

Slovenská
pediatrická
spoločnosť SLS



Univerzita Pavla J. Šafárika
Lekárska fakulta
v Košiciach



Detická fakultná
nemocnica
v Košiciach



Klinika detí
a dorastu
UPJŠ LF a DFN



40. konferencia Kliniky detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

XVI. Démantov deň

6. 6. 2024 • Hotel Yasmin Košice

www.pediatricosice.sk



Prezident konferencie

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

Koordinátori vedeckého programu

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

Prof. MUDr. László Barkai, DSc.

Doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc.

MUDr. Juliana Ferenczová, PhD.

MUDr. Gabriel Kolvek, PhD.

MUDr. Róbert Ostró

MUDr. Miroslava Petrášová, PhD.

MUDr. Kristína Kubejová, PhD.

Mgr. Jana Hanzel'ová

Organizačný sekretariát

Progress CA, s.r.o.

Gabriela Šujanová

Krivá 23, 040 01 Košice

Mobil: + 421 918 622 533

Email: gabriela.sujanova@progress.eu.sk

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

Libuša Herichová

Tr. SNP č. 1, 040 01 Košice

Mobil: 0911 519 438

tel.: +421 55 235 4132

VoIP: (+421 55 234) 3414

Email: libusa.herichova@upjs.sk

Dôležité termíny

Abstrakty: do 27. 4. 2024 zaslať na e-mail: konferencia@progress.eu.sk

Zvýhodnený registračný poplatok: do 17. 4. 2024



ODBORNÝ PROGRAM

8:15 – 8:45 **SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE**

sála A

Slávnostné predsedníctvo: Jarčuška P., Koman A., Kuchta M., Palkovič M., Vargová V.

- Kuchta M., Vargová V.: **100 rokov ústavnej zdravotnej starostlivosti v pediatrii v Košiciach**

BLOK I

sála A

8:45 – 10:00 *predsedníctvo: Vargová V., Kolívek G.*

- Šagát T., Riedel R., Nedomová B., Köppl J., Babál P., Hamidová O., Mlíkva I.: **Možnosti rýchlej genetickej diagnostiky a kriticky choré deti**
- Kolívek G.: **Dentova choroba - zriedkavé ochorenie so závažnou prognózou**
- Bánóová E., Mráz M.: **IgA vaskulitída (tandemová prednáška reumatológ-nefrológ)**
- Balogh M., Železník J., Kubejová K., Kardos N.: **Komplikované bronchopneumónie vyžadujúce invazívnu liečbu**
- Fedor M., Bělohávek T., Nosál' S.: **Ako nás ohrozuje RSV infekcia?**
- Železník J.: **Respiračné infekcie - chlieb náš každodenný**

prezentácia podporená spoločnosťou Schwabe

10:00 – 10:15 **Prestávka**

BLOK 2

sála A

10:15 – 10:55 *predsedníctvo: Palkovič M., Farkašová Iannaccone S.*

- Palkovič M.: **Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nielen v pediatrii**
- Farkašová Iannaccone S., Krajčárová D., Lábaj P., Girašková O.: **Oxid uhoľnatý – tichý zabijak**
- Farkaš D., Mattová M., Ginelliová A.: **Nonkompaktná kardiomyopatia novorodenca asociovaná s vrodenými malformáciami srdca**
- Šišková S., Jurčinová A., Daňo J.: **Aj keď sa nič nestalo**

BLOK 3

sála A

10:55 – 12:00 *predsedníctvo: Ferenczová J., Dankovčíková A.*

- Barkai L.: **Staging of type 1 diabetes and the possible intervention to delay in progression**
- Ferenczová J.: **Manažment diabetika s pridruženými autoimunitami**
- Nosálová A.: **Život so sladkou (NE) kamoškou**
- Dankovčíková A.: **L. Feld – rekonštrukcia diagnózy umelca**
- Miňová M., Pribilincová Z., Doričková A., Béder I.: **Čo odhalila predčasná puberta u 1,5 ročného dievčatka?**
- Ferenczová J.: **Kedy je ten správny čas riešiť rast?**

prezentácia podporená spoločnosťou Pfizer



BLOK 4

sála A

12:00 – 13:00 *predsedníctvo: Škapincová A., Kubejová K.*

- Kubejová K., Drobnáková S., Škapincová A.: **Akútna bolesť brucha**
- Kalinová N., Kubejová K., Škapincová A.: **Keď novorodenec „blinká“...**
- Miklasová D., Bánová E., Vargová V.: **Krvávajúce dieťa**
- Kubejová K., Škapincová A.: **Auskultujte pozorne...**
- Vargová V.: **Systémová juvenilná idiopatická artritída - diagnostika a liečba v súčasnosti**
prezentácia podporená spoločnosťou NOVARTIS

13:00 – 14:00 **OBED**

BLOK 5

sála A

14:00 – 15:15 *predsedníctvo: Havlíčková Z., Petrášová M.*

- Havlíčková Z., Michnová Z., Pršo M., Bánovčin P. (Martin): **Poruchy príjmu potravy asociované s ochoreniami autistického spektra**
- Michnová Z., Havlíčková Z., Pršo M., Bánovčin P. (Martin): **Kdy myslet na exokrinní insuficienci pankreasu u dětí**
- Petrášová M., Tarcalová B., Kukla N.: **Prečo potrebujeme diétu terapiu u pacientov s IBD v ére biologickej liečby?**
- Brennerová K., Letenayová I., Hlavatá A., Tárnová S., Potočnáková L., Drobnáková S., Bzdúch V.: **Diferenciálna diagnostika a liečba hyperamonémie - stále aktuálna téma**
- Kosnáčová J.: **Synergické pôsobenie elektrolytov a diosmektitu ako komplexná terapia hnačky podľa ESPGHAN v jednom vrecku**
prezentácia podporená spoločnosťou MagnaPharm SK s.r.o.
- Kuchta M.: **Výživa batoliat - ako ju vidia rodičia a ako ju vnímajú pediatri**

15:15 – 15:30 **Prestávka**

BLOK 6

sála A

15:30 – 16:15 *predsedníctvo: Kuchta M., Kaiferová J.*

- Petrášová M.: **Môže mať pacient s IBD niečo extra?**
prezentácia podporená spoločnosťou Sandoz
- Tarcalová B.: **Neprospievajúce dojča - možnosti nutričnej intervencie v primárnej pediatrii**
prezentácia podporená spoločnosťou Nutricia
- Gereciová K., Feketeová A.: **Urticaria známa neznáma**
- Kaiferová J., Ďurica J., Soták-Benedeková L.: **Program stomatologickej starostlivosti o rizikových a nespolupracujúcich detských pacientov v DFN Košice**



BLOK 7

sála A

16:15 – 17:15 *predsedníctvo: Vargová V., Kuchta M.*

- Kiss G., Tarcalová B., Petrášová M., Vargová V.: **Primomanifestácia Crohnovej choroby – analýza súboru pacientov hospitalizovaných na KDD UPJŠ LF a DFN v Košiciach v rokoch 2019 - 2023**
- Kardos N., Čurová K.: **Infekcia Clostridioides difficile v pediatrii**
- Kučeravá V.: **Febrilné kŕče - mýty, fakty, manažment**
- Fajdelová M.: **Vieme pomôcť nevyliciteľne chorým deťom?**
- **Vyhlásenie výsledkov „Najlepšia prezentácia mladého pediatra“**
(prvý/prezentujúci autor má vek do 35 rokov (teda narodený v roku 1989 a neskôr).
Hodnotenie vykoná Vedecký výbor konferencie.
Cenu venuje Nestlé Česko s. r. o.

17:15 **Záver konferencie**

OŠETROVATEĽSTVO V PEDIATRII

BLOK I

sála B

10:15 – 11:15 *predsedníctvo: Jančoškóvá E., Hanzelová J.*

- Mati M., Hanzelová J.: **Klinika detí a dorastu – história, súčasnosť a budúcnosť**
- Kurcinová H., Petrilová M., Maniková M.: **Problematika glykemického indexu a glykemickej záťaže v edukačnom programe Školy obezity**
- Petrilová M., Maniková M., Kurcinová H.: **Glykemický index a glykemická záťaž, ako hodnotiace ukazovatele zdravej výživy**
- Danková S., Friedlová J.: **Vplyv diabetes mellitus na kvalitu života v psychickej a fyzickej oblasti u dieťaťa s inzulínovou pumpou**
- Michalková J., Sušinková J.: **Praktický prístup k dieťaťu s nadhmotnosťou a obezitou v kontexte edukácie**
- Popiková R., Tirpáková H.: **Popáleninová trauma u dieťaťa**

BLOK 2

sála B

11:15 – 12:15 *predsedníctvo: Mati M., Hanzelová J.*

- Harčaruková A., Dubecká M.: **Lazár vstaň – kazuistika**
- Kasiňáková A., Kuchárova M.: **Malá nepatnosť u dojčťa = vážne následky (kazuistika)**
- Velková S.: **Starostlivosť o dieťa s Guillainov-Barrého syndrómom v DFN Košice**
- Friedlová J.: **Historický pohľad na ochorenie epilepsia**
- Babinčáková J., Drutarovská K.: **Prvá pomoc ako dôležitý faktor u detského pacienta s diagnózou epilepsia**

BLOK 3

sála B

12:15 – 13:00 *predsedníctvo: Mati M., Michalková J.*

- Teperová M., Dobosová K.: **Hypertenzia u detí**
- Pauchlíková Ľ., Sirkovská J.: **Renálna biopsia v DFN**
- Ucháčlová J., Stankovianska M.: **Liečba kraniosynostózy u detí**
- Marhefková V., Vernarská R.: **Ošetrovateľská starostlivosť o detského pacienta po palatoplastike**

13:00 – 14:00 **OBED**

BLOK 4

sála B

14:00 – 15:15 *predsedníctvo: Hanzeľová J., Michalková J.*

- Bröstlova Z., Novotná M.: **Novorodenecká žltáčka – fototerapia**
- Michalčíková J., Görcsösová Z., Mrázová K.: **Punkcia kolenného kĺbu u detského pacienta**
- Dudášová L., Hutýrová A., Pričšáková R.: **Hrudná drenáž a využitie aktívneho sania u detského pacienta**
- Kolesárová P., Gáborová-Golierová M., Géciová A.: **Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o detského pacienta s ulceróznou kolitídou**
- Dubecká Z., Mašlejová E.: **Práca sestry na endoskopickom pracovisku pri podávaní biologickej liečby u pacientov s ochorením Morbus Crohn**
- Halkai M., Zákutná T.: **Význam skríningu u novorodencov pri dedičných metabolických poruchách z pohľadu sestry**
- Klemová I., Kráľová M.: **Koho, prečo a ako liečime rastovým hormónom – špecifiká sestry**
- Ficová N., Demeterová M.: **VLDD – Všeobecná ambulancia pre deti a dorast v DFN**



PARTNERI



ABSTRAKTÁ



100 ROKOV ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V PEDIATRII V KOŠICIACH

Kuchta M., Vargová V.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice

Pediatrica je jeden z najmladších základných odborov medicíny, jeho inštitucionalizácia začala až prvou formálne uznanou detskou nemocnicou v „západnom svete“ - Hôpital des Enfants Malades v Paríži, otvorená v roku 1802. Prvou britskou detskou nemocnicou, založenou v Londýne v roku 1852, bola Great Ormond Street Hospital. Prvú detskú nemocnicu v Prahe založili na Karlovom námestí v roku 1853. A prvá detská nemocnica (Detská nemocnica Františka Jozefa I.) na území Slovenska bola otvorená v Bratislave na Kapitulskej ulici v roku 1857. V Nemecku bol po prvýkrát udelený špecializačný titul „pediater“ v roku 1925. A špecializovaný pediatrický časopis Česko-slovenská pediatrie začal vychádzať až v apríli 1946.

V Košiciach je síce zdravotná starostlivosť datovaná už v 13. storočí, kde bol dokázateľne fungujúci **hospitál pre chudobných**, ale s rastom mesta i jeho významu, aj pre epidémie, vznikli postupne ďalšie nemocničné zariadenia (**nemocnica sv. Lenáрта** do roku **1566**, **hospitál sv. Ducha - 1730**, a **Verejná nemocnica - 1824**). Ani tie však nestačili a tak po dlhom snažení bola vybudovaná nová moderná Štátna nemocnica na Rastislavovej ulici č. 43, ktorá bola otvorená **24. júna 1924 a bola v tom čase** najväčšou a najmodernejšou nemocnicou na Slovensku.

Organizovaná lôžková zdravotná starostlivosť v pediatrii sa tak datuje až zriadením prvého detského oddelenia Štátnej nemocnice v Košiciach v roku 1924, ktoré bolo umiestnené v V. pavilóne nemocnice. V tom čase malo 70 lôžok a prvým primárom oddelenia bol MUDr. Ferdinand Démant.

Rok 1924 bol veľmi zaujímavý na viaceré udalosti, ktoré v prezentácii spomenieme (napr. začatie očkovania proti tetanu, založenie jednej z najvýznamnejších detských nemocníc v Európe - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù v Ríme, Dr. Berger objavil EEG, prof. Einthoven získal Nobelovu cenu za EKG...). Na východe Slovenska však bola celkovo zdravotná situácia veľmi nepriaznivá, starostlivosť o dieťa bola v našom regióne do roku 1945 na bazálnej úrovni s vysokou chorobnosťou ako aj vysokou mierou dojčenskej úmrtnosti. Významným medzníkom pre skvalitnenie starostlivosti o deti východoslovenského regiónu bolo zriadenie Lekárskej fakulty v Košiciach v roku 1948. Súčasťou zmeny po zriadení lekárskej fakulty bola aj transformácia detského oddelenia na detskú kliniku. Jej lôžkový fond sa postupne rozrástá na 170 lôžok a tak pôvodný pavilón pre potreby kliniky priestorovo nestačí. Preto sa v roku 1950 detská klinika presťahovala do adaptovaných priestorov na Kuzmányho ulici, kde bolo postupne k dispozícii 237 lôžok. Zriadila sa následne katedra starostlivosti o ženu a dieťa (1951). Prvým prednostom detskej kliniky od jej založenia v roku 1948 do roku 1976 bol prof. MUDr. Ferdinand Démant, po ňom prof. MUDr. Oľga Pavkovčeková, CSc., a po nej prof. MUDr. Miroslav Šašinka, DrSc. V roku 2003 bola zriadená Detská fakultná nemocnica v Košiciach. Cieľom bolo sústrediť komplexnú pediatrickú starostlivosť v regióne na jedno miesto pri súčasnej dostupnosti diagnostických a terapeutických metód.



Aj dlhodobou činnosťou zdravotníckych pracovníkov v pediatrii, mnohých vychovaných na LF ÚPJŠ, sa napr. ukazovatele dojčenskej úmrtnosti na východe Slovenska postupne približujú k slovenskému priemeru, i keď životné a sociálne podmienky sú tu významne nepriaznivejšie ako v západných častiach Slovenska.

