZY / garanti: MUDr. Jarmila Seifertová, MUDr. Vladimír Němec, Ph.D.

- Errare humanum est – Doležel Z.
- Váhový úbytek u 14letého chlapce – Gut V., Kočí T., Zikán J.
- Rýma – Seifertová J.
- Důslednost se vyplácí – Roškotová O.
- Nikdy nekončící příběh – Letáková H.

- IP ►
- Chvilkové bolesti končetin – proč? – Němec V., Munzar P., Sedláčková J.

Předání 1. ceny soutěže o nejlepší kazuistiku publikovanou v Pediatrii pro praxi v roce 2010

16.45–17.05 Přestávka

17.05–17.30 Sympozium Hipp: Nové trendy v kojenecké výživě – Frühauf P.



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Podpora vzdělávání vědeckých pracovníků z oblastí molekulární onkologie
reg. č.: CZ.1.07/2.3.00/09.0089

SATELITNÍ SYMPOZIUM MOLONKOL NA KONGRESU PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER – XXIX. DNEH PRAKTICKÉ A NEMOCNICNÍ PEDIATRIE
17.30–19.00 VYUŽITÍ MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ DĚTSKÝCH ONEMOCNĚNÍ

- Buněčná imunoterapie – Michálek J.
- Přínos molekulární genetiky v diagnostice vrozených syndromů selhání kostní dřeně – Pospíšilová D.
- Metabolomika a její přínos pro diagnostiku vrozených metabolických poruch – Adam T.
- Možnosti využití proteomiky v diagnostice – Džubák P.
- Poruchy lipidového a oxidačního metabolismu u cystické fibrózy a jejich translace do klinické praxe – Kopřiva F.

TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

AERIUS[®]

desloratadinum

dostupný ve formě perorálního
roztoku a nových tablet
dispergovatelných v ústech¹

Od 12 let¹

6–11 let¹

1–5 let¹



Zkrácená informace o léčivém přípravku Aeries 5 mg potahované tablety, Aeries 5 mg tablety dispergovatelné v ústech, Aeries 0,5 mg/ml perorální roztok

Léčivá látka: Potahované tablety: Desloratadinum 5 mg v jedné tabletě. Tablety dispergovatelné v ústech: Desloratadinum 5 mg v jedné tabletě dispergovatelné v ústech. Perorální roztok: Desloratadinum 0,5 mg/1 ml perorálního roztoku. **Indikace:** Zmírnění příznaků spojených s alergickou rýmou a s urtikárií. **Dávkování a způsob podání:** Aeries se může užívat bez ohledu na dobu jídla. **Potahované tablety:** Dospělí a mladiství (od 12 let výše): jedna tableta jedenkrát denně. **Tablety dispergovatelné v ústech:** Dospělí a mladiství (od 12 let výše): jedna tableta jedenkrát denně. **Perorální roztok:** Děti od 1 do 5 let: 2,5 ml (1,25 mg) jednou denně; Děti od 6 do 11 let: 5 ml (2,5 mg) jednou denně; Dospělí a mladiství (od 12 let výše): 10 ml (5 mg) jednou denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, kteroukoli pomocnou látku, nebo na loratadin. **Interakce:** V klinickofarmakologické studii, v níž byl Aeries podáván současně s alkoholem, nebyla pozorována potenciace negativních účinků alkoholu na výkonnost. **Upozornění:** Se zvýšenou opatrností je nutné postupovat při podávání pacientům se závažnou renální nedostatečností. **Potahované tablety:** Účinnost a bezpečnost přípravku Aeries tablety u dětí mladších než 12 let nebyly dosud stanoveny. **Tablety dispergovatelné v ústech:** Účinnost a bezpečnost přípravku Aeries 5 mg tablety dispergovatelné v ústech u dětí mladších než 12 let nebyly dosud stanoveny. Obsahuje fenylalanin. **Perorální roztok:** Účinnost a bezpečnost přípravku Aeries perorální roztok u dětí mladších než 1 rok nebyly dosud stanoveny. Obsahuje sorbitol. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky u dospívajících a dospělých, vyskytujícími se častěji ve srovnání s podáváním placeba, byly únava, sucho v ústech a bolesti hlavy. Další nežádoucí účinky byly pozorovány v nižších frekvencích. V klinických studiích u dětské populace byl desloratadin ve formě sirupu podáván dětem ve věku 6 měsíců až 11 let. Celková incidence nežádoucích příhod u dětí ve věku 2 až 11 let byla u skupiny s desloratadinem a u skupiny s placebem podobná. U kojenců a batolat ve věku 6 až 23 měsíců byly nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami vyskytujícími se častěji než u placeba průjem, horečka a nespavost. V další studii nebyly u subjektů mezi 6 a 11 lety po jednotlivé dávce 2,5 mg desloratadinu perorálního roztoku zaznamenány žádné nežádoucí účinky. **Léková forma:** Potahované tablety/ Tablety dispergovatelné v ústech/ Perorální roztok. **Uchovávání:** V původním obalu. **Potahované tablety:** Při teplotě do 30 °C. **Perorální roztok:** Chraňte před mrazem. **Balení:** Potahované tablety: 10, 30, 50 a 90 tablet. **Tablety dispergovatelné v ústech:** 30 tablet dispergovatelných v ústech. **Perorální roztok:** Lahvička po 60 ml nebo 120 ml s odměrnou lžičkou. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SP Europe, Rue de Stalle 73, B-1180 Bruxelles, Belgie. **Registrační čísla:** Potahované tablety: EU/1/00/160/006, 011, 012, 036. **Tablety dispergovatelné v ústech:** EU/1/00/160/056. **Perorální roztok:** EU/1/00/160/063, 065. **Datum poslední revize textu:** 23. března 2010. **DŘÍVE NEŽ PŘÍPRAVEK PŘEDEPÍSETE, SEZNAMTE SE, PROSÍM, S ÚPLNÝM SOUHRNEM ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU.** **Způsob výdeje:** Vázán na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Částečně hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Literatura: 1. SPC AERIUS.



Schering-Plough, s.r.o., součást Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8

Navštivte nás na adrese: www.msdi.cz

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SÁL EVROPA 1

SOBOTA 28. KVĚTNA

8.30–10.00 NEONATOLOGIE

/ garant: doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

- Aktuální problémy péče o novorozence extrémně nízké porodní hmotnosti – Straňák Z.
- Péče o novorozence s chronickým plicním onemocněním v ambulantní praxi – Radina J.
- Problematika novorozeneckého ikteru po propuštění do domácí péče – Černá M.
- Diferenciální diagnostika gastrointestinálního krvácení u novorozenců – Janota J.
- Výsledky dlouhodobého sledování dětí s porodní hmotností pod 1500 gramů v České republice – Zoban P.

IP ► ■ **Symposium Astellas: Šachová partie s antibiotiky** – Blechová Z.

10.00–10.20 Přestávka

10.20–13.00 INFECTOLOGIE

/ garant: doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

- Infekce vyvolané pneumokoky u dětí – Marešová V.
- Atypické pneumonie u dětí – Blechová Z.
- IP ► ■ Meningitidy dětského věku – Štruncová V.
- Klinické a epidemiologické charakteristiky pertuse – Sedláček D., Pazdiora P., Štruncová V.
- Role netypovatelných *H. influenzae* v patogenezi infekcí u dětí – Adámková V.
- **Symposium GlaxoSmithKline:**
 - HPV infekce z pohledu onkogynekologa a důležitá role pediatra v prevenci – Pluta M.
 - Očkování pohledem pediatra a rodičů – Jilichová-Nová M.

13.00–13.10 Přestávka

13.10–13.50 Symposium Novartis

- Monogenní periodické syndromy – Doležalová P.
- CINCA – syndrom (kazuistika) – Pískovský T.

13.50–14.00 Přestávka

14.00–15.00 PSYCHIATRICKO-PSYCHOLOGICKÁ PODPORA CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ

/ garant: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

- IP ► ■ Socioterapeutický a psychologický program pro děti trpící záněty střev – Mihál V., Praško J., Jelenová D.
- Suicidalita adolescentů v kontextu rodičovského konfliktu – Jelenová D.
- Dopad elektronických médií na dítě – Mihál V.

15.00–15.15 Přestávka

15.15–16.15 OČNÍ LÉKAŘSTVÍ

/ garant: prof. MUDr. Blanka Brůnová, CSc.

- Vývoj a poruchy vidění u dětí, způsob vyšetřování – Dostálek M.

IP ► ■ Strabismus u dětí – Varadyová B.

- Odvodné slzné cesty – Malec J.

16.15–16.30 Losování ankety

Zakončení kongresu

Zkrácená informace:

Složení: 1 tbl. obd. Mictonetten® obsahuje 5 mg propiverin-hydrochloridu. **Indikace:** Symptomatická léčba močové inkontinence,

nutkání na močení a zvýšené frekvence močení u dětí a mladistvých, kteří trpí buď hyperaktivním močovým měchýřem nebo hyperreflexií detrusoru.

Dávkování a způsob podání:

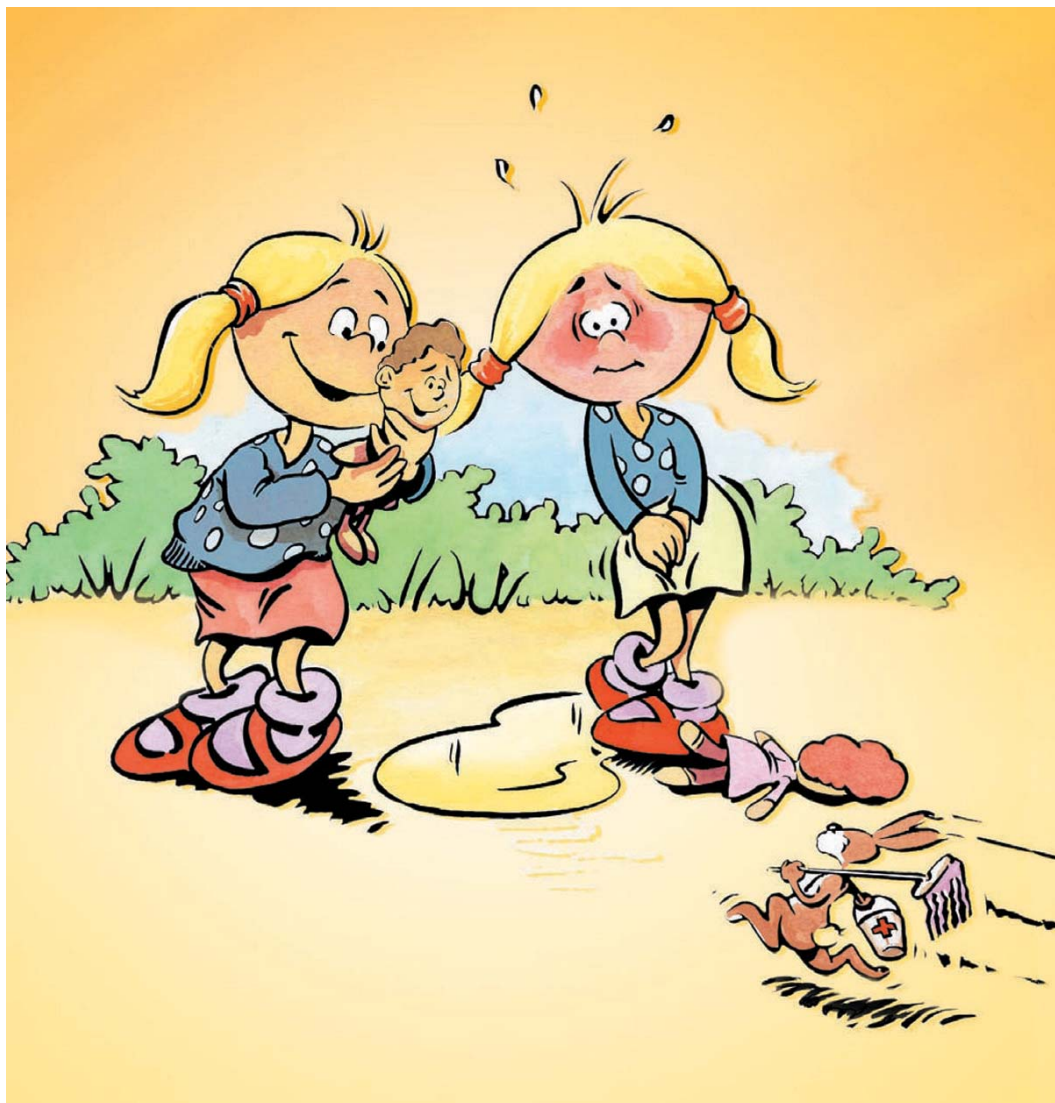
2 x denně (po 12 hodinách) průměrně 0,4 mg propiverin-hydrochloridu/kg hmotnosti. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou či pomocnou látku.

Obstrukce střeva, obstrukce močových cest s rizikem vzniku retence moči, myasthenia gravis, intestinální atonie, těžká colitis ulcerosa, toxický megacolon, nekontrolovaný glaukom s uzavřeným úhlem, střední nebo těžké poruchy jater, tachyarytmie. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: sucho v ústech. Časté: poruchy akomodace, únava, bolesti hlavy, bolesti břicha a dyspepsie, obstipace. Méně časté: nausea, závratě, tremor, retence moči, poruchy chuti, snížený krevní tlak. Vzácné: vyrážka. Velmi vzácné: palpitace, neklid. Nežádoucí účinky jsou přechodné a reverzibilní.

Interakce: Zesílení účinku při současném podávání tricyklických antidepresiv, trankvilizérů, anticholinergik, amantadinu, neuroleptik a beta-sympatomimetik. Oslabení účinku při současném podávání cholinergik. **Upozornění:** Možné poruchy akomodace mohou ovlivnit reakční schopnosti. **Balení:** Mictonetten® 30, 50 a 100 tbl. **Držitel rozhodnutí o registraci:** APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Kyffhäuserstrasse 27, 01309 Drážďany, SRN. RČ: 73/128/90-C. **Datum poslední revize textu:** 11. 6. 2008. Pouze na lékařský předpis. **Úhrada v ČR:** Balení Mictonetten® 30, 50 a 100 tbl. jsou hrazena plně. Podrobné informace jsou obsaženy v Souhrnu údajů o přípravku a v příbalové informaci.

Mictonetten®

Léčivá látka: Propiverini hydrochloridum



... aby se mohly v klidu věnovat
svým dětským hrám!

APOGEPHA

SESTERSKÁ SEKCE / SÁL EVROPA 2

SOBOTA 28. KVĚTNA

8.30–8.35 Zahájení

8.35–10.15 KRITICKÉ STAVY DĚTSKÉHO VĚKU Z POHLEDU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE / garantky: Bc. Zuzana Bantová, Mgr. Jana Kameníčková

- Vrozený centrální hypoventilační syndrom – Bantová Z.
- Rizika a prevence úrazů u dětí – Vilkusová T.
- Domácí umělá plicní ventilace u pacientky s Pompeho nemocí – Fajgllová J.
- Je možná cílená prevence poranění parenchymatózních orgánů břicha u dětí? – Luklová M.
- Péče o děti s polytraumatem – Skulinová B.
- Jeden důvod, proč nerodit doma – kazuistika – Dobeš M.
- Péče o dítě s vrozenou genetickou vadou a infaustní prognózou – Orságová K.
- **Symposium GlaxoSmithKline:**
 - HPV infekce z pohledu onkogynekologa a důležitá role pediatra v prevenci – Pluta M.
 - Očkování pohledem pediatra a rodičů – Jilichová-Nová M.

10.15–10.30 Přestávka

10.30–12.00 SPECIFIKA A MOŽNÉ KOMPLIKACE POOPERAČNÍ PÉČE U DĚTÍ VČETNĚ JEDNODENNÍ CHIRURGIE / garantky: Bc. Vladimíra Kosíková, Alena Matějová

- Spolupráce dětské sestry s anesteziologickou sestrou v péči o dětského pacienta v rámci operace – Machová A., Žáková L.
- Ošetřovatelská péče u dětí se zevním fixátorem – Malá M., Příbylová I.
- Kraniocerebrální poranění u dětí – Příbylová I.
- Ligace PDA – Nepustilová J., Tilšarová J.
- Ošetřovatelská péče u dítěte po operaci atrezie anu – Pavlíková S., Kosíková V.
- Ošetřovatelská péče o dětské pacienty s drenáží po urologických výkonech – Kohnová M.
- **Symposium Hamé:** Základem zdravého vývoje je vyvážená strava již od dětství – Novotná M.

12.00–13.00 Polední přestávka

13.00–14.30 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DĚTSKÉ HEMATOONKOLOGII / garantka: Eva Hůlková

- Hodgkinova choroba – Nemerádová H., Hůlková E.
- Léčba hemangiomu propranololem – Mičkerová Z.
- Edukace a komunikace na Klinice dětské onkologie FN Brno – Řehánková M., Červinková L.
- Možnosti ovlivnění kvality života u dlouhodobě hospitalizovaných dětí s onemocněním leukemie – Medková P.
- Komplikace po zavedení venózního portu – kazuistika – Červinková L., Petlachová M.
- Centrální venózní katetry – Petlachová M.
- **Symposium Nestlé:** Co můžeme udělat pro výživu dětí? – Ježek P.

14.30–14.45 Přestávka

14.45–16.15 VARIA / garantky: Bc. Světlana Kašubová, Bc. Eva Čočková

- Fenylektonurie a život s ní – Dvořáková M.
- Multikulturní (transkulturní) ošetřovatelství – Kosecová P.
- Léčba kongenitální ptózy – kazuistika – Hübllová M., Hrozková P.
- Péče o dítě s glutarovou acidurií typu 1 – Čočková E.
- Dítě drogově závislé matky – Kemelová R.
- Sdružení Šance – člen mezinárodní organizace ICCPO – Kašubová S., Mihálová H.
- Pohled z jiné strany – Marounková J.
- Spokojenost s důležitými životními a pracovními podmínkami dětských sester – Odehnalová V.

POSTEROVÁ SEKCE / SÁL OLOMOUC

- Familiární hypercholesterolémie u dětí – zkušenosti regionálního centra – Dostálová Kopečná L.
- Výskyt významných vad ledvin a riziko akutní pyelonefritidy u dětí do 2 let věku s postnatálním nálezem hydronefrózy – Flögelová H.
- „Jedno vyšetření, žádné vyšetření“ – Sulovská L.

Activia

má příznivý vliv
na pohodu zažívání.



Actimel

pomáhá posilovat
přírozený obranný systém organismu.



Při každodenní konzumaci v rámci vyvážené stravy a zdravého životního stylu.

PSYCHIATRIE

Garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc. – pátek / 27. 5. 2011 / 8.45–10.15

Konziliární pedopsychiatrie

MUDr. Martina Hunková,

MUDr. Daniela Jelenová,

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie FN a LF UP Olomouc

Konziliární psychiatrie spojuje psychiatrii se somatickou medicínou, je potřebná jak v ambulantní, tak i nemocniční péči. Psychiatrické konziliární vyšetření je odborníky ze somatických oborů požadováno u 3–5 % pacientů (Popkin, 2001). U somaticky nemocných zaznamenáváme vysoký výskyt psychických poruch, především z okruhu deprese a úzkosti.

Umístění dítěte do nemocnice je výrazným zásahem do jeho života. Znamená separaci od rodiny, školy i vrstevnické skupiny dětí. Pedopsychiatr tedy intervenuje u celé řady reakcí na stres, spojených s hospitalizací, odloučením od rodičů a vrstevníků, s často nepříjemnými a invazivními vyšetřeními, se zážitkem tělesné nemoci ohrožující pacientův život. Jednou z nejdůležitějších potřeb pro děti je pocit bezpečí. Zvláště u některých pacientů může úprava jejich psychického stavu stát v některé etapě léčby na předním místě.

K nejčastějším požadavkům na pedopsychiatrické konziliární vyšetření patří anxiозita, anxiózní či depresivní reaktivita, negativismus, nespokojenost při léčbě, suicidální pokusy, intoxikace, diagnosticky nejasné projevy, inadekvátnosti v chování, agresivita. K nejčastějším důvodům hospitalizace na pediatrii u konziliárně pedopsychiatricky vyšetřovaných pacientů patří chronické somatické choroby, onkologická onemocnění, bolesti hlavy a břicha, hubnutí, kolapsové stavy a intoxikace. Během vyšetření pacienta je často nutné vyhodnotit rovněž riziko případného suicidálního nebo heteroagresivního jednání a rozhodnout, zda je nemocný schopen pobytu na otevřeném somatickém oddělení.

Mezi nejdůležitější aktivity u dítěte v krizové situaci patří poskytnutí emocionální podpory a pocitu bezpečí, usnadnění komunikace, podpora ventilace emocí, naslouchání a povzbuzování. Přístup k dítěti v rámci krizové intervence by měl být strukturovaný, podporující, aktivní, někdy i direktivní. Cílem podpůrné psychoterapie je dosažení symptomatického zlepšení stavu a změny pacientova chování, tedy pomoci

pacientovi zvládnout stresující období, dosáhnout stability, vrátit se k fungování před krizí nebo přesunout na další úroveň péče, pokud pacient potřebuje další léčbu. Mezi techniky podpůrné psychoterapie u dětí tedy patří přiměřený způsob navázání vztahu, uklidnění, aktivní naslouchání, povzbuzení a pochvala, validizace úzkosti, konfrontace, vysvětlení a interpretace, učení a nácvik.

Z psychofarmak používáme v pedopsychiatrii antidepresiva nejčastěji při závažných úzkostných a depresivních stavech, při poruchách příjmu potravy, poruchách tzv. obsedantně kompulzivního spektra. K antidepresivům první volby v léčbě dětí a adolescentů patří preparáty typu SSRI. Při jejich užití je nutné pamatovat na zvýšené riziko suicidia zejména v akutní etapě léčby, aktivně vyhledávat příznaky tzv. „aktivního syndromu“, v případě přítomnosti anxiety zahajovat léčbu polovinou doporučené denní dávky. Ze skupiny antipsychotik se začala pro své výhody stejně jako u dospělé populace prosazovat atypická antipsychotika. Z ostatních skupin psychofarmak se v konziliární pedopsychiatrii používají také anxiolytika, thymopropylaktika a psychostimulancia.

Poruchy příjmu potravy v adolescenci

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance

a LF UP Olomouc

Úvod

Poruchy příjmu potravy, které v současnosti reprezentuje především mentální anorexie a bulimie, lze demonstrovat jako multifaktoriální nemoci, které se typicky objevují v adolescenci. Adolescence je významným generačním obdobím života, ve kterém se jedinec vyrovnává s mnoha vývojovými úkoly. Je také obdobím, kdy se mnoho psychických poruch poprvé manifestuje. Trendy ovšem naznačují, že se počátek poruch příjmu potravy posouvá do nižšího věku jedince.

Cíl

Cílem sdělení je informovat o současných pohledech na etiopatogenezi těchto nemocí, přiblížit predisponující a precipitující faktory a zmínit roli stresu a úzkosti v jejich rozvoji.

V návrhu připravované revize mezinárodního diagnostického manuálu (DSM V) se objevují nové diagnostické jednotky, jejichž základní přehled bude uveden. Poukážeme na souvislost poruch příjmu potravy a obezity.

V současné klinické praxi hodnotíme obraz poruchy příjmu potravy z pohledu anorektické nebo bulimické symptomatologie. Odlišují je jasná diagnostická kritéria, ale spojuje velmi podobný psychopatologický obsah. Psychopatologie zahrnuje především intenzivní strach z tloušťky, poruchu vnímání vlastního těla (body image), popřípadě strach z dospělosti. Nebezpečí spočívá v tom, že nemoc bývá utajována a varovné signály poruchy příjmu potravy mohou být přehlédnuty, ať jde o anorexii nebo bulimii.

Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažné duševní nemoci, které se často stávají nemocemi chronickými. Mají řadu nepříznivých somatických důsledků. Těžké formy nemoci vyžadují hospitalizaci. Úspěšnost léčby je dána mírou motivace pacientky, závažností stavu a kvalitou terapeutického vztahu.

Diagnostika poruch příjmu potravy se odehrává především v oblasti primární péče, proto je našim cílem připomenout základní symptomatologii těchto poruch a doplnit informace o nové pohledy, jak je přináší současná úroveň našeho poznání.

Psychoterapie v pedopsychiatrii

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Brno

Psychoterapie je léčebná technika, jejímž cílem je pomocí psychologických prostředků zlepšit duševní nebo tělesné zdraví jedince. Jejím cílem je obnova zdraví – správné poznání a hodnocení skutečnosti, emoční vyrovnanost, výkonnost odpovídající skutečným možnostem a společenské zařazení. U dětí a dospívajících musí psychoterapeutické působení odpovídat vývojové úrovni. Psychoterapeutický proces může být zaměřen na mimovědomé duševní pochody, na vědomé pochody, na vnější projevy jedince, na společenské vztahy či na tělesné funkce. Terapeut může být převážně nedirektivní („doprovázející“) či více direktivní („učitel“). Psychoterapii lze provádět jako individuální,

pouze s jedincem, který potřebuje pomoci, dále jako skupinovou, rodinnou (případně párovou či manželskou) nebo v terapeutické komunitě. Odborník provádějící psychoterapii musí být řádně vyškolen v některém z mnoha terapeutických směrů, které mají svoji ucelenou teorii i praxi. U dětí ponejvíce využíváme individuální psychoterapii různých směrů (kognitivně behaviorální, dynamickou, psychoanalytickou aj.), dále má nezastupitelné místo terapie rodinná (systemická a další směry), využívá se i terapie skupinová a pro některé specifické problémy i komunitní psychoterapie (hlavně u látkových

závislostí). Na psychotherapeutické postupy jsou v současné době kladeny vysoké požadavky, podobně jako na jiné léčebné intervence, a je snaha prokázat jejich účinnost a bezpečnost v souladu se standardními medicínskými požadavky.

