



festival
KAZUISTÍK^{CZ/SK}
z pediatrie



20.–21.
marca 2026

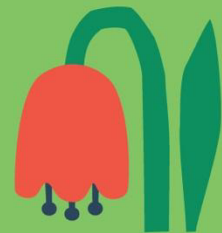
HOLIDAY INN ŽILINA



19. ročník

Festivalu KAZUISTÍK
z pediatrie s podtextom:

**DÁME
HLAVY
DOKOPY**



www.kazuistika.sk

GOLD PARTNER:



ŠPECIÁLNI PARTNERI:



- úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou



VYSTAVOVATELIA:



ZBORNÍK ABSTRAKTOV

Festival KAZUISTÍK® z pediatrie 2026

20. - 21. marca 2026
Žilina, hotel HolidayInn

ISBN: 978-80-975037-2-7

Vážené kolegyně, vážení kolegovia, milí hostia a priatelia,

„rok sa s rokom stretol“ a opäť je tu čas na naše tradičné stretnutie pediatrov pri kazuistikách. V roku **2026** sa stretávame už na **XIX. ročníku Festivalu KAZUISTÍK z pediatrie, neonatológie a dorastového lekárstva**. Devätnásť rokov je symbolický vek. Vek, keď sa oficiálne končí pediatrická starostlivosť, no zároveň ešte naplno prebieha adolescentné obdobie. Aj náš Festival je, teda obrazne v tomto „prechodnom“ veku – dospel, dozrel, no stále má môže mať pred sebou obdobie dynamického rozvoja a to s vašou pomocou a aktívnou spoluprácou. Tak ako sa pediatri venujú pacientom v období dospievania, budú sa ešte niekoľko rokov s plnou zodpovednosťou starať aj o tento náš odborný projekt – rozvíjať ho, udržiavať jeho kvalitu a posúvať ho ďalej.

Od svojho vzniku má Festival za cieľ „spájať“ – spájať pediatrov v ambulanciách, všeobecných lekárov pre deti a dorast, pediatrických špecialistov, lekárov pracujúcich v lôžkových zariadeniach pediatrie, ale aj neonatológie a nadstavbových odborov. Všetci totiž máme spoločný cieľ – zdravie a dobro dieťaťa.

Veľmi si vážime pravidelnú účasť predstaviteľov a členov výborov Slovenskej pediatickej spoločnosti (SPS) a Slovenskej spoločnosti primárnej pediatrickej starostlivosti (SSPPS), ako aj spoluprácu s kolegami z českých pracovísk, ktorí svojou účasťou obohacujú odborný program i diskusie a pomáhajú udržiavať našu „duchovnú federáciu“. Záštitu nad podujatím tradične preberá aj SPS a SSPPS za odbornej garancie Detskej fakultnej nemocnice Košice.

Dôležitou súčasťou odborného programu sú aj bloky v spolupráci s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktoré sú zdrojom poučenia, reflexie i otvorenej diskusie. Vysoko si vážime túto spoluprácu, pretože kvalita a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti sú spoločnou zodpovednosťou nás všetkých.

Festival si zachováva svoj podnázov „dáme hlavy dokopy“ a prináša poučenie sa z KAZUISTÍK, otvorené pomenovanie chýb i zdieľanie skúseností sú základom profesionálneho rastu.

Aj v tomto ročníku budú tradične vyhodnotené najlepšie kazuistiky v dvoch kategóriách – odbornou porotou a hlasovaním účastníkov. Pokračujeme aj v udeľovaní „Ceny pre mladého pediatra – Young Doctor Award“, pretože podpora mladej generácie lekárov je investíciou do budúcnosti nášho odboru. Festival nie je o súťažení, ale o zdieľaní a raste – a ocenenia vnímame ako povzbudenie a uznanie práce autorov. Organizácia takéhoto podujatia je v dnešnom ekonomickom prostredí náročná. O to viac si vážime podporu partnerských organizácií a spoločností, bez ktorých by nebolo možné zabezpečiť Festival v kvalite a rozsahu, na aký sme zvyknutí. V mene všetkých organizátorov a spoluorganizátorov Vám želim príjemný pobyt v Žiline, inšpiratívne odborné diskusie, pohodu počas Festivalu KAZUISTÍK z pediatrie i spoločenského programu a najmä množstvo podnetov, ktoré budete môcť využiť vo Vašej náročnej, zodpovednej, ale krásnej práci.

Držme spoločne palce XIX. ročníku – nech má energiu devätnásťročného, ale múdrosť skúseného pediatra.

Doc. MUDr. M. Kuchta, CSc.
predseda organizačného výboru



PIATOK

	8:00	8:15	<i>Slávnostné otvorenie</i>	<i>Kuchta M., Šagát T., Palkovič M.</i>
			Kuchta M. (Košice)	Keď sa pacienti - dojčatá, vrátia ako lekári a kolegovia
	Blok I.		Predsedníctvo:	<u>Kuchta M., Šagát T.</u>
1	8:15	8:30	Šagát T. (Bratislava)	Subkutánný emfyzém
2	8:30	8:45	Popluhár J. (Žilina)	Detická chrbtica - častý interdisciplinárny problém. Chybné držanie tela versus deformity chrbtice
3	8:45	9:00	<i>Malý T. (Havířov)</i>	Atrezie duodena „naruby“
4	9:00	9:10	<i>Podmanická Z. (Banská Bystrica)</i>	Keď nevzdať znamená začať
5	9:10	9:20	YDA <i>Bandola M. (Trnava)</i>	Modrá bodka a jej tajomstvo
6	9:20	9:30	<i>Letková K. (Bratislava, Chuť Žit)</i>	Keď hmotnosť klesá: význam včasného záchytu a multidisciplinárnej intervencie v liečbe mentálnej anorexie
7	9:30	9:40	<i>Matejka M. (Bratislava)</i>	Enterálna výživa u detí s malnutríciou
8	9:40	9:50	YDA <i>Hasselová M. (Trnava)</i>	Injekcia z Instagramu
9	9:50	10:00	<i>Lanczová L. (Žilina)</i>	Grieselov syndróm
	10:00	10:15	diskusia	
	10:15	10:35	kávová prestávka	
	Blok II.		Predsedníctvo:	<u>Zelenková H., Ďurošková Z.</u>
10	10:35	10:50	Zelenková H. (Svidník)	Ako išli roky a viditeľné zmeny ochorení s našimi hrdinami vzácnych genodermatóz - epidermolysis bulosa, colodion baby a melanosia neurocutanea Touraine
11	10:50	11:00	<i>Sobota B. (Olomouc)</i>	3x a stále poprvé, srdeční tamponáda očima pediatra
12	11:00	11:10	<i>Provázková D. (Prešov)</i>	Marienkiné tajomstvá
13	11:10	11:20	YDA <i>Kotorová M. (Trnava)</i>	Titubácie ako falošná stopa
14	11:20	11:30	<i>Kosnáčová J. (Bratislava)</i>	Stačí raz vidieť... alebo zriedkavá príčina cholestázy
15	11:30	11:45	<i>Kundeková D. (Lučivná)</i>	Astma, alergia, atopický ekzém a obezita na klimatickej liečbe
			<i>prednáška podporená spoločnosťou Kúpele Lučivná</i>	
16	11:45	12:00	<i>Švihrová K. (Martin)</i>	Hyperaktivita počas dňa, bdenie v noci – kazuistiky pacientov s ADHD
			<i>prednáška podporená spoločnosťou Medis</i>	
17	12:00	12:10	<i>Ďurošková Z. (Košice)</i>	Mamí, stačí mi len masáž...
18	12:10	12:25	<i>Kunč P. (Dolný Smokovec)</i>	„Wait and see“ neznamená „nič nerobiť“: Aktívna modulácia orofaryngálneho mikrobiómu pri akútnej tonzilofaryngitíde
			<i>prednáška podporená spoločnosťou Ewopharma</i>	

19. ročník Festivalu KAZUISTÍK® z pediatrie

	12:25	12:40	diskusia	
	12:40	13:45	obedová prestávka	
	Blok III.		Predsedníctvo:	<u>Palkovič M., Karásková E.</u>
19	13:45	14:00	Karásková E. (Olomouc)	Dlouhodobá protein-losing enteropatie u desetiletého chlapce
20	14:00	14:15	Palkovič. M. (Bratislava)	Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v špecializácií pediatria
21	14:15	14:30	<i>Kavarníková L. (Košice)</i>	Najčastejšie chyby pri kontrolách zdravotných poisťovní – a ako sa im vyhnúť?
22	14:30	14:40	<i>Lacko P. (Bratislava)</i>	Prečo veríme nezmyslom? Psychologické pozadie našej viery v konšpirácie a hoaxy
23	14:40	14:50	<i>Farkaš. D. (Košice)</i>	Idiopatická multiorgánová tuková embólia u 10-ročného chlapca s LAMA2 muskulárnou dystrofiou
24	14:50	15:00	<i>Mihaľák P. (Bratislava, Clown Doctors)</i>	Vplyv zdravotných klaunov na podporu liečby u pediatrických pacientov
25	15:00	15:20	<i>Repko M. (Bratislava)</i>	Pneumokok a neočkované dieťa
			<i>prednáška podporená spoločnosťou MSD</i>	
26	15:20	15:35	<i>Kunč P. (Dolný Smokovec)</i>	Heterogenita detského pacienta s rekurentnými infekciami a zjednocujúci princíp imunomodulácie: Lekcia z troch kazuistík
			<i>prednáška podporená spoločnosťou Ewopharma</i>	
	15:35	15:50	diskusia	
	15:50	16:10	kávnová prestávka	
	Blok IV.		Predsedníctvo:	<u>Horváthová M., Zedníčková Škodová H.</u>
27	16:10	16:20	Horváthová M. (Olomouc)	Keď vysoký feritín neznamená preťaženie železom: Kazuistika dedičného syndrómu hyperferitinémie a katarakty u dieťaťa
28	16:20	16:30	<i>Zedníčková Škodová H. (Šternberk)</i>	Ta žloutenka není jen tak... rekurentní ikterus novorozence
29	16:30	16:40	<i>Bieliková A. (Trenčín)</i>	Keď Miško nechce kakať...
30	16:40	16:55	<i>Mačaj M. (Bratislava)</i>	Mýty a realita: čo naozaj funguje pri infekciách horných dýchacích ciest
			<i>prednáška podporená spoločnosťou Farmak</i>	
31	16:55	17:05	<i>Dzivá M. (Prešov)</i>	Stridor je klinický symptóm nie diagnóza
32	17:05	17:15	<i>Krcho P. (Košice)</i>	Atypická forma PPH u novorodenca a EBM
33	17:15	17:25 YDA	<i>Harbutová K. (Trnava)</i>	O motýľovi, ktorý skrýval svoje farebné krídla
34	17:25	17:35	<i>Halačová N. (Martin)</i>	Tri príbehy jedného génu – HNF1B-asociované ochorenia u detí
35	17:35	17:45 YDA	<i>Poliaková M. (Bratislava)</i>	O RIME bez Ríma
	17:45	18:00	diskusia	
	20:00		Konferenčná večera	Aquarium bar HolidayInn Žilina

SOBOTA

Blok V.		Predsedníctvo:	<u>Slaný J., Hrebík M.</u>
36	8:00 8:15	Slaný J. (Trnava)	Duševní (ne)zdraví mládeže
37	8:15 8:25	Hrebík M. (Bratislava)	Detská kardiológia: Dáme dáky príbeh?
38	8:25 8:35	Lajmon M. (Bratislava)	Opakovaná trombóza arteficiálnej mitrálnej chlopne – Kde je chyba?
39	8:35 8:45 YDA	Hocková B. (Banská Bystrica)	Kraniofaciálne anomálie a distrakčná osteogenéza
40	8:45 8:55	Krcho P. (Košice)	Krčče u novorodenca a EBM
41	8:55 9:05 YDA	Chovancová Z. (Bardejov)	Drahá jazda kolotočom
42	9:05 9:15	Vajdová E. (Bratislava)	Apgar v ohrození - Náhly neočakávaný kolaps zdravého novorodenca
43	9:15 9:25	Kosorínová D. (Martin)	Nešťastné uvoľnenie so šťastným koncom
44	9:25 9:35	Kašubová L. (Michalovce)	Malý pacient, veľký štekot
45	9:35 9:45	Šimiaková M. (Bratislava)	Dynamika a obnova črevného mikrobiómu u pacienta so STAT3-deficientným syndrómom nadbytku IgE po alogénnej transplantácii kmeňotvorných buniek
46	9:45 9:55	Hostovičáková B. (Michalovce)	Na hranici medzi infekciou a imunitou: GBS u predškôlaka
47	9:55 10:05	Ďurčáková I. (Košice)	Liečba symetrickej brachycefálie kraniálnou remodelačnou ortézou
	10:05 10:15	diskusia	
	10:15 10:30	kávová prestávka	
Blok VI.		Predsedníctvo:	<u>Krcho P., Cigániková Z.</u>
48	10:30 10:40	Krcho P. (Košice)	Neinvasívna ventilácia novorodenca a EBM
49	10:40 10:50	Repko P. (Poprad)	Z Ameriky do Popradu, z Popradu do Prahy
50	10:50 11:00	Gojdič M. (Bratislava)	Zločin v likvore
51	11:00 11:10	Smahová S. (Bratislava)	Gulôčky, ktoré nepatria deťom
52	11:10 11:20	Ugrayová S. (Bratislava)	Päťročná kazuistika obnovy črevného mikrobiómu a fyzickej rehabilitácie u pediatickeho pacienta s ALCL po alogénnej transplantácii hematopoetických kmeňových buniek so závažnou GvHD
53	11:20 11:30	Karhutová K. (Poprad)	Bolo skôr vajCO alebo sliepKA?
54	11:30 11:40	Kunč P. (Dolný Smokovec)	Keď astma nestačí: Príbeh chlapca, ktorý sa bál jesť
55	11:40 11:50	Háberová N. (Banská Bystrica)	TMA so svetlom na konci
56	11:50 12:00	Fialka Ľ. (Košice)	Skolióza - Najnovšie technológie a postupy
57	12:00 12:10	Dučová G. (Trebíšov)	Maskovaná Delta a jej riziko
58	12:10 12:20	Sagálová M. (Žilina)	Pomotaný prípad
59	12:20 12:30	Cigániková Z. (Žilina)	Ako nás varicela takmer zvedla z diagnostickej cesty

