

***Zborník abstraktov  
Festival KAZUISTÍK<sup>®</sup> z pediatrie 2011***

***25. - 26. marec 2011, Žilina, Slovensko***

[www.kazuistika.sk](http://www.kazuistika.sk)

### ***Organizačný výbor***

Milan Kuchta  
Eva Bálintová  
Katarína Gombošová  
Nina Jalčovníková  
Jarka Siegfriedová  
Michaela Bomba Birkusová  
Mária Kasmanová

### ***Vedecká komisia***

Milan Kuchta	predseda komisie
Karol Kralinský	člen komisie
Ján Kovaľ	člen komisie
Vladimír Mihál	člen komisie

### ***Pozvaní rečníci***

**Prof. MUDr. Peter Bánovčín, CSc.**, Prednosta Kliniky detí a dorastu JLF a UNM v Martine, hlavný odborník pre pediatriu MZ SR

**Doc. MUDr. Katarína Furková, CSc., mim. prof.**, prednostka Kliniky pre deti a dorast A. Getlíka, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, UNsP, Bratislava

**Prof. MUDr. Karol Kralinský, PhD.**, Prednosta III. Detskej kliniky SZU, VsNsP v Lučenci

**Doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc. mim. prof.**, II. klinika detí a dorastu Lekárskej fakulty UPJŠ a Detskej fakultnej nemocnice

**Prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.**, Prednosta Detskej kliniky Fakultnej nemocnice a LF UP v Olomouci

**Doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc., mim. prof.**, Ostrava

### ***Poverený organizátor:***

PAMIDA International, s.r.o.  
web: [www.pamidainternational.com](http://www.pamidainternational.com)  
e-mail: [info@pamidainternational.com](mailto:info@pamidainternational.com)  
tel/fax: +421 41 4000123

## **Obsah**

<i>Program konferencie</i> .....	4
<i>Abstrakty prednášok</i> .....	9
<i>Index kľúčových slov</i> .....	42

## PROGRAM

25.03.2011 piatok

7,30 Registrácia

9,00 *Slávnostné otvorenie*

Čestné predsedníctvo:

**Prof. MUDr. Peter Bánovčín, CSc.**, prednosta Kliniky detí a dorastu JLF a UNM v Martine, hlavný odborník pre pediatriu MZ SR**Prof. MUDr. Tibor Šagát, CSc.**, dekan Lekárskej fakulty SZU v Bratislave, predseda SPS**MUDr. Peter Krcho, PhD.** riaditeľ Detskej fakultnej nemocnice Košice, prednosta Kliniky neonatológie LF UPJŠ a DFN Košice**MUDr. Eva Sladká, ÚDZS**, Bratislava**MUDr. Marta Špániková**, členka prezídia Asociácie všeobecných lekárov pre deti a dorast**prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.**, prednosta Detskej kliniky Fakultnej nemocnice a LF UP v Olomouci, prodekan LF UP Olomouc**Prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**, člen výboru Českej pediatrickej spoločnosti, Ostrava, prednosta Dětského lékařství Městské nemocnice Ostrava**Doc. MUDr. Katarína Furková, CSc., mim. prof.**, prednostka Kliniky pre deti a dorast A. Getlika, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, UNsP, Bratislava, prodekan LF SZU Bratislava**prof. MUDr. Karol Kralinský, PhD.**, prednosta III. detskej kliniky SZU, VsNsP v Lučenci, hlavný odborník pre pediatrickú anesteziológiu a intenzívnu medicínu MZ SR**doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc. mim. prof.**, prednosta II. kliniky detí a dorastu Lekárskej fakulty UPJŠ a DFN Košice, námestník riaditeľa DFN

## ODBORNÝ PROGRAM

9,30 – 10,30 **Blok I. Predsedníctvo: Šagát, T., Miškovská, M.****1. Trauma a infekcia v detskom veku**

Šagát, T., Riedel, R., Hargaš, M., Kuruc, R., Očko, P. (Bratislava, ÚDZS)

**2. Neúplný Hornerov syndróm ako jediný príznak rozsiahleho nádoru mediastína**

Pukančíková, E., Stančoková, T., Bician, P. (Banská Bystrica)

**3. Neobvyklá príčina patologickej fraktúry femuru u 18-ročnej pacientky**

Fabianová, M., Bician, P., Bieliková, S., Hálová, K., Novotný, J., Menšíková, J., Mikšíková, I. (Banská Bystrica)

**4. Vzácna príčina komplikácie po BCG vakcinácii**

Miškovská, M., Ostró, R., Melter, J., Fábry, J., Vojtušová, Z. (Dolný Smokovec, Košice)

**5. Genitálne bradavice a podofylín - liečba a intoxikácia**

Šimurka, P., Koleková, A. (Trenčín)

**6. Od dyspnoe pri akútnej bronchitíde k infiltrujúcemu astrocytárnemu tumoru**

Klabníková, K., Bánovčín, P., Hyrdelová, E., Stančoková, T., Michnová, Z., Vojarová, L., Vojtková, J. (Martin)

10,30 – 10,45 Diskusia

10,45 – 11,00 *Prestávka na kávu*

**11,00 – 12,10 Blok II. Predsedníctvo: Furková, K., Slaný, J.**

- 7. Anémia u dospievajúcej. Stačí mi krvný obraz ?**  
Furková, K., Topol'ský, I., Kizeková, Z. (Bratislava)
- 8. Zelená víla**  
Paclová, M., Nogolová, A., Slaný, J. (Ostrava, ČR)
- 9. Prečo Bianka schudla a padali jej vlasy**  
Moravčíková, D., Dluholucký, M., Kráľinský, K., Bubanská, E., (Banská Bystrica, Lučenec)
- 10. Primárna izolovaná CNS vaskulitída**  
Synaková, E., Okál'ová, K., Dluholucký, S., Moravčíková, D., Novotná, K. (Banská Bystrica)
- 11. Sekundárny nefrotický syndróm u kojenca pri CMV infekcii**  
Dúžeková, V., Dluholucký, M. (Banská Bystrica)
- 12. Sturgeov - Weberov syndróm**  
Smoligová, M. (Bardejov)
- 13. Ako ďalej žije nešťastná Sonia?**  
Šoltýsová, B., Beniaková, L., Rosipalová, D., Baltsová, T., Beňa, L. (Poprad, Košice)
- 14. Prečo súrodencov s deficitom rastového hormónu a výškou pod 4SD neliečime?**  
Vojtková, J., Čiljaková, M., Mišovicová, N., Kecerová, M., Michnová, Z., Vojarová, L., Klabníková, K., Bánovčín, P. (Martin, Dolný Kubín)

12,10 – 12,35 Diskusia

12,35 – 14,00 *Prestávka na obed*

**14,00 – 15,05 Blok III. Predsedníctvo: Sladká, E., Topol'ský, I.**

- 15. Význam a vplyv psychologického prístupu k matke pri diagnostike neprospevania dieťaťa**  
Sladká, E. (ÚDZS, Bratislava)
- 16. Nesprávny manažment u maloletej pacientky po epileptickom záchvate**  
Hlavatý, J. (ÚDZS, Bratislava)
- 17. Zriedkavá malformácia tráviaceho traktu ako príčina črevnej nepriechodnosti**  
Martoš, R. (ÚDZS, Martin)
- 18. Alergie u kojenca**  
Vymětalová, Z., Jeřábková, M. (Prostějov, ČR)
- 19. Deficit SCAD-kazuistika**  
Látečková, K., Bzdúch, V., Fabriciová, K., Hornová, J., Behúlová, D., Sass, J. O. (Bratislava, Freiburg, D)
- 20. Čo bolo dôvodom dráždivosti u novorodenca**  
Žikavská, T., Brucknerová, I., Košťálová, L., Červeňová, O. (Bratislava)
- 21. Pneumologická problematika v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast**  
Falatová, M., Kubiková, Y. (Prievidza, Bojnice)

**22. Ikterus a výlet na MARS**

Topol'ský, I., Buzá'ssyová, D., Zamborská, K., Gajniaková, S., Kuchta, M., Koval', J. (Bratislava, Košice, Prešov)

15,05 – 15,25 Diskusia

15,25 – 15,40 *Prestávka na kávu*

**15,40 – 16,45 Blok IV. Predsedníctvo: Mihál, V., Špániková, M.****23. Niečo mu musí byť**

Špániková, M. (Bratislava)

**24. Neobvyklá príčina dlouhotrvajúcej migrény s vertigem**

Mihál, V., Neklanová, M., Hálek, J., Michálková, K. (Olomouc, ČR)

**25. Život ohrožujúca trombóza u pacientky s niekoľkými rizikovými faktormi**

Ludíková, B., Pospíšilová, D., Novák, Z., Hadačová, I. (Olomouc, Praha, ČR)

**26. Neobvyklá kombinácia dvoch závažných autoimunitných ochorení u dospelého chlapca**

Véghová-Velgánová, M., Karásková, E., Neklanová, M., Vydra, D., Michálková, K. (Olomouc, ČR)

**27. Prenatálne diagnostikovaný hypoplastický syndróm ľavého srdca – hraničný prípad**

Tittel, P., Pecníková, J., Brucknerová, I. (Bratislava)

**28. Raritný prípad kongenitálnej hypoplázie hornej končatiny s apláziou laktového kĺbu**

Kušnierová, I., Capová, J., Kočanová, V. (Košice)

**29. Simona a problémy okresnej nemocnice**

Seligová, Z., Belušová, J. (Kežmarok)

**30. Kawasakiho syndróm u 11-ročného dievčaťa**

Jakubička, J., Hrebík, M. (Nitra, Bratislava)

16,45 – 17,00 Diskusia

17,00 – 17,15 *Prestávka*

**17,15 – 18,15 Blok V. Predsedníctvo: Bálintová, E., Čelková, M.****31. Nicolas a jeho neurologické problémy**

Škodová, H., Tenora, J., Kůrková, I. (Prostějov, ČR)

**32. Prehliadnutá kožná lézia a jej závažná komplikácia**

Bálintová, E., Kuchta, M., Huk, Š. (Košice)

**33. Neštandardná diagnostika T-ALL**

Šubová, Z., Švec, P. (Bratislava)

**34. Novorodenecký systémový lupus erythematosus**

Kočanová, V., Capová, J., Kušnierová, I., Baloghová, J. (Košice)

**35. Neustupujúci kašeľ u adolescenta (resp. dobrý objektivný nález veľ'a napovie)**

Ševcová, M., Koval', J., Furielová, I., Minčík, I., Straka, L., Lokša, J. (Prešov)

**36. A nie je to Münchhausen?**

Čelková, M. (Olomouc, ČR)

**37. Príčina kašľa akú sme možno nečakali**

Kováčiková, L. (Liptovský Hrádok)

18,15 – 18,25 Diskusia

20,00 – 24,00 *Spoločenský večer pri hudbe***26.03.2010 sobota****8,30 – 9,50 Blok VI. Predsedajúci: Malý, T., Kráľinský, K.****38. „Tati, čo je v bríše vľavo od pupku?“**

Malý, T., Chudáček, J., Jurečková, L., Smolka, V., Michálková, K., Šterba, J. (Olomouc, ČR)

**39. Méně obvyklé vysvětlení dlouhotrvajících febrilií**

Ďurošková, Z., Polzerová, I. (Prostějov, ČR)

**40. Abdominálna kolika v dojčenskom veku**

Durandziová, A. (Považská Bystrica)

**41. STEP operace - možnost řešení „short-bowel syndrom“**

Malý, T., Chudáček, J., Jurečková, L., Smolka, V., Karásková, E., Michálková, K. (Olomouc, ČR)

**42. Malý chlapec**

Aleksijević, D.; Zapletalová, J. (Olomouc, ČR)

**43. Cizí těleso v gastrointestinálním traktu – kazuistika a souhrn nejnovějších diagnostických a terapeutických postupů**

Lázničková, M., Slaný, J. (Ostrava, ČR)

**44. Čo sa skrývalo za „nevinnou“ bolesťou zápästia u 17-ročnej Ľubky?**

Gerová, R.; Kuchta, M. (Sabinov, Košice)

**45. Domáci mazlíček vektorem leptospirózy**

Tenora, J., Zápalka, M. (Prostějov, Olomouc, ČR)

**46. Alimentárna methemoglobinémia s fatálnym koncom alebo prečo mal Lacko „čokoládovú“ krv?**

Kráľinský K., Mečiaková M. (Lučenec, Banská Bystrica)

**47. Klikatá cesta k diagnóze**

Pačlová, M.; Spilková, Z.; Slaný J. (Ostrava, ČR)

9,50 – 10,15 Diskusia

10,15 – 10,30 *Prestávka na kávu*

10,30 – 12,00 Blok VII. Predsedajúci: Stanková, S., Zol'ák, V.

48. **Ako začala Monika opäť chodiť**  
Polzerová, A., Kůrková, I., Tenora, J. (Olomouc, ČR)
49. **Gingiválny absces u novorodenca**  
Stanková, S., Tóthová, M., Pšeničková, B. (Košice)
50. **Nezvyčajné komplikácie u 16-ročnej pacientky s glykogenózou typu Ib**  
Tárnoková, S., Bzdúch, V., Staník, R., Dická, E., Behulova, D., Bibza, J. (Bratislava)
51. **Ako nám očkovanie zamotalo hlavy?**  
Lašáková, D., Rosipalová, D., Šoltýsová, B. (Poprad)
52. **Vrodený defekt omenta – príčina inkarcerácie ilea s takmer fatálnym koncom u 2-ročného chlapca**  
Đurišová, Z., Zol'ák, V., Murgaš, D., Gašparec, P., Hodrušská, B., Fedor, M., Nosál', S. (Martin)
53. **„Veľký“ Tomáš**  
Kováčová, K., Hálová, K., Šimurka, P. (Banská Bystrica, Trenčín)
54. **Off-label liečba artritického syndrómu ako dôvod Stevensovho-Johnsonovho syndrómu?**  
Janek, J., Zavřel, M., Šimurka, P. (Trenčín)
55. **Čo sa nakoniec skrýva za podozrením na idiopatickú zápalovú myopatiu?**  
Vojarová, L., Čiljaková, M., Hyrdelová, E., Haľáková, E., Klabníková, K., Vojtková, J., Michnová, Z., Turčan, T., Bánovčín, P. (Martin)
56. **Pretrvávajúca dysfágia a kašeľ u malého dieťaťa**  
Dzurillová, S., Koval', J., Galóová, N., Cingel, V., Lokša, J. (Košice, Prešov, Bratislava)
57. **Krvácanie z jazyka ako prvý príznak ťažkej formy hemofílie**  
Kryštofová, J. (Martin)
58. **Život ohrozujúce krvácanie pri chronickej myeloidnej leukémii**  
Zol'ák, V., Hodrušská, B., Plameňová, I., Murgaš, D., Fedor, M., Nosál', S. (Martin)

12,00 – 12,20 Diskusia

12,20 – 12,50 Prestávka na kávu a vyhodnotenie súťaží

12,50 **Vyhlasenie najlepších prednášok, udelenie ocenení a odovzdanie výhier**

13,15 Záver konferencie

## Malý chlapec

*Aleksijević D., Zapletalová J.*

LF UP a FN Olomouc, Česká republika

**Klíčové slová:** úraz mozku, posttraumatický hypopituitarismus, akutní a chronický hormonální deficit

### Abstrakt:

Kraniocerebrální poranění je jednou z hlavních příčin závažné morbidity a mortality u dětí. Incidence je uváděna 185- 250 na 100.000 dětí do 15 let věku za rok a asi 6% z nich umírá. Následky u přeživších pacientů jsou různé: od tělesného postižení různého stupně až k dlouhodobým kognitivním, psychickým a sociálním problémům. Významným bývá tzv. posttraumatický hypopituitarismus. Současné klinické studie u dospělých pacientů dokázaly, že u více než 30% se po úrazu mozku objevuje postižení alespoň jedné hormonální osy (nejčastěji gonadotropní a somatotropní), vzácněji jde o deficit kombinovaný. Za sporný rizikový faktor je považována tíže poranění (postresuscitační Glasgow Coma Scale pod 9). Hormonální dysfunkce se může rozvinout nejen v akutní fázi, ale také až 10 let po úrazu (u 70% během prvního roku). Posttraumatický hypopituitarismus může mít nepřehlédnutelnou symptomatologii jako jsou poruchy dospívání nebo deficit růstového hormonu. Můžeme se ovšem také setkat s poruchami hormonální tvorby, které zůstávají dlouho nepoznané. Takovýto neléčený chronický deficit provázený apatií, únavností, svalovou slabostí, psychickou nevykonností může zhoršovat neurologickou symptomatologii, komplikovat rehabilitační léčbu a být příčinou duševních poruch.

Kazuistika:

Představujeme případ čtyřletého chlapce po vážném úrazu mozku - syndrom týraného dítěte. Během prvního roku po úrazu se u dítěte rozvíjí klinický obraz sekundární epilepsie. V průběhu dalších let dochází ke zpomalení jeho růstového tempa s významným oploštěním růstové křivky, které vedlo k odbornému endokrinologickému vyšetření. Byl prokázán posttraumatický deficit růstového hormonu, který začal být léčen.

## Prehliadnutá kožná lézia a jej závažná komplikácia

*Bálintová E. (1), Kuchta M. (1), Huk Š. (2)*

1: II. klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice, 2: UNLP Košice, Slovensko

**Klíčové slová:** osteomyelitida

### Abstrakt:

Zápalové ochorenia kostí sú najčastejšie infekcie bakteriálne pôvodu, vyvolané *Staphylococcus pyogenes aureus*, streptokokmi, pneumokokmi, *E.coli*, salmonelami atď. Priebeh ochorenia závisí od obranyschopnosti organizmu, masívnosti infekcie a jej virulencie.

Zložitosť diagnostiky a dôležitosť podrobnej anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia demonštrujú autori na kazuistike 10 chlapca, ktorý bol primárne 12.2.2010 ošetrený ambulantne pre bolesti ľavého predkolenia, ktoré si šetrí, TT do 38 st.C. Na príslušnej detskej ambulancii stav uzatvorený ako viroza a myozitída. 15.2.2010 pre nezlepšujúci sa stav a teploty do 40st.C. odmietanie chôdze, opuch ľavého predkolenia doslaný na hospitalizáciu na infekčné oddelenie. 18.2.2001 ochorenie progreduje, dieťa nechodí, ľavé predkolenie opuchnuté, koža už začervenaná, teplá, vyšetrené USG ciev LDK- s nálezom tromboflebitídy preto preložený z infekčného oddelenia na príslušné detské oddelenie 19.2.20010 konzultovaný stav s našou klinikou a dieťa preložené na II.KDD DFN LF UPJŠ. Nikde pri predchádzajúcich yšetreniach sa neudáva úraz ani známky poškodenia povrchu kože - modriny, exkoriácie a pod. Pri dopĺňaní anamnézy pri prijatí rodičia úraz negujú, neskôr pri

opakovaných otázkach udávajú, že dieťaťa malo úraz cca 2 dni pred objavením sa prvých ťažkostí – kopnutie bratom do predkolenia.