A kam smerujeme? Chceme rozvíjať naše nosné odbory, chceme naďalej poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť v pediatrii a príbuzných odboroch a naplniť tak požiadavky nemocnice 4. úrovne (podľa kategorizácie optimalizácie siete nemocníc). Máme ambíciu nadviazať na kvalitnú výchovu študentov medicíny, realizovať kvalitné špecializačné vzdelávanie, ale aj naďalej realizovať ďalšie vzdelávanie a celoživotné vzdelávanie. Postupne chceme zvýšiť naše aktivity vo vedeckovýskumnej činnosti, pokračovať vo výchove študentov v nemedicínskych študijných odboroch, vo vedeckej príprave doktorandov i odbornej príprave SZP.

V priebehu času je však jasné, že možnosti na realizáciu praktickej výučby študentov lekárskej fakulty a výchovu mladých pediatrov, ale najmä na poskytovanie vysoko špecializovanej zdravotnej starostlivosti už v nových, meniacich sa podmienkach bude potrebovať DFN a jej nosná časť – Klinika detí a dorastu – inovácie, dostavby a rekonštrukcie, ale najmä nových erudovaných, perspektívnych a zanietených zamestnancov. To je veľká výzva do ďalších rokov.

MOŽNOSTI RÝCHLEJ GENETICKEJ DIAGNOSTIKY A KRITICKY CHORÉ DETI

Šagát T.¹, Riedel R., Nedomová B., Köppl J., Babál P.², Hamidová O.³, Mlíka I.⁴

¹ DKAIM LF SZU a NÚDCH

² Ústav patologickej anatómie LF UK, Bratislava

³ Oddelenie klinickej genetiky NÚDCH,

⁴ Ústav lekárskej biológie a genetiky LF UK a UNB, Bratislava

Úvod: Rýchla genetická diagnóza u kriticky chorých detí môže v niektorých prípadoch významne ovplyvniť priebeh a výsledok liečby. Ide väčšinou o zriedkavé monogénové poruchy, u väčšiny ktorých si súčasná medicína poradiť nedokáže. Nádejou pre tieto deti v budúcnosti je génová terapia, príkladom ktorej je v súčasnosti liečba cystickej fibrózy.

Výsledky: Autori dokumentujú význam genetickej diagnózy u 2 detí, u ktorých kritické ochorenie má pôvod v gémovej mutácii.

Kazuistika 1: Dievčatko, u ktorého v 3. mesiaci začali príznaky závažnej respiračnej dysfunkcie (nepokoj, omodrávanie, lapavé dýchanie). Pri prijatí na DKAIM tachypnoe, saturácia O₂ 74 – 90 % napriek liečbe kyslíkom, zápalové parametre negat., rtg pľúc zníženie vzdušnosti obojstranne, retikuloškvritá kresba. **Kardiologické vyšetrenie:** zlyhávajúce pravej komory, **pľúca hypertenzia**. Vylúčená štrukturálna chyba srdca. HRCT s kontrastom dilatácia pravej komory, pľúcnice a jej vetiev. Respiračný panel a Covid negat. **Biopsia pľúc** - známky pľúcnej alveolárnej



hemangiomatózy. Genetické vyšetrenie panelu génov pre primárne pľúcne hypertenzie – patogénny variant v géne FOXF1, ktorý spôsobuje vrodenú alveolárnu dyspláziu. Súčasne liečba tejto varianty pľúcnej hypertenzie nie účinná a má nepriaznivú prognózu. V 8. mesiaci exitus.

Kazuistika 2: 16 ročné dievčatko so vznikom náhlej komorovej fibrilácie na hodine telocviku. Úspešná resuscitácia, EKG a ECHO nezistilo potencionalnú etiológiu.

Predpokladaná komorová arytmia po aktivácii sympatiku spôsobená mutáciami génov CALM1, RYR2 (ryanodine receptor-2) so vznikom katecholaminergickými polymorfnými komorovými tachykardiami. Účinnou liečbou je podávanie Beta blokátorov s predĺženým účinkom alebo implantácia kardioverter defibrilátoru. Čakáme na výsledok genetického vyšetrenia.

Záver: V oboch prípadoch genetická diagnóza významne prispela pri rozhodovaní o liečbe a prognóze ochorenia. Predovšetkým v druhom prípade bola veľmi prospešná pretože preventívne opatrenia (vyhýbať sa namáhavým aktivitám so stimuláciou sympatiku), liečba beta blokátormi, potencionalne implantácia defibrilátora.

DENTOVA CHOROBA – ZRIEDKAVÉ OCHORENIE SO ZÁVAŽNOU PROGNÓZOU

Koľvek G.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Dentova choroba (typ 1) je vzácne ochorenie spôsobené genetickým defektom transportného kanála v proximálnych tubuloch obličiek (gén CLCN5), čo vedie k patologicky zvýšenej exkrécii nízkomolekulárnych bielkovín močom, hyperkalciúrii a vývoju nefrokalcinózy resp. nefrolitiázy a rachitídy. Dentova choroba postihuje takmer výhradne mužské pohlavie, keďže gén CLCN5 sa nachádza X- chromozóme. Opísané sú dva varianty ochorenia: okrem typu 1 je známy aj typ 2, ktorý je podmienený mutáciou OCRL1 génu (Loweho okulocerebrorenálny syndróm).

Dentova choroba sa zvyčajne manifestuje v detstve obrazom polyúrie, asymptomatickej proteinúrie, mikrohematúrie, a obličkových kameňov (asociovaných s hyperkalciúriou a nefrokalcinózou).

Fenotypické prejavy a klinický priebeh je variabilný. Kým u niektorých pacientov môže ochorenie progredovať až do renálneho zlyhania, v iných prípadoch môžu postihnúť jedinci dosiahnuť pokročilý vek len s miernymi a/alebo stredne ťažkými príznakmi a zachovanou funkciou obličiek.

Autor na príklade kazuistiky dvoch bratov s geneticky verifikovaným ochorením demonštruje typické črty tohto zriedkavého ochorenia.



IgA VASKULITÍDA – (TANDEMOVÁ PREDNÁŠKA REUMATOLÓG – NEFROLÓG)

Bánóová E., Mráz M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

IgA vaskulitída (IgAV) je najčastejšia primárna systémová vaskulitída v detskom veku. Typicky postihuje predovšetkým kožu, gastrointestinálny trakt, kĺby a obličky. Ide o leukocytoklastický, negranulomatózny zápalový proces v stene malých ciev s IgA1 imunitnými depozitmi. Klinický priebeh IgAV u detí je variabilný, obyčajne s veľmi dobrou dlhodobou prognózou, ktorú určuje postihnutie obličiek.

Autori v kazuistike prezentujú reumatologický a nefrologický pohľad na komplikovaný scenár IgAV u dieťaťa vyžadujúceho komplexný multidisciplinárny liečebný prístup.

KOMPLIKOVANÉ BRONCHOPNEUMÓNIE VYŽADUJÚCE INVAZÍVNU LIEČBU

Balogh M., Železník J., Kubejová K., Kardos N.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

V komunite získaná pneumónia patrí v súčasnosti medzi najčastejšie ochorenia vôbec. Základnými klinickými prejavmi u detí sú zvýšená telesná teplota, kašeľ, tachypnoe, častým auskultačným nálezom je oslabené dýchanie. Najčastejším vyvolávateľom ostáva *Streptococcus pneumoniae*. O komplikovanej pneumónii hovoríme u každého dieťaťa s pneumóniou, ktorá nereaguje na antibiotickú liečbu do 48-72 hodín. Počiatočný výber antibiotík do dokázania etiologického agens je empirický, riadi sa poznatkami o najčastejších vyvolávateľoch. Rozvoj komplikácii pneumónie závisí od viacerých faktorov, z ktorých jednou je aj invazivita patogénu vrátane tvorby pre organizmus škodlivých toxínov spôsobujúcich vážne poškodenie pľúcneho tkaniva. Preto majú v liečbe komplikovanej pneumónie dôležité zastúpenie aj intravenózne imunoglobulíny. Medzi najčastejšie lokálne komplikácie patria parapneumonický výpotok - fluidothorax, empyém, pľúcny absces, bronchopleurálna fistula a nekróza pľúcneho tkaniva. Základné zobrazovacie modalitty v diagnostike pneumónií sú RTG a USG hrudníka, ktorými vieme posúdiť stav pľúcneho parenchýmu, identifikovať prítomnosť pleurálneho výpotku a monitorovať dynamiku jeho zmien, resp. efekt zvolenej terapie. Prítomnosť fluidothoraxu je často indikáciou na zavedenie hrudnej drenáže. Pri rozvoji fibrínových organizácií vo výpotku je nutné aplikovať lokálnu fibrinolýzu. V závislosti od charakteru zmien a stupňa poškodenia je u niektorých pacientov potrebné pristúpiť k torakoskopickému alebo torakotomickému ošetrovaniu.



V období január 2023 – apríl 2024 bolo na Klinike detí a dorastu DFN Košice hospitalizovaných vyše 450 pacientov s diagnózou pneumónie, z toho komplikovaný priebeh vyžadujúci invazívnu intervenciu malo 23 pacientov. Prednáška ponúka prehľad tohto súboru pacientov s komplikovanou pneumóniou ošetrovaných na našom pracovisku.

AKO NÁS OHROZUJÚ RSV INFEKcie?

Fedor M., Bělohávek T., Nosál S.

KDAIM UNM a JLF UK Martin

Infekcia respiračným syncytiálnym vírusom (RSV) patrí medzi časté príčiny hospitalizácie dojčiat. Jej najzávažnejšie formy, bronchiolitída a pneumónia, ich ohrozujú na živote. Predpokladá sa, že na celom svete do veku 2 rokov prekoná túto infekciu 95 % detí. Rizikovými pre závažnú bronchiolitídu sú prematurita detí s chronickým ochorením pľúc, vrodenu chybou srdca, neuromuskulárnymi ochoreniami a oslabenou imunitou. Ochorenie má sezónny výskyt od novembra do apríla. Vrchol symptómov sa vyskytuje okolo 4. až 6. dňa choroby. Obštrukcia dýchacích ciest je spôsobená imunitnou zápalovou odpoveďou hostiteľa. Približne 3 % z detí, ktoré ochoreli na RSV infekciu, si vyžadovalo hospitalizáciu. Ročne zomiera na celom svete na RSV infekciu 100 000 dojčiat. V súčasnosti neexistuje cieleňá liečba infekcie RSV, liečba je len podporná. V klinických štúdiách sa skúma viac antivirov, ktoré sú zamerané na prevenciu fúzie vírusu s hostiteľskými bunkami, alebo na inhibíciu replikácie vírusu. Vývoj nových antivírusových liekov je sľubný. Cieľom prednášky je poskytnúť súhrn najdôležitejších nových antivírusových terapií a vysvetliť spôsob ich účinku.

OXID UHOĽNATÝ – TICHÝ ZABIJAK

Farkašová Iannaccone S.^{1,2}, Krajčárová D.³, Lábaj P.², Girašková O.⁴

¹ Ústav súdneho lekárstva UPIŠ Lekárska fakulta, Košice

² Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Košice

³ Všeobecná ambulancia pre deti a dorast, Moldava nad Bodvou

⁴ Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Prešov

Oxid uhľnatý (CO) je bezfarebný plyn, bez chuti a bez zápachu, nedráždiaci dýchacie cesty. Vzniká ako vedľajší produkt uhlíka pri nedokonalom spaľovaní organických materiálov, pri požiaroch, pri nedokonalom spaľovaní zemného plynu, významným zdrojom sú aj výfukové plyny, plyn z kachiel a piecok, technické a banské plyny. Jeho toxicita je podmienená v afinite a väzbe na hemoglobín za vzniku karboxyhemoglobínu (COHb), čím dochádza k tzv. vnútornému tkanivovému duseniu. Významná je aj väzba na myoglobín v svalovine. Závažnosť otravy závisí od koncentrácie CO vo vdychovanom vzduchu a na dobe expozície.



Smrteľná otrava môže nastať pri vysokých koncentráciách COHb v krvi (koncentrácia 50–60%COHb predstavuje ohrozenie života) svedčiacich pre expozíciu vysokej koncentrácie CO v ovzduší, ale aj pri dlhšie trvajúcej expozícii v prostredí s nižšou koncentráciou CO. U osôb, ktoré trpia závažnejšími ochoreniami a u plodov tehotných žien, v prípadoch novorodencov a malých detí môže dôjsť k ohrozeniu života aj pri menších koncentráciách. Pitevný nález je vcelku charakteristický. Autori uvádzajú prípad smrteľnej otravy CO u 3-mesačného dieťaťa v domácom prostredí u marginalizovanej rómskej komunity. Jedným z úskalí celého prípadu bola aj náročná komunikácia obvodnej pediatričky s príbuznými dieťaťa.

NONKOMPAKTNÁ KARDIOMYOPATIA DOJČAŤA ASOCIOVANÁ S VRODENÝMI MALFORMÁCIAMI SRDCA

Farkaš D.¹, Mattová M.², Ginelliová A.¹

¹ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, SLaPA pracovisko, Ipelská 1, Košice

² Detská fakultná nemocnica Košice, Trieda SNP 1, Košice

Nonkompaktná kardiomyopatia patrí medzi zriedkavo diagnostikované kardiomyopatie. Morfologicky je charakterizovaná prominentnými trabekulami, hlbokými intertrabekulárnymi recesmi a stenčením kompaktnej časti svaloviny ľavej komory srdca. Morfologické spektrum je výrazne variabilné. Môže byť ľavostranná, pravostranná, postihujúca obe komory, izolovaná, asociovaná s inými kardiomyopatiami alebo s vrodenými malformáciami srdca. Prípady diagnostikované v detskom veku sú vo väčšine prípadov asociované s abnormalitami EKG a zníženou systolickou funkciou. Autori uvádzajú prípad dojčťa, u ktorého bol po narodení diagnostikovaný defekt ventrikulárneho a atriálneho septa so známkami primárnej pľúcnej hypertenzie. Následne bola echokardiograficky potvrdená dysfunkcia ľavej komory s obrazom hypertrofickej a nonkompaktnej kardiomyopatie. Dieťa podstúpilo opakované kardiouchirurgické výkony, pri ktorých bola vykonaná bandáž pľúcnej artérie, uzavretie defektu medzikomorovej priehradky a foramen ovale. V ďalšom období bolo opakovane hospitalizované pre zápaly dýchacích ciest a zlyhávanie srdcovej činnosti. Dieťa zomrelo vo veku 7,5 mesiaca za príznakov kardiopulmonálneho zlyhania. Pitvou boli potvrdené klinicky stanovené diagnózy. Zvláštnosťou prípadu je makroskopický a mikroskopický obraz veľmi sporadicky diagnostikovanej kombinácie primárneho ochorenia srdca a sprievodných zmien pľúcneho tkaniva.