19. ročník Festivalu KAZUISTÍK® z pediatrie

60	12:30	12:40	<i>Fekula J. (Nové Zámky)</i>	Koľkokrát ešte? Diagnostické dějà vu
61	12:40	12:50	<i>Krasulová S. (Martin)</i>	Kombinované pôrodné poranenie novorodenca: Kedy je menej viac?
62	12:50	13:00	<i>Gič. M. (Žilina)</i>	Čo ti je, Ad'ka?

13:00 13:10

diskusia

Vyhlasenie súťaží

Ukončenie kongresu

MODRÁ BODKA A JEJ TAJOMSTVO

Bandola M.¹; **Slaný J.**²; **Ondrušová A.**³

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Klinika pediatrie Fakultná nemocnica Trnava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Klinika pediatrie, Fakultná nemocnica Trnava

Klinika pediatrie, Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt:

11-ročný chlapec prichádza na našu kliniku pre intraskrotálne nahmatanú tuhú nebolestivú rezistenciu v oblasti horného pólu pravého testis. Anamnesticky pred 4 mesiacmi udávaný úraz v oblasti genitálu kopnutím spoluhračom pri športovom tréningu. Následne bolo skrótum vpravo edematózne, palpačne citlivé, avšak ultrasonografickým vyšetrením bola echogenita oboch semenníkov v norme, Doppler prekvenie bez patológie. Vzhľadom k prepubertálnemu veku, afebrilnému priebehu bez dyzúrie, sonografického (USG) nálezu semenníkov s normálnym prekrvením bola vyslovená diagnóza torzia appendixu pravého semenníka. Odporúčaná bola konzervatívna liečba, prísny kludový režim a analgosedácia. Kontrolné USG vyšetrenie pravého semenníka o mesiac neskôr s nálezom cystoidného útvaru veľkosti do 7mm, útvár možno pri cieleňom vyšetrení palpovať, chlapec si rezistenciu však ani len nevšimol, klinický stav pacienta zlepšený, bez subjektívnych ťažkostí. Kontrolné USG s postupnou regresiou veľkosti, onkomarker neurón špecifická enoláza - S (S- NSE) s ľahkou eleváciou 41,6 ng/ml - vzhľadom k vylúčeniu onkologického procesu a verifikácie dynamiky konkrementu, ktorý zodpovedá reziduu torzie apendixu pravého semenníka odoslaný na hospitalizáciu. Laboratórny onkomarker bol ľahko zvýšený vzhľadom k zápalu a torzii v oblasti apendixu semenníka, nakoľko S-NSE enzým sa nachádza aj v ne-neurálnych tkanivách, ako sú bunky semenníka a nadsemenníka. Pri opakovaných USG kontrolách sa konkrement (kalcifylaxia?) v oblasti pravého horného pólu semenníka postupne zmenšoval, klinicky bol náš pacient bez ťažkostí, afebrilný, bez dyzúrie či algie v genitálnej oblasti. Záver: bol vylúčený onkologický proces, torzia apendixu semenníka je v postupnej regresii, s odstupom času po demitácii sme u pacienta opätovne skonrolovali hladinu S-NSE, ktorá bola už vo fyziologických hodnotách.

Kľúčové slová: Bolest' semenného miešku, Torzia apendixu testis, Orchitis, Neurón špecifická enoláza, Kalcifylaxia

DRAHÁ JAZDA KOLOTOČOM

Chovancová Z.¹; **Kluková V.**²

MEDIBARD s.r.o.

VK - OKULA s.r.o

Abstrakt:

Valsavova retinopatia je zriedkavé ochorenie charakterizované preretinálnym alebo subhyaloidným krvácaním. Mechanizmus spočíva v prudkom zvýšení intratorakálneho tlaku, ktorý bráni venóznemu návratu do srdca. Keďže žily na hlave a krku nemajú chlopne, vysoký tlak sa priamo

prenesie aj do ciev oka. Možným následkom je ruptúra cievy a krvácanie. Prvýkrát bolo popísané v roku 1972. Príčina býva rôzna – fyzická námaha vrátane silového tréningu, kašeľ, vracanie, kašeľ, kompresné poranenia, pôrod... Klinicky sa ochorenie prejaví náhlou bezbolestnou a zvyčajne unilaterálnou stratou zraku. Prognóza je vo všeobecnosti priaznivá.

V prezentovanej kazuistike popisujeme prípad 15-ročného profesionálneho športovca s Valsavovou retinopatiou z pohľadu primárneho pediatra v spolupráci s oftalmológom. Prípad je zaujímavý nielen raritným výskytom diagnózy samej o sebe u dieťaťa, ale aj atypickou anamnézou a netradičným spúšťacím mechanizmom – jazdou na kolotoči. Kazuistika poukazuje na potrebu myslieť aj na raritné príčiny v rámci diferenciálnej diagnostiky porúch vízu. Je dôkazom veľmi širokého spektra ťažkostí s ktorými sa stretáva primárny pediater a významu medziodborovej spolupráce.

Kľúčové slová: retina, krvácanie, tlak, kolotoč, zrak

AKO NÁS VARICELA TAKMER ZVIEDLA Z DIAGNOSTICKEJ CESTY

Cigániková Z.¹

FNsP Žilina

Abstrakt:

Syndróm cauda equina je urgentný neurologický stav spôsobený kompresiou lumbosakrálnych koreňov miechových nervov distálne od conus medullaris. Klinicky sa manifestuje kombináciou progresívnej slabosti dolných končatín, radikulárnej bolesti, porúch citlivosti v perineálnej oblasti („sedlová anestézia“) a dysfunkcie močového mechúra či čriev. V pediatrickej populácii ide o zriedkavú, ale závažnú jednotku, najčastejšie podmienenú nádorovou, zápalovou alebo traumatickou etiológiou. Včasná diagnostika a urgentná dekompresia sú zásadné pre prevenciu trvalého neurologického deficitu.

Naša kazuistika predstavuje 7-ročného chlapca s extramedulárnym nádorom v oblasti L3–4, ktorý sa manifestoval syndrómom cauda equina. Súčasne u dieťaťa prebiehala infekcia ovčích kiahní, ktorá takmer posunula diagnostiku iným smerom.

Kľúčové slová: syndróm cauda equina, varicela, bolesti dolných končatín, dysfunkcia močového mechúra, extramedulárny spinálny tumor

MASKOVANÁ DELTA A JEJ RIZIKO

Dučová G.¹

CPS clinic s.r.o., Trebišov

Abstrakt:

Wolff-Parkinson-White syndrome (WPW) je u detí často asymptomatický a prvým prejavom môže byť supraventrikulárna tachykardia (SVT) alebo iná arytmia, prípadne komplikácia počas fyzickej záťaže. Hoci predoperačné EKG vyšetrenie sa často považuje za formálne, môže odhaliť klinicky

významnú preexcitáciu. Riziko je obzvlášť relevantné u športujúcej mládeže, kde fyzická aktivita môže vyvolať arytmie s potenciálne vážnymi následkami.

Kazuistika: 5-ročný chlapec bol odoslaný na predoperačné vyšetrenie pred plánovaným chirurgickým výkonom. Dieťa bolo dlhodobo asymptomatické, bez anamnézy palpitácií, synkopy či zníženej tolerancie záťaže. Pri predoperačnom 12-zvodovom EKG automatická analýza naznačila poruchu vedenia, čo je nález často nadhodnotený alebo falošne pozitívny. Pri dôslednej vizuálnej analýze som však zaznamenala prítomnosť veľmi nenápadnej delta vlny svedčiacej pre preexcitáciu, čo však stále nebol dôvod na obavy. U dieťaťa som po krátkej chôdzi k vyšetrovaciemu lôžku zaznamenala tachykardiu s frekvenciou 230/min, ktorá náhle terminovala. Echokardiograficky bola zistená hraničná dilatácia ľavej komory s ejekčnou frakciou na dolnej hranici normy pre daný vek. Štrukturálna srdcová chyba nebola prítomná.

24-hodinové ambulantné monitorovanie dokumentovalo približne 55 epizód úzkokomplexovej supraventrikulárnej tachykardie (SVT) počas bdenia. Všetky epizódy boli klinicky nemé, teda dieťa nemalo subjektívne symptómy. U chlapčeka bola naplánovaná hospitalizácia v detskom kardiocentre za účelom stratifikácie rizika a indikácie ďalšej liečby.

Tento prípad ilustruje, že aj u klinicky asymptomatických pacientov môže byť latentná preexcitácia spojená s vysokou arytmiickou záťažou a subklinickým ovplyvnením systolickej funkcie. Pre mladých športovcov je latentná preexcitácia obzvlášť významná. Zvýšená fyzická záťaž, typická pre tréningy a súťaže, môže vyvolať klinicky závažné arytmie, vrátane ortodromnej AVRT alebo preexcitovanej fibrilácie predsiení, ktoré predstavujú riziko hemodynamickej nestability či dokonca náhlejšej kardiálnej smrti.

Dokonca asymptomatické deti s preexcitáciou môžu mať dokumentovanú arytmiickú záťaž, ktorá dlhodobo ovplyvňuje komorovú funkciu. Včasná identifikácia latentnej preexcitácie umožňuje plánovanú rizikovú stratifikáciu a rozhodnutie o farmakoterapii alebo EF vyšetrení. Pre športovcov je dôležité zvážiť úpravu fyzickej záťaže do času definitívneho arytmiologického zhodnotenia, aby sa minimalizovalo riziko život ohrozujúcich epizód.

Chcem týmto prípadom poukázať na opodstatnenosť vyhlášky MZ č 51/2026 Z.z. o potrebe odbornej preventívnej lekárskej prehliadky pre deti a talentovaných športovcov pred vstupom do súťažnej alebo intenzívnej fyzickej aktivity. Často sme totiž konfrontovaní názormi nespokojných rodičov, ktorí potrebujú len pečiatku pre svoje dieťa, ktoré je podľa ich uváženia zdravé. Tento prípad zdôrazňuje, že rutinné vyšetrenie, ako je predoperačné EKG, môže odhaliť latentné, ale klinicky významné abnormality. Aj asymptomatické deti s WPW syndrómom môžu byť vystavené vysokému riziku arytmie, ktoré môže mať dlhodobý dopad na systolickejšiu funkciu a bezpečnosť pri športovej aktivite.

Kľúčové slová: Preexcitácia, Wolff Parkinson White (WPW) syndróm, Supraventrikulárna tachykardia, Riziko arytmie u športovcov, Pediatrická kardiológia

ČO TI JE, AĎKA?