Deprese u dětí a adolescentů

MUDr. Iva Dudová

Univerzita Karlova v Praze,

2. LF a FN Motol, Dětská psychiatrická klinika

Deprese u dětí a adolescentů je závažná recidivující porucha s nepříznivými sociální-

mi následky, společenskou izolací a vysokým rizikem sebevraždy. Přesto je její diagnostice a léčbě věnována zvýšená pozornost až v posledních letech. Přednáška se bude věnovat po krátkém přehledu depresivních příznaků u jednotlivých věkových kategorií a diferenciální diagnostice především terapii této poruchy. V léčbě dětských a adolescentních depresí používáme převážně antidepresiva typu SSRI. Podáme přehled používané farmakoterapie a psychoterapie se zaměřením na kognitivně behaviorální psychoterapii. Postup léčby bude ilustrovat kazuistický příběh.

DĚTSKÁ DERMATOLOGIE

Garant: MUDr. Hana Bučková, Ph.D. – pátek / 27. 5. 2011 / 10.30–12.00

Virové exantémy u dětí

MUDr. Stanislava Polášková

Dětská kožní ambulance

Dermatovenerologické kliniky VFN a UK,

Praha

Virové exantémy patří do skupiny kožních onemocnění, častých hlavně v předškolním věku. Mají pestrý a často nespecifickou morfologii – některé viry mohou způsobovat odlišné klinické projevy a naopak – stejně vyhlížející exantém může být způsoben různými typy virů. Nejobtížnější bývá odlišení od toxoalergických exantémů; určitým vodítkem může být věk a přítomnost svědění (virové exantémy jsou častější v předškolním věku a většinou nesvědí), epidemiologická situace, podávání léků v předchorobí a celkový stav dítěte.

Erythema infectiosum (pátá nemoc) je v posledních letech častým virovým exantémem u dětí mezi 5.–14. rokem. Původcem je parvovirus B 19, cytotoxický pro prekursor erytrocytů kostní dřeně. Přenáší se kapénkovou infekcí, ale také transplacentárně – může způsobit potrat nebo hydrops fetalis. Komplikací může být aplastická krize.

Roseola infantum (šestá nemoc) je způsobena humánním herpes virem 6, postihuje nejčastěji děti mezi 7. měsícem – 2. rokem života a je častou příčinou febrilních křečí.

Asymetrický periferurální exantém dětí (APEC) je benigně probíhající exantém předškolních dětí, který napodobuje ekzémy. Šíří se centrifugálně z axily, třísla, kubity, bývá jed-

nostranný, bezpříznakový a dlouhodobý (trvá i několik týdnů). Není třeba ho léčit.

Pityriasis rosea Gibert je onemocnění starších dětí, začínající primární oválnou šupicí se plakou. Po několika dnech dochází k rozsevu v čárách štěpitelnosti kůže na trupu. Samovolně regreduje po několika týdnech, nemá celkové příznaky.

Syndrom Gianotti-Crosti postihuje děti mezi 1.–6. rokem. V etiologii se uplatňuje řada virů (EBV, CMV, HSV, coxsackie, parainfluenza, RS-viry), může se jednat i o reakci na očkování (polio, hepatitida, trivakcina). Na tvářích a extenzorech končetin jsou lichenoidní papuly, trvající několik týdnů. Doprovodným příznakem může být lymfadenopatie a hepatitida.

Gloves and socks syndrom je rychle progresující erytém a edém dlaní a plosky s petechiemi na rukou a nohou u dospívajících. Příčinou je parvovirus B19, coxsackie, CMV. Doprovodnými příznaky jsou myalgie a bolesti kloubů.

Hand-foot-mouth disease způsobují enteroviry. U předškolních dětí se tvoří drobné puchýřky na prstech rukou a nohou a aftózní projevy v ústech. Onemocnění je benigní a trvá krátce.

Enterovirové infekce mohou napodobovat Henoch-Schenleinovu purpuru, herpes zoster, meningokokémií, hemangioma-like erupci, generalizovanou pustulózní dermatózu.

Znalosti o virových exantémech jsou stále neúplné (mnohdy není známá přesná etiologie). Nutné je odlišení benigně probíhajících exantémů od závažnějších onemocnění, zna-

lost rizik u imunodeficitních dětí a u gravidních žen. Neméně důležité je poučení rodičů o délce a průběhu onemocnění.

Puchýřnatá onemocnění v prvním roce života

MUDr. Hana Bučková, Ph.D.

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky FN Brno a LF MU v Brně

Puchýřnatá onemocnění jsou u novorozenců a kojenců častá, jejich etiologie je různá. Puchýři se projevují skupinou přechodných projevů na kůži, která nevyžaduje léčbu, kůže se hojí spontánně. Neuvážená dezinfekce, manipulace s horkou vodou, intrauterinní zákroky mohou způsobit na kůži defekty, puchýře, které se hojí až jizvami. Nejpočetnější skupinu tvoří puchýřnatá onemocnění bakteriálního, virového a kvasinkového původu. Přenos infekce je možný horizontálně i vertikálně. Ze skupiny vrozených vad kůže – genodermatóz je epidermolysis bullosa congenita nejčastějším vrozeným puchýřnatým dědičným onemocněním. EB centrum ČR při Dětském kožním oddělení PEK FN Brno koncentruje pacienty s tímto vzácným, velmi závažným onemocněním z celé České republiky (www.ebcentrum.debra-cz.org). Vzácne se u novorozenců setkáváme s puchýřnatými onemocněními autoimunitní etiologie, která jsou způsobena vertikálním přenosem IgG protilátek z matky na dítě.

Podrobná anamnéza, zhodnocení klinického obrazu, cílené laboratorní a eventuálně histologic-

ké vyšetření přispějí k správné diagnóze a léčbě puchýřnatých onemocnění v prvním roce života.

Současné možnosti vyšetření a terapie hemangiomů

MUDr. Renata Faberová, Ph.D.

Kožní oddělení I. dětské kliniky FN Brno

Abstrakt nedodán.

Léčba kortikosteroidními externy v kojeneckém a dětském věku

MUDr. Štěpánka Čapková

Dětské kožní oddělení, Dětská poliklinika FN v Motole, Praha

Zavedení kortikosteroidů v zevní aplikaci znamenalo zásadní změnu v léčbě většiny dermatóz dětského věku. Přínosem byl nejen neobvykle rychle nastupující léčebný účinek, ale pro malé pacienty a jejich rodiče i příjemný odklon od barevných, zapáchajících a často i dráždivých extern. Taktiku léčby dětských dermatóz zevními kortikosteroidy lze rozdělit do několika modelů:

1. Krátkodobá terapie: Lokální kortikosteroidy aplikujeme po dobu 3–14 dnů, do odeznění nebo zmírnění příznaků onemocnění. Nejčastěji tento model využíváme k léčbě akutního stadia při vzplanutí atopické, seborrhoické, iritativní a kontaktní alergické dermatitidy.

2. Kontinuální terapie: Lokální kortikosteroidy předepisujeme na dobu 2–12 týdnů, což je vhodné pro pacienty s psoriázou, vitiligem, ložisky alopecia areata a u některých úporných (granuloma anulare, lichen sclerosus et atrophicus) nebo závažných (lupus erythematoses chronicus, scleroderma circumscripta) onemocnění.

3. Intervalová (intermitentní) terapie: Po 3–4 dnech aplikace kortikosteroidního preparátu následuje vždy stejně dlouhé nebo o něco delší ošetřování nesteroidním prostředkem. Využíváme především u závažnějších forem atopické dermatitidy. Intervalová terapie omezuje nežádoucí účinky kortikosteroidní terapie snížením kumulativní dávky kortikosteroidu v době, kdy v důsledku tachyfyaxe chybí terapeutický efekt. Intervalová léčba často ihned navazuje na krátkodobou nebo kontinuální KS léčbu.

4. Sestupná terapie: V akutní fázi onemocnění použijeme lokální kortikosteroid s vyšší účinností, rychle přecházíme na preparáty slabší a postupně je nahrazujeme jinými formami zevní terapie. Snížíme tak riziko rebound fenoménu. Tento způsob je vhodný při závažném zhoršení ekzémů a iritativní kontaktní dermatitidy.

Kortikosteroidní externa patří k nejúčinnějším lékům v terapii dětských dermatóz. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům však jejich preskripce vyžaduje dodržování přesných léčebných postupů. Výsledný poměr žádoucích a nežádoucích účinků lokálního kortikosteroidu závisí na znalostech ošetřujícího lékaře a spolupráci rodičů malého pacienta.

Psychosomatický přístup a možnosti psychoterapie v dětské dermatologii

Mgr. Milan Pilát

Dětská nemocnice, FN Brno

Abstrakt nedodán.

Symposium Nutricia

Pátek / 27. 5. 2011 / 12.00–12.20

Funkční gastrointestinální obtíže v kojeneckém věku

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství – Centrum dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy 1. LF UK a VFN, Praha

Je udáváno, že více než polovina kojenců v prvním půlroce věku manifestuje nějaký typ gastrointestinálních obtíží funkční povahy.

Funkční gastrointestinální obtíže v kojeneckém a batolecím věku jsou v současné době členěny takto (Rome III):

- 1) kojenecké regurgitace
- 2) kojenecký ruminační syndrom
- 3) syndrom cyklického zvracení
- 4) kojenecké koliky
- 5) funkční průjem
- 6) kojenecká dyschezie
- 7) funkční zácpa

V poslední době je poukazováno na vztah potravinové alergie k motilitním poruchám GIT, jež se mohou prezentovat jako výše uvedené obtíže, často kombinovaně, které se objevují obvykle po zavedení nové potravin, nejčastěji kravského mléka.

Symposium MSD

Pátek / 27. 5. 2011 / 12.20–12.50

Desloratadin v léčbě alergické rýmy u dětí

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie,
FN Olomouc

Alergická rýma se může zdát jako banální onemocnění, ale její důsledky mohou významně ovlivňovat kvalitu života touto nemocí postižených pacientů. Snižuje soustředěnost a výkonnost při studiu, v pracovním procesu, omezuje v pracovních i mimopracovních aktivitách. Stále zaznamenáváme nárůst prevalence alergické rýmy. V ČR se udává v různých věkových skupinách prevalence 10–25 %.

Závažnost alergické rýmy je nejen v její prevalenci, ale i ve vztahu k dalším chorobám, jako jsou konjunktivitida, sinusitida, faryngitida a průduškové astma. Alergická rýma je klinickou manifestací alergického fenotypu. Současný léčebný přístup respektuje spojitost alergického zánětu v horních i dolních dýchacích cestách jako ve společných dýchacích cestách.

Terapie alergické rýmy je založena na základních principech léčby všech alergických chorob: odstranění příčinného alergenů, odstranění nespecifických spouštěčů, specifické alergenové imunoterapie a na dlouhodobé farmakoterapii. V léčbě se uplatňují závěry mezinárodních konsenzů (poslední inovace ARIA 2007). Doporučuje se včasná a komplexní léčba, jejíž účinnost dává dobrý předpoklad i pro prevenci rozvoje nebo alespoň zmírnění závažnějšího alergického onemocnění, jakým je průduškové astma.

V léčbě se používají krátkodobě účelové léky (nosní, event. systémová dekongestiva, lokální nebo systémová antihistaminika). Pro kontinuální sezonní i celoroční léčbu se používají moderní antihistaminika, u kterých můžeme pozorovat i významné protizánětlivé a imunomodulační účinky, především u nejnovější generace – desloratadin, levocetirizin, z lokálních antihistaminik pak levokabastin, azelastin a další.

Desloratadin – Alerius patří do skupiny antihistaminik s imunomodulačním účinkem, projevuje se velmi dobrými klinickými vlastnostmi:

- Zmírňuje příznaky sezonní (SAR) i celoroční (CAR) alergické rýmy, včetně nosní kongesce
- Je účinným antihistaminikem se širokým antialergickým účinkem
- Stabilizuje mastocyty

- Potlačuje:
 - uvolňování mediátorů z mastocytů (prostaglandiny, leukotrieny, histamin, tryptáza, cytokiny)
 - uvolňování mediátorů z bazofilů (leukotrieny, histamin, cytokiny)
 - migraci a adhezi eozinofilů
 - de novo syntézu prozánětlivých cytokinů
- V průběhu léčby příznaků SAR a současného sezonního astmatu desloratadin:
 - zlepšuje příznaky astmatu
 - snižuje spotřebu β₂-agonistů
- Je dostupný ve formě p. o. roztoku, tablet a dispergovatelných tablet

Nedovedeme zatím snížit prevalenci alergických onemocnění, která je způsobena výraznými změnami životního stylu v posledních 50 letech a změnami v životním prostředí. Na tyto změny se každý organismus nedokáže stejně dobře adaptovat. Pomocí včasné a přesné diagnostiky dokážeme tyto choroby identifikovat a ve velké většině případů moderní léčbou je zmiřňovat – kontrolovat. Léčba je zaměřena na to, aby pacienti s alergickými chorobami mohli plně vykonávat veškeré své aktivity bez významnějšího omezení.

Rotavirové infekce, současný stav a perspektivy očkování

MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.

I. infekční klinika

2. LF UK a FN na Bulovce, Praha

Průjemová onemocnění patří ve světě k nejčastějším příčinám úmrtí hlavně v dětském věku. I když díky zavedení orálních rehydratačních roztoků a zvýšení socioekonomického standardu došlo k poklesu počtu úmrtí u dětí do 5 let (ze 4,6 milionů v r. 1980 na 1,5 milionu v r. 2010), stále jsou druhou nejčastější příčinou jejich smrti. Z vyvolávajících patogenů jsou na prvním místě rotaviry s 440–600 000 úmrtími ročně. Rotavirová onemocnění se vyskytují po celém světě bez ohledu na socioekonomický standard země, ale liší se svými následky. Vysoká mortalita je v rozvojových zemích, ale i v rozvinutých zemích s nižší mortalitou přináší rotavirové gastroenteritidy řadu problémů. Průběh onemocnění bývá mnohdy těžký a rotaviry jsou nejčastější příčinou hospitalizace

pro průjemové onemocnění u dětí. Pro dehydrataci je u většiny z nich nutná parenterální rehydratace a onemocnění má i ekonomické dopady. Velmi časté jsou i infekce dospělých, rodičů nemocných dětí i seniorů. V České republice jsou rotaviry nejčastějším patogenem vyvolávajícím průjemové onemocnění u dětí do 5 let, zejména v batolecím věku, doba trvání rotavirové sezóny se prodlužuje až do pozdních jarních měsíců. V Epidatu jsou rotavirové infekce výrazně podhlášeny pro jejich prakticky nulovou diagnostiku v terénu, hlášená data pocházejí především od hospitalizovaných dětí. Přesto však dochází k pozvolnému nárůstu počtu onemocnění – v r. 2009 bylo v České republice hlášeno celkem 4645 případů a v r. 2010 5861 onemocnění. Mezi lety 2002–2010 došlo v ČR k 8 úmrtím na rotavirové infekce, a to u 3 kojenců a 5 seniorů. Boj proti rotavirovým infekcím je pro jejich závažnost jedním z hlavních cílů WHO. V r. 2006 byla doporučena vakcinace dětí v Evropě a zařazení vakcinace proti nim do národních očkovacích programů, v r. 2009 bylo toto doporučení rozšířeno na celý svět. Dvě dostupné perorální živé vakcíny, pentavalentní RotaTeq a monovalentní Rotarix s deklarovanou účinností proti pěti nejčastějším sérotypům G1 – 64 a G9 jsou účinné, bezpečné, snadno se podávají a zabraňují těžkým infekcím a hospitalizaci. Jejich účinnost je výrazně vyšší v rozvinutých zemích (80–98 %) než v rozvojových zemích (39–77 %). Některé státy v minulých pěti letech zařadily vakcinaci proti rotavirům do národního očkovacího kalendáře (např. Belgie, Rakousko, Lucembursko, Finsko, USA, JAR, Austrálie, řada států střední a Latinské Ameriky) a dle probíhajících studií jsou výsledky velmi povzbudivé. Došlo k výraznému snížení počtu úmrtí, hospitalizací a těžkých průběhů, po očkování se neobjevilo signifikantně více závažných komplikací a dle finské studie mapující delší období po vakcinaci zůstává imunita přes malý pokles stále vysoká. Následkem plošné vakcinace došlo i k posílení kolektivní imunity a ke zlepšení situace u neočkovaných starších dětí a došlo i ke změně sezónnosti. Dle odhadů by v příštích dvaceti letech díky vakcinaci 716 milionů dětí mohlo být zachráněno 2,4 milionů životů a mohlo by být zabráněno 93 milionům hospitalizací nehlédě na výraznou úsporu nákladů.

Symposium Pfizer

Pátek / 27. 5. 2011 / 12.50–13.20

Pneumokoková onemocnění a možnosti prevence

MUDr. Lenka Petroušová

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Mezi invazivní onemocnění způsobené *Streptococcus pneumoniae* patří sepe, purulentní meningitidy a bakteriemické pneumonie, současně *Streptococcus pneumoniae* je nejčastější původce těžkých pneumonií, pneumonií s empyémem a akutních otitid. Děti mladší 2 let a dospělí starší 65 let představují rizikovou skupinu pro tato onemocnění, onemocnění však může postihnout i jedince jiných věkových kategorií, zvláště osoby s chronickým onemocněním navozujícím imunosupresi.

Možnosti prevence onemocnění v dětském věku představují konjugované vakcíny. Zavedením 7valentní konjugované vakcíny do rutinní vakcinace v roce 2000 v USA vedlo k dramatické redukci invazivních pneumokokových onemocnění. Důvody pro rozšíření vakcíny o další sérotypy byly hlavně nárůst incidence invazivních onemocnění způsobených sérotypy neobsaženými ve vakcíně a nárůst antibiotické rezistence, naštěstí zatím ne v ČR.

V současné době máme k dispozici konjugované vakcíny 7valentní (Prevenar), 10valentní (Synflorix) a 13valentní (Prevenar 13). Pokrytí invazivních onemocnění v ČR jednotlivými vakcínami ve věkové skupině do 11 měsíců je: 59,3 %, 70,4 % a 79,0 %, ve věkové skupině 1–4

roky: 63,9 %, 71,7 %, a 85,5 %. Vakcinace jako taková současně i redukuje nosičství, a tudíž sekundárně navozuje kolektivní imunitu, kdy naočkovaný jedinec neohrozí nenaočkovaného.

Stanovisko České pediatrické společnosti a Společnosti infekčního lékařství vychází z vyhodnocení epidemiologických dat u 3 dostupných pneumokokových konjugovaných vakcín. Tato data ukazují, že zvýšení počtu antigenů v očkovací látce je výhodné.

Nejširší spektrum sérotypů pokrývá celosvětově Prevenar 13, včetně emergentního sérotypu 19A, v současné době nahrazuje PCV7 v rámci národních očkovacích kalendářů v mnoha zemích světa.

PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE

Garanti: doc. MUDr. Jiří Kobl, Ph.D., MUDr. Jan Pajerek, MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.

– pátek / 27. 5. 2011 / 13.30–15.00

Respirační selhání v přednemocniční péči

MUDr. Jan Pajerek

Dětská klinika, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Akutní ventilační selhání – ať už hypoxemické (prostá hypoxie, otravy CO, CO₂ atp.), hypoventilační (etiologie svalová, neurogení, toxická, obstrukční), hypoperfuzní nebo kombinace více příčin není v přednemocniční péči neobvyklou situací a lékař by měl na ně být připraven. Je však třeba zdůraznit, že mimo ordinaci bez vybavení je i sebelepší lékař jen lépe poučeným občanem – má tedy ovládat základní diferenciálně diagnostické postupy respiračně selhávajícím a ovládat techniky neodkladné první pomoci. Jinak je tomu v případě řešení problému v ordinaci či jiném zdravotnickém zařízení – zde mohou být znalosti a dovednosti při přiměřeném vybavení podstatně lépe využity a mohou vést k záchraně života. Mám na mysli techniky zajištění průchodnosti dýchacích cest, zvládnutí techniky držení obličejové masky a dýchání samorozpínacím

vakem, zajištění alternativní cesty koniopunkcí nebo koniotomií, použití O₂, atd.

Život ohrožující infekce a sepe v přednemocniční péči

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.

Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Infekce je definovaná jako podezření nebo prokázaná infekce způsobená nějakým patogenem. Infekce může být prokázána pozitivní hemokultúrou, tkáňovým postižením nebo metodami laboratorními včetně PCR. Definovány jsou i klinické symptomy spojené s vysoce pravděpodobnou infekcí.

Rozvoj a přítomnost projevů nespecifické systémové zánětlivé reakce – SIRS – (teplota > 38,5 nebo < 36 °C, tachykardie, tachypnoe, leukocytóza – leukopenie) signalizují generalizaci infekce s rozvojem klinického obrazu: sepe – těžké sepe – septického šoku, ev. multiorgánového selhání (MOS).

Symptomy infekce mohou být velmi rozličné: celkové a orgánové a závisí také na typu infekce – zdali je bakteriální, virová či myko-

tická. Manifestace a průběh infekce může být perakutní, akutní, subakutní a chronický a je dán: invazivitou infekce (invazivní bakteriální kmeny, masivní virémie) a masivností primárního infekčního inokula, aktuálním stavem tělesným (výživa, hydratace, anémie, hypovitaminóza), aktuálním stavem psychickým, aktuálním stavem obranných schopností: primární – sekundární imunodeficit – „timingem“ a kvalitou primárního léčebného zásahu – věkem dítěte (může být rozhodující pro manifestaci).

Čím nižší věk → tím větší sklon ke generalizaci infekce při limitované obranyschopnosti organismu → tím závažnější hemodynamické důsledky při tekutinové dysbalanci (zvrazení, stolice, senzibilní a insenzibilní perspirace) → tím větší atypie průběhu („anergie“ např. u nezralých a hypotrofičkových novorozenců – modifikace klinického obrazu stávající léčbou) → tím užší spektrum infekcí → tím rychlejší zhroucení regulací a rozvoj MOS.

Nejčastější celkové i orgánové příznaky závažné infekce zvláště u starších dětí se manifestují především alterací respiračních a oběhových

funkcí. Příznaky ze strany CNS (změny reaktivity a vědomí, křeče) a kožní změny doplňují typický průběh závažné infekce.

U „klasických“ perakutně probíhajících závažných infekcí způsobených invazivními kmeny *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae b* a *Neisseria meningitidis* se v poslední době mění frekvence výskytu v závislosti na očkování.

Invazivní bakteriální onemocnění vyvolaná uvedenými bakteriemi jsou charakterizována tím, že za několik hodin od počátku onemocnění mohou být kriticky ohroženy základní životní funkce nemocného. Bakterie mohou být nalezeny v krvi, moči nebo v mozkomíšním moku nemocných.

Poznámky pro praxi:

Časná detekce příznaků závažné infekce již v „přednemocniční fázi onemocnění“ je ve většině případů závažných infekcí u dětí rozhodující pro úspěšnost léčby.

Obtížná detekce infekce může být především u novorozenců a malých kojenců, protože i klinicky manifestní sepsa u novorozenců se projevuje především nespecifickými příznaky.

Mezi klinickými známkami infekce u novorozenců dominuje teplotní instabilita a abnormality respirační, zažívací, neurologické.

Vyhodnocení frekvence jednotlivých příznaků neonatální sepsy: hypertermie – respirační tíseň – anorexie – zvracení – žloutenka – hepatomegalie – letargie – cyanóza – hypotermie – iritabilita – apnoe – abdominální distenze – průjem.

Varovné příznaky infekce u dětí – čím menší dítě, tím jsou důležitější: – jakékoliv problémy s krmením – jakýkoliv výskyt křečí – dítě se pohybuje jen tehdy, pokud je stimulováno – alterace normální frekvence dýchání a příznaky zvýšené dechové práce – tělesná teplota nad 37 °C – tělesná teplota pod 35,5 °C.

Změny krevního oběhu a šok v přednemocniční péči

doc. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D.

Dětská klinika Lékařské fakulty UK a FN Plzeň

Život pacienta je závislý na výkonu srdce a kvalitě krevního oběhu. Správné rozpoznání nežádoucích změn krevního oběhu je nezbytné pro zahájení účinné neodkladné léčby. Podmínkou bezpečné farmakologické manipulace s krevním oběhem a výkonem srdce je dostatek kvalitních a dobře reprodukovatelných informací. V přednemocniční péči nejsou všechny potřebné informace dostupné, proto je diagnostika obtížnější v porovnání s lůžkovými zařízeními.

V přednemocniční péči se lze setkat s hyperdynamickou a hypodynamickou cirkulací, symptomatickou dysrytmií, šokem a srdeční zástavou.

Pro diagnostiku jsou základními informacemi relevantní anamnestické údaje a hodnocení aktuálních změn klinického nálezu pacienta. Dysfunkce pravé srdeční komory se projevuje systémovou žilní kongescí s hepa-

tomegalií, otoky podkoží, arytmií, tachypnoí bez patologického poslechového nálezu nad plícemi a bez dyspnoe. Dyspnoe, arytmie, systémová arteriální hypotenze s redukcí rozdílu systolického a diastolického krevního tlaku, oligurie <1,0 ml/kg/hod., chladná periferie končetin a prodloužený kapilární návrat > 3 sekundy jsou známkami vypovídajícími o dysfunkci levé komory. Základní informace je nutné doplnit o EKG záznam, invazivní měření systémových žilních a arteriálních tlaků, echokardiografické vyšetření a monitoraci hemodynamiky.

Léčba musí být zahájena dle závažnosti stavu individuální strategií. Základním managementem je klid v termoneutrálním prostředí, dostatečná koncentrace kyslíku a zajištění funkčního žilního nebo intraoseálního vstupu. Léčebné postupy respektují ověřené Safarovy zásady resuscitační a neodkladné péče (C-A-B). Objemová léčba a farmakologická intervence musí být vedeny uvážlivě, ale rozhodně. Objemová léčba musí být zahájena roztokem krystaloidů (Plasma Lyte, Ringer laktát). Optimální iniciální volbou inotropní a vazopresorické podpory krevního oběhu je adrenalin (i. v. 0,01–0,05 mg/kg bolus a kontinuálně 0,01–0,03 µg/kg/min.). Vhodná je kombinace dobutaminu (5,0 µg/kg/min.) s noradrenalinem (0,01–0,05 µg/kg/min.).

Závěr: V přednemocniční péči lze nežádoucí změny krevního oběhu úspěšně rozpoznat, zajistit základní management, případně zahájit účinnou léčbu.