AJ KEĎ SA NIČ NESTALO

Šišková S., Jurčinová A., Daňo J.

ÚDZS, pobočka Košice

Úvod: Jedným z hlavných cieľov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (úrad) je pôsobiť preventívne a edukačne, upozorniť na chyby a nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, z ktorých je možné sa poučiť.

Vlastný materiál: Autori na podklade kazuistiky týkajúcej sa manažmentu sedácie u 1,5-ročného dieťaťa upozorňujú na potrebu monitorovania klinického stavu pacienta.

Záver: V roku 2022 v rámci výkonov dohľadu na dialku alebo na mieste úrad vyhodnotil 153 podaní (podiel 15,52 %) ako opodstatnené. Nedostatočný monitoring klinického stavu pacienta patrí k opakovaným konštatovaným pochybeniam. Úrad v rámci svojich zákonných kompetencií ukladá dohliadanému subjektu za porušenie ustanovení zákona č. 576/2004 Z.z. týkajúcich sa poskytnutej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, povinnosť prijať nápravné opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov. V prípade, že dohliadaný subjekt prijme dostatočné nápravné opatrenia, úrad môže nezačať správne konanie vo veci uloženia pokuty.

STAGING OF TYPE 1 DIABETES AND THE POSSIBLE INTERVENTION TO DELAY IN PROGRESSION

Barkai L.

Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, UPJS Faculty of Medicine, Kosice, Slovakia

Physiological Controls Research Center, Research, Innovation and Service Center, Óbuda University, Budapest, Hungary

A proportion of individuals who have increased genetic risk of type 1 diabetes (T1D) progress to immune activation and the development of islet autoimmunity. This process is characterized by four stages:

Stage 1: multiple islet autoantibodies; normal blood glucose; presymptomatic

Stage 2: multiple islet autoantibodies; abnormal glucose tolerance; usually presymptomatic

Stage 3: blood glucose above diagnostic thresholds; may be asymptomatic or symptomatic

Stage 4: established/long-standing T1D

Nowadays, screening is possible with the aim to identify at risk or early stage of T1D although, currently there is debate about whether screening should be population-wide or limited to first-degree family members. On the other hand, ethical issue arises if no intervention is available. Huge number of primary and secondary prevention and intervention trials have



been carried out during the past decades. Till now, the only therapy demonstrated efficacy in delaying progression from Stage 2 to Stage 3 T1D is the FcR-nonbinding anti-CD3 IgG1 immunomodulation (teplizumab). In a randomized controlled phase II trial, 76 children and young adults with stage 2 T1D were treated with teplizumab or placebo (once daily iv. infusion of teplizumab for 14 days) and the primary endpoint was defined as time from randomization to Stage 3 T1D. During a median follow-up of 3 years, 55% of the treated patients had not progressed to stage 3 T1D vs. 28% of the placebo patients. The median time to the onset of stage 3 T1D was twice as long in the treated group as in the placebo group (HR=0.41; p=0.0066) (*Herold et al, N Engl J Med. 2019; 381: 603*). In the follow-up study during 2.5 years of median extension, 50% of the treated patients had not progressed to stage 3 T1D vs. 22% of the placebo patients and the median time to onset was 2.7 times longer in treated patients vs. placebo patients (HR=0.457; p=0.01) (*Sims et al, Sci Transl Med 2021; 13(583):eabc8980*). In 2022 teplizuman has been approved by the FDA for use in adults and pediatric patients with stage 2 T1D and it is the first immunotherapy approved for individuals at risk for T1D. In conclusion, T1D staging system is being used in clinical, research, and regulatory settings. Screening programs to determine T1D risk are expanding and anti-CD3 monoclonal antibody (teplizumab) is the first approved immunotherapy for use to delay progression of T1D from Stage 2 to Stage 3.

MANAŽMENT DIABETIKA S PRIDRUŽENÝMI AUTOIMUNITAMI

Ferenczová J.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Pacienti s diabetes mellitus I. typu (T1DM) majú výrazne vyššie riziko vzniku ďalšieho autoimunitného ochorenia v porovnaní s ostatnou populáciou. Tieto ochorenia zásadným spôsobom ovplyvňujú liečbu diabetu.

Autoimunitná tyreopatia je najčastejšia autoimunita asociovaná s T1DM, väčšinou je prítomná Hashimotova tyreoiditída. Jej prevalencia narastá s vekom, trvaním diabetu a ženským pohlavím. Druhou najčastejšie sa vyskytujúcou autoimunitou je celiakia, jej výskyt je 4 - 9 %. Výskyt Addisonovej choroby u diabetikov je asi 1 % a na jej prítomnosť je nutné myslieť najmä pri znižujúcej sa spotrebe inzulínu a zvýšenom výskyte hypoglykémii.

K ďalším pridruženým autoimunitným ochoreniam patrí predčasné zlyhanie ovárií, hypoparatyreóza, chronická atrofická gastritída, vitiligo, alopecia, chronická autoimunitná hepatitída a iné. Skrining autoimunitných ochorení je súčasťou základnej starostlivosti o pacientov s diabetom. Prvé vyšetrenie realizujeme pri manifestácii diabetu a následne v 1 až 2-ročných intervaloch. V súčasnosti väčšina autorov odporúča skrining tyreopatie a celiakie.

Včasný stanovenie diagnózy a začatie liečby pridruženej autoimunity je zásadné, to však samo o sebe nestačí na úpravu rozkolísania diabetu a častokrát vedie k zhoršeniu jeho



kompenzácie. Naopak, významným prínosom v manažmente diabetu je každodenné využívanie najmodernejších technológií - kontinuálne monitorovanie glykémii pomocou senzora, alebo inzulínové pumpy s prvkami umelej inteligencie (hybridná uzavretá slučka). Sú významným prínosom k dosiahnutiu optimálnej glykemickej kontroly.

L. FELD – REKONŠTRUKCIA DIAGNÓZY UMELCA

Dankovčíková A.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach

Ludoví Feld (1904 – 1991) bol talentovaný výtvarný umelec, ktorý sa narodil aj zomrel v Košiciach. Študoval u zakladateľa košickej výtvarnej moderny Eugena Króna, neskôr v Akadémii výtvarných umení v Budapešti, po návrate do Košíc v roku 1935 založil súkromnú výtvarnú školu. Okrem výtvarného talentu priťahoval pozornosť aj inak. Bol nízkeho vzrastu (112cm), mal pokojnú pokornú povahu, tenký hlások, nikdy sa neoženil, zvládol ťažké životné stresové situácie, dožil sa 87 rokov. V Osvienčime sa dostal do rúk neslávne známeho dr. Mengeleho, ktorý Felda podrobil vyšetreniam, a keď objavil jeho kresliarsky talent, musel Feld kresliť obeť Mengeleho pokusov. Na konci vojny Feld zachránil život mnohým deťom, s ktorými sa skrýval v úkryte v lágri, kde sa dočkali oslobodenia. Mengele stanovil Feldovu diagnózu ešte nemohol. V tom čase bola endokrinológia v začiatkoch svojej histórie, prvé skúsenosti s podávaním rastového hormónu sa začali zbierať až po roku 1956, v našom regióne začala možnosť liečby rastovým hormónom až po páde komunistického režimu. Z endokrinologického hľadiska sa dá predpokladať, že Feld netrpel len nedostatkom rastového hormónu, ale že zároveň mal aj centrálnu hypotyreózu (deficit TSH) a hypogonadotropný hypogonadizmus (deficit LH, FSH). ACTH deficit pravdepodobne nemal. Mohol mať sporadickú de novo mutáciu v PROP-1 géne, ktorý je najčastejšou genetickou príčinou kombinovaného deficitu pituitárnych hormónov. Experimentálnym modelom s mutáciou v géne PROP-1 sú Ames myšky, ktoré sa vyznačujú dlhovekosťou. Kazuistika poukazuje aj na fenotypovú podobnosť s populáciou Malých ľudí z ostrova Krk. V dnešnej dobe sú nositelia tejto mutácie úspešne liečení substitúciou chýbajúcich hormónov. Feld však napriek nedostupnosti hormonálnej liečby prežil veľmi zaujímavý a hodnotný život. Pri príležitosti 120 výročia narodenia umelca Východoslovenské múzeum Košice usporiadalo výstavu Lajči Báci, ktorá bude otvorená do 30. 6. 2024.



ČO ODHALILA PREDČASNÁ PUBERTA U 1,5 ROČNÉHO DIEVČATKA?

Miňová M.¹, Pribilincová Z.², Doričková A.³, Béder I.⁴

¹ *Klinika detí a dorastu a LF UPJŠ Košice, Slovensko*

² *Detská klinika NÚDCH a LFUK Bratislava, Slovensko*

³ *Detská endokrinologická ambulancia Humenné, Slovensko*

⁴ *Klinika detskej chirurgie NÚDCH a LFUK, Bratislava, Slovensko*

Adrenálne tumory sú u detí extrémne zriedkavé (0,2/milión/rok) a majú špecifické klinické a histopatologické charakteristiky. Väčšina je súčasťou hereditárnych syndrómov s mutáciami v génoch asociovaných s hyperproliferáciou. Autori prezentujú prípad 1,5 ročného dievčatka so známami predčasnej heterosexuálnej pseudopuberty. V hormonálnom profile bol prítomný izolovaný hyperandrogenizmus - vysoké hladiny dehydroepiandrosterónsulfátu (DHEAS) a androstendiónu (ASD), kortizolémia vykazovala primeraný diurnálny rytmus. Neboli prítomné laboratórne parametre neuroendokrinne aktívneho nádoru (feochromocytómu, paragangliómu, neuroblastómu). CT vyšetrením bola v oblasti pravej nadobličky verifikovaná oválna ohraničená ložisková lézia 26x21x29 mm, nehomogénna, bez známk kalcifikátov. Následne pacientka podstúpila na Klinike detskej chirurgie NÚDCH operačný výkon – laparoskopickú totálnu extirpáciu tumoru s následnou histologizáciou. Histopatologicky bol identifikovaný adrenokortikálny atypický tumor s nejasným biologickým potenciálom. Vzhľadom na problematickú koreláciu histologických znakov a biologického správania adrenokortikálnych tumorov u detských pacientov bolo indikované genetické vyšetrenie. U našej pacientky bol v géne TP53 zistený patogénny variant c.635_636delTT (p. Phe212Serfs $\square\square3$;rs864309495) v heterozygotnom stave, ktorý je kauzálny pre ochorenie Li-Fraumeni syndróm. Li-Fraumeni syndróm (LFS) je zriedkavé autozomálne dominantne dedičné ochorenie, so zvýšeným rizikom pre rôzne typy nádorov detského až dospelého veku. Príčinou vzniku syndrómu je mutácia tumorsupresorového génu TP53, ktorý za normálnych okolností bráni nekontrolovanému rastu nádorových buniek. Najčastejšími typmi so spektra LFS nádorov sú adrenokortikálne karcinómy, nádory prsníka, nádory CNS, osteosarkómy a sarkómy mäkkých tkanív, v menšej miere aj iné typy nádorov. Mutácia je dedičná ale môže vznikať aj de novo, jej nosiči vyžadujú celoživotné sledovanie a multidisciplinárny prístup. U našej pacientky sme síce odstránením sekrečne aktívneho tumoru nadobličky vyriešili príčinu predčasnej heterosexuálnej pseudopuberty, avšak potvrdením LFS pacientka bude naďalej v našom intenzívnom sledovaní so snahou o včasný záchyt a riešenie komplikácií.

Kľúčové slová: predčasná periférna puberta s heterosexuálnymi prejavmi, tumor nadobličky, Li-Fraumeni syndróm.



KEDY JE TEN SPRÁVNY ČAS RIEŠIŤ RAST?

Ferenczová J.

Klinika detí a dorastu UPJŠ a DFN Košice

Rast dieťaťa je komplexný dej podmienený súhrou viacerých vonkajších a vnútorných procesov, ktoré ovplyvňujú rast prenatálne aj postnatálne. Každé z období rastu dieťaťa (fetálne, dojčenské, detské a pubertálne) je jedinečné a má svoje špecifiká. Kým v prvom roku života je pre rast najdôležitejšia výživa, samotný rastový hormón sa do rastu zapája až od 3. roku života, s pomerne dlhým a linerárnym rastom do začiatku puberty.

Poruchu rastu má dieťa, ktoré rastie pod 3. percentilom pre daný vek a pohlavie. Zjednodušene rozlišujeme štyri skupiny príčin poruchy rastu: 1. chronické ochorenia, 2. endokrinné poruchy, 3. primárne poruchy rastu skeletu a 4. idiopaticky nízky rast (ISS).

Na včasné zachytenie retardácie rastu je nevyhnutné pravidelné sledovanie rastovej krivky dieťaťa, ale aj poznanie najčastejších príčin porúch rastu v konkrétnom období života dieťaťa.

Už v novorodeneckom veku dokážeme na základe pôrodných údajov vyselektovať skupinu detí, u ktorých môže po druhom roku života pretrvávať a prehĺbovať sa porucha rastu na podklade SGA (dieťa malé vzhľadom na dĺžku trvania tehotenstva). Ďalším príkladom typického zaostávania v raste je neskorší nástup puberty, čím sa oneskoruje aj rastový špurt typický pre toto obdobie a dieťa zaostáva v raste oproti rovesníkom.

Poznanie fyziológie rastu a možných patologických stavov v jednotlivých vekových obdobiach je nápomocné v skorej diagnostike a liečbe stavov spojených s nízkou postavou.

AKÚTNÁ BOLEŠŤ BRUCHA

Kubejová K., Drobnáková S., Škapincová A.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košiciach, Trieda SNP 1, 040 01 Košice, Slovensko

Bolešť brucha v detskom veku patrí k veľmi častým symptómom a k jedným z najťažších diferenciálno-diagnostických problémov v pediatrii. Hoci ju dieťa vníma veľmi intenzívne, nedokáže ju opísať, nevie určiť jej lokalizáciu a vyžarovanie a do brucha lokalizuje často aj bolesti zo vzdialených orgánov. Stanovenie presnej príčiny akútnych bolestí brucha si vyžaduje komplexné vyšetrenie vrátane anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia a ďalších pomocných vyšetrení, v rámci ktorých má ultrasonografia svoje prvoradé zastúpenie.

V práci autori na krátkych kazuistikách detských pacientov s bolesťami brucha demonštrujú význam ultrasonografie v základných diferenciálno - diagnostických algoritmoch.

Podporené grantom KEGA 016UPJŠ-4/2022



KEĎ NOVORODENEC „BLINKÁ“ ...

