

Lekárska fakulta UPJŠ

Detská fakultná nemocnica

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

Slovenská pediatrická spoločnosť

Slovenská lekárska spoločnosť

PROGRAM a ABSTRAKTY

29. PEDIATRICKÁ PRACOVNÁ KONFERENCIA



**s medzinárodnou
účastou**

venovaná životnému jubileu
doc. MUDr. B. Spišáka, CSc.



**7. - 8. JÚN 2012
HOTEL YASMIN
KOŠICE**

Podujatie ohodnotené 12 SACCME kreditmi



Milé kolegyně / Milí kolegovia,

srdečne vás pozývam na 29. Pediatrickú konferenciu s medzinárodnou účasťou organizovanú 1. Klinikou pre deti a dorast v Košiciach. Dobrých dôvodov prečo sa vybrať na našu konferenciu je hneď niekoľko.

Tohtoročná konferencia sa bude niesť v slávnostnom rúchu. Venujeme ju životnému jubileu Doc. MUDr. B. Spičáka, CSc., priekopníka detskej pneumológie na východnom Slovensku. Za hlavnú tému konferencie sme preto zvolili respiračné ochorenia, ktoré sú každodenným chlebičkom v praxi pediatra. Pozvanie do Košíc prijal Prof. V. Špičák, legenda česko-slovenskej pediatickej imunolergológie. Jeho Démantova memoriálna prednáška podčiarkne dôstojný ráz konferencie.

Otvoríme aj aktuálnu otázku tuberkulózy. Bolo zrušenie očkovania správnym krokom, aká je mapa tuberkulózy vo svete aj u nás, je sen o svete bez tuberkulózy reálnou výzvou alebo patrí rojčivým medicínskym snilkom? Odpovedať na tieto, aj iné páľčivé otázky, bude uznávaný expert WHO. No tak si ho nevypočuj..!

Iste vás zaujme aj blok zriedkavých chorôb. Dozviete sa o organizácii Orphanetu, ako funguje databáza zriedkavých chorôb a kde hľadať pomoc pre takého pacienta. Vedeli ste, že zriedkavých chorôb je viac ako 6 000..!? Neľakajte sa, spomenieme len niektoré...

Pri výbere odborného programu sme pamätali aj na praktické diagnostické a liečebné odporúčania častých chorobných stavov a zaradili sme 2 tematické bloky Praktickej pediatrie.

Ani tento rok nevynecháme Edukačný interaktívny workshop, v ktorom si na príkladoch zaujímavých klinických kazuistik môžete „tipnúť“ diagnózu či hádať, čo sa skrýva za RTG snímkou?

Že v medicíne nekončí vždy všetko šťastne vypovedajú smutné ale poučné prípady zo súdnej siene. Príďte si ich vypočuť, poskytujú cennú lekciu ako sa vyvarovať chýb a omylov!

V programe sme vyčlenili aj priestor pre diskusné fórum v rámci medziodborovej spolupráce. Uvidíte, ako pružne sa mení zorný uhol pohľadu na tú istú chorobu, keď sa stretnie pediater s ďalším odborníkom. Venovať sa budeme i horúcim novinkám z oblasti endokrinológie, výživy či prevencie.

Last but not least, iste radi privítate aj priateľské stretnutia s kolegami, využijete vhodnú príležitosť k výmene odborných skúseností, praktických rád a ďalších užitočných informácií. Ved' vždy je toho veľa, čo si povedať...:-)

Ako som sľúbila v úvode, dobrých dôvodov, prečo prísť na 29. Pediatrickú konferenciu je viac.

Na skoré stretnutie s vami sa teší

Ludmila Podracká

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

■ **Dátum a miesto konania:**

7. - 8. jún 2012, Hotel Yasmin, Tyršovo nábrežie 1, 040 01 Košice

■ **Prezident konferencie:**

Prof. MUDr. Ľudmila Podracká, CSc.

■ **Programový výbor:**

Prof. MUDr. Ľudmila Podracká, CSc.

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

MUDr. Anna Feketeová

■ **Sekretariát konferencie:**

Libuša Herichová

tel.: +421 55 642 3632 fax: +421 55 6428935, 0911 519 438

1. klinika detí a dorastu UPJŠ LF, Tr. SNP 1, 040 66 Košice

e-mail: libusa.herichova@upjs.sk

■ **Registračný poplatok:**

	do 20. 5. 2012	na mieste
- lekári	20,- EUR	25,- EUR
- sestry	10,- EUR	12,- EUR
- sprevádzajúca osoba	5,- EUR	7,- EUR
- spoločenský večer 7. 6. 2012	10,- EUR	

■ **Registračný poplatok obsahuje:**

Registračný poplatok obsahuje konferenčné materiály, účasť na prednáškach a workshopoch, účasť na interaktívnom a edukačnom sympóziu „Aká je Vaša diagnóza?“, káva, občerstvenie.

■ **Spôsob platby:**

Registračný poplatok prosíme uhradiť na účet: Progress CA, s.r.o.

Peňažný ústav: Volksbank Slovensko, a.s. Košice

Číslo účtu: 43 5022 5849/3100

IBAN: SK 36 3100 0000 00 435022 5849 BIC: LUBA SKBX

Variabilný symbol Vám bude pridelený po Vašej registrácii. Dátum registrácie je do 20. 5. 2012. Po tomto termíne je registrácia možná na mieste. Registrácia je možná on-line, mailom, faxom alebo poštou.

■ **Spoločenská časť konferencie:**

Spoločenský večer, hotel Yasmin. 7. júna 2012

■ **Ubytovanie zabezpečuje:**

Progress CA s.r.o., Gabriela Šujanová, mobil: +421 918 622 533

Krivá 18, 040 01 Košice

tel.: +421 55 68 06 261, fax: +421 55 68 06 156

e-mail: gabriela.sujanova@progress.eu.sk

■ **Dôležité www stránky:**

www.pediatrica-kosice.sk - oficiálna stránka konferencie

www.progress.eu.sk

www.hotel-yasmin.sk

- 7.30 Registrácia
- 8.30-9.00 Slávnostné otvorenie
- 9.00-10.00 **ZRIEDKAVÉ CHOROBY**
garant: Prof. MUDr. L. Kovács, DrSc. MPH.
 - Kovács, L.: Zriedkavé choroby - legislatíva a informačné zdroje v EU a SR
 - Hrebík, M., Vršanská, V., Kalдарárová, M.: Problematika pľúcnej hypertenzie v detskom veku
 - Behunová, J., Zavadilíková, E., Bodnárova, O.: Zriedkavé neurogenetické choroby - naše možnosti, nedostatky i úspechy
- 10.00-10.20 **DÉMANTOVA MEMORIÁLNA PREDNÁŠKA**
 - Špičák, V.: Česká pediatrická alergologie a cesta k dnešku (Praha)
- 10.20-10.30 prestávka
- 10.30-11.30 **CHOROBY DÝCHACÍCH CIEST**
garant: MUDr. A. Feketeová
 - Solovič, I., Kober, L., Švecová, J.: Podarí sa nám eliminovať tuberkulózu?
 - Brezina, M.: Dlhodobá domáca oxygenoterapia u detí
 - Feketeová, A.: Nová liečba cystickej fibrózy
 - Hricová, M., Čiznár, P.: Respiračné vírusy a astma u detí
- 11.30-12.00 **Odborné sympóziu podporované spoločnosťou MERCK SHARP & DOHME, s.r.o.**
 - Mocová E.: Pediater a detský imunoalergológ - spolupráca vítaná
 - Gerecová K.: Systémová liečba astmy a alergickej rinitídy - alebo 2 muchy jednou ranou
- 12.00-12.15 prestávka
- 12.15-13.00 **PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA I.**
garant: Prof. MUDr. L. Podracká, CSc.
 - Hladík, M., Trávníček, B., Duda, J., Nowaková, M., Hájek, M.: Hyperbarická oxygenoterapie (Ostrava)
 - Furková, K., Šašínska, M.: Súčasný princípy liečby chronickej obličkovej choroby (CHOCH)
 - Podracká, L.: Praktické odporúčania pre liečbu hypertenzie u detí
- 13.00-14.00 obed

■ 14.00-14.45 **INFEKCIE**

- Feketeová, A.: Pneumokokové ochorenia a ich prevencia
- Advičová, M.: Epidemiológia meningokokových infekcií na Slovensku
- Hudáčková, D., Urbančíková, I., Kissová, G.: Meningokokové infekcie u detí
- Koval', J., Lavřík, M., Bazárová, K., Tarcalová, B., Malcovská, D.: Meningitída stále záhadná a prekvapujúca ...

■ 14.45-15.00 prestávka

■ 15.00-16.00 **Odborné sympóziu podporované spoločnosťou NUTRICIA**

- Krejsek, J.: Nutrice, prebiotika, probiotika a imunitní systém (Hradec Králové)
- Švekušová, M.: Úskalia eliminačnej diéty
- Uxová, K.: Špecifické nutriční požadavky a nutriční podpora imunitního systému v batolecím věku (Praha)

■ 16.00-16.15 prestávka

■ 16.15-17.00 **PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA II**

garant: Doc. MUDr. V. Vargová, PhD.

- Vargová, V.: Očkovanie detí s reumatickými chorobami
- Belovičová, M., Gerženiová, O.: Tranzientná elastografia ako nová neinvazívna metodika diagnostiky poškodenia pečene pri obezite
- Hedvig, J.: Supraventrikulárne tachykardie u detí

■ 17.00-17.15 prestávka

■ 17.15-18.00 **ZO SÚDNEJ SIENE ...**

garant: MUDr. N. Bobrov, CSc.

- Vyhnáľková, V., Grochová, Z.: Rozbor príčin úmrtí detí pitvaných na SLAPA ÚDZS v Košiciach v rokoch 2005 - 2011 zomrelých mimo zdravotníckych zariadení
- Baloghová, A., Farkašová Iannaccone, S., Vyhnáľková, V.: Najnovšie štúdie o SIDS
- Farkašová Iannaccone, S., Grochová, Z., Baloghová, A., Ginelliiová, A.: ALTE s následkom smrti
- Bobrov, N., Vyhnáľková, V., Grochová, Z.: Súdnolekárske posudzovanie stôp násilia na tele dieťaťa

■ 19.00 Spoločenský večer



Piatok, 8. jún 2012

■ 8.30-10.00 **DETSKÁ ENDOKRINOLÓGIA**

garant: MUDr. J. Ferenczová, PhD.

- Košťálová, L.: Nová indikácia liečby rastovým hormónom - znížený rast pri deficite SHOX génu
- Pura, M.: Ľudkovia z krajiny Oz
- Čiljaková, M., Vojtková, J., Vojarová, L., Ďurdík, P., Bánovčin, P.: Vitamín D, kostná denzita a diabetes mellitus 1. typu
- Tichá, L., Švecová, D., Staniková, D., Hornová, J., Červeňová, O.: Metabolický syndróm u detí - celospoločenský problém
- Ferenczová, J.: Autoimunitný polyglandulárny syndróm 1

■ 10.00-10.15 prestávka

■ 10.15-11.00 **EDUKAČNÝ KVÍZ: „AKÁ JE VAŠA DIAGNÓZA?“**

garant: MUDr. M. Švekušová

- Kolívek, G.: Edémy v detskom veku
- Kubejová, K.: Keď príčinu vracania neodhalí USG vyšetrenie brušných orgánov
- Škapincová, A.: Zaujímavé RTG obrazy v klinickej praxi

■ 11.00-11.15 prestávka

■ 11.15-12.00 **MEDZIODBOROVÁ SPOLUPRÁCA V PEDIATRII**

garant: Prof. MUDr. Ľ. Podracká, CSc.

- Pobeha, J., Gharaibeh, A., Vaško, G.: Vývojová dysplázia bedrového kĺbu (DDH)
- Gharaibeh, A., Lacko, M., Pobeha J., Vaško, G.: Transientná synovialitída bedrového kĺbu v detskom veku
- Andráš, T.: Supratentoriálne nádory mozgu v detskom veku
- Kováčsová, L., Kaiferová, J., Tomová, M.: Cudzie teleso v slinnej žľaze - kazuistika

■ 12.00-13.00 obed

■ 13.00-14.00 **ORÁLNA PREZENTÁCIA POSTEROV**

garant: MUDr. J. Hedvig

- Feketeová, A., Jakubička J., Kralinský, K.: Výskyt RSV infekcie u detí do dvoch rokov s infekčným ochorením dolných dýchacích ciest
- Kimáková, T., Onačillová, E., Zeisbergová, K.: Rizikové faktory neinfekčných ochorení u poslucháčov Lekárskej a Právnickej fakulty UPJŠ v Košiciach
- Zavadilíková, E.: Čo sa skrýva za hypotóniou novorodencov/dojčiat
- Krupová, J.: Intoxikácie - ako ich vidíme v DFN Košice
- Kaiferová, J., Kováčsová L., Galóová, N., Markovská, N.: Starostlivosť o ústnu dutinu detí počas chemoterapie

ODBORNÝ PROGRAM

- Mrázik, P., Vargová, V.: Úloha registrov v biologickej liečbe detí s reumatickými chorobami
- Urdová, M., Bašárová, D., Mrázik, P.: Horúčka neznámej etiológie (FUO)
- Urbanová V., Behúnová, J., Petrovič R., Podracká L.: Gangliozidóza GM1 asociovaná s mnohopočetnými mongolskými škvrnami
- Tarcalová, B., Švekušová, M.: Aktualizované odporúčania pre manažment akútnej gastroenteritídy u detí
- Čižmár, J., Tothová, M., Behunová, J.: Pseudomembranózna konjunktivitída vyvolaná deficitom plazminogénu
- Marciová, A., Feketeová, A.: Praktické odporúčania antibiotickej liečby u detí s infekciami dolných dýchacích ciest
- Mitrová, E., Bodnárová, O.: Herpetická encefalitída u detí a adolescentov

■ 14.00-14.15 prestávka

■ 14.15-15.15 **BEHAVIORÁLNE PROBLÉMY**

garant: PhDr. D. Lovašová

- Bodnárová, O.: ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou - pohľad neurológa
- Lovašová, D., Fugeriková, K.: ADHD z pohľadu psychológa
- Rosenbergerová, T.: ADHD - pohľad psychiatra
- Fedorová, Z., Majerníková, T.: Dieťa s ADHD/ADD v škole a doma dnes

■ 15.15 Ukončenie konferencie

■ **MUDr. Ingrid Urbančíková, MPH**

riaditeľka DFN

■ **prof. MUDr. Leonard Siegfried, CSc.**

dekan UPJŠ LF

■ **doc. MUDr. Marta Benedeková, PhD.**

vedecká sekretárka SPS

■ **prof. MUDr. Tibor Šagát, CSc.**

prezident SPS

■ **prof. MUDr. Ľudmila Podracká, CSc.**

prednostka 1. Kliniky detí a dorastu

■ **Kredity SACCME:**

Podujatie je ohodnotené SACCME kreditmi:

pasívna účasť: 07.06.2012 - 7 kreditov
08.06.2012 - 5 kreditov
spolu 12 kreditov

aktívna účasť: slovenský autor: 10 kreditov
prvých dvaja spoluautori: 5 kreditov
zahraničný autor: 15 kreditov
prvých dvaja spoluautori: 10 kreditov

ZRIEDKAVÉ CHOROBY - LEGISLATÍVA A INFORMAČNÉ ZDROJE V EU A SR

Kovács L.

2. detská klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave

Určite nie je prehnaný názor, že každý chorý je postihnutý, no pacienti so zriedkavými chorobami sú postihnutí viacnásobne. Popri závažnej chorobe, ktorou trpia, ich postihujú aj ďalšie problémy súvisiace s jej oneskorenou diagnostikou, nedostatočnou znalosťou podstaty chorobného stavu a nedostatočnou pripravenosťou na jej riešenia v bežnej praxi. Postihuje ich aj nedostupnosť špecializovanej zdravotnej starostlivosti a často aj chýbanie účinnej liečby (častočne pre nedostatočnú motiváciu priemyslu na prípravu špecifických liekov pre choroby, ktoré vzhľadom na malý počet pacientov nesľubujú očakávaný zisk).

Choroba sa považuje za zriedkavú, ak je prítomná u menej ako 5 osôb z každých 10 000 (teda päťsto osôb na jeden milión) obyvateľov. Osemdesiat percent zriedkavých chorôb má zrejme genetický podklad a vzniká z poruchy jedného alebo viacerých génov resp. z chromozómových abnormalít. Až 75 % z nich sa prejavuje už u detí, ostatné sa môžu manifestovať aj v neskoršom veku. V súlade s odporúčaniami Rady Európy sa v súčasnosti rozbieha spoločná akcia krajín združených v EU pre zlepšenie starostlivosti o pacientov so zriedkavými chorobami. Táto akcia má zahŕňať okrem vzniku a prepojenia špecializovaných centier aj zlepšenie informovanosti o zriedkavých chorobách, vzdelávanie zdravotníkov, zlepšenie diagnostiky, liečby i kvality života pacientov, podporu vedy a výskumu, zber dát a biologických vzoriek, podporu patientských organizácií a ustanovenie medzirezortnej pracovnej skupiny pre zriedkavé choroby.

PROBLEMATIKA PŬÚCNEJ HYPERTENZIE V DETSKOM VEKU

Hrebík M, Vršanská V, Kaldarárová M.

Detské kardiocentrum, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Bratislava, Slovenská republika

Rovnako ako u dospelých, aj u detí je pľúcna hypertenzia (PH) hemodynamický a patofyziologický stav, ktorý sa definuje ako zvýšenie stredného tlaku v pľúcnej artérii (mPAP) > 25 mm Hg v pokoji podľa merania pri pravostrannej srdcovej katetrizácii.

Stavy, v detskom veku, vedúce k rozvoju k pľúcnej hypertenzii boli vždy (sú a budú) pre detských kardiológov a pediatrov obávané a prognóza, bola veľmi nepriaznivá.

Aj pre deti platí rovnaké patofyziologické rozdelenie príčin vzniku PH ako pre dospelých. Z hľadiska výskytu jednotlivých vyvolávajúcich príčin je na rozdiel od dospelosti v detstve častejší výskyt iných druhov PH. Najčastejšie je PH zaznamenaná pri vrodenej chybe srdca (50 %), nasledovaná idiopatickou, resp. hereditárnou PH (IPAH, HPAH) – 40 %. Na druhej strane sú niektoré formy PH typické pre dospelosť u detí podstatne zriedkavejšie (napr. chronická tromboembolická PH, PH v dôsledku postihnutia chlopni ľavého srdca).

U detí je typický výskyt PH v určitom vekovom období (PH u novorodencov) alebo PH ovplyvnená prítomnosťou vrodených anomálií (srdcové chyby, abnormality dýchacích ciest). Často dochádza aj ku kombinácii vyvolávajúcich príčin (napr. u detí s Downovým syndrómom dochádza k skoršiemu rozvoju PH ako u iných pacientov s rovnakou vrodenou srdcovou chybou).