V ďalšom priebehu autori opisujú priebeh diferenciálnej diagnostiky a komplexnej liečby potvrdenej osteomyelitídy.

Ak sa akútna osteomyelitída rozpozna včas a lieči sa konzekventne, je možné uzdravenie bez trvalých následkov. Avšak často, najmä pri tvorbe abscesov dochádza ku chronickému priebehu ochorenia. Chronické endogénne zápaly kostnej drene sú väčšinou len veľmi ťažko liečiteľné a majú sklón k opätovnému prepuknutiu aj po dlhom čase liečenia. Niekedy však pre „získanie času“ stačí vykonávať podrobne základné klinické a laboratórne vyšetrenia.

## **A nie je to Münchhausen?**

**Čelková M.**

DK FN Olomouc, Česká republika

**Kľúčové slová:** bolesť brucha, opuchy

### **Abstrakt:**

Kazuistika sa venuje prípadu 17-ročnej pacientky, ktorá bola odoslaná na gastroenterologické vyšetrenie pre chronické bolesti brucha. V čase prvej ambulantnej návštevy na našej klinike mala slečna za sebou v priebehu 2 rokov jednu apendektómiu klasickou cestou a následne dve laparoskopické operácie pre rozrušenie zrastov.

V nasledujúcich 5 mesiacoch absolvovala opäť UZV dutiny brušnej, MR enteroklýzu, gastroskopiu, kolonoskopiu i neurologické vyšetrenie pre vylúčenie abdominálnej migrény. Všetko s negatívnym výsledkom. Nález antigénu *Helicobacter pylori* v stolici viedol, samozrejme, k preliečeniu patologickej žalúdočnej flóry.

Opakovaná a veľmi podrobná anamnéza pri poslednej hospitalizácii nás dovedla k informácii o intermitentných samovoľne regredujúcich opuchoch rúk.

A k stanoveniu definitívnej diagnózy viedol už len jednoduchý odber krvi na to správne vyšetrenie.

## **Abdominálna kolika v dojčenskom veku**

**Durandziová A.**

AVLDD, Považská Bystrica, Slovensko

**Kľúčové slová:** kolikovitá bolesť bruška, symptomatická liečba

### **Abstrakt:**

Symptomatickou liečbou sa podarilo postupne zlepšiť až odstrániť kolikovitú bolesť bruška dojčaťa.

## Vrodený defekt omenta – příčina inkarcerácie ilea s takmer fatálnym koncom u 2-ročného chlapca

Ďurišová Z. (1), Zolák V. (1), Hodrušská B. (1), Fedor M. (1), Nosál S. (1), Gašparec P. (1), Murgaš D. (2)

1: Klinika detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny UNM; 2: Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM, Slovensko

**Kľúčové slová:** hernia, inkarcerácia ilea, šok

### Abstrakt:

Vnútorné hernie sa podieľajú približne 0,6-3% na všetkých príčinách obštrukcie tenkého čreva. Medzi vnútorné prietrže patria aj kongenitálne hernie, ktoré zahŕňajú paraduodenálne, transmesenterické a transomentálne hernie.

Diagnostika transomentálnej hernie je len zriedkavo úspešná predoperačne vzhľadom na to, že klinický obraz je veľmi ťažko rozoznateľný od iných príčin mechanickej obštrukcie tenkého čreva. Presnejšiu diagnostiku ponúka najmä počítačová tomografia.

Autori uvádzajú kazuistiku 2 ročného chlapca, prijatého do spádovej nemocnice s bolesťou brucha vzniknutou náhle po vypití mlieka, následne s opakovaným zvracaním, u ktorého bola pri vstupnom vyšetrení chirurgom vylúčená náhla príhoda brušná a pacient bol prijatý s diagnózou suspektnej gastroenteritídy. V priebehu 8 hodín dochádza k zhoršeniu klinického stavu - rozvoju šokového stavu, akrálnej cyanózy, tachykardie. USG vyšetrením diagnostikovaný rozsiahly ascites, chirurgom opakovane vylúčená chirurgická príčina ťažkostí, napriek tomu je odporúčaný preklad na vyššie pracovisko. Počas transportu pretrváva kritický stav, pri prijatí dochádza k progresii respiračnej insuficiencie s nutnosťou intubácie a UPV, k progresii šokového stavu a v priebehu niekoľkých hodín k asystólíi, po 25 minútach resuscitácie dochádza k obnoveniu srdcového rytmu. V priebehu 24 hodín od prekladu dochádza k rozvoju MODS. Na sono vyšetrení je prítomný ascites s nálezom fibrínových vlákien, na podklade ktorého je chirurgom realizovaná probatórna punkcia ascitu s nálezom skalenej hemoragickej tekutiny. Z vitálnej indikácie je indikovaná exploratívna laparotómia s nálezom inkarcerovaného ilea vo vrodennom defekte omenta.

## Méně obvyklé vysvětlení dlouhotrvajících febrilií

Ďurošková Z. (1), Polzerová I. (2)

1: SMN a.s., o.z. Prostějov, Dětské oddělení; 2: SMN a.s., o.z. Prostějov, Gynekologicko-porodnické oddělení, Česká republika

**Kľúčové slová:** hyperpyrexie

### Abstrakt:

Kazuistika prezentuje 12-letou dívku, která byla hospitalizovaná na našem oddělení pro týden trvající hyperpyrexie a bolesti v bederní krajině.

Za hospitalizace se objevuje teplotní špička 1-2 x denně s dobrou reakcí na antipyretika, občasný suchý kašel, ojedílele aftosní ložiska v dutině ústní, bolest ustoupila.

V laboratorním vyšetření zjištěna pouze vyšší hodnota CRP. Anamnéza bez pozoruhodností.

Zahájeno komplexní vyšetření, které neodhalilo podstatu onemocnění.

7. den hospitalizace se u dívky objevil nečekaný symptom, pro který se provedeno další vyšetření, které vysvětluje příčinu hyperpyrexii. Nasazena antibiotická terapie, na které se stav pacientky postupně upravuje.

## Sekundárny nefrotický syndróm u kojenca pri CMV infekcii

*Dúžeková V., Dluholucký M.*

II. DK SZU DFNSP Banská Bystrica, Slovensko

**Kľúčové slová:** kojenec, nefrotický syndróm, cytomegalovírusová infekcia, gancyklovir

### Abstrakt:

Cytomegalovírusy sú všeobecne rozšírené infekčné agens. Infekcia prebieha zväčša inaparentne alebo len s miernymi a necharakteristickými príznakmi. Výskyt závažnejšej symptomatológie súvisí s poruchami imunity, či už fyziologického rázu (plod, novorodenec, kojenec, gravidita) alebo patologického rázu (vrodené a získané imunodeficiencie, chronické ochorenia, malignity, imunosupresívna liečba). V kojeneckom veku najčastejším klinickým obrazom pri CMV infekcii sú respiračné ochorenia, poškodenie pečene, anémia, ochorenie CNS, časté sú aj VVCH.

Autori prezentujú kazuistiku 10 mesačného, doposiaľ zdravého kojenca, ktorý bol preložený na Detskú kliniku DFNSP B. Bystrica z detského oddelenia spádovej nemocnice s diagnózou nefrotického syndrómu. Pri prijatí dominovali výrazné edémy viečok a nožičiek, v laboratórnych parametroch bola hypoproteinémia, hypoalbuminémia, hypercholesterolémia, hypo-IgG a výrazná kvantitatívna proteinúria (8,87g/24hod.) Bola začatá štandardná liečba nefrotického syndrómu kortikoidmi. Z ďalších vyšetrení bol zistený pozitívny nález anti CMV protilátok v triede IgG aj IgM, svedčiaci o aktívnej CMV infekcii. Renálnou biopsiou bol zistený nález minimálnych zmien glomerulov (MCNS) s fokálnymi depozitami IgM, ktoré sa zisťujú v spojitosti s rôznymi systémovými infekciami (HCV, HBV, CMV a pod.). Pacient bol následne preložený na infekčné oddelenie za účelom liečby gancyklovirom.

Uvedenou kazuistikou sme chceli poukázať na dôležitosť pátrania po etiológii nefrotického syndrómu zvlášť v kojeneckom veku, pretože jeho liečba závisí od etiológie a vo významnej miere ovplyvňuje aj prognózu pacienta.

## Pretrvávajúca dysfágia a kašeľ u malého dieťaťa

*Dzurillová S. (1), Koval' J. (1), Cingel V. (2), Galóová N. (3), Lokša J. (4), Trdá M. (5)*

1: Klinika pediatrie FNŠP J.A. Reimana, Prešov; 2: Klinika detskej chirurgie DFN, Bratislava; 3: Oddelenie detskej onkológie a hematológie DFN, Košice; 4: Oddelenie rádiológie FNŠP J.A. Reimana, Prešov; 5: Ambulancia pre deti a dorast, Sabinov, Slovensko

**Kľúčové slová:** kašeľ, dysfágia, lymfangióm

### Abstrakt:

Autori prezentujú kazuistiku 2-ročného dievčatka, ktoré bolo prijaté na kliniku pediatrie za účelom dif. dg. röntgenového zatienenia v hornom mediastíne. V anamnéze dominoval pretrvávajúci kašeľ a sťažené dýchanie, dieťa bolo pre infekt horných ciest dýchacích ambulantne liečené Summamedom a symptomatickou liečbou (Solmuco, Spiropent, Zodac, Rectodelt).

Pri prijatí k nám bolo dieťa afebrilné, normotenzné, hlas zachrípnutý, pri neklúde inspiračný stridor, pri plači a výdychu sa nad jugulom objavovalo vyklenutie, ktoré pri nádychu mizlo, dýchanie bolo zostrené, voľné, bez vedľajších fenoménov. Podrobnejšou anamnézou sme zistili, že dieťaťu sa dlhodobo ťažšie prehĺta, dávajú mu mixovanú stravu, má hrubší hlas, zadýchava sa, pri plači si rodičia všimli aj vyklenutie nad jugulom. Následne bolo realizované urgentné CT vyšetrenie hrudníka s kontrastom, oblasť horného mediastína bola v celom rozsahu vyplnená mäkkotkanivovými štruktúrami zasahujúcimi až do oblasti zadného mediastína. Dieťa bolo preložené na ODOH DFN, Košice s dg. susp. lymfóm a odtiaľ následne objednané na Kliniku detskej chirurgie DFN, Bratislava za účelom operačného riešenia – extirpácie nádoru. Histologický

nález útvaru bol lymfangióm.

Nádory z lymfatických ciev, lymfangiomy sú analogické hemangiómom, neobsahujú však krvinky. Sú oveľa menej časté a prakticky vždy benígne. Vyskytujú sa najčastejšie v koži a podkoží, v orgánoch dutiny brušnej a v retroperitoneu. Podľa priemeru sa delia na kapilárne, kavernózne a cystické. Klinický význam má cystický lymfangióm, ktorý vzniká ako vrodené deformujúce zdurenie v podkoží krku (hygroma colli cysticum). Dosahuje niekedy veľkých rozmerov a rastie infiltratívne do mäkkých tkanív, preto sa obtiažne resekuje a po operácii často recidivuje.

Autori chcú poukázať jednak na zriedkavý typ nádoru u malého dieťa, ale aj na potrebu dôslednej anamnézy, ktorá mohla zabrániť nárastu tumoru do takýchto rozmerov.

## Neobvyklá príčina patologickej fraktúry femuru u 18-ročnej pacientky

*Fabianová M., (1), Bician P. (2), Bieliková S. (1), Hálová K. (1), Novotný J. (3), Menšíková J. (4), Mikšíková I. (5)*

1: 2. detská klinika SZU a DFNSP Banská Bystrica; 2: Klinika pediatrickej hematológie a onkológie SZU DFNSP Banská Bystrica; 3: Oddelenie detskej chirurgie DFNSP Banská Bystrica; 4: Martinské bioptické centrum, s.r.o, Banská Bystrica; 5: Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, Banská Bystrica

**Kľúčové slová:** hyperkalciémia, primárna hyperparatyreóza, paratyreoideálny karcinóm

### Abstrakt:

Primárna hyperparatyreóza je endokrinné ochorenie podmienené nadprodukciou parathormónu. Jeho výskyt sa opisuje u 1 z 1000 osôb, pričom sa podľa literatúry jedná väčšinou o pacientov starších ako 30 rokov. V 82% prípadov je zapríčinená benígnym adenómom prištítného telieska, v 12% ide o hyperpláziu prištítných teliesok a len menej ako v 1% prípadov je podkladom ochorenia paratyreoideálny karcinóm (PTCA).

Autori predkladajú kazuistiku 18,5-ročnej pacientky, ktorá bola úvodne hospitalizovaná na Oddelení detskej chirurgie DFNSP BB pre patologickú fraktúru v distálnej časti pravého femuru. Pri prijíme bola tiež pozoruhodná deformita v oblasti ľavého ramena s obmedzením hybnosti celej ľavej hornej končatiny a v dutine ústnej nález poklesnutého palatum durum. Vo vstupných laboratórnych parametroch sme u pacientky zaznamenali hyperkalciémiu (sérové Ca 3,7 mmol/l) s normofosfatémiou a so zvýšením aktivity ALP. V rámci pátrania po príčine uvedených nálezov bola zistená výrazne vysoká hladina parathormónu, v moči zachytené zvýšené odpady vápnika aj fosfátov, na RTG snímkach prítomné viacpočetné cystické postihnutie skeletu s veku neprimeranou porózou. Zobrazovacími vyšetreniami (USG, scintigrafia) bolo verifikované hypoechogénne ložisko pod dolným pólom ľavého laloka štítnej žľazy. Na základe daných nálezov sme u pacientky stav uzatvárali ako primárnu hyperparatyreózu na podklade v.s. tumoru v oblasti prištítných teliesok. Ako vedľajší nález na CT vyšetrení sa zobrazil objemný solídny útvar v prínosových dutinách, čiastočne kalcifikovaný, ktorý deštruoval okolité kostné štruktúry, prerastal do palatum durum a v CT obraze mal malígnu charakter. Vzorku z tohto útvaru sme extirpovali na histológiu, kde vyšetrenie ukázalo, že sa jedná o vzácny hnedý tumor, ktorý je výsledkom dlhodobej intenzívnej kostnej resorpcie a prestavby pri neliečenom hyperparatyreoidizme. Pri stabilizácii vnútorného prostredia sme pristúpili k en-bloc extirpácii tumoru glandula parathyroidea. Histologický nález zodpovedal obrazu karcinómu ľavého dolného prištítného telieska.

Našou kazuistikou by sme chceli prezentovať paratyreoideálny karcinóm, ako raritnú príčinu primárnej hyperparatyreózy v detskom veku a zároveň poukázať na možnosti diferenciálnej diagnostiky a terapie tohto ochorenia, ktoré je definitívne možné potvrdiť až na základe histologického vyšetrenia.

## Pneumologická problematika v ambulancii všeobecného lékaře pro děti a dorost

*Falatová M. (1), Kubíková Y. (2)*

1: Ambulancia pre deti a dorast, Prievidza; 2: Pneumologická ambulancia, Bojnice, Slovensko

**Kľúčové slová:** bolesť na hrudníku, bronchopneumónia, hemoptoe

### Abstrakt:

Prvá kazuistika opisuje prípad 18-ročného pacienta s bolesťou na hrudníku a s nevýraznými klinickými prejavmi. Poukazuje na ochorenie, ktoré má lekár prvého kontaktu možnosť diagnostikovať zriedkavo a pre nevýraznú symptomatológiu nie je zanedbateľná možnosť jeho prehliadnutia.

Druhá kazuistika opisuje prípad 19-ročnej pacientky s pretrvávajúcim rtg nálezom bronchopneumonického typu a hemoptoe. Poukazuje na nutnosť komplexnej diagnostiky pri abnormálnom priebehu predpokladaného ochorenia.

## Anémia u dospievajúcej. Stačí mi krvný obraz?

*Furková K. (1), Topol'ský I. (1), Kizeková Z. (2)*

1: Klinika pre deti a dorast A. Getlíka, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, UNsP Bratislava; 2: Centrum eliminačných metód Medimpax, Bratislava, Slovensko

**Kľúčové slová:** anémia, hypertenzia, glomerulonefritída

### Abstrakt:

Úvod : obličková nedostatočnosť je patologický stav, kedy obličky nie sú schopné udržiavať normálne zloženie vnútorného prostredia ani za bazálnych podmienok. Plne rozvinutá má svoj typický klinický obraz, ale vo včasných štádiách sa môže prejaviť nešpecifickými príznakmi.

Kazuistika: 18-ročná pacientka bola odoslaná na vyšetrenie pre náhodne zistenú závažnú hypertenziu pred darovaním krvi. Doteraz primeraná chorobnosť, až na zvýšený výskyt respiračných infektov v predškolskom veku, odvtedy sledovaná v pneumo-alergologickej ambulancii, kde bola zistená polinóza, je na celoročnej liečbe antihistaminikami. Nebola nikdy hospitalizovaná, neudáva úrazy ani operácie.

Pred rokom vyšetovaná a liečená železom pre anémiu v hematologickej ambulancii. Laboratórne kontrolovaná á 3 mesiace. Subjektívne neudávala v predchorobí žiadne výrazné ťažkosti okrem zvýšenej únavnosti.

Pri prijíme okrem hypertenzie normálny objektívny nález. V laboratórnych parametroch prítomné známky renálneho poškodenia. Vzhľadom k progresii urémie bola indikovaná biopsia obličky. V histologickom obraze bol nález mezangiokapilárnej glomerulonefritídy III. typu. Nasadená imunosupresívna liečba. Pre hypertenziu vykonané zobrazovacie vyšetrenia so zameraním na renálne artérie, bez zobrazenia stenózy. Na štvorkombinácii antihypertenzív sa tlak krvi postupne stabilizoval.

Pre nález protilátok proti gliadínu vykonaná ezofagogastroduodenoskopia s nálezom refluxu duodenálneho obsahu do žalúdka a chronickej aktívnej pangastritídy. Pre infekciu močových ciest so vzostupom CRP preliečená antibiotikami. Po prepustení do domácej starostlivosti pacientka prekonala cerebrálny záchvat, v. s. súvisiaci s rozvratom vnútorného prostredia a užívaním imunosupresie. Laboratórne parametre svedčali pre chronickú obličkovú chorobu v 3. štádiu, po 6. týždňoch bez odozvy sa imunosupresívna liečba začala postupne znižovať. V súčasnosti je pacientka na liečbe erythropoetínom, bezlepkovej diéte a symptomatickej liečbe v celkovom stabilizovanom stave.

Prognóza mezangiokapilárnej glomerulonefritídy je však závažná, spontánna remisia sa udáva asi u

5 - 6 %, do 10 rokov od začiatku ochorenia 50 % chorých zomrie alebo je v štádiu chronickej renálnej insuficiencie.

Poučenie :

Anémia býva často včasným príznakom závažného obličkového postihnutia. V rámci diferenciálnej diagnostiky treba vždy pátrať po všetkých jej príčinách.