Symposium Hamé

Pátek / 27. 5. 2011 / 15.00–15.20

Základem zdravého vývoje je vyvážená strava již od dětství

Ing. Marie Novotná
Hamé, s.r.o.

Mezi faktory, jež velkou mírou ovlivňují vývoj nových výrobků pro děti v kojeneckém věku, zcela jistě řadíme trendy ve výživě, medicínské trendy, legislativní omezení, dostupné technologie a suroviny, tržní poptávku a mnoho dalších vlivů.

V segmentu kojenecké stravy je více než kdekoli jinde patrná snaha samotných výrobců brát na sebe odpovědnost za to, že dané výrobky budou co nejvíce odpovídat nejen chutí, ale i skladbou potřebám dítěte. S trendy ve výživě kojenců je v poslední době nejvíce diskutován boj odborníků i výrobců proti dětské obezitě.

Hlavními příčinami dětské obezity jsou nezdravá strava, nedostatek pohybu a špatné stravovací návyky získané z domova, méně často

jde o genetické zatížení nebo o vedlejší vliv léků, které dítě užívá kvůli jiné nemoci.

Na snahu rodičů i pediatriů podávat dětem nejen chutné, ale i zdravé pokrmy reaguje svou nabídkou kojenecké stravy také společnost Hamé, která na český i slovenský trh dodává výrobky značky Hamánek, které jsou přímou reakcí na současné výživové trendy a odpovídají také rostoucí orientaci rodičů na složení výrobku, resp. vyhledávání výrobků s výjimečným složením, než je běžné u ostatních výrobců.

POCHYBENÍ V PRAXI – OPRAVENÉ DIAGNÓZY

Garanti: MUDr. Jarmila Seifertová, MUDr. Vladimír Němec, Ph.D. – pátek / 27. 5. 2011 / 15.40–16.45

Errare humanum est

prof. MUDr. Zdeněk Doležal, CSc.,
MUDr. Dana Dostálková,
MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.
Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Klinická chyba je obvykle definována jako neúmyslný nebo nezamýšlený čin nebo takový postup, kterým není dosažen zamýšlený výsledek. Lze tedy i nesprávné/nepřesné/opožděné stanovení diagnózy označit jako chybu? Zcela jednoznačně ano, pokud je nesprávně interpretován nález při klinickém vyšetření pacienta nebo výsledky paraklinických vyšetření, zavádějící však může být také nepřiměřené přesvědčení, že nálezy získané i velmi sofistikovanou přístrojovou technikou jsou zcela bezchybné. Ve srovnání s medicínou dospělého věku je obvykle uváděno, že v pediatrii je stanovení nesprávného/nepřesného diagnostického závěru snadnější proto, že: **a)** na dítě je nezbytné pohlížet s respektováním vývojového hlediska, **b)** děti jsou značně závislé na svém okolí, **c)** je jiná epidemiologie onemocnění, **d)** jsou jiné demografické charakteristiky chorob. K diagnostické chybě mohou vést také nedostatečné mechanismy systémového charakteru (např. kolizní transport biologických vzorků, záměna dat v laboratoři), může se však jednat i o chybu jednotlivce (neochota, neomylnost, pocit sebeuspokojení, zatajování, únavy).

Na modelu klinického případu je uveden rozhodovací diagnostický proces, u dítěte s diabetes mellitus byl nepřiléhavě interpretován výsledek pomocných vyšetření, což v konečném důsledku vedlo k časově omezenému, přesto však nesprávnému léčebnému postupu.

Prevence chyb

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

Váhový úbytek u 14letého chlapce

MUDr. Josef Gut,
MUDr. Tomáš Kočí,
MUDr. Jan Zikán
Dětské oddělení NsP Česká Lípa,
Dětská klinika FN Motol, Praha

Uvádíme kazuistiku 14letého chlapce odešlaného k vyšetření pro 10kg váhový úbytek během 12 měsíců. Manipulace s jídlem byla negována, přiměřený příjem potravy, bez projevů malabsorbce, bez výraznějších klinických projevů. Anamnesticky v doporučení byla uvedena atopická dermatitis a několikaletá jodová substituce při nálezů eufunkční strumy. V úvodním laboratorním vyšetření nález lehce zvýšených zánětlivých markerů (FW 29/62 CRP 47), normální červený i bílý krevní obraz bez známek hypochromie. USG břicha a rtg plic bez patologického nálezu. Překvapením byl rtg nález oboustranné maxilární sinusitidy, potvrzený punkcí hnisavého výpotku, z něhož byl vykultivován *Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae*. Ještě větším překvapením byla i promptní odezva na léčbu antibiotiky, která se projevila 4kg váhovým přírůstkem během jednoho týdne. Chlapec se cítil velmi dobře a po vyšetření funkce tyreoidy a screeningu na celiakii bez patologického nálezu byl propuštěn do ambulantní péče. Dále se rodiče neozvali. Po několika měsících jsme byli kontaktováni z pediatrické kliniky se žádostí o zajištění IVIG substituce pro tohoto chlapce. Jak se ukázalo, s další atakou sinusitidy kontaktovali rodiče právě toto pracoviště, kde vyšetřením hladin imunoglobulinů a podrobným imunologickým vyšetřením byla zjištěna středně těžká hypogamaglobulinémie IgG, A i M, snížená subpopulace T lymfocytů CD4 a NK buněk. Chlapec byl zařazen jako CVID s doporučením k IVIG aplikaci a 3–4 týdny v dávce 15 g, posléze 20 g. Aplikace gamaglobulinů udržovala a udržuje chlapce v dobrém zdravotním stavu s minimální nemocností.

CVID je heterogenní skupinou s poruchou tvorby protilátek, kde hlavním znakem je snížení alespoň IgG a IgA nebo IgM. Vedle toho jsou prokazovány různé typy poruch v celulární i humorální imunitě, zvýšená vnímavost k opouzdřeným mikrobům typu *Streptococcus pneumoniae* nebo *Haemophilus inf.* vedoucí

k opakovaným respiračním infekcím. Ve snaze se lépe orientovat v tak heterogenní skupině byla vytvořena řada klasifikačních schémat, posledním je klasifikace dle Warnatz. Substituce intravenózními globuliny může přinášet výrazné zlepšení zdravotního stavu.

Rýma

MUDr. Jarmila Seifertová
Praktický lékař pro děti a dorost, Kladno

RA: matka pollinosis, ekzém, otec zdráv, sourozence nemá

OA: Donošená, nekříšená, častější respirační obtíže na jaře a podzim. Trpí obstrukcí, stolice 1 x za 3 dny, občas mívá krv ve stolici. V 8 měsících pyelonefritida.

NO: V době onemocnění 2,5letá. Během května 2x vyšetřena v ordinaci s rýmou, svěděním očí, kýcháním. Nasazena antihistaminika a lokální péče – fyziologický roztok. Na konci května přišla s hustou rýmou, která mírně zapáchala, nasazen Pamycon lokálně – po týdnu zlepšeno. V polovině června přišla znovu s rýmou. Nasazen Avamys lokálně, ponechána antihistaminika.

Na konci června byla vyšetřena na pohotovosti – spolkla kovovou část kolíčku na prádlo. Lékař si všiml husté zapáchající rýmy a odeslal dítě na ORL. Zde byl v nose nalezen pevně lpící molitan. Přišla do ordinace na předoperační vyšetření. Molitan byl na ORL odstraněn.

Odeslala jsem dívku ještě na rtg nativ břicha a na chirurgii. Cizí těleso se našlo po 4 dnech v ileocekální oblasti, do 5 dnů odešlo přirozenou cestou.

Závěr: I v pylové sezóně s pozitivní RA může být zcela jiná příčina déletrvající rýmy.

Pacientka se přihlásila k jinému lékaři.

Důslednost se vyplácí

MUDr. Olga Roškotová
Akreditované pracoviště pro obor praktický lékař pro děti a dorost – č.j. MZDR 25661/2006
Dětské středisko Litoměřice

Prezentovaný případ třináctileté dívky vytažují až s odstupem času z archivu svých pacientů. „Důslednost se vyplácí“ – možná by na konci názvu, jakož i celého případu, mohl být otazník.

Případ dívky s bolestmi hlavy a nauzeou naštěstí neskončil tumorem mozku ani jiným zákeřným onemocněním. Příčina obtíží ale může pacientku provázet celý život, nebo ji přinejmenším ochudit o možné krásné životní pocity štěstí.

Snad prezentace přispěje k zamyšlení každého z nás, jestli opravdu nasloucháme svým pacientům důsledně a zda se včas angažujeme dostatečně.

Svým sdělením chci také upozornit, že praktický lékař pro děti a dorost se nemusí vždy spokojit se závěry svých klinických kolegů nebo specialistů. Jeho vztah s registrovaným pacientem je dlouhodobý, založený na vzájemné důvěře a pacient od něho očekává nejen péči o svoje fyzické zdraví.

Nikdy nekončící příběh?!

MUDr. Helena Letáková

Praktická lékařka pro děti a dorost, Turnov

Je to dostatečně vypovídající název prezentace? Nejednou jsem si při její přípravě položila tuto otázku. Otázka se zdá být jednoduchá, ale jednoduše odpovědět na ni neumím.

Domácí násilí se obecně odhaluje velice těžko. O to hůř, pokud je páčeno na „mlčících“, i když již dospívajících dětech, v prostředí „sta-

roslivé“ rodiny a navíc, když to nikoho z okolí nenapadne.

Příběh, který budu prezentovat, se týká dnes již dospělé mladé ženy. V pětičlenné rodině vyrůstala jako nejstarší dcera, nejmladší je syn.

Mým cílem ale není vyprávět příběh, ale na kazuistice chci poukázat na:

- určité „díry“ v současném zdravotním systému, které umožňují krýt podobné situace
- důležitost znalostí domácího prostředí dětí
- význam podrobně vedené zdravotní dokumentace
- nutnost detailního prostudování propouštěcích zpráv z hospitalizací
- nutnost existence zpráv od specialistů
- nutnost operativní a efektivní spolupráce s pracovníky sociálních odborů

Toto je jen krátký výčet z množství problémů, které jsem si při zpracování této kazuistiky uvědomila. Zároveň chci upozornit i na to, že odhalením konkrétního domácího násilí práce praktického lékaře s rodinou nekončí, ale teprve intenzivně začíná.

Závěrem chci touto cestou poděkovat jedné své kolegyni, praktické lékařce pro dospělé, která nechce být jmenována ani uvedena jako spoluautorka a která mi velmi pomohla svým pohledem na tento problém.

Chvilkové bolesti končetin – proč?

MUDr. Vladimír Němec, Ph.D.¹,

MUDr. P. Munzar¹,

MUDr. J. Sedláčková²,

MUDr. J. Urbanová³

¹ **Pardubická krajská nemocnice, a.s.**

² **Fakultní nemocnice, Brno**

³ **Dětské středisko, Hradec Králové**

Autoři se zamýšlejí nad cestou, která často jako jediná vede ke správné diagnóze. Prezentují 4,5letou dívku, u které od věku 2 let rodiče pozorují několik vteřin trvajících potíží – bolesti dolních končetin spojené s „divným typem“ chůze. Dívka byla opakovaně vyšetřena na ortopedii, neurologii a rehabilitaci, kde rodiči popisované odchylky nebyly zachyceny. Pro nejasné obtíže byla následně odeslána do revmatologické ambulance. K správné diagnóze nakonec vedlo opětovné zhodnocení anamnézy, vyšetření dítěte při vystupování z auta. Klinicky stanovená diagnóza byla nakonec potvrzena i dalšími vyšetřeními.

Vzhledem k tomu, že přednáška je interaktivní, konečná diagnóza zůstane zatím záhadou.

V závěru sdělení připomínají autoři lety potvrzenou pravdu, že již anamnéza, správné zhodnocení výpovědi rodičů a klinické vyšetření jsou velmi často základem správné diagnózy.

Symposium Hipp

Pátek / 27. 5. 2011 / 17.05–17.30

Může kojenecká výživa ovlivnit zdravotní stav v dospělosti?

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

**Klinika dětského a dorostového lékařství
1. LF UK a VFN, Praha**

Všeobecně je přijímáno tvrzení, že kojenecká výživa má vysoký potenciál pro dlouhodobé ovlivnění zdravotního stavu (1).

Ve sdělení je diskutován vliv mléčné a nemléčné výživy na:

- 1) růst
- 2) neurologický vývoj
- 3) alergie
- 4) obezitu
- 5) kardiovaskulární morbiditu

Parametr	Materké mléko	Komplementární výživa
růst	1) štihlější v kojeneckém věku 2) vyšší v dětství a adolescenci	1) těžší dostávají dříve solidní stravu 2) příjem tuku minimálně 25 % energie
neurologický vývoj	3) lepší vývoj 4) nezralí profitují z kojení	3) doporučena suplementace DHA 4) konzumace masa ~ PM vývojem
alergie	5) ↓AD a wheezingu u rizikových (v RA: AA+)	5) KV před 4. měsícem ↑riziko AD 6) není protektivní efekt oddalování zavedení KV
obezita	6) ↓obezity u dětí – „dose-responsive“ efekt 7) nezralost → obezita	7) časné zavedení → obezita 8) obsah bílkovin ~ ↓16 % energie
kardiovaskulární morbidita	8) ↓TK 9) ↓LDH/HDL v adolescenci	9) ↑příjem soli ~ ↑TK

Optimální způsob výživy v prvních měsících je kojení, které má být podle prospívání dítěte doplněno zavedením nemléčných porcí od 17. do 26. týdne života.

Jednoznačný vliv kojenecké výživy na nejčastější příčinu mortality – kardiovaskulární onemocnění – nebyl prokázán.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Podpora vzdělávání vědeckých pracovníků z oblasti molekulární onkologie
reg. č.: CZ.1.07/2.3.00/09.0089

*SATELITNÍ SYMPOZIUM MOLONKOL NA KONGRESU PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER –
XXIX. dneh praktické a nemocniční pediatrie*

VYUŽITÍ MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ DĚTSKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Pátek / 27. 5. 2011 / 17.30–19.00

Buněčná imunoterapie

prof. MUDr. Jaroslav Michálek, Ph.D.

**Univerzitní centrum buněčné imunoterapie,
Masarykova univerzita, Brno**

Buněčná imunoterapie patří v posledních 10 letech mezi intenzivně se rozvíjející oblasti moderní medicíny se silným aplikačním potenciálem. Většina postupů přitom vychází z vlastních (autologních) buněk imunitního systému nebo mohou být použity ve vybraných indikacích buňky jiného (alogenního) dárce. Účinnost buněčné imunoterapie byla v současné době dokumentována v klinických studiích u vybraných typů nádorových onemocnění.

Zvláštní pozornost zasluhuje využití dendritických buněk (DB) a aktivovaných expandovaných lymfocytů (AEL) při přípravě protinádorových vakcín a následně léčbě vybraných onkologických pacientů. Tato léčba je šitá na míru pro konkrétního pacienta, neboť využívá jeho vlastních imunitních buněk, je velmi bezpečná a zajišťuje velmi dobrou kvalitu života onkologického pacienta ve srovnání s obdobnými léčebnými výsledky standardní onkologické léčby (chemoterapie, radioterapie), které jsou však často zatíženy vysokou toxicitou a značnou ekonomickou náročností. DB byly v roce 2010 poprvé registrovány americkou FDA jako léčivý přípravek pro moderní terapie u hormonálně refrakterního karcinomu prostaty jako nejúčinnější léčebný postup. Další klinické studie ukázaly, že DB mají značný léčebný potenciál také u pacientů s metastazujícím karcinomem ledviny, glioblastomem, ovariálním karcinomem a některých dalších nádorových onemocnění.

AEL se využívají zejména v léčbě metastazujícího melanomu, kde byly zaznamenány nejlepší léčebné odpovědi v porovnání se standardními léčebnými postupy v klinických studiích fáze III. V případě metastazujícího melanomu a některých dalších typů nádorů se jeví výhodná kombinace autologních DB a AEL s metronomickou léčbou cyklofosfamidem.

Pozornost zasluhuje rovněž využití mezenchymálních stromálních buněk (MSC) získaných z kostní dřeně v transplantologii krvetvorných buněk. Využívá se přitom imunomodulačního potenciálu MSC při léčbě a prevenci život ohrožující reakce štepů proti hostiteli, která se vyskytuje po alogenní transplantaci krvetvorných buněk. MSC působí tlumení zánětlivé reakce, jsou velmi tolerantní k hypoxii, mohou diferencovat do různých tkání a přispívají k jejich regeneraci. Tyto vlastnosti je předurčují k širokému terapeutickému využití včetně transplantací krvetvorných buněk.

*Tato práce je podpořena granty
MŠMT NPV11 2B06058 and IGA MZČR NS9871.*

Molekulární aspekty vrozených syndromů selhání kostní dřeně

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

Skupina onemocnění nazývaných vrozené syndromy selhání kostní dřeně zahrnuje různorodou skupinu vzácných poruch krvetvorby charakterizovaných cytopenií v periferní krvi se selháním funkce kostní dřeně, vrozenými anomáliemi (vrozené vady skeletu končetin,

srdce, ledvin, gastrointestinálního traktu, malý vzrůst, poruchy pigmentace kůže aj.) a zvýšeným rizikem maligního bujení. Klinický obraz i molekulární patogeneze těchto onemocnění jsou velmi pestré. Některá onemocnění, jako je Fanconiho anémie (FA) nebo dyskeratosis congenita (DC), jsou spojena s pancytopenií a aplazií kostní dřeně, u některých jako Shwachmannův-Diamondův syndrom (SDS), Diamondova-Blackfanova anémie (DBA), těžká vrozená neutropenie (SCN) nebo kongenitální amegakaryocytární trombocytopenie (CAMT) dominuje spíše izolovaná cytopenie.

Molekulárně-genetický podklad jednotlivých onemocnění byl detailně popsán až v posledních deseti letech. Dosud bylo nalezeno 33 genů, jejichž mutace jsou příčinami těchto onemocnění. Podkladem FA jsou poruchy genů, které se účastní oprav DNA. Porucha biogeneze ribozomů charakterizuje DBA, SBD a DC. Tato tři onemocnění, jejichž klinické příznaky se částečně překrývají, jsou příkladem různých důsledků ribozomální dysfunkce.

Studium molekulární podstaty těchto syndromů přináší nové významné poznatky jak o důležitých aspektech hematopoézy, tak o vlivu různých faktorů na některé její poruchy. Přispěly k lepšímu pochopení některých velmi důležitých buněčných procesů, jako jsou opravy DNA, udržování délky telomer a biogeneze ribozomů. Vzhledem k tomu, že součástí těchto onemocnění jsou somatické anomálie a zvýšená predispozice k malignímu bujení, osvětlují nové poznatky o molekulární podstatě těchto chorob řadu aspektů embryogeneze a kancerogeneze.

Metabolomika a její přínos pro diagnostiku vrozených metabolických poruch

doc. RNDr. Tomáš Adam, Ph.D.

Laboratoř dědičných metabolických poruch
Ústav molekulární a translační medicíny
FN a LF UP Olomouc

Cíl studie: Metabolomika si klade za cíl identifikovat, kvantifikovat a interpretovat změny všech metabolitů v daném biologickém systému. Cílem sdělení je podat vstupní přehled o jejích nástrojích, získávání a zpracování dat a seznámit posluchače s dosavadními výsledky našeho pracoviště.

Metody: Základem analýzy je extrakce metabolitů ze vzorku (moč, sérum, fibroblasty), poté následuje analýza metabolitů vhodnými nástroji – využíváme techniky tandemové hmotnostní spektrometrie (TMS), vysokoúčinné kapalinové chromatografie ve spojení s TMS a dvojrozměrné plynové chromatografie ve spojení s analyzáto-rem doby letu. Naměřená data jsou statisticky zpracovávána pomocí analýzy hlavních kompo-nent a hierarchickým klastrováním.

Výsledky: V naší laboratoři jsme schopni stanovit v moči více než 400 metabolitů, ve fib-roblastech 180 metabolitů a v séru 150 metabo-litů. Statistickým zpracováním naměřených dat se nám podařilo rozlišit od sebe kontrolní vzorky

a vzorky s různými metabolickými poruchami (např. purinového metabolismu, poruchy ami-nokyselin či organické acidurie).

Závěr: Metabolomika představuje celistvý pohled na patobiochemické procesy v živém organismu, umožňuje nám automatizovanou diagnostiku vrozených metabolických poruch.

Možnosti využití proteomiky v diagnostice a výzkumu

MUDr. Petr Džubák,

doc. MUDr. Marián Hajdúch, Ph.D.

Ústav molekulární a translační medicíny,
LF UP v Olomouci

Proteomika získává v posledních letech na vý-znamu, a to nejen ve výzkumu, ale i v diagnos-tice a monitorování průběhu řady onemocnění. Proteomika může hodnotit zastoupení proteinů ve fyziologických podmínkách a nebo změny na úrovni proteinů vyvolané onemocněním, a to jak v jejich kvantitě, tak i změny kvalitativní, které často spočívají v postranlačních modifika-cích nebo změnách v aminokyselinové sekvenci v důsledku DNA mutací. Využití proteomiky je možné ve vývoji biomarkerů nejen u nádoro-vých onemocnění, ale také u autoimunitních, hematologických, srdečních onemocnění a stavů doprovázených ischemií a dalších. Kromě hledání biomarkerů může proteomika sloužit k vytipování

molekulárních cílů pro nová léčiva a také k jejich identifikaci. Jednou z nejčerstvějších aplikací je využití proteomických technik k identifikaci ob-tížně rozpoznatelných infekčních patogenů.

Práce je podpořena z grantu LC07017 a MSM6198959216. Infrastrukturální část tohoto projektu (Ústav molekulární a trans-lační medicíny) byla podpořena z operačního programu věda a výzkum pro inovace (projekt CZ.1.05/2.1.00/01.0030).

Poruchy lipidového a oxidačního metabolismu u cystické fibrózy a jejich translace do klinické praxe

prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.
Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

U pacientů s cystickou fibrózou prokazuje-me narušenou rovnováhu zastoupení mastných kyselin, vysokou hladinu kyseliny arachidonové a nízkou hladinu kyseliny docosahexaenové. Tato narušená rovnováha u cystické fibrózy je spojená s nedostatkem ceramidů u těchto pa-cientů. Oxidoredukční rovnováha je mimořá-dně důležitý parametr homeostázy organismu. Oxidativní stres vzniká při narušení rovnováhy mezi oxidanty a antioxidanty. Léčba fenitidie-nem u pacientů s cystickou fibrózou obnovuje rovnováhu zastoupení mastných kyselin vyvo-lanou i stresem.

Projekt „Podpora vzdělávání vědeckých pracovníků z oblasti molekulární onkologie“, zkráceně „Molonkol“ si klade za cíl vzdělat lékaře a přírodovědce v oblastech molekulární biologie v pediatrickém výzkumu, kde je potřeba mít souběžné znalosti:

- 1) o současné klinické praxi,
- 2) o současných možnostech molekulární biologie,
- 3) o současných biostatistických a bioinformatických nástrojích a zároveň je potřeba ovládat grantové dovednosti řízení projektů a publikování výsledků v impaktovaných, anglicky psaných časopisech.

Webové stránky projektu jsou dostupné na adrese:

<http://www.molonkol.org>

Aktivita projektu Satelitní sympozium MOLONKOL na Kongresu pedi-atrů a dětských sester – XXIX. Dnech praktické a nemocniční pediatrie „Využití molekulární biologie v diagnostice a léčbě dětských onemocnění“

v rámci Molonkolu přináší vyžádané přednášky národně i mezinárodně uznávaných odborníků na vybraná aktuální témata z oblasti molekulárně-biologického výzkumu a vývoje v pediatrii.

Účastníci sympozijních přednášek obdrží studijní materiály (ke stažení na webu projektu) a certifikát o účasti.

Na programu v roce 2011 budou sekce:

- **Buněčná imunoterapie** – J. Michálek
- **Přínos molekulární genetiky v diagnostice vrozených syndromů selhání kostní dřene** – D. Pospíšilová
- **Metabolomika a její přínos pro diagnostiku vrozených metabo-lických poruch** – T. Adam
- **Možnosti využití proteomiky v diagnostice** – P. Džubák
- **Poruchy lipidového a oxidačního metabolismu u cystické fibrózy a jejich translace do klinické praxe** – F. Kopřiva

TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

NEONATOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc. – sobota / 28. 5. 2011 / 8.30–10.00

Aktuální problémy péče o novorozence extrémně nízké porodní hmotnosti

doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Novorozenec extrémně nízké porodní hmotnosti je definován porodní hmotností pod 1000 gramů (extremely low birth weight, ELBW) a extrémní nezralost gestačním stádiem pod 26. týden těhotenství. V uplynulých letech došlo k výrazným změnám v diagnostických a terapeutických postupech, které zlepšily indikátory kvality péče u novorozenců ELBW (perinatální a neonatální mortalita). Zavedení prenatální aplikace kortikosteroidů, postnatální podávání surfaktantu a nové možnosti léčby respiračního a oběhového selhání vedly k signifikantnímu snížení mortality u novorozenců ELBW.

V současné době probíhá revize postupů v oblasti reprodukčního zdraví a perinatální péče s akcentem na dlouhodobou kvalitu vysoce rizikové populace extrémně nezralých novorozenců při zachování dosažených výsledků perinatální a neonatální mortality.

Cílem nových diagnostických a terapeutických postupů je snížit incidenci a závažnost těžkých neonatálních komplikací (periventrikulární-intraventrikulární krvácení, periventrikulární leukomalacie, retinopatie, nekrotizující enterokolitida/seps, bronchopulmonální dysplazie), které zásadně ovlivňují dlouhodobý vývoj novorozence a vznik závažných celoživotních a ireverzibilních komplikací (dětská mozková obrna, slepota, hluchota, psychomotorická retardace a chronické plicní onemocnění).

Extrémní nezralost je celosvětovým problémem, který nemá pouze aspekty medicínské, ale také legislativní, etické, sociální a ekonomické. Maximální optimalizace péče o novorozence na hranici viability je, s ohledem na klesající natalitu a fertilitu žen, jednou z priorit péče o zdraví naší populace ve 21. století.

