

# BESKYDSKÉ PEDIATRICKÉ DNY 2024



# PROGRAM A SBORNÍK PŘÍSPEVKŮ



5. – 6. 4. 2024



Kongresové centrum  
Hotelu Sepetná, Ostravice



[www.bpd2024.cz](http://www.bpd2024.cz)



## Hlavní partner

---



## Partner

---



## Vystavovatelé

---

**AIDIAN**



**Hero**



**sanofi**

**Teleflex®**

## S podporou

---



**FRÝDEK ≈ MÍSTEK**

## Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí přátelé,

srdečně vás vítám na dalším ročníku tradiční konference Beskydské pediatrické dny 2024. Zazní zajímavá sdělení nejen z široké oblasti pediatrie, ale také spolupracujících medicínských oborů. Kromě odborného programu bude také jistě čas na společná setkání, přátelské diskuze - to vše umocněno krásnou jarní beskydskou přírodou a příjemným prostředím hotelu Sepetná na Ostravici.

Užijme si společně toto setkání v Beskydech.

MUDr. Ivana Röschlová



## Pořadatel

SANOPHARM CZ s.r.o., Martinovská 257/111, 725 27 Ostrava - Plesná

## Odborný garant konference

MUDr. Ivana Röschlová

## Odbornou záštitu převzali

doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.,  
přednostka Pediatrické kliniky FN Olomouc

prof. MUDr. Zdeněk Šumník, Ph.D.,  
přednosta Pediatrické kliniky FN Praha - Motol

prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D.,  
přednosta Kliniky dětské onkologie FN Brno

doc. MUDr. Jan Pavlíček, Ph.D., MHA,  
přednosta Dětské kliniky FN Ostrava - Poruba

**Akce se koná pod záštitou České pediatrické společnosti.**

**Akce se koná pod záštitou RNDr. Heleny Pešatové, senátorky, Senát Parlamentu ČR.**

**Akce se koná pod záštitou primátora statutárního města Frýdku-Místku, pana Petra Korče.**

**Akce je pořádána s finanční podporou Statutárního města Frýdek-Místek.**

[WWW.BPD2024.CZ](http://WWW.BPD2024.CZ)

# OBECNÉ INFORMACE

**Termín konání:** 5. – 6. 4. 2024

**Místo konání:** Kongresové centrum Hotelu Sepetná, Ostravice

**Organizační a technické zajištění akce:**

**SANOPHARM CZ s.r.o.,**

Martinovská 257/111, 725 27 Ostrava – Plesná

Mgr. Petr Salomon  
p.salomon@sanopharm.cz  
tel. 775 578 478

MSc. Barbora Salomonová  
barbora.salomonova@sanopharm.cz  
tel. 727 871 692

Vzdělávací akce (ID: 115814) je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a účast na ní je ohodnocena 12 kredity.

## Registrace a účast na akci

Kongresové prostory jsou přístupné pouze účastníkům konference s platnou registrací, pověřeným organizátorům, zaměstnancům hotelu a jejich dodavatelům. Každý registrovaný účastník obdrží po zaplacení konferenčního poplatku na registračním místě svou osobní jmenovku, kterou musí viditelně nosit po celou dobu konání akce. Organizátor má právo omezit či zastavit registrace z důvodu naplnění kapacity kongresu.

Součástí registračního poplatku je drobné občerstvení a nápoje. Obědy si účastníci doobjednávají samostatně.

## Výdej certifikátů o účasti

Certifikáty budou rozesílány všem zúčastněným elektronicky.

## Registrační hodiny

**Pátek** 5. 4. 2024: 7:30 – 15:00

**Sobota** 6. 4. 2024: 7:30 – 11:00

## Registrační poplatky

Cena registrace na místě\*:

2 000 Kč / 83,5 EUR

\* v případě volné kapacity

## Čas výdeje obědů:

**Pátek** 5. 4. 2024: 11:50 – 12:50

**Sobota** 6. 4. 2024: 13:45 – 14:45

## Společenský večer

Proběhne 5. 4. 2024 od 19:30 v prostorách hotelu. Účast na něm není součástí registračního poplatku a vstupenku účastníci hradí samostatně. Cena vstupenky 500 Kč vč. DPH (21 EUR). Kapacita může být omezena.



# PROGRAM

**Pátek 5. 4. 2024**

**08:50 – 09:15**

## ZAHÁJENÍ KONFERENCE

I. Röschlová

## PŘIVÍTÁNÍ ÚČASTNÍKŮ

H. Pešatová, P. Korč

**09:15 – 11:50**

## I. BLOK - Endokrinologie, imunologie

**Předsedající:** Z. Šumník, J. Zapletalová

1. **Z. Šumník, Praha:** Umíme předcházet diabetu 1. typu? (20 min.)
2. **J. Zapletalová, Olomouc:** Časný nástup puberty v době covidové (mýtus nebo fakt?) (15 min.)
3. **M. Šnajderová, Praha:** Jak poznáme a řešíme hyperandrogenní stavy v dětství a adolescenci, včetně PCOS (30 min.)
4. **A. Polová, Frýdek - Místek:** Bolesti břicha u dívek z pohledu dětského gynekologa (15 min.)
5. **L. Štichová, Ústí n. Labem:** Tyreopatie novorozeneckého věku (10 min.)
6. **J. Škvor, Ústí n. Labem:** Záludné akutní selhání nadledvin (10 min.)
7. **A. Klocperk, Praha:** Novorozenecký screening vrozených poruch imunity (20 min.)
8. **F. Votava, Praha:** Diferenciální diagnostika polyurie a polydypsie (15 min.)

**11:50 – 12:50**

## PŘESTÁVKA NA OBĚD





**12:50 – 15:15**

## **II. BLOK - Infekční lékařství, gastroenterologie, chirurgie**

**Předsedající:** E. Karásková, L. Rožnovský

1. **E. Karásková, Olomouc:** Současný přístup k léčbě Crohnovy choroby u dětí (20 min.)
2. **L. Rožnovský, Ostrava:** Purulentní meningitidy a jejich prevence (20 min.)
3. **T. Zaoral, Ostrava:** Invazivní streptokokové infekce u dětí v invazivní péči ČR v období 06-12/2024 (15 min.)
4. **P. Širůček, Ostrava:** Komplikace varicelly (20 min.)
5. **J. Sagan, Ostrava:** Neuroinfekce – co vše jsem schopen udělat pro zdárný konec (15 min.)
6. **T. Dvořák, Frýdek - Místek:** Náhlé příhody břišní u dětí stokrát jinak (15 min.)
7. **A. Bosáková, Ostrava:** Quo vadis, medicíno? (10 min.)

**15:15 – 15:45**

## **PŘESTÁVKA NA OBČERSTVENÍ**

**15:45 – 18:15**

## **III. BLOK - Neurologie, oftalmologie**

**Předsedající:** H. Medřická, R. Lipina

1. **O. Volný, Ostrava:** Novinky v diagnostice a léčbě cévní mozkové příhody (15 min.)
2. **H. Medřická, Ostrava:** Cévní mozkové příhody v dětském a adolescentním věku (15 min.)
3. **A. Nogolová, Ostrava:** Telefon – pomocník dětského neurologa (15 min.)
4. **E. Štěpánová, Ostrava:** Tumory dětského věku – klinické příznaky (10 min.)
5. **P. Hanzlíková, Ostrava:** Magnetická rezonance v zobrazení tumorů mozku u dětí (10 min.)
6. **R. Lipina, Ostrava:** Tumory mozku z pohledu neurochirurga (10 min.)
7. **M. Zerák, Olomouc:** Ortopedická problematika u dětí s DMO (15 min.)
8. **J. Juhászová, Ostrava:** Dětská katarakta – diagnostika a léčba (15 min.)
9. **B. J. Pašková:** Náhled do Bobath konceptu v pediatrické praxi (15 min.)

**19:30**

## **SPOLEČENSKÝ VEČER**

# PROGRAM

Sobota 6. 4. 2024

8:30 – 10:45

## IV. BLOK - Hematologie, onkologie

Předsedající: D. Pospíšilová, J. Štěrba

1. **D. Pospíšilová, M. Horváthová, P. Kořalková, V. Divoký, Olomouc:** Co nám přinesla diagnostika vzácných hematologických onemocnění (20 min.)
2. **J. Štěrba, Brno:** Lymfomy u dětí. Léky pro děti se vzácnými onemocněními z pohledu evropského regulátora (20 min.)
3. **V. Bajčiová, Brno:** Význam správné prezentace a vyhodnocení klinických příznaků nádorů u dětí a dospívajících (20 min.)
4. **M. Štěrba, Brno:** Vaskulární malformace u dětí a nové možnosti jejich léčby (15 min.)
5. **H. Ptošzková, B. Blažek, Ostrava:** Emicizumab – zásadní změna v léčbě hemofilie A (10 min.)
6. **V. Moškořová, Olomouc:** Hluboká žilní trombóza (15 min.)
7. **P. Birke, Olomouc:** Vrozené poruchy membrány erythrocytu u dětí (10 min.)

10:45 – 11:15

## PŘESTÁVKA NA OBČERSTVENÍ







**11:15 – 13:30**

## **V. BLOK - Kardiologie, revmatologie, nefrologie**

**Předsedající:** S. Skálová, J. Pavlíček

1. **J. Pavlíček, Ostrava:** Preparticipační screening sportovců – revize problematiky (15 min.)
  2. **T. Gruszka, Ostrava:** Syndrom komorové preexcitace (15 min.)
  3. **S. Skálová, Hradec Králové:** Současný přístup k diagnostice a léčbě chronického onemocnění ledvin u dětí (20 min.)
  4. **J. Laubová, Ústí n. Labem:** Prenatální sonografické nálezy na močovém systému plodu – kasuistiky (15 min.)
  5. **T. Pískovský, L. Lajczyková, Ostrava:** Přínos ultrazvukového vyšetření v diagnostice zánětlivých onemocnění kloubů (15 min.)
  6. **K. Bouchalová, Z. Pytelová, Olomouc:** Bolesti zad u dětí - kasuistiky z revmatologie a osteologie (15 min.)
  7. **P. Čamborová, Zlín:** Artritidy 2x jinak (15 min.)
  8. **K. Greinerová, Ústí n. Labem:** Recidivující horečky v dětském věku z pohledu revmatologa (15 min.)
  9. **Z. Šumník, Praha:** X vázaná hypofosfatemie – vážná diagnóza s těžkými důsledky (10 min.)
- Přednáška připravena ve spolupráci se společností Swixx Biopharma s.r.o.