V Detskom kardiocentre, v spolupráci s ostatnými kardiologickými ústavmi pre dospelých, vznikol register pacientov s pľúcnou hypertenziou. V registri pľúcnej hypertenzie v Detskom

kardiocentre sú detskí pacienti ale aj pacienti dospelého veku s vrodenou chybou srdca a pľúcnou hypertenziou.

Pacienti boli do registra zaraďovaní od apríla 2006. Počet pacientov v registri PH k 31. 3. 2012 bolo 49. Z toho je 27 dievčat a 22 chlapcov. Boli zaradení vo veku od 3 mesiacov do 34 rokov. Z toho viac ako 20 rokov malo 10 pacientov (20 %). 5 pacienti (10%) exitovalo. U 23 pacientov (47%) bola novozistená pľúcna hypertenzia, u 26 pacientov (53%) bola diagnostikovaná pľúcna hypertenzia pred vznikom registra PH.

Genetické poruchy (m.Down) malo 10 pacientov (22,5 %).

Idiopatickú PH mali 4 pacienti (6%). Asociovanú PH s VCHS malo 39 pacientov (80 %). 5 pacientov (10%) malo pľúcnu hypertenziu pri bronchopulmonálnej dysplázii (BPD). Jeden pacient (2 %) mal PH po transplantácii pečene.

Problematika pľúcnej hypertenzie v detskom veku má svoje špecifiká. Patologické procesy sú u detí a dospelých podobné, ale patologické stavy, klinické prejavy a faktory prežívania sú rozdielne. Pľúcna hypertenzia sa prejavuje mnohokrát nešpecifickými klinickými prejavmi, rýchlejšim priebehom a horšou prognózou ochorenia.

Pľúcna hypertenzia zahŕňa aj v detskom veku široké spektrum chorôb s chronickým postihnutím pľúcnych artérií, pre ktoré je charakteristické postupné zvyšovanie pľúcnej cievnej rezistencie a progresia pľúcnej hypertenzie spôsobujúce v pokročilom štádiu preťaženie a zlyhanie pravej komory.

Cieľom liečby je :

1. znížiť tlak v pľúcnom riečišti

2. zabrániť zlyhaniu pravej komory

3. zlepšiť resp. udržať kvalitu života detí a ich rodiny

Nebývalý rozmach vedomostí v oblasti patogenézy a diagnostiky pľúcnej hypertenzie otvoril v posledných desiatich rokoch nové možnosti liečebného ovplyvnenia aj v detskom veku. Do klinickej praxe sa zaviedla špecifická liečba, ktorá ovplyvňuje patomechanizmy ochorenia, a tak zásadne mení liečebnú stratégiu, zlepšuje klinický priebeh a predlžuje život aj u detí.

Diagnóza PH musí byť potvrdená kompletným kardiologickým vyšetrením. V diagnostike PH v triede NYHA II – IV má dôležité postavenie akútny test vazoreaktivity. U non –respondentov na akútny test vazoreaktivity ba sa malo uvažovať o liečbe PH antagomnistom receptora pre endotelín-1 bosentanom. Bosentan je perorálne účinný duálny antagonista receptorov ETA a ETB. U detí s PH vo veku 4 – 17 rokov prebehla otvorená nekontrolovaná štúdia (BREATHE -3), ktorej cieľom bolo zhodnotiť farmakokinetiku, znášanlivosť a bezpečnosť perorálneho bosentanu. Bolo doporučené jeho používanie u detí s PH. Prezentujeme naše skúsenosti s liečbou bosentanom u detskách pacientov s diagnózou PH v Detskom kardiocentre. Bosentan (Tracleer) je perorálny antagonista endotelínových receptorov, ktorý má efekt v liečbe PH u detí. Zlepšuje kvalitu života u pacientov s Eisenmengerovým syndrómom, deti s PH môžu reagovať na liečbu lepšie ako dospelí , ale ak nezareagujú zhoršenie býva rýchle a so zlou prognózou.

V špecifickej liečbe je u 38 pacientov monoterapia Bosentanom, u 8 pacientov Sildenafil, u jedného dvojkombinácia Sildenafil a Bosentan a u jedného Sildenafil a Iloprost.

Záver: V detskom veku existuje široké spektrum anomálií a ochorení, ktoré môžu viesť k vzniku pľúcnej hypertenzie. Prebiehajúce patofyziologické procesy v pľúcnej cirkulácii sú veľmi podobné ako v dospelom veku, klinické prejavy, priebeh a prognóza ochorenia však majú v detskom veku svoje špecifiká. Najväčšou skupinou sú pacienti s pľúcnou hypertenziou asociovanou s vrodenými chybami srdca, ktorá pri včasnej korekcii chyby predstavuje jedinú skupinu, kde sa pľúcnej hypertenzii dá predísť. Nové poznatky v patofyziológii pľúcnej cirkulácie a použitie špecifickej liečby pľúcnej hypertenzie zásadne zmenilo manažment ochorenia a výrazne zlepšilo kvalitu života a prognózu pacientov.

Zriedkavé choroby sú definované ako choroby s výskytom nižším ako 1:2 000 v danej populácii, pričom však ich celkový kumulovaný výskyt je omnoho vyšší. Predstavujú spolu teda značný podiel na morbidite a mortalite populácií, najmä v rozvinutých krajinách, a až v 80 % ide práve o choroby genetické. Tento príspevok dokumentuje naše možnosti a príklady úspešnej i menej úspešnej diagnostiky v určitej podskupine zriedkavých chorôb, a to neurogenetických ochorení u detí. Táto skupina chorôb je vzhľadom na rozmanitosť funkcií a zložitosť vývinu nervového systému veľmi heterogénna, a zahŕňa mnohé druhy dysgenézy či degenerácie rôznych mozgových oddielov, ale aj periférnych nervov, napr. extrapyramídové degenerácie, monogénovo podmienené hydrocefaly, spino/ponto/cerebellárne ataxie a hypoplázie, spinálne svalové atrofie, neurokutánne syndrómy, neurometabolické choroby, hereditárne senzorické a motorické neuropatie, vrodené poruchy nervovosvalovej platničky, izolované poruchy hlavových nervov, a mnoho iných. Náš príspevok samozrejme nemôže obsiahnuť celý diapazón tejto širokej problematiky. Ako jeho nosné jadro sme preto zvolili súbor krátkych kazuistik pacientov, so zaujímavou fotodokumentáciou, s klinickým opisom, diagnostickými úvahami, a u niektorých zvláštnych pohybových vzorcov aj s videami. Zároveň kladieme dôraz na význam úzkej spolupráce nielen samotného genetika a detského neurológa, ale aj rajónneho pediatra, ktorý by mal dieťa odoslať na neurologické vyšetrenie najmä pri nejasných/nevysvetlených odchýlkach od normálneho vývinu, alebo pri jeho spomalení, zastavení, či dokonca regresii alebo zmenách správania.

DÉMANTOVA MEMORIÁLNA PREDNÁŠKA

ČESKÁ PEDIATRICKÁ ALERGOLOGIE A CESTA K DNEŠKU

Špičák, V.

Česká iniciativa pro astma o.p.s.

Česká aliance proti chronickým respiračním onemocněním o.s.

IMMUNO-FLO, Centrum alergologie a klinické imunologie Praha

Věnováno Doc. MUDr. Branislavu Špišákovi, CSc. k životnímu jubileu

Velmi významná část cesty byla společná – česko-slovenská. Základní směr vývoje české / slovenské alergologie ústící v obor alergologie a klinická imunologie byla mezioborová spolupráce. V roce 1949 se v pravý čas sešli praví lidé – mikrobiolog Josef Liška, otorinolaringolog Vladimír Hlaváček, internista Bohuslav Hodek a dermatolog František Konopík. Vytvořili „komisi pro alergii“ a v roce 1957 vznikla samostatná Alergologická společnost, která v r. 1967 přijala označení Společnost alergologie a klinické imunologie.

Cesta za poznáním byla dlouhá a trnitá, provázená i nemalou úmrtností dětí. Základní vývojovou změnou pohledu na alergii a alergická onemocnění byl přesun od orgánového k systémovému vnímání alergie.

Dnes vnímáme, že alergie je poruchou imunoregulačních mechanismů, je systémovým onemocněním s místními projevy. Vznik vychází z interakce genů s faktory prostředí, a proto alergologie a klinická imunologie se změnila od orgánové disciplíny ke komplexnímu pojetí a k průniku do všech oborů.

Diagnostika, léčba a prevence alergických projevů se opírá o vzájemnou součinnost s pneumologií, ORL, dermatologií, oftalmologií, gastroenterologií dalšími disciplínami. Dřívější „histaminový“ pohled na alergii se posunul k pochopení zázemí alergického zánětu a k vnímání alergie jako systémového děje.

Významný pokrok přinesla genetika, zejména znalosti epigeneticky, které objevují význam faktorů prostředí. Vlivy prostředí jsou odpovědné za vznik a průběh alergie z více než 30%. Prostředí podstatně ovlivňuje alergenicitu alergenů včetně vzdušných rostlinných alergenů pylových.

Klíčovou úlohu má životní styl rodin, prostředí, v němž žijí, výživové návyky, využívání volného času a vztah k vlastnímu zdraví. Pasivní a aktivní kuřáctví je jedním ze zásadních činitelů (kuřáctví v těhotenství).

V dětské populaci České republiky včetně adolescentů je 31,8% alergiků, odhadem 3,500 000 lidí jsou nositeli genů pro alergii. Dětské astma zahrnuje 8,2%, alergická rýma 16,1%. Negativním rizikovým jevem je narůstající podíl polysenzibilizací,

Příznivou, ve srovnání se zahraničím, je nízká úmrtnost. V ČR v posledních několika letech nezemřelo na astma žádné dítě.

Tím větší pozornost je třeba věnovat těm dětským astmatikům, které lze řadit k obtížně léčitelným. Představují asi 5% dětí. Treba pečlivě vážit příčiny nepříznivého vývoje. A zde nezastupitelnou úlohu má pediatrický pneumolog s jeho bronchologickými znalostmi a možnostmi vyšetřování. Významnou úlohu hraje i vyšetření GERD.. Potřeba si v ČR vyžádala i založení samostatné odborné společnosti pediatrické pneumologie.

Včasná diagnostika, léčba a komplexní přístup je příslibem do budoucna, abychom dosahovali nad dětským astmatem plnou kontrolu a zajistili dětským astmatikům kvalitu života s minimálními omezeními.

CHOROBY DÝCHACÍCH CIEST

PODARÍ SA NÁM ELIMINOVAŤ TUBERKULÓZU?

Solovič, I.^{1,2}, Kober, L.¹, Švecová, J.²,

¹Fakulta zdravotníctva KU, Ružomberok, ²NUTPCHaHCH Vyšné Hágy

V roku 2010 bolo hlásených 8,8 milióna prípadov tuberkulózy vo svete. Tuberkulóza si vyžiadala približne 1,45 milióna úmrtí v tomto roku [1]. Napriek dramatickému poklesu v celkovom výskyte tuberkulózy v posledných 100 rokoch v Európe, je TBC ochorením historického záujmu a európsky región definovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) zaznamenal priemerne 2,7% ročný nárast prípadov v rokoch 2004-2009. V roku 2010 sa tento trend zastavil. Podľa údajov WHO predstavoval európsky región 6% všetkých nových prípadov aktívnej TBC na celom svete. Hlásených bolo celkovo 309 818 prípadov [2]. V krajinách Európskej únie, Islandu a Nórska hlásených bolo hlásených 73 996 prípadov tuberkulózy, čo je 7,1% pokles oproti roku 2009. Notifikácia bola 14,6 prípadu /100 000 obyvateľov. [1]. Až 3,6% všetkých nových prípadov na celom svete predstavovali multirezistentné formy tuberkulózy (MDR-TB). Z celkového počtu 440 000 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérii vo svete až 81 000 bolo identifikovaných v rámci Európskeho regiónu. Rezistencia na izoniazid bola hlásená v 1374 prípadoch a na rifampicin v 529 prípadoch z celkového počtu 17 559 novozistených bakteriologicky overených tuberkulózných prípadov v krajinách Európskej únie. Litva, Lotyšsko a Estónsko stále majú najvyšší výskyt MDR-TB a pohybuje sa od 17,4% po 28% z celkového počtu prípadov [1, 3].

Celková miera notifikácie predstavovala 14,6 /100, 000, čo však odráža veľké rozdiely v rámci regiónu. Od 4.7/100, 000 na Cypre po 115.1/100, 000 v Rumunsku. Navyše, značné rozdiely sa vyskytujú aj v rámci jednotlivých krajín. Vyššiu incidenciu hlásia veľké mestá ako je Londýn (Veľká

Británia), ktorý tvoril 38% prípadov z celkového počtu TBC prípadov vo Veľkej Británii v roku 2009 [4]. Až 23,6% prípadov v Európskom regióne bolo hlásených u osôb cudzieho pôvodu, teda nenarodených v krajine, kde bola tuberkulóza zistená a liečená. Ak by sme z tejto štatistiky vyňali Bulharsko a Rumunsko, tak by sme mali podstatne vyšší priemer výskytu tuberkulózy u osôb nenarodených v krajine zistenia a síce bolo by to až 35%. V celosvetovom meradle výskyt TBC klesá, ale populačný rast spôsobil vyrovnanie tohto poklesu, takže absolútny počet nových prípadov neustále narastal do roku 2009 aj napriek tomu, že TBC je plne liečiteľná choroba. [5]. V roku 2010 po prvý krát sa sleduje pokles absolútneho počtu prípadov tuberkulózy celosvetovo. Číne sa podarilo oproti roku 1990 znížiť výskyt ochorenia o 50%, mortalitu dokonca o 80%. India a Čína sa podieľajú 40% na celosvetovom počte prípadov tuberkulózy. Vo svete žije až 10 miliónov detí, ktoré sú sirotami v dôsledku úmrtí rodičov na tuberkulózu. V krajinách Európskej únie v roku 2010 bolo hlásených 3035 prípadov u detí do 14 rokov veku vrátane, čo je 4,1% z celkového počtu prípadov. Bakteriologická overenosť bola 65,6% z novo bakteriologicky overených prípadov. Len 4 krajiny vrátane Slovenska dosiahli 85% úspešnosť liečby.

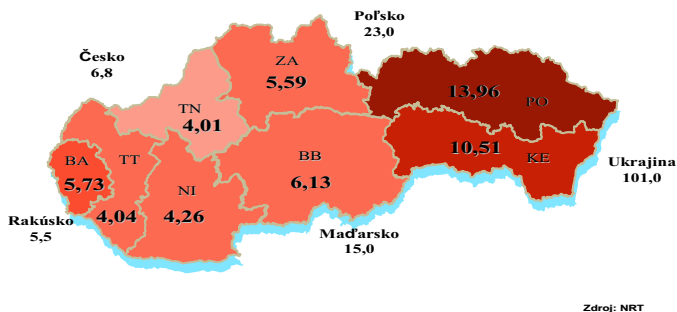
Ciele WHO sú dosiahnutie sveta bez tuberkulózy – tento cieľ dosiahnuť ešte za nášho života, nulová úmrtnosť na tuberkulózu u detí, rýchlejšia diagnostika a liečba, účinná vakcinácia.

Situácia na Slovensku

Pri zhoršení sociálno – ekonomických podmienok obyvateľstva dochádza k vzostupu výskytu TBC. Prognózy poklesu incidence tuberkulózy na Slovensku aktuálne v 80-tych rokoch 20. storočia sú dnes už len utópiou. V roku 1960 bolo registrovaných 7817 prípadov TBC. Podľa údajov Národného registra tuberkulózy došlo do roku 1970 k poklesu absolútneho počtu hlásených ochorení. V druhej polovici osemdesiatych rokov bol pokles ešte výraznejší. V roku 2002 bolo nahlásených 1053 prípadov novozistenej TBC a 2003 sa po prvý krát počet novozistených prípadov nedostal ani na tisíc. V dnešnej dobe je situácia na Slovensku stabilizovaná. V roku 2011 bolo do Národného registra TBC nahlásených 399 prípadov tuberkulózy, čo je 7,34/100000 obyvateľov /graf/. Počet novozistených prípadov na 100 000 obyvateľov bol 6,42. V 337 prípadoch išlo o pľúcnu formu tuberkulózy a v 62 prípadoch o mimopľúcnu formu tuberkulózy. O recidívu tuberkulózy išlo v 50 prípadoch. Pri porovnaní vekových skupín možno na Slovensku pozorovať rozdiely medzi výskytom TBC u mužov 251 prípadov a u žien 148 prípadov TBC. U žien je výskyt najmä vo vyššom veku a u mužov vo vekovej kategórii 50 – 59 ročných. V detskej populácii sa tuberkulóza vyskytla v 17 prípadoch [8].

Obr.: Incidencia tuberkulózy v Slovenskej republike v jednotlivých regiónoch, 2011 [9].

Výskyt tuberkulózy na Slovensku v r. 2011 podľa krajov



V roku 2011 zomrelo 5 pacientov na tuberkulózu, 19 prípadov bolo registrovaných ako úmrtie pacienta s TBC.

Z 399 prípadov pre ťažkosti bolo zistených 305 prípadov, pri kontrole evidovaných 24 prípadov, v rámci vyšetrenia kontaktov 18, pri preventívnej prehliadke 31 a pri pitve bol zistený 1 prípad.

Z pridružených ochorení sa najčastejšie vyskytovali ochorenia pečene u 62 pacientov, v 24 prípadoch bol pacient liečený na diabetes mellitus, v 3 prípadoch duševné ochorenia, v 24 prípadoch koincidencia TBC malígneho ochorenia. V roku 2011 nebol hlásený ani jeden prípad koinfekcie TBC a HIV infekcie.

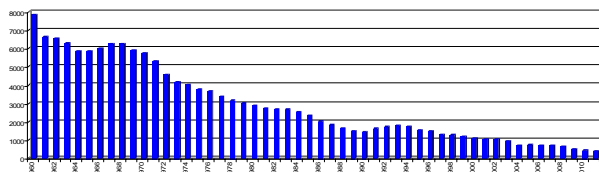
Podľa geografického rozloženia v Slovenskej republike najhoršími oblasťami s najvyšším výskytom tohto ochorenia je oblasť východného Slovenska (Prešovský kraj 13,96/100tis obyv.) nasleduje Košický kraj s 10,51/100tis obyv. Najnižší výskyt zaznamenávame v Trnavskom a Nitrianskom /Obr./. Z 399 hlásených prípadov tbc v roku 2011 išlo o 62 mimoplúcnych foriem tuberkulózy ako hlavné miesto postihnutia, najčastejšie to bolo tuberkulóza pleuritída v 18 prípadoch, tbc chrbtice v 13 prípadoch, močové ústrojenstvo v 3 prípadoch, mimohrudníkové lymfatické uzliny v 14 prípadoch, v 6 prípadoch vnútrohrudníkové lymfatické uzliny, v 4 prípadoch gynekologické formy tuberkulózy, 1 krát čriev a peritonea, v 4 prípadoch išlo o inú lokalizáciu z toho 1 krát išlo o očnú formu tuberkulózy.