Takisto hypertenzia môže byť príznakom závažných chorôb, potvrdzuje sa že vyšetrenie tlaku krvi u detí a mladých ľudí stále nie je štandardnou súčasťou lekárskeho prehliadok napriek svojej jednoduchosti a dostupnosti.

## Čo sa skrývalo za „nevinnou“ bolesťou zápästia u 17-ročnej Ľubky?

*Gerová R. (1), Kuchta M. (2)*

1: Všeobecná zdravotná starostlivosť o deti a dorast, Sabinov; 2: II. klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice, Slovensko

**Kľúčové slová:** celiakia, osteoporóza

### Abstrakt:

Celiakia patrí medzi autoimunitné ochorenia tráviaceho systému. Prebieha skryto a plazivo. Sprewádza ju široké spektrum príznakov: intestinálne, extraintestinálne, celkové, ale aj iné autoimunitné ochorenia. Čím skôr sa diagnostikuje, tým menej nežiaducich komplikácií sprewádza život celiatika.

U 17. ročnej Ľubky bola celiakia diagnostikovaná „neskoro“. Hlavným symptómom u Ľubky bolo nechutenstvo. Histologický nález biopsie z duodéna zodpovedal glutensenzitívnej enteropathii typ 3b podľa Marsha. Ľubka začala dodržiavať bezlepkovú diétu. Po roku dodržiavania bezlepkovej diéty sa Ľubka začala sťažovať na bolesti pravého zápästia. Prečo? Čo má spoločné kostný metabolizmus a celiakia? Pri neliečenej celiakii je priam nemožné aktívne vstrebávanie vápnika. Čo ostatné regulačné mechanizmy? Na základe homeostázy vápnika v sére, začína odbúravanie kostnej hmoty. Uvoľňuje sa vápnik a následne sa mení celá architektúra kostí. Ako to, že pevná kosť uvoľní tak ľahko vápnik?

Vytváranie autoprotílátky napadajú aj kostný proteín – osteoprotegerín, ktorý je potrebný pre ideálny stav kostí. Autoimunitné ochorenie a zmeny v metabolizme vápnika majú úzku súvislosť medzi celiakiou a rôznymi formami osteopatie. Najťažšou z nich je osteoporóza. Podľa definície WHO sa osteoporóza definuje ako systémové ochorenie skeletu charakterizované znížením obsahu kostnej hmoty a narušením mikroarchitektúry kostí, ktoré je príčinou zvýšenej fragility kostí, a tým aj zvýšeného rizika fraktúr vznikajúcich už pri minimálnej traume. Najlepšou metódou diagnostiky osteoporózy je kostná denzitometria. Často jediným príznakom osteoporózy je bolesť. Ľubka podstúpila denzitometrické vyšetrenie a výsledok bol priam alarmujúci...

V záujme prevencie nežiaducich komplikácií u pacienta s celiakiou, je na mieste včasná diagnostika už v detstve a následná bezlepková diéta.

## Nesprávny manažment u maloletej pacientky po epileptickom záchvate

*Hlavatý J., Sladká E.*

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Bratislava Slovensko

**Kľúčové slová:** epileptický záchvat, úraz hlavy, krvácanie

### Abstrakt:

Prezentovaná kazuistika analyzuje zistenia z výkonu dohľadu v prípade poskytovania zdravotnej

starostlivosti 13 ročnej pacientke. Dohľad bol vykonaný na podnet rodičov, ktorí namietali neodborné a neskoré poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Dňa 22.4.2010 bola pacientka v sprievode matky v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast (VLDD). Udali, že deň predtým v škole na hodine telesnej výchovy ju udrela do hrudníka lopta, vyrazilo jej to dych, „bola akoby v bezvedomí“. Objektívne vyšetrenie VLDD: nález na srdci a pľúcach v norme, známky poruchy nervového systému neboli prítomné. Matka bola poučená o nutnosti sledovania dcéry.

Dňa 26.4.2010 o 11.00 h. bola pacientka privezená na ambulanciu VLDD (zastupujúca lekárka) v sprievode učiteľky (následne aj matky). Pacientka na telesnej výchove dvakrát odpadla, mala zášklby rúk, pohrýzla sa, nepamätá si na udalosť. Pri vyšetrení bola malátna, udávala bolesti hlavy, dezorientovaná miestom, zvracala. Privolanou RLP odvoz na hospitalizáciu do NsP cca o 12.00 h. Počas prevozu aplikovaný Torecan inj. Na detskej príjmovej ambulancii stanovená diagnóza: nešpecifikovaná epilepsia, bolesti hlavy (čas cca 12.15 h). Na detskom oddelení doplnenie anamnézy rodičmi, udané bežné detské ochorenia, skolióza liečená na rehabilitácii, sledovaná kardiológom pre šelest. Úraz hlavy bol rodičmi negovaný. Realizované laboratórne vyšetrenia krvi, moču, výtery z hrdla a z nosa, terapia: inj. MgSO<sub>4</sub>, inf. Mannitol 10% frakcionovane a telef. objednaný neurológ ako neakútne konzílium. Ťažkosti pretrvávali a cca o 14.00 h. telefonická konzultácia s neurológom, objednaná na EEG. O 16.35 h. u pacientky vznik kŕčov, podaný Diazepam. O 16.40 h. opäť tonicko - klonické kŕče, zmätenosť, pomočenie, urgentne privolaný neurológ, stav uzatvorený ako porucha vedomia – sopor, stav po úraze hlavy, sekundárne epileptické prejavy, decerebračné kŕče, syndróm ICH. O 17.10 h. realizované CT vyšetrenie hlavy na CITO, so záverom – epidurálne krvácanie frontálne vľavo s presunom strednočiarových štruktúr doprava, podozrenie na fraktúru lebky. Až teraz realizované vyšetrenia na interné predoperačné vyšetrenie. Po chirurgickom výkone preložená na OAIM. Postupne dochádza k obehovému zlyhávaniu a dňa 27.04.2010 o 01.40 h. konštatované úmrtie pacientky. Vykonanou pitvou zistené, že bezprostrednou príčinou smrti bolo pomliaždenie mozgu s vnútrolebečným krvácaním pri zlomenine lebečnej klenby.

K výkonu dohľadu v zmysle zákona č.581/2004 Z. z., prizval úrad odborných konzultantov v medicínskych odboroch pediatria, detská neurológia, neurológia, úrazová chirurgia a prípad bol prerokovaný v Odbornej komisii predsedu úradu.

Záver: zdravotné výkony a liečba 13 ročnej pacientky na detskom oddelení boli formálne správne. Diferenciálna diagnostika aj napriek anamnesticky negovanému úrazu hlavy však mala byť urobená skôr. Manažment pacientky zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s včasnou diferenciálnou diagnostikou bol nedostatočný a naplnil hodnotenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti ako *non lege artis*.

## Kawasakiho syndróm u 11-ročného dievčaťa

*Jakubička J. (1), Hrebík M. (2)*

1: Klinika Novorodencov detí a dorastu FN Nitra NZZ, Nitra, 2: Detské kardiocentrum Bratislava, Slovensko

**Kľúčové slová:** Kawasakiho choroba, atypický priebeh

### Abstrakt:

11-ročné dievča, dovtedy zdravé, bez potreby dispenzarizácie s negatívnou osobnou a rodinou anamnézou bolo prijaté na infekčnú kliniku fakultnej nemocnice s krátkotrvajúcou anamnézou terajšieho ochorenia. Dva dni pred prijatím ju začalo pobolievať bruško, nezvracala, nemala riedku stolicu, v deň pred prijatím teplota cez 38 stupňov Celzia a v deň prijatia exantém.

Pri klinickom vyšetrení objektívne dominuje herpetiformný exantém s maximálnym postihnutím trupu a končatín, cervikálna drobná bilaterálna lymphadenopatia, afty na bukálnej sliznici, diskrétny

šelest nad hrotom, mierna opozícia šije. Ostatný pediatrický nález bol v norme. V realizovaných laboratórnych vyšetreniach dominuje Lkc 7,4, Tr 129, D dimér 71 200, AT III - 79,4 %, Quick 37%, APTT 37,5 , ALT a AST 0,9 , CRP 148, PCT 5,17, acidobazická rovnováha v norme, močový sediment negat., normálny nález v likvore. Kardiologické vyšetrenie včítane echokardiografického vyšetrenia bolo v norme a pri sonografickom vyšetrení dutiny brušnej sa dokázalo len malé množstvo voľnej tekutiny. Vzhľadom na teploty, kožný nález, zmeny v koagulačných parametroch a ľahkej trombocytopénii, bolo vyslovené podozrenie na možný septický stav a preto dieťa dostalo na infekčnej klinike dvojkombináciu ATB, virostatiká, kortikoidy, infúziu liečbu. Kožné konziliárne vyšetrenie suponovalo diagnózu Stevensovho-Johnsonovho syndrómu. Na tretí deň po vylúčení infekčnej etiológie bola pacientka preložená na detskú kliniku. V ďalšom priebehu hospitalizácie kožný nález regredoval, kontrolné kardiologické vyšetrenie včítane echokardiografie odhaľuje len minimálnu perikardiálnu efúziu 2-4 mm, bez dilatácie koronárnych artérií, s miernymi nešpecifickým zmenami na EKG krivke. Priebeh teplôt: 39 pri prijatí, o 7 hodín od prijatia 38, o 39 hodín 38,4 , 4. deň hospitalizácie 38,5, 11. deň hospitalizácie 37,5 , 12. deň hospitalizácie 37,7 st. C.

Klinický stav dieťaťa sa počas celej hospitalizácie na detskej klinike vyvíjal priaznivo, výsledky realizovaných laboratórnych vyšetrení - serológie: chlamýdia, mykoplazma, yersinia, borélia, kliešťova encefalitída, Widalova reakcia, listérie, leptospiry, CMV, EBV, echovírusy, coxsackie, parvovírus B 19 – všetko negat, hemokultúra opakovane, likvor, výter nosa a tonzíl, moč sterilné, vyšetrenia na autoimunitu - ANA, ANCAp, ANCAc, ASMA, ATA, APA, ARA, AEA, ATG, ATPO, LP - všetko negat. V čase prepustenia po necelých troch týždňoch pretrváva mierne zvýšené CRP a trombocytóza. Prepustená s diagnózou vaskulitída nejasnej etiológie, možné autoimunitné ochorenie 8týždňov po prepustení vyšetrená pre zníženú toleranciu fyzickej námahy na kardiologickej ambulancii a následne v detskom kardiacentre so závermi – dilatácia LAC a LAD do 7,5mm, RCA do 10 mm, s gamagraficky potvrdeným obrazom fixného defektu v oblasti hrotu, prednej steny, stredných a apikálnych segmentov anterolaterálnej oblasti. Kardiologické nálezy svedčia jednoznačne pre Kawasakiho chorobu s CAL.

Chýbanie dominantného klinického príznaku spolu s netypickým vekom postihnutej pacientky pri existujúcej prvotnej diagnóze Stevensovho-Johnsonovho syndrómu pri septickom stave neumožnila správnu diagnózu a teda aj správne liečenie pacienta. Výsledkom je trvalé poškodenie zdravia. Našou snahou je znova upozorniť na zložitosť pri diagnostike Kawasakiho choroby a na výnimočné, ale reálne možné chýbanie dominantného klinického príznaku, ktorým sú perzistujúce teploty.

## Off-label liečba artritického syndrómu ako dôvod Stevensovho-Johnsonovho syndrómu?

*Janek J., Zavřel M., Šimurka P.*

Pediatrická klinika Fakultná nemocnica Trenčín, Slovensko

**Kľúčové slová:** Stevensov-Johnsonov syndróm, sulfasalazin, naproxen, ibuprofen, artritický syndróm

### Abstrakt:

Stevensov-Johnsonov syndróm patrí do skupiny akútnych, život ohrozujúcich hypersenzitívnych ochorení s typickými kožnými a slizničnými léziami. Etiológia tohto ochorenia je multifaktoriálna a aj keď majorita prípadov je idiopatická, spomedzi diagnostikovaných prípadov sú najčastejšou príčinou farmaká, menej častou infekcie.

9-ročný chlapec v dispenzári reumatológa pre dospelých s recidivujúcim artritickým syndrómom, liečený dvojkombináciou farmák Sulfasalazin EN + Napsyn (off-label liečba vzhľadom k veku pacienta aj diagnóze). U pacienta sa po 15 dňoch liečby objavili ako prvé slizničné prejavy

(keratokonjunktivitída, stomatitída, následne proktitída a balanitída), s odstupom 2 dní aj kožné prejavy typické pre tento syndróm. Po prijatí na pediatrickú kliniku začatá komplexná liečba spočívajúca v pulznej kortikoterapii, aplikácii intravenózných imunoglobulínov, dlhodobej parenterálnej výžive a intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Klinický priebeh s postupným hojením kožných aj slizničných morf komplikovaný katérovou sepsou.

S odstupom času realizované imunoalergologické vyšetrenie (Lymfocytový Transformačný Test) potvrdilo hypersenzitivitu na nesteroidné antiflogistikum naproxen a rovnako aj na ibuprofen, ktorý bol testovaný vzhľadom k jeho častému klinickému použitiu v pediatrii. Reumatologické vyšetrenie v minulosti aj nateraz vylúčilo vývoj reumatického ochorenia.

**Záver:**

Sulfasalazin aj Naproxen boli reumatológom pre dospelých ordinované dieťaťu mimo indikácie vzhľadom k veku aj diagnóze ochorenia. V prípade oboch farmák patrí Stevensov-Johnsonov syndróm do skupiny nežiaducich účinkov liečby.

## Od dyspnoe pri akútnej bronchitíde k infiltrujúcemu astrocytárnemu tumoru

*Klabníková K. (1), Bánovčín P. (1), Hyrdelová E. (1), Stančoková T. (2), Michnová Z. (1), Vojarová L. (1), Vojtková J. (1)*

1: Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM, Martin; 2: Klinika pediatrickej hematológie a onkológie SZU a DFNSP, Banská Bystrica, Slovensko

**Kľúčové slová:** astrocytárne tumory, dieťa, miecha

**Abstrakt:**

Autori uvádzajú prípad 12 ročného chlapca, pôvodne hospitalizovaného pre dyspnoické ťažkosti a akútnu bronchitídu. Anamnesticky je chlapec futbalista, športovec, posledný mesiac až dva výrazne unavený, nevykonný, celkovo pasívny. Po prijatí do nemocnice okrem vyššie uvedených respiračných ťažkostí anamnesticky zistené tiež bolesti krčnej a krčno-hrudnej chrbtice s vynúteným držaním polohy hlavy. Tieto príznaky boli dominujúce a alarmujúce a vynútili si počas liečby respiračnej infekcie neodkladnú diferenciálnu diagnostiku. MR vyšetrením zistený infiltratívne a expanzívne rastúci tumor cerviko-torakálneho segmentu miechového kanála.

Autori zdôrazňujú v analýze prípadu dôležitosť anamnézy a dôslednosť pri hodnotení objektívneho klinického nálezu z hľadiska diferenciálnej diagnostiky dominujúcich ťažkostí a ďalšie diagnostické smerovanie, pričom poukazujú na to, že aj v detskom veku je potrebné myslieť na riziko onkologického ochorenia.

## Novorodenecký systémový lupus erythematosus

*Kočanová V. (1), Capová J. (1), Kušnierová I. (1), Baloghová J. (2)*

1: Neonatologické oddelenie, UN L. Pasteura Košice, 2: Klinika dermatovenerológie, UN L. Pasteura Košice, Slovensko

**Kľúčové slová:** novorodenecký systémový lupus erythematosus, protilátky Ro/SS-A a La/SS-B, lupusový erytém

**Abstrakt:**

Novorodenecký systémový lupus erythematosus (SLE) je modelom pasívne získanej autoimunity. Fetálne poškodenie buniek a tkanív je vyvolané pasívnym transplacentárnym prechodom protilátok IgG matky do cirkulácie plodu, najmä Ro/SS-A a La/SS-B. Novorodenecký SLE sa zjavuje u detí matiek s aktívnym alebo klinicky latentným SLE alebo niektorou inou zápalovou chorobou spojiva,

napr. Sjögrenovým syndrómom. Rizikovým faktorom u matky je antigén HLA- DR3. Najčastejším klinickým prejavom novorodeneckého SLE je lupusový exantém na trupe, končatinách alebo na tvári, ktorý pretrváva viac mesiacov. Môže sa prejavíť len prechodnou hemolytickou anémiou, leukopéniou alebo trombocytopéniou. Najzávažnejším prejavom je intrauterinné poškodenie vodivého systému srdca, čo sa prejaví kongenitálnym átrioventrikulárnym (A - V) blokom. U časti postihnutých novorodencov sa môže vyvinúť aj endokardiálna fibroelastóza, fetálna myokarditída, cholestáza alebo fibróza pečene. Deti s neonatálnym SLE majú väčšiu pravdepodobnosť vzniku SLE v neskoršom veku.

V tejto kazuistike autori prezentujú donoseného eutrofického novorodenca z 2. gravidity a 2. pôrodu s hnedastočerveným erytémom na tvári, v oblasti kapilícia, na šiji, ramienkach a chrbátiku – hnedasté makuly takmer bodkovitého a okrúhleho tvaru do 2 mm miestami splývajúce, centrálna koža atrofická. U dieťaťa rodeného matke s dovtedy nediagnostikovaným SLE, bola supponovaná diagnóza neonatálneho SLE. Na našom neonatologickom oddelení bolo realizované kožné vyšetrenie s biopsiou kože na mikroskopické a imunohistologické vyšetrenie, kardiologické, neurologické vyšetrenie, vyšetrenie autoprotilátok, základné hematologické, biochemické a sérologické vyšetrenie, USG brucha. U oboch, u novorodenca aj u matky, boli pozitívne protilátky Ro/SS-A a La/SS-B. Dieťa nemalo iné orgánové poškodenie typické pre novorodenecký SLE. Dieťa je v dispenzári reumatológa, dermatovenerológa, kardiológa a neurológa.

## Príčina kašľa akú sme možno nečakali

*Kováčiková L.*

PAF s.r.o - súkr. pneumol. ambulancia, Liptovský Hrádok, Slovensko

**Kľúčové slová:** bronchiálna astma, atypická pneumónia, diagnostika

### Abstrakt:

Predkladaná kazuistika zobrazuje priebeh ochorenia a liečbu 11- ročnej pacientky s bronchiálnou astmou, u ktorej bola diagnostikovaná atypická pneumónia. Autorka poukazuje na možné úskalia správnej diagnostiky u pacienta s prekrývajúcimi sa symptómami viacerých ochorení. Kladie tiež dôraz na dôkladný odber anamnestických údajov, ktorý je potom s náležitými laboratórnymi vyšetreniami zárukou správnej liečby.

## „Veľký“ Tomáš

*Kováčová K. (1), Hálková K. (1), Šimurka P. (2)*

1: DFNSP Banská Bystrica; 2: Pediatrická klinika FN Trenčín, Slovensko

**Kľúčové slová:** hypoglykémia, hyperinzulinizmus, diazoxid

### Abstrakt:

Hypoglykémia sa môže manifestovať aktiváciou vegetatívneho nervového systému a ako neuroglykopenia. Klinické príznaky v skoršom detskom veku sú často nešpecifické ako napr. hypotónia, apatia, spavosť, podráždenosť, slabé pitie, zmeny plaču, tremor, kŕče, apnoe.