**13:30 - 13:45**

## **ZAKONČENÍ BESKYDSKÝCH PEDIATRICKÝCH DNŮ 2024**

I. Röschlová

**13:45 - 14:45**

**OBĚD**

# ngenla®

(somatrogon)  
injekční roztok  
v předplněném peru



- Dlouhodobě působící růstový hormon podávaný jednou týdně<sup>1</sup>
- Léčba dětí s deficitem růstového hormonu<sup>1</sup>

V porovnání s denně podávaným růstovým hormonem:

- ✓ STEJNÁ ÚČINNOST<sup>2</sup>
- ✓ SROVNATELNÝ BEZPEČNOSTNÍ PROFIL<sup>2</sup>
- ✓ NIŽŠÍ ZÁTĚŽ SPOJENÁ S LÉČBOU<sup>3</sup>



▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

**Zkrácená informace o přípravku:** Ngenla 24 mg, 60 mg; injekční roztok v předplněném peru. • **Složení:** somatrogonem 24 mg nebo 60 mg; a další pomocné látky. **Indikace:** Léčba dětí a dospívajících od 3 let s poruchou růstu v důsledku nedostatečné sekrece růstového hormonu. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 0,66 mg/kg tělesné hmotnosti podávaná jednou týdně subkutánní injekcí. Místo podání injekce se má při každém podání střídát. U pacientů přecházejících z denně podávaných léčivých přípravků s růstovým hormonem lze terapii somatrogonem zahájit následující den po poslední denně podávané injekci. Při vynechání dávky musí být somatrogon podán co nejdříve do 3 dnů; uplynuly-li více než 3 dny, musí se vynechaná dávka přeskočit. Pro účely sledování hladiny IGF-1 musí být vzorky vždy odebrány 4 dny po aplikaci dávky. U pacientů, jejichž sérové koncentrace IGF-1 překročily průměrnou referenční hodnotu (více než 2 SDS), musí být dávka somatrogonu snížena o 15 %. **Kontraindikace:** Precitlivělost na léčivou látku nebo kteroukoliv pomocnou látku přípravku. Prokázaná nádorová aktivita – před zahájením léčby musí být protinádorová léčba ukončena. Akutní těžký stav s komplikacemi po otevřené operaci srdce, břicha, mnohočetným porázovým traumatem nebo při akutním respiračním selhání. **Zvláštní upozornění:** Léčba léčivými přípravky s růstovým hormonem může snižovat citlivost na inzulín; při léčbě může dojít k odhalení dříve nediagnosticské hypotyreózy či snížené sérové koncentrace kortizolu. U malého počtu pacientů byla hlášena intrakraniální hypertenze s edémem papily, ataxií, změnami ve zrakovém vnímání, bolestí hlavy, nauzeou a/nebo zvracením. Ve vzácných případech byla hlášena pankreatitida. Během léčby je třeba sledovat známky rozvoje skoliózy a projevy sklonutí hlavy (temorální epifýzy). V případě potvrzení myozitidy (velmi vzácná nežádoucí příhoda, která může souviset s konzervací látkou metakresol) je třeba použít léčivý přípravek s růstovým hormonem bez obsahu metakresolu. U pacientů s předchozím maligním onemocněním je třeba věnovat pozornost příznakům relapsu. **Interakce:** U pacientů s diabetem mellitem může být při zahájení terapie somatrogonem nezbytná úprava dávky léčivých přípravků s hypoglykemickým účinkem. U pacientek užívajících perorální terapii s obsahem estrogenu může být zapotřebí vyšší dávky somatrogonu. Souběžná léčba glukokortikoidy pečlivě upravena. **Fertilita, těhotenství a kojení:** V průběhu těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neuvírají antikoncepci, se užívání přípravku nedoporučuje. Není známo, zda se somatrogon/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě vpichu (např. bolest v místě vpichu, erytém, pruritus), bolest hlavy a pyrexie, tvorba protilátek proti látku. Časté: anémie, eozinofilie, hypotyreóza, alergická konjunktivitida, artralgie, bolest končetin. **Předávkování:** Krátkodobé předávkování léčivými přípravky s růstovým hormonem může vést nejprve k hypoglykémii a následně k hyperglykémii. Dlouhodobé předávkování může způsobit známky a příznaky gigantismu a/nebo akromegalie. **Uchování:** V chladničce při teplotě 2 °C-8 °C, v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem. **Balení:** Vícedávkové jednorázové předplněné pero, která obsahuje zátisk s 1,2 ml injekčního roztoku. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/21/1617/001-002. **Datum poslední revize textu:** 17.10.2023. • Vydej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.

**Reference:** 1. SPC Ngenla. 2. Deal C et al. Efficacy and safety of weekly somatrogon vs daily somatropin in children with growth hormone deficiency: a phase 3 study. J Clin Endocrinol Metab. 2022 Apr 11;dgac220. doi: 10.1210/clinem/dgac220. 3. Maniatis AK et al. Treatment Burden of Weekly Somatrogon or Daily Somatropin in Children With Growth Hormone Deficiency: A Randomized Study. J Endocr Soc. 2022 Sep 10;6(10):bvac117. doi: 10.1210/endo/bvac117.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00, Praha 5  
tel.: +420 283 004 111, fax +420 251 610 270, www.pfizer.cz

PP-NGE-CZE-0092



# BESKYDSKÉ PEDIATRICKÉ DNY 2024



# SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**Sestavila:** MUDr. Ivana Röschlová

Sborník neprošel jazykovou či redakční úpravou, ani autorskými korekturami.  
Autor nenese zodpovědnost za údaje a názory jednotlivých příspěvků.

**Rok vydání:** 2024

# Umíme předcházet diabetu 1. typu?

**Autor:** prof. MUDr. Zdeněk Šumník, Ph.D.

**Pracoviště:** Pediatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

## Abstrakt:

Diabetes 1. typu je autoimunní onemocnění, při kterém dochází k postupné destrukci beta buněk vedoucí k rozvoji diabetu. Preventivní snahy kladou za cíl zastavit či přinejmenším zpomalit proces destrukce a uchránit zbytkovou produkci inzulínu. Nejnadějnějším z nich je teplizumab, protilátka proti CD3 pozitivním buňkám, který byl schválen FDA pro prevenci diabetu 1. typu jako první lék vůbec. Podpůrně může poměrně překvapivě působit známý blokátor kalciových iontů verapamil. Možnosti zasáhnout diabetogenní proces v preklinických fázích, tedy v asymptomatickém stádiu, volají po screeningových programech schopných najít děti v časných fázích diabetu 1. typu. V rámci přednášky bude představen český screeningový projekt etty, který byl spuštěn v březnu 2024 jako součást evropské iniciativy EDENTIFI. Screening, jehož cílem je prevence diabetické ketoacidózy a oddálení inzulínoterapie, je založen na detekci autoprotilátěk specifických pro DM1 ze vzorku kapilární krve a je určen všem dětem ve věku od 2 do 18 let. Screeningové a preventivní programy mají velký potenciál zásadně změnit dětskou diabetologii v následujících letech.

---

## Časný nástup puberty v době covidové (mýtus nebo fakt?)

**Autor:** MUDr. Jiřina Zapletalová, PhD, MUDr. Holotová Kristína

**Pracoviště:** Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc

## Abstrakt:

Pohlavní vývoj je složitý mechanismus aktivovaný hypotalamo – hypofyzárním systémem. Na počátku druhé dekády života dochází v hypotalamu k postupnému zvyšování tvorby gonadotropin-releasing hormonu (GnRH-gonadoliberinu), který se váže na receptory v gonadotropních buňkách předního laloku hypofýzy. Ty produkují gonadotropiny: folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH) s afinitou k receptorům v pohlavních žlá-

zách (v ovariích a ve varlately), v nichž se tvoří pohlavní hormony a dozrávají zárodečné buňky. Puberta je zakončena kompletní maturací pohlavních žláz umožňující budoucí reprodukci. Za posledních sto let byl zaznamenán pozvolný pokles věku nástupu puberty (sekulární akcelerace), který však ustal v 80. letech minulého století. V posledních třech letech jsme v našem centru zaznamenali prudký nárůst počtu dětí (zejména dívek) s centrální předčasnou pubertou (CPP), případně nápadnou rychlostí progresu dospívání. Tento trend je v souladu s recentními publikacemi, které dokumentují nárůst CPP v průběhu pandemie COVID-19. Předpokládá se, že v tomto období došlo ke zvýšené četnosti faktorů, které mohou ovlivňovat fyziologii pubertálního vývoje. Zatímco přímý vliv infekce SARS-CoV-2 na hormonální systém zůstává v tuto chvíli spíše hypotetickou úvahou (jak ukazují studie jeho vlivu na jiné hormonální osy), zdá se, že jak fyzické, tak psychické faktory související s pandemií hrají roli při spouštění pulzatilní sekrece GnRH vedoucí k dřívějšímu nástupu dospívání. Je ale nutné objasnit přesnou roli COVID-19 v časnějším nástupu puberty porovnáním údajů z celého světa; dlouhodobé komplexní studie jsou klíčové také pro vysvětlení, zda tento jev bude pokračovat i po návratu k běžnému životu jako před pandemií.

---

## **Jak poznáme a řešíme hyperandrogenní stavy v dětském věku a v adolescenci, včetně PCOS.**

**Autor:** doc. MUDr. Marta Šnajderová, CSc.

**Pracoviště:** Pediatriká klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

### **Abstrakt:**

Projevy hyperandrogenismu se mohou objevit u jedinců obou pohlaví jak v dětském věku (méně často), tak i v adolescenci. Příčina je adrenální, gonadální, případně je zdroj androgenů exogenní.

Uvádíme přehled a charakteristiku nejčastějších hyperandrogenních stavů, diagnostické a terapeutické přístupy. Zvláštní pozornost je věnována adolescentkám se syndromem polycystických ovarií (PCOS).

Kolem 7. roku věku u dětí obou pohlaví přirozeně stoupá tvorba androgenů v kůře nadledvin (adrenarché). Zvyšuje se sérová koncentrace dehydroepiandrosteronu (DHEA) a jeho sulfátu (DHEAS) a androstendionu (AD). Pokud

dojde též k urychlení růstu a objeví se kožní příznaky (akné, maštění vlasů, apokrinní charakter potu, pubické a/nebo axilární ochlupení), hovoříme o adrenarché praecox (varianta normálního vývoje, takové děti sledujeme bez léčby). Nezbytné je odlišení jiných stavů, provázených například příznaky předčasné puberty, virilizací a dalšími. Příčinou mohou být závažné poruchy, vyžadující cílenou léčbu a sledování (nádory gonád, nádory kůry nadledvin, vrozené enzymové bloky tvorby nadledvinových steroidů, vliv zevních androgenů). Úlohou pediatra je pacienty odhalit a včas odeslat na odborné vyšetření.