Gič M.1; Michnová D.1; Staníková L.1

1. Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Abstrakt:

V kazuistike Vám chceme predstaviť 13-ročnú pacientku, akútne hospitalizovanú na našom oddelení pre 2 dni trvajúcu nauzeu, vomitus a pocit plnosti. V anamnéze zistený rapidný úbytok (cieľový) hmotnosti za krátky čas. V objektívnom náleze dieťa pôsobí toxicky, peristaltika chabá, brucho výrazne nad niveau. Na USG abdomenu nález výrazne dilatovaného žalúdka, na RTG abdomenu zn. vysokého ileu. Laboratórne leukocytóza, hyperglykémia (stresová) a zn. akútneho renálneho poškodenia. Chirurgom indikovaná laparoskopia, avšak mechanická príčina ileu vylúčená, zavedená NGS na dekompresiu GITu. Doplnené gastroenterologické vyšetrenie, endoskopia horného GITu bez patológie, suponovaný syndróm arteria mesenterica superior. Doplnená CT angiografia brušnej aorty, ktorá diagnózu potvrdila. Po konzultácii vyššieho pracoviska (detská chirurgická klinika) odporúčaný konzervatívny postup. Zavedená nazojejúnálna sonda, pacientka živená enterálnou výživou, postupne aj per os. Aký bol náš manažment a s akými komplikáciami sme sa stretli počas 6-týždňovej hospitalizácie sa dozvieme z našej kazuistiky. Syndróm arteria mesenterica superior (Wilkie syndrom) je zriedkavá a potencionálne život ohrozujúca obštrukcia horného GITu. Ide o obštrukciu duodena, kedy kaudálna tretina duodena je stlačená medzi arteria mesenterica superior a brušnú aortu. Útlakom dochádza k zmenšeniu aortomezenterického uhlu napr. pri strate vnútrobrušného tuku, ktorý pomáha udržiavať duodenum v jeho polohe – ako v našej prezentovanej kazuistike. Momentálne je odporúčaná konzervatívna terapia – postupná niekoľko týždňová realimentácia.

Kľúčové slová: Syndróm arteria mesenterica superior, Wilkie syndróm, obštrukcia gastrointestinálneho traktu, vysoký ileus, enterálna výživa

LIEČBA BRACHYCEFÁLIE KRANIÁLNOU REMODELAČNOU ORTÉZOU – KAZUISTIKA

Hajduková D.₁; **Ďurčáková I.**₁

Centrum ortopedickej protetiky, s.r.o., Košice

Abstrakt:

Brachycefália patrí medzi najčastejšie polohové deformity lebky v dojčenskom období. Vzniká najmä v súvislosti s dlhodobým polohovaním dieťaťa v jednej polohe počas fázy rýchleho rastu lebky v prvých mesiacoch života. Kostí malých detí sú v prvých mesiacoch života mimoriadne mäkké a poddajné, čo je nevyhnutné pre rýchly rast mozgu. Táto prirodzená vlastnosť však zároveň znamená, že lebka je veľmi citlivá na akýkoľvek dlhodobý vonkajší tlak. Ak bábätko trávi väčšinu času v jednej statickej polohe na pevnom povrchu, kosti sa pod váhou vlastnej hlavičky začnú postupne prispôbovať podložke a hlava stráca svoj prirodzený, zaoblený tvar. V klinickej praxi býva tento typ deformity často považovaný za prevažne estetickú odchýlku, pri ktorej sa očakáva spontánna úprava tvaru hlavy v priebehu ďalšieho vývoja dieťaťa. Z tohto dôvodu sa v mnohých prípadoch volí konzervatívny postup, ktorý zahŕňa najmä polohovacie opatrenia a čas strávený v polohe na brušku. U časti pacientov však napriek dôslednému dodržiavaniu týchto opatrení pretrváva výrazná zmena tvaru lebky aj po období, v ktorom sa predpokladá najvyšší potenciál spontánnej korekcie.

Kazuistika opisuje prípad pacienta s brachycefáliou, u ktorého konzervatívny prístup nevedol k dostatočnej úprave tvaru lebky. Pacient je vyšetrený v dojčenskom období pre pretrvávajúcu deformitu tvaru lebky, ktorú rodičia pozorujú už od skorých mesiacov života a ktorá sa postupne stáva zreteľnejšou. Anamnéza nepreukazuje závažné perinatálne komplikácie, gravidita aj pôrod prebiehajú fyziologicky a dieťa nevyžaduje špeciálnu neonatologickú starostlivosť. V osobnej anamnéze sa nevyskytujú závažné ochorenia ani úrazy. Psychomotorický vývoj dieťaťa zodpovedá veku a vývinové míľniky sú dosahované primerane. Napriek realizovaným polohovacím opatreniam pretrvávajú klinicky zreteľná deformita tvaru lebky. Fyzikálne vyšetrenie potvrdzuje symetrické sploštenie okcipitálnej oblasti so skrátením anteroposteriórneho rozmeru lebky, pričom laterálne rozmery zostávajú zachované a bez známk asymetrie. Neurologické vyšetrenie je v norme a nepreukazuje odchýlky v oblasti svalového tonusu, reflexov ani celkového neurologického vývoja. Objektívne hodnotenie tvaru lebky pomocou presného merania potvrdzuje zvýšený kraniálny index presahujúci fyziologické hodnoty pre daný vek. Doplnkové klinické a prístrojové vyšetrenia vylučujú prítomnosť kraniosynostózy a iných štrukturálnych abnormalít lebky. Na základe veku pacienta, stupňa deformity, pretrvávania klinického nálezu v čase a absencie zlepšenia po konzervatívnej liečbe, je indikovaná liečba kraniálnou remodelačnou ortézou. Liečba prebieha bez komplikácií, bez vzniku kožných lézií a je dobre tolerovaná počas celého obdobia nosenia ortézy. Po jej ukončení dochádza k postupnej a objektívne merateľnej úprave tvaru lebky, ktorá sa prejavuje znížením kraniálneho indexu, harmonizáciou proporcií hlavy a stabilizáciou dosiahnutej korekcie v ďalšom sledovaní. Kazuistika poukazuje na význam včasnej identifikácie pacientov s nízkou pravdepodobnosťou spontánnej korekcie.

Kľúčové slová: Kraniálna remodelačná ortéza, Kraniálny index, Polohová deformita lebky, Brachycefália, Rané detstvo

MAMÍ, STAČÍ MI LEN MASÁŽ... (KONZERVATÍVNY MANAŽMENT DAKRYOCYSTITÍDY U NOVORODENCOV: KEĎ MENEJ ZNAMENÁ VIAC)

Ďurošková Z.¹; Krcho P.¹

Neonatologické oddelenie, UNLP Košice

Abstrakt:

Úvod: Nepriechodnosť slzných ciest sa vyskytuje u 8-10 % novorodencov. Jej príčinou je v 90 % anomália slzného kanálíka spôsobená perzistenciou membrány na distálnom konci ductus nasolacimalis (zúženie, menej často atrézia). Táto nepriechodnosť sa môže u novorodenca komplikovať zápalom slzného vaku – dakryocystitídou. Klinicky sa prejavuje jednostrannou epiforou a mukopurulentnou sekréciou pri minimálnej konjunktiválnej hyperémii. Diagnostika je založená na klinickom obraze, anamnéze a veku dieťaťa. Terapia spočíva v konzervatívnom prístupe, ktorou je opakovaná masáž oblasti slzného vaku. V prípade zápalu je potrebné aplikovať indiferentné očné kvapky alebo lokálne antibiotiká, odporúčaná je adekvátne hygiena nosovej dutiny. Napriek častému výskytu tejto anomálie, v klinickej praxi pretrvávajú tendencie k nadmernému používaniu lokálnych antibiotík a k predčasným invazívnym intervenciám.

Cieľ: Zhodnotiť účinnosť konzervatívneho prístupu založeného na masáži slzného vaku a prípadnej aplikácii lokálnej antibiotickej terapie, ako liečebnej stratégie u novorodenca s dakryocystitídou.

Kazuistika: Donosený eutrofický novorodenec z I. fyziologickej gravidity, narodený spontánne záhlavím v 39. g.t. s pôrodnou hmotnosťou 3510g a s Apgarovej skóre 8/9/10. Od narodenia bola u dieťaťa prítomná pravostranná dakryokéla, ktorá sa postupne komplikovala rozvojom dakryocystitídy. Od 2. dňa života bola vzhľadom k purulentnej sekrécii ordinovaná lokálna antibiotická liečba. Lokálne sa ale nález postupne zhoršoval, dieťa bolo opakovane vyšetrené oftalmológom, ktorý vzhľadom k progresii indikoval lokálne ošetrovanie v celkovej anestézii. Pred daným výkonom bola lokálna antibiotická liečba upravená podľa výsledku kultivačného nálezu, zintenzívnená bola masáž slzných kanálikov. Na danej konzervatívnej terapii sa stav upravuje, chirurgická intervencia nie je potrebná. Pred prepustením bola realizovaná sondáž a preplach slzných kanálikov, ktoré sú priechodné. Dieťa bolo prepustené v stabilizovanom stave, je dispenzarizované v oftalmologickej ambulancii.

Výsledky: Väčšina publikovaných dát potvrdzuje spontánnu regresiu príznakov u 80–90 % detí počas prvého roku života pri správne vykonávanej masáži slzného vaku a základnej hygiene oka. Antibiotická terapia neovplyvňuje priechodnosť slzného systému a je indikovaná len pri jasných známkach akútnej infekcie. Chirurgická intervencia je vyhradená len pre minimálnu časť pacientov s perzistujúcou obštrukciou.

Záver: Konzervatívny prístup predstavuje bezpečnú, efektívnu a dostatočnú liečebnú stratégiu u väčšiny novorodencov s dakryocystitídou na podklade nepriechodnosti slzného kanálika. Nadmerná farmakoterapia a predčasné invazívne výkony nevedú k lepším výsledkom a môžu zvyšovať riziko komplikácií. V tomto klinickom kontexte platí princíp „menej je viac“.

Literatúra:

1. Bryndzová M. a kol.: Nepriechodnosť slzných ciest u detí: Štandardný diagnostický a terapeutický postup (SDTP č. 306). MZ SR. 15. Nov 2023, 12s.
2. Laila K., Khan G., Sarker I., Sattar S.: Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction – An Updated Review. Int. J Ophthalmol Vis Sci. 2018, 3, p. 12 - 16. doi:10.11648/j.ijovs.20180301.13
3. Odehnal M., Malec J.: Vrozná neprúchodnosť slzných ciest. In: Černý M., a kolektiv: Atlas novorozeneckých patológií. Maxdorf Jessenius. Praha 2024, s. 323 – 324.
4. Vagge A, et al.: Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction (CNLDO): A Review. Diseases. 2018 Oct 22;6(4):96. doi: 10.3390/diseases6040096.

Kľúčové slová: nepriechodnosť slzného kanálika, novorodenec, dakryocystitída, masáž slzného vaku, sondáž slzných ciest

STRIDOR JE KLINICKÝ SYMPTÓM NIE DIAGNÓZA

Dzivá M.¹; Olejník PhD. **D.**²; Jovankovičová PhD. **M.**³

FNsP J.A.Reimana Prešov

Detské Kardiocentrum Bratislava

NÚDCH Bratislava

Abstrakt:

Úvod: Stridor je klinický symptóm ktorého etiológia je veľmi rôznorodá. Príčinou vzniku stridoru je zúženie lúmenu dýchacích ciest. Je častým klinickým príznakom ochorenia dýchacích ciest u detí. Stridor môže byť akútny alebo chronický. Pri diagnostike okrem typického stridoru je potrebné všimnúť si aj ďalšie príznaky: ťažkosti s kŕmením, poruchy prehltania, dysfónia až afónia, prítomnosť gastroezofageálneho refluxu... U detí do 3 rokov je v 85% prípadov príčina stridoru kongenitálna.

Metodika a výsledky: Cieľom kazuistiky je prezentovať diagnostický a terapeutický postup u 2 mesačného dieťaťa prijatého do rajónnej nemocnice pre stav omodrania spojený s trasom celého tela. Dieťa pochádza z prvej gravidity, po IVF s nekomplikovaným perinatálnym obdobím. Prenatálne aj postnatálne je v dokumentácii údaj o asymptomatickom pravostrannom aortálnom oblúku. Počas hospitalizácie je dieťa saturačne stabilné, bez porúch prehltania. Predhospitalizačne bolo obvodným lekárom liečené pre zahlienenie mukolytikami. Intermitentný ľahký inspiračný stridor počutelný počas hospitalizácie bol hodnotený ako súčasť akútneho ochorenia. Vzhľadom na anamnézu pravostranného oblúka aorty bolo pred prepustením do domácej starostlivosti realizované kardiologické vyšetrenie. Počas vyšetrenia v polohe na chrbte so zákonom hlavy, došlo k náhlemu zhoršeniu klinického stavu dieťaťa. Objavil sa inspiračno-exspiračný stridor s progresiou do respiračnej tiesne. Úprava polohy dieťaťa viedla k ústupu klinických ťažkostí. Detailná echokardiografická diagnostika však zobrazila nielen v dokumentácii opisovaný pravostranný aortálny oblúk, ale dvojité oblúky aorty. Bol prítomný dominantný R-AoA a užší L-AoA. Cievny odstupovali z oboch oblúkov symetricky. Z každého oblúka odstupovala samostatne a. carotis a a. subclavia. Následne computerová tomografia (CT), ako zlatý diagnostický štandard, zobrazila závažnú kompresiu trachey dvojitým oblúkom aorty na 80% lúmenu. Na identifikáciu stupňa, lokalizácie a rozsahu obštrukcie dýchacích ciest bola vykonaná flexibilná bronchoskopia už na špecializovanom pracovisku. Počas bronchoskopie bola viditeľná pulzácia v stene trachey. Kardiochirurgická intervencia u nášho pacienta uvoľnila závažnú kompresiu dýchacích ciest. Prognóza chirurgicky liečených pacientov je priaznivá. Viac ako dve tretiny z nich sú po operácii bez klinických ťažkostí. Nevyhnutná je však včasná diagnostika a liečba, ktorá minimalizuje trvalé poškodenie dýchacích ciest. Aj v našom prípade dochádza postupne k vymiznutiu klinických príznakov. Pri neskorej diagnostike pretrváva aj pooperačne vysoké riziko tracheomalácie a dychových ťažkostí.