Trojmesačný kojenc bol prijatý pre konvulzívny stav charakteru poruchy vedomia s klonickými kŕčmi pravej hornej končatiny. Okrem nich v objektívnom náleze dominovala makrozómia. Vo veku troch mesiacov malo dieťa hmotnosť osem kilogramov, pričom pôrodná hmotnosť bola normálna (3700 g). V neurologickom náleze bol pri prijíme prítomný hypotonický syndróm a frustná monoparéza pravej hornej končatiny. MR vyšetrenie mozgu a EEG záznam boli s negatívnym nálezom. Patologickým laboratórnym parametrom bola hypoglykémia s vysokými hladinami C-

peptidu a imunoreaktívneho inzulínu, hladiny kontraregulačných hormónov boli v norme a metabolický skrining nepotvrdil dedičnú metabolickú poruchu. Eliminačným testom bola vylúčená leucínsenzitivita. Sonografický a MR nález na pankrease bol bez patologického nálezu. Záver genetického vyšetrenia kongenitálneho hyperinzulinizmu nie je v súčasnej dobe k dispozícii. Stav bol uzavretý ako hypoglykemické stavy z hyperinzulinizmu. Aj napriek vysokej náloži glukózy parenterálne a plnému perorálnemu príjmu boli glykémie ťažko korigovateľné s recidívou krčových stavov.

V terapii bol v úvode použitý octreotid, následne diazoxid so stabilizáciou glykémii.

Konvulzívny stav u kojenca má celý rad príčin a vyžaduje si multidisciplinárny prístup. Už prvý kontakt s dieťaťom a zhodnotenie stavu výživy nás môže posunúť k správnej diagnóze. Hyperinzulinizmus patrí medzi časté príčiny perzistujúcej hypoglykémie detského veku.

## **Alimentárna methemoglobinémia s fatálnym koncom alebo prečo mal Lacko „čokoládovú“ krv?**

*Kralinský K. (1), Mečiaková M. (2)*

1: III. Detská klinika SZU, VsNsP, Lučenec; 2: FZ SZU Banská Bystrica, Slovensko

**Kľúčové slová:** alimentárna methemoglobinémia, dojčenecké obdobie, dojčenecká výživa, zdroje pitnej vody

### **Abstrakt:**

Úvod: Používanie dusičnanmi kontaminovanej pitnej vody na prípravu dojčeneckej výživy je dobre známym rizikovým faktorom vzniku methemoglobinémie u detí. Zvýšená oxidovateľnosť fetálneho hemoglobínu a nízka aktivita methemoglobín-diaforázy zvyšujú náchylnosť malých dojčiat k oxidačným noxám. Postihnuté dieťa má šedohnedú cyanózu, dyspnoe, tachykardiu, môže byť dráždivé alebo naopak letargické v závislosti od závažnosti stavu. Typické je, že prívodom kyslíka sa celkový stav nezlepšuje. Ak nie je diagnóza včas rozpoznaná a adekvátne liečená, ochorenie môže rýchlo progredovať až do kómy a zlyhania vitálnych funkcií.

Materiál a metodika: Autori podávajú obraz alimentárnej methemoglobinémie u štyroch pacientov OPIM III. Detskej kliniky SZU, z ktorých jeden pacient skončil fatálne. Prípady boli ďalej došetrené aj RÚVZ a bol nájdený kontaminovaný zdroj vody.

Výsledky: V kazuistike opisujeme prípad 1-mesačného dojčťa privedeného na OPIM III. DK posádkou RLP v šokovom, moribundnom stave, výrazne hypotermické, s lapavým, stonkavým dýchaním. Okamžite bola zahájená komplexná resuscitačná starostlivosť - ETI, UPV, pre nemožnosť napichnutia cievy realizovaný intraoseálny prístup k rehydratácii a aplikácii liekov počas opakovaných KPCR. Napriek adekvátnej ventilácii s FiO<sub>2</sub> 1,0 pretrváva centrálna cyanóza. Pri odbere krvi na laboratórne vyšetrenia má krv hnedočokoládovú farbu, preto bolo vyslovené podozrenie na diagnózu methemoglobinémie a okamžite začal byť podávaný Celaskon i.v. Laboratórne vyšetrenie supponovanú diagnózu potvrdzuje – vstupná koncentrácia methemoglobínu je 60%! Naďalej sa pokračuje v komplexnej resuscitačnej starostlivosti a v i. v. podávaní toluidin blue. Napriek maximálnemu úsiliu kontrolná koncentrácia methemoglobínu je 98%. Rozvoj ťažkého MODS a ireverzibilného MOF a po 15 hodinách od prijatia konštatovaný exitus letalis. Pitevný nález potvrdil multiorgánové známky centrálneho dusenia. Okrem tohto prípadu boli v tom istom roku na OPIM III. DK SZU v Lučenci hospitalizovaní s rovnakou diagnózou ďalší traja pacienti, ktorí boli na hospitalizáciu odoslaní včas a u ktorých sa stav podarilo zvládnuť. V spolupráci s RÚVZ bol identifikovaný zdroj vody, ktorý bol používaný na prípravu dojčeneckej výživy, ktorý nespĺňal požiadavky na vodu určenú na ľudskú spotrebu vo viacerých parametroch a koncentrácia dusičnanov bola 333,3 mg/L (horná hranica normy pre pitnú vodu je do 50 mg/L, limit pre vodu vhodnú na prípravu stravy pre dojčatá je do 10 mg/L). Vo všetkých prípadoch boli o výsledku šetrenia oboznámení rodičia detí a bol im odporúčaný iný konkrétny zdroj pitnej vody.

Diskusia: Alimetárna methemoglobinémia sa objavuje najmä vo včasnom dojčeneckom veku a manifestuje sa často pod obrazom bakteriálnej gastrointestinálnej infekcie. V našom prípade boli dôvodom na hospitalizáciu pretrvávajúca cyanóza, poruchy správania, poruchy vedomia nejasnej príčiny, v jednom prípade až ťažký moribundný stav. Kľúčom, ktorý nás priviedol k vyšetreniu hladiny methemoglobínu, a tým k diagnóze a adekvátnej liečbe, bol hnedočokoládový vzhľad odobratej krvi a klinická suspekcia na základe anamnestických údajov, ako je pripravovaná dojčenecká strava pre dieťa. Touto kazuistikou sme chceli poukázať na to, že alimetárna methemoglobinémia tiež patrí do diferenciálnej diagnostiky stavov spojených s nešpecifickými príznakmi, ako sú centrálna cyanóza a poruchy vedomia najmä v dojčeneckom období a že na ňu určite treba pamätať pri manažmente pacientov z oblastí, kde prístup k nezávadnej pitnej vode nie je samozrejmosťou.

## Krvácanie z jazyka ako prvý príznak ťažkej formy hemofílie

*Kryštofová J.*

Klinika detí a dorastu JLF UK, a MUN, Martin, Slovensko

**Kľúčové slová:** hemofília A, akútne krvácanie, detská hemofília, poruchy koagulácie

### Abstrakt:

Hemofília A (deficit faktora VIII) patrí medzi najčastejšie vrodené poruchy sekundárnej hemostázy s incidenciou na Slovensku približne 90:1000 000. Ochorenie sa dedí gonozomálne recesívne a keďže je viazané na chromozóm X, postihuje výlučne mužskú populáciu. Autori prezentujú prípad 2-ročného pacienta s akútnym krvácaním z jazyka. V popredí stojí zaujímavá anamnéza, na základe ktorej môžeme predpokladať viacero etiologických faktorov pacientovho krvácania, napr. nedávny úder o radiátor (úraz), akútny infekt (získaný inhibítor koagulácie), plošná makula charakteru hemangiómu na abdomene (krvácanie z hemangiómu jazyka), neprítomnosť porúch zrážania krvi v rodine a krvácajúcich ťažkostí pacienta (nepravdepodobnosť dedičnej poruchy hemokoagulácie). Štandardným koagulačným vyšetrením v rámci predoperačnej prípravy pacienta sme odhalili poruchu hemostázy, pretože nedošlo k zrážaniu aPTT (aktivovaný parciálny tromboplastínový čas) do 3 minút ani pri zopakovaní laboratórneho odberu. Po neodkladnej hematologickej príprave pacienta (podanie čerstvej mrazenej plazmy a transfúzie erytrocytového koncentráту) došlo k úprave laboratórneho nálezu a pacient podstúpil neodkladné stomatochirurgické ošetrenie. Krvácanie bolo možné zastaviť použitím elektrokoagulácie. V ďalšom priebehu hospitalizácie sme sa venovali objasneniu príčin nezrážavého aPTT doplnením laboratórnych vyšetrení, v ktorých sme na základe hodnoty funkcie faktora VIII 0,003 IU/ml (menej ako 1 %) stanovili diagnózu hemofílie A ťažkého stupňa. Naš pacient, ako všetky deti s ťažkým stupňom hemofílie, je indikovaný na profylaktickú liečbu, ktorá je dnes štandardným spôsobom liečby detskej hemofílie.

## Raritný prípad kongenitálnej hypoplázie hornej končatiny s apláziou lakt'ového kĺbu

*Kušnierová I., Capová J., Kočanová V.*

Neonatologické oddelenie UN L. Pasteura, Pracovisko Tr. SNP 1, Košice, Slovensko

**Kľúčové slová:** hypoplázia hornej končatiny, aplázia lakt'ového kĺbu

### Abstrakt:

Chceme poukázať na veľmi raritný prípad novorodenca s izolovanou hypopláziou kostí pravej hornej končatiny a apláziou pravého lakt'ového kĺbu. V spolupráci s Klinikou ortopedie UN LP KE

sme nenašli v dostupnej literatúre podobné prípady, nakoľko tieto a im podobné vrodené vývojové chyby končatín sa vyskytujú vo väčšine prípadov ako súčasť syndrémov.

V našej kazuistike ide o donoseného eutrofického novorodenca z 3. gravidity, 2. pôrodu, rodeného sekciou v 40. gestačnom týždni, u ktorého prenatálne nebola diagnostikovaná žiadna VVCH. Postnatálne bola diagnostikovaná len izolovaná VVCH pravej hornej končatiny (hypoplázia ramennej kosti a kostí predlaktia s apláziou lakt'ového kĺbu), bez diagnostikovaných vývojových chýb iných orgánových systémov. Nakoľko v danom veku ešte nie sú prítomné osifikačné centrá, nedal sa posúdiť rozsah kongenitálnych zmien. V neurologickom obraze bol nález hypotrofie pravej hornej končatiny pri VVCH kostí pravej hornej končatiny s obrazom lézie plexus brachialis diskkrétne v pravo, CKP ľahkého stupňa. Cytogenetickým vyšetrením bol u novorodenca zistený normálny ženský karyotyp 46, XX. Dieťa ostáva v sledovaní ortopéda, genetika a neurológa s rehabilitáciou.

## Ako nám očkovanie zamotalo hlavy?

*Lašáková D., Rosipalová D., Šoltýsová B.*  
Nemocnica a.s. Poprad, Slovensko

**Kľúčové slová:** chabá paréza, očkovanie

### Abstrakt:

Autori v prezentácii predstavujú diferenciálnu diagnostiku chabej symetrickej parézy u 3 mesačného dojčča.

## Deficit SCAD-kazuistika

*Látečková K. (1), Bzdúch V. (1), Fabriciová K. (1), Hornová J. (1), Behúlová D. (2), Sass J. O. (3)*  
1: I. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava; 2: Oddelenie laboratórnej medicíny DFNSP, Bratislava; 3: University Children's Hospital, Freiburg, Nemecko

**Kľúčové slová:** Deficit SCAD, Poruchy  $\beta$  - oxidácie mastných kyselín, dedičná metabolická porucha

### Abstrakt:

Deficit SCAD (acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselín s krátkym reťazcom) patrí medzi zriedkavé poruchy  $\beta$  - oxidácie mastných kyselín. Ide o autozómovo recesívne dedičné ochorenie, ktoré sa môže manifestovať v prvom roku života počas akútnej infekcie alebo inej záťaž, často v spojení s hladovaním alebo nedostatkom energie.

Kazuistika: 2,5mesačné dieťa, rómskeho etnika, bolo preložené na Detskú kliniku anesteziológie a intenzívnej medicíny po operácii kongenitálnej malformácie laryngu pre pooperačné komplikácie. Dieťa nebolo možné extubovať pre pretrvávajúce desaturácie a vyžadovalo si umelú pľúcnu ventiláciu. Boli namerané vyššie hodnoty aminotransferáz a vysoké hladiny myoglobínu v sére a moči, svedčiace pre rozvoj rabdomyolýzy. Analýzou organických kyselín v moči bolo detegované zvýšené vylučovanie kyseliny etylmalónovej a pri vyšetrení profilu acylkarnitínov zo suchej kvapky krvi boli namerané vyššie hodnoty C4-acylkarnitínov (1,45  $\mu\text{mol/L}$ , norma do 1,06  $\mu\text{mol/L}$ ).

Klinické prejavy deficitu SCAD môžu byť veľmi heterogénne. Bežné sú dva hlavné typy klinickej manifestácie: forma s akútnym priebehom a postihnutím pečene a centrálného nervového systému a forma s postihnutím svalových funkcií a srdca. Charakteristické pre ochorenie je zvýšené vylučovanie kyseliny etylmalónovej do moču a vysoké hladiny C4-acylkarnitínov v krvi. V liečbe je nutné vyvarovať sa dlhodobého hladovania. Diétne reštrikcie a suplementácia karnitínom nie sú

nevyhnutné. Pri metabolickej dekompenzácií je potrebné zabezpečiť zvýšený prívod energie formou intravenózneho podávania glukózy.

## Cizí těleso v gastrointestinálním traktu – kazuistika a souhrn nejnovějších diagnostických a terapeutických postupů

*Lázníčková M., Slaný J.*

Dětské lékařství Městské nemocnice Ostrava, Česká republika

**Klíčové slová:** cizí těleso, gastrointestinální trakt, endoskopická extrakce, observace

### Abstrakt:

Požítí cizího tělesa patří mezi častou problematiku, se kterou se potýkají pediatrická pracoviště. Většina cizích těles opustí zažívací trakt spontánně, menší část vyžaduje endoskopickou, případně chirurgickou intervenci.

Součástí prezentace je souhrn nejnovějších diagnostických a terapeutických postupů pro daný typ tělesa a místo jeho uložení. Navržený postup je pak dokumentován v naší kazuistice cizího tělesa v žaludku u 2-letého dítěte.

## Život ohrožující trombóza u pacientky s několika rizikovými faktory

*Ludíková B. (1), Pospíšilová D. (1), Novák Z. (2), Hadačová I. (3)*

1: Lékařská fakulta University Palackého, 2: Oddělení dětské hematologie - Fakultní nemocnice Olomouc; 3: Oddělení klinické hematologie - Fakultní nemocnice Motol Praha, Česká republika

**Klíčové slová:** trombóza, hormonální antikoncepce, deficit proteinu S

### Abstrakt:

Otázka trombotických komplikací u pacientek užívajících hormonální antikoncepci (HAK), které mají zároveň vrozené trombofilní riziko, je stále aktuální. Trombotické komplikace mohou být život ohrožující, a to hlavně v případě výskytu dalšího získaného trombofilního rizika. Na případu adolescentní pacientky s rozsáhlou trombózou žilního systému dolní končetiny a pánevních žil upozorňujeme na nebezpeční kombinace několika rizikových faktorů.

15ti letá dívka byla přijata ve spádové nemocnici pro bronchopneumonii s bilaterálním fluidthoraxem. Pacientka má závažnou rodinnou anamnézu. Matka dívky má prokázanou Leidenskou mutaci, prodělala trombózu horní končetiny a po porodu plicní embolii. Babička ze strany matky a sourozenci matky mají také prokázanou Leidenskou mutaci. U pacientky byl v rámci rodinné studie ve 13 letech prokázán deficit proteinu S. Přesto jí byla bez dalšího hematologického sledování a poučení nasazena hormonální antikoncepce s odůvodněním, že se jedná o preparáty s nízkou hladinou hormonů.

Pacientka byla léčena antibiotiky. Vzhledem k progresi výpotků přeložena na JIRP našeho pracoviště, kde sledována další 3 dny. Po dobu 10ti dní tedy byla imobilní, proto se také nasadila léčba LMWH - Clexane. Pneumologem byla indikována léčba malou dávkou kortikoidů. Po propuštění se objevily postupně progredující bolesti končetiny s nemožností došlapu. Deset dní po propuštění byla opět přijata na naše pracoviště pro zhoršení bolestí. Při dopplerometrickém vyšetření byla potvrzena trombóza v. iliaca communis, v. iliaca externa a hlubokých žil levé dolní končetiny spojené s trombózou v. spahena magna i parva. Pro tento nález svědčila i vysoká hladina D-dimerů: 17752 ng/mL a zvýšení hladiny faktoru VIII, IX, XI.

Vzhledem k masivnímu rozsahu trombózy a minimální šanci na rekanalizaci při podání LMWH

byla dívka přeložena do Fakultní nemocnice Motol, k provedení trombolýzy. Podařilo se částečně zprůchodnit část femorální vény. Byla provedena i mechanická trombektomie katetrem, díky které se kompletně zprůchodnila v. femoralis a částečně i pánevní žíly.

Závěrem chceme zdůraznit, že u všech pacientek s významným trombofilním rizikem, jako je například mutace FV Leiden a deficit proteinu S, při nasazení HAK i s nízkou dávkou hormonů nelze podceňovat riziko vzniku rozsáhlých trombóz, které mohou vést k výrazně morbiditě a dokonce mohou být potenciálně život ohrožující, a to obzvláště při nakupení dalších rizikových faktorů (imobilizace, léčba kortikoidy, zvýšení faktorů VIII, IX, XI). Tyto pacientky by měly být řádně poučeny gynekologem o všech potenciálních rizicích.

## STEP operace - možnost řešení „short-bowel syndrom“

*Malý T. (1), Chudáček J. (1), Jurečková L. (2), Smolka V. (3), Karásková E. (3) Michálková K. (4)*

1: I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc; 2: Klinika anesthesiologie a resuscitace LF UP a FN Olomouc; 3: Dětská klinika LF UP a FN Olomouc; 4: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc, Česká republika

**Klíčové slová:** short- bowel syndrom, chirurgické metody řešení, STEP

### Abstrakt:

Cíl: Prezentace 2 dětí (13-ti měsíčního chlapce a téměř 7-mi měsíčního chlapce) s bohatou anamnesou a syndromem krátkého střeva, které jsme operovali metodou STEP (serial transverse enteroplasty).

Materiál a metoda: Naš první nemocný, 13-ti měsíční chlapec, byl operován 10.12.2009 (nyní 15 měsíců od operace) a druhý nemocný, operován ve „věku“ 6-ti měsíců a 23 dnů, dne 4.5.2010 (nyní více než 10 měsíců od operace).