V adolescenci je příčinou většiny hyperandrogenních stavů PCOS. Důvodem k vyšetření dívek je zpravidla porucha menstruačního cyklu. Jako největší problém ale obvykle dívky vnímají kožní projevy (hirsutismus, těžká forma akné). Rychlý nástup nebo progresse hirsutismu, nadměrný vývoj svalnaty, prohloubení hlasu a klitoromegalie nejsou u PCOS obvyklé a svědčí pro jinou příčinu hyperandrogenismu. Diagnostika a sledování dívek s PCOS vyžaduje péči endokrinologa a gynekologa v úzké spolupráci s pediatrem. Prvořadé je nastavení režimových opatření (u obézních), lokální léčba akné a postupy k odstranění či redukci nadměrného ochlupení (obličej, hrudník, břicho). Lékem první volby jsou orální estrogen-progestinová kontraceptiva (COC), obvykle s dobrým efektem na menstruační cyklus. Není-li hirsutismus uspokojivě kontrolován kosmetickou léčbou a COC, přidávají se antiandrogeny. Metformin se doporučuje v případech, kdy abnormální glukózovou toleranci nebo odchylky v lipidovém spektru při metabolickém syndromu nelze normalizovat snížením hmotnosti. Může být použit i v případech, kdy nelze podávat COC a pacientka tuto léčbu preferuje.

U jedinců s projevy hyperandrogenního stavu v dětském věku a v adolescenci je nutný specifický přístup v diagnostice i v léčbě. Úlohou pediatra je odhalení těchto stavů a směřování k příslušnému odbornému lékaři, průběžná spolupráce. Dopady některých hyperandrogenních stavů jsou celoživotní a projevují se v různých oblastech.

---

# Bolesti břicha u dívek z pohledu dětského gynekologa

**Autor:** MUDr. Andrea Polová

**Pracoviště:** Gynekologická ambulance, Frýdek – Místek

## Abstrakt:

Bolesti břicha u dětí jsou častým důvodem návštěvy dětského lékaře prvního kontaktu. Ten má velice zodpovědnou úlohu. Anamnézou, svým vyšetřením a diagnostickou rozvahou dojít k rozhodnutí, jak postupovat k stanovení správné diagnózy a správné terapie.

Jedná – li se o akutní bolesti, z plného zdraví, které jsou provázeny symptomy náhlé příhody břišní, obvykle bývá pacient odeslán na urgentní příjem, kde se podrobí klinickým a laboratorním vyšetřením, stanovení diagnózy a následně terapii. U dívek je potřeba myslet i na etiologii gynekologickou a v rámci komplexního vyšetření by se měla podrobit i vyšetření gynekologem. V ideálním případě, u dětských a virginálních adolescentních pacientek, dětským gynekologem. Gynekologickou etiologií jsou v těchto případech nejčastěji zánětlivé nebo cystické či tumorosní útvary na adnexech, jejich torze, ruptury. Také se může jednat o patologickou graviditu, potrat či extrauterinní těhotenství.

Jedná – li se o bolesti břicha lokalizované do podbříšku, které trvají již delší dobu, případně se cyklicky opakují, zvláště v období puberty a adolescence, patří k diagnostice nesporně i gynekologické vyšetření.

U dospívajících dívek bývají bolesti lokalizované do podbříšku často vázané na menstruační cyklus. Před nástupem menarché se může takto projevit vývojová vada odvodných pohlavních cest, gynatrézie.

U dívek, které již pravidelně či nepravidelně menstruuje, mohou bolesti provázet různá období menstruačního cyklu. Příčinou můžou být potíže související s ovulačním menstruačním cyklem, tedy dysmenorhea, premenstruační syndrom, ovulační bolesti. Ale mohou je způsobovat i nálezy v malé pánvi – ovariální cysty, tumory, endometrióza, zánětlivé procesy. U adolescentek je nutné myslet i na případnou graviditu nebo STD.

Gynekologické vyšetření provádí dětský gynekolog systematicky. Základem je podrobná anamnéza, věk pacientky, somato sexuální vývoj, menarché, men-

struační cyklus, sexuální anamnéza. Snahou je upřesnění charakteru a lokalizace potíží, tedy bolestí břicha, ale i zjištění dalších symptomů, které je provázejí.

Samotné gynekologické vyšetření dětský gynekolog provádí šetrně, s ohledem na věk, spolupráci dívky a přítomné doprovázející osoby. Zaměřuje se na gynekologickou etiologii, zároveň se snaží o diferenciální diagnostiku jiných příčin a může vyslovit doporučení k dalšímu postupu k vyšetřování a léčbě. U vyšetření vždy asistuje zdravotní sestra.

Gynekologickými nálezy při neakutních bolestech břicha u dívek bývají cystické či tumorosní útvary v malé pánvi, zánětlivé procesy, gynatrézie. Při stanovení těchto diagnóz následuje adekvátní terapie. Chirurgická nebo konzervativní. I při negativním nálezu je možné stanovit gynekologickou etiologii u bolestí, provázejících menstruační cyklus. Dysmenorhea, premenstruační syndrom, periovační bolesti. Tyto pak lze dobře léčbou ovlivnit.

Samostatnou diagnózou, která je v posledních letech stále více zkoumána a objevována i u adolescentních dívek, je endometrióza. Jedná se o přítomnost endometrálních žlázek mimo děložní dutinu. Toto onemocnění je známo spíše v souvislosti s ženskou neplodností, která ji provází. Jednoznačná etiologie pro její vznik není známa, předpokládá se, že je multifaktoriální, včetně genetické predispozice. Ukazuje se však, že rizikové faktory pro vznik endometriózy se vyskytují již v dětském a adolescentním věku dívek. Právě bolesti břicha cyklické či nepravidelné, nebo i samotná dysmenorhea, mohou být prvními příznaky přítomnosti ložisek endometriózy v malé pánvi. U dospívajících dívek nemusí být pravidlem, že se bolesti objevují jen během menstruace. Dívky mohou mít nepravidelné bolesti v podbříšku. Dysmenorhea u nich nebývá úspěšně zvládána běžnými terapeutickými postupy. K zabránění rozvoje pokročilé endometriózy a následně problémům sterility v dospělosti je potřeba včasná diagnostika a adekvátní terapie.

U dětských pacientek s bolestmi břicha může gynekologická prohlídka ozřejmit nález v oblasti dolní poloviny břicha, odhalit patologický proces, a to nejen v oblasti genitálního traktu, ale dalších orgánů se vztahem k malé pánvi. Negativní nález může přinejmenším somatickou příčinu vyloučit a nasměrovat pak další diagnostiku jinam.

Snahou příspěvku je nastínit pohled dětského gynekologa na problematiku bolesti břicha u dívek, vysvětlit potřebu jeho vyšetření v rámci správného managementu diagnostiky a terapie.



# Tyreopatie novorozeneckého věku

**Autor:** MUDr. Lucie Štíchová

**Pracoviště:** Dětská klinika Fakulty zdravotnických studií UJEP a Krajské zdravotní a.s., Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem o.z.

## Abstrakt:

Tyreopatie patří mezi nejčastější endokrinní onemocnění dospělého i dětského věku, včetně věku novorozeneckého. Vzhledem k závažnosti následků pozdě diagnostikované poruchy funkce štítné žlázy v novorozeneckém věku byl v roce 1985 zaveden celoplošný screening kongenitální hypotyreózy, kterým se stanovuje hladina TSH v suché krevní kapce získané z patičky novorozence. Hladina TSH nad 15 mIU/l svědčí pro záchyt vrozené hypotyreózy s indikací okamžitého zahájení terapie.

Vedle geneticky podmíněných poruch vývoje či funkce štítné žlázy bych ráda připomněla na kazuistikách možnost výskytu tranzientních novorozeneckých tyreopatií, způsobených transplacentárním přenosem mateřských autoprotilátek, které mohou taktéž významně ovlivnit klinický stav novorozence. Ke zlepšení diagnostiky těchto tranzientních tyreopatií by mohla přispět nová metodika screeningu tyreopatií u těhotných žen, která byla recentně zpracována pod vedením pana docenta Jiskry.

---

## Záludné akutní selhání nadledvin

**Autor:** MUDr. Jaroslav Škvor, CSc.

**Pracoviště:** Dětská klinika FZS UJEP, Masarykova nemocnice, Krajská zdravotní a.s., Ústí nad Labem

## Abstrakt:

Nebezpečí a záludnost akutního selhání nadledvin dokumentuje kazuistika na videu. Dívka jezdí pravidelně jednou za rok na kontroly pro autoimunitní tyreoiditidu způsobující hypotyreózu do naší ordinace. V ordinaci se rozvíjí obraz Addisonské krize (nevolnost, popelavé zbarvení sliznic a kůže, hypotenze, slabost). Laboratorně je hyponatremie (113 mmol/l), hyperkaliemie (5.9 mmol/l) a velmi nízká kortizolemie (9 nmol/l). Po podání hydrocortisonu a tekutin nit-

rožilně se klinický stav rychle upravuje.

Příběh dívky dokumentuje: 1. Zrádnost onemocnění. 2. Sdružování autoimunitních onemocnění (APS, autoimunitní polyglandulární syndrom). 3. Nemocný i lékař musí mít štěstí.

---

## **Novorozenecký screening vrozeých poruch imunity**

**Autor:** MUDr. Adam Klocperk, Ph.D.

**Pracoviště:** Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol

### **Abstrakt:**

V letech 2022-2023 proběhl v České republice pilotní program rozšíření novorozeneckého screeningu o vyšetření těžké kombinované imunodeficiency (severe combined immunodeficiency, SCID) kvantifikací excizních DNA molekul TREC a KREC. Do screeningu se zapojilo >90 % novorozenců a v průběhu 2 let tak bylo provedeno 198 675 vyšetření. Diagnostikováni byli 2 pacienti se SCID na podkladě CD3E deficiencie a atypického kompletního DiGeorgova syndromu, a dalších 17 pacientů s různými vrozeými poruchami imunity. U pacientů se SCID umožnila jejich brzká identifikace screeningovým programem časnou genetickou diagnostiku a zahájení kauzální terapie transplantací hematopoetických buněk a transplantací thymu před dosaženým čtvrtým měsícem života, čímž zlepšila jejich výslednou prognózu. U non-SCID pacientů umožnila časná znalost jejich diagnózy adekvátní ambulantní sledování, režimová opatření, profylaxi a imunoglobulinovou substituční terapii, což minimalizovalo jejich následnou nemocnost. V návaznosti na úspěšný pilotní program byl screening SCID od 1. 1. 2024 začleněn do standardního novorozeneckého screeningu v České republice.