Péče o novorozence s chronickým plicním onemocněním v ambulantní praxi

MUDr. Jan Radina
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Nejzávažnější formou dlouhodobé respirační morbidity u perinatálně ohrožených novorozenců je bronchopulmonální dysplazie (Bronchopulmonary dysplasia, BPD) a chronické plicní onemocnění (Chronic lung disease, CLD). BPD/CLD je definována jako závislost na oxygenoterapii ve 36. postkoncepčním týdnu. Vznik BPD/CLD je výsledkem dynamického procesu poruchy alveolarizace a angiogeneze s multifaktoriální etiopatogenezí (prematurita, mediátory zánětlivé odpovědi, infekce, adverzní působení umělé plicní ventilace, oxidativní stres, genetická predispozice a reparativní procesy v průběhu maturace plic). Incidence BPD/CLD u novorozenců s porodní hmotností pod 1000 gramů je 30 % (přibližně 350 případů v ČR/rok).

Změny somatického nálezu u dětí s BPD/CLD po propuštění z novorozeneckého oddělení do domácí péče jsou multiorgánové: respirační symptomatologie, ataky centrální cyanózy při zvýšené aktivitě, agitovanosti a hyperexcitabilitě, zvracení při současném gastroezofageálním refluxu a poruchách koordinace polykání-sání, poruchy spánku a poruchy vývoje.

Nejčastějšími komplikacemi BPD/CLD v ambulantní praxi jsou: recidivující respirační infekce s obstrukčním nálezem, apnoe, aspirační pneumonie (poruchy polykání, GER), astma like syndrome – bronchiální spazmy, hyperreaktivita, astma bronchiale, patologické funkční vyšetření plic, plicní hypertenze, cor pulmonale, psychomotorická retardace, behaviorální problémy, ADHD (porucha soustředění, učení, hyperaktivita) a abnormální somatické parametry (poruchy růstu, neprosávání).

Péče o pacienty s BPD/CLD je multidisciplinární s cílem minimalizovat závažné projevy onemocnění a maximálně snížit incidenci a závažnost typických komplikací pacientů s BPD/CLD. Diagnostiku a léčbu pacientů s BPD/CLD koordinuje PLDD.

Problematika novorozeneckého ikteru po propuštění do domácí péče

MUDr. Marcela Černá
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Hyperbilirubinémie je bez ohledu na věk definována jako zvýšení koncentrace biliru-

binu v krvi nad 25 $\mu\text{mol/l}$. U novorozence se ikterus manifestuje klinicky při hodnotách bilirubinu 68–85 $\mu\text{mol/l}$. Ikterus neonati (fyziologická žloutenka, fyziologická hyperbilirubinémie) se vyskytuje u 45–65 % zdravých novorozenců.

Kritéria fyziologického ikteru: fyziologický ikterus se vyskytuje téměř u všech novorozenců, hladiny bilirubinu jsou zvýšené v prvních týdnech života a dále spontánně klesají (fyziologický ikterus se nikdy neprojevuje v prvních 24 hodinách po porodu), maximální hodnoty nekonjugovaného bilirubinu jsou zaznamenány 5. den po porodu, u donošených novorozenců nepřesahuje hodnota nekonjugovaného bilirubinu 204 $\mu\text{mol/l}$ a konjugovaného 34 $\mu\text{mol/l}$, rychlost vzestupu celkového bilirubinu u fyziologického ikteru nesmí překročit hodnotu 85 $\mu\text{mol/l}$ /den. Fyziologický ikterus nevyžaduje speciální léčebná opatření.

Ikterus kojených novorozenců je syndromem zdravých a donošených novorozenců s rozvojem ikteru v prvním týdnu života, který dále přetrvává. Hodnoty bilirubinu klesají velmi pomalu až do 12. týdne života. Incidence ikteru u kojených novorozenců je 20–30 % (12,9 % novorozenců s hodnotou nad 205 $\mu\text{mol/l}$). Ikterus kojených novorozenců je nejčastější příčinou rehospitalizace novorozenců. Příčiny vzniku ikteru kojených novorozenců jsou multifaktoriální. Preventivní opatření vzniku ikteru zahrnují paradoxně časté kojení (minimálně 8 x denně) s adekvátním kalorickým příjmem. V případě neúspěchu je možné krátkodobé vysazení kojení a nahrazení mateřského mléka formulí. Vysazení kojení se používá nejčastěji jako doplněk fototerapie při vysokých hodnotách bilirubinu.

Ikterus kojených novorozenců je nutné dále diferencovat od jiných forem patologického ikteru, protože 80 % novorozenců s hodnotou bilirubinu nad 222 $\mu\text{mol/l}$ je kojených.

Neonatální hyperbilirubinémii (patologický ikterus) klasifikujeme na základě patofyziologických mechanismů, které vedou k akumulaci bilirubinu ve tkáních do tří skupin: 1. zvýšená produkce bilirubinu, 2. snížená konjugace bilirubinu a 3. patologická exkrece bilirubinu.

Novorozence se symptomem ikteru je nutné dále sledovat v ordinaci PLDD. Po léčbě ikteru

může dojít k tzv. rebound fenoménu. Rebound fenomén je normální o 17–34 $\mu\text{mol/l}$. S rebound fenoménem je nutné počítat zejména v případech hemolytické nemoci a/nebo u hraničně zralých novorozenců.

Krvácení z gastrointestinálního traktu v novorozeneckém věku

doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D.

Novorozenecké oddělení s JIP

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou, Praha

Krvácení z gastrointestinálního traktu je častou komplikací novorozeneckého období. V převážné většině se jedná o příčiny málo významné. Jen malé procento tvoří příčiny závažné, ty jsou však téměř vždy život ohrožující. V novorozeneckém věku je tedy esenciální časná diferenciální diagnóza a volba přístupu nezatažující fyziologického novorozence, ale razantně řešící raritní závažné stavy.

Sdělení vyjmenovává klinické situace, probírá diferenciální diagnózu, algoritmy vyšetření a základní postupy ve sledování a léčbě krvácení do gastrointestinálního traktu novorozence. Zaměřuje se na detekci místa krvácení a řešení nejčastějších krvácení z horních a z dolních částí trávicího traktu: idiopatického krvácení a krvácení ragád, stejně tak jako na terapii nejzávažnějších příčin krvácení z trávicí trubice: traumat, infekcí, koagulopatií a vrozených vad.

Pro krvácení z gastrointestinálního traktu v novorozeneckém věku platí potřeba přísného sledování vitálních funkcí a v případě nutnosti jejich okamžitá podpora s vědomím, že nejčastěji se jedná o nezávažné stavy.

Výsledky dlouhodobého sledování dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností v ČR

MUDr. Petr Zoban

Novorozenecké oddělení,

Gynekologicko-porodnická klinika FN Motol
a 2. LF UK v Praze

Kvalitativní vzestup péče o plod a novorozence v ČR během posledních 20 let výrazně přispěl ke snížení novorozenecké úmrtnosti (NÚ), která v roce 2010 klesla na 1,44/1000 živě narozených dětí. Významně se zvyšují i počty přežívajících, předčasně narozených dětí nejnižších váhových kategorií. Za období 1997–2008 klesla NÚ v kategorii pod 1500 g o 9%, a v kategorii pod 1000 g dokonce o 15%. Na místě je proto otázka, zda zvyšující se přežívání těžce nezralých dětí není spojeno s nárůstem počtu závažných vývojových postižení (tzv. pozdní morbidita – PM). Cílem tohoto sdělení je podat přehled o výsledcích follow-up dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností v ČR za období 1997–2008.

Výskyt PM se hodnotí ve 24 měsících korigovaného věku a má zřetelnou vazbu k tzv. rizikové peri- a neonatální morbiditě. Její redukce je jediným způsobem, jak snížit výskyt PM u těžce nezralých dětí. V letech 1997–2008 se sice prevalence rizikové neonatální morbidity snížila, přesto zde jsou určité rezervy ve snižování cerebrální morbidity a infekcí, zejména u novorozenců pod 1000 g. Pozitivním zjištěním je plynulý pokles výskytu závažné PM (DMO, retardace vývoje – VR, senzorické poruchy), a to od období 2000–2002. K poklesu došlo jak v kategorii 1000–1500 g, tak pod 1000 g. Samostatným problémem jsou děti s porodní váhou pod 750 g, přestože i u nich

se prognóza dlouhodobého vývoje zlepšila. Ukazuje se tak, že zvyšující se natalita a počty přežívajících dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní váhou nemusí být provázeny nárůstem výskytu trvalých vývojových postižení.

Symposium Astellas

Šachová partie s antibiotiky

MUDr. Zuzana Blechová

I. infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

Nárůst rezistencí běžných komunitních patogenů představuje globální problém na všech úrovních antibiotické preskripce. Přitom 60–80% antibiotik je indikováno v primární péči na běžné komunitní infekce, z nichž více než polovina je prokazatelně virového původu. Preskripční zvyklosti se mění pomalu, ale díky edukacím na všech úrovních se pozvolna zlepšují. Ke zlepšení diferenciální diagnostiky bakteriální a virové infekce přispívá rovněž ve sporných případech dostupnost promptního vyšetření C reaktivního proteinu. Klinický obraz infekcí způsobených atypickými nebo rezistentními patogeny nemusí být odlišný, avšak bez mikrobiologického průkazu agens se projeví především selháním empiricky nasazené terapie. Především je důležité zachovávat taková pravidla indikace antibiotické léčby, aby se nezvyšoval selekční tlak vedoucí k nárůstu incidence těchto patogenů.

Sdělení formou interaktivních kazuistik z běžné praxe poukazuje na situace, v nichž se uplatňují rezistentní patogeny a řeší možnosti jejich léčby. Rovněž poukazuje na některé přetrvávající chyby v indikaci antibiotické terapie u běžných infekcí.

INFEKTOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc. – sobota / 28. 5. 2011 / 10.20–13.00

Infekce vyvolané pneumokoky u dětí

doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc.

I. infekční klinika, FN Na Bulovce, Praha

Abstrakt nedodán.

Atypické pneumonie

MUDr. Zuzana Blechová

I. infekční klinika UK 2. LF a FN Na Bulovce, Praha

Atypické pneumonie s diskrepancí mezi klinickým a rentgenologickým obrazem nejčastěji způsobují u dětí viry nebo mykoplazmata, méně často chlamydie, zřídka další bakteriální agens. Mohou být však vzácně i mykotického původu, zejména u pacientů s hlubokým imunodeficientem. Jejich incidence kolísá v několikaletých cyklech a etiologie je závislá rovněž na věku. Zatímco virové pneumonie komplikují typicky infekce nejmladších věkových skupin,

u dětí školního věku a adolescentů převažují mykoplazmata. Virové záněty mohou být rovněž sekundárně komplikovány bakteriální superinfekcí, nejčastěji pneumokokového nebo stafylokokového původu. Problémem může být obtížnější diagnostika, přičemž dostupné vyšetřovací metody přinášejí jak falešně pozitivní, tak negativní výsledky. Dostupnost a náročnost průkazu agens nevyváží omezené terapeutické možnosti. Zejména mykoplazmové záněty

probíhají často plíživě, bez alterace celkového stavu nemocného, s četnými mimospiračními příznaky, označují se jako „walking“ pneumonie. Podobný obraz lze pozorovat někdy i u chlamydiových zánětů, jejichž četnost bývá díky nejednoznačné diagnostice přeceňována. Léky volby jsou v typickém případě makrolidy, event. doxycyklin, dle některých postupů se v závažnějších případech používá kombinace s rifampicinem. Součástí sdělení bude prezentace vlastních výsledků z desetileté studie pneumonií.

Meningitidy dětského věku

MUDr. Věra Štruncová¹,

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.²,

MUDr. Tamara Bergerová²,

MUDr. Miroslava Švecová²

¹ Infekční klinika

² Mikrobiologický ústav LF UK a FN Plzeň

Meningitida je zánět mozkových obalů s možností rozšíření zánětu na mozkovou tkáň nebo míchu. Meningitidy jsou život ohrožujícím stavem s rychlým rozvojem neurologické symptomatologie, trvalého poškození mozku, jež může končit smrtí. Proto je nutné onemocnění rychle rozpoznat, zjistit původce, zahájit léčbu a zabránit následkům. Meningitidu vyvolává nejčastěji infekční původce (bakterie, virus, plíseň, parazit), ale i tumor CNS, léky, nemoci krevního nebo imunitního systému. Nejvyšší incidence bakteriální meningitidy je od narození do 2 let. Nejrizikovějším obdobím je časný novorozenecký věk a také věk 3–8 měsíců. Typickými časnými příznaky meningitidy dětského věku jsou horečka, změna chování, vážnoucí šije, vyklenutá fontanela (pokud je přítomna), zvracení, alterace vědomí. Meningitidy schematicky rozlišujeme na bakteriální nebo virové, purulentní nebo serózní. Meningitidy bakteriální purulentní vznikají nejčastěji hematogenní cestou po kapénkové infekci (tzv. primární meningitidy). Sekundární meningitidy mají zdroj v ložisku (otitis media, sinusitida, komplikace traumatu nebo neurochirurgického výkonu). V letech 2006–2010 bylo ve FN v Plzni hospitalizováno 152 nemocných dětí s meningitidou ve věku 0–18 let. Purulentní meningitidy byly diagnostikovány u 25 (16,4 %) nemocných, serózní u 127 (81,6 %) nemocných dětí. Nejčastějším původcem purulentní meningitidy byla *Neisseria meningitidis* (u 10 nemocných, 41,2 %). Nejméně častou byla hemofilová meningitida; zřejmě díky zahájení vakcinací bylo poslední onemocnění

diagnostikováno v roce 2007. Ve sledovaném období nezemřelo v důsledku purulentní meningitidy žádné dítě. Meningitidy serózní jsou nejčastěji virové etiologie, jsou méně závažné a ne vždy správně diagnostikovány. Probíhají často pod obrazem virózy. Frekvence virových meningitid stoupá v letních měsících, protože nejčastější původci – enteroviry a virus klíšťové encefalitidy jsou vázány zejména na toto období. Nejčastějším serózním zánětem CNS byla klíšťová meningoencefalitida, kterou jsme prokázali u 59 (47,5 %) nemocných. Sporadicky se uplatnily herpetické viry (VZV, HSV, EBV), adenoviry a virus epidemické parotitidy. Smrtelný průběh měla herpetická encefalitida u ročního dítěte. Serózní bakteriální meningitidou vyvolanou borreliemi onemocnělo 23 (18 %) dětí z našeho souboru.

Závěr: Meningitidy zůstávají závažným onemocněním CNS, ale jejich výskyt by měl klesat díky osvětě i dostupné vakcinaci.

Práce byla podpořena Výzkumným záměrem LF UK v Plzni MSM0021620819

Klinické a epidemiologické charakteristiky pertuse

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.¹,

doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.²,

MUDr. Věra Štruncová¹

¹ Infekční klinika,

² Oddělení epidemiologie FN a LF UK Plzeň

Klinický obraz odpovídající pertusi byl známý již starým Číňanům. Původce tohoto vysoce infekčního, vzdušnou cestou přenosného, výlučně lidského onemocnění byl popsán v r. 1900 a nese jméno objevitele (*Bordetella pertussis*). V patogenezi onemocnění se uplatňují adheziny a toxiny, které rozhodují o kolonizaci i klinickém průběhu. Od poloviny 20. století jsou k dispozici účinné očkovací látky, jejich účinek však není trvalý. S onemocněním se proto v posledních letech setkáváme stále častěji. Dle údajů SZO ročně ve světě onemocní až 50 mil. osob (až 90 % případů v rozvojových zemích) a přibližně 250 tisíc z nich nemoci podlehnou. V ČR bylo v roce 2009 hlášeno 955 případů onemocnění, nejčastěji ve věkové skupině 10–14letých; v poslední dekádě zemřely tři děti ve věku 1–4 měsíce. Klasický průběh pertuse dnes v rozvinutých zemích uvidíme jen výjimečně (neočkovaný kojeneček); stále častěji se však objevují průběhy atypické s mírnými symptomy a dlouhotrvajícím kašlem. Postižení bývají zejména

adolescenti a dospělé osoby díky slábnutí specifické imunitní odpovědi v případě, že není zajištěna aplikace boosterovacích dávek vakcín. Léčba je založena na včasném podání zejména makrolidových antibiotik a symptomatičké terapii.

Závěry pro praxi: 1. Výskyt klasicky probíhající pertuse u kojenců a batolat v rozvinutých zemích je vzácný. 2. Lékař se nejspíše setká s atypickým průběhem onemocnění u adolescentů nebo dospělých, kteří mohou být rezervoárem i zdrojem onemocnění pro jiné členy rodiny. Při diferenciální diagnostické rozvaze u syndromu dávivého kašle by se na pertusi nemělo zapomenout. 3. Při atypickém průběhu bývá stanovení diagnózy obtížné a nepoznané onemocnění znamená hrozbu pro nedostatečně očkované či neočkované osoby. 4. Kultivační vyšetření nazofaryngeálního stěru, či lépe aspirátu, sérologická vyšetření a RT-PCR jsou standardní metody umožňující stanovit diagnózu. 5. Řádné hlášení potvrzených případů a přeočkovávání adolescentů a dospělých se slábnoucí imunitní odpovědí acelulární vakcínou (zejména při úzkém kontaktu s malými vnímavými kojenčí – cocoon strategy) jsou cesty směřující k postupné eliminaci onemocnění.

Podpořeno VZ LF UK v Plzni MSM0021620819 a MSM0021620812

Role netypovatelných kmenů

Haemophilus influenzae v patogenezi infekcí u dětí

MUDr. Václava Adámková

Klinická mikrobiologie a ATB centrum
Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. LF UK

Netypovatelné kmeny *Haemophilus influenzae* (NTHi) jsou důležitými původci onemocnění dolních i horních dýchacích cest u dětí a starších lidí. V éře očkování proti *Haemophilus influenzae* typu b a *Streptococcus pneumoniae* se NTHi stávají hlavními vyvolavateli hemofilových onemocnění. Nejčastější klinickou manifestací infekce u dětí mladších 5 let je bakteriemie a pneumonie.

Neonatální infekce vyvolané NTHi se vyskytují v méně než 5 % neonatálních invazivních bakteriálních onemocnění. Infekce se rozvíjí velice rychle, zvláště u nedonošených dětí. Často bývá asociována s předčasným porodem nebo komplikacemi během porodu. U starších dětí a dospělých s NTHi infekcí bývají přítomny predisponující faktory, jako je

chronické onemocnění dýchacích cest nebo defekt v imunitě.

Netypovatelné kmeny *Haemophilus influenzae* se stávají více rezistentní k betalaktamovým antibiotikům, i když existují regionální rozdíly. Proto je nutná neustálá surveillance těchto infekcí, nejen na národní úrovni.

Symposium GlaxoSmithKline

HPV infekce z pohledu onkogynekologa a důležitá role pediatra v prevenci

MUDr. Marek Pluta

**Gynekologicko-porodnická klinika
FN Motol, Praha**

Vysoce rizikové typy humánního papilomaviru (HR HPV) jsou kauzální příčinou celé řady karcinomů a prekanceróz. Jasně dominují gynekologické zhoubné nádory – HPV viry jsou nejčastější sexuální přenášenou infekcí a v průběhu života se s nimi setká až 80 % populace. Infekce HR HPV však ještě neznamená následný vznik zhoubného nádoru. V mnoha případech (např. rakovina děložního hrdla) je to ale podmínka nezbytná k jeho rozvoji.

Prevalence HR HPV v jednotlivých podskupinách gynekologických zhoubných nádorů a průměrný absolutní počet těchto nádorů v ČR:

- 98–99 % karcinomů hrdla (1100/rok)
- 90 % prekanceróz vulvy
- 35 % karcinomů vulvy (180/rok)
- 100 % kondylomat vulvy

- 90 % prekanceróz pochvy
- 50 % karcinomů pochvy (40/rok)

Karcinom děložního hrdla je teoreticky plně preventabilní onemocnění. Aktuální skriningové systémy jsou založeny na odběru onkologické cytologie z děložního hrdla. V ČR je doporučován odběr 1x ročně, po zahájení pohlavního života bez horní věkové hranice.

Skrining založený na onkologické cytologii jako sekundární prevence má ale několik limitů. Prvním je metoda – onkologická cytologie, která má cca 60 % senzitivitu. Druhým je dostatečné pokrytí populace. Incidence cervikálního karcinomu v ČR je dlouhodobě kolem 20/100 000. V zemích s fungujícím skriningem se incidence pohybuje hrubě pod 10/100 000.

Karcinom děložního hrdla je prvním onemocněním, kde můžeme zasáhnout na úrovni primární prevence a zabránit vlastnímu neoplastickému procesu. Data dostupná pro ČR nás opravňují tvrdit, že pro karcinom děložního hrdla v ČR jsou podstatné následující podtypy HR HPV: spinocelulární karcinom (80 %) v 92 % vzniká na základě infekce typem 16, 18, 31, 33 a 45, adenokarcinom (20 %) ve 100 % vzniká na základě infekce typem 16, 18 a 45.

Aktuálně dostupná bivalentní vakcína je zaměřena proti nejčastějším subtypům viru 16 a 18. Díky zkřížené imunitě pokrývá až 87 % těžkých prekanceróz (adeno i spino). Jako nejeektivnější se jeví podání vakcíny HPV naivním

dívčím (před zahájením pohlavního života). V tomto kontextu je role pediatra naprosto klíčová pro budoucí primární prevenci karcinomů děložního hrdla. Role gynekologa dále z povahy věci je tudíž více sekundární prevence a role onkogynekologa je na poli prevence terciární.

Očkování pohledem
pediatra a rodičů

MUDr. Veronika Jilichová Nová

Medical Advisor, GlaxoSmithKline

V posledních letech došlo k několika změnám v očkování. Změny nastaly jak v povinném očkování, tj. v očkovacím kalendáři, tak v systému úhrady očkování a v neposlední řadě se jednoznačně rozšířily možnosti nadstandardní vakcinace.

Těmto změnám se musel přizpůsobit celý systém provádění vakcinace – plátcí, distributoři, ale především lékaři a rodiče dětí, kterých se daná očkování týkají. Ne všichni lékaři vnímají očkování jako nezbytné, stejně tak mezi rodiči mohou být zastánci i odpůrci očkování. Nicméně v ordinacích se setkáváme se všemi názorovými variantami. Vzájemná komunikace o této problematice by měla vést k dohodě a uspokojení všech zúčastněných. K tomuto porozumění je mimo jiné dobré mít o možných očkováních stále aktuální informace a komunikovat především fakta na základě evidence based medicine.

Symposium Novartis

Sobota / 28. 5. 2011 / 13.00–14.00

Monogenní periodické syndromy

doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc.

**Klinika dětského a dorostového lékařství,
1. LF UK a VFN, Praha**

Abstrakt nedodán.

CINCA syndrom

MUDr. Tomáš Pískovský¹,

doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc.²

¹ **Klinika dětského lékařství FN Ostrava**

² **Klinika dětského a dorostového lékařství
1. LF UK a VFN, Praha**

CINCA syndrom (Chronic Infantile Neurological, Cutaneous and Articular syn-

drom), známý také jako NOMID (Neonatal Onset Multisystemic Inflammatory Disease), je vzácné dědičné zánětlivé onemocnění charakterizované triádou příznaků: kožními příznaky se začátkem zpravidla v novorozeneckém věku, chronickou meningitidou a opakujícími se epizodami horečky s charakteristickým postižením kloubů. Hlavním kožním příznakem je migrující makulózní exantém. Progresivní neurologické postižení má příčinu v chronické meningitidě charakterizované s nálezem polymorfonukleárních buněk v likvoru. S rostoucím věkem se objevuje edém papil zrakových nervů s poruchou vizu a percepční nedoslýchavost až hluchota. Předpokládá se autosomálně dominantní způsob dědičnosti. Asi v polovině přípa-

dů je nalezena mutace genu CIAS1 na prvním chromozomu (1q44). Při mutaci tohoto genu, který kóduje protein cryopyrin, dochází k upregulaci produkce mediátorů zánětu, zvláště pak interleukinu 1. Jako vysoce účinná se v léčbě ukazuje blokáce interleukinu 1 – biologická léčba anakinrou a kanakinumabem.

Autoři předkládají kazuistiku 12letého děvčete s CINCA syndromem, u něhož byla prokázána mutace v CIAS 1 genu, s klinickými projevy prchavého makulózního exantému od novorozeneckého věku, nejasnými horečkami od 4 let věku, postupným rozvojem chronické meningitidy s edémem papil zrakových nervů a převodní nedoslýchavostí. Jsou zmíněny zkušenosti s podáváním biologické léčby u této pacientky.

PSYCHIATRICKO-PSYCHOLOGICKÁ PODPORA CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ

Garant: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc. – sobota / 28. 5. 2011 / 14.00–15.00

Socioterapeutický a psychoterapeutický program pro děti trpící záněty střev (IBD)

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.,

MUDr. Eva Karásková,

prof. MUDr. Jan Praško, CSc.,

MUDr. Daniela Jelenová

Dětská klinika a Psychiatrická klinika LF UP a FN v Olomouci

Děti s IBD mají vyšší prevalenci úzkostných a depresivních poruch v porovnání s obecnou populací. Vysoké hodnoty (21–35 %) jsou obdobné jako u pacientů s jiným chronickým tělesným onemocněním. Psychoterapie u pacientů s IBD by mohla zlepšit průběh onemocnění, snížit některé psychologické faktory (deprese, úzkostné stavy) a zlepšit tak kvalitu života.

Cílem naší studie bude nalézt hlavní psychologické faktory, kterým jsou děti a jejich rodiny vystaveny, a hlouběji porozumět faktorům, jež ovlivňují kvalitu jejich života. Tyto aspekty budou stejnými testy měřeny a porovnávány se zdravými dětmi a jejich rodinami. Druhým krokem je vytvořit program pro nemocné děti a jejich rodiče, který by se těmito faktory zabýval; a dále provést evaluaci tohoto programu.