Výsledek: Oba chlapci jsou již bez centrálního žilního katetru, prospívají, sledování dětskými gastroenterology. STEP operace (nejen na základě našich skromných skutečností) se jeví jako velmi slibnou a snadno proveditelnou operační léčbou syndromu krátkého střeva a má tu výhodu, že ji lze v případě nutnosti použít i opakovaně.

## „Tati, co je v břiše vlevo od pupku?“

*Malý T. (1), Chudáček J. (1), Jurečková L. (2), Smolka V. (3), Michálková K. (4), Štěrba J. (5)*

1: I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc; 2: Klinika anesthesiologie a resuscitace LF UP a FN Olomouc; 3: Dětská klinika LF UP a FN Olomouc; 4: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc; 5: Klinika dětské onkologie FDN JGM a MU Brno, Česká republika

**Klíčové slová:** topografie břišní, Frantzův tumor, operační řešení, prognosa, sledování

### Abstrakt:

Cíl: Seznámení s „Frantzovým tumorem“ (solidní pseudopapilární tumor pankreatu).

Materiál a metoda: 13,5 letá dívka si sama nahmatala resistenci vlevo od pupku. Neměla žádné potíže, svého otce (lékař ARO) se zeptala až po necelých 3 měsících: „Tati, co je v břiše vlevo od pupku?“. Otec ihned zařídil vyšetření MR břicha, která potvrzuje tumor v dutině břišní. Domluvena na naší klinice (po konzultaci s prof. dr. J. Štěrbou, Ph.D., přednostou Kliniky dětské onkologie FDN JGM a MU v Brně) operace. Tato úspěšně provedena dne 11.11.2010. Nádor velikosti 6x6x6cm byl radikálně exstirpován „en-bloc“ s resekci 15cm první kličky jejunu s duodeno-(D4)-jejunální anastomosou end-to-end a resekci processus uncinatus s 2 cm lemlem zdravé pankreatické

tkáň.

Výsledek: Kromě přechodné pooperační iritace pankreatické se dívka zhojila primárně a je dále dispenzarizována na Klinice dětské onkologie FDN JGM a MU v Brně, protože jde o vzácný nádor s nejistým biologickým chováním.

## Zriedkavá malformácia tráviaceho traktu ako príčina črevnej nepriechodnosti

*Martoš R.*

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Martin, Slovensko

**Kľúčové slová:** Meckelov divertikul, porucha črevnej pasáže

### Abstrakt:

Prezentovaná kazuistika analyzuje zistenia z výkonu dohľadu v prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti 3 a pol ročnému pacientovi. Dohľad bol vykonaný na podnet rodičov, ktorí žiadali prešetriť neodborné poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Dňa 06.03.2010 bol pacient vyšetrený na detskej LSPP pre krčovitú bolesť brucha. Následne vyšetrený na chirurgickej pohotovosti. Súhrn: Bolesť bruška od rána, asi jeden týždeň obtiaže so stolicou, ako začal chodiť do škôlky, bez nauzey, bez zvracania, teploty nemal. Brucho voľné, priehmatné, palp. citlivé v epigastriu, bez výraznejšieho meteorizmu, hmatné skybalá v sigme, per rectum - indagácia voľná, skybalá v ampule, inak negat. nález, peristaltika v norme, tapott. bilat. negat. Záver: Obstipatio. Bez známok NPB. Odporúčenie: podať klyzmu, prípadne hospit. na detskom odd. Po vylúčení NPB zariadil lekár na detskom odd. ordinovanú liečbu - podanie klyzmy. Odišlo množstvo tvrdej stolice. Pacient odoslaný domov s dg.: Abdominalgia, Obstipácia, NPB vylúčená. Dieťa v tom čase nevracalo, malo bolesť brucha. Dňa 08. 03. 2010 o 09,55 hod. bolo dieťa opäť prijaté na detské oddelenie s anamnézou vracania a bolesti brucha. Stolicu doma nemal. Prijímacia dg: Gastritis acuta, Dehydratio. Po odberoch zahájená infúzna liečba. Na rtg snímkach brucha v stoji prítomná dilatácia kľúčiek tenkého čreva. Stav bol zhodnotený ako status subileosus. Vzhľadom na doterajší priebeh doporučené konzultovať detskú chirurgickú kliniku. Vybavený preklad na OAIM kliniky detí a dorastu, kde bol pacient prijatý dňa 08. 03. 2010 o 17,38 hod. Tu bolo dieťa po príprave ešte v ten deň operované s nálezom mechanického ilea, kde zdrojom mechanickej prekážky terminálneho ilea bol pruh vedúci z Meckelovho divertikula. Meckelov divertikul je zbytok proximálnej časti ductus omfaloentericus. Častejšie voľne visí do brušnej dutiny, vzácnejšie býva spojený väzivovým pruhom s pupočnou jazvou, niektorou črevnou kľúčkou, eventuálne s močovým mechúrom. Väzivový pruh môže byť príčinou črevnej nepriechodnosti, najčastejšie mechanicky utláča lumen čreva terminálneho ilea. Pokiaľ sa nejedná o stranguláciu čreva, s poruchou krvného zásobenia čreva so vznikom gangrény čreva, je vývoj klinického obrazu postupný v závislosti od stupňa mechanickej obštrukcie čreva pruhom. V klinickom obraze dominujú tri príznaky: bolesť brucha, zvracanie a porucha črevnej pasáže. V posudzovanom prípade sa jednalo o postupne vznikajúci ileus na podklade mechanickej obštrukcie tenkého čreva pruhom bez strangulácie. Klinicky obraz sa vyvíjal s postupne pribúdajúcimi príznakmi poukazujúcimi na vývoj mechanickej črevnej prekážky. Pri prvom vyšetrení pediatrom a chirurgom ešte neboli vyvinuté príznaky ileu a neboli ani príznaky NPB. Chýbal základný príznak ileu: zvracanie. Pri druhom vyšetrení už boli príznaky črevnej nepriechodnosti zrejme a dieťa bolo správne poukázané na špecializovanú detskú chirurgiu. Skutočná príčina obštrukcie čreva bola zistená až počas operácie.

K výkonu dohľadu v zmysle zákona č.581/2004 Z. z. prizval úrad odborného konzultanta v medicínskom odbore detská chirurgia.

Záver: Diferenciálna diagnostika u 3,5 ročného pacienta bola adekvátna, neboli zistené nesprávne diagnostické a terapeutické postupy, zdravotná starostlivosť zodpovedala stavu pacienta a bola poskytnutá lege artis. Postup pri preložení pacienta bol v súlade s princípmi diagnostických a

terapeutických standard.

## Neobvyklá příčina dlouhotrvající migrény s vertigem

*Mihál V., Neklanová M., Hálek J., Michálková K.*  
Dětská klinika LF UP Olomouc, Česká republika

**Klíčové slová:** migréna, vertigo, NMR

### Abstrakt:

Autoři prezentují velmi neobvyklou a neočekávanou příčinu dlouhodobých (3 roky) intenzivních bolestí hlavy – migrény, která byla v posledních měsících doprovázená vertigem. Začátek záchvatu byl obvykle ráno. Byl iniciován zvracením, celkovou bledostí a následným usnutím. Po vyspání úleva, obvykle do odpoledne ústup obtíží. Léky neúčinkovaly, neboť je vždy v úvodu záchvatu vyzvracel. Velký vliv na něj mělo počasí nebo stres. Měl strach, tatínek jej vyučoval sám, z výuky byl osvobozen. Objektivní neurologický nález byl opakovaně věku přiměřený, neurotopicky negativní. Rodiče měli obavy ohledně původu obtíží a přáli si dovyšetření použitím nukleární magnetické rezonance (NMR). Vzhledem ke stupňované intenzitě kefale a vertiga a obavám rodičů bylo i navzdory opakovanému normálnímu neurotopickému nálezu doporučeno vyšetření NMR. Při vyšetření byl zjištěn artefakt v pravé polovině hlavy, proto doplněno RTG vyšetření lbi, které přineslo neočekávané rozuzlení neobvyklého případu.

## Vzácná príčina komplikácie po BCG vakcinácii

*Miškovská M. (1), Ostró R. (2), Melter J. (1), Fábry J. (1), Vojtušová Z. (1)*

1: Šrobárov ústav DTaRCH, Dolný Smokovec; 2: I. klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice, Slovensko

**Klíčové slová:** primárny imunodeficit, komplikácia BCG vakcinácie, receptor pre interferón gamma

### Abstrakt:

V kazuistike prezentujeme prípad pacienta, ktorý bol mesiac po zaočkovaní BCG vakcínou sledovaný pre ľavostrannú axilárnu lymfadenitídu a v 3. mesiaci veku bola realizovaná extirpácia lymfatickej uzliny s PCR potvrdením prítomnosti vakcinačného kmeňa *Mycobacterium bovis* BCG. Ako 5-mesačný bol hospitalizovaný pre malátnosť, bolesti bruška a septické teploty, USG vyšetrením potvrdené mnohopočetné abscesy sleziny, pre život ohrozujúci septický stav po neúspechu konzervatívnej liečby zrealizovaná splenektómia. V ďalšom priebehu ochorenia sa zisťuje aj bilaterálna pneumónia, predná uveitída, celotelový exantém s menlivým charakterom a dochádza ku recidíve ľavostrannej axilárnej lymfadenopatie s kolikváciou a prevalením tejto lymfatickej uzliny. Laboratórne trvá vysoká zápalová aktivita séra, prítomná je výrazná eozinofília, leukocytóza, trombocytóza. Pre závažnosť stavu realizovaná punkcia kostnej drene, ktorou malignita nebola preukázaná. Laboratórnymi vyšetreniami nebol potvrdený imunodeficitný stav ani chronická granulomatóza. Odobratý kvantiferónový test bol opakovane nehodnotiteľný.

V rámci dif. dg. suponujeme deficit receptora pre interferón gamma a následným vyšetrením cytokínového profilu zisťujeme viac ako 100-násobne zvýšené hodnoty interferónu gamma. Dieťa nastavené na antituberkulotickú liečbu s následným zlepšením stavu. Opakovanými vyšetreniami v imunoalergologických ambulanciách nebol potvrdený primárny imunodeficit ani diagnóza diseminovanej BCG-itídy. Antituberkulotickú liečbu sme ukončili po celkovej dobe 2 rokov pri dobrej klinickej stabilizácii stavu. Do mesiaca od ukončenia liečby došlo ku výraznému zhoršeniu

stavu s výraznou krčnou a brušnou lymfadenitídou, osteomyelitídou sánky vľavo a vysokou zápalovou aktivitou séra, ktoré si vyžiadalo návrat ku liečbe antituberkulotikami s výborným klinickým aj laboratórnym efektom.

Vzhľadom ku suponovanej diagnóze bola v „Laboratory of human genetics of infectious diseases“ pod vedením prof. Jean-Laurent Casanovu, MD, PhD. – prezidenta „European society for immunodeficiencies“, realizovaná genetická analýza, ktorá potvrdila homozygotnú mutáciu v exóne 4 pre IFNGR1, 523delT a tým kompletnú deficienciu ligand viažucej časti receptora pre interferón gamma. Ide o autozómovo recesívnu kompletnú deficienciu receptora pre IFN gamma - Mendelian susceptibility to mycobacterial disease.

MSMD je zriedkavý heterogénny syndróm. Postihnutí jedinci majú ťažké ochorenia vyvolané málo virulentnými kmeňmi mykobaktérií – ako napr. Calmette-Guérin bacil (BCG) a netuberkulózne mykobaktérie, život ohrozujúce môže byť ochorenie salmonelózou. Klinický fenotyp sa pohybuje od fatálnych diseminovaných infekcií v rannom detstve po fokálne recidivujúce infekcie v dospelosti. Častý je familiárny výskyt a konsangvinita. Ochorenie si vyžaduje doživotnú terapiu antituberkulotikami. V liečbe sa uplatňuje aj transplantácia kostnej drene, ktorá je však mimoriadne náročná u pacientov s vysokými hodnotami IFN gamma.

## Prečo Bianka schudla a padali jej vlasy

*Moravčíková D. (1), Dluholucký M. (1), Kráľinský K. (2), Bubanská E. (3)*

1: Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Slovenská republika; 2: III. DK SZU, NsP Lučenec; 3: Klinika pediatrickej hematológie a onkológie, DFNSP Banská Bystrica, Slovensko

**Kľúčové slová:** Sjögrenov syndróm, alopecia, lymfadenopatia, SLE, lupusová nefritída

### Abstrakt:

Autori prezentujú kazuistiku 18-ročnej pacientky, ktorá bola v sledovaní spádového reumatológa od r. 2008 ako Sjögrenov syndróm, liečený Prednisonom a Imuranom. Pre intoleranciu imunosupresívnej liečby, ktorá sa manifestovala bolesťami brucha a nauzeou, bola liečba pacientkou spontánne vysadená. Pacientka sa subjektívne cítila veľmi dobre, preto reumatológa už nenavštívila. O rok bola vyšetrená u PLDD, v rámci preventívnej prehliadky bola už klinicky prítomná generalizovaná lymfadenopatia s dominujúcimi paketmi lymfatických uzlín na krku. Hematológom bola jednoznačne indikovaná histologizácia lymfatickej uzliny pre podozrenie zo sekundárnej lymfoproliferácie pri základnom autoimunitnom ochorení. V auguste 2009 bola na Klinike pediatrickej hematológie a onkológie realizovaná biopsia lymfatickej uzliny. Hoci sme biopsiou lymfoproliferatívny proces vylúčili, v laboratórných parametroch bola vysoká zápalová aktivita preto sme pacientke odporučili kontrolné reumatologické vyšetrenie, na ktoré sa spolu s matkou nedostavili. O 7 mesiacov bola prijatá v spádovej nemocnici s obrazom náhlej brušnej príhody s vysokou zápalovou aktivitou, vzhľadom na lokálny nález i laboratórne parametre bola indikovaná chirurgická intervencia. Výkon bol kontraindikovaný pre pancytopéniu a pediater odporučil preklad na vyššie pracovisko. Do DFNSP bola pacientka preložená v moribundnom stave, kachektická, s alopciou, závažnou polyserozitídou, polyartritídou, organomegáliou a generalizovanou lymfadenopatiou. Laboratórne parametre svedčia pre vysokú aktivitu autoimunitného procesu. Na základe klinického nálezu a realizovaných laboratórných vyšetrení sme stanovili diagnózu SLE. Vzhľadom na nefritický syndróm realizujeme renálnu biopsiu s potvrdením diagnózy lupusovej nefritídy. Zahájili sme pulznú liečbu kortikoidmi a cyklofosfamidom s dobrou odpoveďou na klinický stav aj laboratórne parametre. Po dosiahnutí remisie bola pacientka liečená kortikoidmi a mykofenolát mofetilom. Je v dispenzári reumatologickej a nefrologickej ambulancie. Cieľom kazuistiky je poukázať na vývoj závažného systémového ochorenia, ktorý sa iniciálne manifestoval len Sjögrenovým syndrómom s následným vývojom multiorgánového postihnutia zrejme v dôsledku svojvoľného prerušenia liečby. Prezentované úskalia dif. diagnostiky u tohto

případu systémového ochorenia nastali do značnej miery v dôsledku nedostatočnej compliance zo strany pacientky a jej matky.

## Zelená víla

*Paclová M. (1), Nogolová A. (1,2), Slaný J. (1)*

1: Městská nemocnice Ostrava, 2: Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

**Klíčové slová:** kvalitatívni poruchy vedomí, delirium, delirium tremens

### Abstrakt:

V naší kazuistice představujeme 18 letého chlapce, který v 9 letech utrpěl úraz při autonehodě, v 16 letech se u něj objevila multifokální motorická neuropatie po očkování proti chřipce, od 17 let se léčí pro epilepsii se záchvaty typu grand mal. Na naše oddělení přijat pro respirační infekci, bezprostředně před přijetím prodělal epi paroxysmus. Při přijetí klinický nálezn až na chabou paraparézu dolních končetin, jako reziduum multifokální neuropatie, a faryngitidu byl chudý, vstupní laboratoř s trombocytopenií a se střední elevací zánětlivých markerů. Nasazujeme makrolidy, symptomatickou léčbu.

Za 24 hodin od přijetí se rozvíjí kvalitatívni porucha vedomí charakteru deliria s halucinacemi, bludy, poruchou paměti, výrazným motorickým neklidem, spánkovou inverzí. Chlapce překládáme na naši JIP, kde dále došetřován. Diferenciálně diagnosticky jsme zvažovali toxoinfekční encefalopatii, delirium tremens, encefalitidu, strukturní abnormality CNS, intrakraniální krvácení, cévní mozkovou příhodu, tumor CNS, akutní rozvoj psychiatrického onemocnění. Byl doplněn rozšířený panel odběrů včetně toxikologie, neurologické vyšetření včetně lumbální punkce, MR i CT mozku – toto vše s negativním nálezem, provedeno psychiatrické vyšetření se závěrem organické delirium neznámé etiologie. Chlapec i přes vysoké dávky midazolamu, plegomazinu a risperdalonu byl stále delirantní. Až po opakovaných rozhovorech chlapec přiznává abusus alkoholu, zejména absintu - to potvrzuje i vysoká hladina CDT. Po nasazení Heminevriinu rychlý ústup deliria. Přestože je delirium tremens v pediatrii raritní, musíme na tuto diagnózu myslet v případech kvalitatívni poruchy vedomí, zvláště v dnešní době, kdy stoupá spotřeba alkoholu u mladistvých.

## Klikatá cesta k diagnóze

*Paclová M., Spilková Z., Slaný J.*

Dětské lékařství, Městská nemocnice Ostrava, Česká republika

**Klíčové slová:** exantém, febrilie, IVIG, Kawasakiho syndrom, lymfadenopatie

### Abstrakt:

Prezentujeme kazuistiku 4 letého chlapce s dosud bezvýznamnou anamnézou, odeslaného na naše pracoviště z ORL ambulance pro krční lymfadenopatii a febrilie, ve vstupní laboratoři střední elevace zánětlivých markerů, uzliny sonograficky bez známek kolikvace, iniciálně nasazen klindamycin parenterálně, od 3. dne výsev drobnopapulozního exantému (postantibiotický?, po citrusech?), jsou intenzivní bolesti břicha, pro které přistoupeno k laparoskopické revizi s nálezem flegmonozní apendicitidy, provedena apendektomie. U chlapce pro suspektní toxoalergický exantém provedena opakovaná změna antibiotické léčby - po konzultaci antibiotického centra nasazen tazocin, metronidazol. I přes širokospektrá antibiotika stále stoupaly zánětlivé markery, transaminázy. Lymfadenopatie výrazněji neregredovala, avšak exantém a febrilie přetrvávaly, objevila se dále konjunktivitida, měl rozpraskané rty, byly přítomny artralgie. Diferenciálně diagnosticky zvažována EB viroza, parainfekční exantém, vysloveno podezření na Kawasakiho

syndrom. Doplněno kardiologické vyšetření s negativním nálezem, podány IVIG v jedné dávce a ASA. Po podání IVIG nastal promptní pokles teplot a regrese exantému, také uzlinového syndromu, byla normalizace laboratorního nálezu. Uzavíráme jako Kawasakiho syndrom, zavedena kardiologická a revmatologická dispenzarizace.