V roku 2011 sme mali na Slovensku celkovo 7 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulózných mykobaktérií. Analýza výsledkov liečby za rok 2010 nám dokumentuje, že liečba, ktorú dostávajú naši pacienti je plne indikovaná a správna, nakoľko máme až 85 % úspešnosť liečby u novozistených mikroskopicky pozitívnych prípadov.

V roku 2011 bolo hlásených do Národného registra tuberkulózy vo Vyšných Hágoch 6 ochorení vyvolaných atypickými mykobaktériami.

Graf: Počet prípadov TBC na Slovensku v rokoch 1960-2011.

Počet prípadov TBC na Slovensku v rokoch 1960 - 2011



Záver

"Zastavme tuberkulózu v mojom živote" je slogan WHO na boj s tuberkulózou pre rok 2012 a vyzýva na to, aby bol svet bez TBC ešte v priebehu života súčasných ľudí. Slogan má povzbudiť ľudí na celom svete, od najmladších po najstarších, aby individuálne prispeli k výzve na odstránenie TBC a aby povedali, aké zmeny očakávajú vo svojich vlastných životoch. V čase svojho života by dnešné deti očakávali, že budú žiť vo svete, kde nikto neochorí na TBC. V čase svojho života, ženy a muži očakávajú, že budú žiť vo svete, kde nikto neumrie na TBC [9,10].

DLHODOBÁ DOMÁCA OXYGENOTERAPIA U DETÍ

Brezina, M.

Klinika detskej pneumológie a ftizeológie UNB – výchovná základňa LF SZU, Bratislava

Kyslíková liečba je liečebné podávanie kyslíka v koncentráciách vyšších, než je koncentrácia v okolitom vzduchu s cieľom liečiť príznaky a následky hypoxie a predchádzať takýmto následkom. Kyslíkovou liečbou sa znižuje dychová práca pomocou zvýšenia parciálneho tlaku kyslíka v alveoloch.

Rozvoj neonatológie a najmä posun viability plodu až na 24 gestačný týždeň vedie k nárastu počtu detských pacientov závislých na externej dodávke kyslíku. Kyslík v liečebnom kontexte je preskripčne viazaným liekom a ako taký má svoje terapeutické indikácie aj nežiaduce účinky. Na nežiaduce účinky sa často zabúda: bežné klinické nazeranie na suplementáciu kyslíkom predpokladá,

že: 1/ expozícia kyslíku s $\text{FiO}_2 < 0.60$ nemá nežiaduce účinky; 2/ riziku arteriálnej hypoxémie sa dá predísť podávaním vysoko koncentrovaného kyslíka a 3/ rutinné podávanie kyslíka je užitočné, neškodné a klinicky indikované. Nič z tohto neplatí, naopak, časť pacientov môže suplementácia kyslíkom aj poškodzovať a preto treba presne vymedziť klinické indikácie pre jeho liečebné použitie. Na kyslík treba pozerať ako na hocaký iný liek a jeho liečebné nasadenie u daného pacienta musí byť náležite dokumentované.

Slovensko patrí k nemnohým krajinám, kde pre dlhodobú kyslíkovú liečbu (DDOT – dlhodobá domáca oxygenoterapia) u detí máme vypracované odborné usmernenie hl. odborníka pre PaF publikované r. 2003 v RESPIRO. Prvýkrát ale bolo toto usmernenie publikované už pred 10 rokmi (Brezina M., Orosová J., Tamášová M.: Dlhodobá domáca oxygenoterapia pediatrických pacientov. Lek. Obzor, 51, 2002, 2, 57-59). Je po 10 rokoch čas na obnovenie tohto usmernenia? Otázky, ktoré sa v tomto kontexte vynárajú sú:

- Dať do nového odborného usmernenia (OU) požiadavku, že kyslíková kanyla (nosové okuliare) sa nemá používať dlhšie ako 1 mesiac? (pri používaní kanyla časom stvrdne a traumatizuje nos a líca pacienta)
- Uviesť v OU požiadavku, aby dieťa bolo povinne vybavené pulzným oximetrom (nie náprstkovým, ale riadnym aj so základným nastavením alarmov?). Náležité použitie pulzného oximetra by umožnilo primeranejšie dávkovanie kyslíka a do značnej miery zamedzilo nežiaducim prudkým výkyvom v oxygenácii.
- Prenosný oxygenátor na batériu (umožňuje dodávku O_2 až do 8 hodín) – v súčasnosti prenájom za takýto oxygenátor preplácajú ZP len pracujúcim dospelým. Ak ide o dieťa, ktoré má celodennú závislosť na O_2 a mohlo by chodiť do školy – je to indikácia na predpis prenosného oxygenátora?
- Ak ide o DDOT u dieťaťa – má dostať nový oxygenátor?

Technické požiadavky:

- U detí s hmotnosťou do 10 kg (?) poskytnúť oxygenátor s prietokomerom pri prietoku do 1 l/min s ciachovaním aspoň po 0.2 l/min? Toto považujem za významný nástroj skvalitnenia kyslíkovej liečby malých detí.
- Treba v indikačných kritériách zachovať 3týždňový rozstup medzi indikačnými vyšetreniami? Pozn.: Toto možno podľa môjho názoru zrušiť – radšej dieťa podržať o niekoľko dní dlhšie v nemocnici, aby sa predišlo unáhlenej indikácii DDOT, ale opakovanie indikačných vyšetrení v trojtýždňovom rozstupe možno na základe skúseností z našej kliniky zrušiť.
- Centralizovať indikácie na vybraných pracoviskách? T.j. treba vytvoriť – podobne ako pre dospelých pacientov niekoľko centier pre indikáciu DDOT?
- Zrušiť v OU indikačnú právomoc DDOT pre primárov detských oddelení? (nedochádzalo k využívaniu tejto kompetencie).

Ďalšie námety z terénnej praxe pre inováciu OU pre DDOT u detí prosím zaslať na adresu e- pošty: brezina@pneumoalergo.sk.

NOVÁ LIEČBA CYSTICKEJ FIBRÓZY

Feketeová, A.

1. Klinika detí a dorastu DFN a LF UPIŠ Košice

Cystická fibróza (CF) je najčastejším životlimitujúcim autozomálne recesívnym monogénovým ochorením kaukazskej rasy. CF je multisystémové ochorenie, avšak morbidita a mortalita pacientov je podmienená závažnosťou pľúcneho postihnutia. Podstatou ochorenia je mutácia génu pre CF, ktorá vedie k poruche CFTR (cystická fibróza transmembránový regulátor) proteínu, fungujúceho ako chloridový kanál. Mutácia CFTR spôsobuje poruchu transportu solí a vody v epiteliálnych bunkách

jednotlivých orgánoch, v dýchacích cestách, pankrease, čreve, potných žľazách, pečeni a semenovodoch.

Liečba CF je komplexná. Súčasná liečba je zameraná predovšetkým na liečbu pľúcnych prejavov a pankreatickej insuficiencie. Nové poznatky v patofyziológii ochorenia viedli k objavom nových liečebných postupov, ktoré dnes už môžeme nazvať liečbou kauzálnou. Celosvetový výskumný program zahŕňa liečbu génovú, liečbu upravujúcu tekutinové prostredie v dýchacích cestách, úpravu hlienu, antiinfekčnú liečbu najmä inhalačnú, antiinflamačnú, liečbu nedostatočnej výživy a liečbu upravujúcu CFTR.

Najnovšou modalitou liečby CF je liečba upravujúca CFTR. Dnes je známych viac ako 1800 mutácií génu pre CF. Nové molekuly upravujú CFTR podľa konkrétneho typu mutácie. Úspešné klinické štúdie prebiehajú najmä s tzv. korektormi a potenciátormi defektného CFTR proteínu. Vertex VX-770 pre mutáciu G551D koriguje chybu v cestovaní (trafficking) zle nariasenej bielkoviny CFTR smerom k bunkovej membráne. VX-809 potencuje nedostatočné otváranie (gating) CFTR kanálu pre chloridové ióny.

Nové možnosti liečby cystickej fibrózy sú výrazným krokom vpred. Z úrovne teoretických vedeckých poznatkov bola nová liečba prenesená do klinickej praxe, takže dnes už dokážeme dať rodičom našich pacientov nádej dobrej kvality a v budúcnosti aj porovnateľnej dĺžky života.

RESPIRAČNÉ VÍRUSY A ASTMA U DETÍ

Hricová, M., Čižnár, P.

I. Detská klinika DFNSP a LF UK Bratislava

Astma je veľmi rôznorodé chronické ochorenie. V závislosti od veku, pohlavia, genetickej dispozície a viacerých environmentálnych vplyvov sa u detí prejavuje viacerými fenotypmi. Vírusové infekcie predstavujú významný etiopatogenetický faktor astmy.

V detstve sa príznaky typické pre bronchiálnu astmu – pískoty na hrudníku, expiračné dyspnoe objavujú v súvislosti s vírusovými infekciami dýchacích ciest veľmi často, ale len u niektorých sa jedná o bronchiálnu astmu. Retrospektívna analýza ukázala, že vo viac ako tretine prípadov symptómy po 3. roku ustupujú. V druhej tretine detí ale pretrvávajú do staršieho veku a nadobúdajú charakter typický pre bronchiálnu astmu dospelých.

Kým v prvých troch rokoch sú vo všeobecnosti najčastejším spúšťačom symptómov expiračného dyspnoe RS-vírusy, s vývinom astmy a jej perzistenciou sa oveľa tesnejšie spája vplyv rinovírusov. Za všeobecne akceptované rizikové faktory bronchiálnej astmy sa v súčasnosti považujú zvýšené koncentrácie IgE, senzibilizácia na inhalačné alergény, znížené pľúcne funkcie a vyššia vnímavosť na rinovírusové infekcie. Nakoľko diagnostika astmy je predovšetkým klinická, zakladá sa na rozpoznaní charakteristických a opakujúcich sa symptómov. U detí do 3. roku života, u ktorých sú príznaky obštrukčnej bronchitídy časté je diagnostika astmy obtiažna. Pomôckou môžu byť klinické indexy rizika astmy, ktoré zahŕňujú symptómy (4 a viac epizód pískania v priebehu roka, ktoré trvali viac ako 1 deň alebo ovplyvňovali spánok dieťaťa) a súčasne prítomné rizikové znaky (1 hlavný - astma u rodiča, ekzém u dieťaťa, senzibilizácia na inhalačné alergény; alebo 2 vedľajšie - senzibilizácia na potraviny, eozinofília, pískoty bez prechladnutia).

Význam správnej diagnózy je dôležitý z pohľadu včasnej liečby, ktorá by mala popri potláčaní symptómov brániť vzniku chronických zmien, vedúcich k ďalšiemu poklesu pľúcnych funkcií. Z praktického hľadiska to znamená rozhodnutie sa pre začatie pravidelnej protizápalovej liečby a výber medzi špecifickjším, ale menej účinným efektom antileukotienov, alebo intenzívnejším

efektem inhalačních kortikoidov. Rozpoznanie odpovede na príslušnú vírusovú infekciu môže v tomto ohľade pomôcť pri rozhodovaní.

Kľúčové slová: bronchiálna astma, obštrukčná bronchitída, rinovírusy, alergia

PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA I.

HYPERBARICKÁ OXYGENOTERAPIE

Hladík, M.¹, Trávníček, B.¹, Duda, J.¹, Nowaková, M.¹, Hájek, M.²

Klinika dětského lékařství LF UO a FN Ostrava¹

Centrum hyperbarické medicíny MN Ostrava²

K rozvoji hyperbarické oxygenoterapie (HBO) jako léčebné metody dochází v posledních 40 letech. Je založená na zvýšení volně rozpustěného kyslíku v krvi při vdechování vzduchu či kyslíku, které mají tlak 2-3 atmosféry. Indikace pro HBO jsou uvedeny v tabulce 1.

Tab. 1.: Indikace k léčbě hyperbarickou oxygenoterapií

<i>Prokázaný pozitivní vliv hyperbaroxie</i>	<i>Pravděpodobný pozitivní vliv hyperbaroxie</i>
<i>Hlavní léčebný postup při:</i>	<i>Podpůrná léčba při:</i>
kesonové chorobě (dekompresní nemoc)	refrakterní osteomyelitidě
Tepenné vzduchové emboli	poškození tkání radiací
otravě kyslíčnickem uhelnatým a inhalaci kouře	akutním úrazovým poškození tkání (nejčastěji mozku)
<i>Podpůrná léčba při:</i>	dlouhodobě se nehojících ranách
prevenci a léčbě nekrózy kostí z ozáření	mimofádně závažné anemii při krevní ztrátě
zlepšené připojení kožních štěpů	
svalové nekróze vyvolaná klostridii	

Příznivý účinek hyperbaroxie na buněčné úrovni spočívá v tom, že

- podporuje angiogenezu a hojení ran,
- likviduje určitý druh anaerobů,
- u jiných bakterií brání jejich růstu (např. Pseudomonas),
- brání produkci klostridiálního alfa-toxinu,
- obnovuje aktivitu neutrofilů v tkáních postižených hypoxií,
- snižuje adhesi leukocytů v tkáních poškozených reperfuzí,
- brání tvorbě proteáz a volných radikálů, které způsobují vazokonstrikci a buněčné poškození.

HBO má ale také kontraindikace, omezení a rizika. Souhrnně jsou uvedena v tabulce 2.

Tab. 2: kontraindikace, omezení a rizika HBO

Celková rizika	Barotrauma	Toxicita kyslíku	Dekompresní choroba
Klaustrofobie	Poškození sluchu	Psychické změny	Kesonová nemoc
Reverzibilní myopie	Ruptura bubínku	Křeče	Pneumothorax
Únava	Poškození hlavových dutin	Plicní edém, krvácení	Embolie plynu
Bolesti hlavy	Poškození plic	Toxicita na plicní tkáň	•
Zvracení		Dechové selhání	•

Nejfatálnější rizikem HBO je požár v hyperbarické komoře. Mementem s následnými tvrdými bezpečnostními opatřeními se stal požár kabiny Apolla 1 v roce 1967.

Před odesláním pacienta do hyperbarické komory je nutné doplnit ORL vyšetření. Lékař zhodnotí schopnost spolupráce pacienta při vyrovnávání nitroušního tlaku (schopnost provést Valsalvův manévr). Pokud ho není pacient schopen, provádí se paracentéza. Rovněž se provede rentgenové vyšetření plic k vyloučení asymptomatického pneumotoraxu, který se v průběhu HBO může konvertovat na tenzní. Zvýšené opatrnosti je třeba u pacientů se záchvatovitým onemocněním (kyslíkové křeče) a s anamnézou chirurgické intervence v oblasti středouší či hrudního koše. U dětí je nutné zajistit před výkonem zklidnění - u starších dětí pohovorem a podáním informací o plánované terapii, u menších a nespolupracujících pak předem podanou sedaci.

V České republice je 10 pracovišť HBO, z toho 6 zajišťuje 24 hodinovou službu.

V letech 2009-2012 jsme HBO léčili 56 dětských pacientů, hospitalizovaných na Klinice dětského lékařství v Ostravě. Nejvíce nemocných bylo s hypoxickým mozkovým poškozením (20). U nich došlo u 12ti k prokazatelnému zlepšení neurologického deficitu, tedy v 60% případů. Další indikací byly otravy CO (17 dětí), které se vyléčily ve 100%. Vzhledem k centralizaci závažných stavů z OL indikace tvořily třetí nejpočetnější skupinu ORL indikace (13), zejména záněty měkkých tkání. Z nich se při HBO zlepšilo 7 (54%). U ostatních kasuistických stavů (traumatická ischémie, amputace a replantace tkání, aneroční infekce, replantace) došlo ke zlepšení ve všech případech.

Z výše uvedeného vyplývá příznivý vliv HBO na řadu závažných stavů, zejména hypoperfúze s infekční komplikací. Vzhledem k jeho široké indikaci a nízkým rizikům je aplikace HBO součástí našich terapeutických algoritmů.

SÚČASNÉ PRINCÍPY LIEČBY CHRONICKEJ OBLIČKOVEJ CHOROBY (CHOC)

Furková, K., Šašinka, M.

Klinika pre deti a dorast A. Getlíka LF SZU Bratislava

V ostatných rokoch významne stúpol výskyt chronickej obličkovej choroby (CHOC), a keď vysoké percento postihnutých o svojej chorobe vôbec netuší. Chronická obličková choroba má 5. štádií a najmä v prvých 2. štádiách je ochorenie zvyčajne bez akýchkoľvek klinických príznakov. Napriek tomu, že starostlivosť o deti s CHOC sa podstatne zlepšila, že sa objavilo množstvo nových terapeutických postupov stále pretrvávajú problémy so spomalením progresie CHOC do terminálneho štádia, čo je v detskom veku mimoriadne dôležité.

Autori sa pokúsili zhrnúť pokroky v terapii CHOC súvisiace s lepším pochopením patofyziológie mnohostranných mechanizmov zmien vnútorného prostredia (artériová hypertenzia, acidóza, aktivácia trombotických mechanizmov a iné rizikové faktory srdciových chorôb, poruchy kalciovo-fosfátového metabolizmu, novopoznané zložky cytokínového systému i význam diétnych opatrení pre vnútorné prostredie). Upozorňujú aj na nové nádejné lieky (bardoxolón, pirfenidón, antagonistov endotelínov a inhibítorov pokročilej glykácie proteínov), ktoré môžu podstatne zmeniť osud chorých s CHOC.

Pre spomalenie progresie CHOC je najúspešnejšia kontrola krvného tlaku s použitím inhibítorov enzýmu konvertujúceho angiotenzín (ACE-I), resp. blokátormi A1 receptora angiotenzínu II (ARB), u diabetikov dobrá kontrola glykémie, nemenej dôležitý je už od prvých štádií CHOC diétny režim s obmedzením bielkovín, tukov a liečba metabolických porúch (hyperfosfatémia, deficiencia Vitamínu D, acidóza, anémia a ďalšie). Overujú sa nové liečivá, ktoré by mali ovplyvniť potencionálne škodlivé mechanizmy, najmä endotelíny, fibrózu, aktívne radikály kyslíka a konečné produkty pokročilej glykácie (AGEs).

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice

Hypertenzia (HT) u detí a mladistvých prispieva k predčasnej ateroskleróze a vývoju kardiovaskulárneho ochorenia už v rannej dospelosti. Prevalencia HT (krvný tlak >95th percentil pre vek, výšku a pohlavie) v detskej populácii sa v posledných dekádach signifikantne zvýšila. Podľa epidemiologických štúdií vysoký krvný tlak má až 5% pediatrickej populácie, častejšia je sekundárna ako primárna hypertenzia. Najčastejšou príčinou sekundárnej HT sú obličkové ochorenia (68%), endokrinné (11%) a renovaskulárne príčiny (10%).

Manažment liečby hypertenzie pozostáva z nefarmakologickej a farmakologickej terapie. **Nefarmakologická liečba** zahŕňa zdravý životný štýl (zníženie telesnej hmotnosti u obézných detí, pravidelné aeróbne cvičenie, diétu s obmedzením soli a kálie, zákaz fajčenia a konzumácie alkoholu). **Farmakologická terapia** ponúka širokú paletu viacerých skupín antihypertenzív: 1) tiazidové diuretiká; 2) ACE-inhibítory (ACEI) a blokátory angiotenzínu II (ARB); 3) blokátory kalciových kanálov a 4) betablokátory.