Cílem projektu je vyvinout komplexní socioterapeutický a psychoterapeutický program pro děti trpící IBD a jejich rodiče, ve snaze o: (1) snížení distresu dětí s IBD a jejich rodin, (2) zvýšení kvality života dětí a jejich rodin, (3) snížení počtu relapsů a hospitalizací. Komplexní socioterapeutický a psychoterapeutický program pro děti se zánětlivým onemocněním střev a jejich rodiče pomůže snížit stres celé rodiny, zlepšit sociální přizpůsobivost dětí ve škole a volnočasových aktivitách, zvýšit kvalitu života dětí a rodin, snížit počet hospitalizací a relapsů onemocnění.

Suicidalita adolescentů v kontextu rodičovského konfliktu

MUDr. Bc. Daniela Jelenová

Psychiatrická klinika, FN Olomouc

Sebevražda představuje 2. nejčastější příčinu úmrtí v adolescenci a minimálně ve formě vážných suicidálních myšlenek se týká naprosté většiny adolescentů. Sebevražda je pojímána multifaktoriálně, kde chybí jednoduchý motiv a spíše se sledují rizikové faktory zvyšující zranitelnost jedince (osobnostní dispozice, sociální vztahy, v případě dětí a adolescentů především rodinné a školní).

Přednáška bude zaměřena na souvislosti mezi suicidalitou adolescentů a percepcí rodičovských vztahů. Budou prezentovány výsledky výzkumu 14–16letých adolescentů. Výsledky vyvracejí dříve všeobecně přijímanou domněnku, že rozvod rodičů má škodlivý dopad na vývoj dítěte. V naší studii bylo potvrzeno vyšší sebevražedné riziko v souvislosti s vnímaným rodičovským konfliktem (především pocitem ohrožení), dalším významným faktorem byla nízká důvěra k rodičům a některé osobnostní charakteristiky (agresivita, hostilita, negativní sebepojetí, emoční labilita, pesimismus).

V přednášce budou dále zmíněny možnosti terapeutického přístupu, který je obecně závislý na fázi suicidálního jednání, základním psychickém onemocnění a celkové aktuální situaci. Využívají se psychoterapeutické intervence doplněné farmakoterapií (anxiolytika či neuroleptika v akutní fázi, dále antidepresiva nebo neuroleptika). Z preventivních opatření je prokázán zásadní efekt především včasného odhalení deprese cestou praktických dětských lékařů.

Dopad elektronických médií na dítě

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika FN v Olomouci

Rádio, televize, film, video hry, Internet, mobilní telefony a počítač přebírají i u nás ústřední roli v denním životě našich dětí. Bylo potvrzeno, že média mají potenciálně nesmírný

vliv, pozitivní i negativní, na poznávací, sociální i behaviorální rozvoj dítěte. Značně mohou ovlivnit i rozvoj řeči, schopnosti pozornosti (porucha pozornosti doprovázená hyperaktivitou), kvalitu spánku a koncentraci dítěte ve škole. Mnoho času stráveného před obrazovkou má taky souvislost s narůstající agresivitou a s velkou pravděpodobností se podílí i na pandemii obezity. Existují seriózní důkazy o tom, že sledování televize může malým dětem škodit. Americká pediatriká společnost nedoporučuje rodičům, aby nechávali děti mladší dvou let dívat na televizi. Mnoho rodičů přiznává, že nechávají děti koukat na televizi, když chtějí mít pro sebe chvíli volna. Když se dítě dívá na televizi, nemůže se věnovat jiným aktivitám důležitým pro jeho duševní rozvoj, například hře nebo komunikaci s rodiči. Předškolní děti se špatně koncentrují na hraní, když v místnosti běží jako pozadí televize, i když televizi přímo nesledují, může je rušit, dokonce poškodit jejich vývoj.

Autor ve svém sdělení upozorňuje na všechna rizika spojená s nadměrným a nevhodným sledováním televize v dětském věku. Role pediatrie je ve výchově a usměrňování rodičů nezastupitelná.

- Pediatri by měli upozorňovat na škodlivost/zdravotní rizika médií na svých konferencích a prostřednictvím tištěných materiálů.
- Pediatri by měli vysvětlit rodičům, že sledování TV dětem mladším 2 let má negativní vliv na rozvoj mozku.
- Pediatri by měli upozorňovat, že trvalé TV vysílání v čekárnách na pokojích v nemocnicích je škodlivé.
- Pediatri by měli vést diskuzi a edukovat rodiče, učitele, ředitele škol apod. o škodlivosti předčasného a nadměrného sledování TV.
- Měla by se monitorovat média (struktura vysílání, kvalita) a společně s Radou pro televizní vysílání usměrňovat kvalitu a výběr TV programů.

OČNÍ LÉKAŘSTVÍ

Garant: prof. MUDr. Blanka Brůnová, CSc. – sobota / 28. 5. 2011 / 15.15–16.15

Vývoj a poruchy vidění u dětí, způsob vyšetřování

MUDr. Miroslav Dostálek, Ph.D.

Nemocnice Litomyšl

Abstrakt nedodán.

Strabismus u dětí

MUDr. Barbora Varadýová

Dětská oční klinika FN a LF MU Brno

Strabismus je spolu s patologií binokulárního vidění významným úsekem očního lékařství. U zdravých novorozenců je paralelní postavení očí přítomno pouze ve 30 % a u zbývajících 70 % dětí se zpravidla definitivně projeví jen u 4–5 % z nich. Základní principy pro léčbu šilhání a s ním spojené amblyopie můžeme shrnout do těchto částí:

1. Raný záchyt a jejich brzká terapie a nepodceňování postřehů rodičů. V tomto by měl pomoci pediatr a závčas takové dítě odeslat k oftalmologovi.
2. Správná diagnostika a vyšetření oftalmologem, protože strabismus se spolu s amblyopií časem upevňuje a progreduje. Navíc může být šilhání jedním z prvních příznaků závažných očních i celkových onemocnění.
3. Aktivní spolupráce rodičů a dodržení doporučených pleoptických a ortoptických postupů. I na toto by měl pediatr dohlížet a případně rodiče na chyby v terapii upozornit.
4. Základní léčebný postup by měl být ukončen před nástupem dítěte do školy, neboť rozvoj binokulárního vidění je v tomto období již upevněn.
5. Školák by již měl mít dobře korigovanou refrakční vadu a mělo by u něj být rozhodnuto o řešení postavení očí chirurgickou cestou.

Šilhání se může projevit i po šestém roce věku dítěte, ale v té době již nemnoho ovlivní binokulární vidění a prostorové vnímání. Konzervativní postupy se přizpůsobují možností a spoluprací dítěte a rodičů a jsou také závislé na vývoji refrakční vady a akomodační šíři.

Strabismus má mnoho forem a jejich terapie je odvislá od typu, doby trvání, vývoje v čase. Paleta chirurgických technik je rovněž široká.

Problematika slzných cest v dětském věku

MUDr. Jiří Malec

Oční klinika dětí a dospělých

2. LF UK a FN v Motole, Praha

Neprůchodnost slzných cest (NSC) patří k poměrně častým oftalmologickým problémům dětského věku. Kongenitální neprůchodnost nacházíme u 5–20 % novorozenců. Získané onemocnění se vyskytuje spíše v pozdějším věku. U kongenitální NSC je překážka v odtoku slz nejčastěji lokalizována v dolních částech slzných cest (oblast slzovodu). Většinou se jedná o stenózu slzných cest, méně často o obstrukci. Výjimečně jde o vrozenou aplázii odtokových cest nebo vrozený hemangiom či nádor v oblasti slzných cest. Klinický obraz stenózy SC: Prvním příznakem bývá jednostranná zvýšená epifora. U kongenitální stenózy je zřetelná cca za 2–4 týdny po porodu. Přebytkné slzy se hromadí ve vnitřním koutku a přetékají na tvář dítěte. Slzení může kolísat. Situace se většinou komplikuje jednostranným purulentním zánětem spojivek. Důležitý je zejména stěr na kultivaci, event. cílená ATB. Vrozená a získaná neprůchodnost může být komplikována akutní dacryocystitidou. Vyklenutí, bolestivost a zčervenání v oblasti slzného vaku, často febrilie. Často je i celková alterace organismu,

exprimace sekretu ze slzných bodů při tlaku na oblast vnitřního koutku nebo slzného vaku. Diferenciální diagnostika: je nutno vyloučit např. kongenitální glaukom (epifora je prvním příznakem), různé druhy novorozeneckých konjunktivitid – chlamydiové, virové, cizí tělísko ve spojivkovém vaku nebo v rohovce, jiné zánětlivé zejména alergické afekce předního segmentu oka.

Terapie neprůchodnosti SC: Střetávání dvou přístupů: konzervativní kontra instrumentální (radikální) přístup. Spontánní kanalizace může trvat velmi dlouho nebo k ní vůbec nedojde. Dítě je obtěžováno zvýšeným slzením a záněty spojivek. Včas a dobře provedená sondáž má téměř 100 % efektivitu. Ve 3 měsících věku – mezi 95–99 %, 4.–7. měsíc – kolem 60–70 %, ve vyšším věku pokles úspěšnosti na 20 %. Pokud lze slzné cesty nasondovat, volíme intubaci (zavedení silikonových kanyl). Nemusí se trepanovat nosní kost. Kolem silikonových kanyl, které ponecháme in situ cca 3–4 měsíce, se postupně vytvoří náhradní odtokové cesty. Úspěšnost operací je asi 80 %.

Nejčastějším mechanismem poškození slzných cest v dětském věku je psí kousnutí. Méně časté jsou řezné nebo bodné rány či periorbitální kontuze (ramínko, hračka...). Rekonstrukce SC – sešití lacerace se provádí v CA na „Pig-tail“ sondě. U úrazů dolních kanálků je třeba provést rekonstrukci slzných cest pod mikroskopem.

Výběr postupu je na každém oftalmologovi. Dítě s podezřením na neprůchodné slzné cesty patří na specializované pracoviště. Důležité – nevynechat fluoresceinový test. Průplachy a sondáž má provádět erudovaný a zkušený, nejlépe dětský oftalmolog.

Podpořeno MZO FNM 2005

CZ.2.16/3.1.00/24022

SESTERSKÁ SEKCE

KRITICKÉ STAVY DĚTSKÉHO VĚKU

Z POHLEDU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Garantky: Bc. Zuzana Bantová, Mgr. Jana Kameníčková – sobota / 28. 5. 2011 / 8.35–10.15

Vrozený centrální hypoventilační syndrom (VCHS)

Bc. Zuzana Bantová, DiS.

Dětská klinika JIRP, FN Olomouc

Podstatou vrozeného centrálního hypoventilačního syndromu je žádná nebo nedostatečná senzitivita k hyperkapnii a hypoxii ve spánku i bdělém stavu. Pacienti neprojevují adekvátní klinické známky dyspnoe.

Patofyziologie

Ztráta automatické kontroly dýchání, chybí odpověď chemoreceptorů jak na hyperkapnii (centrální chemoreceptory), tak na hypoxii (periferní chemoreceptory). Ventilace je efektivnější v bdělém stavu a v REM fázi spánku, zejména po usnutí se rozvíjí progresivní hyperkapnie a hypoxie.

Klinické příznaky

Novorozenecký věk

Nespecifické příznaky – intermitentní apatie, cyanóza. $\downarrow pO_2$, $\uparrow pCO_2$ – nezvyšuje dechovou frekvenci ani dechové úsilí. Část dětí unikne v novorozeneckém věku správné diagnóze.

Kojenci

Plicní hypertenze a cor pulmonale v důsledku prolongované hypoxie a hyperkapnie. Apnoe je pozdním projevem útlumu CNS při $\uparrow pCO_2$.

Terapie

Cílem je zajistit adekvátní ventilaci a výměnu O_2 a pCO_2 .

Není známa jakákoliv farmakoterapie, která by byla schopna zabránit hypoventilaci a nahradit tak ventilační podporu. Všichni pacienti jsou celoživotně ventilováni ve spánku.

Kazuistika

Čtyřleté děvčátko je sledované na Dětské klinice v Olomouci od novorozeneckého věku. Dítě má závažnou rodinnou anamnézu ve smyslu vrozeného centrálního hypoventilačního syndromu. Matka otce měla ve spánkové labo-

ratoři prokázán VCHS, v padesáti letech zemřela na respirační selhání po podání benzodiazepinového preparátu. U otce pacientky byl potvrzen VCHS až po stanovení stejné diagnózy u naší pacientky, v současné době je ventilován ve spánku v režimu neinvazivní Bi-level ventilace. Otec udává, že jeho sestra prodělala opakované, blíže nespecifikované komplikace při celkové anestezii, ona sama ale odmítá podrobnější vyšetření. Dvojče (sestra) pacientky je zdravá.

Rizika a prevence úrazů u dětí

Taťána Vilkusová

Dětská klinika, JIRP, FN Olomouc

Autorka se zabývá úrazy u dětí, jejich riziky, následky a efektivní prevencí. Cílem je zvýšení povědomí o závažnosti, rizikových faktorech a dopadech dětských úrazů. Upozorňuje na to, jak předcházet dětským úrazům pomocí efektivních a intervenčních strategií. Podrobněji se věnuje pěti nejčastějším úrazům vyskytujícím se v dětském věku (dopravní úrazy, tonutí a utonutí, popáleniny a opařeniny, pády, otravy a poleptání).

Domácí umělá plicní ventilace u pacientky s Pompeho nemocí

Jana Fajglová

Dětská klinika FN Olomouc

Během několika posledních let dochází k rozvoji projektu umělé plicní ventilace v domácím prostředí, který je zaštiťován Ministerstvem zdravotnictví. Přibývá pacientů částečně nebo trvale závislých na plicní ventilaci. Jejich stav je způsoben úrazem nebo progredujícím onemocněním s ireverzibilními následky. Pacienti jsou tak odkázáni na doživotní pobyt v nemocničním zařízení. Tento projekt jim umožňuje návrat do domácího prostředí a život v rodině zlepšuje nejen jejich psychický, ale i zdravotní stav.

Kazuistika je o dívce s diagnózou Pompeho nemoc, která je již sedm roků doma na umělé plicní ventilaci.

Je možná cílená prevence poranění parenchymatózních orgánů břicha u dětí?

Milena Luklová

Fakultní nemocnice Brno

Příspěvek se zabývá problematikou poranění sleziny, jater a slinivky u dětí v Jiho-moravském kraji. Hlavním cílem je z rozboru přístupné zdravotnické dokumentace za pětileté období určit skupinu dětí, na kterou by mohla být směřována cílená prevence.

Bylo zjištěno, že nejvíce ohroženou skupinou jsou chlapci cyklisté ve věku 5–19 let. Nejvíce poranění parenchymatózních orgánů břicha tato skupina utrpí ve III. čtvrtletí roku. Z toho vyplývá, že cílenou prevencí těchto zranění je nejvhodnější realizovat v období před letními prázdninami se zaměřením na chlapce cyklisty téměř všech věkových skupin.

Péče o polytraumatizované děti

Blanka Skulinová

Fakultní nemocnice Ostrava, oddělení urgentního příjmu

Přednáška se zabývá rozvojem péče o polytraumatizované děti a vznikem vysoce specializovaných dětských traumacenter. Analyzuje příčiny dětských polytraumat ošetřených na urgentním příjmu Fakultní nemocnice Ostrava za období let 2008–2010. Součástí přednášky je i kazuistika polytraumatizovaného osmiletého dítěte, na jejímž příkladu je ukázána přednemocniční péče, příjem dítěte do traumacentra a následná multioborová spolupráce při léčbě těžce zraněného dítěte.

Jeden důvod, proč nerodit doma – kazuistika

Martin Dobeš

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc

Popisujeme případ holčičky narozené z druhé gravidity jen za pomoci dudy doma. Děvčátko nebylo převezeno k ošetření do nemocnice a při-

Duomox[®]

CÍLENÁ LÉČBA KOMUNITNÍCH INFEKcí*



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

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX[®] tablety:

Amoxicillinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitis a akutní exacerbaci chronické bronchitis v komunitě. **Další indikace:** Infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Způsob podání:** DUOMOX[®] se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX[®] tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému β -laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství nebyla ověřena. Amoxicilin je do mateřského mléka vylučován jen v malých množstvích. **Velikost balení:** DUOMOX[®] 250: 20 tbl, DUOMOX[®] 375: 20 tbl, DUOMOX[®] 500: 20 tbl, DUOMOX[®] 750: 20 tbl, DUOMOX[®] 1000: 14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** 12. 8. 2009. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Registr, číslo:** 15/270/93-C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

*Karen I, Havlík J, Kolek V, Matoušková M. RACIONÁLNÍ ANTIBIOTICKÁ TERAPIE RESPIRAČNÍCH A KOŽNÍCH INFEKcí V ORDINACI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE 2011. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. www.svl.cz

blíže po dvou hodinách se u ní objevily problémy s dýcháním s následnou asfyxií. K dítěti byla volána RZP a byla převezena k ošetření do nemocnice. Na oddělení byla napojena na UPV a mimo jiné vyšetřovací metody bylo natočeno i EEG, které potvrdilo velké poškození mozku, které bylo hlavním důvodem, proč dítě i přes veškerou péči celého ošetrovatelského týmu po 5 týdnech zemřelo.

Péče o dítě s vrozenou genetickou vadou s infaustní prognózou

Kristina Orságová, DiS.

JIRP, Dětská klinika FN Olomouc JIRP

Kazuistika se zabývá holčičkou narozenou z první gravidity. Po spontánním porodu byla ihned napojena na UPV. Dítě trpělo těžkou hy-

potonií celého těla a areflexií. Pomocí svalové biopsie byla zjištěna závažná genetická vada se špatnou prognózou. Přes veškerou lékařskou i ošetrovatelskou péči dítě zemřelo.

Symposium GlaxoSmithKline

Abstrakta viz strana 23.

SPECIFIKA A MOŽNÉ KOMPLIKACE POOPERAČNÍ PÉČE U DĚTÍ VČETNĚ JEDNODENNÍ CHIRURGIE

Garantky: Bc. Vladimíra Kosíková, Alena Matějová – sobota / 28. 5. 2011 / 10.30–12.00

Spolupráce dětské sestry s anesteziologickou sestrou v péči o dětského pacienta v rámci operace

Mgr. Alena Machová¹, Mgr. Lucie Žáková²

¹ ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, katedra ošetrovatelství

² studentka ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Cílem přednášky je zmapovat činnost a spolupráci dětských sester a anesteziologických sester v ošetrovatelské péči o dětského pacienta v předoperačním, perooperačním a pooperačním období. Dále pak zjistit, zda spolupráce dětských a anesteziologických sester může ovlivnit uspokojení potřeb dětského pacienta a zda mají sestry (dětské i anesteziologické) zájem o zlepšení spolupráce.

Operace je velmi náročné a zatěžující období, které ovlivňuje nejen samotného pacienta, ale i jeho blízké. Dospělý člověk prožívá toto období velmi emocionálně, i když to nedává na sobě tolik znát. Vnímání přípravy na operaci může být individuálně ovlivněno řadou faktorů. U dětí se vnímání tohoto období liší v mnoha směrech. Záleží na věku dítěte, celkovém psychickém a fyzickém vývoji. Již pobyt v nemocničním zařízení budí u dítěte často negativní pocity, jako je strach, obavy, nervozita, zvláště pokud se jedná o první pobyt v nemocnici. Proto velmi záleží na přístupu a profesionalitě celého ošetrovatelského týmu a na jejich spolupráci, která by měla být v péči o dětského pacienta v perfektní souhře. Cílem ošetrovatelské péče je zajistit potřeby dětského klienta co nejlépe. Významným článkem ošetřujícího týmu je rodina dítěte, především matka.

Ošetrovatelská péče u dětí se zevním fixátorem

Michaela Malá, Irena Příbylová

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie JIP, FN Brno

Přednáška je věnována léčbě komplikovaných zlomenin pomocí zevních fixátorů.

Hovoříme také o vývoji zevních fixátorů od středověku do současnosti a vývoji v léčbě zlomenin pomocí zevních fixátorů.

Kazuistika popisuje léčbu 15letého chlapce po havárii auta s částečnou amputací horní končetiny a následnou komplikovanou terapií.

Kraniocerebrální poranění u dětí

Irena Příbylová

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie JIP, FN Brno

V této přednášce jsem se zaměřila na problematiku dětí s kraniocerebrálním poraněním, protože tato traumata jsou hlavní příčinou dětského úmrtí.

Nejvíce je věnována pozornost problematice ložiskového a difúzního poranění mozku u dětí ve věku 6–14 let. Sledujeme období 5 let – od roku 2005–2009, děti hospitalizované ve FDN Brno.

Ligace PDA

Bc. Jana Nepustilová, DiS., Jana Tilšarová
Novorozenecké oddělení FN Olomouc

Novinky v terapii perzistující ductus arteriosus na Novorozeneckém oddělení FN Olomouc. Seznámení s novým operačním postupem – ligace PDA.

Ligace symptomatologické dučeje u dětí s nízkou porodní hmotností je bezpečný zákrok s nízkou mortalitou, který snižuje výskyt komplikací

pro významný levo-pravý zkrat a steal z aorty, děti neohrožuje a výrazně zlepšuje jejich prognózu.

Ošetrovatelská péče u dítěte po operaci atrézie annu

Svatava Pavlíková

Dětská klinika FN Olomouc

Sdělení se zaměřuje na ošetrovatelskou péči u dítěte s dg. atrézie annu. Po úvodním krátkém vysvětlení pojmů zmiňuji diagnostiku atrézie annu a nutnost operativního řešení tohoto problému. Dále se zabývám předoperační přípravou dítěte, péčí o dítě bezprostředně po operaci a taktéž následnou péčí, ošetřováním stomií, ošetřováním v domácím prostředí a přípravou na definitivní řešení (II. fáze operace) – zanořením stomií a péčí o dítě po tomto zákroku.

Ošetrovatelská péče o dětské pacienty s drenážemi po urologických výkonech

Miroslava Kohnová

Dětská klinika FN Olomouc

Nemoci močového ústrojí, jak vrozené, tak získané, se mohou v dětském věku řešit mimo jiné operační cestou – zavedením drenáže do močového ústrojí horních i dolních močových cest. Velmi důležité je vědět, jak o tyto drenáže pečovat, instrukce jsou obsahem našeho sdělení.

Symposium Hamé

Základem zdravého vývoje je vyvážená strava již od dětství

Ing. Marie Novotná

Hamé, s. r. o.

Abstrakt viz strana 15.

RotaTeq®

Cílená ochrana v nepředvídatelném světě rotavirů^{1,2}

RotaTeq® je pentavalentní vakcína poskytující cílenou ochranu proti 5 nejčastějším rotavirovým sérotypům (G1, G2, G3, G4 a G9), které způsobují více než 96 % rotavirových infekcí v Evropě.*^{1,2}



- ▶ **Perorální pentavalentní vakcína¹**
- ▶ **Vysoká a konzistentní účinnost^{1,3 **}**
- ▶ **Obecně dobře snášena^{1,3}**
- ▶ **Lze podávat současně s řadou kojeneckých vakcín (včetně hexavalentních)^{1 ***}**
- ▶ **Pohodlná perorální aplikace¹**

* Data jsou založena na kontinentálních rozdílech v distribuci G typů humánního rotaviru skupiny A, zjištěných analýzou kmenů sebraných v letech 1973 až 2003. Podle přehledu 124 studií z 52 zemí.

** 98% účinnost proti závažnému onemocnění v průběhu celé sezóny po vakcinaci.

*** Lze podávat současně s jakoukoliv z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín [včetně hexavalentních vakcín (DtaP-HBV-IPV/Hib)]: vakcína proti diftérii-tetanu-acerulární pertusí (DtaP), vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (Hib), inaktivovaná nebo perorální vakcína proti poliomyelitidě (IPV nebo OPV), vakcína proti hepatitidě B (HBV), konjugovaná pneumokoková vakcína (PCV) a konjugovaná očkovací látka proti meningokoků skupiny C (MenCC).