V kazuistice chceme upozornit na nutnost myslet na diagnózu Kawasakiho syndromu, a to zejména u déletrvajících febrilií s nálezem zvýšených známek zánětu, a při tom nereagujících na antibiotickou léčbu. Zvláště proto, že symptomy se u Kawasakiho syndromu nevyskytují současně, ale klinický obraz se vyvíjí postupně, vyskytují se i neúplné formy Kawasakiho syndromu s velkým rizikem poddiagnostikování. Chtěli bychom také poukázat na důležitost diferenciální diagnostiky exantému - nedávat ho do souvislosti pouze s antibiotickou léčbou či dráždivou stravou.

## Ako začala Monika opäť chodiť

*Polzerová A. (1), Kůrková I. (2), Tenora J. (1)*

1: Dětské oddělení Nemocnice Prostějov, Středomoravská nemocniční a.s.; 2: Neurologická ambulance pro děti a dospělé, Prostějov, Česká republika

**Klíčové slová:** porucha chůdze, MR mozgu, lumbálna pukncia

### Abstrakt:

Kazuistika pojednáva o 2-ročnom dievčatku s pozitívnou perinatálnou anamnézou. Na detské oddelenie bola prijatá pre poruchu chôdze, rovnováhy, nechutenstvo, dyspeptické ťažkosti, febrilitu. V predchorobí údaj o varicelle prekonanej 4 týždne pred hospitalizáciou. V rodinnej anamnéze zmienka o poruchách chôdze u členov rodiny z otcovej strany. Pri prijíme v laboratórnom skríningu zápalové parametre v norme, zobrazovacie vyšetrenie bez patológie. V rámci ďalšieho komplexného dovyšetrenia sme odhalili kombináciu ochorení, z ktorých každé samo o sebe mohlo byť príčinou ťažkostí našej pacientky. Po adekvátnej terapii sa stav upravil ad integrum.

## Neúplný Hornerov syndróm ako jediný príznak rozsiahleho nádoru mediastína

*Pukančíková E., Stančoková T., Bician P.*

Klinika pediatrickej onkológie a hematológie DFNSP Banská Bystrica, Slovensko

**Klíčové slová:** Hornerov syndróm, nádor mediastína

### Abstrakt:

Predkladáme kazuistiku 7-ročnej pacientky s pomerne zriedkavým symptómom: postupne vznikajúcim Hornerovým syndrómom vľavo.

V decembri 2010 si rodičia pacientky všimli rozdielnu veľkosť zreničiek, mierny pokles očného viečka. Ide o inak zdravé dieťa s negatívnym predchorobím, bez úrazu. V klinickom obraze okrem výraznej miózy len obezita.

Bol realizovaný rad vyšetrení (očné, neurologické, endokrinologické, MR mozgu). USG vyšetrenie štítnej žľazy zobrazilo solídne ložisko pod dolným ľavým pólom štítnej žľazy. Pacientka bola odoslaná do detskej onkologickej ambulancie. Rtg snímka hrudníka odhalila guľovitý útvar v hornej časti hrudníka vľavo. CT vyšetrením sa potvrdil veľký tumor horného zadného mediastína, ktorý sa správal expanzívne voči okolitým štruktúram, bez ich prerastania a utláčal cievne zväzky a najmä tracheu. Bola supponovaná diagnóza ganglioneuróm, ktorú sme biopsiou potvrdili. Vzhľadom na maligne správanie inak benígneho tumoru bola indikovaná extirpácia (február 2011). Napriek rozsahu tumoru a nepriaznivým anatomickým pomerom sa ho podarilo extirpovať in toto.

Pooperačne pretrváva mióza, pacientka klinicky bez ťažkostí. Uvedenou kazuistikou sme chceli upriamiť pozornosť na vzácnu príčinu Hornerovho syndrómu u detí. Stenotizácia trachey bola potenciálne fatálna. Takmer asymptomatický tumor sa našťastie včas prejavil.

## Simona a problémy okresnej nemocnice

*Seligová Z., Belušová J.*

Nemocnica Dr. V. Alexandra v Kežmarku n.o., Slovensko

**Kľúčové slová:** urosepsa, gravidita, hemolytická anémia, interdisciplinárna spolupráca

### Abstrakt:

V kazuistike predstavujeme prípad 16-ročnej tehotnej pacientky s urosepsou a hemolytickou anémiou. Upozorňujeme ňou na nutnosť interdisciplinárnej spolupráce, ktorá v malých okresných nemocniciach často nie je adekvátne dostupná, čo veľmi sťažuje manažment hospitalizovaných pacientov a núti nás k prekladom detí na klinické pracoviská.

Simona – 16-ročné dievča s 9 dní trvajúcimi teplotami, triaškami, bolesťami celého tela a náhlým ikterom, prijatá na detské oddelenie našej nemocnice, kde diagnostikovaná vitálna gravidita (g.t. 24+4), laboratórne aj klinické známky sepsy, ťažkej hemolytickej anémie s nutnosťou transfúznej liečby. Podaná vstupná liečba (infúzna terapia, antibiotiká), monitorované vitálne funkcie a vzhľadom na klinický stav a ďalšie sprievodné problémy (nutnosť špecifických hematologických vyšetrení a podania krvných derivátov, starostlivosť o výrazne rizikového nedonosenca na hranici viability pri evtl. rozbehnutí pôrodnej činnosti, nutnosť intenzívneho monitoringu a liečby), indikovaný preklad na klinické pracovisko. A tak to všetko ešte len začalo...

## Význam a vplyv psychologického prístupu k matke pri diagnostike neprospievania dieťaťa

*Sladká E., Hlavatý J.*

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Bratislava, Slovensko

**Kľúčové slová:** psychologický prístup, vzťah matka, dieťa, výživa

### Abstrakt:

Prezentovaná kazuistika bola vypracovaná na základe výsledkov dohľadu, vykonaného v súvislosti s podnetom matky, ktorá žiadala prešetriť správnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti jej dcérke u dvoch poskytovateľov ústavnej starostlivosti v SR.

Dieťa s pôrodnou hmotnosťou 4000 g, narodené v 38. týždni gravidity, sekciou (matka preeklampsia, hypertyreóza, gestačný diabetes), bolo už po narodení prikrmované (Nutrilon H1). V priebehu nasledujúcich dvoch týždňov pre netolerovanie uvedenej formuly, bola VLDD ordinovaná zmena na Nutrilon Comfort, neskôr Sunar. Pre neprospievanie a problémy s pitím bolo dieťa odoslané na hospitalizáciu do spádovej nemocnice. Počas 16 dňovej hospitalizácie boli vykonané kompletné vyšetrenia na vyučenie organickej príčiny bolesti bruška. Vzhľadom na pozitívny nález E. coli O111 a charakter stolíc dieťaťa, bola nasadená liečba antibiotikami. Berúc do úvahy anamnézu matky a pozitívne TRAK, pre susp. hypertyreózu ordinovaný Propycil. Na riešenie nedostatočného príjmu potravy sa použila metóda sondovania. Nakoľko u dieťaťa perzistovali poruchy kŕmenia a záchvaty plaču, dieťa bolo na diagnostické doriešenie preložené na vyššie pracovisko, kde počas následnej 19 dňovej hospitalizácie boli opäť ordinované a vykonané všetky vyšetrenia (laboratórne, USG, neurologické, ORL, kardiologické). Liečba Propycilom pre postupný

rozvoj hypotyreózy a normálny nález USG štítnej žľazy bola ukončená. Počas hospitalizácie pretrvávali problémy s príjmom potravy a bolesti bruška napriek tomu, že už predtým boli opakovane skúšané rôzne typy náhradnej mliečnej výživy. Empiricky bola zvolená formula Neocate. Pre pretrvávajúce slabé pitie a nutnosť zabezpečiť kalorické krytie, dieťa bolo sondované. Pri prepustení bol konštatovaný zlepšený klinický stav, prírastok na hmotnosti 550 gramov. Odporúčaná bola výživa Neocate 8 x 90 ml spočiatku podať per os a ostatné dosondovať. Matka bola zaškolená. Deň po prepustení z ústavnej starostlivosti v SR bolo dieťa prijaté na detskú kliniku v zahraničí, kde počas 2. dňa hospitalizácie, po vylúčení anatomickej anomálie, odstránili sondu, v spolupráci s logopédom bolo dieťa predstavované na výživu z fľaše. Podporne bola realizovaná psychosociálna starostlivosť na zlepšenie interakcie matka – dieťa. Vzhľadom na klinicky preukázanú akútnu gastritídu a sonograficky doložený gastroezofágový reflux, prvých 10 dní „prestavenia“ spôsobu prijímania potravy boli podávané inhibítory protónovej pumpy. Dieťa bolo v dobrom stave na 14. deň hospitalizácie prepustené domov. Úrad podanie matky uzavrel ako neopodstatnené. Úspech liečby v zahraničí však ovplyvnil rozdiel v prístupe, vo vzájomnom vzťahu a dôvery matky v zdravotníkov. Podpornou psychosociálnou starostlivosťou na zlepšila interakcia matka - dieťa a obnovili sa podmienky na fyziologický postup výživy.

## Sturgeov –Weberov syndróm

*Smoligová M.*

ASMA s.r.o., Bardejov, Slovensko

**Kľúčové slová:** Sturgeov –Weberov syndróm, glaukóm, hemangiom

### Abstrakt:

Sporadicky sa vyskytujúce ochorenie s výskytom hemangiómu na tvári v okcipitálnej oblasti a pri postihnutí choriodey výskyt glaukómu.

Kazuistika pojednáva o chlapcovi s uvedenou diagnózou, vrodeným glaukómom ľavého oka, hemangiómom aj na tele homolaterálne. Počas rastu sa pridávajú sekundárne komplikácie vyplývajúce zo základného ochorenia.

## Gingiválny absces u novorodenca

*Stanková S., Tóthová M., Pšeničková B.*

Novorodenecké oddelenie, pracovisko Rastislavova 43, UN LP Košice, Slovensko

**Kľúčové slová:** gingiválny absces, novorodenec, beta-hemolytický streptokok skupiny B

### Abstrakt:

Imunitný systém novorodenca je z funkčného hľadiska nezrelý. Protilátky triedy IgM a IgA neprechádzajú placentou. Novorodenec preto nemá k dispozícii opsoníny a baktericídne protilátky ako ochranu proti opuzdreným mikroorganizmom. Protilátky proti puzdrovým polysacharidom vysoko virulentných mikroorganizmov sú z podtriedy protilátok IgG2, ktorá prechádza placentou zle. Bakteriálne infekcie u novorodenca preto môžu veľmi rýchlo progredovať do sepsy, často s trvalými následkami. Na začiatku infekcie nebývajú prítomné špecifické symptómy. V etiopatogenéze včasných infekcií novorodencov sa uplatňujú predovšetkým mikroorganizmy získané od matky ascendentnou cestou alebo pri prechode novorodenca pôrodnými cestami.

Autori uvádzajú kazuistiku novorodenca rodeného cisárskym rezom, u ktorého sa manifestovala infekcia beta-hemolytickým streptokokom skupiny B zriedkavým klinickým obrazom. Skriningové vyšetrenie počas gravidity, zamerané na identifikáciu kolonizovaných tehotných žien výterom z

pošvy, bolo u matky novorodenca negatívne. Vo 4. deň života bol v ústnej dutine novorodenca s včasným nástupom ikteru pozorovaný gingiválny absces. Novorodenec nemal iné prejavy celkovej infekcie, jeho vitálne funkcie boli v norme. V kultivačnom náleze materiálu odobratého z abscesu bol prítomný okrem zlatého stafylokoka aj betahemolytický streptokok skupiny B. Hemokultúra bola pozitívna na betahemolytického streptokoka skupiny B. Streptokok skupiny B bol vykultivovaný aj z výteru z maternice matky odobratého pri cisárskom reze.

Streptokoky skupiny B sú najčastejšími pôvodcami včasných novorodeneckých infekcií. Sú bežnými komenzálmi fertily žien vyskytujúcimi sa v pošve, rekte a nosohltane. Skrining kolonizácie tehotných žien vykonávaný v 35.-37. týždni gravidity a následná intrapartálna chemoprofylaxia pri pozitívnom náleze majú svoje úskalia.

## Primárna izolovaná CNS vaskulitída

*Synaková E. (1), Okál'ová K. (1), Dluholucký S. (1), Moravčíková D. (1), Novotná K. (2)*

1: II. detská klinika SZU a DFNSP Banská Bystrica; 2: Oddelenie radiológie FNSP FDR Banská Bystrica, Slovensko

**Kľúčové slová:** vaskulitída, CNS, konvulzívny stav

### Abstrakt:

CNS vaskulitída sa môže vyskytnúť ako primárne ochorenie CNS alebo ako sekundárny prejav systémového ochorenia. Primárna CNS vaskulitída u detí je závažné a potenciálne reverzibilné zápalové ochorenie mozgu.

8-ročná pacientka s náhle vzniknutým konvulzívnym stavom, následnou pravostrannou hemiparézou a poruchou vedomia bola hospitalizovaná v spádovej nemocnici. Realizované CT vyšetrenie mozgu, na ktorom bolo opísané cystické ložisko imponujúce ako tumor alebo abscesové ložisko FTP I. sin. Na doriešenie bolo dieťa preložené do DFNSP až na 4. deň od vzniku ťažkostí. Na MRI vyšetrení mozgu bolo verifikované ischemické ložisko v povodí a. cerebri media vľavo s nepravidelne zúženým lumenom v zmysle vaskulitídy. Pri pátraní po možnom systémovom ochorení boli všetky výsledky negatívne, rovnako ako aj trombofilné stavy. Stav sme hodnotili ako primárna izolovaná CNS vaskulitída a dieťa bolo liečené kortikoidmi s parciálnym efektom.

Cieľom prednášky je poukázať na vzácnu, ale nie raritnú príčinu vzniku náhleho neurologického deficitu u dieťaťa, na urgentnosť stavu a na dôležitosť včasného stanovenia správnej diagnózy, pretože sa jedná o potenciálne reverzibilné ochorenie pri včasne zahájenej liečbe. V prednáške bude prezentovaná diferenciálna diagnostika vaskulitíd manifestovaných v CNS, ako aj odporúčaný diagnostický a terapeutický algoritmus primárnych izolovaných CNS vaskulitíd.

## Neustupujúci kašeľ u adolescenta (resp. dobré objektívne vyšetrenie veľa napovie)

*Švecová M. (1), Koval' J. (1), Furielová I. (1), Minčík I. (2), Lokša J. (3), Straka E. (4)*

1: Klinika pediatrie, FNSP J.A. Reimana Prešov; 2: Urologická klinika FNSP J.A. Reimana; 3: Radiologické oddelenie FNSP J.A. Reimana; 4: Klinická patológia s.r.o, Prešov, Slovensko

**Kľúčové slová:** kašeľ, metastázy, nádor testis

### Abstrakt:

Autori prezentujú kazuistiku 18 ročného chlapca, ktorý bol pre neustupujúci kašeľ s diagnózou respiračného infektu liečený 2 druhmi antibiotík. Keď sa napriek liečbe stav neupravoval, bol poukázaný na vyšetrenie na pneumologickú ambulanciu. Tu bol zrealizovaný RTG pľúc a

vyslovené podozrenie na pľúcny metastatický proces zatiaľ neidentifikovaného tumoru. S týmto nálezom bol prijatý na detské oddelenie KP v Prešove.

Pri vstupnom vyšetrení bolo už voľným okom badateľné extrémne zväčšenie ľavého testis, pri palpácii tvrdá nádorová masa. Bola vykonaná ľavostranná orchiektómia s histologickým nálezom zmiešaného nádoru z germinatívnych buniek, dominujúcou zložkou nádoru bol yolk sac tumor, klinicky v pokročilom štádiu s paketmi lymfatických uzlín v retroperitoneu, s metastázami v lymfatických uzlinách mediastína a s pľúcnyimi metastázami.

Nádory semenníkov tvoria asi 1% všetkých malígnych nádorov mužov. V posledných rokoch významne stúpa ich incidencia, postihujú predovšetkým mladú generáciu mužov. Patria medzi najčastejšie solídne nádory u mužov vo veku 15-29 rokov. Seminómy, nádory typické pre dospelý vek sa v detskom a prepubertálnom veku prakticky nevyskytujú. V tejto vekovej kategórii dominuje teratóm, väčšinou jeho zrelá forma. Pre adolescentný vek sú typické zmiešané germinatívne nádory. Z rizikových faktorov vzniku nádoru semenníka vyššiu hladinu významnosti zaznamenávajú kryptorchizmus, kontralaterálny nádor a familiárny výskyt nádoru semenníka.

Cieľom tejto kazuistiky je zdôrazniť dôležitosť objektívneho vyšetrenia pacienta vrátane vyšetrenia vonkajšieho genitálu aj vo vekovej skupine adolescentov.

## Genitálne bradavice a podofylín - liečba a intoxikácia

*Šimurka P. (1), Koleková A. (2)*

1: Fakultná nemocnica Trenčín; 2: Pediatria Senkvice s.r.o., Slovensko

**Kľúčové slová:** genitálne bradavice, adolescent, podofylín, liečba, intoxikácia

### Abstrakt:

Úvod: Podofylín je najčastejšie používaným prípravkom na lokálnu liečbu genitálnych bradavíc (GB). Látka má antimitotický účinok, je teratogénna a toxická. Lokálne zmeny z liečby sa upravujú, celkové toxické účinky majú ireverzibilné následky.

Kazuistika 1: 16-ročné dievča, prvý partner, výtok z genitálu, pri gynekologickom vyšetrení zistené GB, neskôr potvrdená aj chlamýdiová infekcia. GB lokálne ošetrené podofylínom, následne bolestivá zápalová kožná reakcia s opuchom, mokvajúce defekty na koži a sliznici, hospitalizovaná na kožnej klinike (11 dní). O 2 mesiace pre recidívu GB opätovná hospitalizácia, liečba podofylínom a elektrokoaguláciou. Rozchod s partnerom, rodičia odmietajú očkovanie. Matka udáva, že názor jej gynekológa je: „Očkovanie je len výmysel farmaceutických firiem“.

Kazuistika 2: 4-ročné dievča náhodne si upilo z kokakolovej fľašky roztok podofylínu (matka ho dostala od svojho gynekológa na liečbu GB). Prijatá na Detské oddelenie NsP Trenčín, nešpecifická podporná liečba podľa komunikácie s toxikologickým centrom, do 12 hodín kóma, pracovisko KAIM, neskôr DK DFNSP. Ostáva vo vigilnej kóme už roky.