---

# Polyurie - polydipsie

**Autor:** doc. MUDr. Felix Votava, Ph.D.

**Pracoviště:** Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

## Abstrakt:

Smyslem sdělení je přehled diferenciální diagnostiky **návykové** (habituální či psychogenní) polydipsie a **organicky podmíněné polyurie**.

**Základní vstupní vyšetření:** moč chemicky, glykemie: hyperglykémie, glykosurie a ketonurie potvrdí diabetes mellitus. Kalemie a kalcemie: chronická hypokalémie nebo hyperkalcemie vedou ke ztrátě koncentrační schopnosti ledvin. Hladina kreatininu v plasmě a ultrazvukové zobrazení urotraktu: vyloučí renální postižení s možnou ztrátou koncentrační schopnosti. Osmolalita séra a moči z časově co nejbližších vzorků: náhodné zachycení vysoké osmolalitu moče při normální osmolalitě séra svědčí pro návykovou polydipsii. Hyperosmolární sérum a hypostenurická moč potvrzují diabetes insipidus (DI). Pokud první linie nevede k rozhodnutí a je zapotřebí postupovat v diferenciální diagnostice dále.

**Navazující vyšetření k rozlišení návykového pití a skutečného DI:** Test s odnětím tekutin bez podání desmopressinu (DDAVP). Během testu monitorujeme diurézu, hmotnost pacienta, osmolalitu moče z každé porce během testu a první porce moče po jeho ukončení. Frekvence měření osmolality séra během testu závisí na stavu pacienta a sledované diuréze. Klesá-li během testu diuréza a vzrůstá osmolalita moče, blížíme se pravděpodobně k diagnóze psychogenní polydipsie a můžeme snížit frekvenci vyšetřování osmolality séra. Přetrvávající vysoká diuréza hypostenurické moči svědčí pro DI. U kojence s DI mohou i 3 hodiny žíznění vést k hypernatremické dehydrataci! Test ukončíme, je-li splněna jedna z následujících podmínek: 1. známky dehydratace; 2. nevladatelná žízeň (etický důvod); 3. průkaz dostatečné koncentrační schopnosti ledvin, tj. vysoká osmolalita moče. Obvykle se spokojíme s nálezem osmolality moči >500 u kojenců resp. >600 u batolat a >750 mOsm/kg u starších dětí. Nenaplní-li se během 12 hodin podmínka pro ukončení testu, je téměř jistá nespoupráce pacienta.

## Další vyšetření k rozlišení centrální a renálního DI, pokud byl DI prokázán:

Test s odnětím tekutin po podání DDAVP. Použijeme stejný test, ale po podání DDAVP. Snížení diurézy a zvýšení osmolality moči při zachování osmolality séra svědčí pro centrální DI.

**Vyšetření příčin DI:** Při centrálním DI provedeme zobrazení CNS pomocí MR, posoudíme ostatní endokrinní funkce osy hypotalamus – hypofýza a doplníme techneciovou scintigrafií skeletu k vyloučení osteolytických ložisek při histiocytóze z Langerhansových buněk. Přesnější diagnostické zařazení renálního DI je možné molekulárně-geneticky.

---

## Současný přístup k léčbě Crohnovy choroby u dětí

**Autor:** doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.

**Pracoviště:** Ambulance dětské gastroenterologie, endoskopie a nutriční ambulance Dětské kliniky FNOL

### Abstrakt:

Léčba Crohnovy choroby (Crohn´s disease, CD) u dětí prošla v posledních letech řadou změn. Lékem první linie k indukci remise CD je v dětském věku exkluzivní enterální výživa (EEV), která ve většině případů nahradila dříve používané kortikoidy. Na rozdíl od léčby kortikoidy je EEV charakterizována minimálními nežádoucími účinky a významně vyšším účinkem směrem ke slizničnímu hojení. U rizikových pacientů (děti s extenzivním postižením střeva, hlubokými ulceracemi na sliznici, růstovou retardací apod.) je doporučeno ihned po stanovení diagnózy podat léčbu biologickou, která je u CD aktuálně nejefektivnější léčebnou modalitou. Podáváme léčiva ze skupiny anti-TNF (infliximab, adalimumab), a v případě jejich selhání pak i další biologika (anti-integrinové nebo anti-interleukinové protilátky). Do budoucna očekáváme rozšíření spektra léčby a trend individualizace terapie.

---

## Purulentní meningitidy a jejich prevence

**Autor:** doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

**Pracoviště:** Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

### Abstrakt:

Purulentní meningitidy jsou u dětí vzácná, ale závažná onemocnění s letalitou do 10 % a s trvalými následky u čtvrtiny dětí. Většinu meningitid u dětí starších 3 měsíců způsobovaly meningokoky, pneumokoky a Haemophilus influenzae

typu b (Hib). U novorozenců a kojenců do 3 měsíců věku až polovinu onemocnění vyvolávaly streptokoky skupiny B následované gramnegativními bakteriemi a listériemi.

Proti běžným původcům purulentních meningitid, s výjimkou gramnegativních bakterií, jsou dostupná preventivní opatření.

Pravidelné očkování proti Hib, nyní součást hexavakcíny, prakticky vymýtí lo hemofilové meningitidy a epiglottitidy z dětské populace, monovakcína je určena pro děti v riziku infekce, např. po splenektomii nebo po purulentní meningitidě.

Nepovinné hrazené očkování kojenců proti pneumokokům je určeno pro kojence, od února 2024 je plná úhrada konjugovaných vakcín proti 10, 13 i 15 sérotypům. U dětí v riziku infekce je hrazena od 2 let věku polysacharidová vakcína proti 23 sérotypům.

Nepovinné hrazené očkování proti meningokokům B je indikováno pro kojence, tetravakcína ACWY pro děti v 2. roce věku, obě vakcíny pro děti od 14 do 16 let a děti v riziku infekce. V ohnisku onemocnění se používá u rizikových kontaktů protektivní chemoterapie V-penicilinem v běžné dávce po dobu týdne.

Významný pokles novorozeneckých meningitid vyvolaných streptokoky sk. B souvisí se screeningem bakterie v pochvě mezi 35. a 38. týdnem gravidity a s léčbou kolonizovaných žen v průběhu porodu.

Prevence listeriózy u gravidních, a tím následné infekce novorozenců, spočívá v zákazu konzumace nepasterizovaného mléka a produktů z něj připravených, např. zrajících sýrů.

---

# Invazivní streptokokové infekce u dětí v invazivní péči ČR v období 06- 12/2024

**Autor:** MUDr. Tomáš Zaoral, Ph.D.

**Pracoviště:** Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče KDL, FN Ostrava a LF OU

## Abstrakt:

GAS *Streptococcus pyogenes* – streptokok skupiny A, je výhradně lidský patogen. Jeho rozšíření je celosvětové. Způsobuje celou řadu neinvazivních a invazivních onemocnění od akutní faryngitidy a impetiga po nekrotizující fascitidu a streptokokový syndrom toxického šoku. Invazivní infekce GAS (iGAS) jsou vzácné, život ohrožující systémové infekce, komplikující běžnou spálu nebo faryngitidu. Děti zotavující se z virových infekcí, např. z planých neštovic, chřipky atd. jsou vystaveni vyššímu riziku rozvíjející se infekce iGAS.

Autor uvádí přehled dětí se závažným klinickým průběhem, které vyžadovaly intenzivní péči od září roku 2022 do prosince roku 2023. Celkem to bylo 92dětí, z toho 62dětí (67.4%) vyžadovalo umělou plicní ventilaci, zemřelo 6dětí (6.5%), 5dětí (5.4%) mělo závažné následky (amputace). I přes závažnost těchto případů, jsou tyto poměrně vzácné. Dle záznamů NRL nejsou hlášené případy způsobeny novým kmenem a onemocnění je snadno léčitelné antibiotiky.

Zkratky:

GAS – *Streptococcus pyogenes*

iGAS – Invazivní infekce GAS

NRL – Národní referenční laboratoř

---

## Komplikace varicely

**Autor:** MUDr. Petr Širůček, MUDr. Jana Nováková

**Pracoviště:** Oddělení kožní LF OU a FN Ostrava

## Abstrakt:

Nejčastější komplikací varicely jsou pyodermie vyvolané *Streptococcus pyogenes* a *Staphylococcus aureus* ve smyslu impetiginizace morf, při progresi pak furunkuly, flegmóny, hlubší ulcerace až obraz ranné spály s difuzním erytémem.

mem integumenta. Zde je potřeba kromě virostatické terapie nasazení antibiotik, často v kombinaci, a to i nitrožilně. Tangování CNS se může projevit febrilními křečemi, postižením mozečku, nejčastěji paleocerebelárním syndromem během výsevu neštoviček, ale i postvaricelózně jako autoimunitní projev s indikací kortikoterapie. Léze mozkových nervů jsou vzácnější. Z hematologických komplikací je to trombocytopenie vesměs se spontánní úpravou. Z respiračních intersticiální pneumonie (pneumonitida) nezřídka vyžadující oxygenoterapii a kortikoterapii. Synovialitidy jsme pozorovali výjimečně. Přednáška bude dokumentována fotodokumentací hospitalizovaných dětí na naší klinice.

---

## **Neuroinfekce – co vše jsem schopen udělat pro zdárný konec**

**Autor:** MUDr. Jiří Sagan

**Pracoviště:** Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava a LF OU

### **Abstrakt:**

Neuroinfekce patří mezi závažné stavy, které jsou spojeny s vysokou morbiditou a mortalitou. Závažnost onemocnění kolísá od relativně lehkých průběhů až po letální konec, typicky u hnisavých zánětů. Vyvolávajícím agens mohou být bakterie, viry a také paraziti, těmito původci může být vyvolán jak hnisavý, tak serózní zánět. Možná je také etiologie neinfekční, v tomto případě se jedná o aseptické postižení centrálního nervového systému (např. autoimunitní onemocnění). Vzhledem k závažnosti je na místě hospitalizace pacienta. Předmětem sdělení je poukázat na klinický průběh onemocnění, včasnou a správnou diagnostiku, která zásadním způsobem ovlivňuje mortalitu a eventuální komplikace, a také na adekvátní terapii, jak kauzální, tak symptomatickou. V neposlední řadě je zmíněna důležitá mezioborová spolupráce ošetřujícího lékaře s laboratorními pracovníky, radiology, neurology, neurochirurgy, případně dalšími odbornostmi.