Cieľom liečby hypertenzie je dosiahnuť pokles krvného tlaku minimálne pod 95. resp. 90. percentil. U detí a adolescentov s HT **bez** sprievodného postihnutia cieľových orgánov (hypertrofia ľavej komory, retinopatia, hypertenzná encefalopatia, mikroalbuminúria) je cieľová hodnota krvného tlaku **menej ako 95. percentil** pre daný vek, výšku a pohlavie. Ak sú pridružené aj **ďalšie kardiovaskulárne** riziká (obezita, dyslipidémia, diabetes mellitus) znižujeme krvný tlak **pod 90. percentil**. Prísnejšie kritéria platia pre deti s chronickými nefropatiami. Pri obličkových chorobách **bez proteinúrie** je žiaduce znížiť krvný tlak **pod 75. percentil**, pri sprievodnej **proteinúrii** dokonca **pod 50. percentil**.

Prvým krokom liečby u všetkých pacientov s hypertenziou je úprava životného štýlu a to aj vtedy, ak sú indikované antihypertenzíva. Stratégia farmakoterapie je založená na konsenze skupiny špecialistov. Antihypertenzíva nasadzujeme u detí so symptomatickou hypertenziou a u detí s kardiovaskulárnym rizikom (diabetes, obličková choroba). Pri primárnej hypertenzii dávame lieky až vtedy, ak sa krvný tlak neupraví po nefarmakologickej liečbe. Longitudinálne štúdie porovnávajúce účinnosť jednotlivých skupín antihypertenzív u detských hypertonikov chýbajú, všeobecné odporúčania sa opierajú o klinické skúsenosti. U adolescentov s primárnou HT bez postihnutia cieľových orgánov sa odporúča začať nízkou dávkou tiazidových diuretik. U detí s chronickými nefropatiami a diabetikov sú liekom prvej voľby ACE inhibítory. Pri intolerancii ACE-I sú vhodnou alternatívou ARB. Pri rezistentnej hypertenzii najprv zvýšime dávku užívaného antihypertenzíva, až v ďalšom kroku pridávame liek z inej farmakologickej skupiny.

Cieľom efektívneho manažmentu hypertenzie je dlhodobo udržiavať optimálne hodnoty krvného tlaku pre daný vek, výšku a pohlavie. Len tak možno predchádzať a/alebo znižovať kardiovaskulárne riziko hypertenzie už v detskom veku.

Úlohou pediatra primárneho kontaktu je priebežne vykonávať selektívny skrining hypertenzie, spolupracovať s ostatnými špecialistami pri diagnostike príčiny hypertenzie, sledovať compliance a kontrolovať účinnosť liečby.

PNEUMOKOKOVÉ OCHORENIA A ICH PREVENCIA

Feketeová, A.

1. klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice

Napriek pokrokom v diagnostike a liečbe predstavujú invazívne pneumokokové infekcie pre ľudskú populáciu stále potenciálnu hrozbu. *Streptococcus pneumoniae* je celosvetovo najčastejším vyvolávateľom infekcií dýchacích ciest, ktoré sú hlavnou príčinou morbidít detí, preto môže profylaxia zásadne prispieť k zníženiu chorobnosti v detskom veku. Profylaktická stratégia pneumokokových ochorení prešla „historickú“ cestu, ktorá viedla od vývoja polysacharidových vakcín k súčasným konjugovaným vakcínam. Očkovanie podľa očkovacieho kalendára môže signifikantne znížiť morbiditu aj mortalitu v pediatrickej populácii, a sekundárne aj počet pneumokokových ochorení vo všetkých generáciách, najmä v rizikovej skupine seniorov.

EPIDEMIOLOGIA MENINGOKOKOVÝCH INFEKCIÍ NA SLOVENSKU

Avdičová, M.,

Regionálny úrad verejného zdravotníctva Banská Bystrica

Cieľom prezentácie je podať epidemiologickú analýzu výskytu invazívnych meningokokových nákaz (IMO) v SR z hľadiska ich dopadu na zdravie, vyhodnotiť smrtnosť, úmrtnosť ako aj dĺžku hospitalizácie postihnutých vo vybraných vekových a sociálnych skupinách ako aj zhodnotiť možnosti prevencie a tiež represívne opatrenia pri výskyte tejto závažnej nákazy.

Cieľ a metodika: Do analýzy bolo zahrnutých 204 prípadov ochorení, ktoré sa vyskytli v čase od 1.1.2007 do 31.12.2011 u ktorých bola vykonaná deskriptívna analýza prípadov v závislosti na všetkých dostupných a známych epidemiologických charakteristikách.

Výsledky: V r. 2007 a 2011 bolo zaznamenaných 204 prípadov ochorení na meningokokové invazívne ochorenia, z toho bolo chorých 57,9% mužov a 42,1% žien. Signifikantne častejšie ochoreli muži ako ženy, najvyššia vekovo špecifická chorobnosť bola zaznamenaná u 0-ročných a 1-4 ročných detí (56 prípadov). 24 prípadov končilo úmrtím, smrtnosť dosiahla hodnotu 11,8%. V 11 prípadoch ochoreli a umreli osoby z prostredia s nízkou hygienickou úrovňou, t.j. u 52,3% úmrtí. Úmrtia boli zaznamenané vo veku 0 až 75 rokov. Do 5 rokov veku zomrelo 17 detí. Smrtnosť detí do 1 roka a 1-4 ročných vysoko prevyšuje smrtnosť ostatnej populácie vo vyšších vekových skupinách. V etiológii ochorení prevažuje *Neisseria meningitidis* (N.M.) séro skupiny B (60%), 12,2% séro skupina C, 3,55% séro skupina Y, 0,5% séro skupina A, 13,7% ako séro skupina N.m. bližšie neurčená, v 10% sa etiológiu nepodarilo objasniť, prípady boli vykázané ako možné alebo pravdepodobné na základe klinického obrazu alebo v epidemiologickej súvislosti. Priemerná dĺžka hospitalizácie bola 10,5 dňa, minimálna 0, maximálna 57 dní. V neštandardnom hygienickom a sociálnom prostredí ochorelo 85 osôb, t.j. 43,1% všetkých chorých. Pri odhade počtu všetkých osôb v SR žijúcich v neštandardnom prostredí 8-10%, chorobnosť týchto osôb 4 násobne prevyšuje chorobnosť osôb žijúcich v štandardnom prostredí. Epidemické opatrenia v ohnisku nákaz sú sústredené na včasné vyhľadanie podozrivých z nákazy a najmä podozrivých z ochorenia, včasné profylaktické podávanie antibiotík a dezinfekcia prostredia.

Vzhľadom na závažnosť ochorení spôsobených *Neisseriou meningitidis* pristúpili niektoré krajiny k celoplošnému očkovaniu proti meningokokovým invazívnym ochoreniam (Veľká Británia, Španielsko). Na Slovensku je možné vzhľadom na prevažujúce ochorenia spôsobené N.M. typu B uvažovať o zavedení očkovania až po uvedení vakcíny s obsahom antigénu typ B.

Záver: IMO patria na Slovensku medzi závažné ochorenia spojené s vysokou smrtnosťou u 0 ročných a 1-5 ročných detí, dlhou hospitalizáciou a rizikom trvalých následkov. V prevencii tohto ochorenia je len malé spektrum možností, reálnym prínosom v prevencii by bolo očkovanie vakcínou s obsahom prevažujúcich sérotypov B,C a Y.

MENINGOKOKOVÉ INFEKcie U DETÍ

Hudáčková, D., Urbančíková, I., Kissová, G.

Detské infekčné oddelenie, Detská fakultná nemocnica Košice

Cieľ: Upozorniť na úskalia diagnostiky meningokokových infekcií a možnosti primárnej prevencie.

Úvod: Meningokokové infekcie patria medzi život ohrozujúce infekcie, ktoré vyvolávajú rôzne sérotypy baktérie *Neisseria meningitidis*. Medzi najzávažnejšie klinické prejavy patrí sepsa, septický šok, purulentná meningitída, menej časté sú artritída, endokarditída, endoftalmitída.

Súbor a metodika: Vyhodnotenie súboru 47 detských pacientov retrospektívnou analýzou, hospitalizovaných na Detskom infekčnom oddelení DFN Košice s diagnózou meningokokovej infekcie v rokoch 2007 – 2011.

Výsledky: Zo 47 pacientov s diagnózou meningokokovej infekcie bolo hospitalizovaných najviac pacientov s meningitídou a sepsou (23 pacientov, 48,9%). Najväčšiu skupinu tvorili deti do 5 rokov (40 pacientov 85,1%). Najčastejšími klinickými príznakmi pri prijatí boli horúčky (nad 39 stC), vracanie, kožný nález petechií a/alebo sufúzií. 17 pacientov (26,2%) bolo hospitalizovaných s inou diagnózou pri prijatí – najčastejšie ako febrilný stav, respiračné infekcie, gastroenteritídy. Hospitalizáciu na KPAIM vyžadovalo 26 pacientov (55,3%). Zaznamenali sme aj jedno úmrtie na Waterhouse-Friedrichsenov syndróm. Zachytenie patogéna – *Neisseria meningitidis* – bolo úspešné 37-krát z likvorového nálezu (aglutináciou 4x, mikroskopicky 12x, kultivačne 21x) a z hemokultúry 10-krát (mikroskopicky 2x, kultivačne 8x). Sérotypizácia sa stanovila u 13 pacientov, z toho sérotyp B bol potvrdený v 8 a sérotyp C v 5 prípadoch. Na základe klinického nálezu sa stanovila diagnóza u 9 pacientov. U 3 detí došlo ku komplikáciám základného ochorenia (ventrikulitída – 1x, subdurálny hygrom 2x).

Záver: Závažnosť meningokokových infekcií spočíva v tom, že ich diagnostika je často oneskorená vzhľadom na necharakteristické príznaky na začiatku ochorenia. Pričom včasné stanovenie diagnózy a rýchla kauzálna (antibiotická) a podporná liečba sú vzhľadom na fulminantný priebeh ochorenia veľmi dôležité.

Účinnou ochranou proti infekciám ostáva primárna prevencia – očkovanie. V súčasnosti sú v Slovenskej republike dostupné polysacharidové a konjugované očkovačie látky proti sérotypom A, C, Y, W135.

MENINGITÍDA STÁLE ZÁHADNÁ A PREKVAPUJÚCA ...

Koval' J.¹, Lavrík M.¹, Bazárová K.², Tarcalová B.³, Malcovská D.¹

¹Klinika pediatrie FNsP J.A. Reimana Prešov

²III. Klinika pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny, DFN Košice

³1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Autori prezentujú dnes už zriedkavo sa vyskytujúce ochorenie spôsobené *Listeria monocytogenes*. V prostredí patrí medzi široko rozšírené baktérie, je oportúnne patogénna

grampozitívna tyčinka. U človeka môže buď kolonizovať gastrointestinálny trakt alebo vyvolávať radu klinicky odlišných ochorení, od miernych nešpecifických ťažkostí po komplikované invazívne infekcie.

Listeria monocytogenes patrí k najčastejším vyvolávateľom purulentnej meningitídy v novorodeneckom období. Závažný priebeh je nutné taktiež očakávať u pacientov s oslabenou bunkovou imunitou. K nákaze dochádza kontaminovanou potravou.

Autori, okrem všeobecných informácií základného ochorenia, predstavujú kazuistiky dvoch svojich pacientov. V prvom prípade sa jedná o 2,5 ročného chlapca, prijatého na Kliniku pediatrie pre bolesti hlavy a febrilitu. Klinicky prítomné známky meningeálneho dráždenia, s laboratórnym korelátom purulentnej meningitídy. I napriek komplexnej liečby, klinická odozva nepriaznivá, zaznamenaná prehlbujúca sa porucha vedomia. Kontrolným vyšetrením likvoru etiológia ochorenia prekvapujúca – *Listeria monocytogenes*.

Priebeh komplikovaný obštrukčným hydrocefalom, ktorý sa podarilo zvládnuť vďaka spolupráci s vyšším klinickým pracoviskom DFN Košice. Zdroj infekcie nebol dokázaný.

Druhý prípad poukazuje na 1 mesačné rizikové dieťa, s febrilitami nejasnej etiológie. V rámci dif. dg. realizovaná LP, s pozitívnym PCR záverom - *Listeria monocytogenes*.

Záver. Autori chcú poukázať jednak na zriedkavé ochorenie u detí ale tiež, že *Listeria monocytogenes* nie je výlučne pôvodcom meningitíd u imunokompromitovaných pacientov (novorodencov), ale je potrebné v diferenciálno diagnostických postupoch s ochorením počítať za každých okolností.

ODBORNÉ SYMPÓZIUM PODPOROVANÉ SPOLOČNOSŤOU NUTRICIA

ÚSKALIA ELIMINAČNEJ DIÉTY

Švekušová, M.

1. Klinika detí a dorastu LF UPIŠ a DFN Košice

Eliminačná diéta patrí k základným pilierom diagnostiky a liečby potravinovej alergie. Potravinová alergia je definovaná ako imunologicky mediovaná nežiaduca reakcia na potravinové antigény. Je sprostredkovaná alergén špecifickými protilátkami triedy IgE alebo non-IgE mechanizmami bunkovej imunity. Najčastejšie potravinové alergény sú bielkoviny kravského mlieka, vajce, pšenica, sója, arašidy, orechy, ryby a morské plody. Diagnosticky potvrdená potravinová alergia v súčasnosti postihuje odhadom 6% detí a 4% dospelých. Až 20% populácie udáva úpravu stravovacích návykov s elimináciou niektorých základných potravín pre predpokladanú potravinovú intoleranciu bez stanovenia jednoznačnej diagnózy a bez lekárskeho dohľadu. Z rastúcej popularity eliminačných diét vyplýva nutnosť venovať pozornosť otázkam ich efektivity a bezpečnosti.

Rozlíšujeme niekoľko typov eliminačnej diéty: preventívna, diagnostická, terapeutická, alergén-spezifická, oligoantigénna, elementárna. Preventívna eliminačná diéta tehotných a dojčiacich matiek s cieľom znížiť výskyt alergických chorôb u potomkov sa ukázala ako málo účinná a paušálne sa neodporúča. Diagnostická eliminačná diéta by mala trvať maximálne 2-3 týždne v prípade predpokladanej IgE mediovanej alergie a 6 – 8 týždňov v prípade non-IgE mediovanej alergie. Musí jej predchádzať detailná edukácia pacienta/rodičov o potenciálnych zdrojoch alergénu (skryté alergény, kontaminácia, skrížená reaktivita), len tak sa docieli dôsledná eliminácia a spoľahlivý výsledok diagnostickej diéty. Terapeutická eliminačná diéta má byť indikovaná na základe jednoznačnej diagnózy a s vedomím možných nežiaducich nutričných, imunologických a psychosociálnych následkov. Príliš reštriktívna a prolongovaná eliminačná diéta môže spôsobiť malnutríciu s poruchou rastu, poruchy príjmu potravy, orálnu averziu a selektivitú. U detí na eliminačnej diéte sa pozoroval znížený príjem bielkovín, vlákniny, n-3 PUFA, vápnika, zinku, železa, vitamínov skupiny B a vitamínu D. Prísna eliminačná diéta môže viesť k úplnej strate orálnej tolerancie eliminovaného antigénu s rozvojom závažnej systémovej alergickej reakcie pri jeho náhodnom požití. Nakoľko u väčšiny detí

dôjde s vekom k vymiznutiu alergie na kravské mlieko, vajce, sóju a pšenicu je potrebné v pravidelných intervaloch 6 – 12 mesiacov (podľa veku dieťaťa, typu alergie a výsledkov laboratórnych testov) prehodnotiť potrebu eliminačnej diéty pomocou expozičného testu.

V prednáške uvádzame odporúčané algoritmy pre výživu detí s potravinovou alergiou v jednotlivých vekových skupinách a u detských pacientov s atopickou dermatitídou.

PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA II.

OČKOVANIE DETÍ S REUMATICKÝMI CHOROBAMI

Vargová, V.

1. Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN v Košiciach

Cieľom aktívnej imunizácie je navodiť komplexnú imunologickú odpoveď vrátane imunologickej pamäte tak, aby vakcinovaný jedinec získal dostatočnú a pretrvávajúcu ochranu pred infekciou. Kvalitu a kvantitu vytvorenej špecifickej imunitnej odpovede po podaní očkovacej látky ovplyvňuje funkcia troch skupín imunokompetentných buniek.

Deti s reumatickými chorobami, ktorých patogenézu charakterizuje určitý stupeň poruchy funkcie práve týchto buniek ďalej prehlbovaný imunosupresívnou liečbou, sa tak vo vzťahu k aktívnej imunizácii automaticky stávajú rizikovou skupinou. Na jednej strane majú zvýšené riziko infekcie a bezpečná a účinná vakcinácia je jedným z predpokladov jeho eliminácie. Opakované infekcie, ku ktorým sú pacienti predisponovaní, majú totiž komplikovaný a proťahovaný priebeh. Súčasne môžu spôsobiť zlyhanie funkcie regulačných lymfocytov-T a navodiť tak relaps základnej choroby. Na druhej strane ale môže byť, v tejto skupine chorých v porovnaní so skupinou zdravých detí, imunogenita vakcín rovnako ich bezpečnostný profil iný. Navyše aj v tejto situácii musíme uvažovať o možnom vplyve vakcinácie na aktivitu základnej choroby.

Autori sumarizujú aktuálne odporúčania EULAR pre vakcináciu pediatrických pacientov s reumatickými chorobami. Základným predpokladom podania vakcíny ostáva minimálne riziko komplikácií, ktoré musí byť vopred u každého dieťaťa individuálne vyhodnotené.

V závere práce prezentujú vlastné skúsenosti s vakcináciou pacientov s JIA liečených biologickou liečbou.

TRANZIENTNÁ ELASTOGRAFIA AKO NOVÁ NEINVAZÍVNA METODIKA DIAGNOSTIKY POŠKODENIA PEČENE PRI OBEZITE

Belovičová, M., Gerženiová, O.

Remedium s.r.o., Bardejovské Kúpele, SR

Interná ambulancia so zameraním na choroby pečene Bardejovské Kúpele a.s.

Úvod: Tranzientná elastografia (TE)- neinvazívna nebolestivá metodika, ktorá meria tuhosť tkaniva pečene (liverstiffness). Hodnotí rýchlosť šírenia nárazovej vlny v pečeni.

Používa sa pri posudzovaní stupňa fibrózy pečene (podľa klasifikácie Metavir) pri chronickej hepatitíde B a C, chronických cholestatických chorobách, alkoholovej chorobe pečene, nealkoholovej tukovej chorobe pečene. S vysokou presnosťou potvrdí, resp. vylúči cirhózu pečene.