Kalinová N., Kubejová K., Škapincová A.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN v Košiciach, Trieda SNP 1, 040 01, Košice, Slovensko

Duodenálna atrezia je prenatálne diagnostikovateľná vrodená črevná obštrukcia. Jej incidencia je 1:10 000 pôrodov a tvorí 25 - 40 % všetkých črevných atrezií. Pomerne často je asociovaná s Downovým syndrómom a závažnými vrodenými vývojovými chybami gastrointestinálneho traktu. Až polovica novorodencov sa rodí predčasne. Vzhľadom na rozličný stupeň duodenálnej lumenálnej obštrukcie sa klinické príznaky môžu prejaviť už v novorodeneckom veku, v priebehu prvých 24-38 hodín po narodení, biliárnym alebo nebiliárnym zvracaním typicky po prvom nakŕmení.

Pokiaľ nie je duodenálna obštrukcia zachytená prenatálnym USG vyšetrením diagnóza duodenálnej obštrukcie je stanovená na základe anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia a RTG snímky brucha s nálezom typického obrazu tzv. „double – bubble“ – dvoch hladínok – žalúdočnej a duodenálnej. Ultrasonograficky môže byť verifikovaná aj kombinácia s pridruženými VVCH. Terapeutická intervencia zahájená po stabilizácii vnútorného prostredia je chirurgická, súčasná operačná technika a intenzívna neonatologická starostlivosť znížila celkovú mieru ťažkej morbidity a mortality u týchto pacientov na cca 5 %.

Autorky predstavujú kazuistiku 8 dňovej pacientky hospitalizovanej na Klinike detí a dorastu pre opakované „blinkanie“, kde presná ultrasonografická diagnostika viedla k rýchlemu stanoveniu diagnózy.

KEĎ DIEŤA KRÍVA

Miklasová D.¹, Bánóová E.², Vargová V.²

¹ II. DK SZU DFNsP Banská Bystrica

² KDD DFN a LF UPJŠ Košice

Krívanie je porucha stereotypu chôdze spôsobená patologickými stavmi pohybového aparátu, neurologickými alebo cievnyimi ochoreniami. Etiológia je rozmanitá, môže byť prejavom benígneho, ale aj život ohrozujúceho stavu. Medzi najčastejšie príčiny krívania u detí patrí bolesť bedrového kĺbu. Etiológia bolesti bedrového kĺbu závisí od veku dieťaťa.

Autori v kazuistike predstavujú prípad 4-ročného pacienta s náhle vzniknutou bolesťou kolena a krívaním. V objektívnom náleze bola prítomná bolesť a obmedzená hybnosť bedrového kĺbu. V diferenciálnej diagnostike bolesti bedrového kĺbu zohráva dôležitú úlohu sonografické vyšetrenie. Autori približujú správnu techniku vyšetrenia a interpretáciu sonografických nálezov. Vzhľadom na klinický priebeh, laboratórne parametre a USG nález je u pacienta stanovená diagnóza tranzientnej synovitídy.



AUSKULTUJTE POZORNE ...

Kubejová K., Škapincová A.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košiciach, Trieda SNP 1, 040 01 Košice, Slovensko

2-ročná pacientka bola prijatá na detské oddelenie pre suspektnú febrilnú infekciu močových ciest. Podľa udania mamy malo dievčatko vysoké horúčky a jej plienka „zapáchala“. Pacientka nebola v nemocnici hospitalizovaná prvý krát, vo veku šiestich mesiacov prekonala rotavírusovú gastroenteritídu s nutnosťou intravenózne rehydratačnej liečby a ako 18-mesačná bola hospitalizovaná pre pravostrannú pyelonefritídu vyvolanú *Escherichia coli*. Ostatná anamnéza, vrátane perinatálnej, bola bez pozoruhodností.

Vysoké zápalové parametre a pozitívny kultivačný nález *Escherichia coli* v moči opätovne potvrdili febrilnú infekciu močových ciest. Avšak definitívnu diagnózu, netypickú pre tento vek, odhalilo až podrobné fyzikálne a ultrazvukové vyšetrenie ...

Podporené grantom KEGA 016UPJŠ-4/2022

SYSTÉMOVÁ JUVENILNÁ IDIOPATICKÁ ARTRITÍDA - DIAGNOSTIKA A LIEČBA V SÚČASNOSTI

Vargová V.

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN, Košice, Slovensko

Systémová juvenilná idiopatická artritída (Stillova choroba) – je podľa stále platnej ILAR klasifikácie jednou zo 7 foriem juvenilnej idiopatickej artritídy (JIA). Má svoj charakteristický klinický priebeh - kedy je artritída (aspoň jedného kĺbu) sprevádzaná tzv. systémovými prejavmi. Patrí k nim horúčka, exantém, serozitída, hepatosplenomegália a lymfadenopatia. Uvedené príznaky sú pre chorobu charakteristické, ale málo špecifické. Podstatou diagnózy stále ostáva dôsledná diferenciálna diagnostika horúčky neznámeho pôvodu, ktorá musí vylúčiť infekčné, malígne a iné autoimunitné či autoinflamatórne ochorenie. Objasnenie patofyziológie sJIA, ktorá spočíva v poruche regulácie mechanizmov vrodenej imunity definitívne zaradilo túto formu JIA medzi autoinflamatórne choroby. Výsledkom polygénne podmienenej poruchy regulácie imunitnej odpovede je okrem iného dysregulovaná tvorba prozápalových cytokínov – najmä interleukínu-1 a interleukínu-6. Ich cieľená blokáda je dnes súčasťou liečebnej stratégie sJIA.

V práci autori na kazuistikách 2 pacientiek demonštrujú ako nové liečebné možnosti menia prognózu pacientov. Súčasne upozorňujú na možné komplikácie liečby a potrebu dôsledného monitoringu liečených detí.



PORUCHY PRÍJMU POTRAVY ASOCIOVANÉ S OCHORENAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Havlíčková Z., Michnová Z., Pršo M., Bánovčin P.

Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica a Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Výskyt porúch autistického spektra (PAS) u detí má narastajúci trend. Prevalencia nie je presne známa a odhaduje sa okolo 1 – 2 % detí, pričom prvé prejavy je možné pozorovať už v batoleneckom veku. Prognóza ochorenia významne závisí na včasnej a správnej diagnostike, ktorá umožňuje zvoliť vhodnú terapeutickú intervenciu. Podľa aktuálnych klinických štúdií má až 75 – 90 % detí s PAS atypické stravovacie návyky, ktoré okrem rizika deficitu makro- a mikronutrientov so sebou prinášajú významnú stresovú záťaž pre celú rodinu. Najčastejšie vyskytujúcim sa problémom je významná selektivita pri výbere jedla, charakterizovaná preferenciou úzkeho spektra potravín. Preferencia/odmietanie môže súvisieť nielen s konkrétnou potravinou, ale aj jej vlastnosťami (konzistencia, farba, teplota, tvar...), prezentácií (umiestnenie na stole/tanieri), ako aj preferencií špecifických tanierov, príborov... Príčina atypických stravovacích návykov zatiaľ nebola objasnená, predpokladajú sa zmeny v taktilnej a ústnej senzorickej senzitivite. V klinickej praxi je okrem včasnej PAS asociovanej gastrointestinálnej symptomatológie potrebné odlišenie od iných problémov typických pre detský vek napr. neofóbiou, vyberavého jedenia (*picky eating*), ale aj organických ochorení napr., potravinových alergií.

KDY MYSLET NA EXOKRINNÍ INSUFICIENCI PANKREASU U DEŤÍ

Michnová Z., Havlíčková Z., Pršo M., Bánovčin P.

Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica Martin

Exokrinní pankreatická insuficience je podmienená nedostatečnou sekrecií pankreatických enzýmov alebo jejich nedostatečnou intraluminálnou aktiváciou (vrozený defekt enterokinázy) alebo jejich zvýšenou inaktiváciou (relatívna pankreatická insuficience). Hlavnú príčinou u detí je chronická pankreatitída a cystická fibróza (CF), ktoré vedú k ztráte pankreatického parenchymu. Najčastejšou príčinou chronickej pankreatitídy u detí je CF a hereditárna pankreatitída s autozomálne dominantnou dedičnosťou. Ďalšie príčiny chronickej pankreatitídy sú vrozené anomálie pankreatických a žľučových vývodů, potraumatické lézie, hyperlipidémia, hypertriglyceridémia, hyperparathyreóza, deficit alfa-1-antitrypsinu, diabetes mellitus I. typu a autoimunitná pankreatitída. Relatívna exokrinná insuficience pankreasu sa vyskytuje u pacientů s výraznou žalúdočnou hyperaciditou (Zollinger-Ellisonův syndrom), po resekciách žaludku, tenkého stŕeva alebo v dôsledku sníženého sekrétu sekrétinu pri zápalovom poškodení tenkého stŕeva (celiakie, Morbus Crohn). Redukcia pankreatických enzýmov vedie k pankreatickej malabsorpcii všetkých základných živín, liposolubných vitamínů, vápniku a vitamínu B12.



V klinickém obraze lehkých forem exokrinní pankreatické insuficience dominují nespecifické dyspeptické symptomy jako zvýšené nadýmání, borborygmy, pocit předčasné sytosti, nechutenství, změněna defekačního stereotypu, u dětí i zácpa. Závažné formy pankreatické maldigesce se klinicky projeví poklesem hmotnosti, steatoreou, azotoreou, která se může vést k poklesu sérového albuminu a vzniku periferních edémů. Ostatní projevy malabsorpčního syndromu jako hypokalcemická tetanie, stomatitída, makrocytární anémie, hemoragické projevy a metabolická osteopénie jsou méně časté. V klinické praxi nejrozšířenějším užívaným nepřímým testem k hodnocení exokrinní insuficience je stanovení elastázy I ve stolici. Normální hodnoty jsou nad 200 ug/gr stol, nižší hodnoty jsou v prvním měsíci života a u předčasně narozených dětí a v průběhu akutních průjemových onemocnění. Substituční léčba exokrinní pankreatické insuficience formou acidorezistentních mikropelet je indikována pokud je přítomný trvalý hmotnostní úbytek, frekventní stolice s nestrávenými zbytky, pankreatická bolest anebo dyspeptické obtíže. Maximální dávka (lipázy) u dětí s CF by neměla přesáhnout 10 000j/kg/den, pro zvýšené riziko vzniku fibrotizující kolonopatie.

Klíčová slova: pankreas, insuficience, elastáza, děti

PREČO POTREBUJEME DIÉTNU TERAPIU U PACIENTOV S IBD V ÉRE BIOLOGICKEJ LIEČBY?

Petrášová M., Tarcalová B., Kukla N.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Etiológia nešpecifického zápalového ochorenia čriev (inflammatory bowel disease, IBD) typu Crohnovej choroby (Crohn's disease, CD) je považovaná za multifaktoriálnu, zahŕňajúc interakciu genetických a environmentálnych faktorov. Typ výživy, teda diéta dieťaťa, výrazným spôsobom formuje zloženie mikrobioty jedinca a predpokladá sa, že táto zohráva významnú úlohu v patogenéze IBD. Navyše, malnutícia, či zaostávanie v raste, podmienené viacerými faktormi - ako redukovaný energetický príjem, reštrikcia orálneho príjmu z obavy pred zhoršením symptómov nekontrolovanej IBD, malabsorpcia živín, zvýšené energetické nároky pri systémovom zápale, strata nutričov z gastrointestinálneho traktu (exsudatívna enteropatia pri IBD) – patria ku základným charakteristickým somatickým nálezom pri pediatrickom IBD. Práve tieto poznatky nasmerovali skúmanie možností využitia nutričnej terapie k manažmentu CD, s cieľom ovplyvnenia slizničného zápalu, intestinálnej dysbiózy ako aj optimalizácie nutričného stavu.

Rast a vývoj sú jedinečnými charakteristikami detského veku, preto v manažmente pediatrických IBD pacientov, zvlášť Crohnovej choroby, sa okrem cielenia na ovplyvnenie zápalu nesmie zabúdať na nutričný stav. Podľa recentných poznatkov práve podvýživa a sarkopénia negatívne ovplyvňujú vývoj ochorenia, možný nástup komplikácií ako aj odpovedavosť na medikamentóznou liečbu, ktorá je v detskom veku limitovaná v porovnaní s populáciou dospelých IBD pacientov.



Exkluzívna enterálna výživa (exclusive enteral nutrition, EEN) preukázala vysokú účinnosť v indukčnej fáze terapie CD, preto v ostatných rokoch sa početné výskumné skupiny zamerali na hľadanie možnosti udržiavania remisie pacientov zásahom do diéty dieťaťa, ideálne so zaradením súčastí bežnej stravy.

DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA A LIEČBA HYPERAMONÉMIE - STÁLE AKTUÁLNA TÉMA

Brennerová K.¹, Letenayová I.², Hlavatá A.¹, Tárnoková S.³, Potočnáková L.⁴,
Drobňáková S.⁵, Bzdúch V.¹

¹ *Detská klinika LFUK a NÚDCH, Bratislava*

² *Neonatologická klinika intenzívnej medicíny LF UK a NÚDCH, Bratislava*

³ *Oddelenie laboratórnej medicíny NÚDCH, Bratislava*

⁴ *Metabolická ambulancia DFN, Košice*

⁵ *Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice*

Úvod: Závažná hyperamonémia je akútny, život ohrozujúci stav. Ak sa včas nerozpozna a terapeuticky neovplyvní, môže viesť k ireverzibilnému poškodeniu CNS až k úmrtiu pacienta. Koncentráciu amoniaku je potrebné stanoviť u každého kriticky chorého, ak nie je známa etiológia jeho stavu.

Cieľ práce: Autori prezentujú diferenciálno-diagnostické a liečebné postupy pri hyperamonémii. Najčastejšou príčinou závažnej hyperamonémie u detí sú dedičné metabolické ochorenia. U prematúrnych detí treba oddiferencovať tranzientnú hyperamonémiu, raritnou príčinou sú cievné anomálie v oblasti pečene.

Deficit ornitíntranskarbamylázy viazaný na X chromozóm je ochorenie s najvyššou incidenciou z dedičných porúch cyklu močoviny. Jeho závažná forma sa u jedincov mužského pohlavia manifestuje významne zvýšenou koncentráciou amoniaku už v skorom novorodeneckom období. V protiklade s tým sa „late - onset“ forma s miernym deficitom enzýmu často prejaví až pri súčasnom pôsobení inej hepatotoxikkej noxy (alkoholizmus, EBV vírus, ..).

Pri liečbe hyperamonémie sa okrem dôležitej diétnej liečby využíva aj farmakoterapia a eliminačné metódy. Možnosti farmakologickej liečby sa rozrástli o moderné lieky, ktoré sú pacientami lepšie tolerované a majú menej nežiadúcich účinkov (glycerolfenylbutyrát, kyselina karglumová). Limitáciou ich použitia je v súčasnosti existencia len formy na enterálne podanie. Autori uvádzajú svoje skúsenosti s terapeutickým využitím kyseliny karglumovej pri rôznych príčinách hyperamonémie.