---

# Náhlé příhody břišní u dětí stokrát jinak

**Autor:** MUDr. Tomáš Dvořák

**Pracoviště:** Nemocnice ve Frýdku-Místku, Chirurgie

## **Abstrakt:**

V rámci denní praxe na chirurgickém pracovišti nemocnice okresního typu jsou dětské NPB denním chlebem každého chirurga. Specifickou skupinou a v chirurgické literatuře často opomíjenou situací, která může potenciálně vyústit v NPB, jsou cizí tělesa v GIT. V krajních případech se může jednat až o život ohrožující stavy, které vyžadují neprodlené terapeutické úkony, Tato práce slouží jako shrnutí dané problematiky a pokus o nastínění mezioborové spolupráce u pediatrických pacientů s výše uvedeným stavem.

---

## **Quo vadis, medicíno?**

**Autor:** MUDr. Alice Bosáková, Ph.D.

**Pracoviště:** Klinika dětského lékařství FN a LF Ostrava

## **Abstrakt:**

Prezentovaná kazuistika ukazuje velký pokrok současné medicíny.

Dívka ze sledované gravidity pro multičetné vrozené vývojové vady plodu.

Přerušeno těhotenství gynekology odmítnuto.

Pro kontrakce ukončen porod ve 35. tý. per S.C - konec pánevní – leden 2018.

Po porodu zjištěna kloaka, atresie jícnu s dolní TE píštělí, hydrokolpos.

Založena kolpostomie (vaginostomie), sigmoideostomie, epicystostomie, gastrostomie, podvaz TE píštěle - anastomosa jícnu neprovedena pro chabý dolní pahýl jícnu.

Dle USG urotraktu multicystická dysplasia pravé ledviny a hydronefróza vlevo.

2/2018 exudativní enteropatie -Tazocin.

Kontrolní USG ledvin ve 3/2018 jen s lehkou dilatací levé pánvičky, multicystic-



ká dysplasie pravé ledviny neprokázána. Funkce ledvin v normě.

3/2018 sepse, v moči Candida glabrata – přeléčena antibiotiky i antimykotikem.

3/2018 provedena anastomosa jícnu, 7. den ruptura stehů s následnou resuturou. V dalších dnech perforace sutury s nutností vyšší esophagostomie (krčního jícnu) ve 4/2018. Po operaci krvácení z hrudního drénu, podána ERY masa + trombo, plasma, 2x Novoseven.

4/2018 mediastinitida s hemorrhag. šokem a rozvojem DIC.

5/2018 verdinový icterus, koagulopatie, polyurie, vysoké transaminázy, vysoké zánětlivé parametry - v.s. selhání jater po Mycaminu.

5/2018 Hornerovo trias - ptosa, miosa a enoftalmus l.dx.

5/2018 překlad do FNO, dystrofická s četnými vývody.

8/2018: MNR břicha: cca 4cm kloaka, 3,5cm od zevního ústí je patrné ústí uretry, na konci kloakálního tunelu parciál. septum, verifikována rektální píštěl - - ověřeno nástřikem distální kličky kolostomie, délka pochvy 3cm od napojení na kloakální kanál.

Akutní pyelonefritida ve 2/2019.

2/2019 druhá ataka akutní pyelonefritidy. Po odléčení provedena výměna epicystostomie a vaginostomie.

5/2019 provedena rekonstrukční operace - neoanus, provedena labioplastika, vaginoplastika, hemihysterectomie vpravo, výměna epicystostomického drénu, ponechána gastrostomie, sigmoideostomie.

6/2019 výměna epicystostomie, mikce i spontánní. Mikční cystouretrografie (MCUG) bez vezikoureterálního refluxu.

8/2019 odstraněna epicystostomie, dále 3x akutní pyelonefritida.

5/ 2020 infekce močových cest.

6/2020 okluze sigmoideostomie, resekce Meckelova divertiklu a appendectomie a zavedena opět epicystostomie.

Provedena cystoskopie (CS) - stenóza uretry - v uretře tuhá cirkulární řasa uza-

vírající 80% lumen, opich sfinkteru uretry Botoxem, na 24 hod. zaveden močový katetr, poté odstraněn. Ponechána zajišťovací antibiotická terapie, pro dysynergií nasazeny Mictonetten, pro obstipaci po měsíci vysazeny.

12/2020 kontrola v nefrologické ambulanci. Hmotnost 14,6 kg, výška 94 cm. Dívka prospívala, mikce spontánní, neoanus s lehkým prolapsem sliznice, okolí klidné, krční jícen klidný, gastrostomie funkční.

9/2021 uzavřen krční jícen, uzavřena gastrostomie, zavedena výživová jejunostomie.

12/2021 hmotnost 16,2 kg , výška 105 cm, stravu přijímala ústy, ponechána výživová jejunostomie, kt.odstraněna v r. 2022.

8/2023 dívka stravu přijímá ústy, močová trubice je kontinentní, oj. utrušuje, začíná navštěvovat mateřskou školu.

---

## Novinky v diagnostice a léčbě cévní mozkové příhody

**Autor:** Doc. MUDr. Ondřej Volný, Ph.D.

**Pracoviště:** JIP a Iktové centrum Neurologické kliniky FN Ostrava

### Abstrakt:

Přednáška „Novinky v diagnostice a léčbě cévní mozkové příhody“ je zaměřena na stručnou epidemiologii CMP (včetně věkově vázané incidence, prevalence a mortality) a možnosti rekanalizační léčby CMP u dětí a dospělých (systémová trombolýza a mechanická trombektomie). Stručně jsou uvedeny přínosy multimodálního zobrazení mozku a cév (pomocí CT, CTA angiografie a CT perfúze) včetně zapojení umělé inteligence (AI), aktuální trendy v klinickém výzkumu včetně studia neuroprotektiv a vlivu hypotermie na ischemie. Na závěr jsou prezentovány možnosti roboticky asistovaných endovaskulárních výkonů u cévních mozkových příhod.

---

# Cévní mozkové příhody v dětském a adolescentním věku

**Autor:** MUDr. Hana Medřická, MBA

**Pracoviště:** Oddělení dětské neurologie FN Ostrava

## **Abstrakt:**

CMP představují urgentní neurologickou problematiku.

Vyskytují se ve všech věkových kategoriích a dokonce nejvíce v prvním roce života! Patří mezi 10 nejčastějších důvodů mortality a trvalého neurologického deficitu.

Incidence je cca 2,5/100 tis/ rok, výskyt hemoragických a ischemických příhod je poměrem rovnoměrný. Vzhledem k věku a vývojovému hledisku dítěte mají CMP jiné etiopatogenetické souvislosti než v dospělosti.

Prezentace chce upozornit na včasnost (urgentnost) moderní diagnostiky (zejména DW MR, MRA), stanovení diagnózy a zahájení léčby dle dostupných nejmodernějších trendů včetně invazivních. Společnou snahou je minimalizace neurologických následků dítěte do jeho dalšího života. Rozhodující jsou právě první hodiny od počátku rozvoje příznaků CMP - tzv. terapeutické okno (nejoptimálněji do 4, maximálně 6- ti hodin).

Neurologické symptomy CMP zejména v počátcích rozvoje mohou být nevýrazné a podceněné, jiné vysoce varovné. Na některé upozorňujeme, např. se mohou projevovat v podobě změny reaktivity a chování dítěte, artikulační fixace pohledem, změnou motoriky, poruchou rovnováhy, chůze, náhle vzniklou bolestí hlavy s rozvojem meningeálního syndromu. Vysoce varovným symptomem je rozvoj hemiparesy, porucha hlavových nervů, porucha vědomí, výskyt epileptického záchvatu!

V těchto případech je na místě bezodkladné vyšetření v cerebrovaskulárním centru FNO – dítě s podezřením na CMP je zajištěno týmem odborníků, stabilizováno, podrobena akutní diagnostice, dle nálezu je zahájena léčba, ať se jedná o trombolýzu nebo endovaskulární intervenční zákrok s cílem rekanalizace postižené cévy nebo intervence neurochirurga. Jedná se o komplexní péči, která pokračuje na OPRIP KDL, následně na ODN.

# Tumory dětského věku – klinické příznaky

**Autor:** MUDr. Eva Štěpánová

**Pracoviště:** Oddělení dětské neurologie FN Ostrava

## **Abstrakt:**

Nádory CNS jsou nejpočetnějšími solidními nádory dětí a stále představují významnou část nádorové mortality a morbidity. Prognóza části z nich je stále méně příznivá, včasná klinika a diagnostika je stěžejní pro příznivý vývoj léčby a klinického stavu pacienta. Klinický vývoj může být akutní, projevující se běžnými příznaky nitrolební hypertenze, ale i subakutní ve formě plíživých diskretních klinických známek, které vyžadují zvýšenou pozornost v praxi zejména pediatra.

---

# Magnetická rezonance v zobrazení tumorů mozku u dětí

**Autor:** MUDr. Pavla Hanzlíková, Ph.D., MBA

**Pracoviště:** Radiodiagnostický ústav FN Ostrava

## **Abstrakt:**

Cílem našeho sdělení je posluchače s MR diagnostikou mozkového tumoru u dětí rozšířeným protokolem.

V našem sdělení prezentujeme možnosti zobrazení mozkové tumoru specializovanými technikami, které zvyšují specifitu diagnostiky, umožňují poměrně spolehlivě rozlišit tumory vycházející z mozkové tkáně od nádorů embryonálních. Tento typ zobrazení by měl být dle evropských doporučení Evropské společnosti pro pediatrickou onkologii (SIOPE) standardem na pracovištích vyššího typu.

Diagnostika tumoru mozku u dítěte je obtížnou a citlivou entitou ve spektru vyšetření MR. O to více je nutné již při vstupní diagnostice přispět v rámci multidisciplinárního týmu k co největší specifitě a tím k plánování rozsahu výkonu a další léčby.

---

# Ortopedická problematika u dětí s DMO

**Autor:** MUDr. Martin Zerák, MUDr. Petr Kamínek, PhD.

**Pracoviště:** Ortopedická klinika FNOL a LF UPOL

## **Abstrakt:**

Dětí s DMO v poslední době přibývá v návaznosti na zkvalitňování neonatologické péče.

Již v nízkém věku tyto pacienti vyžadují multidisciplinární péči, do které jsou zahrnutí praktičtí lékaři pro děti a dorost, dětské neurologové, ortopedi, rehabilitační lékaři a zejména fyzioterapeuti, se kterými jsou děti velmi často v nejúžším vztahu.

Ortopedická dispenzarizace u těchto pacientů je nejdůležitější v období růstových spurtů, kdy vzniká největší riziko kloubních kontraktur a s tím související zhoršení lokomoce dítěte.