Záver: Väčšina vaskulárnych ringov je asymptomatických počas celého života. V prípade kompletných cievnych prstencov ktoré komprimujú tracheu a ezofágus sú tieto anomálie symptomatické a prejavia sa často do 1 roku života. V týchto symptomatických prípadoch je nevyhnutná chirurgická intervencia. Podozrenie na túto cievnu anomáliu vzbudzujú dojčatá s prolongovanými a recidivujúcimi respiračnými ťažkosťami, perzistujúcim stridorom, bronchiálnou obštrukciou, tachypnoe a dráždivým kašľom, ktoré nemajú iné vysvetlenie. Zo strany tráviaceho traktu sú podozrivé ťažkosti s prehltaním a vracaním potravy. Mierne príznaky môžu viesť k neskoršiemu záchytu ochorenia. Incidencia dvojitého aortálneho oblúka je vo všeobecnosti neznáma, literárne údaje uvádzajú 0,1- 0,3% v populácii. Malá klinická skúsenosť je jedným z dôvodov prečo sa na túto diagnózu v praxi myslí zriedkavo. Podrobná anamnéza a kvalitné fyzikálne vyšetrenie dokážu vyselektovať skupinu rizikových pacientov.

Kľúčové slová: Stridor, Vaskulárny ring, Dvojité oblúky aorty, Dekompresia, Tracheomalácia

IDIOPATICKÁ MULTIORGÁNOVÁ TUKOVÁ EMBÓLIA U 10-ROČNÉHO CHLAPCA S LAMA2 MUSKULÁRNOU DYSTROFIOU

Farkaš D.₁; Némethová A.₂; Ginelliová A.₁; Farkašová Iannaccone S.₃

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Košice

Detská fakultná nemocnica, Trieda SNP č. 1, Košice

Ústav súdneho lekárstva UPJŠ LF, Trieda SNP č. 1, Košice

Abstrakt:

Autori prezentujú prípad 10-ročného kachektického chlapca (120 cm, 20 kg, BMI 13,9) z prvej fyziologickej gravidity, ktorý sa narodil v 29. gestačnom týždni sekciou pre eklampsiu matky. V skorom detskom období bol opakovane hospitalizovaný pre spastickú tetraplegickú detskú mozgovú obrnu a klinicky rozvinutú svalovú dystrofiu, ktorá bola geneticky diagnostikovaná vo veku piatich rokov (zložený heterozygot pre vrodenú svalovú dystrofiu s deficitom proteínu LAMA2 /LAMA2-RD, MDC1A alebo merozín-deficientná kongenitálna svalová dystrofia). Počas života nebola diagnostikovaná epilepsia, prejavy akéhokoľvek srdcového postihnutia, avšak pacient kardiologicky sledovaný nebol, neutrpel žiadne závažnejšie poranenia. Týždeň pred poslednou hospitalizáciou bol antibiotikami liečený pre respiračný infek. Deň pred úmrtím vracal, bol nervózny, následne počas rehabilitačného cvičenia náhle odpadol (bez zjavných pomliaždení, krvných výronov, zlomenín). Pri prijatí do spádovej a následne do detskej fakultnej nemocnice mal poruchu vedomia (GCS 7-11) s CT nálezom supratentoriálnych nepravidelných hypodenzných areálov, tachykardiu so zvýšenými kardiošpecifickými enzýmami, parciálnu respiračnú insuficienciu, na CT pľúc bilaterálne opacity charakteru mliečneho skla. Vyžadoval umelú pľúcnu ventiláciu a vazopresorickú liečbu v stropových dávkach. Po 12 hodinách hospitalizácie pod obrazom cirkulačného zlyhania exitoval. Pitvou s histologickým vyšetrením bol zistený obraz multiorgánovej tukovej embólie (pľúca, obličky, srdce, mozog). Bezprostrednou príčinou smrti bolo akútne zlyhanie srdca pri geneticky podmienenom svalovom ochorení so závažnou idiopatickou multiorgánovou tukovou embóliou. Napriek klinicky diagnostikovanej respiračnej insuficiencii s opakovaným apnoe, somnolenciou, tachykardiou a dehydratáciou pri neprítomnosti kožných eflorescencií, nebolo možné jednoznačne klinicky stanoviť FES (fat embolism syndrome - syndróm tukovej embólie), ktoré bolo histologicky diagnostikované až po smrti ako multiorgánová tuková embólia. Aj napriek lepšej diagnostike a terapii ostáva mortalita na FES vysoká. V danom prípade nie je možné jednoznačne vylúčiť to, že spúšťačom tukovej embólie bol zápal pľúc a minimálna trauma bez zjavných poranení

Kľúčové slová: Kongenitálne svalové dystrofie, LAMA2, Nešpecifikované dysrytmie, Syndróm tukovej embólie, Idiopatická multiorgánová tuková embólia

KOLKOKRÁT EŠTE? DIAGNOSTICKÉ DÉJÀ VU

Fekula J.₁; Kováčová A.₁

Pediatrická klinika, Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

Abstrakt:

V kazuistike prezentujeme prípad 6 ročného dievčaťa, ktoré bolo hospitalizované s anamnézou asi 8 hodín trvajúcich bolestí brucha. Niekoľko dní pokašliavalo, diétu chybu nespravilo, nevracalo, hnačku nemalo. Pri prijatí dominovali bolesti v epigastriu. V laboratórnych výsledkoch bola signifikantne zvýšená aktivita pankreatickej amylázy. Po infúznej liečbe a prísnych diétnych opatreniach sa stav promptne upravoval. Po prepustení bolo dieťa vyšetrené v gastroenterologickej ambulancii, kontrolné výsledky vrátane pankreatickej elastázy boli v norme. Po 8 mesiacoch bolo dieťa opäť prijaté pre bolesti brucha v epigastriu, po liečbe a prísnej diéte sa stav opäť rýchlo upravil. Gastroenterológ plánoval MRCP vyšetrenie, ale pred kontrolou bolo po mesiaci dieťa prijaté pre tretí atak pankreatitídy. Po úprave stavu bolo vykonané MRCP vyšetrenie s nálezom kongenitálnych zmien pankreatických vývodov. U dieťaťa bolo indikované ERCP vyšetrenie na zabezpečenie drenáže pankreatických vývodov, aby sa predišlo ďalším atakom akútnej pankreatitídy. Dieťa bolo dvakrát endoskopicky vyšetrené na pracovisku v Prahe, ERCP sa nepodarilo. Celkovo prekonalo v priebehu dvoch rokov 9 atakov akútnej pankreatitídy. U dieťaťa bolo indikované operačné riešenie, parciálna resekcia kaudy pankreasu a pankreatojejunostómia. Dieťa je toho času stabilizované, bez subjektívnych ťažkostí.

Akútna pankreatitída u detí sa líši v etiológii, klinickom prejave a progresii ochorenia v porovnaní s dospelými. Vyžaduje si špecifický prístup. Základné príčiny a rizikové faktory u detí sú variabilnejšie než u dospelých. U detí prevládajú najmä genetické faktory, faktory súvisiace s liekmi, infekcie, traumy, vrodené anatomické variácie, žľčové kamene a systémové ochorenia. Prvá epizóda pankreatitídy si vyžaduje starostlivé sledovanie kvôli možnosti vzniku komplikácií.

Kľúčové slová: pankreas, amyláza, akútna pankreatitída, ERCP, MRCP

SKOLIÓZA - NAJNOVŠIE TECHNOLOGIE A POSTUPY, KAZUISTIKA

Fialka Ľ.¹; Hajduková D.¹

Centrum ortopedickej protetiky spol. s r.o. Košice

Abstrakt:

Skolióza predstavuje jednu z najčastejších ortopedických diagnóz u detí a adolescentov a je definovaná ako trojrozmerná deformita chrbtice s potenciálom progresie počas rastu. Cieľom tejto práce je prezentovať najnovšie technologické postupy v konzervatívnej liečbe skoliózy so zameraním na využitie digitálnych technológií pri návrhu a výrobe trupových ortéz a zdieľať klinické skúsenosti autorov formou kazuistiky.

Kľúčovým prvkom moderného prístupu je kombinácia 3D skenovania povrchu trupu a röntgenologického vyšetrenia, ktoré umožňujú vytvorenie presného 3D digitálneho modelu pacienta. Tento model slúži ako základ pre individuálne modelovanie korekčných tlakových zón a následnú výrobu personalizovanej trupovej ortézy, vrátane využitia 3D tlače. Práca sa venuje aj odporúčaniam týkajúcim sa dĺžky nosenia korzetu v závislosti od stupňa skoliózy a rastovej fázy pacienta.

Súčasťou prezentácie je kazuistika pacientky so skoliózou typu S, dokumentujúca vývoj zakrivenia chrbtice v časovom horizonte troch rokov vrátane hodnotenia efektu korzetovej liečby. Výsledky

poukazujú na význam individualizovaného prístupu, pravidelného sledovania a úprav ortézy s cieľom maximalizovať terapeutický efekt a minimalizovať progresiu deformity.

Kľúčové slová: Skolióza, 3D tlač, technologické postupy, liečba, efektívnosť

ZLOČIN V LIKVORE

Gojdič M.₁; **Poliaková M.**₁; **Kavecká L.**₁

Detské oddelenie Kliniky infektológie a geografickej medicíny UN Bratislava

Abstrakt:

Úvod: Eozinofilná meningitída predstavuje raritnú, ale klinicky významnú jednotku v pediatrii. Najčastejšie je asociovaná s helmintovými infekciami, pričom etiologická verifikácia býva komplikovaná a často zostáva nepriamym záverom založeným na epidemiológii, klinike a likvorologickom náleze.

Kazuistika: Prezentujeme prípad 4-ročného neočkovaného chlapca bez významnej osobnej anamnézy, po návrate z farmy na ostrove La Palma (Kanárske ostrovy), kde bol v kontakte s hospodárskymi zvieratami a potenciálnymi rezervoármi zoonóz. Niekoľko dní po návrate sa rozvinula cefalea, únava, apatia, svetloplachosť a subfebrilita. Pri prijatí dominoval meningálny syndróm bez ložiskovej neurologickej symptomatiky.

Likvorologické vyšetrenie preukázalo pleocytózu s výrazným zastúpením eozinofilov a miernu hyperproteinorachiu. MR mozgu bolo bez expanzívneho procesu, s diskretnými leptomeningeálnymi zmenami bez typických hlbokých nekrotických lézií. Rozsiahla diferenciálno-diagnostická práca zahŕňala vírusové, bakteriálne, autoimunitné a onkohematologické príčiny; sérologické a PCR vyšetrenia nepreukázali jednoznačný etiologický agens.

Na základe epidemiológie, typu expozície, likvorového obrazu a klinického priebehu bola ako najpravdepodobnejšia príčina zvažovaná helmintová etiológia, najmä *Angiostrongylus cantonensis*. Liečba kortikoidmi v kombinácii s albendazolom viedla ku klinickému zlepšeniu.

Diskusia: Kazuistika poukazuje na náročnosť diagnostiky eozinofilnej meningitídy v situáciách, keď chýba priamy molekulárny dôkaz patogéna. Rozhodujúcu úlohu zohráva kombinácia epidemiologickej analýzy, charakteru expozície, likvorového nálezu, zobrazovacích metód a systematického vylučovania alternatívnych príčin.

Záver: Eozinofilná meningitída v pediatrii predstavuje diagnostickú výzvu, kde je často potrebné pracovať s najpravdepodobnejším scenárom bez definitívneho dôkazu. Včasný rozpoznanie a adekvátna liečba môžu zásadne ovplyvniť klinický priebeh.