Záver: Prognóza dieťaťa s hyperamonémiou závisí od maximálnej koncentrácie amoniaku a dĺžky obdobia, v akom na CNS pôsobí. Z tohto pohľadu je kľúčový včasný záchyt hyperamonémie,



čo okrem erudovaného zdravotníckeho personálu vyžaduje širokú dostupnosť laboratórnej diagnostiky. Potrebná farmakoterapia spolu s extrakorporálnymi eliminačnými metódami by mali byť sústredené do špecializovaných metabolických centier.

VÝŽIVA BATOLIAT - AKO JU VIDIA RODIČIA A AKO JU VNÍMAJÚ PEDIATRI

Kuchta M.

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice

Úvod: Zásady správnej výživy (napr. zásady, ktoré vydala Svetová zdravotnícka organizácia) sa opierajú o vedecky preskúmané a v praxi overené poznatky, teda ide o vedecký prístup, ktorý prevažná väčšina odborníkov v oblasti medicíny i výživy uznáva, riadi sa nimi a propaguje ich. Tieto zásady sú síce bežne a voľne dostupné aj ostatnému obyvateľstvu, avšak zdroje informácií o výžive, stravovaní a ich význame pre zdravie a prevenciu chorôb sú veľmi pestré a nie vždy sú vedecké, správne, niekedy sú až škodlivé.

Cieľ: Zistiť aktuálny stav v činnosti pediatrov v oblasti výživy u detí v prvých troch rokoch života. Zistiť pohľad pediatrov na stav výživy v populácii detí v ich obvodoch. Na základe analýzy online dotazníka NutriCheq, ktorý vyplňali rodičia, porovnať niektoré parametre týkajúce sa problematiky stravovania a výživy tejto vekovej kategórie detí.

Materiál a metódy: Dotazníkový prieskum kvantitatívnou metódou (výskumný dotazník) aj kvalitatívnou metódou (štruktúrovaný rozhovor) medzi ambulantnými všeobecnými lekármi pre deti a dorast. Výstupy z anonymných digitálnych výstupov diagnosticko-edukačného nástroja NutriCheq.

Výsledky: Viac než 77 % pediatrov prikladá otázkam stravy mimoriadnu dôležitosť a venuje sa týmto témam počas pravidelných prehliadok do dvoch rokov dieťaťa. Takmer 60 % pediatrov sa téme stravy venuje približne 1/3 z času pravidelnej prehliadky, ale takmer 27 % sa venuje téme výživy iba podľa potreby. Za najväčšie nedostatky v strave detí vo svojich obvodoch považujú pediatri najmä nadbytok cukru v strave, nesprávne zavádzanie príkrmov, nedostatočnú pestrosť v strave, nadbytok soli v strave, nedostatok mliečnej výživy. Celkovo asi 1/3 matiek sa až extrémne zaujíma o otázky stravovania svojich detí, 1/3 normálne a racionálne, zvyšok matiek nejaví o túto tému záujem. Najväčšie nedostatky u detí do dvoch rokov vidia pediatri najmä vo zvyšujúcej sa nadváhe, v nedostatku pohybu, vo vyberavosti v strave, v nesprávnom pitnom režime a v nedostatku spánku. Podľa analýzy NutriCheq sa nezlepšila konzumácia jedál s dostatočným obsahom železa, taktiež sa nezlepšila konzumácia ovocia, zlepšila sa konzumácia zeleniny, znížila sa konzumácia mlieka a mliečnych výrobkov, znížila sa konzumácia jedál rýchleho občerstvenia, ale takmer o 10 % narástla konzumácia sladkostí...



Záver: Projekt opakovane realizovaný v spolupráci viacerých kooperujúcich organizácií považujeme za významný zdroj informácií pri zisťovaní potrieb, kladov a záporov v oblasti edukácie pediatrov v problematike výživy dojčiat a batoliat, ale aj o rodičovskom nezaujme alebo, naopak, na záujme o alternatívne stravovanie. Zdravotnú výchovu je preto vhodné zacieliť aj na verejnosť a výraznejším vstupom odborníkov do médií. Výstupy prieskumu poukazujú na nevyhnutnosť pokračovať v kontinuálnom vzdelávaní odbornej verejnosti aj v šírení povedomia o otázkach výživy dojčiat a batoliat medzi rodičmi.

MÔŽE MAŤ PACIENT S IBD NIEČO EXTRA?

Petrášová M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Úvod: Extraintestinálne manifestácie (EIM) pri nešpecifických zápalových ochoreniach čreva (inflammatory bowel disease, IBD) sa vyskytujú pri oboch entitách ulceróznej kolitíde aj Crohnovej chorobe. Najčastejšie manifestácie zahŕňajú muskuloskeletálny a kožný systém. Medzi ostatné manifestácie radíme ešte hematologické, kardiovaskulárne, hepatopankreatobiliárny postih (primárna sklerotizujúca cholangitída), očné, renálne a pľúcne postihnutie. EIM sú zdrojom morbidít ale aj mortalít u pacientov s IBD (primárna sklerotizujúca cholangitída, trombembolické príhody...), pričom často ovplyvňujú kvalitu života chronického IBD pacienta viac ako samotné základné ochorenie.

Cieľ práce: Autor prezentuje prehľad najfrekventnejších muskuloskeletálnych EIM u pediatrických IBD, ako aj recentné odporúčania stratégie na ich manažment.

V závere prezentuje kazuistiku detského pacienta s Crohnovou chorobou a EIM - kĺbnym postihnutím.

Záver: Najviac EIM asocjuje s kolonickým postihom u IBD pacientov, aj keď v niektorých prípadoch môžu klinicky manifestovať skôr ako samotné lumenálne postihnutie. Manažment takýchto pacientov je často zložitým problémom, resp. výzvou, pričom najlepšiu efektivitu možno dosiahnuť multidisciplinárnym prístupom.

NEPROSPIEVAJÚCE DOJČA - MOŽNOSTI NUTRIČNEJ INTERVENCIE V PRIMÁRNEJ PEDIATRII

Tarcalová B.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN, Košice

Deti sú z hľadiska výživy rizikovou skupinou pre rozvoj malnutrície, ktorá môže mať negatívny vplyv na vyvíjajúci sa detský organizmus aj s dlhodobými následkami do dospelosti. V porovnaní s dospelými majú podstatne vyššie energetické a nutričné požiadavky na jednotku



hmotnosti, keďže je nevyhnutné zabezpečiť aj ich primeraný rast a vývoj. Tieto energetické nároky sa v prípade choroby môžu až zdvojnásobiť. Optimalizáciou nutričného stavu sa znižuje výskyt infekčných komplikácií, skracuje sa trvanie hospitalizácií i rekonvalescencie, zlepšuje sa prognóza i celková kvalita života pacientov a v neposlednom rade sa znižujú i ekonomické náklady. Nevyhnutnou súčasťou pediatrikej starostlivosti je zabezpečiť adekvátne nutričné požiadavky dieťaťa v každej vekovej kategórii.

Najzraniteľnejšími z hľadiska podvýživy sú najmä dojčatá, čo súvisí s ich intenzívnym telesným rastom, prudkým psychomotorickým vývojom a limitovanými nutričnými rezervami. Poruchy výživy v tomto období môžu mať za následok retardáciu rastu, zmeny telesného zloženia či poruchy kognitívneho vývoja. Pravidelné sledovanie a hodnotenie nutričného stavu umožní odhaliť i počiatočné príznaky podvýživy, ktoré včasnou, ale najmä správne zvolenou nutričnou intervenciou je možné zvrátiť a zabrániť tak rozvoju komplikácií. Ak dojča pri pití adekvátneho množstva materského mlieka alebo umelej mliečnej formuly neprospieva, máme k dispozícii špeciálne, nutrične kompletne dojčenské formuly (polymérne i oligomérne) so zvýšeným obsahom energie. Sú určené na diétny režim pri podvýžive súvisiacej s ochorením, pre deti s poruchami rastu, zvýšenou potrebou energie a/alebo obmedzeným príjmom tekutín. Vzhľadom k súčasne platnej legislatíve je možná preskripcia týchto prípravkov veľmi jednoducho už pri identifikácii poruchy výživy priamo v ambulancii primárneho pediatra.

URTIKÁRIA ZNÁMA NEZNÁMA

Gerecová K., Feketeová A.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Urtikária (žihľavka) patrí medzi kožné ochorenia s vysokou prevalenciou v detskom aj dospelom veku. Klinickým prejavom je urtika a/alebo angioedém sprevádzané pocitom svrbenia alebo pálenia. Objavuje sa v rôznych tvaroch a veľkostiach kdekoľvek na tele. Podľa dĺžky trvania je akútna ≤ 6 týždňov, alebo chronická > 6 týždňov, ktorú rozlišujeme na indukovateľnú a spontánnu.

Akútna urtikária (AU) môže byť sprievodným príznakom infekčných ochorení – vírusových, bakteriálnych aj parazitárnych, alebo je prejavom I. typu IgE mediovanej alergickej reakcie na potravinové, liekové, hmyzie alergény. Vyšetrenia sú zamerané na odhalenie spúšťača – príčinného alergénu. Liekom 1. voľby sú nesesatívne antihistaminiká 2. generácie. Systémové kortikoidy pri AU by sa nemali podávať dlhšie ako 10 dní.

Chronická spontánnu urtikária (CSU) nie je prejavom alergickej reakcie. Existujú 2 typy CSU - autoalergická asociovaná s tvorbou IgE protilátok proti autoantigénom - autoimunitná mediovaná autoprotilátkami IgG proti IgE alebo vysokoafinitnému receptoru pre IgE. Liekom voľby sú nesesatívne antihistaminiká 2. generácie až v štvornásobnej dávke. Pri zlyhaní tejto liečby máme k dispozícii biologickú liečbu omalizumabom.

V závere sú prezentovné kazuistiky detských pacientov s akútnou aj chronickou urtikáriou.



PROGRAM STOMATOLOGICKEJ STAROSTLIVOSTI O RIZIKOVÝCH A NESPOLUPRACUJÚCICH DETSKÝCH PACIENTOV V DFN KOŠICE

Kaiferová J.^{1,2}, Ďurica J.^{1,2}, Soták-Benedeková L.²

¹ *Detská fakultná nemocnica Košice*

² *1. Stomatologická klinika, UPJŠ LF a UNLP Košice*

Ošetrovanie chrupu v celkovej anestézii u rizikových a nespolupracujúcich detských pacientov predstavuje zložitý, ale nevyhnutný aspekt stomatologickej starostlivosti. Cieľom tohto postupu je bezpečné a efektívne ošetrovanie pre deti, ktoré vzhľadom na celkový zdravotný stav alebo nedostatočnú spoluprácu, nie sú ošetriteľné bežnými ambulatnými postupmi.

Ošetrovanie chrupu v celkovej anestézii minimalizuje stres a úzkosť spojenú so stomatologickým ošetrovaním, čo umožňuje lepšiu spoluprácu s detskými pacientmi, avšak nevyhnutný je multidisciplinárny prístup.

Od roku 2021 sa v spolupráci DFN a UNLP postupne začal rozvíjať program stomatologickej starostlivosti - ošetrovania chrupu v celkovej anestézii u rizikových a nespolupracujúcich detských pacientov, čo výrazne prispieva k zlepšeniu kvality stomatologickej starostlivosti pre túto citlivú skupinu pacientov.

Prednáška je venovaná medziodborovej spolupráci a prehľadu možností ošetrovania uvedených pacientov v rámci DFN Košice.

PRIMOMANIFESTÁCIA CROHNOVEJ CHOROBY – ANALÝZA SÚBORU PACIENTOV HOSPITALIZOVANÝCH NA KDD UPJŠ LF A DFN V KOŠICIACH V ROKOCH 2019 - 2023

Kiss G., Petrášová M., Tarcalová B., Vargová V.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Diagnóza Crohnovej choroby (CD) u detí stále predstavuje veľkú výzvu predovšetkým pre heterogénne klinické prejavy najmä v úvode ochorenia. Autori v práci sumarizujú prehľad príznakov Crohnovej choroby u pediatrických pacientov v období jej primomanifestácie a teda pred poznaním diagnózy. Crohnova choroba sa u detí bežne prejavuje nešpecifickými príznakmi, ako sú bolesť brucha, hnačka a únava. Pediatricki pacienti však často vykazujú ďalšie „charakteristické“ symptómy vrátane spomaleného rastu, oneskorenej puberty či perianálneho postihu.

V prezentácii analyzujeme súboru 78 pediatrických pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na našej klinike v rokoch 2019 - 2023 u ktorých sa potvrdila diagnóza – Morbus Crohn. Veľká časť pacientov k nám prišla s mimočrevnou symptomatológiou a pri hlbšej analýze anamnéz



boli prítomné aj niektoré extraintestinálne príznaky, ktoré bývajú častokrát málo nápadné a teda prehliadané. Je dôležité, aby detský lekár, a najmä lekár prvého kontaktu mal na pamäti, že nízky vzrast, sideropenická anémia alebo dokonca chronická análna fisúra môžu byť už prvotným prejavom tohto ochorenia. Včasný poznatie a včasná diagnostika M. Crohn podmieňuje úspešnosť liečby a minimalizáciu komplikácií ochorenia.

Kľúčové slová: Crohnova choroba, IBD

INFEKCIA CLOSTRIDIODES DIFFICILE V PEDIATRII

Kardos N.¹, Čurová K.²

¹ Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN KE

² Ústav lekárskej a klinickej mikrobiológie UPJŠ LF a UNLP KE

Clostridioides difficile (CD) je grampozitívna, sporulujúca, anaeróbna baktéria bežne sa vyskytujúca v prírode, odpadových a povrchových vodách, ale tiež v tráviacom trakte zvierat a ľudí. Túto baktériu môžeme nájsť aj v čreve približne 5 % zdravých dospelých a u detí, hlavne v novorodeneckom a dojčenskom období, je dokonca jej výskyt vyšší. Infekcia sa prenáša z človeka na človeka fekálne – orálnou cestou a môže vyvolať črevné ochorenie, ktoré prebieha buď ako ľahšie hnačkové ochorenie, alebo ako život ohrozujúca pseudomembranózna enterokolitída, až sepsa. Infekcia vyvolaná *Clostridioides difficile* (CDI) patrí medzi tzv. nozokomiálne infekcie, teda infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou a často sa rozvíja po podaní antibiotík, predovšetkým širokospektrálnych. Dva hlavné faktory virulencie pri CD sú toxíny „A“ a „B“. Niektoré kmene CD, najmä tzv. hypervirulentné, exprimujú aj ďalší toxín, označovaný ako binárny toxín. Jeho úloha pri virulencii nie je zatiaľ úplne objasnená, hoci existuje súvislosť medzi prítomnosťou binárneho toxínu a vyššou mortalitou pacientov. Výskyt CDI u detí sa za posledné tri desaťročia výrazne zvýšil. Na rozdiel od dospelých je CDI u detí získaná častejšie v komunite ako v zdravotníckom zariadení, podľa literárnych údajov komunitný pôvod predstavuje tri štvrtiny všetkých prípadov ochorenia. Diagnostika CDI u detí je náročná a detekcia prítomnosti patogénu neznamena vždy potvrdenie diagnózy. Napriek existencii určitého diagnostického algoritmu, v mnohých krajinách sveta, vrátane Slovenska absentujú aktualizované odporúčania pre správnu a rýchlu diagnostiku CDI v pediatrickej populácii, vrátane jednoznačných terapeutických usmernení, ktorých pacientov a za akých okolností liečiť.