Obezita a nadhmotnosť sú najzávažnejšie rizikové faktory pre vznik chronických neinfekčných chorôb. Obezita zodpovedá za 100% prípadov stukovatenia pečene, ktoré často progreduje do nealkoholovej

steatohepatitídy (NASH) s následným možným vznikom fibrózy až cirhózy pečene. Alarmujúcim faktom v súčasnosti je epidemický nárast detskej obezity.

Metodika: V Remedium, s.r.o. Bardejovské Kúpele vyšetrenia TE vykonávame na prístroji FibroScan 502 touch. Používame 3 sondy: M-sonda – na vyšetrenie populácie s bežným obvodom hrudníka, S-sonda – detská sonda (jediná v SR) a XL-sonda – na vyšetrenie obéznych ľudí. Vyšetrenie je technicky jednoducho realizovateľné, rýchle, pacientom dobre tolerované. Pacient počas vyšetrenia leží na lôžku, vyšetrujeme ho cez medzirebrový priestor v oblasti pravého laloka pečene. Medián z 10 validných meraní s mierou úspešnosti minimálne 60% reprezentuje výslednú hodnotu tuhosti pečene.

Súbor: Od 1/2012 do 4/2012 sme vyšetrili 52 detí vo veku od 6 do 18 rokov (21M/31Ž), ktoré sa nachádzali na liečení v Bardejovských Kúpeľoch s indikáciou obezita. Počas liečebného pobytu sme realizovali vyšetrenie tranzientnouelastografiu.

Výsledky: Z celkového počtu 52 detí sme nález fibrózy pečene (F1-F3) zaznamenali u 20 detí (**38.4%**). Stupeň 1 fibrózy pečene (podľa klasifikácie Metavir) sme zistili u 15 detí (75%), stupeň 2 fibrózy u 2 detí (10%), stupeň 2-3 fibrózy u 3 detí (15%). Výška aktivity aminotransferázne korelovala so zisteným stupňom fibrózy pečene.

Záver: Nealkoholová tuková choroba pečene (NAFLD) sa považuje za hepatálnu manifestáciu metabolického syndrómu. Je to celosvetovo najrozšírenejšia forma poškodenia pečene u detí aj dospelých. Vznik závažnejšej formy postihnutia pečene (NASH) bol popísaný už u detí pod 10 rokov (v našom súbore sme pokročilý stupeň fibrózy F2-F3 zistili u 7-ročného dieťaťa). TE sa stala akceptovaným európskym štandardom v diagnostike a sledovaní vývoja fibrózy pečene. Potrebné sú však väčšie epidemiologické štúdie s použitím TE zamerané na stanovenie prítomnosti fibrózy pečene v detskej populácii s obezitou za účelom včasného riešenia tohto stavu.

SUPRAVENTRIKULÁRNE TACHYKARDIE U DETÍ

Hedvig, J.

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Supraventrikulárne tachykardie (SVT) je pomerne početná skupina tachykardií charakterizovaných abnormálne rýchlou srdcovou činnosťou, ktorá vzniká nad úrovňou komôr. Často sa vyskytujú s úzkym komplexom QRS (nie vždy), nezahrňujeme sem atriálny flutter a atriálnu fibriláciu. Presný mechanizmus vzniku SVT sa častokrát nezistí. Na prítomnosť SVT poukazujú: anamnéza nesvedčiaca pre sínusovú tachykardiu, chýbajúce P vlny alebo abnormálne P vlny, frekvencia srdca, ktorá nezodpovedá fyzickej aktivite dieťaťa, prítomnosť náhlych zmien srdcovej frekvencie, rýchlosť srdca viac ako 220/min u dojčiat alebo viac ako 180/min u starších detí. Manažment dieťaťa s SVT závisí od toho, či je dieťa v dôsledku SVT hemodynamicky stabilné alebo nestabilné. Dojčaťu alebo dieťaťu s tachyarytmiou urgentne realizujeme 12-zvodové EKG (optimálne 15-zvodové EKG, to znamená 12-zvodové EKG + zvody V3R, V4R a V7). Na začiatku klinického vyšetrenia určíme, či sú prítomné alebo neprítomné symptómy vznikajúce u dieťaťa v dôsledku tejto tachyarytmie (hypotenzia, srdcové zlyhanie, bledosť, známky šoku, zmena vedomia, palpitácie, kolaps, u dojčiat: predráždenosť, tachypnoe či slabé pitie). Ak je dieťa hemodynamicky nestabilné (prítomnosť bezvedomia alebo ťažkého srdcového zlyhania) je nevyhnutné okamžité ukončenie tachyarytmie. Realizujeme elektrickú kardioverziu použitím 0,5 až 2,0 J/kg. U asymptomatických detí alebo u detí s minimálnymi klinickými príznakmi môžeme skúsiť vágové manévry za súčasného snímania EKG. U malých detí položíme vrecko s ľadom alebo studenou vodou na tvár v trvaní 15-30 sek (úspešnosť 30-60%), skúsime rektálnu stimuláciu teplomerom alebo u väčších detí Valsalvov manéver. Masáž karotíd a tlak na očné bulby sa u detí nemá realizovať. Ak vágové manévry nie sú úspešné, použijeme farmakoverziu - antiarytmické lieky, najčastejšie adenozin. V prípade refraktérnosti na adenozin je možné použiť verapamil, prokainamid alebo amiodarón. Digoxín sa

v akútnej liečbe nemá používať pre úzke terapeutické spektrum s rizikom nežiadúcich účinkov (pri suspektom Wolf-Parkinson-Whiteov sy je kontraindikovaný).

Po zvládnutí akútneho stavu dieťa nastavujeme na chronickú liečbu, ktorú predstavujú podávanie digoxínu alebo betablokátorov. Definitívnym riešením SVT je rádiofrekvenčná ablácia, o ktorej uvažujeme u dieťaťa staršieho ako 5 rokov alebo s hmotnosťou väčšou ako 15 kg.

ZO SÚDNEJ SIENE

ROZBOR PRÍČIN ÚMRTÍ DETÍ PITVANÝCH NA SLAPA ÚDZS V KOŠICIACH V ROKOCH 2005 – 2011 ZOMRELÝCH MIMO ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ

Vyhnáľková, V., Grochová, Z.

Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Košice, Slovensko

V svojej prezentácii autori štatisticky vyhodnocujú úmrtia detí, ku ktorým došlo mimo zdravotníckych zariadení v jednotlivých regiónoch prislúchajúcich spádovo k pracovisku, u ktorých bola obhliadajúcim lekárom nariadená pitva.

Tieto pitvy sú doménou odboru súdneho lekárstva, pričom zaberajú 17,4 – 25,4 percent všetkých úmrtí detí pitvaných na Súdnolekárskom a patologickoanatomickom pracovisku ÚDZS v Košiciach v rokoch 2005 – 2011. V grafoch sú prehľadne uvedené počty pitiev s rozdelením na násilné a nenásilné úmrtia vo všeobecnosti, ďalej podľa pohlavia a jednotlivu z príslušných regiónov košického kraja. Zo štatistického vyhodnotenia vyplýva, že z celkového počtu zomrelých detí mimo zdravotníckeho zariadenia v uvedenom období prevládali nenásilné úmrtia nad násilnými, v ktorých najčastejšou príčinou smrti bol syndróm náhlej smrti dieťaťa SIDS (34%). V prípade násilných úmrtí, najčastejšou príčinou smrti bolo utopenie (38%). Úmrtia chlapcov počtom prevládali vo všetkých kategóriách príčin smrti nad úmrtiami dievčat.

NAJNOVŠIE ŠTÚDIE O SIDS

¹Baloghová, A., ¹Farkašová Iannaccone, S., ²Vyhnáľková, V.

¹Ústav súdneho lekárstva UPJŠ LF, Košice

²Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Košice

Autori prezentujú prehľad najnovších štúdií o syndróme náhleho úmrtia dojčiat (SIDS). SIDS je fenomén, ktorý postihuje každoročne tisíce rodín, a to bez ohľadu na rasu, národnosť, vieru či ekonomické postavenie. Ide o ničím nealarmujúce úmrtie dieťaťa v spánku, ktoré má multifaktoriálny pôvod a kde príčinu úmrtia nie je možné jednoznačne adekvátne objasniť. K SIDS dochádza v dôsledku koexistencie troch faktorov: vulnerabilného dieťaťa, kritického vývojového obdobia a pôsobenia exogénnych stresorov. Vysloviť diagnózu SIDS si vyžaduje od súdneho lekára dôkladné vyšetrenie miesta a okolností smrti, kompletnú, dôsledne prevedenú pitvu a starostlivo odobratú anamnézu. Existencia štandardizovaných pitevných protokolov a protokolov zameraných na zistenie okolností smrti, napomáha diagnostike, ale aj riešeniu mnohých občianskoprávných a trestných súdnych sporov. Lekári a výskumníci sa prirodzene snažia už roky vedecky vysvetliť, čo spôsobuje SIDS. Bolo identifikovaných niekoľko dôležitých rizikových faktorov. Existuje veľa, viac či menej relevantných hypotéz a prebiehajúcich výskumov v tejto oblasti. Najnovšie štúdie poukazujú na abnormality v mozgovom kmeni (predĺženej mieche), teda v regióne, kontrolujúcom srdcový tep, dýchanie, krvný tlak, teplotu a vzrušenie. Deti umierajúce na SIDS vykazujú určité abnormality

v hladinách serotonínu a serotonínových receptorov. Mnoho národných nadácií a organizácií sa rozhodlo bojovať bok po boku s rodinami, lekármi, a vedcami proti tomuto „tichému vrahovi“, ich spoločnému nepriateľovi.

Práca bola finančne podporená grantom VEGA č. 1/0428/11 vedeckej grantovej agentúry MŠVVaŠ SR a SAV.

ALTE S NÁSLEDKOM SMRTI

Farkašová Iannaccone, S.¹, Grochová, Z.², Baloghová, A.¹, Ginelliová, A.¹

¹ Ústav súdneho lekárstva UPJŠ LF, Košice, Slovensko

² Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Košice, Slovensko

Život ohrozujúca príhoda - ALTE - predstavuje heterogénny syndróm klinicky definovaný ako epizóda náhle vzniknutej poruchy dýchania (apnoické pauzy) s farebnými zmenami kože a slizníc (palor, cyanóza), zmenami svalového tonusu a poruchami pulzu, pričom len včasnou resuscitáciou sa podarí obnoviť vitálne funkcie. SIDS a ALTE v podstate predstavujú dva názvy pre to isté ale v rôznom čase. V prípade ALTE majú rodičia to šťastie, že nájdu svoje dieťa včas a vo väčšine prípadov sa im ho podarí zachrániť, kým u SIDS táto možnosť neprichádza do úvahy. Literatúra uvádza, že ALTE môže vzniknúť z príčin v tráviacom trakte, z neurologických a vazovagálnych príčin. Môže sa však jednať aj o idiopatickú ALTE príhodu a tzv. nezaradené stavy. Pokiaľ ide o úmrtie dieťaťa s podozrením na takúto život ohrozujúcu príhodu je nevyhnutné precízne vykonanie pitvy s kompletnými doplňujúcimi odbornými vyšetreniami a získanie podrobných anamnestických údajov. Autori prezentujú prípady, u ktorých sa s najväčšou pravdepodobnosťou jednalo o život ohrozujúcu príhodu.

Práca bola finančne podporená grantom VEGA č. 1/0428/11 vedeckej grantovej agentúry MŠVVaŠ SR a SAV.

SÚDNOLEKÁRSKE POSUDZOVANIE STÔP NÁSILIA NA TELE DIEŤAŤA

¹Bobrov, N., ²Vyhnáľková, V., ²Grochová, Z.

¹ Ústav súdneho lekárstva UPJŠ LF, Košice, Slovenská republika

² Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Košice, Slovenská republika

Vyšetrenie zdravotného stavu dieťaťa, vyhľadávanie a hodnotenie stôp mechanického násilia na tele maloletého pacienta pre účely trestnoprávneho alebo občianskoprávneho konania je dôležitou súčasťou praxe súdneho lekára. Lekár môže pritom plniť úlohu svedka alebo úlohu znalca. Dôležitým prvotným zdrojom informácií pre posudzovanie sú najmä spisový materiál, lekárske správy, zdravotné záznamy, chorobopisy, výsledky obrazových metód vyšetrenia. Ďalej sa zostavuje osobná anamnéza so zameraním na posudzovaný delikt, ktorá sa následne konfrontuje s údajmi v spisovom materiáli, vykonáva sa celkové aj miestne objektívne vyšetrenie všetkými dostupnými diagnostickými spôsobmi za podmienok, že nebude ohrozené zdravie vyšetrovaného dieťaťa. Dôležitým prvkom vyšetrenia je zhotovenie kvalitnej foto- a videodokumentácie. Autori navrhujú univerzálny algoritmus súdnolekárskeho posudzovania stôp násilia na tele dieťaťa vrátane kvantifikácie a určenia veku poranení s použitím voľne šíriteľného softvéru ELLIPSE.

Práca bola finančne podporená grantom VEGA č. 1/0428/11 vedeckej grantovej agentúry MŠVVaŠ SR a SAV.

NOVÁ INDIKÁCIA LIEČBY RASTOVÝM HORMÓNOM – ZNÍŽENÝ RAST PRI DEFEKTE SHOX GÉNU

Košťálová, Ľ.

2. Detská klinika LF UK a DFNSP, Limbova 1, Bratislava

SHOX je regulačným génom, ktorý sa podieľa na vývoji kostí, najmä predkolenia a predlaktia. Nachádza sa na oboch pohlavných chromozómoch a pre vývoj končatín sú nevyhnutné oba gény. Haploinsuficiencia, delécia alebo mutácia SHOX génu vedie k dysproporcionálnej poruche rastu, ktorá kolíše od ťažkej rastovej retardácii až po dolnú hranicu normálnych hodnôt. Bývajú prítomné kostné odchýlky vývoja končatín, ktoré sa zhoršujú s vekom. Medzi najčastejšie príznaky patria: skrátenie stredných segmentov dlhých kostí (mezomelia), zakrivenie rádia a tibie, exostózy na proximálnych častiach tibie a fibuly, kratšie metakarpy a metatarzy, gotické podnebie, nápadná svalová hypertrofia najmä na dolných končatinách. Častejšie bývajú postihnuté dievčatá. V súčasnosti je na Slovensku možná diagnostika delécie a duplikácie SHOX génu. Pacienti so zníženým rastom, u ktorých sa zistí porucha v SHOX géne, sú indikovaní na liečbu rastovým hormónom, či sa zabezpečí ich adekvátna výška v dospelosti.

ĽUDKOVIA Z KRAJINY OZ

Pura, M.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav, Ľubochňa

Ľudia s nízkym vzrastom boli odjakživa súčasťou civilizácií a ich náboženstiev. Ako príklad môže slúžiť Vamana – trpasličí avatar boha Višnu, významný egyptský úradník a kňaz Seneb, či trpaslíci Voluspá v severskej mytológii. Rovnako dnešná doba s obľubou zobrazuje trpaslíkov. Títo sú predstaviteľmi rôznych kníh, filmov a seriálov ako napr. Austin Powers, Gulliverove cesty, Little People Big World, Harry Potter, alebo The Station Agent. Asi najmasívnejším a neprekonateľným hereckým obsadením ľuďmi nízkeho vzrastu sa môže pochváliť kultové filmové spracovanie knihy L. Franka Bauma Čarodejník z krajiny Oz.

Je nízky vzrast chorobou, hendikepom, alebo normálnou variantou? Deficit rastového hormónu (GHD) a hypopituitarizmus sú na základe výsledkov štúdií jednoznačne identifikovanými rizikovými faktormi kardiovaskulárnej morbidita a mortality. Dostupné humánne modely GHD však prinášajú určité protirečenia – kým populácia mesta Itabaianinha v Brazílii s mutáciou génu pre receptor GHRH sa vyznačuje dlhovekosťou, mužskí ako aj ženský nositelia delécie génu pre GH v doline Samnaun vo Švajčiarsku žijú v porovnaní so zdravými rovesníkmi o 15, resp. 25 rokov kratšie. Podklad dlhovekosti obyvateľov dediny Vilcabamba vo Venezuele, kde nie je zriedkavosťou vek nad sto rokov, nie je doteraz objasnený.

Kde je teda pravda? Zdá sa, že známkou dlhovekosti je inzulínová senzitivita a znížená signalizácia IGF-1. Identifikáciu génov pre inzulín a inzulín-podobných génov ako hlavných regulátorov dĺžky života odštartoval štúdiom ideálneho zvieracieho modelu, ktorý predstavujú červy druhu *Caenorhabditis elegans* Sydney Brenner. Jeho zistenia podporujú vzácne údaje o pacientoch s neliečeným hypopituitarizmom, keď napr. priemerný vek dožitia hercov – „ľudkov“ z filmu Čarodejník z krajiny Oz je 75,1 roka.

VITAMÍN D, KOSTNÁ DENZITA A DIABETES MELLITUS 1.TYPU

Čiljaková, M., Vojtková, J., Vojarová, L., Ďurdík, P., Bánovčin, P.

Klinika detí a dorastu, JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Cieľom práce je zistiť výskyt hypovitaminózy D u detských pacientov s diabetes mellitus 1.typu, porovnať parametre (trvanie DM, biochemické parametre, osteodenzitometria) medzi pacientami s dostatočnou a nedostatočnou koncentráciou 25(OH)D v sére a zistiť vzťah medzi koncentráciou vitamínu D v sére a mikroalbuminúriou ($> 30 \text{ mg/l}$) u pacientov s DM 1.

Metodika: Do štúdie bolo zapojených 58 detí (30 chlapcov a 28 dievčat) s DM1 vo veku 9 – 19 rokov (priemer $13,91 \pm 2,95$ rokov). Nedostatočná koncentrácia vitamínu D bola sérová hodnota menej ako 30 ng/ml .

Výsledky: Koncentrácia 25(OH)D pod 30 ng/ml bola prítomná u 37 detí (63,79%), z toho u 19 boli hodnoty pod 20 ng/ml (32,7%) a u dvoch pod 10 ng/ml (3,44%). Deti s deficitom vitamínu D mali signifikantne vyššie CRP ($1,92 \pm 2,32$ vs. $0,91 \pm 0,79$, $p < 0,05$), nižšiu sérovú koncentráciu magnézia ($0,79 \pm 0,09$ vs. $0,85 \pm 0,08$, $p < 0,05$), nižšie Z-skóre lumbálnej chrbtice ($-1,34 \pm 1,24$ vs. $-0,3 \pm 1,2$, $p = 0,01$) v porovnaní s DM 1 a normálnou hodnotou vitamínu D v sére. Porovnaním sledovaných parametrov medzi diabetikmi s mikroalbuminúriou ($n=18$) a bez nej ($n=40$) nebol zistený signifikantný rozdiel v hodnote 25(OH)D, HbA1c ani Z-skóre lumbálnej chrbtice. Diabetici s mikroalbuminúriou mali signifikantne dlhšie trvanie diabetu ($7,77 \pm 3,58$ rokov vs. $4,40 \pm 3,79$, $p = 0,01$), vyššie hodnoty cholesterolu ($4,96 \pm 0,77$ vs. $4,47 \pm 1,12$, $p < 0,05$) a triacylglycerolu v sére ($1,7 \pm 0,97$ vs. $1,11 \pm 0,75$, $p < 0,01$).