Kľúčové slová: eozinofilná meningitída, *Angiostrongylus cantonensis*, likvor, Kanárske ostrovy, larva migrans

TMA SO SVETLOM NA KONCI

Háberová N.₁; **Lysinová M.**₂; **Gregová E.**₃; **Okál'ová K.**₂; **Králinský K.**₂

DFNsP Banská Bystrica

II. DK SZU DFNsP Banská Bystrica

Skriningové centrum DFNsP Banská Bystrica

Abstrakt:

11-mesačné dieťa, narodené extra muros, bez realizovania skriningových vyšetrení, doposiaľ plne exkluzívne dojčené materským mliekom matky vegánky, bez zavedenia nemliečnych príkrmov. Anamnesticky od 10. mesiaca veku rodičia pozorujú žlté zafarbenie kože a sklér, únavu, nižší per os príjem, zhruba od 6. mesiaca veku pozoruje matka stagnáciu psychomotorického vývoja.

Pri prijatí je dieťa ikterické, má dolichocefáliu, psychomotorický vývoj je oneskorený (dieťa sa pretáča na bruško, robí 1. vzpriamenie), je hypotonické, predráždené, postonkáva. V hemograme pri prijatí je obraz pancytopenie s makrocytovou hyperchrómnou anémiou ťažkého stupňa s Hgb 54 mg/l a MCV 103 fl, v koagulograme je deficit fibrinogénu (0,85g/l) ako aj antitrombínu (71,8%), predĺžený protrombínový čas, priamy aj nepriamy Coombsov test je negatívny, v biochemických odberoch je prítomná nekonjugovaná hyperbilirubinémia, elevovaná laktátdehydrogenáza, spotrebovaný haptoglobín, ťažká nemerateľná hypovitaminóza B 12. Profil aktivácie komplementu (ADAMTS 13) vylučuje trombotickú trombocytopenickú purpuru. V selektívnom skríningu zo SKK je hlásená zvýšená hladina C3 acylkarnitínu (susp. metylmalónová alebo propionová acidúria), následné vyšetrenie organických kyselín v moči so záchytnom mierne zvýšenej hladiny kyseliny metylamlonovej svedčí s najväčšou pravdepodobnosťou pre deficit vitamínu B12. V periférnom nátere sú schistocyty 90/10 zorných polí, čo svedčí o hemolýze. Realizujeme punkciu kostnej drene s vylúčením akútnej hemoblastózy.

Stav uzatvárame ako sekundárna TMA (trombotická mikroangiopatia) v.s. pri deficite vitamínu B 12 (pseudo-TMA).

Úvodne je podaná ožiarená deleukotizovaná erymasa, po ktorej sledujeme opätovnú skorú anemizáciu a prehĺbenie trombocytopenie. Zahajujeme liečbu vitamínom B 12, pacienta hydratujeme za sledovania bilancií a tlakov, ktoré sú vyrovnané, podávame nízkomolekulový heparín v profylaktickej dávke, vzhľadom na deficit protrombínu substituujeme vitamín K. Na liečbe, sledujeme postupnú úpravu hemogramu, ako odznievanie známk hemolýzy (úprava haptoglobínu, LD, Bilirubínu, retikulocytov, schistocytov) do normy, znižovanie stredného objemu erytrocytov, klinické zlepšenie - dieťa je čulejšie, silnejšie, psycho-motoricky viac napreduje. Pri stúpajúcom trende hladiny vitamínu B12 pozorujeme úpravu hladiny C3 acylkarnitínu v selektívnom skríningu (v SKK).

Započínáme nemliečne príkrmy, spočiatku je kŕmenie problematické (dieťa drží sústo v ústach, neprehĺta, nevykonáva laterálne pohyby jazyka, nemá výbavný žuvací reflex, nedolieha perno-perný uzáver), vzhľadom na čo započínáme intenzívnu orofaciálnu stimuláciu ako aj nácvik stimulačných techník cestou klinického logopéda a fyzioterapeuta, s dobrým efektom.

Vzhľadom na príčinu závažného stavu dieťaťa a prameniáciu primárne v zanedbaní starostlivosti o zverenú osobu zo strany rodičov (prvá prehliadka novorodenca až v 1. mesiaci od narodenia, sporadické návštevy pediatrickej poradne, odmietnutie skriningov u PLDD) je započaté sociálne prešetrenie.

Po mesiaci od prepustenia z hospitalizácie dieťa prospieva, pribralo 2 kg, konzumuje naďalej materské mlieko matky vegánky, ktorá ale taktiež užíva vitamín B12, nemliečne príkrmy vrátane mäsových, psycho-motoricky napreduje – začal pivotovať, pasie koničky, vydrží v sede, dáva sa štyri, péroje. Hemogram je intaktný, vitamín B 12 je v referenčných hodnotách.

Kľúčové slová: trombotická mikroangiopatia, vegánstvo, dojčenie, deficit vitamínu B 12, skríning

TRI PRÍBEHY JEDNÉHO GÉNU – HNF1B-ASOCIOVANÉ OCHORENIA U DETÍ

Halačová N.₁; Brndiarová M.₁; Kvaššayová J.₁; Jeseňák M.₁

Klinika detí a dorastu JLF UK a UN Martin

Abstrakt:

Mikrodelečný syndróm 17q12 je geneticky podmienené ochorenie spôsobené heterozygotnou rekurentnou mikrodélciou v oblasti dlhého ramena chromozómu 17 (17q12). Delécia zasahuje viaceré gény vrátane najlepšie preskúmaného génu HNF1B (hepatocyte nuclear factor 1 β), ktorý kóduje transkripčný faktor zásadný pre embryonálny vývin urogenitálneho traktu a je asociovaný s MODY typu 5 (HNF1B-MODY). Patogénne varianty génu HNF1B sú spojené so širokým spektrom renálnych a extrarenálnych prejavov vrátane vývojových anomálií urogenitálneho traktu. Syndróm renálnych cýst a diabetu (RCAD) predstavuje jednu z najčastejších klinických foriem HNF1B-asociovaného ochorenia. Renálny fenotyp je značne variabilný a abnormality môžu byť v niektorých prípadoch detegovateľné už v prenatálnom období. Pri 17q12 mikrodélcii sa v dôsledku haploinsuficiencie susediacich génov môže klinický obraz s pribúdajúcim vekom rozšíriť o neurovývojové poruchy, najčastejšie oneskorený vývin reči, poruchy autistického spektra a kognitívny deficit.

Autori prezentujú tri kazuistiky pacientov s geneticky verifikovanou patológiou v oblasti génu HNF1B. Dvojročná pacientka s prenatálne diagnostikovanou mikrodélciou 17q12 vykazuje obojstrannú mikrocystickú prestavbu renálneho parenchýmu, oneskorený psychomotorický vývin a epileptické záchvaty. Sedemročné dieťa s mikrodelečným syndrómom 17q12 má nález hyperechogénnych hypoplastických obličiek, poruchu autistického spektra a epilepsiu. Sedemnásťročná pacientka nesie heterozygotný patogénny variant génu HNF1B s klinickým RCAD fenotypom komplikovaným vrodenými malformáciami genitálu, hypomagneziémiou a chronickým ochorením obličiek.

Kľúčové slová: Mikrodelečný syndróm 17q12, Patogénny variant HNF1B, RCAD syndróm, CAKUT, Genotypovo-fenotypová variabilita

O MOTÝĽOVI, KTORÝ SKRÝVAL SVOJE FAREBNÉ KRÍDLA

Harbutová K.₁; Slaný J.₁; Ondrušová A.₁

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt:

12-ročné dievča približne 2 mesiace pociťuje bolesti oboch kolien, zvýšenej únavy a nechutenstva, rodičia si všimli pokles hmotnosti približne o 5 kg a asi mesiac sú prítomné subfebrility. Pacientka opakovane vyšetovaná, kde v laboratórnych parametroch bola prítomná anémia ľahkého stupňa, mierne zvýšené transaminázy, CRP nezvýšené, elevácia ASLO aj reumatoidného faktora a hranične zvýšený ferritín. Hormóny štítnej žľazy, transglutamináza, vyšetrenia na H. pylori a stolica na parazity boli negatívne. Aj napriek substitúcii železa sa laboratórne výsledky ani ťažkosti pacientky nezlepšili. Pre eleváciu transamináz bola pridaná hepatoprotektíva a deň na to sa u pacientky objavil opuch oboch zápästí. Preto boli nasadené antihistaminiká, avšak bez zlepšenia opuchu. Následne bola pacientka za účelom doriešenia klinického stavu odoslaná na hospitalizáciu.

V objektívnom náleze pri prijatí dominovali pripuchnuté zápästia bez zateplenia, bez začervenania, bez bolestivosti pri pasívnom či aktívnom pohybe, kolená boli pohmatovo teplejšie, palpačne bolestivé, inak bez začervenania a bez opuchu. Pre vylúčenie traumatickej príčiny ťažkostí bol doplnený RTG kolien a zápästí a ortopedické vyšetrenie, ktoré boli v norme. V úvode hospitalizácie boli do liečby indikované NSAID, po ktorých bolesti kĺbov promptne ustúpili, čo nasvedčovalo zápalovej etiológii ťažkostí. USG kolien a zápästí preukázalo symetrickú synovitídu kolenných kĺbov a tekuté kolekcie v púzde šliach zápästí, čo svedčalo skôr artritídu autoimunitného pôvodu. Vzhľadom na anamnézu, klinický priebeh a výsledky vyšetrení bola pacientka za účelom dovyšetrenia možnej reumatologickej príčiny ťažkostí odoslaná do NÚRCH, kde sa diagnostikoval systémový lupus erythematosus.

Kľúčové slová: Infekčná artritída, Reaktívna artritída, Autoimunitná artritída, Autoimunitné ochorenia, Lupus erythematosus

INJEKCIA Z INSTAGRAMU

Hasselová M.¹; Slaný J.¹; Ondrušová A.¹

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave, Klinika pediatrie, Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt:

17-ročná pacientka bola odoslaná na hospitalizáciu na Pediatrickú kliniku Fakultnej nemocnice Trnava pre rozvoj nauzey, opakovaného vomitu a zníženého perorálneho príjmu potom, čo si sama subkutánne aplikovala Ozempic, ktorý odkúpila od pacienta liečeného na diabetes mellitus. Po konzultácii celkového stavu pacientky spolu s výsledkami laboratórnych vyšetrení s Národným toxikologickým informačným centrom boli ťažkosti vyhodnotené ako iba nežiadúci účinok podanej látky s odporúčaním symptomatickej terapie. Pacientku sme pre mierne známky dehydratácie parenterálne rehydratovali a postupne sme obnovovali per os príjem. Po stabilizácii klinického stavu bola pacientka na tretí deň hospitalizácie prepustená do domácej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Hoci v našom prípade došlo k rýchlej úprave zdravotného stavu pacientky bez trvalých následkov, kazuistika poukazuje na možné riziká užívania tohto lieku mimo jasne stanovenej indikácie (diabetes mellitus 2.) a bez adekvátneho lekárskeho dohľadu. Ozempic (účinná látka semaglutid) bol pôvodne vyvinutý na liečbu cukrovky 2. typu, no v posledných rokoch rýchlo získal celosvetovú popularitu aj ako prostriedok na redukciiu hmotnosti. Semaglutid je liečivo zo skupiny agonistov GLP-1 receptorov, ktoré reguluje hladinu cukru v krvi, znižuje chuť do jedla, spomaľuje vyprázdňovanie žalúdka a podporuje pocit sýtosti, čo vedie k výraznému úbytku hmotnosti. To, čo malo pôvodne slúžiť ako pomoc pri liečbe ochorenia sa v súčasnosti začína vnímať ako „rýchla“ cesta k vysnívanej postave, a to nie len u dospelých (naša pacientka mala BMI: 25,1). Sociálne siete vytvárajú silný tlak na vzhľad a ideál štíhleho tela. Čoraz viacej celebrit a influencerov otvorene hovorí o „zázračných“ účinkoch Ozempicu. Obdobie adolescencie je veľmi citlivé a telesné zmeny a porovnávanie sa často až s nereálnymi ideálmi krásy môže viesť k extrémnym rozhodnutiam. Dospievajúci často hľadajú okamžité a pohodlné riešenia, preto injekcia raz za týždeň pôsobí ako pohodlnejšia alternatíva. No každý takýto zásah do tela so sebou nesie svoje riziká.

Sme ako spoločnosť pripravení niesť dôsledky toho, že tlak na dokonalý vzhľad začína prevažovať nad skutočnou hodnotou zdravia ?

Kľúčové slová: ozempic, lieky na chudnutie, obezita, adolescencia, sociálne siete

KRANIOFACIÁLNE ANOMÁLIE A DISTRAKČNÁ OSTEOPENÉZA

Hocková B.¹; **Stebel A.**¹; **Slávik R.**¹

Klinika maxilofaciálnej chirurgie SZU a FNŠP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

Abstrakt:

Kraniofaciálne anomálie patria medzi zriedkavejšie, no klinicky mimoriadne náročné vrodené ochorenia detského veku. Neovplyvňujú len vzhľad tváre, ale často zasahujú do základných životných funkcií – dýchania, prehltnutia, príjmu potravy či správneho vývinu reči. V najzávažnejších prípadoch sa problém manifestuje bezprostredne po narodení respiračnou insuficienciou alebo poruchou príjmu potravy, čo si vyžaduje okamžité a koordinované rozhodovanie viacerých odborností.