FEBRILNÉ KRČE – MÝTY, FAKTY, MANAŽMENT

Kučeravá V.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Febrilné krče (FK) patria k najčastejším neurologickým príznakom u detí od 6 mesiacov do 6 rokov, pričom maximum výskytu je medzi 12. až 18. mesiacom veku. Incidencia je udávaná od 2 – 5 % detskej populácie, pričom štatisticky o niečo viac dominujú chlapci (pomer 1,6:1). Pre jednoduché febrilné krče je typická symetrickosť príznakov, krče sú typicky generalizované tonicko – klonické, ale aj atonické, spontánne odoznejú do 15 minút, neopakujú sa v priebehu 24 hodín, porucha vedomia sa rýchlo vracia do normálu a dieťa je bez neurologického deficitu. Komplikované febrilné krče sa vyskytujú menej často, približne ide o 20 % prípadov, prejavy bývajú asymetrické, fokálne, je prítomný EEG korelát, trvajú dlhšie ako 15 minút, môžu sa opakovať v priebehu 24 hodín, po odoznení môže pretrvávať tranzientný neurologický deficit napr. vo forme hemiparézy. V rámci diagnostiky je potrebné odlíšenie tzv. febrilného kolapsu, pri ktorom nedochádza k strate vedomia, prítomné bývajú jemné rytmické oscilácie v okolí kĺbov, ktoré je možné dotykom prerušiť. V liečebných postupoch v rámci FK simplexných nie je potrebná medikácia benzodiazepínmi (iba v prípade kľčovej aktivity trvajúcej nad 5 minút), je však dôležité neodďalovať liečbu antipyretikami. Profylaxia benzodiazepínmi sa neodporúča, nakoľko riziká nežiadúcich účinkov (útlmu) prevažujú benefit pre pacienta. V prednáške referujeme aktuálne odporúčania Medzinárodnej ligy proti epilepsii (ILAE) pri diferenciálno-diagnostickom postupe jednotlivých podtypov febrilných krčov. V úvodných krokoch je nevyhnuté vedieť rozlíšiť či sa jedná o krče simplexné alebo komplexné (komplikované). Je potrebné vylúčiť aj sekundárnu príčinu kľčovej aktivity, a to najmä infekciu centrálnej nervovej sústavy (CNS), minerálový rozvrat, dehydratáciu. Hospitalizáciu dieťaťa indikujeme vždy pri FK komplexných. Pri FK simplexných nie je hospitalizácia ani neurologické vyšetrenie dieťaťa paušálne indikované za predpokladu dobrej compliance rodiča a absencie iných pridružených faktorov, ktoré by hospitalizáciu vyžadovali. Neurologické a EEG vyšetrenie je indikované, ak sa simplexné FK opakujú v budúcnosti. V závere prednášky demonštrujeme „mýty a fakty“, na súbore detí hospitalizovaných na Klinike detí a dorastu v DFN Košice, porovnávame aktuálne doporučené postupy s realitou klinickej praxe.

VIEME POMÔŤ NEVYLIEČITEĽNE CHORÝM DEŤOM?

Fajdelová M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Problematika detskej paliatívnej starostlivosti je na Slovensku stále pomerne neznáma. Mnoho laickej, ale aj odbornej verejnosti nesprávne chápe jej úlohu iba v terminálnej fáze závažného ochorenia. Naopak, jej význam a kompetencie začínajú oveľa skôr, s hlavným cieľom priniesť pacientovi čo najväčšiu kvalitu života.



Detská paliatívna starostlivosť je určená pre deti so život ohrozujúcim alebo život limitujúcim ochorením. Podľa definície WHO predstavuje aktívnu starostlivosť o fyzické, psychické a spirituálne zdravie dieťaťa a zahŕňa aj podporu poskytovanú rodine. Počet pacientov indikovaných k tejto starostlivosti sa celosvetovo zvyšuje. Do roku 2030 je odhadovaný vzostup na 84,2 prípadov na 10 000. Z toho vyše 70% predstavujú deti s nenádorovým ochorením. V každodennej praxi si stále viac uvedomujeme jej dôležitosť pre špecifickú krehkú skupinu našich pacientov. Cieľom tejto prednášky je preto snaha viac priblížiť túto medicínsku oblasť a jej náplň, ako aj aktuálnu situáciu na Slovensku.

Je veľmi dôležité, aby detská paliatívna starostlivosť nebola kdesi na okraji nášho záujmu, ale aby bola dostupná pre deti, ktoré na ňu majú nárok.

ABSTRAKTÁ – OŠETROVATELSTVO V PEDIATRII

KLINIKA DETÍ A DORASTU – HISTÓRIA, SÚČASNOSŤ A BUDÚCNOSŤ

Mati M., Hanzelová J.

Detská fakultná nemocnica Košice

Autori prezentujú vznik prvých detských lôžok pre vysokú chorobnosť detí, čo bolo historickým míľnikom otvorenia Oddelenia pediatrie na východnom Slovensku. Postupné zvyšovanie lôžok prinieslo potrebu založiť Detskú kliniku a jej presťahovanie sa do samostatných priestorov a vytvorenie prvej Krajskej detskej nemocnice. Následne sa Detská klinika presťahovala do priestorov FNsP a stala sa jej súčasťou. V súvislosti so vznikom DFN, následným sťahovaním do nových priestorov, sa rátaťo, že budúcnosť so sebou prinesie veľa zmien.

PROBLEMATIKA GLYKEMICKÉHO INDEXU A GLYKEMICKEJ ZÁŤAŽE V EDUKAČNOM PROGRAME ŠKOLY OBEZITY

Kurcinová H.¹, Petrilová M.², Maniková M.²

¹ Koordinátorka programu, DFN, Klinika detí a dorastu, Košice

² Nutričné terapeutky, DFN, Klinika detí a dorastu, Košice

Úvod: Konzumácia potravín s vysokým glykemickým indexom (GI) a vysokou glykemickou záťažou (GZ) pri nedostatočnom pohybe môže byť u detí s obezitou veľmi riziková. Význam ako aj súvislosti medzi týmito ukazovateľmi sa stali diskutovanou témou pre zaradenie do edukačného programu Školy obezity (ŠO).



Cieľ: Zhodnotiť vstupnú informovanosť klientov o pojmach GI a GZ.

Súbor a metodika: Zber dát bol realizovaný v období 10/23-3/24 formou ankety u 30 novo zaradených klientov do programu s vekovým priemerom $\pm 12,03$ roka. Odpovede boli spracované percentuálnym vyjadrením.

Výsledky: Vyhodnotením ankety vyplynulo, že 63 % klientov sa s pojmom GI nestretlo vôbec a takmer 23 % nepozná význam GZ pre zdravú výživu. Iba 20 % opýtaných udáva význam GI v schopnosti potravy zvýšiť/znížiť hladinu cukru v krvi po nasedení. K tvrdeniam, že GZ udáva koľko sacharidov obsahuje 1 porcia konkrétnej potravy sa priklonilo 6,66 % opýtaných, 66,68 % sa k tomuto tvrdeniu nevedelo vyjadriť vôbec. Iba 13 % respondentov sa domnieva, že GI v strave je možné znížiť kombináciou jedla s pridaním bielkovín a až 43,33 % je presvedčených, že zníženie GI v jedle nie je možné ovplyvniť žiadnym spôsobom.

Záver: Identifikáciou deficitných oblastí vstupnej vedomostnej úrovne klientov ŠO bol program rozšírený o ciele nastavené intervencie k téme: Glykemický index/záťaž, ako hodnotiace ukazovatele zdravej výživy.

Kľúčové slová: Edukácia. Glykemický index. Glykemická záťaž. Škola obezity.

GLYKEMICKÝ INDEX a GLYKEMICKÁ ZÁŤAŽ, AKO HODNOTIACE UKAZOVATELE ZDRAVEJ VÝŽIVY

Petrilová M.¹, Maniková M.¹, Kurcinová H.²

¹ *Nutričné terapeutky - DFN Košice*

² *Koordinátorka programu, DFN – Klinika detí a dorastu, Košice*

Úvod: Glykemický index (GI) a glykemická záťaž (GZ) sú častokrát v širokej verejnosti vnímané, ako málo známy pojem, o ich význame pre zdravú výživu nehovoriac. V rámci medziodborového programu Školy obezity (ŠO), vyplývajúci z výsledkov cieľného prieskumu vstupnej informovanosti detských klientov o danej problematike bol program rozšírený práve o tieto hodnotiace ukazovatele.

Cieľ: Zvýšiť vedomostnú úroveň klientov ŠO v deficitnej oblasti o pojmach GI a GZ, ako účinných nástrojov pri regulácii hmotnosti.

Jadro: Pochopením súvislostí v procese ovplyvňovania správnej regulácie hladiny cukru v krvi (výber vhodných potravín, veľkosť porcie, proces ich spracovania..) možno efektívne predísť tvorbe nadbytočných tukových zásob v detskom organizme a rozvoju obezity. Pre zdravé fungovanie detského organizmu v dlhodobom horizonte je nutné nezabúdať aj na komplexné sledovanie nutričného profilu, zahŕňajúceho dostatok bielkovín, kvalitných tukov, zložených sacharidov, makronutrientov a mikronutrientov v strave.

Záver: Z vyššie uvedených dôvodov a z výsledkov prieskumu vyplynulo, že edukačný program ŠO je potrebné neustále modifikovať na základe identifikovaných potrieb klientov



vo vzdelávacej oblasti a následné overovať dopad edukačných intervencií na výstupné vedomosti klientov a ich rodičov. Hodnotiace ukazovatele GI a GZ sú iba jedným z kľúčových ukazovateľov v manažmente liečby detskej obezity, preto zameranie edukačného programu ŠO si bude vyžadovať individuálnejší a komplexnejší rozsah.

Kľúčové slová: Glykemický index. Glykemická záťaž. Hodnotiaci ukazovateľ. Zdravá výživa.

VPLYV DIABETES MELLITUS NA KVALITU ŽIVOTA V PSYCHICKEJ A FYZICKEJ OBLASTI U DIEŤAŤA S INZULÍNOVOU PUMPOU

Danková S.¹, Friedlová J.²

¹ UPJŠ LF, Ústav Ošetrovateľstva, Tr. SNP č. 1

² Oddelenie detskej neurológie, DFN, Košice

Úvod: Za stresujúcu udalosť v živote človeka možno považovať chronické ochorenie diabetes mellitus, pretože výrazne ovplyvňuje a mení jeho kvalitu vo fyzickej a psychickej oblasti. Zákonní zástupcovia detí s diabetes mellitus sa postupne učia ovládať toto ochorenie, až kým sa to postupne naučí aj samotné dieťa. Je potrebná disciplína, ochota sa učiť. Prekonanie týchto bariér umožňuje rodine prežiť plnohodnotnejší život.

Cieľ práce: Zistiť vplyv diabetes mellitus na kvalitu života dieťaťa s inzulínovou pumpou v psychickej a fyzickej oblasti.

Súbor a metodika práce: Prieskum sme realizovali kombinovanou formou: 21 respondentov vyplnilo dotazník on-line formou a 49 respondentov osobne v DFN, v Košiciach. Súbor tvorilo 70 respondentov. Údaje sme kvalitatívne a kvantitatívne vyhodnotili.

Výsledky: Zo 70 respondentov 23 % respondentov (zákonných zástupcov detí) uviedlo, že sa ich dieťa pri fyzickej aktivite unaví, 54 % respondentov uviedlo, že sa ich dieťa občas unaví a 23 % respondentov uviedlo, že sa ich dieťa neunaví. Zmeny v psychickej oblasti (kolísanie nálady) označilo 37 % respondentov, 61 % respondentov uviedlo občasné kolísanie nálady a bez zmien bolo 1 % respondentov.

Záver: Dieťa s diabetes mellitus považujeme za plnohodnotného člena spoločnosti. Aj napriek mnohým obmedzeniam vo fyzickej a psychickej oblasti sa kvalita života nesmie ničím odlišovať od zdravých detí. Výhody inzulínovej pumpy výrazne prispievajú k zlepšeniu kvality života dieťaťa s diabetes mellitus.

Kľúčové slova: Detský pacient. Inzulínová pumpa. Diabetes mellitus. Kvalita života.



PRAKTICKÝ PRÍSTUP K DIEŤATU S NADHMOTNOSŤOU A OBEZITOU V KONTEXTE EDUKÁCIE

Michalková J., Sušinková J.

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, Košice, SR

Úvod: Nadhmotnosť a obezita v detskom veku majú pandemický charakter, preto by táto problematika mala byť v centre pozornosti naprieč jednotlivými rezortmi. Špecifické kroky, ktoré sú súčasťou preventívnych a liečebných stratégií v intervenčnom programe Škola obezity DFN v Košiciach poukazujú na to, že individuálne a skupinové stretnutia s edukantmi prinášajú efekt a očakávanú zmenu.

Cieľ práce: Prezentovať výsledky prebiehajúceho intervenčného programu Škola obezity v kontexte edukácie a kooperácie jeho členov s dôrazom na pozitívne zistenia v oblasti stravovania, pohybovej aktivity i vedomostnej úrovne v prospech detí a ich rodičov.

Súbor a metodika: Neštandardizovaný dotazník vstupný/výstupný vyplňali deti a rodičia v rámci 6-mesačného ambulantného programu. Otázky boli smerované na stravovanie, pohybovú aktivitu a samotné ochorenie obezita a jej komplikácie. Zber dát začal od 05/2022 a stále prebieha. Do 04/2024 bolo súčasťou vzorky 59 rodičov a ich detí. Dáta boli analyzované s využitím metód deskriptívnej a induktívnej štatistiky.

Výsledky: Edukanti po absolvovanej edukácii odsúhlasili pravidelnejší príjem potravy u detí, dôslednejšie dodržiavanie pitného režimu s preferenciou nesladených nápojov a čistej vody. V rámci zimných športov sa deti aktivizujú cez hokej, korčuľovanie a sánkovanie, v letnom období hrajú futbal, loptové hry a bedminton. Zistenia preukázali štatistickú významnosť pri hodnotení celkového skóre otázok z dotazníka o vedomostiach súvisiacich s obezitou a jej komplikáciami vo vstupných a výstupných dátach detí ($p < 0.038$). Edukačné stretnutia v intervenčnom programe Škola obezity sa javia ako účinné tak z pohľadu detí ako aj ich rodičov.