---

# Dětská katarakta – diagnostika a léčba

**Autor:** Jana Juhászová, Kateřina Drozdová Juhászová

**Pracoviště:** Oční oddělení Nemocnice Agel Ostrava Vítkovice a.s.

## **Abstrakt:**

Geneticky podmíněné poruchy u dětí jsou příčinou patologie 3-5 % novorozenců. Na 1.místě je vrozený šedý zákal. Jeho incidence je 1:250-300. Zásadní rozdíl je v charakteru postižení zrakové ostrosti při vývoji šedého zákalu v útlém dětství, u mladistvých a v dospělosti. U dětí se zraková dráha vyvíjí, především v prvních 17 týdnech života, ale vývoj pokračuje až do 6 let věku – pokles centrálního vidění = AMBLYOPIE . Od školního věku tato komplikace při změně transparence čočky neohroží.

Dětské oko je menší a dorůstá do velikosti dospělého v 16 letech. Dle věku, ve kterém se katarakta manifestuje se dělí na kataraktu kongenitální, vznikající časné po narození a vznikající později v dětském věku. Ve 2/3 je onemocnění oboustranné.

Pro prognózu vývoje zraku u vrozených katarakt je rozhodující typ a event. přítomnost dalších vrozených změn. Zraková ostrost může být zachována, ale většinou je snížena v závislosti na denzitě, velikosti a lokalizaci katarakty. Nej důležitější je prevence amblyopie.

Dětská katarakta se řeší operačně v celkové anestezii. Po odstranění zkalené čočky se do čočkového pouzdra implantuje umělá nitrooční čočka.

Pleoptický výcvik výrazněji postiženého oka u batolat a předškolních dětí má zásadní význam. Jedná se o dlouhodobý proces – spolupráce klinického pracoviště, terénního oftalmologa, zrakového terapeuta, ortoptisty a především rodiny. Každý v této skupině hraje svou nezastupitelnou roli s ohledem na finální zrakové funkce dítěte.

---

## **Náhled do Bobath konceptu v pediatrické praxi**

**Autor:** Barbora Johana Pašková, DiS.

**Pracoviště:** Centrum zdraví SAGENA s.r.o.

### **Abstrakt:**

Přednáška Vám přiblíží Bobath koncept, jeho historii a filozofii a také práci fyzioterapeuta, ergoterapeuta a logopeda. Bobath koncept je terapeutický přístup, který je postaven na neurovývojovém podkladě. Původně pomáhal všem, kteří měli omezenou schopnost participovat na každodenním životě z důvodů poranění či poškození CNS u dětí s DMO a u dospělých s CMP. Postupně se rozšířil i na pomoc dětem, která mají primárně jinou diagnózu.

Cílem tohoto konceptu je vždy funkční aktivita. Věnuje se otázkám prevence kontraktur a deformit. Jedním ze specifík je práce v týmu. Velký důraz je kladen na edukaci rodičů dětí a pečujících osob. [www.cadbt.cz](http://www.cadbt.cz).

---

# Význam správné prezentace a vyhodnocení klinických příznaků nádorů u dětí a dospívajících

**Autor:** MUDr. Viera Bajčiová, CSc.

**Pracoviště:** Klinika dětské onkologie FN a LF MU Brno

## **Abstrakt:**

Včasná diagnostika a vyhodnocení iniciálních klinických příznaků nádorového onemocnění u dětí a dospívajících zásadní měrou ovlivňuje další průběh a osud onkologického pacienta. Bylo prokázáno, že oddálení správné diagnostiky a tím pádem oddálení zahájení účinné léčby zhoršuje celkové přežití a výsledky léčby prakticky u všech typů zhoubných onemocnění.

Cílem prezentace je ve zkratce představit širokou problematiku nejčastějších klinických příznaků zhoubných onemocnění u dětí a dospívajících, upozornit na příznaky imitující nádory a příznaky podporující diagnózu maligního nádoru.

Prezentace a diagnostická úskalí nejčastějších klinických příznaků solidních nádorů a hematologických malignit seřazených dle věku pacienta a následně dle lokalizace a typu zhoubného nádoru. Definice role PLDD v diagnostice maligních onemocnění a další péči o onkologicky nemocné děti.

Prakticky všechny klinické příznaky nádorových onemocnění u dětí a dospívajících jsou nespecifické. Proto je nutno na možnou nádorovou etiologii vždy myslet při trvání příznaků více jak 4-6 týdnů bez zjevné příčiny, bez odezvy na standardní léčbu a v případě pochybností a podezření kontaktovat pracoviště dětské onkologie.

---

# Emicizumab – zásadní změna v léčbě hemofilie A

**Autor:** MUDr. Hana Ptoszková, MUDr. Bohumír Blažek

**Pracoviště:** Klinika dětského lékařství FN Ostrava

## Abstrakt:

Hemofilie A je dědičná porucha srážení krve, způsobená nedostatkem koagulačního faktoru VIII. Kauzální léčba hemofilie zatím není k dispozici, řešením je intravenózní substituce chybějícího faktoru VIII. Aplikace faktoru je možná buď epizodicky – v případech krvácení, nebo preventivně - v rámci primární (u všech těžkých hemofiliků), sekundární nebo terciální profylaxe. Významným krokem byla náhrada plazmatických faktorů rekombinantními, které zredukovaly zejména riziko přenosu infekčních onemocnění, dále pak vývoj preparátů s prodlouženým účinkem, které umožnily aplikace FVIII v delších intervalech. Neřešily však nejzávažnější komplikaci léčby, kterou je vznik aloprotilátek proti FVIII, tzv. inhibitoru. Pacienti, kteří vyvinou inhibitor, jsou zvýšeně ohroženi krváčovými komplikacemi, k jejichž léčbě byly k dispozici pouze tzv. bypassové přípravky (rekombinantní aktivovaný FVII, aktivovaný koncentrát faktorů protrombinového komplexu). Nový přístup k prevenci krvácení u pacientů s hemofilí A – ať s inhibitorem nebo bez – představuje emicizumab. Je to první představitel tzv. nefaktorové - nesubstituční léčby hemofilie. Jde o humanizovaný monoklonální modifikovaný imunoglobulin IgG4 s bispecifickou strukturou zajišťující schopnost interakce s koagulačními faktory IX a X. V lidském organismu imituje funkci koagulačního faktoru VIII vazbou na aktivovaný FIX a FX, čímž aktivuje koagulační kaskádu i bez přítomnosti FVIII. Případná přítomnost inhibitoru FVIII nijak neovlivní funkčnost emicizumabu. Současně je převratný i způsob a frekvence podávání emicizumabu. Na rozdíl od intravenózních injekcí faktorové léčby se podává subkutánně, rovněž frekvence je výrazně nižší – umožňuje aplikace 1x za 1 - 4 týdny. Zavedení jeho používání představuje mimořádné zlepšení kvality života dětských hemofiliků, což sami pacienti potvrzují v krátkém filmovém dokumentu, který je součástí tohoto sdělení.

---



# Hluboká žilní trombóza

**Autor:** MUDr. Veronika Moškořová

**Pracoviště:** Dětská klinika LF UP v Olomouci a FN Olomouc

## Abstrakt:

Trombózy v dětském věku stále představují vzácné onemocnění. Časově v pediatrii nacházíme dvě kritické období jejich vzniku. V novorozeneckém a kojeneckém období bývají trombózy lokalizovány v oblasti horní duté žíly, jugulární či podklíčkové žíly a v mozkových žilních splavech. V období puberty a dospívání je nacházíme typicky v hlubokém žilním systému. Ve vzniku trombóz se uplatňují především vrozené trombofilní stavy, u dětí často v kombinaci se spolupůsobením získaného trombofilního rizika. Mezi tyto rizikové faktory patří např. obezita, užívání hormonální antikoncepce, zavedený centrální žilní katetr, nádorové onemocnění a jiné.

Klinický obraz závisí na jejich rozsahu a lokalizaci. Hluboké žilní trombózy se nejčastěji prezentují otokem, bolestí, změnou zabarvení či citlivostí končetiny. V diagnostice se uplatňuje laboratorní a zobrazovací vyšetření – dopplerovská ultrasonografie.

V přednášce uvedeme kazuistiky pacientů s hlubokou žilní trombózou. Zmíníme málo častou jednotku – námahovou trombózu horní končetiny tzv. Pageťův – Schrötterův syndrom a uvedeme kazuistiku pacienta s rozsáhlou trombózou dolní končetiny komplikované rozvojem posttrombotického syndromu.

---

## Vrozené poruchy membrány erythrocytu u dětí

**Autor:** MUDr. Petr Birke, MUDr. Barbora Ludíková, Ph.D.

**Pracoviště:** Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

## Abstrakt:

Úvod. Vrozené poruchy membrány erythrocytu jsou geneticky podmíněné poruchy strukturálních proteinů erythrocytární membrány. Jedná se o korpuskulární příčiny hemolytické anémie. Nejčastější kongenitální hemolytickou anémií ve střední Evropě představuje hereditární sférocytóza.

Pacient a výsledky. 6letý chlapec vyšetřen PLDD pro pět dní trvající horečky a bledost. Laboratorně těžká normocytární normochromní anémie (hemoglobin 29 g/l) s retikulocytopenií, celkový bilirubin 23  $\mu\text{mol/l}$ , konjugovaný 10  $\mu\text{mol/l}$ , snížený haptoglobin, C-reaktivní protein negativní. V krevním nátěru sférocyty. Test kryohemolýzy pozitivní. Ultrazvuk břicha se splenomegalií a cholecystolitiázou bez cholecystitidy a bez dilatace žlučovýchodů – zahájena terapie kyselinou ursodeoxycholovou. Podány celkem dvě transfuzní jednotky erytrocytů resuspendovaných deleukotizovaných a ozářených. Sérologicky a polymerázovou řetězovou reakcí v krvi prokázán parvovirus B19. Diagnostický závěr: tranzitní aplastická krize způsobená infekcí parvovirem B19 při nově zjištěné hereditární sférocytóze.

Závěr. Hereditární sférocytóza je charakteristická variabilitou klinického obrazu od bezpříznakového či velmi lehkého průběhu po těžké projevy se závislostí na transfuzích. Onemocnění komplikují rekurentní hemolytické krize (způsobené interkurentním infekčním onemocněním) a tranzitní aplastické krize (při infekci parvovirem B19.) Diagnostikována tak může být v novorozeneckém věku, nebo v dětství při výskytu komplikací, či až v dospělosti.