Diskusia a záver: Genitálne bradavice sú nezriedka problémom adolescentov. Lokálne sa na liečbu používa viacero látok, využíva sa aj fyzikálna liečba. Podofylín napriek svojej závažnej toxicite patrí medzi látky, ktoré sa používajú najčastejšie. Jeho používanie je diskutabilné. Najideálnejšou prevenciou GB – a tým vyhnutie sa použitiu toxických látok v liečbe GB – je očkovanie štvorzložkovou HPV vakcínou, chráni pred viac ako 90 percent infekciami, ktoré vyvolávajú GB.

## Nicolas a jeho neurologické potíže

Škodová H. (1), Tenora J. (1), Kůrková I. (2)

1: SMN, a.s., odštěpný závod nemocnice Prostějov, 2: Soukromý dětský neurolog, Prostějov, Česká republika

**Klíčové slová:** hospitalizace, porucha stability, hypotonie těla, neurochirurgický výkon

### Abstrakt:

Autoři vám v této kasuistice představí případ 2letého chlapce, který byl na našem oddělení opakovaně hospitalizován než se odhalila pravá příčina jeho neurologických potíží.

První hospitalizace proběhla 8/10, kdy byl na naše oddělení odeslán k observaci z traumatologické ambulance pro lehkou komoci mozkovou. V průběhu 4-denní hospitalizace kardiopulmonálně kompenzovaný, matka ke konci hospitalizace udává, že dítě 2x „zavravoralo“, z neurologického hlediska neurotopický nález neložiskový; propuštěn do ambulantní péče.

Krátce po propuštění dochází ale k progresi neurologických projevů – objevují se poruchy stability, stavy zahledění s hypotonií těla, někdy následované pádem.

Proto indikována další hospitalizace ke komplexnímu vyšetření – provedené EEG s negativním závěrem, pro přetrvávající potíže doplněna MR mozku, která odhalila pravou příčinu potíží.

Vzhledem k nálezu na zobrazení a klinickým projevům konzultováno neurochirurgické pracoviště, které indikuje neurochirurgický výkon, jež absolvoval za 3,5měsíce od zjištěné diagnózy pomocí NMR.

## Ako ďalej žije nešťastná Sonia?

Šoltýsová B. (1), Beniaková L. (1), Rosipalová D. (1), Baltsová T. (2), Beňa L. (2)

1: Nemocnica Poprad a.s.; 2: Transplantačné centrum UN LP Košice, Slovensko

**Klíčové slová:** mozgová smrť, transplatacie orgánov

### Abstrakt:

Autori sa v práci venujú problematike mozgovej smrti, legislatívnym a etickým aspektom odberov a transplantácií orgánov na príklade konkrétnej kazuistiky.

## Niečo mu musí byť

Špániková M.

VYDUR s.r.o., Bratislava, Slovensko

**Klíčové slová:** diferenciálna diagnóza, pediater prvého kontaktu

### Abstrakt:

Autorka na troch prípadoch rôznych diagnóz poukazuje na úskalia diferenciálnej diagnostiky, ktorú je treba riešiť v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast. Často ani konziliárne vyšetrenia nestanovia diagnózu a je potrebný komplexný pohľad pediatra prvej línie k podrobnému zhodnoteniu zdravotného stavu dieťaťa a správne stanoveniu diagnózy. Pri takýchto diferenciálne diagnostických úskaliach sa zväčša jedná o raritné diagnózy, ako to dokumentuje táto práca. Pri stanovovaní diagnózy je potrebné riešiť dobrú komunikáciu medzi lekárom prvého kontaktu a špecialistami. taktiež vyvstávajú aj etické problémy diagnózy a spolupráce s rodinou.

## Neštandardná diagnostika T-ALL

Šubová Z., Švec P.

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Bratislava, Slovensko

**Kľúčové slová:** ALL, syndróm hornej dutej žily, nesprávna interpretácia výsledkov vyšetrení

### Abstrakt:

10-ročná pacientka bola opakovane vyšetrovaná pre zhrubnutie krku a stridor.

Vykonané vyšetrenia boli interpretované v zmysle viacerých diagnóz - struma, astma bronchiale, bronchopneumonia. Boli ambulantne vykonané nadštandardné diagnostické procedúry - vyšetrenia hormónov štítnej žľazy, MRI krku. Napriek multidisciplinárnej diagnostike nebola zistená správna diagnóza, až do štádia maximálne rozvinutého syndrómu hornej dutej žily. Vtedy bolo vykonané vyšetrenie krvného obrazu s nálezom blastov akútnej lymfoblastovej leukémie a pacientka bola odoslaná na onkologické pracovisko.

Na onkologickom pracovisku bolo vykonané urgentné CT vyšetrenie mediastína s nálezom obrovského tumoru s útlakom trachei a okolitých štruktúr. Vyšetrenie kostnej drene potvrdilo diagnózu akútnej lymfoblastovej leukémie vychádzajúcej z T lymfocytov. Pacientka bola liečená podľa protokolu ALL BFM IC 2002 a dosiahla remisiu ochorenia, ktorá trvá.

V tomto prípade prolongovaná diagnostika s použitím nadštandardných diagnostických vyšetrení bez použitia „základnej diagnostiky“ mohla viesť až k smrti pacientky. Preto považujeme za nevyhnutné používanie štandardnej diagnostiky a jej správnu interpretáciu.

## Nezvyčajné komplikácie u 16-ročnej pacientky s glykogenózou typu Ib

Tárnoková S. (1), Bzdúch V. (1), Staník R. (2), Dická E. (1), Behulová D. (3), Bibza J. (4)

1: I. detská klinika LF UK a DFNSP Bratislava; 2: Detská otorinolaryngologická klinika DFNSP Bratislava; 3: Klinika detskej chirurgie DFNSP Bratislava; 4: Oddelenie laboratórnej medicíny, DFNSP, Bratislava, Slovensko

**Kľúčové slová:** glykogenóza Ib, neutropénia, porucha motility arytenoidov

### Abstrakt:

V našej kazuistike uvádzame nezvyčajné komplikácie u 16-ročnej pacientky s glykogenózou Ib, sledovanej na našej klinike od narodenia, nastavenej na dlhodobú sondovanú stravu s nočným kŕmením a podávaním rastového faktora granulocytov. Od detstva často prekonala stomatitídy s aftami v ústnej dutine a v okolí konečníka, opakovane bola hospitalizovaná pre vracanie a zvýšené zápalové parametre. Vo veku 16 rokov po opakovaných laryngitídach bola prijatá na naše oddelenie pre inspiračný stridor, kašeľ a námahové, neskôr aj kľudové dyspnoe. Prekvapujúci bol výsledok laryngofibroskopického vyšetrenia, ktoré dokázalo závažnú poruchu motility arytenoidov s nedostatočným otváraním hlasivkovej štrbiny pri fonácii, ktorej príčinou mohol byť zistený gastroezofágový reflux a taktiež lokálne chronické dráždenie z dlhodobo zavedenej nazogastrickej sondy. Na základe tohto nálezu musela byť u pacientky vykonaná urgentná tracheostómia aj perkutánna endoskopická gastrostómia (PEG).

## Domáci mazlíček vektorem leptospirózy

*Tenora J. (1), Zápalka M. (2)*

1: Středomoravská nemocniční a.s., odštěpný závod nemocnice Prostějov, 2: Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

**Klíčové slová:** leptospira, potkan

### Abstrakt:

Autoři popisují onemocnění leptospirózou u dětské pacientky, kdy původcem onemocnění byl doma chovaný hlodavec. K včasné diagnóze a tedy i k následné terapii došli úzkou součinností s veterinárními lékaři. Onemocnění leptospirami je v dětském období relativně vzácné a většinou vázané na živelné katastrofy (povodně). Naše kazuistika ukazuje, že s rozvojem doma chovaných druhů zvířat stoupá i potenciální riziko dosud méně vídaných nemocí.

## Prenatálne diagnostikovaný hypoplastický syndróm ľavého srdca - hraničný prípad

*Tittel P. (1), Pecníková J. (1), Brucknerová I. (2)*

1: NÚSCH a.s. DKC; 2: 1. detská klinika LF UK a DFNSP Bratislava, Slovensko

**Klíčové slová:** hypoplastický syndróm ľavého srdca, koarktácia aorty, prerušenie gravidity

### Abstrakt:

Hypoplastický syndróm ľavého srdca je jedna z najzávažnejších komplexných vrodených srdcových chýb s veľmi vysokou mortalitou a morbiditou. Zahŕňa škálu postihnutia ľavostranných štruktúr od prípadov s atréziou aortálnej a mitrálnej chlopne a malou guľovitou ľavou komorou, po prípady s hypopláziou štruktúr ľavého srdca pod dolnou hranicou normy.

Autori prezentujú prípad pacientky, u ktorej bola gynekológom prenatálne v 21. týždni gravidity diagnostikovaná hypoplázia ľavej komory srdca. Následne bola vyšetrená v DKC, kde sme mali zodpovedať otázku možného odporúčenia prerušenia gravidity matke vzhľadom na závažnosť postihnutia štruktúr ľavého srdca a prognózu plodu. Vzhľadom na nález hraničnej hypoplázie mitrálnej a aortálnej chlopne, hranične veľkej ľavej komory a ascendentnej aorty a menšiu, ale priechodnú komunikáciu na predsieňovom septe (ktorá mohla byť príčinou zaostávania rastu ľavého srdca aj v ďalšom priebehu), sme sa rozhodli neodporučiť prerušenie gravidity a plod ďalej sledovať s rizikom progresie hypoplázie. V ďalšom prenatálnom sledovaní pokračoval relatívne proporcionálny rast srdca bez výraznejšej progresie ďalšej hypoplázie ľavého srdca. Prvé postnatálne vyšetrenie v deň narodenia potvrdilo mierne reštrikčnú komunikáciu na interatriálnom septe, hraničný rozmer mitrálnej a aortálnej chlopne, ľavej komory a ascendentnej aorty – bol zvolený konzervatívny postup. Po narodení pre známky pľúcnej hypertenzie a desaturáciu bola pacientka zaintubovaná. Po uzavretí arteriálneho ductu sa vyvinula koarktácia aorty, potvrdená aj katetrizačne, preto vo veku 7 dní bola robená chirurgická resekcia koarktácie a extendovaná end-to-end anastomóza s dobrým pooperačným priebehom. Následne bola pacientka prepustená domov. Pri ambulantnej kontrole bola zistená rekoarktácia aorty a vo veku 3 mesiace bola indikovaná na katetrizačnú angioplastiku s poklesom gradientu zo 45 na 10 mmHg. V ďalšom ambulantnom sledovaní sme pozorovali postupný rast štruktúr ľavého srdca, rozmery sa približujú k norme, reziduálne nálezy – foramen ovale apertum, malý defekt komorového septa (zistený neskôr), hemodynamicky nezávažný gradient v pôvodnom mieste koarktácie a mierne zvýšené tlaky v malom obeh. Klinický stav dieťaťa je veľmi dobrý, normálne sa vyvíja po fyzickej aj psychomotorickej stránke.

Napriek vysokému riziku progresie hypoplázie štruktúr ľavého srdca rozhodnutie neodporučiť

prerušenie gravidity a dať plodu šancu bolo v prípade našej pacientky správne. Štruktúry ľavého srdca sa do pôrodu ďalej vyvíjali, aj keď ich rozmery boli pod dolnou hranicou normy. U pacientky nebola potrebná zložitá a riziková Norwoodova operácia, ktorej výsledkom by bolo jednodukomorové srdce s následnou Fontanovou operáciou s medzistupňom bidirekčný gien. Podstúpila iba relatívne jednoduchú operáciu koarktácie aorty a ďalej žije s dvojkomorovým srdcom, čo umožňuje dobrú kvalitu života do budúcnosti.

## **Ikterus a výlet na MARS**

*Topol'ský I. (1), Buzássyová D. (2), Zamborská K. (2), Gajniaková S. (2), Kuchta M. (3), Koval' J. (4)*

1: Katedra pediatrie SZU, Bratislava; 2: DKAIM DFNSP, Bratislava; 3: II. klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice; 4: Klinika pediatrie FNŠP J. A. Reimana Prešov, Slovensko

**Kľúčové slová:** Ikterus, Wilsonova choroba, zlyhanie pečene, MARS, transplantácia pečene

### **Abstrakt:**

Úvod : MARS (molecular adsorbent recirculating system) je extrakorporálna eliminačná metóda, ktorá využíva princíp albumínovej dialýzy. Patrí do skupiny tzv. prístrojovej podpory funkcie pečene.

V prvom kroku sa krv pacienta dialyzuje roztokom 20% albumínu. Membrána umožňuje prestup látok medzi krvou pacienta a albumínom v okruhu do veľkosti molekúl 50 kD. V druhom kroku albumín s naviazanými toxínmi prechádza cez dialyzátor - low – flux membránu a dialyzuje sa klasickým dialyzačným roztokom, pričom sa odstraňujú toxíny s nízkou molekulovou hmotnosťou rozpustné vo vode. Toxíny naviazané na albumín sa odstraňujú v dvoch adsorbčných kolónach, jedna (dia MARS AC 250) obsahuje aktívne uhlie a slúži na odstránenie nepolarizovaných nízkomolekulových látok (mastných kyselín). Druhá kolóna (diaMARS IE 250) obsahuje iontomenič a slúži na odstránenie ionizovaných molekúl (napr. bilirubín). Krv ani plazma pacienta neprichádza vôbec do priameho kontaktu s adsorbčnými kolónami, dokonca ani s dialyzačným roztokom, preto je pre pacienta šetrná a bezpečná. Vzhľadom na relatívne malý objem extrakorporálneho okruhu je vhodná aj pre použitie u detských pacientov. Hlavné indikácie sú 1, dekompenzácia chronického zlyhania pečene a 2, akútne zlyhanie pečene. Cieľom liečby je poskytnúť čas na regeneráciu vlastných pečenejových funkcií alebo v prípade neúspechu získať čas na nájdenie vhodného orgánu na transplantáciu.

Kazuistika : 12 ročný chlapec, v anamnéze bez výraznej chorobnosti, takisto rodičia a 1 starší súrodeneц zdraví. Dôležitý je údaj o očkovaní Engerixom, neužíva žiadne lieky. V inkriminovanom období bola v regióne epidémia hepatitídy A. Pacient bol prijatý v rajóne s ikterom, infekčná príčina však nepotvrdená. Vzhľadom na to vykonané vyšetrenia na dif. dg. ikteru a koagulopatie. Medzitým došlo k zhoršeniu hepatálnych funkcií. Pre progresiu stavu bol nutný preklad do transplantačného centra, v klinickom obraze bola okrem ikteru v popredí encefalopatia. Začala sa eliminačná liečba systémom MARS, neprišlo však k úprave funkcií pečene, preto sa rozhodlo o indikácii na urgentnú ortotopickú transplantáciu pečene. Terapia MARSom pokračovala ako premostujúca do nájdenia vhodného orgánu na transplantáciu. Vzhľadom na situáciu s odbermi orgánov nakoniec kontaktované Tx centrum v zahraničí (Essen), ktoré pacienta prijalo a následne vykonaná úspešná Tx pečene od kadaverózneho darcu.

Paralelne s tým sa dokončila diagnostika stavu, nakoniec sa potvrdila u pacienta supponovaná Wilsonova choroba.

Wilsonova choroba - fulminantná forma sa vyskytuje najmä u detí a mladých dospelých. Predstavuje akútny stav, kde často jedinou možnou liečbou je transplantácia pečene.

Poučenie: Výskyt ikteru a pečenejového poškodenia v časovej súvislosti s výskytom relatívne „nezávažného“ ochorenia (hepatitídy A) nemusí znamenať jasnú diagnózu. Pacientom s hepatálnou

insuficienciou treba venovať maximálnu pozornosť a včas ich preložiť do centra, ktoré je schopné poskytnúť komplexnú starostlivosť včítane transplantácie pečene.

## Neobvyklá kombinace dvou závažných autoimunitních onemocnění u dospívajícího chlapce

*Véghová-Velgáňová M. (1), Karásková E. (1), Neklanová M. (1), Vydra D. (1), Michálková K. (2)*

1: Dětská klinika Univerzita Palackého a Fakultní nemocnice v Olomouci; 2: Radiologická klinika Univerzita Palackého a Fakultní nemocnice v Olomouci, Česká republika

**Klíčové slová:** neuritis, sclerosis multiplex, abdominalgie, Morbus Crohn

### Abstrakt:

Autoři prezentují pacienta s neobvyklou kombinací dvou závažných autoimunitních onemocnění. 14-letý chlapec s 2 týdenní anamnézou zamlženého vidění levým okem, byl vyšetřen dětským oftalmologem, který vyslovil podezření na levostrannou intraokulární neuritidu a doporučil vyšetření cerebrospinálního moku. Realizována lumbální punkce s pozitivním nálezem a vyšetření MR mozku kde vícečetné plaký potvrdily diagnózu roztroušené sklerózy. Byla zahájena pulsní terapie kortikoidy při které dochází k vymizení klinických potíží. Za 6 týdnů recidiva retrobulbární neuritidy, indikována terapie interferonem, při které postupná úprava očního nálezu. Chlapec je i nadále pravidelně sledován dětským neurologem a onemocnění roztroušenou sklerosou je tohoto času v remisi.

Nyní již 17-letý pacient s 3-týdenní anamnézou bolesti břicha a průjemových stolic s elevací parametrů zánětu, navštívil gastroenterologickou ambulanci. Byl hospitalizován na Dětské klinice LF UP a FN v Olomouci, zde zahájen algoritmus vyšetření které potvrzují další závažné autoimunitní onemocnění. Výsledky vyšetření, diagnóza a léčebný postup, budou prezentovány na kongresu.