Záver: V našom súbore bola u takmer dvoch tretín detí s DM1 potvrdená hypovitaminóza D, čo podporuje potrebu monitorovania koncentrácie 25(OH)D v sére u detí s DM1.

Práca bola podporená projektom „CEKR II“, ktorý je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

METABOLICKÝ SYNDRÓM U DETÍ - CELOSPOLOČENSKÝ PROBLÉM

Tichá, L., Švecová, D., Staníková, D., Hornová, J., Červeňová, O.

I. detská klinika DFNSP a LFUK v Bratislave

Úvod: Metabolický syndróm postihuje takmer 1/4 dospeléj populácie vo svete. Prvé rizikové faktory sú už v detstve. Spája so zvýšeným rizikom náhlejšej cievnej príhody trojnásobne, s DM 2. typu 5-násobne.

Cieľom práce bolo poukázať na sekundárne príčiny obezity u detí (5% obézných detí), ako aj zistiť výskyt rizikových faktorov metabolického syndrómu u detí s primárnou obezitou, hodnotiť ich vzťah k hmotnosti rodičov, k pôrodnej dĺžke a hmotnosti a k dĺžke dojčenia.

Pacienti a metódy: U 91 detí s primárnou obezitou (43 ♂, 48 ♀, BMI $\geq 90\%$, vek: $13,5 \pm 3$ roky) sme hodnotili anamnestické údaje, tlak krvi a odobrali sme vzorky krvi na vyšetrenie glykémie, lipidového metabolizmu a hormónov štítnej žľazy a kortizolu.

Výsledky: 73% matiek a až 93% otcov obézných detí malo nadváhu. Ani jedno obézne dieťa nemalo nízku pôrodnú hmotnosť vzhľadom na gestačný vek. IDF kritériá metabolického syndrómu spĺňalo 12 detí (13,19 %). 43 % detí malo hypertenziu. HDL- cholesterol bol u obézných detí signifikantne znížený. 7 % obézných detí malo hyperglykémiu nalačno, 14% malo subklinickú hypotyreózu. U jedného dieťaťa sme diagnostikovali morbus Hashimoto v štádiu hypotyreózy.

Záver: Metabolický syndróm sa vyskytuje už v detskom veku. Neadekvátny kalorický príjem potravy môže spôsobiť vážne zdravotné problémy, ktoré často pretrvávajú až do dospelosti. Liečba subklinickej hypotyreózy u obézných detí je diskutabilná.

AUTOIMUNITNÝ POLYGLANDULÁRNY SYNDRÓM 1

Ferenczová, J.

1. klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice

Autoimunitný polyglandulárny syndróm 1 (APS-1) je zriedkavé, ale závažné monogénovo podmienené ochorenie, známe tiež ako autoimunitná polyendokrinopatia-kandidóza-ektodermálna dystrofia (APECED). APS-1 je spôsobený mutáciou AIRE (Autoimmune regulator) génu, ktorý je primárne exprimovaný v týmuse a podieľa sa na negatívnej selekcii T-lymfocytov. Klinicky je charakterizovaný prítomnosťou aspoň dvoch z troch základných prejavov: mukokutánná kandidóza, hypoparatyreóza a Addisonova choroba. Počas života sa u pacienta typicky rozvíjajú autoimunitne podmienené zlyhania funkcie ďalších endokrinných žliaz i neendokrinných tkanív a orgánov.

Diagnóza APS-1 je aj v súčasnosti klinická. Prvé príznaky sa objavujú už v detstve – hypokalcemické kŕče na podklade autoimunitnej hypoparatyreózy zvyčajne do 5. roka života a Addisonská kríza okolo 10. roku života. V dospelosti medzi najčastejšie príznaky patrí chronická aktívna hepatitída a závažný malabsorbčný syndróm. Slizničná kandidóza, hlavne u fajčiarov môže viesť k vzniku karcinómu, ktorý je hlavnou príčinou úmrtia vo vyššom veku. Vyšetrenie autoprotilátok je dostupné a pomerne lacné a môže byť nápomocné pri diagnostike APS-1. Prítomnosť autoprotilátok zároveň môže predpovedať aj postihnutie ďalších orgánov. DNA analýza mutácie AIRE génu je exaktná metóda na potvrdenie diagnózy, ale nemá žiadnu prediktívnu hodnotu. Vzhľadom na raritný výskyt je APS-1 často poddiagnostikovaný, alebo sa diagnostikuje neskoro.

V druhej časti prednášky autori opisujú zaujímavú kazuistiku 11-ročnej pacientky, u ktorej až manifestácia tretej choroby – diabetes mellitus 1. typu viedla k správnej diagnóze APS-1.

EDUKAČNÝ KVÍZ: „AKÁ JE VAŠA DIAGNÓZA?“

EDÉMY V DETSKOM VEKU

Kolářek, G.

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ a DFN KE

Rodičia pozorovali, že ich 6-ročný Marek má viac ako 2 týždne opuchy v okolí viečok. Marek chodí pravidelne plávať a tak predpokladali, že ide o reakciu na silne „chlórovanú“ vodu v bazéne. Keď však opuchy neustúpili ani po vynechaní niekoľkých hodín plávania s obavami navštívili pediatra. Ten, aj vzhľadom na sezónny výskyt nádchy u Marekovej sestry, chlapcove ťažkosti zhodnotil ako miernu alergiu na kvitnúce stromy. Predpísal očné kvapky a antihistaminikum a vzhľadom k pozitívnej rodinnej anamnéze odporučil vykonanie kožných testov u imunoalergológa. V priebehu ďalšieho týždňa sa ale opuchy ešte zvýraznili a zjavili sa aj v okolí členkov. Dôkladným anamnestickým rozborom a cieľenými otázkami sa zistilo, že Marek posledné dva dni menej močil a moč bol spenený ako pivo. Fyzikálne vyšetrenie okrem edému viečok a členkov odhalilo tiež zväčšené skrútnu a bazálne slabšie počuteľné dýchanie.

Vyšetrenie moču testovacím papierikom preukázalo pozitívne bielkoviny na 4 krížiky. Na ultrasonografii sa znázornil takmer 2cm výpotok v pleurálnych priestoroch a malé množstvo tekutiny v brušnej dutine. V krvi sa zistila hypoalbuminémia s poklesom celkových bielkovín, naopak triacylglyceroly a cholesterol boli výrazne zvýšené. Močový sediment bol úplne negatívny.

Príčinu Marekových ťažkostí odhalíme v interaktívnom workshope a na zaujímavých klinických kazuistikách odprezentujeme diferenciálno-diagnostický algoritmus edémov v detskom veku.

KEĎ PRÍČINU VRACANIA NEODHALÍ USG VÝŠETRENIE BRUŠNÝCH ORGÁNOV

Kubejová, K.

1. Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN, Košice

Vracanie - násilné vypudenie obsahu žalúdka ústami, je nešpecifický príznak, ktorý môže byť prejavom rôznorodých skupiny chorôb a nie vždy sa za ním skrýva iba ochorenie gastrointestinálneho traktu. U novorodencov a malých dojčiat je pomerne časté a vo väčšine prípadov sa hodnotí ako ublinkávanie alebo jeho príčinou je gastroezofágový reflux. Ak dieťa vracia prúdom resp. ak vracanie neustáva alebo sa zvyrazňuje, je potrebné dôkladné vyšetrenie, pretože sa môže jednať o závažný, dokonca život ohrozujúci stav.

V kazuistike prezentujeme prípad 5-týždňového Mareka, ktorý bol prijatý do nemocnice pre jeden deň trvajúce vracanie a intoleranciu perorálneho príjmu. Chlapček sa narodil v 39. gestačnom týždni, pôrodná hmotnosť bola 3400 g, dĺžka 51 cm a Apgarovej skóre 10/10 bodov. Priebeh gravidity, pôrod a perinatálna adaptácia boli fyziologické. Bol dojčený a hmotnostne dobre prosperoval. Vzhľadom na vek dieťatka a charakter vracania sa vyslovilo podozrenie na kongenitálnu pylorostenózu, avšak ambulantne realizované USG vyšetrenie brušných orgánov neodhalilo príčinu Marekovho stavu. Vodítkom k správnej diagnóze bolo klinické vyšetrenie a vysvetlenie priniesla až iná zobrazovacia metóda...

ZAÚJÍMAVÉ RTG OBRAZY V KLINICKEJ PRAXI

Škapincová, A.

I. Klinika radiodiagnostiky a zobrazovacích metód UPJŠ a UNLP Košice

Formou interaktívneho kvízu, vychádzajúc z interpretácie RTG, CT obrazov a USG nálezov, autorka demonštruje potrebu úzkej spolupráce a vzájomnej komunikácie medzi radiológom a pediatrom. Čo sa skrýva za opuchom krku a tváre u pacienta s akútnou laryngitídou, čo za ložiskovým útvarom v pečeni dvojtyždňového novorodenca, prečo pacientka vykašľáva krv...? Rýchle stanovenie správnej diagnózy vyžaduje správne položenú diferenciálnu diagnostickú otázku, znalosť presnej indikácie jednotlivých vyšetrovacích metód a predovšetkým vzájomnú komunikáciu medzi zainteresovanými špecialistami.

MEDZIODBOROVÁ SPOLUPRÁCA V PEDIATRII

VÝVOJOVÁ DYSPLÁZIA BEDROVÉHO KÍBU (DDH)

Pobeha, J., Gharaibeh, A., Vaško, G.

Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojenstva, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura, Košice, Slovensko

Cieľ: Zistiť incidencia vývojovej dysplázie bedrového kĺbu v detskom veku na základe retrospektívnej analýzy, urobiť databázu pre ďalší výskum, aby sa zvýšila efektívnosť vyšetrovania a diferenciálnej diagnostiky.

Metóda a Výsledky: Prierezová retrospektívna štúdia, vychádza zo záznamov prípadov novonarodených detí v priebehu roka 2011 ktoré sme na detskej ortopedickej ambulancii UNLP v Košiciach a na novorodeneckom oddelení primárne vyšetrili. Celkový počet pacientov detského

veku vyšetrených na ambulancii bol 3489. Klinickým skríningom bolo vyšetrených v UNLP a DFN celkovo 1764 novorodencov. 861 novorodencov absolvovalo USG skríningové vyšetrenie v 3-6 týždni veku života, z toho 39 bolo liečených ambulantne abdukčnou liečbou (Frejkovou perinkou) a 9 pacienti boli hospitalizovaní na KOaTPÚ za účelom liečby a to buď extenziou s následnou "over head" trakciou alebo operačne. Počet liečených dojčiat bol 48, čo činí percentuálny podiel z celkového počtu novorodencov vyšetrených ultrazvukom 5.6%.

Chronológia: Využívame štandardný postup "trojitého sita" podľa nariadenia vlády SR na základe odborného usmernenia MZ SR o skríningu, diagnostike a liečbe DDH u detí. V prvom rade vyšetrujeme novorodencov klinicky, a to popôrodne do štvrtého dňa počas pobytu v nemocnici. Pokračujeme USG skríninom na ambulancii v 3-6 týždni po narodení a následne ešte kontrolným USG vyšetrením v 3 mesiaci života dieťaťa. Pri USG vyšetrení využívame štandardné meranie a hodnotenie dysplázie podľa Grafa. RTG vyšetrenie realizujeme iba pri nezlepšovaní patologického nálezu a v priebehu liečby.

Záver: Z uvedených výsledkov vyplýva, že správna prevencia v rámci "trojitého" skríningu umožňuje efektívne redukovať počet a hlavne neskoré následky DDH s rozvojom sekundárnej postdysplastickej koxartrózy v dospelom veku. V týchto prípadoch ide vo väčšine prípadov o operačnú liečbu, ktorá znamená ďalšiu záťaž a dlhodobú invalidizáciu pre pacienta aj s ekonomickými dôsledkami.

Kľúčové slová: USG, DDH, incidencia, skrínig, extenzia, Frejkova perinka.

TRANSIENTNÁ SYNOVIALITÍDA BEDROVÉHO KLBU V DETSKOM VEKU

Gharaibeh, A., Lacko, M., Pobeha J., Vaško, G.

Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojenstva, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura, Košice

Cieľ: Zistiť incidencia a príčinu bolesti bedrového kĺbu v detskom veku na základe retrospektívnej analýzy, urobiť databázu pre ďalší výskum, aby sa zvýšila efektívnosť vyšetovania a diferenciálnej diagnózy.

Súbor pacientov Metodika: Prierezová retrospektívne štúdia, ktorá vychádza zo zdravotnej dokumentácie pacientov vyšetrených na detskej ortopedickej a traumatologickej ambulancii UNLP v Košiciach v roku 2011. Z celkového počtu 5523 vyšetrených pacientov detského veku bolo 73 pacientov s bolesťou v bedrovom kĺbe (1,32%). V 37 prípadoch bola diagnostikovaná transietná synovialitída(51%), v 13 prípadoch sa jednalo o poranenie mäkkých štruktúr bedrového kĺbu (18%), v 9 prípadoch Perthesová choroba (12%), u 8 pacientov to bola septická koxitída (11%), u 5 pacientov zlomenina proximálnej časti femuru (7%) a u jedného pacienta bol diagnostikovaný zhubný nádor (1%). 46 pacientov bolo liečených ambulantne, 27 pacientov bolo hospitalizovaných.

Chronológia a Diskusia: Transietná synovialitída bedrového kĺbu (coxitis fugax) je nešpecifická zápalová reakcia postihujúca bedrový kĺb. Zvyčajne jej predchádza zápalový proces v inej lokalite, najčastejšie vírusový zápal horných dýchacích ciest alebo zápalové ochorenie gastrointestinálneho traktu. Pri klinickom vyšetrení nachádzame antalgické krívanie, obmedzenú abdukciu a vnútornú rotáciu v bedre. Bolesť môže byť lokalizovaná v slabine, stehne alebo kolene. Dieťa je pri tom v celkovo dobrom stave, bez febrilit. V rámci diferenciálnej diagnostiky je potrebné vykonať základné laboratórne vyšetrenie (krvný obraz, CRP, sedimentácia erytrocytov na vylúčenie bakteriálnej infekcie), ultrasonografický vyšetrenie (verifikácia kĺbovej náplne) a röntgenologické vyšetrenie (vylúčenie Perthesovej choroby, traumy, osteomyelitída, skĺzavania proximálnej epifyzy femuru, nádorového procesu). Pri diagnostických rozpakoch je potrebná punkcia kĺbu.

Záver: Transietná synovialitída bedrového kĺbu je najčastejšia príčina krívania a bolesti bedrového kĺbu v detskom veku, s maximum výskytu medzi 3. a 6. rokom veku. Ochorenie zvyčajne ustúpi do 7 až 10 dní. Liečba pozostáva z kľudového režimu a podávania aniflogistík. Antibiotika nie sú indikované.

Kľúčové slova: koxalgia, coxitis fugax, incidencia, transietná synovialitída, bedrový kĺb.

SUPRATENTORIÁLNE NÁDORY MOZGU V DETSKOM VEKU

Andráš, T.

Neurochirurgická klinika UN LP Košice

Nádorové ochorenie mozgu v detskom veku predstavuje významnú a rozsiahlu časť detskej neurochirurgie pre jeho početnosť a závažnosť. Nádory mozgu v detskom veku tvoria 40-50% všetkých solídnych nádorov, sú zo solídnych nádorov najčastejšie popisované a po detskej leukémii sú druhým najčastejším nádorovým ochorením u detí vôbec. Ak berieme do úvahy všetky vekové skupiny, u ktorých sa nádory mozgu vyskytujú, až 20% tvoria deti a adolescenti.

Okrem početnosti výskytu sú aj ďalšie dôvody, prečo si nádory mozgu v detskom veku vyžadujú zvláštnu pozornosť. Všeobecne sa udáva, že väčšina nádorov mozgu v detskom veku je lokalizovaná infratentoriálne – v štruktúrach mozočka a mozgového kmeňa. Detský vek však vzhľadom k enormným zmenám v organizme za pomerne krátku dobu je nutné ešte rozdeliť na kratšie etapy v ktorých dochádza k odlišnému výskytu, lokalizácii aj biologickému správaniu sa nádorov mozgu. Greenberg udáva v prvých 6. mesiacoch života až 73% supratentoriálne lokalizovaných nádorov, do troch rokov života postupne incidencia nádorov nad šiatrom klesá, ale prevažuje(21). Vo vekovej skupine 3-10 rokov dominujú zadnojamové a kmeňové nádory a opäť v skupine 11 až 15 ročných detí prevažujú nadšiatrové nádory. V adolescencii sa výskyt a lokalizácia nádorov mozgu postupne približuje dospelému veku.

CUDZIE TELESO V SLINNEJ ŽĽÁZE – KAZUISTIKA

Kováčsová, L.¹, Kaiferová, J.¹Tomová, M.²

¹I. Stomatologická klinika FN a UPJŠ LF, Tr. SNP 1, Košice

²II. Klinika detí a dorastu, DFN, Tr. SNP 1, Košice

Akútny zápal parotickej slinnej žľazy je relatívne časté ochorenie u detí. Najčastejšie ho spôsobujú vírusové alebo bakteriálne infekcie. Príčina zápalu slinnej žľazy podmienená prítomnosťou cudzieho telesa vo vývode je však extrémne vzácna a v literatúre málo popisovaná.

V kazuistike autori popisujú prípad 10 mesačného dieťaťa prijatého na akútnu hospitalizáciu pre opuch v oblasti ľavého líca a s podozrením na absces v oblasti čeľuste. Pacientka bola odoslaná na konziliárnu ambulanciu detského zubného lekárstva I. stomatologickej kliniky LF UPJŠ v Košiciach, kde bola stanovená pracovná diagnóza akútneho zápalu parotickej slinnej žľazy bez zjavnej príčiny. V priebehu liečby sme z vývodu slinnej žľazy extrahovali cudzie teleso. Napriek dnešným možnostiam technicky vyspelých diagnostických metód sú základné metódy inšpekcie a palpácie nenahraditeľné pri stanovení správnej diagnózy a následného liečebného plánu.

VÝSKYT RSV INFEKcie U DETÍ DO DVOCH ROKOV S INFEKČNÝM OCHORENÍM DOLNÝCH DÝCHACÍCH CIEST

Feketeová, A.¹, Jakubička, J.², Kralinský, K.³

I. Klinika detí a dorastu DFN a UPJŠ LF Košice

Detská klinika, Fakultná nemocnica Nitra

II. Detská klinika SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

Úvod: Infekcia respiračným syncytiálnym vírusom (RSV) je u novorodencov a dojčiat hlavnou príčinou závažných infekcií respiračného traktu. RSV infekcia má sezónny charakter a súvisí s podnebím v jednotlivých krajinách. V strednej Európe sezóna ochorenia RSV vírusom typicky prebieha od októbra do apríla.

Cieľ: Stanoviť prevalenciu infekcie RSV u detí do dvoch rokov hospitalizovaných s infekciou dolných dýchacích ciest.