---

## Preparticipační screening sportovců – revize problematiky

**Autor:** doc. MUDr. Jan Pavlíček, Ph.D., MHA

**Pracoviště:** Klinika dětského lékařství FN Ostrava a LF OU

### Abstrakt:

Preventivní vyšetření sportovce má za úkol odhalení patologií se zvýšeným rizikem náhlé kardiální nebo nekardiální smrti a dalších možných nefatálních poškození. V dětském věku byl smysl tohoto preparticipačního screeningu dlouho diskutován, vyšetření má nyní nicméně právní rámec a je již standardně v České republice prováděno. Obecně je náhlá srdeční smrt (NSS) v dětském věku vzácnou událostí a většina z nich se stane ve spánku nebo normálních aktivitách než při sportu. Nejčastějšími známými příčinami jsou pravděpodobně arytmiické syndromy nebo myokarditidy a kardiomyopatie. V rámci tohoto screeningu se dětský kardiolog podílí na hodnocení EKG, může se ale vyjadřovat k dalším nálezům ve vztahu ke sportu (šelest, bolesti

na hrudi, kolapsové stavy, arytmie, hypertenze, zatížená anamnéza, apod.). Pro detekci zvýšeného rizika NSS byly realizovány různé strategie, základní složkou je EKG, vyšetření pak může být rozšířeno o zátěžové vyšetření a o celkové posouzení na tělovýchovném nebo sportovním lékařství. Základem preparticipačního screeningu je anamnéza, fyzikální vyšetření a 12-svodové EKG. Různá doporučení zvažovala u vybraných skupin echokardiografii, CT, NMR, genetiku – tyto možnosti ale nesplňují poměr nákladů a efektivity a nebyly zatím jako screening zavedeny. Při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu rozlišujeme řadu termínů: výkonnostní sport; vrcholový sport; škola se zaměřením na sport a tělesnou výchovu; organizovaný sport; neorganizovaný sport a pohybová rekreace; zdravotně náročná sportovní disciplína. Lékařské prohlídky pak dělíme na: vstupní; pravidelné; mimořádné; jednorázové. Obecně lze říci, že výkonnostní sportovec má vstupní prohlídku s EKG, vrcholový sportovec pak EKG se zátěžovým vyšetřením většinou 1x ročně. V dětském věku vstupní prohlídku většinou realizuje registrující pediatr a EKG křivku a její popis si vyžádá u dětského kardiologa. Celý proces může provést tělovýchovné lékařství. Většina lékařů používá Dotazník sportovce k odhalení rizik NSS a vyplňuje pak Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu. EKG posuzujeme dle publikovaných kritérií (Seattle criteria, International criteria), smysl a výsledky EKG screeningu jsou dlouhodobě debatovány (častý nesouhlas v hodnocení patologií mezi lékaři, časté falešně pozitivní nálezy a zbytečné přešetření, zkoumání pozitivního efektu tohoto screeningu, zpřesňování EKG kritérií a zlepšování tréninku hodnotitelů, hodnocení nákladů na jeden rok zachráněného života). Z pohledu dětského kardiologa pak nabízíme provedení a hodnocení EKG kdykoliv, zátěžové vyšetření nebo jiné přešetření provádíme jen z indikací souvisejících s kardiální problematikou. Komplexní posouzení sportovce pak provádí tělovýchovné lékařství. Preparticipační screening je nyní stabilně zaveden a považujeme ho za důležitou součást prevence náhlé smrti z kardiovaskulárních příčin. Klíčová je anamnéza, fyzikální vyšetření a provedení EKG. Vrcholoví sportovci jsou pak indikováni k provedení zátěžového vyšetření a ke zhodnocení na tělovýchovném lékařství.

---

# Syndrom komorové preexcitace

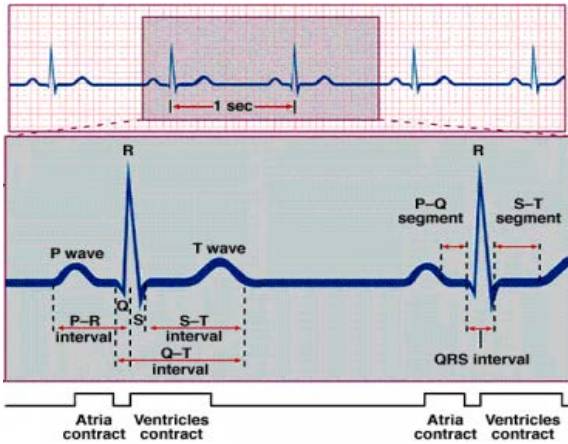
**Autor:** MUDr. Tomáš Gruszka

**Pracoviště:** Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

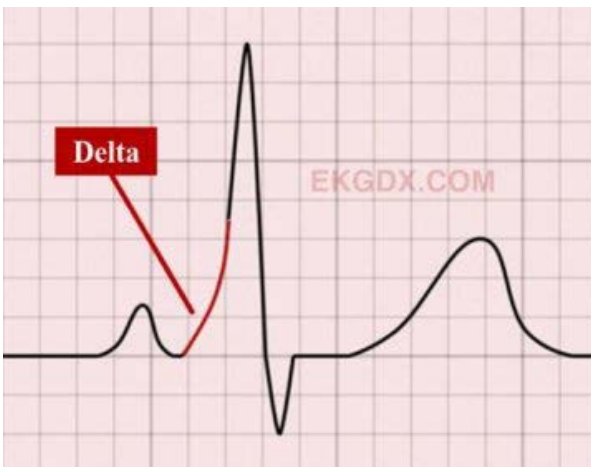
## Abstrakt:

Základní funkcí srdce jsou rytmické kontrakce vypuzující krev ze síní do komor a z komor do cévní soustavy hovoříme tedy o mechanické systole síní a komor. Každá systola je následována relaxací svaloviny, což odpovídá mechanické diastole síní a komor. Je nezbytná optimální synchronizace obou fází srdeční revoluce, aby byla srdeční funkce maximálně efektivní. K tomu slouží elektrická systola a diastola síní a komor. Elektrická systola je zprostředkována srdečním převodním systémem.

Převodní systém srdeční je za fyziologických okolností tvořen **sinusovým uzlem, síňovými drahami, atrioventrikulárním uzlem, Hisovým svazkem, pravým Tawarovým raménkem, levým Tawarovým raménkem** (s přední a zadní větví) a terminálními **Purkyňovými vlákny**. Sinusový uzel je odpovědný za frekvenci, rytmicky se nabíjí a vybíjí, síňové dráhy rozvedou vzruch do svaloviny síní velmi rychle a končí u atrioventrikulárního uzlu. Atrioventrikulární uzel slouží k zpomalení šíření elektrického vzruchu, což umožní mechanickou systolu síní do relaxovaných komor. Hisův svazek a ostatní distální části převodního systému převádějí vzruch rychle na svalovinu komor. Na EKG záznamu tak vznikne typický záznam **P – QRS**, T vlna pak odpovídá elektrické diastole komor.



Za nefyziologických okolností může přetrvat jedna nebo více spojek mezi sva-  
lovinou síní a komor, v důsledku čehož se vzruch může dostat ze síní do komor  
předčasně a výsledný QRS komplex vznikne splynutím 2 vzruchů v komorách  
a na EKG záznamu registrujeme **delta vlnu**.



Akcesorní spojka může předčasně aktivovat levou komoru nebo pravou ko-  
moru a podle toho máme na povrchovém 12 svodovém EKG záznamu přítom-  
nou delta vlnu s různou lokalizací a polaritou.

Spojka má, z praktického hlediska, 2 základní vlastnosti. První vlastností je schopnost vytvořit s fyziologickou součástí převodního systému síňokomorovou smyčku, tedy **atrioventrikulární reentry**, kterou obíhá vzruch mezi síní a komorou s vysokou frekvencí a zároveň touto frekvencí aktivuje myokard komor. Hovoříme o atrioventrikulární reentry tachykardii, nejsou vzácné frekvence okolo 250 BPM. Podle směru aktivace komor ne může jednat o **ortodromní** tachykardii převážně se štíhlými QR komplexy (pokud není přítomna raménková blokáda) nebo **antidromní** tachykardie se širokým QRS komplexy. Tachykardie se širokými QRS komplexy činí diferenciatně diagnostické potíže, protože se podobají monomorfním komorovým tachykardiím.

Druhou vlastností spojky je takzvaná **převodní kapacita** spojky. Ta určuje, jak vysoké frekvence je spojka schopna převést prográdně ze síní na komory. Spojky s vysokou převodní kapacitou jsou velmi rizikové, protože převedení extrémně rychlých impulzů ze síní na komory (například při síňovém flutteru nebo fibrilaci síní) může spustit fibrilaci komor.

Proto při podezření na existenci spojky na základě detekce delta vlny na klidovém 12 svodovém EKG záznamu naše pacienty podrobně, a často opakovaně, vyšetřujeme. Při detekci supraventrikulární tachykardie u pacientů s manifestní delta vlnou hovoříme o **Wolf-Parkinson-Whiteově syndromu** (WPW), není-li prokázána existence tachykardie, pak hovoříme o tzv. WPW obrazu. Časté, rychlé a déletrvající tachykardie jsou indikací k léčbě, farmakologické, nebo (stále častěji a v časnějším věku) intervenční. Rizikové spojky, tedy spojky s vysokou převodní kapacitou, jsou indikovány k intervenci i bez detekci supraventrikulární tachykardie. Stále více pracovišť však dnes preferuje intervenci i u asymptomatických manifestních spojek, protože žádným neinvasivním vyšetřením nemůžeme zcela spolehlivě vyloučit rizikové chování spojky.

---

# Současný přístup k diagnostice a léčbě chronického onemocnění ledvin u dětí

**Autor:** MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.

**Pracoviště:** Dětská klinika LFUK a FN Hradec Králové

## Abstrakt:

Chronické onemocnění ledvin (CHOL) v dětském věku je definováno jako ireverzibilní poškození struktury a/nebo funkce ledvin trvající déle než tři měsíce, které může progredovat až do konečného stadia onemocnění ledvin. Současná definice CHOL je založena na hodnotě glomerulární filtrace (GFR) a rozsahu albuminurie. Termín CHOL nahradil před několika lety dříve používané označení chronická renální insuficience či chronické selhání ledvin a zahrnuje tak i stavy s poškozením ledvin a normální glomerulární filtrací. Prevalence CKD u dětí nebyla nikdy systematicky hodnocena, validní informace pro dětskou populaci chybí. Incidence 3.-5. stadia CHOL v dětské populaci je dle evropského registru udávána 11-12 případů na milion dětí.

Podle epidemiologických a registračních údajů jsou příčinami CHOL u dětí a mladých dospělých do 25 let věku ve více jak 70 % případů vrozené anomálie ledvin a močových cest (CAKUT), steroid-rezistentní nefrotický syndrom, chronické glomerulonefritidy a ciliopatie.