Spektrum kraniofaciálnych anomálií je široké a klinický obraz veľmi variabilný – od miernych morfológických odchýlok až po komplexné syndrómové postihnutia s výrazným funkčným dopadom. Každý pacient predstavuje individuálnu diagnostickú aj terapeutickú výzvu. Manažment týchto detí preto presahuje rámec jedného odboru a vyžaduje systematický, dlhodobý plánovaný prístup so zohľadnením rastu a vývinu dieťaťa.

Prednáška sa zameria na chirurgické možnosti riešenia vybraných kraniofaciálnych deformít v detskom veku na podklade konkrétnej kazuistiky z klinickej praxe. Priblíži proces klinického rozhodovania od stanovenia diagnózy, cez indikáciu chirurgickej intervencie až po pooperačný manažment a sledovanie pacienta. Dôraz bude kladený na praktické aspekty starostlivosti, načasovanie zákroku a vyváženie rizík a benefitov u pediatrického pacienta.

Osobitná pozornosť bude venovaná organizácii starostlivosti a medziodborovej spolupráci.

Úspešná liečba detí s kraniofaciálnymi anomáliami je podmienená úzkou koordináciou pediatra, neonatológa alebo intenzivistu, maxilofaciálneho chirurga, anesteziológa, plastického chirurga, ORL špecialistu, rádiológa, logopéda a ďalších odborníkov. Rovnako dôležitou súčasťou procesu je komunikácia s rodinou dieťaťa, edukácia a dlhodobé sledovanie vývoja.

Hlavným cieľom prezentácie je poukázať na význam multidisciplinárneho tímu pri komplexnej starostlivosti o deti s kraniofaciálnymi anomáliami a zdôrazniť potrebu systematizácie tejto starostlivosti v podmienkach špecializovaného centra. Včasná identifikácia problému, správne načasovaná intervencia a koordinovaná spolupráca odborností môžu zásadne ovplyvniť kvalitu života pacienta a jeho ďalší vývin.

Kľúčové slová: distrakčná osteopenéza, maxilofaciálna chirurgia, vrodené vývojové vady, distrakčná osteopenéza, multidisciplinárny tím

KEĎ VYSOKÝ FERITÍN NEZNAMENÁ PREŤAŽENIE ŽELEZOM: KAZUISTIKA DEDIČNÉHO SYNDRÓMU HYPERFERITINÉMIE A KATARAKTY U DIEŤAŤA

Horváthová M.₁; Sochorcová L.₂; Jakšić D.₃; Hlušičková Kapraľová K.₂; Ludíková B.₄

Ústav biologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci; Hemato-onkologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc, ERN-EuroBloodNet centrum Olomouc

Ústav biologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Dětské oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

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

Abstrakt:

Hereditárny syndróm hyperferitinémie a katarakty (Hereditary Hyperferritinemia-Cataract Syndrome, HHCS) je zriedkavé autozomálne dominantné ochorenie charakterizované trvalo zvýšenou hladinou feritínu v sére a včasným nástupom obojstrannej katarakty, bez prítomnosti systémového preťaženia organizmu železom. Príčinou sú patogénne varianty v 5' neprekladanej oblasti génu pre ľahký reťazec feritínu (FTL), ktoré vedú k deregulácii jeho syntézy a k nadprodukcii L-feritínu nezávislej od zásob železa v organizme. Vzhľadom na raritný výskyt a nešpecifický laboratórny nález býva HHCS často nesprávne interpretovaný ako hereditárna hemochromatóza alebo iný stav spojený s hyperferitinémiou, čo môže viesť k zbytočnej a potenciálne škodlivej liečbe. Nevhodné sú najmä flebotómia a chelácia železa, ktoré môžu spôsobiť deficit železa s následným rozvojom anémie bez ovplyvnenia hladín feritínu. \r\nPrezentujeme kazuistiku 12-ročného dievčaťa, u ktorého bola zistená výrazná hyperferitinémia (1 605 µg/l) náhodne počas vyšetrenia pre recidivujúce bolesti brucha. Laboratórne parametre metabolizmu železa (sérové železo, saturácia transferínu, celková väzbová kapacita pre železo) boli opakovane v norme, bez známok zápalu či hepatopatie. Magnetická rezonancia parenchymatóznych orgánov vylúčila preťaženie železom. Pacientka bola dlhodobo sledovaná na oftalmológii pre prítomnosť bilaterálnej katarakty.\r\nPodrobná rodinná anamnéza odhalila výskyt hyperferitinémie a katarakty u viacerých príbuzných v troch generáciách. Genetické vyšetrenie probandky a vybraných členov rodiny preukázalo heterozygotnú patogénnu variantu v géne FTL, NM_000146.4(FTL): c.-168G>C (rs398124635), čím bola potvrdená diagnóza HHCS. Súbežný nález heterozygotnej varianty v géne asociovanom s hereditárnou hemochromatózou (HFE H63D) u niektorých členov rodiny neovplyvnil hladiny feritínu ani ostatné parametre metabolizmu železa a nemal klinický význam. Tento prípad predstavuje štvrtú doposiaľ publikovanú českú rodinu s HHCS.\r\nKazuistika poukazuje na zásadný význam komplexného klinického hodnotenia, cielenej oftalmologickej anamnézy a genetického testovania u detí s izolovanou hyperferitinémiou. Zvýšené povedomie o HHCS medzi pediatrami, hematológmi a oftalmológmi je kľúčové pre včasnú diagnostiku, prevenciu nesprávnej liečby a adekvátne genetické poradenstvo rodín. Integrácia interdisciplinárnej spolupráce a genetickej diagnostiky do bežnej klinickej praxe môže viesť k skoršiemu rozpoznaníu ochorenia a k optimalizácii starostlivosti o pacientov. Prípad zároveň demonštruje praktický translačný prínos molekulárnej genetiky v každodennej klinickej praxi pediatra.\r\nGrantová podpora: Interní grant Univerzity Palackého (IGA_LF_2025_003).

Kľúčové slová: hyperferitinémia , katarakta, feritín, železo, FTL gén

NA HRANICI MEDZI INFEKCIOU A IMUNITOU: GBS U PREDŠKOLÁKA

Hostovičáková B.¹

NsP Štefana Kukuru, Penta Hospitals Michalovce

Abstrakt:

Guillainov-Barrého syndróm predstavuje závažné, no liečiteľné ochorenie charakterizované postihnutím periférneho nervového systému. Etiopatogenetický proces poškodzujúci nervové štruktúry nie je úplne objasnený. U väčšiny pacientov pred nástupom progresívnej motorickej slabosti predchádza ochorenie gastrointestinálneho traktu alebo horných dýchacích ciest. Na stanovenie správnej diagnózy sa používajú diagnostické kritériá. Základ liečby spočíva v podávaní intravenózných imunoglobulínov a realizácii plazmaferézy, pričom väčšina pacientov na liečbu reaguje priaznivo s úplným uzdravením. Približne v 5 % prípadov však ochorenie končí úmrtím. Kazuistika je zameraná na prípad 4,5-ročného chlapca, ktorý bol prijatý na detské oddelenie pre celkovú slabosť, bolesti hlavy a svalov, poruchy chôdze a svetloplachosť pri prebiehajúcej infekcii horných dýchacích ciest liečenej antibiotikami. Vo vstupných laboratórnych parametroch bola prítomná iba mierne zvýšená zápalová aktivita. Bola vykonaná lumbálna punkcia, ktorou bola neuroinfekcia vylúčená, avšak objektívne bol prítomný meningeálny syndróm.

Napriek podávanej liečbe došlo po piatich dňoch k progresii klinického stavu. Kontrolná lumbálna punkcia preukázala proteocytologickú disociáciu v mozgovomiechovom moku. Neurologickým vyšetrením bola zistená chabá kvadruparéza s postihnutím n. facialis l. dx. a n. abducens l. dx., so suspektným rozvojom bulbárneho syndrómu. Pre podozrenie na akútnu polyradikuloneuritídu bolo dieťa preložené na vyššie pracovisko, kde bola diagnóza potvrdená. Následne bolo realizovaných päť veľkoobjemových plazmaferéz, podané intravenózne imunoglobulíny a empirická antibiotická liečba bola rozšírená o systémové antivirotiká.

Vyšetrenie antineuronálnych protilátok bolo negatívne, s výnimkou protilátok proti CASPR2. V sérologickom vyšetrení bola zistená slabo pozitívna intratekálna imunitná aktivita proti herpetickým vírusom. Stav bol uzatvorený ako akútna polyradikuloneuritída – Guillainov-Barrého syndróm, pravdepodobne herpetickej etiológie. Diagnóza bola potvrdená EMG a MRI vyšetrením. Po liečbe došlo k výraznému zlepšeniu stavu pacienta, pacient bol plne mobilný a kontrolné neurologické vyšetrenie bolo bez zjavnej patológie. V kazuistike zdôrazňujeme význam včasnej diagnostiky a adekvátnej liečby, ktoré zásadne ovplyvňujú prognózu pacienta.

Kľúčové slová: Guillian-Barré syndróm, polyradikuloneuropatia, imunoterapia, plazmaferéza, meningeálny syndróm

DETSKÁ KARDIOLÓGIA : DÁME DÁKY PRÍBEH ?

Szórádová S.¹; Hrebík M.²; Balážová E.³; Sabateen F.⁴

NUDCH Bratislava

NÚDCH Bratislava

Ambulancia pediatrickej kardiológie – Trnava

NÚSCH a.s. DKC, Bratislava

Abstrakt:

Detská kardiológia je špecializovaný lekársky odbor, ktorý sa zameriava na diagnostiku a liečbu vrodených, získaných ochorení srdca a ciev u detí od narodenia až do dospelosti.

Za posledné desaťročia urobila výrazný pokrok. Od liečby reumatickej horúčky v 50. a 60. rokoch prešla postupne k riešeniu vrodených chýb srdca. V súčasnosti sa dožíva dospelosti až 85 % detí s vrodenými chybami s primeranou kvalitou života a to aj s tými najťažšími, komplexnými chybami srdca. Pred detskou kardiológiou sa objavujú nové výzvy, ktoré sa budú zameriavať hlavne na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení a srdcové zlyhávanie.

Detské kardiocentrum, vzniklo v roku 1992, je jediným špecializovaným pracoviskom na Slovensku, ktoré poskytuje vysoko špecializované, kompletné diagnostické, liečebné, katetrizačné a chirurgické výkony na srdci a cievach u detí s vrodenými a získanými chorobami srdca a ciev a to v celej škále veku.

Detská kardiologická ambulancia Detskej kliniky LFUK a NÚDCH vznikla v roku 2021, po odsťahovaní sa Detského kardiocentra do priestorov NÚSCH a.s., pre potreby zabezpečenia kardiologickej starostlivosti v NÚDCH. Poskytuje kardiologickú starostlivosť o deti s rôznymi pediatrickými diagnózami v rámci celého Slovenska. Jej misia sa bude zameriavať hlavne na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení a to v úzkej spolupráci s Detským kardiocentrom a s detskými kardiologickými ambulanciami na Slovensku. Aktívne sa zúčastňuje aj na pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní v rámci lekárskeho fakult.

Víziou je pokračovanie v procese neustáleho zlepšovania kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, aj z hľadiska ekonomickej výhodnosti a na zabezpečenie spokojnosti pacientov, ich rodičov a aj zdravotníckeho personálu.

Z množstva zaujímavých diagnóz u detských pacientov s ktorými sme sa stretli v kardiologickej ambulancii v roku 2025 sme vybrali príbeh pacientky s Turnerovým syndrómom s Koarktáciou aorty a operáciou. .

Prezentujeme kardiologické príznaky u pacientiek s Turnerovým syndrómom a ich manažmentom.