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku RotaTeq® 2. Santos N, Hoshino Y. Global distribution of rotavirus serotypes/genotypes and its implication for the development and implementation of an effective rotavirus vaccine. Rev. Med. Virol. 2005;15:29-56. 3. Vesikari T et al. Safety and Efficacy of a Pentavalent Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine. N Engl J Med 2006; 354(1):23-33.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Dříve než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

RotaTeq®, perorální roztok

Očkovací látka proti rotavirům (živá, perorální). **Léčivá látka:** Rotavirus sérotypy* G1, G2, G3, G4 a P1[8] (*humánní-bovinní rotavirové reasortanty (živé), vyrobené ve Vero buňkách). **Indikace:** Aktivní imunizace kojenců ve věku od 6 do 26 týdnů za účelem prevence gastroenteritidy způsobené rotavirovou infekcí (prokázána účinnost proti gastroenteritidě způsobené rotavirovými sérotypy G1P1[8], G2P4[4], G3P1[8], G4P1[8] a G9P1[8]).* **Dávkování a způsob podání:** Je nutno podat tři dávky. První dávku lze podat od věku šesti týdnů a ne později než ve věku 12 týdnů. Mezi dávkami musí být intervaly nejméně 4 týdny. Všechny tři dávky by měly být podány do věku 26 týdnů. Pouze k perorálnímu podání. Lze podávat bez ohledu na konzumaci jídla, nápojů nebo mateřského mléka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; hypersenzitivita po předchozím podání vakcíny proti rotaviru; předchozí anamnéza intususcepce; jedinci s vrozenými malformacemi gastrointestinálního traktu, které by mohly predisponovat k intususcepci; kojenci se známým deficitem imunity nebo s podezřením na něj. U kojenců s akutním závažným horečnatým onemocněním je třeba podání očkovací látky RotaTeq odložit. U kojenců s akutním průjmem nebo zvracením je třeba podání očkovací látky RotaTeq odložit. **Interakce:** Lze podávat společně s monovalentními nebo kombinovanými dětskými vakcínami obsahujícími jeden nebo více z následujících antigenů: DtaP, Hib, IPV nebo OPV, HBV, PCV a MenCC. **Upozornění:** Nejsou žádné údaje ohledně bezpečnosti ani účinnosti podávání vakcíny RotaTeq kojencům se sníženou imunitou. Podávat s opatrností jedincům, kteří jsou v úzkém kontaktu s osobami se sníženou imunitou. Případy gastroenteritidy v souvislosti s virem vakcíny byly hlášeny po uvedení přípravku na trh u kojenců s těžkou kombinovanou imunodeficiencí. Po uvedení přípravku na trh byl pozorován přenos kmenů virů vakcíny na nevakcinované kontakty.* Lze podávat předčasně narozeným dětem. Možné riziko apnoe a nutnost monitorování dýchání po dobu 48-72 hodin by se měly zvážit, když se podávají dávky základního očkování předčasně narozeným dětem (narozené v < 28. týdnu těhotenství). Podobně jako u jiných vakcín nemusí vakcinace vakcínou RotaTeq zajistit úplnou ochranu všem příjemcům, nechrání proti gastroenteritidám způsobeným jinými patogeny než rotavirovými. Vakcínu je třeba podávat perorálně bez mísení s jinými vakcínami nebo roztoky. Nefedit. Pouze pro použití u dětí. Obsahuje sacharosu. Pacientům se vzácnými dědičnými problémy, jakými je intolerance fruktosy, malabsorpce glukosy a galaktosy nebo sacharoso-izomaltázová nedostatečnost, se nesmí tato očkovací látka podat. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: pyrexie, průjem a zvracení. Časté: infekce horních cest dýchacích. Riziko intususcepce bylo pozorováno u kojenců v placebem kontrolované studii. V kombinovaných 42denních obdobích po každé dávce se vyskytlo 6 případů intususcepce u 34 837 příjemců očkovací látky RotaTeq ve srovnání s 5 případy u 34 788 příjemců placeba. 95% CI pro relativní riziko byly 0,4, 6,4. V žádném období po žádné z dávek přitom nedocházelo k hromadění případů u příjemců očkovací látky RotaTeq. U dětí, kterým byla podávána očkovací látka RotaTeq ve velké neintervenci studii bezpečnosti, žádné zvýšení rizika Kawasakiho nemoci nebylo pozorováno.* **Gastroenteritida s uvolňováním viru vakcíny u kojenců s těžkou kombinovanou imunodeficiencí byla hlášena spontánně u příjemců vakcíny RotaTeq.*** **Léková forma:** Perorální roztok. **Uchovávání:** V chladničce (2 °C – 8 °C), dávkovací tubu v krabici, chránit před světlem. **Balení:** 2 ml roztoku v předplněné stlačitelné tubě s twist-off víčkem v ochranném sáčku, ve velikosti balení po 1 a 10 kusech. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur MSD, SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, Francie. **Registrační čísla:** EU/1/06/348/001, EU/1/06/348/002. **Poslední revize textu SPC:** 6.8.2010.

*) Všímněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.



Copyright © (2010) Merck & Co., Inc. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme IDEC, Inc., org. sl.*; Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdi.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.



RotaTeq®



perorální roztok
Vakcína proti rotavirům (živá, perorální)

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DĚTSKÉ HEMATOONKOLOGII

Garantka: Eva Hůlková – sobota / 28. 5. 2011 / 13.00–14.30

Hodgkinova choroba

Hana Nemerádová

Eva Hůlková

Jednotka intenzivní hematologické péče,
Dětská klinika, FN Olomouc

Hodgkinova choroba je onemocnění částí bílých krvinek, tzv. lymfocytů. Toto onemocnění je charakteristické přítomností zvláštních buněk, které byly pojmenovány jako buňky Sternberg-Reedové.

Příčina vzniku není známa, zvažuje se podíl virové infekce (EBV viróza, virus infekční mononukleózy).

Onemocnění se projevuje nebolestivým zvětšením uzlin, které je někdy doprovázeno horečkou, nočním pocením, kašlem, dušností, únavou. Tyto příznaky často vedou k mylnému závěru, že se jedná o infekční onemocnění. Jsou-li postiženy povrchové uzliny, nemocný si často všimne zvětšeného a nebolestivého místa. Postihne-li onemocnění uzliny břišní či nitrohruďní, jsou příznaky variabilní a vyplývají z útlaku daného orgánu.

Rozděluje se na pět podtypů, k diagnostice a správnému zařazení je naprosto nezbytné histologické vyšetření, nejlépe zvětšené uzliny.

Hodgkinův lymfom je jedním z nejlépe léčitelných nádorů. K léčbě se využívá chemoterapie, radioterapie. Autologní transplantace periferních kmenových buněk se provádí u rizikové nemocných nebo u pacientů, u kterých se po léčbě objevil relaps. Alogenní transplantace kostní dřeně je prováděna po vyčerpání všech ostatních možností.

Uvádíme kazuistiku 18leté dívky.

Léčba hemangiomu propranololem

Zuzana Mičkerová, DiS., Helena Kolmanová
Dětská klinika FN Olomouc

Hemangiom je nezhoubný nádor z krevních cév. Hemangiomy dělíme na kongenitální hemangiomy (patrné už při narození) a infantilní hemangiomy (začínají růst až po narození).

Léčba může být medikamentózní nebo chirurgická. Při léčbě hemangiomu v kojeneckém věku se využívá látky propranolol. Její účinnost spočívá ve třech mechanismech:

- snížení prokrvení
- navození spontánní naprogramované smrti cévních buněk

- snížení látek stimulujících růst buněk hemangiomu

Nežádoucí účinky jsou kardiologické (hypotenze, bradykardie) a hypoglykemie. Proto je nutné před nasazením látky provést kardiologické vyšetření. Látka se navyšuje postupně během hospitalizace (3 dny) a při dobré toleranci je možné další sledování ambulantně. Délka podávání je individuální dle věku dítěte, velikosti hemangiomu a odpovědi na léčbu.

Edukace a komunikace na klinice dětské onkologie FN Brno

Marcela Řehánková

Klinika dětské onkologie FN Brno

Na klinice dětské onkologie je kladen velký důraz na informovanost a spolupráci mezi ošetřujícím personálem a pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Vzhledem k tomu, že léčba onkologického onemocnění je většinou „během na dlouhou trať“, je důležité hned na začátku naší péče navázat kvalitní vztah nejen se samotnými pacienty, ale i s jejich rodiči. Problémy v komunikaci znamenají zvýšený výskyt nedorozumění, konfliktů a nedůvěry.

Naším cílem je opakovaně podávat informace ve srozumitelné formě, bez medicínské „hantýrky“, používáme edukační materiály – brožury, obrázky, názorné pomůcky, originální předměty atd. Pro děti je k dispozici album s fotografiemi plyšového medvídky např. se „zavedeným“ kateřem, při lumbální punkci, při „zavádění“ sondy aj. Pro rodiče je připravena publikace Průvodce pro rodiče pacientů KDO FN Brno, vydaná nadačním fondem Krtek, kde je obsažen přehled informací jak o typech onkologických onemocnění, způsobech léčby, možných komplikacích, tak i informace o dietách, omezeních během léčby či otázky týkající se sociální stránky nemoci.

Edukační program se na KDO FN Brno vyvíjí postupně. V posledním roce jsme se zaměřili na sjednocení edukačních plánů, zajištění odpovědných osob, utřídění a aktualizace dostupných materiálů, zavedli jsme „Edukační kartu pacienta“.

V současnosti máme zpracovaná tato edukační témata:

1. Centrální venózní katétr
2. Pobyt na Klinice dětské onkologie FN Brno

3. Radioterapie
4. Aplikace s. c. injekcí
5. Separace PBSC
6. Internetové stránky nadačního fondu Krtek FN Brno

Edukace může přinášet výsledky pouze v tom případě, jestliže nám pacient či rodič porozumí, informace jsou předávány srozumitelně, v jednotné formě, opakovaně. Naším cílem je dosažení kvalitně edukovaných a spolupracujících dětí i rodičů.

Možnosti ovlivnění kvality života dlouhodobě hospitalizovaných dětí s onemocněním leukemie

Pavla Medková,

Marta Tříšková,

Iveta Poislová

Hematoonkologie,
Dětská klinika FN Olomouc

Diagnostika kvality života u dětí a dospívajících se v posledních letech rychle rozvíjí, zejména v oblasti specifických metod určených pro zjišťování kvality života dětí s určitým typem onemocnění. Kvalita života dlouhodobě hospitalizovaných dětí s onemocněním akutní lymfoblastické leukemie byla měřena pomocí dotazníku. K výzkumnému šetření byl vytvořen strukturovaný dotazník, jeho strukturu ovlivnily čtyři základní oblasti vystihující dimenze lidského života. Respondenty byli rodiče dlouhodobě hospitalizovaných dětí s onemocněním akutní lymfoblastické leukemie. Z výzkumného šetření se přínosem pro praxi může stát následující:

Komplikace způsobené léčbou cytostatiky lze zmírnit komplexní podpůrnou péčí, která je na oddělení hematoonkologie poskytována na vysoké odborné úrovni. Nelze změnit množství podávaných léků, potlačit zvracení a nevolnost, lze však trpělivým a citlivým přístupem ošetřujícího zdravotnického personálu k dítěti pomoci mu co nejlépe tyto nepříjemné zážitky překonat.

Ze strany zdravotnického personálu je nezbytný empatický přístup, změny v chování dětí je nutno respektovat, snažit se je pochopit a porozumět jednotlivým rozdílům ve vnímání a prožívání nemoci dítěte v souladu s individuálními zvláštnostmi jednotlivých vývojových etap věku dítěte. Aplikace těchto znalostí do klinické praxe

Vaše...

... instinktivní
OCHRANA

... mateřská
OCHRANA

... nejlepší
OCHRANA

Vaše **OCHRANA**
po ukončení kojení

JISTOTA PRO VAŠE DOPORUČENÍ:
VĚDECKY PROKÁZANÁ OCHRANA
PRO VŠECHNY NEKOJENÉ DĚTI



povede jistě ke zkvalitnění života dětí během dlouhodobé hospitalizace.

Negativní změny, jako je zlost a vztek, nejistota a úzkost je vhodné eliminovat pomocí odborné psychologické péče, psychoterapie a respektovat dítě jako osobnost. Kvalitu života dítěte může pozitivně ovlivnit i ošetřující personál svým chováním a jednáním podmíněným morálními hodnotami. Ošetřující dětská sestra se stává pro dítě také jedním ze zdrojů sociální opory, tento vztah je založen na důvěře nemocného dítěte k její osobě.

Kvalitu života dítěte lze tedy v průběhu hospitalizace pozitivně ovlivnit nejen profesionálně poskytovanou ošetrovatelskou péčí, ale i velmi důležitým empatickým přístupem a schopností stát se pro dětského pacienta po několik měsíců tím jedním z nejbližších poskytovatelů sociální opory. Současně je nutno podotknout, že ne všemu lze ve škole naučit a značná část je dána charakterovými vlastnostmi poskytovatelů ošetrovatelské péče. Skutečnost, že ošetrovatelská péče o nemocné děti není jen zaměstnání, ale vyžaduje celého člověka, by měla být zohledňována již při výběru samotného povolání.

Komplikace po zavedení venózního portu – kazuistika

**Ladislava Červinková,
Bc. Martina Petlachová
FN Brno, Klinika dětské onkologie**

Na KDO FN Brno se jako jedna z možností zajištění centrálního žilního přístupu používají implantabilní podkožní venózní porty. Jde o systém zajišťující dlouhodobý a bezpečný žilní přístup. Skládá se z těla portu, komůrky se silikonovou membránou a katétru zavedeného do cílové cévy. U dětí se zavádí vždy v celkové anestezii na operačním sále. Komplikace zavedení portu rozdělujeme na časné a pozdní. Mezi časné řadíme nesprávnou polohu katétru, chybné zavedení do arterie, hemotorax, pneumotorax, poškození nervové pleteně, hematoma, vzduchovou embolii, srdeční dysrytmii a malfunkci portu. Pozdní komplikace mohou být trombóza kanylované žíly, okluze katétru, krvácivé a mechanické poruchy, infekční komplikace a vznik extravazátu. Použití portů je výhodou především u menších dětí, zvyšuje se kvalita jejich života a má též kosmetický efekt.

Pacientka Karolína K., věk 9 měsíců, dg. neuroblastom lokalizovaný v retroperitoneu. Probíhá vstupní staging určující nejen typ onemocnění, ale i celkový stav organismu před zahájením onkologické léčby. Vzhledem k plánované chemoterapii je implantován venózní port. Dle operačního protokolu zaveden katétr cestou vena subclavia

l. dx., rtg poloha správná – více hluboko – tendence katétru vycestovat do levostranné vena subclavia. Komorové extrasystoly na EKG nejsou, tachykardie také ne, dýchají obě plíce. Dvě hodiny po návratu na oddělení má Karolínka tachykardie, je neklidná, pláče. Podáno analgetikum Tramal bolus i. v., poté úprava srdeční akce. Kontrolní rtg snímek hrudníku se závěrem: konec CVK ve vyšší obratlové tělo Th7 – odpovídá pravé síni. Pacientka sledována monitorem vitálních funkcí – tachykardie, ojediněle i komorové extrasystoly, podáván Tramal i. v. kontinuálně, konzilium anesteziologa, poté zklidnění, stabilizace srdeční akce. Následující den odjezd sanitou v doprovodu zdravotní sestry a matky na plánované vyšetření – MIBG (nukleární medicína). Z důvodu bezpečnosti je Karolínka umístěna do dětské autosedačky, v sanitě opět monitorovány fyziologické funkce. Ke konci převozu náhle dochází u pacientky k prosednutí, tachykardie cca 180/min., pokles saturace kyslíku na 78%. Podán kyslík maskou, volána RZP. Po uložení dítěte do polohy vleže dochází postupně k úpravě stavu, stabilizaci fyziologických funkcí, aplikováno radiofarmakum, odjezd zpět na oddělení sanitou RZP. Následně provedeno akutní kardiologické vyšetření s normálním nálezem, srdeční rytmus 146/min., normální anatomie a funkce srdce, konec CVK v pravé srdeční síni cca 2 cm, volný, nedosahuje k trikuspidální chlopni, nemá vliv na funkci převodního systému? Dále se již epizoda desaturace a tachykardie neobjevila, ale vzhledem k předchozím klinickým potížím pacientky byla doporučena úprava (povysunutí) katétru. Zárok proběhl nekomplikovaně v celkové anestezii na operačním sále. Plánovaný odečet MIBG (4 hodiny po aplikaci radiofarmaka) v celkové anestezii byl kontraindikován a snímání proběhlo až po 24 hodinách. Za komplikacemi pacientky po zavedení portu stojí několik faktorů: příliš hluboko zavedený konec CVK (2 cm v pravé srdeční síni), zřejmě podráždění srdečního převodního systému změnou polohy pacientky (usazení v autosedačce) a tím i změna polohy konce CVK, bolest po výkonu i celková nepohoda pacientky. Úkolem sestry je tyto klinické projevy komplikací rozpoznat, sledovat a aktivně se účastnit na jejich odstranění.

Centrální venózní katétr

**Bc. Martina Petlachová
Klinika dětské onkologie FN Brno**

Zajištění centrálního-žilního řečiště patří k základním prioritním výkonům na mnoha úsecích medicíny, zejména v intenzivní a onkologické péči. Centrální venózní katétr (CVK) se

využívají k nitrožilnímu bolusovému či kontinuálnímu podávání vysoce účinných vazopresorů, vazodilatancí, iotropik, cytostatik. Dále k aplikaci látek s osmolalitou převyšující 800 mmol/kg – 20%, 40% roztoky glukózy, roztoky manitolu, 15% roztoky aminokyselin apod. Vhodné jsou u roztoků dráždivých stěnu periferních žil vysokým či nízkým pH. V dětské onkologii se CVK využívá kromě již zmíněných indikací také k odběrům krevních vzorků, k aplikaci krevních derivátů a transfuzních přípravků, separaci periferních kmenových buněk, měření centrálního žilního tlaku.

Jako centrální žílu označujeme horní a dolní dutou žílu s jejich soutokem u pravé srdeční síně. Obecně je přístup možný kanylací: vena subclavia, vena jugularis interna, vena jugularis externa, vena femoralis. Nejužívanější metoda zavádění je punkční Seldingerova metoda, a to do vena jugularis interna a vena subclavia.

V souvislosti s CVK mohou nastat komplikace, které lze obecně dělit na časné (nesprávná poloha, chybné zavedení do arterie, hemotorax, pneumotorax, poškození nervů, hematoma, vzduchová embolie, srdeční dysrytmie) a pozdní (trombóza kanylované žíly, okluze katétru, krvácivé a mechanické poruchy, infekční komplikace).

Známe tedy důvody zavedení, místo zavedení a možné komplikace. Dále je třeba se orientovat ve výběru správného katétru. Existuje široká nabídka typů, variant, speciálních úprav a velikostí CVK. Jsou připravovány a baleny jako sterilní soupravy, které obsahují vše potřebné k jejich zavedení. K dispozici jsou verze pro děti i dospělé, vyrobené z ušlechtilých materiálů jako např. polyuretan, silikon, teflon.

Základní rozdělení je možné definovat takto: otevřené a uzavřené systémy. K otevřeným systémům patří běžné punkční a tunelizované katetry, jež vyúsťují na povrch hrudníku, fixované stehem či tunelizovanou dakronovou manžetou v podkožním tunelu. Uzavřené systémy jsou tzv. implantované venózní porty s komůrkou v podkoží.

Zásady péče vycházejí z doporučení americké společnosti Center for Disease Control and Prevention (CDC). Jejich cílem je minimalizace komplikací, zvláště komplikací infekčních.

Bližší popis výše zmíněných zásad bude obsahem ústního sdělení.

Symposium Nestlé

Co můžeme udělat pro výživu dětí?

Ježek P.

Abstrakt nedodán.

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku



Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflory^{1,2}

Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojenců

Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném
množství přijímat stravou.

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte^{3,4,5}

Mateřské mléko obsahuje významné
množství nukleotidů, v průběhu
kojení a s postupem věku
dítěte jejich množství
klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí **pouze
těch látek, které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.**

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin, sacharidů,
tuků, vitamínů a minerálních látek také tři další významné složky:

- PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- NUKLEOTIDY

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje plné kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se
doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných příkrmů. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte.
Potravina pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben XM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;
117:927-31. 2. Fanaro S, Marten B, Bagna R, Vigi V, Fabris C, Peña-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Baggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 891-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 883-90.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Solomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1) S64-7.



800 201 102

www.nutradefense.cz

VARIA

Garantky: Bc. Světlana Kašubová, Bc. Eva Čočková – sobota / 28. 5. 2011 / 14.45–16.15

Fenylketonurie a život s ní

Marcela Dvořáková

Dětská klinika, FN Olomouc

Přednáška poukazuje na problematiku fenylketonurie, onemocnění, jež postihuje až 10 dětí narozených v jednom roce. Fenylketonurie představuje celoživotní běh na dlouhou trať, který od základu změní život celé rodiny. Díky důkladnému screeningu se již po narození tolik očekávaného dítěte dozvíme, zda právě naše dítě je či není postihnuto touto metabolickou poruchou. Děti trpící fenylketonurií jsou odkázány na konzumaci speciálních potravin, které neobsahují velké množství bílkovin. Právě bílkoviny jsou pro fenylketonuriky velmi nebezpečné. Bílkoviny obsahují aminokyselinu fenylalaninu. Lidé s fenylketonurií zpracovávají tuto aminokyselinu pouze částečně. Zbytek nezpracovaného fenylalaninu zůstává v krvi a tělních tekutinách a narušuje správnou funkci buněk těla. Prezentace poukazuje na diagnostiku, terapii a život s fenylketonurií. Součástí je také kazuistika chlapce trpícího fenylketonurií.

Multikulturní (transkulturní) ošetřovatelství

Pavlaína Kosecová

Dětská klinika, FN Olomouc

Čím dál častěji se v našich zdravotnických zařízeních přijímají cizí státní příslušníci, emigranti, klienti vyznávající odlišné kulturní, náboženské a hygienické návyky. Ve své přednášce bych Vám ráda přiblížila zvláštnosti těchto u nás méně zastoupených národnostních a náboženských menšin, jejich vztah a chování k zdravotnímu personálu. Připojuji také několik rad, jak se chovat a tím předcházet případným konfliktům, nedorozuměním způsobeným například jazykovou bariérou nebo neverbálním projevem.

Léčba kongenitální ptózy – kazuistika

Marie Hübllová¹

Pavlaína Hrozková²

¹ Oční klinika, FN Olomouc

² Oční centrum, s.r.o., Šternberk

Pokles horního víčka představuje u dětí problémem nejen kosmetický, ale je i rizikem pro vznik

deprivační amblyopie. Ptóza horního víčka u dětí může být nejrůznější etiologie, vrozená nebo získaná, jednostranná i oboustranná.

Vzniká nejčastěji při poruchách inervace n. oculomotorius nebo při změnách m. levator palpebrae superioris, při kterých je horní víčko pokleslé a oční štěrbina zúžená. Velmi důležité je podrobné vyšetření. Všímací si celkového vzhledu nemocného:

- postavení hlavy
- zvětšení vrásek na čele
- podrobně se vyšetřuje kůže, řasy, sliznice
- sleduje se, zda se velikost ptózy nemění v závislosti na žvýkacích pohybech dutiny ústní.

Při kongenitální ptóze má víčko hladký vzhled, protože je vymizelá orbitopalpebrální rýha. Při pohledu dolů zůstává víčko výše než u druhého oka, kdežto u získané ptózy zůstává postavení stejné.

Jde-li o těžkou ptózu, která překrývá zornici, je riziko vzniku amblyopie, proto se přistupuje k časnému operačnímu řešení.

U ptóz středního stupně se nesmí opomenout na možnost vzniku amblyopie při indolovaném astigmatismu(I), který může vzniknout tlakem pokleslého víčka na rohovku. Pacienti jsou pečlivě sledováni a včas podrobeni pleopticko-ortoptické léčbě. Operace by v těchto případech měla být indikována již v předškolním věku. Důležitá je volba nejvhodnějšího operačního postupu, který závisí zejména na funkci levatoru.

Ptózy mírného stupně, které neovlivňují žádným mechanismem vývoj vidění, jsou z pohledu lékařů „jen“ kosmetickým defektem. Jednou z možností je pacienty s mírnou ptózou jen sledovat s vyhlídkou operačního řešení po dosažení plnoletosti.

Sdělení ilustrujeme kazuistikou ročního chlapce.

Péče o dítě s glutarovou acidurií typu 1

Bc. Eva Čočková

Dětská klinika, FN Olomouc

Předkládáme kazuistiku dvou sourozenců, u kterých byla glutarová acidurie diagnostikována. V prvním případě se jednalo o zachycení až při vzniklé akutní metabolické krizi.

Ve druhém případě byl pozitivní novorozenecký screening.

Glutarová acidurie typ 1 je dědičné metabolické onemocnění z deficitu glutaryl-CoA-dehydrogenázy postihující odbourávání lysinu, hydroxylysinu a tryptofanu. Tato snížená schopnost zpracování aminokyselin vede k nahromadění toxických látek a k poškození některých částí mozku, k těžkým neurologickým změnám především extrapyramidovým (dystonie, choreoatetóza) s atrofií bazálních ganglií a hypodenzitou bílé kůry. Tato situace se může opakovat pokaždé, když je organismus zatížen zvýšeným množstvím lysinu a tryptofanu (např. při běžném úbytku váhy v novorozeneckém období, při odbourávání tělesných bílkovin dítěte při horečce a hladovění, při běžných infekcích, po operacích a za podobných zátěžových situacích).

Dítě drogově závislé matky

Renáta Kemelová

Středomoravská nemocniční, a.s.,
Nemocnice Prostějov

Protože se zvyšuje počet mladých lidí, kteří užívají drogy, musíme počítat s tím, že se bude zvyšovat i počet drogově závislých matek. Je třeba vědět, co můžeme od novorozence drogově závislé matky očekávat, abychom mohli zahájit účinnou léčbu a ošetřování. Všechny drogově závislé mají právo na citlivé a profesionální zacházení ze strany ošetřovatelského týmu.

Ne všechny děti drogově závislých matek mají abstinenciální příznaky. Závisí to na kvalitě drogy, nepravidelnosti užívání, míchání jednotlivých druhů.

Šest nejčastěji užívaných drog:

1. Tabák
2. Alkohol
3. Amfetamin
4. Kokain
5. Marihuana
6. Opiáty

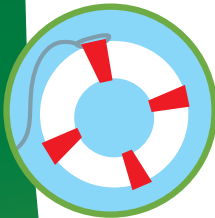
Většinou se rodí dítě s normální porodní hmotností a jeho abstinenciální příznaky se začínou projevovat během 12–24 hodin. Největší manifestace je mezi 48–72 hodinami věku a může trvat 6–8 týdnů.

Komfortní pomoc při nadýmání a dětských kolikách

již pro novorozence



Praktické dávkování



Spolehlivost



Bezpečnost

- bez parabenů
- bez alkoholu



Lefax suspenze. Účinná látka simethiconum.
Balení 50 ml.