Metodika: V období od októbra 2010 do apríla 2011 boli na 4 slovenských pracoviskách sledované hospitalizované deti s infekciou dolných dýchacích ciest. Pacienti boli identifikovaní ako RSV-pozitívni alebo negatívni podľa prítomnosti vyšetrovaného RSV antigénu.

Výsledky: Z údajov týchto štyroch pracovísk bolo RSV-pozitívnych 295 detí z celkových 706 detí do dvoch rokov (42 %). Vo veku do 6 mesiacov bolo 163 z 306 detí RSV-pozitívnych (53 %). Vo veku od 7 do 12 mesiacov bolo 78 RSV-pozitívnych nálezov u 217 detí (36 %). Vo veku 13 až 24 mesiacov bolo z 183 detí zaznamenaných 54 detí RSV-pozitívnych (30 %).

Záver: RSV infekcia postihuje asi 42 % detí do dvoch rokov hospitalizovaných s infekciou dolných dýchacích ciest. Najväčší podiel RSV-pozitívnych výsledkov sa zistil v skupine detí do 6 mesiacov (53%).

RIZIKOVÉ FAKTORY NEINFEKČNÝCH OCHORENÍ U POSLUCHÁČOV LEKÁRSKEJ A PRÁVNICKEJ FAKULTY UPJŠ V KOŠICIACH

Kimáková, T.¹, Onačillová, E.², Zeisbergová, K.²

¹ Ústav verejného zdravotníctva, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Šrobárova 2, 041 80 Košice, Slovenská republika, e-mail: tatiana.kimakova@upjs.sk

² Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta - odbor verejné zdravotníctvo, Šrobárova 2, Košice, Slovenská republika

Úvod: V predkladanej práci prezentujeme výsledky dotazníkového výskumu o rizikových faktoroch neinfekčných ochorení u poslucháčov 4. ročníkov Lekárskej a Právnickej fakulty Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, so zameraním na identifikáciu a porovnanie miery vystavenia týmto rizikovým faktorom. V štúdiu prezentujeme výsledky biochemických vyšetrení kapilárnej krvi u náhodne vybranej vzorky medikov, ktoré zahŕňajú vyšetrenia na celkový cholesterol, HDL cholesterol, TAG a glukózu, a analýzu výskytu rizikových faktorov metabolického syndrómu u náhodne vybranej vzorky medikov.

Cieľ: Identifikácia a porovnanie rizikových faktorov vybraných neinfekčných ochorení u oboch sledovaných skupín a objektívna analýza výskytu rizikových faktorov metabolického syndrómu u náhodne vybranej skupiny medikov.

Materiál a metodika: Výskum sme realizovali v novembri 2011 na Lekárskej a Právnickej fakulte Univerzity P. J. Šafárika pomocou anonymného dotazníka. Výskumnú vzorku tvorilo 300 študentov, z toho (n=107) 71,8% dotazníkov vyplnili dievčatá a (n=42) 28,2% chlapci z Lekárskej fakulty a (n=85)

56,7 % dotazníkov vyplnili dievčatá a (n=65) 43,3 % chlapci z Právnickej fakulty vo veku od 21-28 rokov. Výsledky dotazníkov sme spracovali v programe Microsoft Excel pomocou dvojvzorkového t - testu a ďalších základných matematických štatistík. Biochemické vyšetrenia kapilárnej krvi nalačno, objektívne meranie tlaku krvi, tepu, obvodu pása, bokov a tuku v tele boli realizované u náhodne vybranej 50 člennej skupiny medikov pomocou prístroja Refflotron.

Výsledky: Študenti práva majú nepriaznivejšie výsledky najmä v užívaní alkoholu a fajčenia, kde sme zaznamenali 3x viac fajčiarov a 2x viac pravidelných konzumentov alkoholu v porovnaní so skupinou medikov. U oboch skupín sme zaznamenali miernu nadváhu u 1/3 mužov a podvýživu u 1/5 žien. V oblasti konzumácie ovocia a zeleniny majú lepšie výsledky medici, avšak obe skupiny požívajú vysoké množstvo cukrov v podobe denného konzumu sladkostí u viac ako polovice respondentov z oboch skupín, či konzumu sladených nápojov ktorých denný konzum uviedlo až 38,4% právnikov. Horší zdravotný stav udáva skupina právnikov a vystavenie častému stresu skupina medikov. V rodinnej anamnéze sme zaznamenali výskyt hypertenzie u 47,3% rodinných príslušníkov medikov a 42,6% u rodinných príslušníkov právnikov. V skupine vyšetrovaných medikov, ako u teoreticky zdravšie žijúcej skupiny respondentov (čo vyplývalo z našej minuloročnej štúdie), sme objektívne zaznamenali zvýšenú hladinu celkového cholesterolu u 20% medikov, Triacylglyceroly u 14%, zníženú hladinu HDL cholesterolu u 41%, artériovú hypertenziu u 10% a metabolický syndróm u 12% medikov.

Záver: Na základe výsledkov navrhujeme zefektívniť intervenčné programy na zlepšenie životného štýlu a zaviesť preventívne opatrenia na kontrolu KVS chorôb u detí a mladej populácie.

Kľúčové slová: rizikové faktory, neinfekčné ochorenia, študenti

ČO SA SKRÝVA ZA HYPOTONIU NOVORODENCOV/DOJČIAT

Zavadilíková, E.

1. KDD DFN a LF UPJŠ Košice

V praxi sa často stretávame s prejavmi svalovej hypotonie u novorodencov alebo dojčiat. Jej závažnosť, prognóza ako aj možnosti liečby sú základnými otázkami, ktoré si kladú tak praktickí pediatri ako aj rodičia. Včasný hypotonický syndróm nie je len prejavom komplikácii, ktoré u dieťaťa nastali počas pôrodu a po pôrode, ale za ním sa môžu skrývať ďalšie závažné príčiny, ktoré významnou mierou ovplyvňujú prognózu a neurologický vývoj dieťaťa.

V tejto práci autor rozoberá jednotlivé príčiny hypotonického syndrómu, základné delenie na centrálny a periférny hypotonický syndróm, možnosti jeho rozlíšenia a ďalšej diferenciálnej diagnostiky. Zaoberá sa aj jednotlivými chorobnými jednotkami, ktorých základným prejavom je ťažký hypotonický syndrom, podáva prehľad ich klinických príznakov, možnosti diagnostiky a event. liečby.

INTOXIKÁCIE – AKO ICH VIDÍME V DFN KOŠICE

Krupová, J.

CP Detská fakultná nemocnica Košice

Aj naše štatistiky potvrdzujú stúpajúci trend výskytu otráv u detí a mladistvých, čo je dané dostupnosťou širokej palety rozličných látok (napr. liekov, chemikálií, návykových látok).

Už pár rokov rezonuje medzi dospievajúcou mládežou tzv. „binge-drinking“ (nárazové pitie) väčšieho množstva alkoholu. Na Centrálnom príjme Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach vidíme

len „ tzv. špičku ľadovca “ tohto módného trendu mládeže v našom regióne, kedy sú k nám privezení väčšinou rovno z ulice so závažným ohrozením zdravia alebo života.

Okrem toho sa častokrát stávajú aj svedkami úmyselných otráv so suicidálnym úmyslom kombináciou požitých látok. Ďalším aktuálnym trendom je okrem zneužívania prchavých látok (toluén) experimentovanie s marihuanou a budivými látkami (typu amfetamínov).

Preto je nevyhnutné v diferenciálnej diagnostike akútneho stavu, najmä bez známych podrobnejších okolností jeho vzniku (úraz, porucha vedomia, zmena správania, náhly výskyt príznakov bez súvislosti s iným ochorením – napr. bolesti na hrudníku) myslieť aj na možnosť intoxikácie.

V manažmente intoxikácie je dôležitý okrem závažnosti noxy aj „timig“ postupov a liečby a samozrejme tímová spolupráca personálu (lekár – Národné toxikologické informačné centrum, Bratislava – štandardné, resp. intenzívne oddelenie).

V praxi je preto dôležité poznať a myslieť na prejavy akútnej otravy, závislosti, či známy abstinénčného syndrómu a iné komplikácie zneužívania látok. Kľúčovým prvkom je aj systematické získavanie „drogovej anamnézy“, lebo užívateľ návykových látok tento fenomén cielene popiera. Veľa nám napovedia aj určité zmeny vyvíjajúcej sa osobnosti (zmeny psychického stavu, obliekania, hygieny, problémy v škole alebo v rodine a rovesníckej skupine, somatické príznaky: úbytok hmotnosti, užívanie liekov a iných látok, stopy po vpichoch ...)

STAROSTLIVOSŤ O ÚSTNU DUTINU DETÍ POČAS CHEMOTERAPIE

Kaiferová, J.¹, Kováčsová, L.¹, Galóová, N.², Markovská N.¹

¹ I. stomatologická klinika UPJŠ a UNLP Košice, prednostka prof. MUDr. Neda Markovská, CSc.

² Oddelenie detskej onkológie a hematológie DFN Košice, primárka MUDr. Irina Oravkinová

Incidenca detských onkologických ochorení v posledných rokoch narastá. Ročný nárast incidencie predstavuje 1% u detí a 1,5% u adolescentov. K najčastejším nádorom detského veku patria akútne lymfoblastické leukémie a mozgové nádory.

Ústna dutina je u týchto pacientov potenciálnym zdrojom morbiditu a mortality, preto je treba venovať zvýšenú pozornosť prevencii vzniku dentogénnych komplikácií. Orálne komplikácie počas chemoterapie je možné z pohľadu zubného lekára rozdeliť na 2 skupiny. Prvou sú priame prejavy nádorového ochorenia a následky chemoterapie na slizniciach ústnej dutiny (mukozitída, hyperplastická gingivitída, krvácanie a infekcia ústnej dutiny). Druhá skupinu tvoria komplikácie zo zvýšenej aktivity mikroorganizmov v ústnej dutine pochádzajúcej z neošetreného zubného kazu, neošetrenej gingivitídy alebo devitálnych zubov.

Napriek viacerým štúdiám v danej oblasti, nie je zatiaľ možné jednoznačne predpovedať, u ktorých pacientov sa prejavia stomatotoxické účinky protinádorovej liečby, prípadne ich druh a závažnosť, avšak čisté a zdravé prostredie v ústnej dutine môže zabrániť vzniku alebo obmedziť rozsah orálnych komplikácií. Poster je snahou o vytvorenie názorného návrhu starostlivosti o ústnu dutinu dieťaťa v celom priebehu ochorenia a najmä počas chemoterapie pri využití rôznych liečebných modalít (ozonoterapia, lokálna medikamentózna liečba).

Medziodborová spolupráca výrazne zvýši kvalitu života onkohematologických pacientov a zároveň vytvára podmienky pre úspešné absolvovanie náročnej protinádorovej liečby.

ÚLOHA REGISTROV V BIOLOGICKEJ LIEČBE DETÍ S REUMATICKÝMI CHOROBAMI

Mrázik, P., Vargová, V.

I. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice

Pojmom biologické lieky označujeme látky rôzneho zloženia a mechanizmu účinku, získané pomocou biotechnologických postupov (metódou rekombinácie DNA), ktoré zasahujú do kľúčových imunitných a zápalových dejov v patogenéze jednotlivých chorôb. Ich použitie v pediatrickej reumatológii stále považujeme za relatívne novú liečebnú stratégiu. V SR sú v súčasnosti pre deti s reumatickými chorobami registrované 4 preparáty: etanercept, adalimumab, abatacept a tocilizumab. Ich indikácia je obmedzená na juvenilnú idiopatickú artritídu, polyartikulárnu alebo systémovú formu, až po zlyhaní liekov modifikujúcich ochorenie (DMARDs – Disease Modifying Antirheumatic Drugs). Sústreďuje sa do Centier pre indikáciu a aplikáciu biologickej liečby pediatrických pacientov s rezistentnými formami zápalových reumatických chorôb.

Rovnako ako pri iných liekoch aj pri indikácii biologických preparátov v prvom rade zvažujeme potenciálny prínos pre detského pacienta na pozadí možných nežiaducich účinkov. Účinnosť a krátkodobú bezpečnosť jednotlivých liekov dokázali pre-klinické, klinické ako aj post-marketingové štúdie. Prísne indikačné kritériá, veľký počet kontraindikácií a krátka doba od ich uvedenia do praxe sú hlavné dôvody, prečo stále nedokážeme jednoznačne odpovedať na otázky o dlhodobej bezpečnosti biologickej liečby. Informácie o nežiaducich účinkoch boli a stále sú získavané prevažne formou pasívnych systémov alebo produkt-špecifickými štúdiami financovanými farmaceutickým priemyslom. Oba spôsoby majú svoje úskalia. Pri pasívnych systémoch ide o neochotu hlásiť nežiaduce účinky administratívne vyťažnými lekármi, pri produkt-špecifických štúdiách vzorka zaradených pacientov nezodpovedá bežnej populácii liečenej v praxi.

Každé „koncové“ centrum si vytvára vlastný register pacientov liečených biologickou terapiou. Takéto registre poskytujú ale žalostne málo údajov s dostatočnou výpovednou hodnotou z dôvodu nízkeho počtu pacientov. Ich spájaním do „národných“ registrov vznikajú väčšie celky, no i tu sa pohybujeme na úrovni stoviek pacientov, keď najväčší register spoločný pre Nemecko a Rakúsko má približne 600 pacientov s juvenilnou idiopatickou artritídou. Existujú dva spôsoby ako pokračovať ďalej. Prvým je vytvorenie medzinárodného registra na základe špecifickej choroby. Druhým je vytvorenie národného registra všetkých pacientov liečených biologickou liečbou. Na Slovensku práve prebieha snaha o aplikáciu oboch týchto prístupov. Momentálne sa rodiaci Reumatologický register pacientov má ambíciu zbierať spoločné údaje od reumatológov pre detských a dospelých pacientov. Súčasne sa zapájame do medzinárodného projektu PharmaChild JIA Registry. Hlavným cieľom tohto medzinárodného projektu je zhodnotiť dlhodobú (až 10-ročnú) bezpečnosť a účinnosť liekov používaných v liečbe detí a adolescentov s juvenilnou idiopatickou artritídou.

V práci autori prezentujú čiastočné výsledky z prvého slovenského registra pacientov s juvenilnou idiopatickou artritídou liečených biologickou liečbou v Centre pre indikáciu a aplikáciu biologickej liečby pediatrických pacientov s rezistentnými formami zápalových reumatických chorôb v Košiciach.

HORÚČKA NEZNÁMEJ ETIOLÓGIE (FUO)

Urdová, M., Bašárová, D., Mrázik, P.

I. Klinika detí a dorastu DFN a UPJŠ Košice

Horúčka patrí k najčastejším klinickým symptómom, pre ktorý rodičia vyhľadajú pomoc pediatra. Hoci v drvivej väčšine sa zistí kauzálna príčina horúčky, dlhotrvajúca neobjasnená horúčka vyvoláva obavy zo strany rodičov aj lekára. Termín horúčka neznámeho pôvodu (FUO) bol pôvodne

vyhradený pre dospelých s horúčkou> 38,4 °C trvajúcou viac ako 21 dní. Takto postavené klinické kritéria sú pre pediatrických pacientov príliš prísne. V pediatrickej populácii sa FUO definuje ako stav, s minimálne osem dní perzistujúcou horúčkou nad 38,3 °C bez dokázanej vyvolávajúcej etiológie.

Podrobná anamnéza a fyzikálne vyšetrenie sú prvým krokom v diagnostickom postupe u dieťaťa s FUO. Neúplná anamnéza, povrchné fyzikálne vyšetrenie a nesprávna interpretácia laboratórnych výsledkov prispievajú k neskorému stanoveniu základnej diagnózy. Naopak, racionálny diferenciálno-diagnostický algoritmus odhalí príčinu horúčky neznámeho pôvodu až u 90 % pacientov. Dieťa s pretrvávajúcimi nevysvetliteľnými teplotami je len málokedy postihnuté „nezvyčajnou“ či zriedkavou chorobou, zvyčajne ide o bežné ochorenie s atypickou klinickou prezentáciou.

Príčiny horúčky „neznámeho“ pôvodu u detí môžeme rozdeliť do 4 kategórií: 1) infekčné ochorenia, 2) zápalové neinfekčné ochorenia (autoimunitné), 3) maligne choroby a 4) iné príčiny. Najčastejšou príčinou FUO v detskom veku sú infekcie (viac ako 50 %). Malignity sú zriedkavejšie a zvyčajne sa manifestujú aj inými príznakmi ako izolovaná dlhotrvajúca horúčka.

V práci autori prezentujú prípad 12-ročného Adama s teplotami nejasnej etiológie, celotelovým prchavým makulóznym ružovo-červeným výsevom, polyserozitídou a hepatosplenomegáliou, ktorý bol preložený na našu kliniku po týždňovej hospitalizácii v rajónnej nemocnici. Autori opisujú zložitý klinický priebeh a diferenciálno-diagnostický postup s použitím moderných zobrazovacích metód, ktoré prispeli k objasneniu vyvolávajúcej príčiny. Kazuistika je rozšírená o následné ambulantné sledovanie pacienta.

GANGLIOZIDÓZA GM1 ASOCIOVANÁ S MNOHOPOČETNÝMI MONGOLSKÝMI ŠKVRNAMI

Urbanová V.¹, Behúnová, J.^{1,2}, Petrovič R.³, Podracká Ľ.¹

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice¹

Institut für Medizinische Genetik Medizinische Universität, Wien²

Centrum lekárskej genetiky FNsP, Bratislava³

GM1 gangliozidóza (MIM# 230500) je vzácné autozómovo recesívne dedičné lyzozómové ochorenie, zapríčinené deficitom kyslej β -D-galaktozidázy (E.C.3.2.1.23). Klinický obraz GM1 gangliozidózy spája črty neurolipidózy (neurodegenerácia, makulárne čerešňovo-červené škvrny) a mukopolysacharidózy (visceromegália, hrubé rysy tváre). Podľa charakteru špecifických klinických symptómov a veku v čase manifestácie prvých prejavov choroby, rozoznávame 3 základné typy (včasná infantilná forma – typ1, neskorá infantilná/juvenilná forma – typ2, dospelá/adultná forma – typ3).

V prednáške uvádzame vzácnu kazuistiku: 12-mesačné dieťa s ťažkou hypotóniou, zaostávaním psychomotorického vývoja, s výraznou hepatosplenomegáliou a nápadnými mongolskými škvrnami splývajúceho charakteru. Už prenatálne sa ultrasonograficky zistil ascites, pleurálny výtok, hepatomegália a dilatované colon transversum. Po narodení sa diagnostikovala kritická koarktácia aorty, hypospádia a obojstranná skrotálna hernia. V prvom roku života dieťa prekonalo ťažké recidivujúce bronchitídy a bronchopneumónie, s obrazom akútnej respiračnej insuficiencie, vyžadujúcej umelú pľúcnu ventiláciu. Pre nález progredujúcej hepatosplenomegálie asociovej s pribúdajúcimi excesívnymi melanocytovými škvrnami a závažným zaostávaním psychomotorického vývoja sme supponovali gangliozidózu 1. typu. Enzymatickým vyšetrením sme potvrdili deficit aktivity β -D-galaktozidázy v lyzozómoch leukocytov a cieľným chromatografickým vyšetrením moču sme dokázali zvýšené vylučovanie oligosacharidov, čo sú typické laboratórne nálezy svediace pre gangliozidózu 1. typu.