Kľúčové slová: Misia, Kardiologická Ambulancia DK LFUK a NÚDCH, Detská Kardiológia, Vízia , Kazuistika z roku 2025

DLOUHODOBÁ PROTEIN-LOSING ENTEROPATIE U DESETILETÉHO CHLAPCE

Karášková E.¹

Fakultní nemocnice Olomouc

Abstrakt:

Autoři popisují případ desetiletého chlapce, jehož potíže začaly ve dvou letech věku. Tehdy byl pacient vyšetřován pro neprospívání, otoky s hypoalbuminemií a sideropenickou anémií. Vyšetření byla negativní, až na opakovaně zvýšenou clearance alfa 1-antitrypsinu. Pracovní diagnóza byla tedy Protein-losing enteropatie. Rozsáhlá vyšetření včetně gastroscopie a koloskopie byla negativní, ale byla zjištěna eosinofilní infiltrace v duodenu. Chlapec byl léčen eliminační dietou a antialergickou terapií. V deseti letech jsme pacienta vyšetřili na našem pracovišti a opakovali standardní endoskopii. Při gastroscopii byly nalezeny nenápadné nodulace sliznice antra žaludku, histologicky s výraznou eozinofilní infiltrací, bez průkazu infekce *Helicobacter pylori*. Koloskopie

byla negativní včetně histologie. Vzhledem k nejasnostem jsme doplnili kapslovou endoskopií s nálezem vícečetných, polypoidních, hyperplastických formací s erozemi na povrchu sliznice jejunum, méně ilea. Následná enteroskopie nález potvrdila a umožnila odběr bioptických vzorků. Histologicky jsme v tenkém střevu rovněž prokázali významnou eozinofilní infiltraci. Stanovena byla diagnóza EGID - Eosinophilic Gastrointestinal Disease. Po širokém konzíliu s alergo-imunologymy jsme zahájili terapii kortikoidy s plánem nastavení pacienta na biologickou léčbu. Tento případ ukazuje, že v některých případech dominuje v zažívacím traktu postižení tenkého střeva a až jeho přímé vyšetření umožní stanovit diagnózu a vyloučit jinou patologii.

Klíčové slová: Neospívání, Protein-losing enteropatie, Kapslová endoskopie, Enteroskopie, EGID - Eosinophilic Gastrointestinal Disease

BOLO SKÔR VAJCO ALEBO SLIEPKA?

Karhutová K.¹

Nemocnica Poprad

Abstrakt:

Úvod.

V prednáške prezentujeme prípady 3 pacientov, ktorí našu pomoc vyhľadali z rozličných dôvodov a za výrazne odlišných okolností. Ich spoločným rysom bola náhodná diagnóza ochorenia diabetes mellitus.

Kazuistiky Prvý pacient, 14-ročný chlapec, prichádza na naše oddelenie pre intoxikáciu oxidom uhoľnatým (CO). Náhodným vedľajším nálezom je výrazná hyperglykémia a laboratórne nálezy svedčiacie pre diabetickú ketoacidózu (DKA). Na základe doplňujúcich vyšetrení uzatvárame jeho stav ako primomanifestáciu diabetu 1. typu v stave DKA, ku ktorej s najvyššou pravdepodobnosťou došlo aj vplyvom intoxikácie CO.

V druhej kazuistike prezentujeme prípad 16-ročnej pacientky, ktorá je na naše oddelenie privezená posádkou RZP pre alergickú reakciu na aminopenicilínové ATB. Vo vstupných odberoch je prekvapivým nálezom výrazná hyperglykémia. Vzhľadom na nález v podrobnejších laboratórnych vyšetreniach a komorbity pacientky, t.j. obezita 1. stupňa, hypertenzia, sme u pacientky diagnostikovali diagnózu diabetes mellitus 2. typu. U pacientky je preto zahájená liečba ACE inhibítorom a perorálnym antidiabetikom, do normalizácie glykémie je taktiež podávaný subkutánnym inzulínom.

Tretím pacientom je 16-ročný chlapec, s diabetom takisto náhodne zachyteným pri reumatologickom vyšetrení pre gonartritidu. Aktuálne je vyšetřovaný pre niekoľko mesiacov trvajúce dyspeptické ťažkosti. Sú prítomné tzv. „red flags“ - prímes krvi v stolici, tenezmy a výrazný úbytok na hmotnosti. Tieto klinické príznaky, spolu s nálezom laboratórnych aj dostupných zobrazovacích vyšetrení, nasvedčujú diagnóze Crohnovej choroby. Pacient je preto nastavený na exkluzívnu enterálnu výživu. Za účelom potvrdenia diagnózy je doplnené kolonoskopické vyšetřenie s biopsiou na klinickom pracovisku. Vzhľadom na nález pankolitídy a výsledkov biopsie, je potvrdená diagnóza Crohnovej choroby a je začatá kombinovaná imunosupresívna liečba.

Záver.

Primomanifestácia diabetu v našich podmienkach stále často prebieha aj pod obrazom závažného metabolického rozvratu. Výnimku tvoria nami prezentované náhodné záchyty pri vyšetrení z iného dôvodu, čo je vlastne náhodnou prevenciou ťažkých iniciačných stavov diabetu.

Touto prezentáciou chceme však poukázať aj na kontrast so situáciou v iných krajinách, kde je už niekoľko rokov dostupný populačný skrining diabetu 1. typu u detí. Ten umožňuje predchádzať závažným komplikáciám a vytvára šancu na použitie novej prelomovej liečby, ktorá dokáže oddialiť manifestné štádium cukrovky.

Kľúčové slová: hyperglykémia, ketoacidóza, primomanifestácia diabetu, diabetes mellitus 1. typu, skrining diabetu

MALÝ PACIENT, VEĽKÝ ŠTEKOT

Kašubová L.₁

NsP Štefana Kukurú Michalovce a.s., Penta Hospitals

Abstrakt:

Kazuistika s názvom „Malý pacient, veľký štekot“ predstavuje prípad 5-ročného pacienta s poruchou autistického spektra a poruchou reči, ktorý prichádza na urgentný príjem pre bolesť hrdla. Dieťa od rána vydáva výrazné, opakujúce sa štekavé zvuky, nekašle. Na RTG snímke je obraz parciálne ohraničenej lézie v HPP a SPP vľavo neznámej etiológie. Bolo realizované CT vyšetrenie hrudníka s kontrastnou látkou, kde je popisovaná ohraničená tumorózna lézia paravertebrálne v zadnom mediastíne so zasahovaním do pleurálneho priestoru s miernou imprimáciou príľahlých štruktúr.

Dieťa bolo preložené na vyššie pracovisko, kde sa pokračovalo v diferenciálnej diagnostike.

Onkologické a chirurgické konzílium odporučilo MR hrudníka s kontrastom na vylúčenie spinálnej infiltrácie. Neurologické vyšetrenie bolo bez topickej lézie, bez známkov intrakraniálnej hypertenzie či meningeálneho dráždenia. MR vyšetrenie potvrdilo potrebu biopsie tumoru a hemilaminektómie v celkovej anestézii.

Ganglioneuróm je vzácny, dobre diferencovaný benígny nádor periférneho nervového systému, ktorý vzniká z buniek neurálnej lišty. Predstavuje najmenej agresívny typ nádorov zo spektra neuroblastických nádorov. Najčastejšie sa vyskytuje u detí a mladých dospelých, pričom býva často asymptomatický a objavený náhodne pri zobrazovacích vyšetreniach realizovaných z iných dôvodov. Z klinického hľadiska môže lokalizácia nádoru ovplyvniť prejavy ochorenia; najčastejšie sa nachádza v zadnom mediastíne.

Diagnostika sa opiera o zobrazovacie metódy a definitívne potvrdenie diagnózy je založené na histopatologickom vyšetrení. Predkladaná kazuistika opisuje prípad detského pacienta s ganglioneurómom, ktorý bol diagnostikovaný na našom pracovisku. Cieľom je poukázať na špecifiká klinického priebehu, diagnostického procesu a terapeutického manažmentu tohto zriedkavého nádoru v pediatrickej populácii.

Hoci liečba je často jednoduchá, celý proces si vyžaduje multidisciplinárny prístup so zreteľom na vek pacienta, jeho vývin a psychickú pohodu rodiny. Včasná diagnostika, adekvátna liečba a podpora dieťaťa i rodiny sú kľúčom k úspešnému zvládnutiu ochorenia.

Kľúčové slová: ganglioneuróm, benígny nádor, zadné mediastínium, histopatológia, multidisciplinárny prístup

NAJČASTEJŠIE CHYBY PRI KONTROLÁCH ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ – A AKO SA IM VYHNÚŤ?

Kavarniková L.¹

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o. Košice

Abstrakt:

Zdravotné poisťovne majú zákonné oprávnenie vykonávať kontroly u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, pričom ich priebeh a výsledky môžu významne ovplyvniť každodenné fungovanie ambulancií, najmä pediatrických. Kontroly môžu byť realizované bez predchádzajúceho upozornenia, priamo na pracovisku poskytovateľa alebo na diaľku, a často predstavujú situáciu, ktorá si vyžaduje nielen odbornú kompetenciu, ale aj právnu orientáciu a systematický prístup. Schopnosť adekvátne reagovať na kontrolu, poznať svoje práva a povinnosti, správne komunikovať s kontrolným orgánom a zachovať profesionalitu je preto neoddeliteľnou súčasťou výkonu zdravotníckej praxe. Oboznámenie sa s procesom kontroly a jeho priebehom umožňuje predchádzať stresovým situáciám a znižuje riziko chýb, ktoré by mohli mať negatívny dopad na ambulantnú prax a finančnú stabilitu poskytovateľa.

Prednáška sa komplexne zameriava na jednotlivé fázy kontroly zo strany zdravotnej poisťovne – od jej iniciovania, cez samotný priebeh, až po ukončenie a spracovanie výsledkov. Osobitná pozornosť je venovaná dokumentom spojeným s kontrolou, predovšetkým protokolu o kontrole, ktorý predstavuje kľúčový výstup celého procesu. Prednáška podrobne vysvetľuje obsah protokolu, jeho význam, právne dôsledky a praktické dopady pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Súčasťou je aj popis ďalších postupov, ktoré môžu nasledovať po jeho doručení, vrátane riešenia prípadných námietok, doplnenia chýbajúcich informácií či administratívnych náležitostí spojených s úpravou vykázaných výkonov.

Dôležitou témou je identifikácia najčastejších pochybení, ktoré bývajú predmetom kontrol zo strany zdravotných poisťovní. Prednáška analyzuje, ako tieto nedostatky vznikajú, aké riziká predstavujú a aké môžu byť ich finančné alebo právne dôsledky, vrátane povinnosti vrátiť úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť alebo uhradiť zmluvnú pokutu. V tejto súvislosti sa podrobne rozoberá aj otázka zmluvných vzťahov medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou, význam jednotlivých zmluvných podmienok a ich praktický dopad na každodenné fungovanie ambulancie. Kľúčovou témou je vedenie zdravotnej dokumentácie, ktorá predstavuje najdôležitejší dôkazný materiál pri kontrole. Správne, úplné a prehľadné zaznamenávanie poskytovanej zdravotnej starostlivosti je zásadné pri preukazovaní oprávnenosti vykázaných výkonov a môže zásadne ovplyvniť výsledok kontroly. Prednáška poskytuje konkrétne odporúčania pre vedenie dokumentácie a upozorňuje na najčastejšie nedostatky, ktoré sa v praxi objavujú a môžu sa stať predmetom kontroly.

Súčasťou prednášky sú aj odporúčania týkajúce sa správania počas kontroly – vrátane poskytovania primeranej súčinnosti, efektívnej komunikácie s kontrolórm, obozretného podpisovania dokumentov a zachovania objektivity. Zdôrazňuje sa potreba vecného, uváženeho a pokojného prístupu, ktorý minimalizuje riziko nedorozumení či unáhlených rozhodnutí.

Prednáška zároveň predstavuje možnosti obrany voči výsledkom kontroly, vrátane podávania námietok, ich prerokovania a praktických dôsledkov neuplatnenia námietok v stanovenej lehote. Celkovo poskytuje komplexný pohľad na celý proces kontroly, jeho význam pre bezpečné a efektívne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a posilnenie právnej a odbornej pripravenosti poskytovateľa.

Kľúčové slová: kontroly zdravotných poisťovní, protokol o kontrole, námietky proti protokolu, zmluvná pokuta, práva a povinnosti poskytovateľa

STAČÍ RAZ VIDIEŤ....ALEBO ZRIEDKAVÁ PRÍČINA CHOLESTÁZY

Kosnáčová J.¹

Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Abstrakt:

Diferenciálna diagnostika neonatálnej cholestázy patrí medzi najzložitejšie problémy v pediatrii. Cholestatická žltacka je vždy patologická a je prejavom hepatobiliárnej dysfunkcie. U novorodencov a dojčiat s proťahovanou cholestázou, konjugovanou hyperbilirubinémiou je indikovaný súbor vyšetrení na vylúčenie ochorení, medzi ktoré patria cholestatické ochorenia ako je atrezia žlčových ciest, cysta ductu choledochu, infekcie, vrodené metabolické a endokrinné ochorenia, chromozómové aberácie, toxické vplyvy. Alagilleov syndróm (ALGS) je raritné, geneticky podmienené ochorenie.