## Čo sa nakoniec skrýva za podozrením na idiopatickú zápalovú myopatiu?

*Vojarová L., Čiljaková M., Hyrdelová E., Haláková E., Klabníková K., Vojtková J., Michnová Z., Turčan T., Bánovčín P.*

Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM, Martin, Slovensko

**Klíčové slová:** idiopatické zápalové myopatie, fokálna myozitída, diferenciálna diagnostika

### Abstrakt:

Autori uvádzajú zaujímavú kazuistiku pacientky s trojdňovou anamnézou myalgii a výrazného objemového zväčšenia svalstva pravého stehna, ktorá bola na naše oddelenie odoslaná s podozrením na idiopatickú zápalovú myopatiu. Objektívne pri prijatí sú palpačne bolestivé hlboké štruktúry m. vastus medialis a intermedius MQF a adduktorovej skupiny svalov. Pohyblivosť v bedrovom aj kolennom kĺbe zachovaná, obvod pravého stehna suprapatelárne 7 cm +3 cm, 15 cm +3 cm. Na vstupnom USG vyšetrení pravého stehna sa veľmi zle zobrazujú svalové štruktúry, sonografický obraz je podozrivý z myozitídy. Prietok v oboch a. a v. femoralis a a.a v. poplitea je primeraný. V ostatnom klinickom náleze prítomnosť proximálnej svalovej slabosti typickej pre idiopatické myopatie nie je vyznačená, pacientka je bez akýchkoľvek kožných prejavov, bez zvýšenej telesnej teploty, bez lymfadenopatie, bez hepato- alebo splenomegálie, bez známok aktívnej artritídy i bez artralgií, bez prítomnosti nešpecifického exantému. Dušnosť ani dysfágia nie je nevyznačená, RTG hrudníka a spirometrické vyšetrenie sú negatívne, dieťa je bez známok kardiálneho zápalu, renálne funkcie v norme, Raynaudov fenomén nie je vyznačený. Laboratórne

svalové enzýmy nie sú elevované, ANA (antinukleárne protilátky), vrátane anti-Jo 1 negatívne, RF (reumatoidný faktor) negatívny, v krvnom obraze bez prítomnosti posunov, bez zápalovej aktivity, bez posunov v ostatnej humorálnej a bunkovej imunite. Ca a P metabolizmus kompletne v norme, denzitometrické vyšetrenie rovnako bez zníženia kostnej denzity. Vzhľadom na doplnený anamnestický údaj nezávažného úrazu pravého stehna do lavičky bolo realizované RTG vyšetrenie oboch femurov s negatívnym nálezom na traumatické zmeny, kde je prítomné náhodne nájdené ložisko suspektne z osteolýzy v distálnej časti femuru. Pri bližšej charakteristike na CT vyšetrení pravého femuru in regione planum popliteum femoris distalis l. dx. je prítomné osteolytické ložisko do veľkosti 17x 13 mm s jemným sklerotickým lemom - cystického charakteru v.s. Po doplnení NMR vyšetrenia pravého stehna a pravej zákolennej jamy za účelom bližšej charakteristiky mäkkých štruktúr je difúzne mierne zväčšený m. vastus medialis aj lateralis v porovnaní s ľavou končatinou (asi o 7-9 mm v LL rozmere). Pri tomto vyšetrení jednoznačné zmeny signálu vo svalstve nevidno. Vzhľadom na nález na distálnom femore realizujeme kompletnú diferenciálnu diagnostiku za účelom vylúčenia onkologickej diagnózy (nález kompletne negatívny). Ortopéd stav nakoniec uzatvára ako fibrózny kortikálny defekt bez známok kostnej malignity. S ohľadom na skutočnosť, že nález na femore počas jednomesačnej hospitalizácie vôbec nevysvetľuje pretrvávajúce objemové zväčšenie vo svalstve znova opakujeme MRI vyšetrenie pravého stehna, kde sa konečne vpravo dorzomediálne od femuru v oblasti musculus adductor magnus et brevis podarilo zobrazit' cystoidný útvar tvaru U, pričom lézia začína v úrovni trochanter minor a šíri sa kaudálne, celkovo v dĺžke CC 4,5cm, veľkosť mediálnejšej časti je 32x9mm (CC x LL), laterálnejšia časť je veľkosti 20x18mm (CCx LL), po kontrastnej látke sa sýti stena útvaru hrúbky 3mm. Nález svedčí pre v.s. chronický kolikvovaný hematóm. Plánovanú chirurgickú biopsiu zkolikvovaného hematómu pod sonografickou kontrolou sa s ohľadom na veľkosť, lokalizáciu a tvar útvaru nepodarilo zrealizovať. Vzhľadom na pomalú resorbciu však hematológ zahajuje dif. dg. susp. poruchy hemokoagulácie.

## Prečo súrodencov s deficitom rastového hormónu a výškou pod 4SD neliečime?

*Vojtková J. (1), Čiljaková M. (1), Mišovicová N. (2), Kecerová M. (3), Michnová Z. (1), Vojarová L. (1), Klabníková K. (1), Bánovčín P. (1)*

1: Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM, Martin; 2: Genetická ambulancia, Martin; 3: Detská endokrinologická ambulancia, Dolný Kubín, Slovensko

**Kľúčové slová:** nízky vzrast, genetické vyšetrenie, chromozómové zlomy

### Abstrakt:

Autori prezentujú kazuistiku dvoch súrodencov, ktorí boli odoslaní obvodným lekárom k spádovému endokrinológovi pre nízky vzrast a suspektnú poruchu štítnej žľazy. Rodinná anamnéza je bez pozoruhodností, predikcia výšky podľa rodičov (obaja 160cm) pre dievča aj pre chlapca je pod 3. percentil. Mladšia sestra, narodená v 03/2003 v 34.týždni, s pôrodnou hmotnosťou 1770g hranične nespĺňala kritériá pre SGA (small for gestational age). Dispenzarizovaná bola endokrinológom pre hypotyreózu na substitučnej liečbe a pre nízky vzrast. Od narodenia rástla v pásme pod 3.percentilom, podľa posledného údajaja 11/2010 bola jej výška -4,1SD pod 3%. Za účelom záťažových testov bola hospitalizovaná na Klinike detí a dorastu v Martine. V inzulínovom aj glukagónovom teste bol potvrdený deficit rastového hormónu. Doplňujúce vyšetrenia – MR mozgu, neurologické vyš., očné vyš. boli s normálnym nálezom, biopsia z antra a duodena bez nálezu malabsorbčného syndrómu. V klinickom obraze boli nápadné hypo- a hyperpigmentácie na tele.

Starší brat narodený 01/2001 v 37.týždni s pôrodnou hmotnosťou 2800g hranične spĺňal kritériá pre SGA. Dispenzarizovaný je v kardiologickej amb. pre hemodynamicky nezávažnú mitrálnu insuficienciu a v endokrinologickej amb. pre hypotyreózu na substitučnej liečbe a pre nízky vzrast.

Spolu so sestrou bol hospitalizovaný na našej klinike za účelom záťažových testov. V inzulínovom aj glukagónovom teste bol potvrdený deficit rastového hormónu. MR mozgu, neurologické vyš. aj očné vyš. boli v norme, biopsia z antra a duodena bez známok malabsorbčného syndrómu. V klinickom obraze boli nápadné hypo- a hyperpigmentácie na tele. Jeho výška bola pod 3%, posledný údaj 11/2010 -4,3SD pod 3%.

Kľúčovým vyšetrením v oboch prípadoch bolo genetické vyšetrenie, podľa ktorého boli v karyotype prítomné chromozómové zlomy – u dievčaťa 7%, u chlapca 11%. Génovou analýzou boli vylúčené mutácie typické pre Nijmegen breakage syndróm a Fanconiho anémiu. Na základe klinického obrazu bola supponovaná diagnóza Bloomovho syndrómu. Je to zriedkavé autozómovo recesívne ochorenie zo skupiny chorôb s chromozómovými zlomami, pre ktoré sú typické faciálne črty – mikrognácia, prominujúci nos a uši, hypo a hyperpigmentácie na tele a závažný je sklon k malignitám. Pacienti boli inštruovaní, aby sa vyhýbali slnečnému žiareniu a absolvovali RTG a CT vyšetrenie len z vitálnej indikácie. Vzhľadom na nález v karyotype napriek potvrdenému deficitu rastového hormónu a výške viac ako 4SD liečba rastovým hormónom nebola indikovaná.

## Alergie u kojence

*Vymětalová Z., Jeřábková M.*

SMN a.s., odšť. závod Prostějov Dětské oddělení, Česká republika

**Kľúčové slová:** alergie, kašel, kojeneček

### Abstrakt:

Kazuistika prezentuje prípad 3 mesáčného kojenečného dievčete, ktoré bolo hospitalizované na našom oddelení pro neprosplvaní, urtiky, otoky končetín a potíže s vyprazdňováním. Tyto potíže se objevily pět dní po nasazení umělé mléčné výživy. Pro podezření na alergii na bílkovinu kravského mléka do stravy zařazen extenzivní hydrolyzát. Projevy urtiky zcela vymizely, zmírnily se i ostatní potíže. Klinicky i laboratorně potvrzena alergie na bílkovinu kravského mléka. Pozitivní alergologická anamnéza v rodině dítěte.

V sedmi mesáčích hospitalizována pro první ataku obstrukční bronchitidy, velmi dobře reagovala na symptomatickou terapii. Pro opakované ataky obstrukční bronchitidy předána do péče alergologa, nasazena lokální protizánětlivá inhalační terapie.

Od zahájení této terapie je dievče bez potíží, prospívá.

## Život ohrozujúce krvácanie pri chronickej myeloidnej leukémii

*Zoľák V. (1), Hodrušská B. (1), Plameňová I. (2), Murgaš D. (3), Fedor M. (1), Nosál S. (1)*

1: Klinika detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny JLF UK a UNM; 2: Klinika hematológie a transfúziológie JLF UK a UNM; 3: Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM, Slovensko

**Kľúčové slová:** život-ohrozujúce krvácanie, leukémia

### Abstrakt:

Hemorágia a trombóza sú potencionálne život-ohrozujúce komplikácie onkologickej liečby u detských pacientov. Diagnostika a adekvátne liečba hematologických komplikácií je dôležitou súčasťou podpornej terapie, ktorá prispieva k zlepšenému dlhodobému prežívaniu onkologických pacientov. Medzi hlavné akútne komplikácie krvácania patria: intrakraniálne krvácanie, krvácanie do sietnice, gastrointestinálne krvácanie, pľúcna alveolárna hemorágia a hemoragické cystitidy. Etiológia krvácania u onkologických pacientov je multifaktoriálna a zahŕňa trombocytopenie, koagulopatie, poruchy fibrinolýzy a poškodenie tkaniva účinkami onkologickej liečby. Terapia

život-ohrožujúceho krvácania musí byť cielená, rýchla a dostatočne agresívna. Autori uvádzajú kazuistiku 18-ročného chlapca s novodiagnostikovanou chronickou myeloidnou leukémiou na cytostatickej liečbe, prijatého na našu kliniku pre zhoršenie klinického stavu – tachydyspnoe, tachykardiu a poruchy vedomia. Na vstupnom RTG vyšetrení hrudníka prítomný pravostranný fluidothorax, chirurgom indikovaná hrudná drenáž – odsatá sangvinolentná tekutina. V priebehu troch nasledujúcich dní dochádza u pacienta k zhoršovaniu klinického stavu (zvýraznenie krvácajúcich prejavov, zhoršenie ventilačných parametrov UPV, potrebné vysoké dávky inotropnej podpory, agresívna hemostyptická liečba). U pacienta indikovaná torakotómia z vitálnej indikácie realizovaná po predošlej hematologickej príprave rekombinantným faktorom VIIa. Po operácii pokračované v kontinuálnom podávaní faktoru VIIa – v priebehu 24 hodín dochádza ku stabilizácii klinického stavu. Pacient v dobrom klinickom stave preložený na 28. pooperačný deň na detské oddelenie.

## Čo bolo dôvodom dráždivosti u novorodenca

*Žikavská T. (1), Brucknerová I. (1), Košťálová L. (2), Červeňová O. (1)*

1: I. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava; 2: II. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava, Slovensko

**Kľúčové slová:** novorodenec, tachykardia, hyperexcitabilita, tyreotoxikóza

### Abstrakt:

Úvod: Vývoj plodu predstavuje zvýšené nároky na organizmus budúcej matky počas celého tehotenstva. Ochorenia matky môžu ovplyvniť priebeh popôrodnej adaptácie novorodenca.

Cieľ: Prezentovať prípad novorodenca s prejavmi dráždivosti od narodenia, diferenciálnu diagnostiku neurologickej symptomatológie a možnosti liečby v závislosti od príčiny.

Výsledky: Novorodenec ženského pohlavia bol narodený v 35. gestačnom týždni (pôrodná hmotnosť 2450 gramov, pôrodná dĺžka 47 cm) s bezprostredne dobrou popôrodnou adaptáciou. Hodnota Apgarovej skóre bola 10/10 bodov. Od narodenia dominovali v klinickom obraze dráždivosť, hyperexcitabilita, tremor, hypertenzia a tachykardia s maximom 220/minútu v spánku. Kompletné kardiologické vyšetrenie vylúčilo štrukturálnu vrodenú srdcovú chybu. Hormonálny profil dieťaťa potvrdil extrémne vysoké hodnoty FT3, FT4 a nízke TSH. Protilátky proti TSH receptoru (TRAK) boli nadmerne zvýšené nielen u dieťaťa, ale aj u matky, ktorá nebola dostatočne liečená počas tehotenstva.

Záver: Priebeh popôrodnej adaptácie u matky s Gravesovou - Basedowovou chorobou závisí od stavu kompenzácie. V závislosti od množstva transplacentárne prenesených protilátok proti TSH receptoru sa môžu manifestovať klinické príznaky tyreotoxikózy u novorodenca. Rozhodujúcu úlohu zohráva dôsledná komplexná starostlivosť o matku a plod.

## Index klíčových slov

**A**

abdominalgie .....	38
adolescent .....	33
aktuní a chronický hormonální deficit .....	9
akútne krvácanie .....	20
alergie .....	40
alimentárna methemoglobinémia .....	19
ALL .....	34
alopécia .....	27
anémia .....	13
aplázia laktového kĺbu .....	21
artritický syndróm .....	17
astrocytárne tumory .....	17
atypická pneumónia .....	18
atypický priebeh .....	16

**B**

beta-hemolytický streptokok skupiny B .....	31
bolesť brucha .....	10
bolesť na hrudníku .....	13
bronchiálna astma .....	18
bronchopneumónia .....	13

**C**

celiakia .....	14
cizí těleso .....	22
CNS .....	32
cytomegalovírusová infekcia .....	11

**D**

dedičná metabolická porucha .....	22
deficit proteínu .....	23
deficit SCAD .....	22
delirium .....	27
delirium tremens .....	27
detská hemofília .....	20
diagnostika .....	18
diazoxid .....	19
dieťa .....	17
diferenciálna diagnostika .....	38
diferenciálna diagnóza .....	34
dojčenecká výživa .....	19
dojčenecké obdobie .....	19
dysfágia .....	12

**E**

endoskopická extrakce .....	22
epileptický záchvat .....	15
exantém .....	28

**F**

febrilie .....	28
fokálna myozitída .....	38
Frantzův tumor .....	24

**G**

gancyklovir .....	11
gastrointestinální trakt .....	22
genetické vyšetrenie .....	39
genitálne bradavice .....	33
gingiválny absces .....	31
glaukóm .....	31
glomerulonefritída .....	13
glykogenóza Ib .....	35
gravídita .....	30

**H**

hemangiom .....	31
hemofília A .....	20
hemolytická anémia .....	30
hemoptoe .....	13
hormonální antikoncepcie .....	23
Hornerov syndróm .....	29
hospitalizace .....	33
hyperexcitabilita .....	40
hyperinzulinizmus .....	19
hyperkalcémia .....	12
hyperpyrexie .....	11
hypertenzia .....	13
hypoglykémia .....	19
hypoplastický syndróm ľavého srdca .....	36
hypoplázia hornej končatiny .....	21
hypotonie těla .....	33

**C**

chabá paréza .....	21
chirurgické metody řešení .....	23
chromozómové zlomy .....	39

**I**

ibuprofen .....	17
idiopatické zápalové myopatie .....	38
Ikterus .....	37
interdisciplinárna spolupráca .....	30
intoxikácia .....	33
IVIG .....	28

**K**

kašeľ .....	12, 32, 40
Kawasakiho choroba .....	16
Kawasakiho syndrom .....	28
koarktácia aorty .....	36
kojenec .....	11, 40
kolikovitě bolesti bruška .....	10
komplikácia BCG vakcinácie .....	26
konvulzívny stav .....	32
krvácanie .....	15
kvalitativní poruchy vědomí .....	27

**L**

leptospira.....	35
liečba.....	33
lumbálna pukncia.....	29
lupusová nefritída.....	27
lupusový erytém.....	18
lymfadenopatia.....	27
lymfadenopatie.....	28
lymfangióm.....	12

**M**

MARS.....	37
Meckelov divertikul.....	24
metastázy.....	32
miecha.....	17
migréna.....	25
Morbus Crohn.....	38
mozgová smrť.....	34
MR mozgu.....	29

**N**

nádor mediastína.....	29
nádor testis.....	32
naproxen.....	17
nefrotický syndróm.....	11
nesprávna interpretácia výsledkov vyšetrení.....	34
neuritis.....	38
neurochirurgický výkon.....	33
neutropénia.....	35
nízky vzrast.....	39
NMR.....	25
novorodenec.....	31, 40
novorodenecký systémový lupus erythematosus.....	18

**O**

observace.....	22
očkovanie.....	21
operační řešení.....	24
opuchy.....	10
osteomyelitída.....	9
osteoporóza.....	14

**P**

paratyreoideálny karcinóm.....	12
pediater prvého kontaktu.....	34
podofylín.....	33
porucha črevnej pasáže.....	24
porucha chôdze.....	29
porucha motility aryténoidov.....	35
porucha stability.....	33
poruchy koagulácie.....	20
Poruchy $\beta$ - oxidácie mastných kyselín.....	22
posttraumatický hypopituitarismus.....	9
potkan.....	35
prerušenie gravidity.....	36
primárna hyperparatyreóza.....	12
primárny imunodeficit.....	26

prognosa.....	24
protilátky Ro/SS-A a La/SS-B.....	18
psychologický prístup.....	30

**R**

receptor pre interferón gamma.....	26
------------------------------------	----

**S**

sclerosis multiplex.....	38
short-bowel syndrom.....	23
Sjögrenov syndróm.....	27
SLE.....	27
sledování.....	24
STEP.....	23
Stevensov-Johnsonov syndróm.....	17
Sturgeov –Weberov syndróm.....	31
sulfasalazin.....	17
symptomatická liečba.....	10
syndróm hornej dutej žily.....	34

**T**

tachykardia.....	40
topografie břišní.....	24
transplantácia pečene.....	37
transplatácie orgánov.....	34
trombóza.....	23
tyreotoxikóza.....	40

**U**

úraz hlavy.....	15
úraz mozku.....	9
urosepsa.....	30

**V**

vaskulitída.....	32
vertigo.....	25
výživa.....	30
vzťah matka, dieťa.....	30

**W**

Wilsonova choroba.....	37
------------------------	----

**Z**

zdroje pitnej vody.....	19
zlyhanie pečene.....	37



**Pamida International** je prvý a jediný slovenský špecialista na medzinárodné vedecké, medicínske, technologické a obchodné konferencie konané na Slovensku.

Zorganizujeme Vašu konferenciu vo veľkých centrách, univerzitných mestách, jedinečných rekreačných rezortoch a na netradičných, ale atraktívnych miestach, v národných parkoch, v oblastiach okolo divokej vody a v oddychových zónach.

Nech je cieľom Vašej konferencie alebo podujatia čokoľvek, **Pamida International** uskutoční Váš cieľ v srdci Európy - na Slovensku, kde sa spája história s prírodou a technickým pokrokom.

Nájdeme priestory, ktoré vyhovujú vízii, cieľu a účastníkom Vašej konferencie.

Ušetríme Váš drahý čas a zbavíme Vás organizačného stresu.

Zorganizujeme a riadime Vaše podujatie tak, aby výsledkom bol Váš úspech.

Zabezpečíme maximálnu spokojnosť účastníkov Vašej konferencie.

***web: [www.pamidainternational.com](http://www.pamidainternational.com)***

***e-mail: [info@pamidainternational.com](mailto:info@pamidainternational.com)***

***tel: +421 918 707 371***

***fax: +421 41 4000123***