Záver: Nadhmotnosti a obezite je možné zabrániť realizáciou preventívnych aktivít v oblasti životného štýlu. Edukácia ako prostriedok prevencie predstavuje kľúčový element v integrovanom prístupe manažmentu obezity u detí i v dospeljej populácii.

Kľúčové slová: dieťa, obezita, edukácia, stravovanie, pohybová aktivita



POPÁLENINOVÁ TRAUMA U DIEŤAŤA

Popiková R., Tirpáková H.

Klinika pediatrickej anestéziológie a intenzívnej medicíny Detskej fakultnej nemocnice Košice

Termické úrazy v detskom veku predstavujú viac ako 30 % všetkých termických úrazov v SR. Najčastejšie ide o úrazy v domacom prostredí pri nepozornosti dospelých alebo u starších detí pri neopatrnej manipulácii s ohňom. Vzhľadom k tomu, že koža detí je tenšia, častejšie vznikajú hlboké popáleniny s komplikovanou liečbou a hojením. V Košickom a Prešovskom kraji sú pacienti prijímaní na Kliniku popálenín a rekonštrukčnej chirurgie Košice – Šaca, stavy komplikované sepsou, poruchou dýchania sú prijímané na Kliniku pediatrickej anestéziológie a intenzívnej medicíny Detskej fakultnej nemocnice Košice. Personál na KPAIM aplikuje u týchto pacientov prísny bariérový prístup, používanie ochranných pracovných prostriedkov a minimalizuje počet vstupov k pacientovi. Všetky činnosti sú logisticky spájané do celkov, aby personál minimalizoval riziko prenosu infekcie vzhľadom na otvorené plochy kože a eliminoval bolesť, ktorá je u popálenín výrazná a dlhotrvajúca. Nevyhnutnou podmienkou ošetrovateľskej starostlivosti detí s termickým úrazom je prísny aseptický prístup vo všetkých oblastiach – hygiena, starostlivosť o dýchacie cesty, invazívne vstupy, parenterálna výživa, vylučovanie. V prezentácii predstavujeme kazuistiku dieťaťa s popáleninovou traumou u 11 ročného dieťaťa. Rozsah popálenín bol stanovený nad 90 % a hĺbka popálenín 2b – 3. Od úvodu bola prognóza vysoko nepriaznivá, starostlivosť o dieťa bola multidisciplinárna, komplikovaná sepsou, rozpadom rán, nekrotizmi. Opakovane boli realizované nekrektómie vo veľkom rozsahu, aplikovaná bola acelulárna derma. Po celý čas prebiehala intenzívna komunikácia s príbuznými ohľadom darovania kože a možností ďalšej liečby. Stav postupne progredoval do multiorgánového zlyhania, vzhľadom k prognóze a ku klinickému stavu, rozsahu poškodenia kože a tkanív, negatívneho vývoju a napriek liečbe trvale sa zhoršujúcemu stavu lekárske konzílium sa neindikuje ďalšie rozširovanie liečby a po 18 dňoch starostlivosti bol konštatovaný exitus. V prezentácii poukazujeme na etiku starostlivosti detí v kritickom stave, empatiu v komunikácii s príbuznými ako aj apelujeme na potrebu osvetly prevencie.

Kľúčové slová: popálenina, bolesť, aseptický prístup, etika



LAZÁR VSTAŇ...

Harčarufková A., Dubecká M.

FNsP J. A. Reimana, Oddelenie pediatrie

Psychosomatické prejavy v detskom veku v dnešnej dobe sú fakt, na ktorý nesmieme pri diagnostike zabúdať. V prednáške prezentujeme kazuistiku 8 ročného chlapca Marka, ktorý bol hospitalizovaný pre poruchu chôdze trvajúcu dva mesiace. Od prijatia na oddelenie pediatrie sú u Marka objektívne pozorované známky poruchy chôdze, svalová slabosť a pohyb štvornožky. V rámci diferenciálnej diagnostiky somatických príčin sú realizované kompletne laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia, ktoré nevysvetľujú klinický stav. Počas hospitalizácie porucha chôdze pretrváva. Vzhľadom na nepotvrdenie somatického pôvodu ťažkostí je doplnené psychologické vyšetrenie. Psychológom stav hodnotený ako nezrelý emočný vývin, zaostávajúci za fyziologickým vekom v pásme batolivého veku. Vzhľadom na zistenú psychogénnu etiológiu je Marko prepustený do domácej starostlivosti. Veľkým prekvapením pre všetkých ošetrovujúcich lekárov a sestry na konci hospitalizácie, bola reakcia nášho „Malého Lazára“

MALÁ NEPATRNOŠŤ U DOJČAŤA = VÁŽNE NÁSLEDKY (KAZUISTIKA)

Kasiňáková A., Kuchárova M.

FNsP J. A. Reimana, Oddelenie pediatrie

Dojčenecký vek prináša nástrahy, kde malá nepozornosť môže mať vážne následky, ba neraz možno až fatálne následky.

V kazuistike sa venujeme dojčatú, ktoré prišlo k nám po extrakcii cudzieho telesa z dýchacích ciest. Následne sa u dieťaťa rozvinuli typické príznaky komplikácií cudzieho telesa v dýchacích cestách, ktoré sme liečebnými metódami úspešne zvládli.

Aj pri bežných činnostiach v domácom prostredí je dôležité venovať pozornosť tomu, čo ma dieťaťa v svojom okolí.



STAROSTLIVOSŤ O DIEŤA S GUILLAIN-BARRÉHO SYNDRÓMOM V DFN KOŠICE

Velková S.

Oddelenie detskej neurológie, Detská fakultná nemocnica Košice

Úvod: Guillain-Barrého syndróm (GBS) je najčastejšou príčinou akútnej ochabnutej paralýzy s ročným celosvetovým výskytom približne 1–2 na 100 000 osôb. GBS postihuje na celom svete približne 100 000 ľudí ročne. GBS môže postihnúť ľudí v akomkoľvek veku, ale výskyt stúpa s vekom a vrchol dosahuje medzi 50. a 70. rokom; vyskytuje sa viac u mužov ako u žien – pomer 3:2, u detí menej. Diagnóza GBS sa opiera o kombináciu klinických znakov, často s podporou elektrodiagnostických a laboratórnych znakov. Väčšina diagnostických kritérií pre GBS vyžaduje kombináciu anamnézy, neurologického vyšetrenia, cerebrospinálnej tekutiny (CSF) a výsledkov elektrodiagnostiky. Najnovšie zo štandardných klinických odporúčaných postupov je Usmernenie European Academy of Neurology a Peripheral Nerve Society o diagnostike a liečbe Guillain-Barrého syndrómu (2023) - je založené na výsledkoch rozsiahlych literárnych rešerší o diagnóze, liečbe a prognóze GBS.

Jadro práce: Zdravotná starostlivosť dieťaťa s GBD je poskytovaná podľa závažnosti priebehu ochorenia na Oddelení detskej neurológie DFN a Klinike pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny (KPAIM) DFN. Ošetrovateľské intervencie zahŕňujú: dôsledné monitorovanie známkov autonómnej dysfunkcie – častá hemodynamická nestabilita a kolísanie krvného tlaku; trvalé monitorovanie vitálnych funkcií – okrem TK, AS, sat O₂ v krvi aj frekvenciu dýchania a prítomnosť kašľacieho reflexu; slabosť orofaryngeálneho svalstva vedie ku zvýšenej salivácii - pri dysfágii podávanie výživy cez NGS; predchádzanie hlbokkej žilovej trombóze aplikovaním kompresívnej bandáže dolných končatín a podávaním nízkomolekulárnych heparínov; podávanie intravenózných imunoglobulínov; pri respiračnej insuficiencii umiestnenie na JIS - dobrá dostupnosť prostriedkov pre tracheostómiu, KPAIM – napojenie na umelú ventiláciu; zabezpečenie realizácie plazmaferézy cez dialyzačný katéter (KPAIM); zabezpečiť včasnú fyzikálnu a pracovnú terapiu pre prevenciu muskuloskeletárnych a kožných komplikácií.

Záver: Perspektíva vrátane nádeje na uzdravenie je lepšia u detí oproti dospelým. Plné uzdravenie behom 6 - 12 mesiacov dosiahne 90 - 95 % detí. V priebehu akútnej fázy GBS je okolo 40 % detí pripútaných na lôžko alebo vozík, asi 15 % detí vyžaduje podpornú mechanickú ventiláciu.

Kľúčové slová: štandardné klinické postupy, ošetrovateľská starostlivosť, Guillain-Barrého syndróm, detský pacient.

Kontakt na autora: PhDr. Silvia Velková, PhD., Detská fakultná nemocnica Košice, Oddelenie detskej neurológie



HISTORICKÝ POHĽAD NA OCHORENIE EPILEPSIA

Friedlová J.¹, Danková S.²

¹ Oddelenie detskej neurológie, DFN, Košice

² UPJŠ LF, Ústav Ošetrovateľstva, Tr. SNP č. 1, Košice

Úvod: Od staroveku vysvetľovali pôvod a vznik epilepsie dve skupiny. Prvá skupina uznávala magické teórie a definovala epilepsiu ako postihnutie zlým duchom. Druhá skupina epilepsiu definovala racionálne, ako ochorenie mozgu. Aj napriek storočným poznatkom prítomnosti epileptikov sa okolie týchto pacientov bojí a odsudzuje toto ochorenie k psychiatrickým chorobám. Zlom v definícii epilepsie, v určovaní etiopatogenézy ochorenia a liečbe nastal až v 20. storočí. Vznikli novšie diagnostické postupy a nové klasifikačné metódy, ktoré definujú typy epilepsie, záchvaty a syndrómy. Dôležitým základom bol objav novej generácie antiepileptík so zameraním na zefektívnenie účinku antiepileptík, s čo najvýraznejšou minimalizáciou nežiadúcich účinkov.

Cieľ: Cieľom práce je získať dostatočné informácie z oblasti histórie epilepsie a poukázať na priebeh vývinu chápania tohto ochorenia, ako aj poukázať na rozvoj v oblasti diagnostiky a liečby epilepsie od dávnej histórie až po súčasnosť.

Záver: Aj napriek tomu, že už Hippokrates v roku 400 p.n.l. tvrdil, že epilepsia je ochorením mozgu, je veľmi ťažké tomu veriť, že s touto skutočnosťou sa začali zaoberať až v 19. storočí, kedy sa začala prudko vyvíjať medicína. Našťastie už nie sme v stredoveku, kedy ľudia s epilepsiou boli považovaní za posadnutých diablom a veľmi často boli kruto týraní, aby im vyhnali z tela diabla. V súčasnej dobe používame na liečbu epilepsie lieky a chirurgické zákroky, ktoré umožňujú skvalitniť životy pacientom s epilepsiou.

Kľúčové slová: História. Epilepsia. Súčasnosc. Pacient.

PRVÁ POMOC AKO DÔLEŽITÝ FAKTOR U DETSKÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU EPILEPSIA

Babinčáková J., Drutarovská K.

Oddelenie detskej neurológie, Detská fakultná nemocnica Košice, Tr. SNP 1, 040 11 Košice

ÚVOD: Epilepsia je ochorenie mozgu. Toto ochorenie je charakterizované opakovanými epileptickými záchvatmi. Epileptické záchvaty sú epizódy náhlejšieho prechodného abnormálneho fungovania mozgovej aktivity, ktoré sa prejavujú dočasnou zmenou vedomia, správania, hybnosti či citlivosti. Epilepsia je jednou z najčastejších neurologických ochorení, vyskytuje sa na celom svete.



CIEĽ: Hlavným cieľom je poukázať na nutnosť poskytnutia odbornej prvej pomoci pri epileptickom záchvate a taktiež oboznámenie zdravotníckeho personálu o poskytnutí prvej pomoci u detského pacienta s týmto ochorením.

ZÁVER: Napriek tomu, že tieto deti majú toto ochorenie vedia viesť plnohodnotný život. Preto my ako zdravotnícky personál im musíme podať odbornú prvú pomoc pri týchto záchvatoch.

Kľúčové slová: Epilepsia. Epileptický záchvat. Odborná prvá pomoc.

HYPERTENZIA U DETÍ

Teperová M., Dobosová K.

Detská fakultná nemocnica

V dnešnom období sa hypertenzia diagnostikuje aj u detí a adolescentov čoraz častejšie. Väčšinu prípadov detskej hypertenzie zachytia na ambulanciách všeobecných lekárov pre deti a dorast. Spoľahlivá a štandardizovaná technika merania TK je základným predpokladom pre správnu diagnostiku a liečbu hypertenzie u detí. Zistenie príčiny vzniku hypertenzie si vyžaduje podrobnú anamnézu a starostlivé vyšetrovacie postupy. Na liečbu používame nefarmakologickú a farmakologickú liečbu závislosti od formy ochorenia. Pravidelným rutinným meraním a správnym hodnotením TK môžeme včas odhaliť deti s rizikovými hodnotami krvného tlaku a tak predísť komplikáciám.

RENÁLNA BIOPSIA V DFN

Pauchlíková Ľ., Sirkovská J.

DFN Košice

Biopsia je jednou z vyšetrovacích metód – zákrok, pri ktorom je cieľom odobrať z tela človeka vzorku tkaniva na histologické, častejšie však na cytologické vyšetrenie. Pristupuje sa k nej pre nutnosť stanoviť diagnózu, prípadne štádium ochorenia. Ide o invazívny výkon.

V nefrológii sa k biopsii pristupuje pri stavoch, kedy dochádza k poruchám obličkových funkcií ako aj pri nejasnej príčine prítomnosti krvi alebo bielkovín v moči. Pod ultrazvukovou kontrolou sa odoberá jedna, najviac tri vzorky tkaniva obličky na analýzu.

V našej nemocnici biopsiu obličky, ak je indikovaná, vykonávame zväčša na oddelení KPAIM v zákrokovej miestnosti. Po navodení celkovej anestézy u detí ju realizuje lekár - nefrológ za asistencie zaškolenej sestry. Ide o štandardný výkon, počas ktorého je nutné dbať na sterilné postupy a dodržiavanie zásad asepisy. Príprava dieťaťa a starostlivosť po zákroku sú v rukách personálu na oddelení, kde je dieťa hospitalizované.