Zkrácená informace o přípravku Lefax (perorální suspenze)

Název přípravku: LEFAX. **Složení:** Léčivá látka: Simethiconum. Lefax suspenze: 1 ml suspenze (2 stříky pumpou) obsahuje 41,2 mg Simethiconum. Seznam pomocných látek se nachází v úplném SPC. **Indikace:** Přípravek je určený pro symptomatickou léčbu: gastrointestinálních obtíží spojených s nadměrnou tvorbou plynů (meteorismus), tj. pocit nadýmání, tlak v epigastriu, případně postoperační tvorba plynů; funkční dyspepsie s potíženími: tj. pocit sytosti, tlak/bolest v epigastriu, nadýmání v epigastriu, nauzea, předčasný pocit sytosti, zvracení; symptomatická léčba dětské koliky; intoxikace detergenty. Používá se před vyšetřením ultrazvukem a RTG v oblasti břicha k redukci rušivých stínů plynů. **Dávkování a způsob podání:** Při gastrointestinálních potížích způsobených nadměrnou tvorbou plynů a při funkční dyspepsii. **Děti:** Doporučené dávkování pro novorozence a kojence do 1 roku jsou 1–2 stlačení (odpovídá 0,5–1 ml suspenze). Pro děti ve věku od 1 do 6 let je doporučená dávka 2 stlačení (odpovídá 1 ml suspenze) 3–5krát denně. Pro děti od 7 do 14 let, adolescenty a dospělé je doporučená dávka 2–4 stlačení (odpovídá 1–2 ml suspenze) 3–5krát denně. Při intoxikaci detergenty: Doporučená dávka pro děti je 2,5–10 ml (5–20 stlačení), **Dospělí:** Jako přípravek užívaný před diagnostickým vyšetřením. Lefax suspenze: (dospělí a mladiství) 3krát denně 4–6 stlačení den před plánovaným vyšetřením a 4–6 stlačení ráno v den vyšetření. Při intoxikaci detergenty: Doporučená dávka pro dospělé 10–20 ml (20–40 stlačení). **Způsob podání:** Pro perorální podání. Lefax suspenze musí být před použitím protřepána. Lefax by měl být užíván během jídla nebo po jídle, v případě potřeby před spaním. Pro kojence se suspenze může přidat do lžavky s mlékem. Kojící matky mohou lék kojencům podávat před kojením po lžičkách. **Interakce:** Nejsou známy. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na simetikon nebo na jinou složku přípravku. **Nežádoucí účinky:** Lefax suspenze obsahuje kyselinu sorbovou, která může v některých případech způsobit kožní podráždění. **Těhotenství a kojení:** Lefax může být užíván během těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění:** Pacienti s perzistujícími abdominálními obtížemi by měli navštívit lékaře, aby se zjistila příčina obtíží, které by mohly signalizovat nějakou zásadní poruchu vyžadující léčbu. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Uchovávat při teplotě do 25 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer s.r.o., Praha, ČR. **Registrační číslo:** 49/317/97-C. **Datum revize textu:** 16. 11. 2005. **Přípravek je volně prodejný a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.**

Příznaky:

- třes končetin
- neklid
- hyperaktivní reflexy
- zvýšení svalového tonu
- tachypnoe
- vysoký ječivý křik

I když si tyto děti dumljí pěstičky a mají přehnaný úchopový reflex, jsou chabí jedlíci s nekoordinovaným a neefektivním sáním a polykacím reflexem.

Jestliže byly abstinenci příznaky diagnostikovány, je na nás, aby veškerá péče směřovala ke snížení stimulů, které mohou probudit hyperaktivitu a dráždivost.

Úroveň všech aktivit skórujeme, zapisujeme a podle součtu skóre podáváme fenobarbital, abychom dítě tlumili.

Postnatální péče:

- Finneganovo abstinenci skóre (novorozenci s hodnotou 3 x nad 8, nebo 2 x nad 12 musí být léčeni)
- péče na intermediálním oddělení, pokud má skóre pod 8 více než 24 hod.
- denní hodnocení skóre a prospívání novorozence
- podpora kojení, pouze je-li matka stabilizovaná na metadonovém programu
- informování sociálních pracovníků

U dětí, kde je skóre více jak 8 třikrát za sebou, zahajujeme léčbu fenobarbitalem (morfinový režim, fenobarbitalový režim).

Také matka potřebuje hlavně psychickou pomoc, protože je většinou v depresi, má nedostatek důvěry v sebe a nás, špatně navazuje kontakt. Přesto se musíme pokusit naučit matku s dítětem zacházet, věřit si a najít k němu mateřský vztah.

Sdružení Šance – člen mezinárodní organizace ICCCP

Bc. Světlana Kašubová

Herta Mihálová

Dětská klinika FN Olomouc

Občanské sdružení vzniklo v roce 1992 pod názvem *Haima* – Unie pro pomoc dětem s poruchou krvevotby. U jeho zrodu stáli nejen lékaři a sestry, kteří na Dětské klinice FN v Olomouci o děti s poruchou krvevotby pečovali, ale také rodiče a příbuzní těchto dětí.

Sdružení *Šance* je nový název přijatý v roce 1999. Hlavním posláním sdružení je hu-

manizovat náročnou protinádorovou léčbu dětí a usnadňovat jejich návrat do běžného života. Hlavním zdrojem získávání finančních prostředků pro humanizaci a léčbu pacientů je pořádání charitativních akcí. Jednou z největších je akce *Vánoční hvězda*, která pravidelně probíhá na území celé Moravy v předvánočním období. V roce 2003 vstoupilo sdružení jako jediná organizace podobného zaměření v ČR do mezinárodní organizace ICCCP (*The International Confederation of Childhood Cancer Parent Organisations*). Tato organizace vznikla v roce 1970 v USA a Japonsku, později rozšířila svoji působnost téměř do celé Evropy. Sdružuje 132 organizací ze 78 států světa a jejím posláním je šíření informací a zkušeností za účelem zlepšení přístupu k nejlépe možné péči pro děti s nádorovým onemocněním na celém světě. Vstupem našeho sdružení do organizace ICCCP jsme přijali 15. únor jako *Den dětských nádorových onemocnění* (*International Childhood Cancer Day*), který si každoročně připomínáme pořádáním kulturní či společenské akce za účelem informovat veřejnost o problematice nádorových onemocnění u dětí.

Pohled z druhé strany

Mgr. Jana Marounková

FN Brno

Cíl: Příprava nelékařských zdravotnických pracovníků je nezbytná v systému vyspělého zdravotnického systému v ČR. Začátkem devadesátých let minulého století došlo k zařazení zdravotnických škol pod MŠMT a od této doby přetrvávají problémy v některých oblastech, které nejsou dostatečně ošetřeny legislativou, a to především v postavení učitele praktického vyučování ve zdravotnickém zařízení.

Ve svém sdělení bych chtěla upozornit na stávající problémy v souvislosti s přípravou nelékařských zdravotnických pracovníků, konkrétně zdravotnických asistentů a všeobecných sester v souvislosti s praktickou výukou na zdravotnickém pracovišti z pohledu pedagogických pracovníků a z pohledu žáků, studentů.

Úvod: V úvodu se věnuji požadavkům na učitele praktického vyučování, které vycházejí ze zákona 563/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů „O pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů s ním souvisejících.“

Na učitele praktického vyučování se však vztahují i příslušné zákony z oblasti zdravot-

nictví, a to především zákon 96/ 2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů „O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů“ (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a vyhláška 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

V čem vidí učitelé praktického vyučování problémy:

- v přístupu personálu k učitelům a studentům
- v ekonomické oblasti
- v nedostatečném vybavení pracovišť
- v malé možnosti nebo nemožnosti praktického nácviku výkonů
- ve zdravotnické legislativě, která neřeší jejich postavení ve zdravotnickém systému
- v nedostatku školních pracovišť, i v jejich ne vždy odpovídající úrovni

V čem vidí největší problémy vyučující u studentů:

- v nedostatečné matematické gramotnosti
- v nedostatečné jazykové gramotnosti a s tím související schopnosti porozumění textu, zapamatování
- v malém zájmu studentů o studium

V které oblasti praxe ve zdravotnických zařízeních vidí problémy žáci a studenti:

- v oblasti komunikace
- v oblasti mezilidských vztahů
- v oblasti vlastní ošetrovatelské péče

Závěr: Jaké tedy je postavení učitele praktického vyučování ve zdravotnickém zařízení?

- postavení je dané převážně smlouvou mezi zdravotnickým zařízením a příslušnou vzdělávací institucí
- učitelé středních a vyšších odborných škol ani přes smlouvy nemají odpovídající postavení ve zdravotnických zařízeních
- nemohou nahlížet do zdravotnické dokumentace a provádět záznamy

Zdravotnická zařízení nemohou existovat bez škol, které připravují kvalifikované pracovníky, a zdravotnické školství nemůže existovat bez zdravotnického zařízení, které umožňuje získání praktických dovedností žákům a studentům.

Kojenecké koliky



Novinka

Nutrilon Anti-Colics

- ➡ snižuje výskyt kolikových epizod během 2 týdnů u 79 % kojenců¹
- ➡ sníží frekvenci kolikových záchvatů pláče až o 70 % během 14 dní²
- ➡ je účinnější na redukci kolik než Simeticon²: po 14 dnech užívání o 1,56 kolikových záchvatů trvajících > 40 min méně

- Částečně hydrolyzovaná bílkovina pro snížení závažnosti kolik.
- Nízký obsah laktózy (o 60 % na 100 ml méně než Nutrilon 1).

Nutrilon Anti-Colics - 1. volba při řešení kolik

1. Schmelzle H, et al. 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 (3): 343-51.

2. Savino F, et al. Reduction of crying episodes owing to infantile colic: A randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. Eur J Clin Nutr, 2006; 60 (11): 1304-10.

NUTRICIA

NUTRICIA a.s.

Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 PRAHA 4



MÁTE OTÁZKU? VOLEJTE ZDARMA

800-110-000

www.nutrilon.cz

Spokojenost s důležitými životními a pracovními podmínkami dětských sester

Mgr. Vladimíra Odehnalová

Pracovní psycholog personálního úseku
FN Olomouc

V rámci realizace pilotního projektu působení pracovního psychologa na Dětské klinice FNOL bylo uskutečněno psychosociální šetření, jehož cílem bylo zmapování spokojenosti s důležitými životními a pracovními hodnotami dětských sester FNOL. Sběr dat proběhl v měsíci listopadu 2010 v rámci klinického semináře DK FNOL, tohoto šetření se zúčastnilo 30 % z celkového počtu zdravotních sester DK FNOL. Použitou metodou byl dotazník, který

Důležitost	Spokojenost
1) partnerské soužití	1) základní materiální zabezpečení
2) vztahy v pracovním týmu	2) odborná erudovanost
3) vztahy s nadřízenými	3) perspektiva pracovního růstu
4) kvalitní a účinná regenerace sil	4) přiměřenost pracovních nároků
5) odborná erudovanost	5) vztahy s nadřízenými
6) základní materiální zabezpečení	6) vztahy v pracovním týmu
7) přiměřenost pracovních nároků	7) partnerské soužití
8) perspektiva pracovního růstu	8) uspokojování koníčků a zájmů
9) uspokojování koníčků a zájmů	9) kvalitní a účinná regenerace sil

byl sestaven k tomuto konkrétnímu účelu. Sestry měly anonymně zhodnotit důležitost a zároveň míru spokojenosti s těmito nabídnutými životními a pracovními hodnotami: základní materiální zabezpečení, uspokojování

koníčků a zájmů, perspektivy pracovního růstu, vztahy s nadřízenými, partnerské soužití, přiměřenost pracovních nároků, vztahy v pracovním týmu, kvalitní a účinná regenerace sil, odborná erudovanost. Ze získaných výsledků můžeme pořadí důležitosti a spokojenosti s jednotlivými pracovními podmínkami vyjádřit takto:

Z uvedených výsledků vyplývá, že dětské sestry DK FNOL mají adekvátně sestavený žebříček životních a pracovních hodnot. Pracovní nároky jsou vnímány jako přiměřené a odpovídající jejich odborné erudici. Většinou dotázaných je vyjadřován nedostatek v kvalitní a účinné regeneraci sil. Možnou oblastí k psychologickému působení jsou rovněž pracovní vztahy jak ve vertikální, tak horizontální rovině.

POSTERY / SÁL OLOMOUC

Familiární hypercholesterolémie u dětí – zkušenosti regionálního centra

MUDr. Lenka Dostalová Kopečná,
prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Cíle: Ateroskleróza a její následky patří k nejčastějším příčinám úmrtí ve vyspělých zemích. Jako screeningový parametr pro vyhledávání rizikových dětí se užívá pozitivní kardiiovaskulární anamnéza v kombinaci s nálezem dyslipidémie (DLP). Tuto prevenci organizují PLDD při povinných preventivních prohlídkách v 5. a 13. roce věku.

Metody: Sledovaný soubor tvoří 897 dětí (438 chlapců, 459 dívek) odeslaných PLDD v letech 1996–2010 do ambulance pro poruchy metabolismu lipidů. U všech dětí byly podrobně vyšetřeny lipidové parametry a u pacientů, kteří splňovali klinicko-biochemickou diagnózu familiární hypercholesterolémie (FH) a familiárního defektu apolipoproteinu B100 (FDB) byla provedena molekulárně genetická analýza mutací v genu pro LDL receptor a apolipoprotein B100.

Výsledky: Molekulárně geneticky byla diagnóza potvrzena u 90 dětí. Diagnóza FH byla prokázána celkem u 36 pacientů (16 chlapců, 20 dívek) u dalších 15 dětí molekulární analýza pokračuje. Diagnóza FDB byla potvrzena DNA analýzou u 54 dětí (22 chlapců a 32 dívek). Všichni sledovaní pacienti jsou léčeni dietou, 12 dětí pak kombinací diety a farmakologické hypolipidemické léčby.

Závěr: V posledních letech dochází k zásadnímu přehodnocení diagnostických, terapeutických, ale i preventivních postupů a přístupů u DLP dětského věku. S využitím různých screeningových systémů se jejich prevence přesunula do časných věkových kategorií. Primární prevence dětské aterosklerózy zahrnuje 2 oblasti. První je primární celopopulační prevence, druhou oblastí je primární vysokoriziková prevence, jejímž cílem je vyhledávání a včasná diagnóza jedinců s vysokým rizikem ICHS v dospělosti.

Výskyt významných vad ledvin a riziko akutní pyelonefritidy u dětí do 2 let věku s postnatálním nálezem hydronefrózy

MUDr. Hana Flögelová¹,
MUDr. Jan Hálek²,
MUDr. Oldřich Šmakal³,
MUDr. Kamila Michálková⁴,
MUDr. V. Švecová⁴

¹ Univerzita Palackého Olomouc,

² Novorozenecké oddělení,

³ Urologická klinika,

⁴ Radiologická klinika FN Olomouc

Cílem studie bylo zjistit, jaká je u dětí s dilatací ledvinové pánevičky při screeningovém postnatálním ultrazvukovém (UZ) vyšetření četnost významných vad ledvin a zda je u nich větší výskyt akutní pyelonefritidy (APN) v prvních 2 letech života oproti dětem

s normálním UZ nálezem. Prospektivně jsme v letech 2005–2008 vyšetřili ultrazvukem ledviny u všech 6088 zralých novorozenců narozených ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Všechny děti s dilatací pánevičky 5 a více mm v příčné projekci anteroposterior intrarenálně (APIR) byly dále sledovány. Těchto 236 dětí bylo rozděleno do 4 skupin podle velikosti dilatace pánevičky (5–7 mm, 7–10 mm, 10–15 mm, 15 ≥ mm). Byl u nich sledován výskyt APN, obstrukčních uropatií a vezikoureterálního refluxu (VUR). Retrospektivně bylo u všech zbývajících dětí základního souboru (5 852 dětí s normálním UZ) sledováno, zda byly hospitalizovány nebo ambulantně léčeny v prvních 2 letech věku pro APN. U všech dětí po akutní pyelonefritidě byla provedena mikční cystografie k vyloučení VUR. K statistickému hodnocení byl použit chí-kvadrát test a Fischerův exaktní test. Je uvedena četnost vad ledvin dle velikosti dilatace ledvinové pánevičky. Výskyt APN byl u dětí s normálním UZ ledvin 1,2 %. U dětí s postnatální dilatací ledvinové pánevičky byl výskyt APN statisticky významně vyšší, a to jak celkově – 8,90 % ($p < 0,0001$) tak ve všech skupinách kromě skupiny s největší dilatací pánevičky.

Závěr studie: Byl prokázán 7x vyšší výskyt akutní pyelonefritidy u dětí s průkazem postnatální hydronefrózy oproti dětem s normálním postnatálním ultrazvukovým nálezem na ledvinách. Tento rozdíl byl statisticky významný při dilataci ledvinové pánevičky 5–15 mm.

„Jedno vyšetření, žádné vyšetření“**MUDr. Lucie Sulovská¹, MUDr. Zbyněk Novák¹,
MUDr. Martin Zápalka, Ph.D.¹,****prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.¹,****RNDr. Eva Nohýnková, Ph.D.²,****doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.¹**¹ **Dětská klinika, FN a LF UP v Olomouci**² **Oddělení tropické medicíny,****Klinika infekčních a tropických nemocí,****1. LF UK, FN Na Bulovce, Praha**

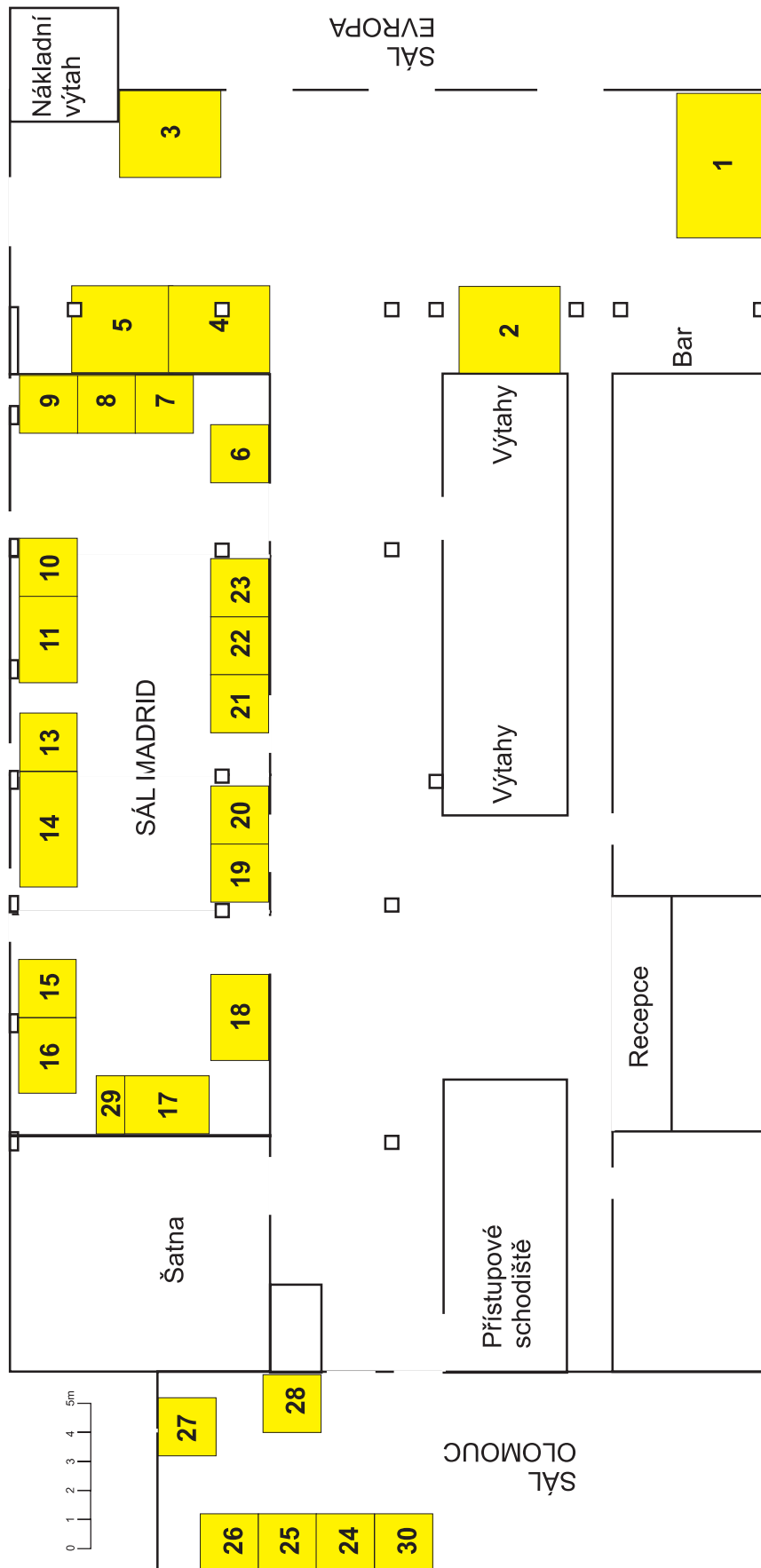
Úvod: Leishmanióza je protozoární onemocnění, které se vyskytuje v tropických a subtropických oblastech světa. Její výskyt v České republice je raritní – ročně jsou importovány ojedinělé případy. Diagnózu potvrdí přímý průkaz parazita v punktátu nebo materiálu získaného při biopsii. Sérologické vyšetření bývá pozitivní jen u 30 % případů.

Popis případu: 16měsíční chlapec byl přeložen na hemato-onkologické oddělení pro výraznou hepatosplenomegalii a anémii k hematologickému vyšetření. Dítě narozeno v komunitě ve Španělsku, bez lékařské asistence. Ve Španělsku pobýval do 10 měsíců vě-

ku. Lékařem poprvé vyšetřeno v měsíci věku pro hyperbilirubinemii, ve 3 měsících praktickým lékařem, zdravotní dokumentace však není dostupná. Po návratu do ČR vyšetřeno poprvé praktickým lékařem pro děti a dorost ve věku 11 měsíců, neprošlo screeningovým vyšetřením na vrozené metabolické vady, ani žádným očkováním. Ve věku 16 měsíců u PLDD zjištěna rezistence v břišní dutině, sonografické vyšetření prokázalo výraznou hepatosplenomegalii. Odeslán na spádové dětské oddělení, kde zjištěna těžká mikrocytární anémie, mírná trombocytopenie, neutropenie a hypergamaglobulinemie. Při přijetí na hemato-onkologické oddělení dominovala dystrofie, bledost, hepatosplenomegalie (játra +2 cm, slezina +6 cm pod žeberní oblouk). Chlapec byl na anémii adaptovaný, což svědčilo pro delší trvání nemoci. Čtvrtý den hospitalizace se objevily febrilie nad 38 °C. V rámci široké diferenciálně-diagnostické rozvahy, která byla nezbytná vzhledem ke složité anamnéze pacienta, byla nejprve provedena punkce kostní dřeně, která vyloučila hemoblastózu. Amastigotní formy leishmanií nebyly nalezeny.

Pro podezření na kongenitální dyserythropoetickou anémii bylo provedeno druhé vyšetření kostní dřeně včetně elektronové mikroskopie. Další vyšetření byla zaměřena na vyloučení infekcí a střádavých onemocnění. Byly vyloučeny hepatitidy, HIV infekce, malárie, aktivní CMV infekce, leptospiroza, tularémie, toxokaróza, parvovirová a mykoplazmová infekce. Byl nalezen střední titr protilátek proti *Listeria* sp. Vzhledem k progresi hepatosplenomegalie bylo potřetí opakováno vyšetření kostní dřeně, při kterém byli ojediněle nalezeni amastigoti leishmanií při negativní sérologii. U chlapce byla zahájena léčba Abelcetem, která dosud probíhá.

Závěr: Viscerální leishmanióza je v našich zeměpisných podmínkách vzácnou příčinou hepatosplenomegalie. Neléčená viscerální forma vede ke smrti pacienta. Cílem našeho sdělení nemá být jen prezentace raritního případu tohoto onemocnění. Rovněž chceme upozornit, že v odůvodněných případech je nutné k určení správné diagnózy opakovat i invazivní vyšetření. Dvě provedené punkce kostní dřeně pacienta nezachytily přítomnost parazita – až při třetím vyšetření byli nalezeni amastigoti leishmanií.



VÝSTAVNÍ PROSTORY

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1 GlaxoSmithKline, s.r.o. | 11 Pfizer, spol. s r.o. | 22 SVUS Pharma a.s. |
| 2 Nutricia a.s. | 13 Beiersdorf spol. s r.o. | 23 MARK DISTRI, spol. s r.o. |
| 3 Astellas Pharma s.r.o. | 14 Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc. | 24 GOLDIM spol. s r.o. |
| 4 Hamé s.r.o. | 15 IPSEN PHARMA | 25 Ceumed s.r.o. |
| 5 Nestlé Česko s.r.o. | 16 Danone a.s. | 26 QUENT s.r.o. |
| 6 ELI LILLY ČR, s.r.o. | 17 HERO CZECH s.r.o. | 27 BAXTER CZECH spol. s r.o. |
| 7 Hipp Czech s.r.o. | 18 BAYER s.r.o. | 28 SPIRIG Eastern a.s. |
| 8 Medindex, spol. s r.o. | 19 APOGEPHA Arzneimittel GmbH | 29 Nutricia Advanced Medical Nutrition |
| 9 BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o. | 20 AGS - Sport s.r.o. | 30 IMUNOTOP CZ s.r.o. |
| 10 MEDAC, spol. s r.o. | 21 inPHARM spol. s r.o. | |



Nejoblíbenější odsávačky mléka na světě

Číslo 1
doporučováno
maminkami*

Kojení přináší matce i dítěti zcela nenahraditelné výhody. Je doporučováno profesionály z oblasti zdravotnictví jako nejvhodnější dětská výživa, od 6 měsíců doplněná o nemléčný příkrm.

Flexibilní krmení

Philips AVENT nabízí dva typy odsávaček: manuální a elektronickou. Obě tyto odsávačky pracují rychle, jemně a tiše. Jsou vybaveny unikátní patentovanou masážní vložkou s pěti masážními výstupky ve tvaru okvětí, které společně při odsávání dokonale napodobují způsob kojení. To zaručí velmi pohodlné a efektivní použití, masážní efekt zajistí, že velice jemné odsávání má skvělé výsledky.

Elektronická odsávačka poskytuje veškeré výhody jako manuální odsávačka s unikátním dodatkem v podobě elektronické paměti. Odsávačka se od Vás naučí rytmus

odsávání a po stisknutí tlačítka pokračuje ve Vašem osobním tempu. To vám dává nekonečné variabilní kontrolu nad rychlostí, podtlakem a rytmem pohodlného a uvolněného odsávání.

Okamžitý přínos

Obě odsávačky Vám umožní odsávat přímo do láhve Philips AVENT nebo do předsterilizovaného pohárku určeného k skladování mléka v lednici či mrazáku. Rutinní kojení se stává flexibilním a Váš partner nebo někdo Vám blízký může krmit kdykoliv Vaše dítě Vaším drahocenným mateřským mlékem.