Diagnostika chronického onemocnění ledvin hraje vyžaduje komplexní vyšetření zaměřené na určení příčiny, závažnosti poklesu renálních funkcí a komplikací spojených s poruchou ledvinných funkcí.

Terapie chronického onemocnění ledvin je zaměřena zejména na zpomalení progresu poklesu renálních funkcí a ovlivnění komplikací, které zvyšují mortalitu i v pozdějším dospělém věku. Ke komplikacím souvisejícím s CHOL patří anémie, metabolická acidóza, metabolické kostní onemocnění, hypertenze, poruchy růstu a výživy. Kardiovaskulární postižení u dětí s CHOL se rozvíjí již v časně fázi poruchy funkce ledvin a je dnes hlavní příčinou úmrtí u dětí v chronickém dialyzačním programu. V praxi děti s CHOL pravidelně kontrolujeme včetně laboratorního vyšetření v 1-6 měsíčních intervalech podle stadia CHOL a zaměřujeme se na korekci komplikací a metabolických odchylek. Zahájení náhrady funkce ledvin závisí na hodnotě GFR, na klinickém stavu dítěte jeho rodinném zázemí a dále na efektu konzervativní terapie zaměřené na zpomalení progresu CHOL.

# Prenatální sonografické nálezy na močovém systému plodu – kazuistiky

**Autor:** MUDr. Jana Laubová

**Pracoviště:** Dětská klinika Fakulty zdravotnických studií Univerzity J.E.Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a.s.- Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

## Abstrakt:

**Úvod:** Patologické obrazy močového systému jsou nejčastějšími abnormními prenatálními sonografickými nálezy. Mezi nimi dominuje fetální hydronefróza vyskytující se u 0,6-4,5 % všech plodů.

V naší nemocnici provádí dětský nefrolog cílená prenatální sonografická vyšetřování plodu v situacích, kdy gynekolog vysloví podezření na vrozenou vadu ledvin a močových cest při ultrazvukovém vyšetření nejčastěji v druhém trimestru gravidity. U většiny plodů bývá zjištěna dilatace močového systému, na druhém místě jsou pak cystická onemocnění ledvin.

Soubor pacientů: V letech 2017-2023 bylo sonograficky vyšetřeno 344 plodů, u kterých gynekolog vyslovil podezření na vrozenou vadu ledvin a močových cest při prenatálním ultrazvukovém vyšetření.

Výsledky: U 255 plodů (74 %) byla zjištěna dilatace močového systému, u 19 plodů (5,5 %) některý typ cystické dysplázie ledvin, ageneze ledvin jednostranná i oboustranná byla nalezena u 4 plodů (1,2 %).

Formou kazuistik jsou prezentovány následující nálezy – oboustranná dilatace kalichopánvičkových systémů a ureterů, jejichž příčinou byl v jednom případě primární vezikoureterální reflux, ve druhém případě chlopeč zadní uretry.

Třetí kazuistika popisuje prenatální obraz autozomálně dominantní polycystické choroby ledvin, čtvrtá pak zvětšený močový měchýř v prvním trimestru gravidity.

Závěr: Nejčastějšími patologickými nálezy na močovém systému plodu jsou dilatace dutého systému. Prenatální stanovení diagnózy umožňuje zmírnit obavy rodičů (hlavně u lehkých dilatací) a naplánovat poporodní péči u závažných vad.

---



# Přínos ultrazvukového vyšetření v diagnostice zánětlivých onemocnění kloubů

**Autor:** MUDr. Tomáš Pískovský, Ph.D., MUDr. Lenka Lajczyková

**Pracoviště:** FN Ostrava, Klinika dětského lékařství, Ostrava, Česká republika  
LF Ostravské univerzity, Katedra pediatrie a neonatologie, Ostrava, Česká republika

## Abstrakt:

V posledních dvaceti letech došlo k významnému rozvoji využití ultrazvukového vyšetření kloubů a měkkých tkání v oblasti revmatologie, nejprve u dospělých pacientů a v posledních letech i u pacientů dětských. V oblasti dětské revmatologie se muskuloskeletární ultrazvukové vyšetření stalo důležitou součástí diagnostiky, monitorace léčby a kontroly odpovědi na léčbu zvláště u dětí s juvenilní idiopatickou artritidou.

Výhodou vyšetření je jeho užití bez nutnosti sedace i u nejmenších dětí. V posledních pěti letech proběhlo mnoho studií organizovaných mezinárodní pracovní skupinou pro využití ultrazvuku v dětské revmatologii (OMERACT). Byly standardizovány přístupy k vyšetření jednotlivých kloubů, a zvláště pak interpretace sonografických nálezů vzhledem k jednotlivým věkovým kategoriím dětí.

Ultrazvukové vyšetření muskuloskeletárního systému u dětí přináší přidanou hodnotu ke klinickému vyšetření a stává se nedílnou součástí vyšetření v dětské revmatologii. V posledních letech probíhají mezinárodní kurzy muskuloskeletárního ultrazvuku určené pro dětské revmatology organizované v rámci pracovní skupiny pro zobrazovací metody PRoS pod záštitou EULAR.

Budou probrány výhody i nevýhody ultrazvukového vyšetření muskuloskeletárního systému u dětských pacientů a příklady vyšetření z klinické praxe.

---

# Bolesti zad u dětí - kazuistiky z revmatologie a osteologie

**Autor:** Bouchalová K., Pytelová Z.

**Pracoviště:** Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

## Abstrakt:

Bolesti zad jsou poměrně častými potížemi u dětí, a zvláště u adolescentů, kdy až 50 % z nich prodělá alespoň jednu epizodu bolestí zad. Diferenciální diagnostika je široká a zahrnuje onemocnění od svalových bolestí, skoliózy a traumat až po revmatická a nádorová onemocnění. Při diagnostice se opíráme o anamnestické údaje (trauma, vztah k fyzickým aktivitám, ranní ztuhlost, systémové projevy či neurologické příznaky), klinické a laboratorní vyšetření a často využíváme i zobrazovací metody (ultrazvuk, rentgenový snímek, magnetickou rezonanci, včetně celotělového zobrazení, či počítačovou tomografii).

Toto sdělení přináší kazuistiky popisující 3 různá revmatická a osteologická onemocnění projevující se bolestmi zad. Prvním pacientem je v současné době 18letý chlapec, jehož potíže začaly v pubertě jako těžké akné a výrazné bolesti zad s limitací hybnosti. Byla u něj stanovena diagnóza chronické rekurentní multifokální osteomyelitidy (CRMO) a byl léčen bisfosfonátem pamidronátem. Nyní je již půl roku bez terapie a ve výborném stavu. I u druhé pacientky se objevily potíže v pubertě v podobě bolestí zad, na cílený dotaz uvedla i váhový úbytek, v laboratoři byla výrazná elevace známek zánětu. Podezření na diagnózu bylo stanoveno dle UZ a verifikováno CT a MRI angiografií, jedná se o vzácnou Takayasu arteritidu. Pacientka má biologickou léčbu. Třetí pacientka byla při diagnóze mladší než první dva pacienti a cesta ke správné diagnóze u ní byla zpočátku komplikována předcházejícím mírným traumatem. Byla zjištěna entezopatická forma juvenilní idiopatické artritidy, biologická léčba uvedla nemoc do inaktivního stavu a mohla být ukončena, dívka je ve výborném stavu, nyní léčena pouze vitamínem D.

Zdůrazňujeme nutnost časně diagnostiky a efekt dostupné léčby. V případě CRMO je důležité zvýšení povědomí o existenci této nemoci především mezi PLDD, ortopedy a neurology. U pacientky s Takayasu arteritidou mělo

rozhodující roli kvalitní UZ vyšetření. Třetí pacientka má podtyp JIA, který je dle literatury spojen s pozdějším odesláním k revmatologovi.

Podpořeno grantem IGA\_LF\_2023\_037.

---

## Artritidy 2x jinak

**Autor:** MUDr. Petra Čamborová, Ph.D.

**Pracoviště:** Krajská nemocnice Tomáše Bati, Zlín

### Abstrakt:

Reaktivní artritida je definována jako sterilní artritida vázaná na předchozí extraartikulární infekci.

Jde o heterogenní skupinu onemocnění s neznámou incidencí. V krátkém sdělení se budu snažit připomenout tato onemocnění a jejich rozdělení podpořené o dvě krátké a trochu komplikované kazuistiky.

---

## Recidivující horečky v dětském věku z pohledu revmatologa

**Autor:** MUDr. Kateřina Greinerová

**Pracoviště:** Dětská klinika Fakulty zdravotnických studií UJEP a Krajské zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o.z.

### Abstrakt:

Horečka patří k hlavním chorobným projevům v dětství. Její nejčastější příčinou jsou virové a bakteriální infekce, v tomto případě trvá několik dní a obvykle nečiní diagnostický problém. Složitější bývá diferenciální diagnostika protrahovaných nebo recidivujících horeček. Zahrnuje infekce méně běžnými patogeny nebo neobvyklý závažný průběh infekce běžnými mikroorganismy u imunokompromitovaných pacientů. Mezi další onemocnění, jejichž hlavním projevem bývá horečka, patří systémová zánětlivá onemocnění (systémová forma juvenilní idiopatické artritidy, systémový lupus erythematosus, vasku-

litidy, idiopatické střevní záněty atd.), hematologicko-onkologické choroby (akutní lymfoblastická leukémie, lymfomy, neuroblastom aj.) a autoinflamatorní onemocnění. Jedná se o skupinu vzácných onemocnění způsobených poruchou regulace mechanismů vrozené nespecifické imunity, kdy dochází ke spontánnímu vzniku projevů zánětlivé aktivity. K autoinflamatorním onemocněním řadíme relativně častou jednotku syndrom PFAPA (Syndrom periodické horečky s aftózní stomatitidou, faryngitidou a krční lymfadenopatií), jejíž etiologie je multifaktoriální, dále monogenní periodické horečky (Familiární středomořská horečka - FMF, Periodický syndrom asociovaný s receptorem pro tumor nekrotizující faktor - TRAPS, Periodické syndromy asociované s kryopyrinem – CAPS, Syndrom hyper-IgD), ale také mnoho nových klinických jednotek, k jejichž popisu dochází díky rozvoji technologií genetické diagnostiky. Společným rysem je epizodičnost klinických manifestací i laboratorních projevů. Jednotlivé epizody mají u konkrétního pacienta identický a předvídatelný průběh a jsou střídány asymptomatickým mezidobím. Hlavním rizikem neléčených onemocnění je rozvoj sekundární AA amyloidózy, jejíž prevencí je včasná protizánětlivá léčba.

---





SANOPHARM CZ

[www.bpd2024.cz](http://www.bpd2024.cz)