LIEČBA KRANIOSYNOSTÓZY U DETÍ

Uchál'ová J., Stankovianska M.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM, Martin

Kraniosynostóza je predčasný zrast jedného alebo viacerých lebečných švov, čo vedie k deformitám lebky počas rastu dieťaťa. Vzhľadom k tomu, že mozog naďalej rastie rýchlym tempom, nájde si cestu najmenšieho odporu a nakoniec dôjde k zmene tvaru mozgu a lebky. Výsledný rast lebky môže a nemusí poskytovať dostatočný priestor pre rast mozgu, zvýši sa vnútrolebečný tlak, čo môže mať za následok prípadné poškodenie a zhoršenie zraku, spánku, príjmu potravy alebo zhoršenie mentálneho vývinu v kombinácii s výrazným znížením IQ. Včasná operačná liečba dieťaťa s kraniosynostózou si vyžaduje individuálny prístup podľa klinického stavu a skoré riešenie komplikácií je kľúčové pre zabezpečenie optimálneho psychomotorického vývoja dieťaťa a tým aj jeho kvality života. Po operácii je potrebná ortézoterapia pomocou kraniálnej remodelačnej ortézy.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O DETSKÉHO PACIENTA PO PALATOPLASTIKE

Marhefková V., Vernarská R.

Detská fakultná nemocnica Košice, ORL

V úvode prednášky sa zaoberáme vrodenými vývojovými chybami podnebia, ich rozdelením, diagnostikou a liečbou.

Následne sa venujeme operačnému riešeniu rázštepú podnebia – palatoplastike. Rázštep podnebia si vyžaduje niekoľko operácií do dovŕšenia 18-teho roku. Medzi 6-12 mesiacom života sa uskutoční prvá operácia, ktorou sa vytvára funkčné podnebie, znižuje sa pravdepodobnosť vytvorenia tekutiny v stredouší a napomáha správne mu vývoju zubov a tvárových kostí.

Na záver sa zameriame na ošetrovateľskú starostlivosť u dieťaťa po palatoplastike. V pooperačnej starostlivosti hrá dôležitú úlohu sestra, preto by sa mali vzdelávať a hľadať nové poznatky v ošetrovateľskej starostlivosti.



NOVORODENECKÁ ŽLTÁČKA - FOTOTERAPIA

Bröstlová Z., Novotná M.

Klinika detí a dorastu, Detská fakultná nemocnica Košice

Novorodenecká hyperbilirubinémia - žltáčka novorodencov je bežným javom, ktorý postihuje väčšinu novorodencov v prvých dňoch života. Tento stav je spôsobený nadbytkom bilirubínu z dôvodu rozpadu fetálneho hemoglobínu a obmedzenej schopnosti pečene ho rýchlo neutralizovať a vylučovať žľou kvôli nezrelosti enzymatických systémov v pečeni. Čo vedie k jeho hromadeniu v krvi s prejavom dočasného zožltnutia kože a sklér.

Základným krokom liečby novorodeneckej žltáčky je časté kŕmenie materským mliekom/náhradným mliekom, čím sa zrýchľuje metabolizmus, čo umožňuje rýchlejšie vylučovanie nahromadeného bilirubínu z tela spolu so stolicou. K liečbe stredne závažnej hyperbilirubinémie bola vyvinutá metóda fototerapie, kde modré svetlo pomáha rozkladať bilirubín na neškodné látky. Fototerapia sa realizuje v inkubátore/termolôžku, kde je dieťa uložené iba v plienke, aby liečebnému svetlu bola vystavená čo najväčšia časť telesného povrchu. Dôležité je meniť polohu dieťaťa, chrániť oči dieťaťa špeciálnymi okuliarmi a sledovanie telesnej teploty. U najzávažnejších stavoch novorodeneckej žltáčky s vysokým rizikom vzniku bilirubinovej encefalopatie a neúspechu fototerapie sa vykonáva výmenná transfúzia.

Cieľom prezentácie je priblížiť ošetrovateľskú starostlivosť o novorodenca s hyperbilirubinémiou a poukázať na úlohy sestry pri aplikácii fototerapie. S dôrazom na edukáciu matky a jej zapájanie do ošetrovateľského procesu.

PUNKCIA KOLENNÉHO KÍBLU U DETSKÉHO PACIE

Michalčíková J., Görcsösová Z., Mrázová K.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN Košice

Autori prezentujú chirurgický výkon, ktorý veľmi často realizujú aj nechirurgické oddelenia a niektoré z nich robia výhradne len špecialisti „reumatológovia“. Na vykonanie punkcie je potrebná znalosť sestry pri asistencii lekárovi. Sestra pozná výber potrebných pomôcok, anatomické pomery pri výbere miesta vpichu a dodržiava aseptické podmienky pri výkone. Pozná možné komplikácie po výkone punkcie kolenného kĺbu, predchádza im a zabezpečuje správnu ošetrovateľskú starostlivosť po tomto invazívnom výkone.



HRUDNÁ DRENÁŽ A VYUŽITIE AKTÍVNEHO SANIA U DETSKÉHO PACIENTA

Dudášová L., Hutýrová A., Priščáková R.

Klinika detí a dorastu intermediárna jednotka DFN Košice

Drenáž slúži na odvod fyziologických, či patologických tekutín z operačných rán, telových dutín či abscesov. Pri hrudnej drenáži je dôležitý aj odvod vzduchu. Preto treba obozretnšie zabezpečiť drenážny systém proti náhodnému rozpojeniu. U pacientov spontánne ventilujúcich hrozí nasatie vzduchu do hrudnej dutiny, kedy môže vzniknúť tenzný pneumothorax. Na hrudnú drenáž sa používajú drenážne systémy ako Bülaouva drenáž, aktívny drenážny systém pozostávajúci z tzv. átria, alebo u nás na Intermediárnej jednotke využívaným digitálnym kardiochirurgickým drenážnym a monitorovacím systémom.

Na klinike detí a dorastu v Košiciach v posledných mesiacoch pribúdajú detskí pacienti s potrebou hrudnej drenáže v súvislosti s nahromadením patologických tekutín v hrudnej dutine. Na hrudnú drenáž využívame digitálny kardiochirurgický drenážny systém s princípom suchého aktívneho sania. Tento drenážny systém je pri prevádzke oproti bežným átriovým saniam tichší, bezpečnejší počas ošetrovania, či potreby transportu detského pacienta.

Cieľom našej práce je priblížiť ošetrovateľskú starostlivosť o detského pacienta s potrebou aktívneho hrudného sania. Taktiež chceme poukázať na pozitíva a negatíva využívaného drenážneho systému.

MANAŽMENT OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O DETSKÉHO PACIENTA S DIAGNÓZOU ULCERÓZNA KOLITÍDA

Kolesárová P., Gáborová Golierová M., Géciová A.

DFN Košice, Trieda SNP 1, Košice 040 01

V tejto prednáške sme sa zamerali hlavne na manažment ošetrovateľskej starostlivosti o deti s Ulceróznou kolitídou. Dôležitá je spolupráca celého multidisciplinárneho tímu – sestra, ošetrojúci lekár, lekár špecialista - gastroenterológ, nutričný terapeut, psychológ.

Cieľom prednášky je Vás oboznámiť a priblížiť ošetrovateľskú starostlivosť o deti s diagnózou Ulcerózna kolitída od prijatia akútneho stavu na oddelenie až po zvládnutie nastavenia liečby a stavu bez komplikácií. Popisujeme komplikácie, liečbu, diétny režim, edukáciu pacienta a rodičov.

Záver: Adekvátna starostlivosť o detského pacienta s Ulceróznou kolitídou má veľký význam pre jeho plnohodnotný život s celoživotným ochorením.

Kľúčové slová: Ulcerózna kolitída, ošetrovateľská starostlivosť, edukácia



PRÁCA SESTRY NA ENDOSKOPICKOM PRACOVISKU PRI PODÁVANÍ BIOLOGICKEJ LIEČBY U PACIENTOV S OCHORENÍM MORBUS CROHN

Dubecká Z., Mašlejová E.

Detická fakultná nemocnica, Klinika detí a dorastu, Endoskopické pracovisko

V gastroenterológii sa biologická liečba používa u pacientov s MC a UC. MC a UC je nešpecifické zápalové ochorenie čriev, ktoré predstavuje veľký zdravotný a sociálny problém u detí a adolescentov. Najdôležitejším článkom tohto ochorenia je včasná a správna diagnostika a následná liečba. Je to celoživotné ochorenie, ktoré postihuje ktorúkoľvek časť tráviacej trubice, od ústnej dutiny až po konečník.

Okrem farmakoterapie je najnovšou liečebnou metódou biologická liečba. Je indikovaná u detí, ktoré trpia stredne závažnou až ťažkou formou MC a UC. Na zlepšenie výsledkov je potrebná tzv. terapia na mieru, pre každého pacienta. Pre dieťa je oveľa ťažšie zmieriť sa so svojim ochorením a zmenou životného štýlu ako pre dospelého. Preto je veľmi potrebný citlivý a trpezlivý prístup personálu. Liečba tohto ochorenia vyžaduje, aby sa pacient stal aktívnym spolutvorcom svojej liečby a to dokáže iba s dostatočnými informáciami a motiváciou.

Prístup sestry, ktorá sa venuje pacientom, pri podávaní biologickej liečby, by mal byť individuálny a hlavne ľudský. Cieľom sestry, ktorá podáva biologickú liečbu u detí, je pomôcť im zvyšovať kvalitu života pri tomto ochorení.

Kľúčové slová: Biologická liečba, Morbus Crohn, Infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab.

VÝZNAM SKRÍNINGU U NOVORODENCOV PRI DEDIČNÝCH METABOLICKÝCH PORUCHÁCH Z POHLADU SESTRY

Halkai M., Zákutná T.

Ambulancia pre dedičné metabolické poruchy - DFN, Klinika detí a dorastu, Košice

ÚVOD: Novorodenecký skrining je dôležitý preventívny program, ktorého úlohou je v rámci celoslovenskej pôsobnosti vyhľadávanie v populácii novorodencov liečiteľné ochorenia v ich včasnom asymptomatickom štádiu. Cieľom autorov je poukázať na dôležitosť spolupráce našej ambulancie, ako jednej z troch špecializovaných recall centier v rámci celoslovenskej pôsobnosti so Skriningovým centrom (SC) v Banskej Bystrici a priblížiť osobitosti práce sestry v manažmente skriningu novorodenca. V rámci evidencie údajov v našej ambulancii za obdobie 2021 - 2023 uvádzame, že z celkového počtu 412 hlásených pozitívnych skriningov zo SC bolo 9 záchytov s diagnózou MCAD (deficit mastných kyselín so stredne dlhým reťazcom), 43 záchytov so zvýšenou koncentráciou aminokyselín a 311 záchytov s diagnózou ako SCAD (deficit mastných kyselín s krátkym reťazcom). Diagnózu SCAD prezentujeme ako jednu z najčastejších dedičných metabolických porúch v rómskej populácii u 311 hlásených



pacientov. Realizácia skríningu u novorodencov na ambulancii z pohľadu sestry zahŕňa striktné dodržiavanie odporučených postupov pri odbere suchej kvapky krvi s označením údajov ako aj jej urgentný transport do skríninového centra novorodencov. Osobitným špecifikom práce je dôsledné vedenie evidencie údajov v rámci databázy zrealizovaných skríninových vyšetrení, vrátane obdržaných hlásení zo SC o pozitívnom záchyte ochorení.

ZÁVER: Novorodenecký skrínig na Slovensku funguje ako dobre prepracovaný celoplošný preventívny program, pomocou ktorého včasným záchyтом a následným sledovaným ochorení dokážeme zlepšiť prognózu a kvalitu života detských pacientov.

Kľúčové slová: Dedičné poruchy metabolizmu. Novorodenec. Skrínig. Úloha sestry.

KOHO, PREČO A AKO LIEČIME RASTOVÝM HORMÓNOM – ŠPECIFIKÁ SESTRY

Klemová I., Kráľová M.

Ambulancia pediatrickej endokrinológie a diabetológie, Klinika detí a dorastu DFN Košice

Rastový hormón (RH) zohráva veľmi dôležitú úlohu vo vývoji dieťaťa a účinok v ľudskom organizme je mnohoraký. Liečba rekombinantným RH je prísne limitovaná indikačnými kritériami, realizovaná v špecializovaných centrách. Na pediatrickej endokrinologickej ambulancii DFN Košice máme s liečbou RH viac ako tridsaťročné pozitívne skúsenosti. Na našom pracovisku máme v liečbe RH aktuálne zaradených 217 detí. Najčastejšou diagnózou je deficit rastového hormónu. Úloha sestry v manažmente liečby má významné postavenie vzhľadom k jej špecifikám v oblasti edukácie. Inicializácia liečby prebieha zaškolením detí a ich rodín o detailoch liečby. Nosný pilier edukácie je zameraný najmä na spôsob podávania liečiva, uskladnenie, monitorovanie laboratórnych parametrov, manipuláciu s aplikátorom, likvidáciu použitého materiálu a zodpovedanie otázok, ktoré pramenia najmä z obáv rodičov. Pod špecifiká práce sestry v špecializovanej ambulancii zaraďujeme aj vedenie presnej evidencie RH, koordinácia spolupráce s nemocničnou lekárňou, objednávanie, preberanie a správne uskladnenie liekov či pravidelnú revíziu správnosti vykazovania počtu RH poisťovni. Liečba RH je veľmi dobre tolerovaná. Naším pacientom prináša nielen želanú podporu rastu, ale mnohokrát aj iné zdravotné benefity.

Kľúčové slová: rastový hormón, liečba RH, endokrinológia, špecifiká sestry



VLDD AMBULANCIA V DFN KOŠICE

Ficová N., Demeterová M.

DFN Košice

Detská Fakultná nemocnica v Košiciach otvorila novú ambulanciu všeobecného lekára pre deti a dospelosť. Na ambulancii pracuje všeobecný lekár a sestra so špecializáciou v odbore pediatria. Počet pacientov postupne narastá a stále pribúdajú noví pacienti. Aktuálne ambulanciu navštevuje približne 300 pacientov. V tejto ambulancii sa vykonávajú preventívne prehliadky a vyšetrenia detí s akútnym ochorením. Navštevujú ju predovšetkým kapitovaní pacienti, ale ambulancia vykonáva aj výkony pre samoplatcov. Zvlášť sú vyčlenené ordinačné hodiny pre poradne a očkovania. U chorých detí sa vykonávajú bežné vyšetrenia ako odbery, výtery, crp vyšetrenie z prsta. Úlohou a cieľom tejto ambulancie je:

- zabezpečiť zdravotnú starostlivosť chorým deťom na základnej úrovni
- odporučiť dieťa na špecializované ambulancie v prípade nutnosti
- kontrolovať a vykonávať povinné preventívne prehliadky a očkovania
- poskytnúť podporu a pomoc aj samoplatcom





Progress CA, s.r.o.
Krivá 23, 040 01 Košice
Mobil: + 421 918 622 533
Email: gabriela.sujanova@progress.eu.sk

ISBN 978 - 80 - 69041 - 06 - 6