Odsávačky Philips AVENT Vám pomáhají s kojením dlouhou dobu, čímž Vám umožní dokonale ovládat svůj život. Stále si můžete být jistá, že si Vaše dítě užije všechny výhody mateřského mléka. To je to, proč je Philips AVENT číslo 1 a proč je nejvíce doporučovanou značkou maminkami po celém světě.*

*Tvrzení, že Philips AVENT je číslo 1, zahrnuje všechny výrobky značky na základě online průzkumu spokojenosti TNS provedeného v prosinci 2009 mezi více než 2500 ženami, které přišly do styku se značkami zabývajícími se dětskou péčí nebo takové výrobky používaly v Číně, Velké Británii, USA, Rusku, Španělsku, Německu a Francii.

Výrobky Philips AVENT zakoupíte v lékárenských velkoobchodech: Phoenix, Alliance Healthcare, GEHE Pharma Praha.

AGS-Sport s.r.o., Rosická 653, 190 17 Praha 9-Vinoř,
telefon: 286 854 441, e-mail: avent@agsport.cz, www.agsport.cz



Manuální odsávačka
mateřského mléka

Elektronická odsávačka
mateřského mléka

0%
BPA

**PHILIPS
AVENT**



Podpora krmení zábavným učením



Vývoj od kojence po batole je zábavné a vzrušující období pro vás i vaše dítě. Správné stravování dává vašemu miminku energii, kterou potřebuje k růstu a rozvoji. Má kladný vliv na zdraví, udržuje optimální hmotnost a vhodně formuje celoživotní stravovací návyky.

Udržet pozornost dítěte a jeho zájem o jídlo během krmení bývá náročná záležitost, která může vzbudit vaši obavu, zda dítě skutečně dostává správně vyváženou stravu se všemi nezbytnými vitamíny a živinami.

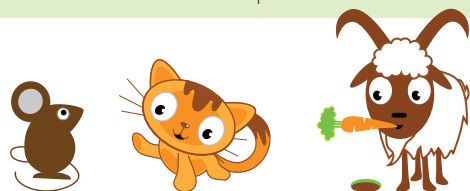
Philips AVENT rozumí vašemu znepokojení, a proto v úzké spolupráci s přední dětskou psychologou

a odborníci na výživu MUDr. Gillian Harrisovou vyvinul novou kompletní řadu misek, talířů, hrnečků a příborů. Tyto výrobky jsou zaměřeny na upoutání pozornosti dítěte během jídla prostřednictvím zábavných a poučných designů, které vyprávějí příběh.

Pod vedením hlavního hrdiny dráčky Trumana a jeho přátel se vaše dítě dostane do světa barev a počítání, kde si bude moci vytvářet své vlastní příběhy a rozvíjet fantazii. Nenásilnou formou se dozví, odkud potraviny pocházejí, a vytvoří si zdravý zájem o to, co jí. Ať tedy Truman a jeho kamarádi pomáhají vašemu dítěti spokojeně jíst.

Je to snadné jako 1, 2, 3. Dobrou chuť!

1: Malá miska 2: Lžička 3: Velká miska 4: Dělený talíř
5: Vidlička a lžička pro batolata 6: Příbor pro batolata
Všechny talíře a misky mají protiskluzové základny k udržení stability a zamezení rozlití a smí se používat v myčce na nádobí i v mikrovlnné troubě.
Všechny příbory lze mýt v myčce na nádobí.
K dispozici také jako dárkové sady: Sada se dvěma miskami Dárková krmicí sada pro batolata



Výrobky Philips AVENT zakoupíte v lékárenských velkoobchodech: Phoenix, Alliance Healthcare, GEHE Pharma Praha.

AGS-Sport s.r.o., Rosická 653, 190 17 Praha 9-Vinoř,
telefon: 286 854 441, e-mail: avent@agsport.cz, www.agsport.cz

**PHILIPS
AVENT**

Chraňte své dítě, my vás podpoříme

Rotarix™
Živá rotavirová vakcína

Od 18. 4. 2011 do 31. 12. 2011
je zvýhodněno očkovací schéma
vakcíny Rotarix™ až o 1.400 Kč.

Koho se projekt týká?

- ✧ Miminka narozená od 1. 1. 2011 (mladší 20 týdnů), která jsou pojištěnci VZP.
- ✧ Obě dávky vakcíny Rotarix™ musí být zakoupeny v termínu **od 18. 4. do 31. 12. 2011**.

Jak získat zvýhodnění?

- ✧ Maminko, tatínku či jiný zákonný zástupce dítěte, **vyzvedněte si certifikát na jakékoliv pobočce VZP.**
- ✧ Přineste certifikát k lékaři, který miminku objedná očkovací schéma přímo do ambulance či vypíše recept na vakcínu Rotarix™ (max. částka, kterou zaplatíte, je 3.000 Kč bez aplikačních poplatků).
- ✧ Pokud dostanete recept, v seznamu lékáren na www.vzp.cz/rotaviry si vyberte spádovou lékárnu a vakcínu Rotarix™ si objednejte. Při převzetí odevzdáte část certifikátu v lékárně a druhou část odnesete spolu s vakcínou k lékaři.
- ✧ Certifikát s potvrzenou platbou u lékaře či v lékárně odevzdejte na pobočku VZP, kde **dostanete zpět 500 Kč.**

Cena za 2 dávky vakcíny Rotarix™
v projektu je **2.500 Kč.**

**Vakcína Rotarix™ se podává od 6 týdnů do 24. týdne věku
ve 2 dávkách s min. 4týdenním rozstupem.**

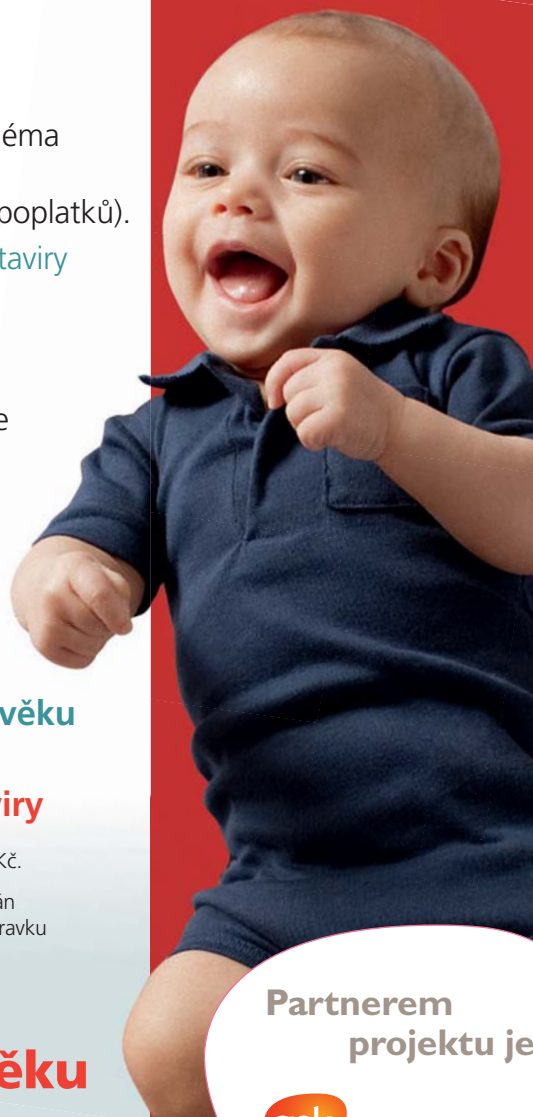
Více o projektu na www.rotarix.cz, www.vzp.cz/rotaviry

*Běžná cena za 2 dávky vakcíny Rotarix je 3900 Kč, pro pojištěnce VZP během projektu 2500 Kč.

Vakcína Rotarix™ je registrovaný léčivý přípravek pro prevenci rotavirových gastroenteritid, je vázán na lékařský předpis. Před použitím si pečlivě prostudujte příbalovou informaci. Zkrácené SPC přípravku Rotarix™ a informace o úhradě naleznete na samostatné straně abstrakt.

**Rotaviry jsou nejčastější příčinou
infekčních průjmů u dětí do 5 let věku**

**AKCE VZP
ZVÝHODNĚNÍ
až 1 400 Kč***



**Partnerem
projektu je**

gsk
GlaxoSmithKline

Očkování proti rakovině děložního čípku

Od 26. 4. 2011 do 31. 12. 2011 je zvýhodněno očkovací schéma vakcíny Cervarix™



Koho se projekt týká?

- ✦ Projekt je určen pro ženy a dívky ve věku **10–25 let** včetně, které jsou pojištěny u VZP.

Jak získat zvýhodnění?

- ✦ V období od **26. 4. 2011** je možné na pobočce VZP vyzvednout **certifikát k projektu**.
- ✦ Certifikát je složen ze dvou částí:
 - do jedné lékař zaznamenává aplikaci a platbu vakcíny (musí být zaznamenáno datum aplikace první dávky, u druhé a třetí dávky postačuje zaznamenání platby dávek),
- ✦ V případě aplikace první dávky Cervarixu do 30. 6. 2010 lze provádět platby jen po jednotlivých dávkách.
- ✦ Projekt garantuje pojištěnkyním VZP v případě vakcíny Cervarix™ maximální platbu u lékaře nebo v lékárně 6.400 Kč (1. dávka = 2.700 Kč, 2. dávka = 2.700 Kč, 3. dávka = 1.000 Kč, platby jsou bez aplikačních poplatků). V případě že dojde k zaplacení celého vakcinačního schématu, lze čerpat **příspěvek VZP 1.000 Kč** ihned po předložení certifikátu.
- ✦ Příspěvek bude vyplacen po předložení vyplněného certifikátu a platebních dokladů na pobočce VZP. V certifikátu musí být zaznamenána aplikace první dávky a platba za druhou a třetí dávku.

Cena za 3 dávky vakcíny Cervarix™ v projektu je **5.400 Kč**.

* Aktuální příspěvky na očkování proti rakovině děložního čípku sledujte na webových stránkách vaší zdravotní pojišťovny.

Podrobné informace k projektu najdete na www.cervarix.cz, www.vzp.cz/3-davka-zdarma.

Cervarix™ je vakcína proti lidskému papilomaviru (typy 16, 18), rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná, určená k prevenci cervikálního karcinomu u dívek a žen ve věku 10 až 25 let. Přípravek je pouze na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím si přečtěte příbalový leták. Zkrácené SPC přípravku Cervarix™ a informace o úhradě naleznete na samostatné straně abstrakt.



NENÍ NA CO ČEKAT

Očkování má **největší přínos** ještě **před zahájením sexuálního života**

Cervarix™ 
Vakcína proti HPV typu 16 a 18
rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná

Partnerem projektu je



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Rotarix. **KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ:** Živá rotavirová vakcína. **Perorální** suspenze v předplněném **perorálním** aplikátoru. 1 dávka (1,5 ml) obsahuje: Rotavirus RIX4414 humanum vivum attenuatum – ne méně než $10^{6,0}$ CCID₅₀. **KLINICKÉ ÚDAJE: Terapeutické indikace:** Rotarix je určen k aktivní imunizaci dětí od 6 týdnů věku za účelem prevence gastroenteritidy způsobené rotaviry. V klinických zkouškách byla prokázána účinnost proti gastroenteritidě způsobené rotaviry typu G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] a G9P[8]. **Dávkování a způsob podání:** Očkovací schéma se skládá ze dvou dávek. První dávku možno podat od 6 týdnů věku. Minimální interval mezi dávkami by měl být nejméně 4 týdny. Obě dávky očkování by se měly aplikovat pokud možno před dosažením věku 16 týdnů, očkovací schéma musí být dokončeno do 24. týdne věku. Doporučuje se, aby děti, které dostaly jako první dávku Rotarix, dokončily 2dávkové schéma vakcínou Rotarix. Rotarix je určen pouze k **perorálnímu** podání. **Rotarix se za žádných okolností nesmí podat injekčně. Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli z pomocných látek. Hypersenzitivita po předchozím podání rotavirových vakcín, intususcepce v anamnéze, nekorigovaná vrozená malformace gastrointestinálního traktu s možnou predispozicí ke vzniku intususcepce. Subjekty s těžkou kombinovanou imunodeficiencí (SCID)*. Aplikace vakcíny Rotarix musí být odložena u osob trpících akutním vážným horečnatým onemocněním. Aplikace vakcíny Rotarix musí být odložena u osob trpících průjemem a zvracením. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Nejsou k dispozici údaje o bezpečnosti a účinnosti Rotarixu u dětí trpících gastrointestinálními nemocemi nebo poruchou růstu. **Ačkoliv nebyla prokázána příčinná souvislost mezi očkováním vakcínou Rotarix a intususcepcí, jako preventivní opatření by měli zdravotníci pracovníci sledovat jakékoliv příznaky svědčící pro intususcepci.** Byly pozorovány případy přenosu vyloučeného viru z vakcíny na séro negativní osoby v kontaktu s očkovacími jedinci bez vyvolání klinických symptomů. Osoby v kontaktu s čerstvě očkovacími jedinci by měly dodržovat osobní hygienu. V klinické studii s omezeným počtem kojenců s asymptomatickou nebo HIV infekcí s mírnými příznaky nebyly prokázány žádné zjevné problémy s bezpečností vakcíny. U předčasně narozených dětí od 27. do 36. gestačního týdne věku byl prokázán stejný bezpečnostní profil jako u dětí, které obdržely placebo. Aplikace vakcíny Rotarix dětem se známým nebo suspektním deficitem imunity musí být založena na pečlivém zvážení potenciálních přínosů a rizik. V klinických studiích se prokázala účinnost proti gastroenteritidě způsobené rotaviry typu G1P[8], G2P[4], G8P, G4P[8] a G9P[8]. Rozsah ochrany vůči ostatním sérotypům není znám. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Rotarix lze podat současně s kteroukoli z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín [včetně hexavalentních vakcín (DTPa-HBvIPV/ Hib)], vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (celobuněčná) (DTPw), vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární) (DTPa), vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (Hib), inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě (IPV), vakcína proti hepatitidě B (HBV), konjugovaná pneumokoková vakcína a konjugovaná meningokoková vakcína séroskupiny C. Současné podání Rotarixu a perorální vakcíny proti poliomyelitidě (OPV) neovlivňuje imunitní odpověď na polio antigeny. I když současné podání OPV může lehce snížit imunitní odpověď na rotavirovou vakcínu. **Těhotenství a kojení:** Rotarix není určen k očkování dospělých. V době očkování je tedy možné pokračovat v kojení. **Nežádoucí účinky:** Celkem bylo ve dvaceti třech klinických studiích podáno přibližně 51000 kojencům zhruba 106000 dávek Rotarixu (lyofilizované nebo tekuté formy). Nežádoucí účinky seřazeny podle frekvence výskytu. Frekvence jsou hlášeny jako: Velmi časté ($\geq 1/10$), Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$); průměr, podrážděnost. Méně časté ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); bolesti břicha, nadýmání, dermatitida. Vzácné ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$). Riziko vzniku intususcepce bylo hodnoceno v bezpečnostní studii, do níž bylo zahrnuto 63225 subjektů. Ve skupině dostávající Rotarix nebylo oproti skupině dostávající placebo zvýšené riziko vzniku intususcepce. **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI: Protektivní účinnost:** V klinické studii hodnocen Rotarix podávaný podle různých schémat (2, 3 měsíce; 2, 4 měsíce; 3, 4 měsíce; 3, 5 měsíců) na 4000 subjektech. Po dvou dávkách Rotarixu byla protektivní účinnost vakcíny proti jakékoliv rotavirové gastroenteritidě 87,1 % (95 % IS: 79,6; 92,1), proti závažné rotavirové gastroenteritidě 95,8 % (95 % IS: 89,6; 98,7), proti rotavirové gastroenteritidě vyžadující lékařskou péči 91,8 % (95 % IS: 84; 96,3) a proti rotavirové gastroenteritidě vyžadující hospitalizaci 100 % (95 % IS: 81,8; 100). **FARMACEUTICKÉ ÚDAJE: Inkompatibility:** Rotarix nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 3 roky. Vakcína se má použít ihned po otevření. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chrňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Nepodávejte injekčně. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgique. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO (A):** EU/1/05/330/001; EU/1/05/330/002; EU/1/05/330/003; EU/1/05/330/004. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 21. 2. 2006. **DATUM REVIZE TEXTU:** 3. 11. 2010. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gsk.cz. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (10. 5. 2011). ***Prosím všimněte si změny SPC.**

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU – CERVARIX® INJEKČNÍ SUSPENZE. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **SLOŽENÍ:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papilomavir humaní typus 16 proteinum L1^{2,3} 2,0 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 18 proteinum L1^{2,3} 2,0 mikrogramů; lidský papilomavirus = HPV, ²adjuvovaný na AS04 obsahující: 3-O-deacyl-4'-monofosfor-lipid A (MPL)³ 50 mikrogramů, ³adsorbovaný na hydroxid hliníkový, hydratovaný (Al(OH)₃) celkem 0,5 miligramů A⁸. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Cervarix® je vakcína určená k prevenci premaligních cervikálních lézí a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomavirů (HPV). Důležité informace podporující tuto indikaci viz body 4.4 a 5.1 Souhrnu údajů o přípravku. Indikace je založena na prokázané účinnosti Cervarixu u žen ve věku 15 až 25 let a na imunogenicitě této vakcíny u dívek a žen ve věku 10 až 25 let. **Dávkování a způsob podání:** Doporučené očkovací schéma je 0, 1, 6 měsíců. Pokud je zapotřebí očkovací schéma upravit, druhá dávka může být podána mezi 1. a 2,5. měsícem po první dávce a třetí dávka může být podána mezi 5. a 12. měsícem po první dávce. Potřeba podání posilovací dávky nebyla stanovena. Cervarix® je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svalu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Aplikace vakcíny Cervarix® musí být odložena u osob trpících akutním vážným horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je nachlazení, není kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** O individuálním očkování ženy by se mělo rozhodnout na základě předchozího rizika expozice HPV a možného přínosu očkování pro ženu. Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ vzácně se vyskytující anafylaktické reakce okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Zvláště u dospívajících se může jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou objevit po nebo i před očkováním synkopa (mdloba). Ta je během zotavení spojena s různými neurologickými příznaky jako jsou přechodné poruchy zraku, parestézie a tonicko-klonické křeče končetin. Proto je důležité, aby byla v případě mdloby učiněna opatření k zamezení zranění. Cervarix® nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Údaje o subkutánním podání Cervarixu nejsou k dispozici. Stejně jako jiné vakcíny aplikované intramuskulárně, musí být i Cervarix® podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání může u takových osob dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovanych jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix® bude chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemocem způsobeným určitými dalšími příbuznými onkogenními HPV typy. Proto je nutné i nadále pokračovat ve vhodných opatřeních proti sexuální přenosné nemoci. Cervarix® je určen pouze k profylaktickému podání a nemá žádný efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Neprokázalo se, že by Cervarix® měl terapeutický efekt. Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální screening. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100% účinná a vakcína Cervarix® neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existujícím infekcím HPV, zůstává pravidelný cervikální screening kriticky důležitý a má se provádět v souladu s místními doporučeními. Délka ochrany nebyla přesně stanovena. Čas podání a potřeba podání posilovací dávky (posilovacích dávek) nebyly stanoveny. O použití Cervarixu u osob se sníženou imunitní reakcí, jako jsou pacienti s HIV infekcí nebo pacienti podstupující imunosupresivní terapii, nejsou žádné údaje. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunogenicitě nebo účinnosti, na jejichž základě by bylo možné podpořit vzájemnou zaměnitelnost Cervarixu s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 3 měsíců před podáním první dávky vakcíny, byli ze všech klinických studií vyloučeni. **Použití s jinými vakcínami:** Cervarix® může být současně podán s kombinovanou booster vakcínou obsahující difterii (d), tetanus (T) a pertusi [acelulární] (pa) s nebo bez inaktivované poliomyelitidy (IPV), (dTPa, dTPa-IPV vakcíny), bez klinicky relevantní interference s protilátkovou odpovědí na některou ze složek kterékoli z vakcín. Cervarix® může být současně podán s kombinovanou vakcínou proti hepatitidě A (inaktivovaná) a hepatitidě B (rDNA) (HAB vakcína). Pokud je Cervarix® podán současně s jinou injekční vakcínou, musí být vakcíny aplikovány do různých míst. Není důkaz, že by použití hormonální antikoncepce mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu, nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje nejsou dostatečné k tomu, aby bylo možné doporučit podávání Cervarixu v průběhu těhotenství. Proto je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Očkování vakcínou Cervarix® během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud možné výhody očkování převáží možná rizika. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otoku; únava, bolest hlavy, myalgie. Časté: horečka (≥ 38 °C), gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjmu a bolesti břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, arthralgie. Méně časté: závrať, infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Inkompatibility:** Protože chybí studie kompatibility, nesmí být tento přípravek mísen s jinými léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Po vyjmutí z chladničky by měla být vakcína Cervarix® podána při teplotě 25 °C až 37 °C. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chrňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchování se ve stříkačce s vakcínou může vytvořit jemný bílý sediment a bílý bezbarvý supernatant. To však není zámkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah stříkačky před i po protřepání vizuálně zkontrolován, zda neobsahuje jakékoli cizí částice a/nebo jestli nemá změněný vzhled. Je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyřadit. Vakcína musí být před aplikací řádně protřepána. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v jednodávkové lahvičce se zátkou ve velikosti balení 1, 10 a 100. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgique. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** EU/1/07/419/001, EU/1/07/419/002, EU/1/07/419/003. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** 20. 9. 2007. **DATUM REVIZE TEXTU:** Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Tento registrovaný léčivý přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (10. 5. 2011).



POŘADATELÉ

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

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

XXIX. dny praktické a nemocniční pediatrie

27.–28. května 2011, Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER

Váš partner v očkování



HLAVNÍ PARTNEŘI

NUTRICIA



PARTNEŘI

AGS - Sport s.r.o.
APOGEPHA Arzneimittel GmbH
BAXTER CZECH spol. s r.o.
BAYER s.r.o.
Beiersdorf spol. s r.o.
BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.
Ceumed s.r.o.
Danone a.s.
ELI LILLY ČR, s.r.o.

GLIM Care, s.r.o.
GOLDIM spol.s r.o.
HERO CZECH s.r.o.
Hipp Czech s.r.o.
IMUNOTOP CZ s.r.o.
inPHARM spol. s r.o.
IPSEN PHARMA, organizační složka
Lindcare CZ s.r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.

MEDAC, spol. s r.o.
Medindex, spol. s r.o.
Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc.
Novartis s.r.o.
Nutricia Advanced Medical Nutrition
Pfizer, spol. s r.o.
QUENT s.r.o.
SPIRIG Eastern a.s.
SVUS Pharma a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatric
pro praxi**



Invazivní pneumokoková onemocnění (IPO)

Sérotypy 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A

- způsobili 22 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{3,4,5,6}

Sérotypy 3, 6A, a 19A

- způsobili 12 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{3,4,5,6}

Nejširší pokrytí
sérotypů ze všech
pneumokokových
konjugovaných
vakcín^{1,2,3,4,5,6}

Sérotyp 19A
v mnoha zemích
světa hlavní
příčina IPO
a AOM^{11,14}

Sérotyp 3
relativně častý
původce pneumonií
a AOM^{8,9,10,11}

Sérotyp 6A
častý sérotyp
u nazofaryngeálního
nosičství¹²

Sérotyp 1
častá příčina
pneumonií,
spojován
s komplikovanými
pneumoniemi^{7,8,9,10}

Sérotyp 5
původce invazivního
pneumokokového
onemocnění
(především Afrika
a Jižní Amerika)¹¹

Sérotyp 7F
spojován
s vysokou
úmrtností¹³

Prevenar 13*

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg). • **Konjugován** s nosným proteinem CRM₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných Streptococcus pneumoniae u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2–5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7valentní)** (Streptococcus pneumoniae sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F): Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Děti, které dosud nedostaly dvě dávky přípravku Prevenar 13 v rámci očkovací série u kojenců, mají dostat dvě dávky vakcíny (s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami) k dokončení imunizační série pro šest dodatečných sérotypů. Alternativně je možné dokončit imunizační sérii podle oficiálních doporučení. **Děti ve věku 2–5 let:** Jedna samostatná dávka. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Precitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nemá být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Těhotenství a kojení:** Prevenar 13 není určen k podávání dospělým. Údaje o použití vakcíny u žen v průběhu těhotenství a kojení ani z reprodukčních studií na zvířatech nejsou k dispozici. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky patří reakce v místě vpichu, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Rue de Bosquet, 15, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 26.11.2010. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. Motlová J, Beneš Č, Krížová P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2006. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 57, 2008, č. 1, s. 14–21. 4. Motlová J, Beneš Č, Krížová P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2008. Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2009; 18(6): 203–209. 5. Motlová J, Beneš Č, Krížová P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2010. Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2010; 19(3): 68–77. 6. Motlová J, Krížová P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2011. Zprávy EM (SZÚ, Praha) 2011; 20(2): 64–69. 7. Blechová Z. Očkování proti pneumokokům. Farmakoterapie 2010; 6(3): 241–332. 8. Byington CL, Korgenski K, Daly J et al. Pediatr Infect Dis J 2006; 25: 250–254. 9. Kaplan SL, Barson WJ, Lin PL. Pediatrics 2010; 125: 429–436. 10. Obando I, Muñoz-Almagro C, Arroyo LA. Emerg Infect Dis. 2008; Vol. 14, No. 9: 1390–1397. 11. Dinleyici EC, Yargic ZA. Expert Review Vaccines 2009; 8(8): 977–986. 12. Zemlickova H, Jakubu V, Urbaskova P. Journal of Medical Microbiology 2010; 59: 1079–1083. 13. Rückinger S, von Kries R, Siedler A, van der Linden M. Pediatr Infect Dis J. 2009 Feb; 28(2): 118–22. 14. van Gils EJM, Veenhoven RH, Hak E. JAMA. 2010; 304(10): 1099–1106.

Váš partner v očkování



GlaxoSmithKline



Rotarix™
Živá rotavirová vakcína



Synflorix™
Pneumokoková polysacharidová
konjugovaná vakcína (adsorbovaná)



boostrix™
inj. stříkačka; adsorbovaná vakcína proti difterii, tetanu a pertusi
(acelulární komponenta) se sníženým obsahem antigenů



Cervarix™
Vakcína proti HPV typu 16 a 18
rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná

PQS01340910

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