V literatúre bolo doposiaľ publikovaných len 39 prípadov lyzozomálnych dedičných metabolických porúch asociovaných s kožnou melanocytózou. Z nich sa u 24 pacientov diagnostikovala Hurlerova choroba a u 11 detí GM1 gangliozidóza. Preto nález excesívnych

mongolských škvŕn u dojčiat s hepatosplenomegáliou a zaostávaním vývinu by mal vždy upriamiť pozornosť na dedičnú metabolickú poruchu lyzozómov.

AKTUALIZOVANÉ ODPORÚČANIA PRE MANAŽMENT AKÚTNEJ GASTROENTERITÍDY U DETÍ

Tarcalová, B., Švekušová M.

1. Klinika detí a dorastu DFN a LF UPJŠ Košice

Akútne gastroenteritídy patria spolu s respiračnými infekciami k najčastejším ochoreniam v detskom veku, preto sú stále v centre pediatrickej pozornosti. Závažným problémom sú najmä v rozvojových krajinách, kde sú vedúcou príčinou mortality dojčiat. Hoci vo vyspelej Európe len zriedka končia letálne, sú častým dôvodom k hospitalizácií, čím zaťažujú rozpočet zdravotníctva vysokými ekonomickými nákladmi. Najzávažnejšou komplikáciou hnačiek je rýchly rozvoj dehydratácie s rozvratom vnútorného prostredia, preto kľúčovým krokom v liečebnom postupe je rýchla a adekvátne rehydratácia s následnou skorou realimentáciou. Pri rehydratácii sa uprednostňujú perorálne rehydratačné roztoky so zníženou osmolaritou. Hospitalizovať by sa mali iba deti, u ktorých nie je možné zvládnuť liečbu ambulantne a vyžadujú parenterálnu rehydratáciu. Mikrobiologické vyšetrenie stolice pri bežných stavoch nie je potrebné. Farmakoterapia sa paušálne neodporúča, avšak probiotiká môžu zmierniť intenzitu a priebeh hnačkového ochorenia.

U malnutričných detí podľa WHO odporúčaní suplementujeme zinok. Antibiotiká pri nekomplikovaných gastroenteritídach nie sú indikované, môžu predĺžiť rekonvalescenciu a/alebo aj zhoršiť klinický stav. Vo väčšine prípadov hnačky ustúpia do niekoľkých dní, ale nevhodná liečba v úvode ochorenia môže priebeh zbytočne skomplikovať. V prevencii sa odporúča vakcinácia proti rotavírusom, ktorá účinne predchádza závažným hnačkovým ochoreniam vo vnímavých vekových skupinách. Autori prezentujú aktualizované odporúčania a postupy pri manažmente akútnej gastroenteritídy u detí.

PSEUDOMEMBRANÓZNA KONJUNKTIVITÍDA VYVOLANÁ DEFICITOM PLAZMINOGÉNU

Čižmár J., Tóthová M., Behúnová, J.

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Autori prezentujú vzácnu kazuistiku dojčiat s kongenitálnym hydrocefalom, pseudomembranóznou konjunktivitídou a proťahovanými respiračnými infekciami, asociovanú s vrodeným deficitom plazminogénu. V klinickom obraze dominovala pseudomembranózna konjunktivitída shrubými náletmi fibrínu. Histologický nález „čistého“ fibrínu v membránach suponoval defektnú fibrinolýzu. Cílené vyšetrenie potvrdilo extrémne nízku aktivitu plazminogénu (14,4%, norma 75–150 %). Deficit plazminogénu typ I je vzácné systémové ochorenie charakterizované poruchou extracelulárnej fibrinolýzy s tvorbou ligueózných (na fibrín bohatých) pseudomembrán na povrchu slizníc. Najčastejším klinickým prejavom deficitu plazminogénutypu I je ligueózna konjunktivitída, ale postihnuté môžu byť aj iné orgány. Diagnózu potvrdí dôkaz kvantitatívnej resp. kvalitatívnej poruchy plazminogénu. Liečba ligueózne konjunktivitídy je torpidná, priaznivý efekt majú očné kvapky s obsahom ľudského plazminogénu. Pri systémovom postihnutí môže byť účinná substitúcia ľudského plazminogénu.

PRAKTICKÉ ODPORÚČANIA ANTIBIOTICKEJ LIEČBY U DETÍ S INFEKCIAMI DOLNÝCH DÝCHACÍCH CIEST

Marciová, A., Feketeová, A.,

1. Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Infekcie dýchacích ciest tvoria u detí do 5 rokov viac ako 50 % všetkých ochorení a vo veku od 5 do 12 rokov predstavujú až 30 % z celkovej morbidity. V drvivnej väčšine ide o infekcie horných dýchacích ciest, len asi v 5 % sú postihnuté aj dolné dýchacie cesty. V diagnostike bronchopneumónii je dôležité rozlíšiť, či ide o vírusovú alebo bakteriálnu infekciu a podľa toho indikovať vhodnú liečbu.

Pre racionálnu empirickú antibiotickú terapiu je rozhodujúce poznať najčastejšie vyvolávajúce baktérie v komunite získanej pneumónie, ktoré sa líšia v jednotlivých detského veku. U novorodencov je najčastejšou príčinou získaná perinatálna infekcia streptokokmi skupiny B, u dojčiat vo veku do 3 mesiacov hrajú významnú úlohu chlamýdie, v školskom veku *Pneumokok*, *Staphylococcus aureus* a *Haemophilus influenzae*. Odporúčania založené na vedeckých dôkazoch, o ktoré sa opierajú *Clinical practis guidelines by the Pediatric infectious diseases Society* a *Infectious diseases Society of America* ako aj *British Thoracic Society guidelines* uvádzajú optimálnu antibiotickú stratégiu infekcií dolných dýchacích ciest.

V liečbe pneumónie u novorodencov je antibiotikom voľby ampicilín v kombinácii s gentamicínom (Duke T). Ampicilín je účinný voči *Streptokokom* skupiny B a niektorým gramnegatívnym baktériám a v kombinácii s gentamicínom majú synergický účinok. Empirická liečba imunokompetentných detí starších ako 3 mesiace zahŕňa ampicilín eventuálne penicillin, alternatívou sú chránené aminopenicilíny alebo cefalosporíny (Beadley JS, Byington CL, Shah SS, et al.). V liečbe pneumónie vyvolanej rezistentným pneumokokom je účinný ceftriaxon. (Dowell SF, Smith T, Levesedge K, Snitzer J). V skupine školákov a adolescentov je v prípade atypickej pneumónie indikovaný azitromycín (McIntosh K).

Racionálna indikácia ATB vychádzajúca z relevantne preukázanej účinnosti liečby bronchopneumonii pomáha znížiť výskyt rezistencie baktérií a minimalizovať nežiaduce účinky. Len tak možno spomaliť hrozivý nárast mikrobiálnej rezistencie hlavných kauzálnych patogénov respiračných infekcií t.j. *Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae*, ktorá je z veľkej časti spôsobená masívnou a častokrát aj neopodstatnenou preskripciou antibiotík, vedúcou k vysokej rezistencii.

Regulovaná spotreba antibiotík si vyžaduje zainteresovaný prístup, pediatrov, rodičov aj širokej verejnosti.

HERPETICKÁ ENCEFALITÍDA U DETÍ A ADOLESCENTOV

Mitrová, E., Bodnárová, O.

I. Klinika detí a dorastu, DFN Košice

Etiológia encefalitídy zostáva až v 63% prípadov neobjasnená (California encephalitis project). Napriek excesívnemu vyšetrovaniu sa iba u 16% pacientov podarí dokázať infekčnú etiológiu, z toho v drvivnej väčšine sú vyvolávajúcim agensom vírusy. Celosvetovo sú najčastejšou príčinou sporadickej nekrotizujúcej encefalitídy herpetické vírusy, najmä HSV-1. Ochorenie má dramatický priebeh s rapidným začiatkom. Herpetickú encefalitídu suponujeme u každého febrilného pacienta s fokálnymi neurologickými príznakmi, cerebrálnymi paroxyzmami event. poruchou vedomia. Zlatým

štandardom v diagnostike je citlivé PCR vyšetrenie a MRI. Výpovedná hodnota PCR vyšetrenia závisí od času odberu materiálu, čo treba zohľadniť pri interpretácii výsledkov. V prvých dvoch dňoch infekcie môže byť PCR ešte negatívne. Na druhej strane pozitívita PCR vyšetrenia pretrváva dlho, 2 až 4 týždne od začiatku symptómov, ale ak odoberáme materiál už po nasadení antivírusovej liečby, môže sa „negativizovať“ už do 5 dní od začiatku terapie. MRI má preferenčné postavenie medzi zobrazovacími metódami. Pre herpetickú encefalitídu je charakteristické postihnutie inferomediálnych temporálnych lalokov, zvyčajne unilaterálne a postihnutie limbického systému. Serológia a EEG majú iba podporný význam. Liečba encefalitídy je empirická, odporúča sa trojkombinácia Acyklovir, Vankomycin a Cefotaxim event. Ceftriaxon (pre nemožnosť vylúčiť v úvode bakteriálnu encefalitídu). Herpetická encefalitída je devastujúca infekcia, ktorá sa aj v ére modernej antivírusovej liečby vyznačuje signifikantnou morbiditou a mortalitou. O prognóze pacienta rozhoduje rýchlosť včasného nasadenia Acykloviru, t.j. pred stratou vedomia (GCS 8 až 15 bodov) a do 24 hodín od vzniku symptómov. Dĺžka terapie je 21 dní, aby sa predišlo relapsu. Mortalita sa aj pri promptnej liečbe pohybuje od 20 do 30% a pri neliečenej forme je úmrtnosť dokonca 70%. Ochorenie zanecháva až u 2/3 prežívajúcich pacientov výrazné neurologické deficity.

V prednáške poukážeme na názorných kazuistikách 2 detí s herpetickou encefalitídou na úskalia diagnostiky. Výsledky paraklinických vyšetrovacích metód nemusia byť jednoznačné, preto sa pri rozhodovaní treba opierať o klinické kritéria (mozgová dysfunkcia, laboratórny dôkaz zápalu mozgu, napr. lymfocytóza v likvore a dôkaz postihnutia mozgu zobrazovacou metódou).

BEHAVIORÁLNE PROBLÉMY

ADHD - PORUCHA POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU

Bodnárová, O.

1. Klinika detí a dorastu DFN Košice

ADHD – Porucha pozornosti s hyperaktivitou je vývojová porucha CNS. Prejavuje sa už vo včasnom detskom veku. Podkladom jej vzniku sú štrukturálne a funkčné odchýlky rôznych oblastí mozgu. V ich dôsledku dochádza k poruche rovnováhy niektorých neurotransmiterov (Dopamín, Noradrenalín). Porucha vo fronto-striato-talamo- kortikálnom okruhu vedie k postihnutiu sebaregulujúcich funkcií a tým i k základným klinickým prejavom ADHD (porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita). U pacientov s ADHD často pozorujeme prejavy emocionálnej lability, poruchu sociálnej adaptácie, motorické a percepčné poruchy. Predpokladá sa, že etiológia ADHD je multifaktoriálna. Veľmi častá je komorbidita ADHD s epilepsiou, psychickou poruchou. Diagnostika sa opiera o klinické príznaky. Liečba je jednak medikamentózna ako i psychoterapeutická. Touto prednáškou chce autorka poukázať na pacientov u ktorých je predpoklad zlepšenia kvality života pri včasnom vyšetrení, správnom zhodnotení stavu so zahájením liečebných postupov.

ADHD Z POHLADU PSYCHOLÓGA

Lovašová, D., Fújeriková, K.

1. Klinika detí a dorastu Detskej fakultnej nemocnice Košice a LF UPJŠ Košice

Cieľ práce: cieľom práce je predstaviť možnosti psychodiagnostiky príznakov ADHD.

Metódy: Autorky v práci prezentujú možnosti psychologickkej diagnostiky základných symptómov ADHD – porúch pozornosti, vizuomotorických schopností, štruktúry intelektu a regulácie správania u detí trpiacich touto poruchou. Dôraz kladú na využitie psychodiagnostických metód, ktoré sú štandardizované na slovenskú populáciu detí.

Záver: Psychodiagnostické vyšetrenie dieťaťa je komplexným a zložitým procesom, výsledkom ktorého je stanovenie nielen diagnózy, ale aj možnosti nápravy a terapie dieťaťa s ADHD.

ADHD – POHĽAD PSYCHIATRA

Rosenbergerová, T.

Detská psychiatrická ambulancia UN LP Košice

V súčasnej spoločnosti sa kladie čoraz väčší dôraz na to aké dôležité je byť úspešný, vzdelaný, podávať výkon, uplatniť sa. Zvyšujú sa nároky ľudí na svoje okolie i na seba samých. Je preto logické, že jedinci ktorí kvôli svojmu deficitu týmto nárokom nie sú schopní vyhovieť, sa často ocitajú v akomsi bludnom kruhu. Aj napriek nemalej snahe podať čo najlepší výkon je často výsledkom minimálny efekt a z toho potom prameniace riziko frustrácie, rezignácie až úplnej absencie pokusov o dosiahnutie akýchkoľvek cieľov zo strachu pred ďalším zlyhaním a pocitov vlastnej neschopnosti

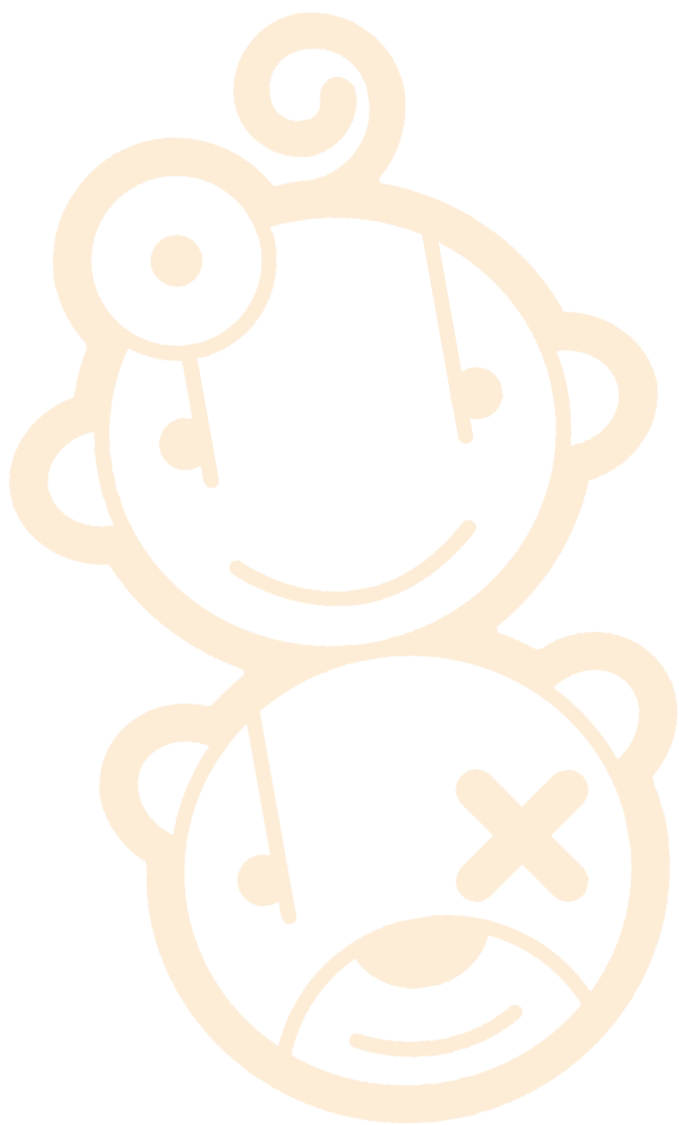
V našej práci sme sa rozhodli venovať problematike hyperaktívnych detí. Hyperaktívne dieťa je často rozptýlené, motoricky nepokojné, so zvýšenou vnímavosťou k podnetom okolo seba, ťažko sa prispôbuje podmienkam školskej a pracovnej disciplíny. Aj keď sa na prvý pohľad môže zdať, že problémy spojené s hyperaktivitou u detí sú dôsledkom nesprávnej alebo zlej výchovy, nie vždy tomu tak je. Mnohé ťažkosti spôsobené hyperaktivitou, nepozornosťou a impulzivnosťou dieťaťa môžu byť spojené s prvotným patologickým pôsobením endogénnych faktorov, v tom prípade už ide o poruchu hyperaktivity, čiže hyperkinetickú poruchu, ADHD sy.

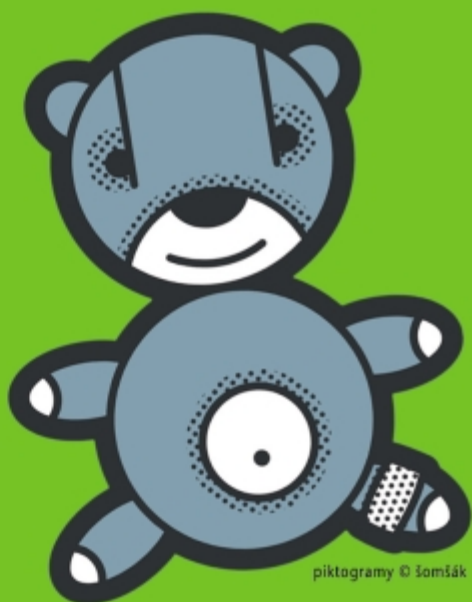
DIEŤA S ADHD/ADD V ŠKOLE A DOMA DNES

Fedorová, Z., Majerníková, T.

CŠPP, Bocatiova 1, Košice

Prednáška sa týka psychologickej a špeciálno-pedagogickej práce v podmienkach Centra špeciálno-pedagogického poradenstva (CŠPP) s dieťaťom, ktorému bola diagnostikovaná porucha ADHD alebo ADD. Venujeme sa odporúčaniam pre rodičov, ktoré im pomôžu prijať diagnózu svojho dieťaťa, aby vedeli, ako k nemu správne pristupovať a aby ľahšie zvládali jeho výchovu. Odporúčania tiež smerujeme školám, výchovným poradcom a učiteľom detí s ADHD/ADD, aby poskytli dieťaťu primerané prostredie a podmienky v triede tak, aby nenarúšalo priebeh výchovno-vzdelávacieho procesu a zo vzdelávania malo osôh samotné dieťa aj jeho spolužiaci. Tretím bodom prednášky je načrtnúť terapeutických a reedukačných aktivít a programov, ktorými pracovníci CŠPP uľahčujú dieťaťu prijať svoju diagnózu, zvládať jej prejavy a efektívne sa začleniť do spoločnosti.





piktogramy © Šomšák