Príčinou je genetická mutácia JAG1 génu alebo NOTCH2 génu. Mutácia sa dedí autozómovo dominantne. Postihnuté bývajú obe pohlavia. Oba gény kódujú medzibunkové signálne proteíny uplatňujúce sa v embryogenéze. Prítomnosť patogénnych mutácií podmieňuje mnohopočetné malformácie. Poškodené sú viaceré orgány – najčastejšie pečeň, srdce, obličky, skelet, oči. ALGS má variabilné prejavy so širokou škálou závažnosti. Ochorenie sa prejavuje už u najmenších detí, skoro po narodení prítomnosťou cholestázy na podklade duktopénie intrahepatálnych žlčových ciest. Je sprevádzané ikterom, pruritom (svrbením) a neprospievaním. Poškodenie pečene môže byť v rôznom rozsahu (asymptomatické, ľahké až ťažké poškodenie - cirhóza pečene, môže viesť až ku zlyhaniu pečene). V žlčových cestách stagnuje žlč a žlčové kyseliny, v tkanivách sa hromadí bilirubín, cholesterol. Novorodenci a dojčatá trpia poruchami trávenia - najmä tukov, poruchou vstrebávania vitamínov (A,D,E,K) a mikronutrientov, čo vedie k malabsorpcii a neprospievaniu, k oneskoreniu psychomotorického a kognitívneho vývoja. Nahromadený cholesterol vytvára xantómy v koži. Poškodenie pečene sa kombinuje s ďalšími symptómami ako sú kardiovaskulárne anomálie, motýľovité stavce, očné anomálie, typická faciálna dysmorfia. Typické črty tváre zahŕňajú široké čelo, prominujúcu bradu u dospelých (prognatia), nízko zasadené uši, oči vsadené hlboko a ďaleko od seba (hypertelorizmus), špicatú bradu. Kardiovaskulárne poškodenia bývajú v rozsiahlej škále od benígneho (nevýznamného) šelestu na srdci po závažné a život ohrozujúce defekty srdca. Prítomné bývajú defekty komorového septa, zúženie pľúcnych tepien v rôznom rozsahu, Fallotova tetralógia, porucha rytmu. Vaskulárne abnormality sú nenápadné, ale môžu byť spojené s rizikom ruptúry a následným krvácaním. Skeletálne abnormality nachádzame napr. v oblasti stavcov vo forme motýľovitých stavcov. Obličky môžu vykazovať zníženú renálnu funkciu. Typickým príznakom pre Alagilleov syndróm je posteriórny embryotoxon. Alagilleov syndróm

má variabilné prejavy s rôznym stupňom závažnosti, a to aj v rámci jednej rodiny, neexistuje korelácia medzi genotypom a fenotypom. Niektoré prípady Alagillovho syndrómu môžu zostať nedagnostikované alebo nesprávne diagnostikované, čo sťažuje určenie skutočnej frekvencie Alagilleovho syndrómu v populácii. Diagnóza sa stanovuje na základe klinických príznakov, anamnézy pacienta, výsledkov laboratórnych vyšetrení, zobrazovacích metód, histologického vyšetrenia pečene. Konečnú diagnózu potvrdíme na základe genetického vyšetrenia. Kauzálna liečba nie je k dispozícii. Liečbou môžeme ovplyvniť niektoré príznaky Alagilleovho syndrómu. Vzhľadom na postihnutie viacerých orgánov je vhodná a potrebná spolupráca viacerých odborníkov (gastroenterológa, kardiológa, oftalmológa, nefrológa,...). Pacient s ALGS je pacient s chronickým ochorením. Multiodborová starostlivosť pacienta nevylieči, ale ovplyvňuje kvalitu života.

Kľúčové slová: Alagilleov syndróm, cholestatický ikterus, konjugovaná hyperbilirubinémia, faciálna dysmorfia, skeletálne abnormality, autozómovo dominantná dedičnosť

NEŠŤASTNÉ UVOĽNENIE SO ŠŤASTNÝM KONCOM

Kosorínová D.₁

Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica Martin

Abstrakt:

Perorálna endoskopická myotómia (POEM) predstavuje u detských pacientov efektívnu a minimálne invazívnu terapeutickú metódu liečby achalázie pažeráka. Napriek vysokej efektivite, môže byť sprevádzaná zriedkavými, no potenciálne život ohrozujúcimi komplikáciami. Výskyt komplikácií u detí po POEM sa pohybuje medzi 2–7 %, pričom k najčastejším patrí subkutánnu emfyzém, pneumoperitoneum, krvácanie, infekcia a perforácia pažeráka. Prezentujeme prípad adolescentného pacienta, u ktorého sa na siedmy deň po nekomplikovanom POEM objavili akútne retrosternálne bolesti a funkčná dysfágia. CT vyšetrenie preukázalo rozsiahlu intramurálnu hemorágiu distálneho pažeráka s kompresiou lúmenu a známkami slizničnej perforácie. Po dôkladnom zhodnotení terapeutických možností, bola zvolená konzervatívna stratégia s aplikáciou endoskopickú vákuovej terapie, ktorá viedla k úplnému zhojeniu sliznice a plnému klinickému zotaveniu pacienta. Kazuistika dokumentuje zriedkavú, no závažnú komplikáciu POEM v detskom veku a poukazuje na účinnosť a bezpečnosť endoskopickú vákuovej terapie ako alternatívy k chirurgickému manažmentu.

Kľúčové slová: achalázia, POEM, endoskopická vákuová terapia, detský vek, adolescentný vek

TITUBÁCIE AKO FALOŠNÁ STOPA

Kotorová M.₁

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnava, Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt:

10-ročný chlapec prichádza na našu kliniku kvôli krátkej, náhle vzniknutej anamnéze vertiga, titubácií s pridruženým vomitom po raňajkách s následnou úľavou a cefaleou v okcipitálnej oblasti, najmä v ranných hodinách. V predchorobí anamnéza bez pozoruhodností, bez výskytu infekcie či febrilného ochorenia. Neurologické vyšetrenie bolo so záverom paleocerebellárneho syndrómu s prevahou vľavo ataktického syndrómu a cefaley s prejavmi intrakraniálnej hypertenzie. Bolo doplnené MRI vyšetrenie mozgu s popisom drobných nešpecifických fókusov juxtakortikálne, okcipitálne. I.dx. Doplnili sme toxikologické vyšetrenie, ktoré bolo kompletne negatívne. Vykonali sme lumbálnu punkciu, kde v biochemickom vyšetrení likvoru boli zvýšené celkové bielkoviny a albumín, CRP a laktát boli nízke, glukóza v norme, cytologicky mierne vyšší počet mononukleárov, polynukleáry a erytrocyty boli v norme. PCR likvorový panel a kultivačné vyšetrenie likvoru boli kompletne negatívne. Sérologickým vyšetrením likvoru sa následne potvrdila nami supponovaná neuroborelióza s dôkazom vysokopozitívnych protilátok v triede IgM aj IgG. Výpočet Reiberovho indexu potvrdil poruchu hematoencefalickej bariéry, avšak aj s intratekálnou tvorbou protilátok. Kontrolné MR vyšetrenie mozgu bolo so stacionárnym nálezom, MR angiografický obraz bol bez patologických zmien. Na zavedenej terapii (Ceftriaxon 1x2g i.v, Dithiaden 2mg, vitamín C, D, B-komplex) sa klinický stav postupne upravoval, titubácie a vertigo vymizli.

Kľúčové slová: Neuroborelióza, Nádor mozgu, Paleocerebellárny syndróm, Intoxikácia, Neuroinfekcia

KOMBINOVANÉ PÔRODNÉ PORANENIE NOVORODENCA: KEDY JE MENEJ VIAC?

Krasulová S.¹

Univerzitná nemocnica Martin, Neonatologická klinika

Abstrakt:

Pôrodné poranenie je definované ako morfológické poškodenie alebo funkčná porucha, ktoré u novorodenca vznikajú ako následok traumatickej udalosti počas pôrodu. Medzi rizikové faktory, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť vzniku pôrodného poranenia považujeme, makrozómiu plodu a komplikovaný priebeh pôrodu súvisiaci s polohou plodu a jeho vybavovaním. Medzi najčastejšie pôrodné poranenia kostí zaraďujeme zlomeniny kľúčnej kosti s incidenciou 2,9 prípadov na 1000 živonarodených detí. Menej často sa stretávame so zlomeninami dlhých kostí s incidenciou 0,04 až 0,2 prípadov na 1000 živonarodených detí. Zlomeniny ramennej kosti sú až v 75 % asociované s polohou koncom panvovým a ich výskyt pri spontánnom pôrode záhlavím je zriedkavý. Prezentujeme prípad makrozomického donoseného novorodenca s pôrodnou hmotnosťou 4240 gramov (90 percentil podľa Fentonovej). Dieťa bolo narodené spontánne záhlavím v 40. gestačnom týždni, pôrod bol skomplikovaný dystokiou ramienok. V objektívnom náleze dominovala dislokovaná fraktúra ramennej kosti vľavo a fraktúra kontralaterálnej kľúčnej kosti. Liečba fraktúry humeru s dislokáciou spočívala iniciálne v imobilizácii končatiny, udržiavaní dieťaťa v analgetickom komforte a následnej rehabilitácii. Obrazová dokumentácia preukazuje obrovský regeneračný a remodelačný potenciál kostí novorodenca s vytvorením mohutného kalusu až do zhojenia ad integrum. Prípad demonštruje závažnosť kombinovaných pôrodných poranení u makrozómneho novorodenca po spontánnom pôrode. Zlomeniny dlhých kostí stále patria k

raritným, ale obávaným pôrodným komplikáciám. Napriek iniciálnemu dramatickému obrazu bilaterálneho traumatizmu skeletu, sme vhodným liečebným režimom a multidisciplinárnou starostlivosťou dosiahli priaznivý klinický priebeh.

Kľúčové slová: pôrodný traumatizmus, makrozómia plodu, novorodenec, zlomenina ramennej kosti, zlomenina kľúčnej kosti

ATYPICKÁ FORMA PPH U NOVORODENCA A EBM

Krcho P.¹

Novorodenec sk n.o. Košice

Abstrakt:

PPHN – perzistujúca pľúcna hypertenzia u novorodenca je závažná diagnóza, klinický syndróm u novorodencov s patologickým priebehom adaptácie. Možnosti liečby boli v minulosti značne limitované, úmrtnosť bola vysoká. Až po objavení účinnej vazodilatačnej liečby sa menilo prežívanie v tejto skupine novorodencov a vďaka ultrasonografii pri lôžku sa objavili nové fenotypy ochorenia a ukázalo sa, že aj liečba musí byť presnejšia a viac cieleňá na patofyziológiu ochorenia.

Kazuistika: Autori podávajú stručný prehľad kazuistiky novorodenca, ktorý bol prenatálne diagnostikovaný ako rozvíjajúci sa hydrops s hepatomegáliou, preto bola gravidita ukončená SC v regionálnej nemocnici.

1. 29 ročná matka s negatívnou anamnézou
2. Skrining na Downov sy. negatívny
3. Ukončenie gravidity per SC pre hydrops, hepatosplenomegáliu v 36. týždni
4. 3150g, 48 cm, Apgar 5/1, 8/5, 8/10.
5. Resuscitované, žiadaný transport
6. Tachypnoe, anémia – transport na UPV
7. FiO₂ 0,6

Prvotné vyšetrenia svedčia pre závažnú hepatosplenomegáliu, na riadenej ventilácii vyžaduje FiO₂ až do 1.0, na USG srdca známky pľúcnej hypertenzie, ako prvotnú cieleňú liečbu indikujeme inhaláciu iNO, po ktorej sa postupne vyvíja akútna renálna insuficiencia a pretrvávajú známky pľúcnej hypertenzie pri extrémnych hodnotách leukocytov. Po prehodnotení známk PPHN pri ultrasonografickom vyšetrení srdca, indikujeme exsanguináciu na ovplyvnenie hyperviskozity pri neutrofilii. Po realizácii exsanguinácie sa upravujú známky pľúcnej cirkulácie, znižuje sa potreba koncentrácie kyslíka, zlepšuje sa perfúzia a obnovujú sa renálne funkcie. Postupne vysadzujeme aj iNO a diagnosticky na základe opakovaných punkcií kostnej drene uzatvárame stav ako tranzientnú abnormálnu myelopoézu.

V literatúre sa upresňuje etiopatogenéza PPHN u novorodencov do 5 rôznych fenotypov:

1. Pľúcna arteriálna PPHN (Idiopatická, Hypoxia, RDS, Infekcie, MAS a iné)
2. Zlyhávanie ľavého srdca so známkami PPHN (Hypoxia, HIE, Acidóza, Prematurita)
3. Ochorenie pľúc (BPD, Fibróza, Vývinové poruchy)
4. Chronická tromboembolická obštrukcia alebo obštrukcia PA (Stenóza PV, Stenóza MV)
5. Iné (Hematologické, Metabolické, komplexné CDH).

Záver: Včasným a presným zhodnotením známk PPHN u novorodencov v adaptačnom období vieme nastaviť najoptimálnejšiu efektívnu liečbu, predísť nežiaducim účinkom niektorých liekov (iNO, dopamín) a nastaviť najoptimálnejšiu liečbu včasne. Zatriedenie pacientov s PPHN môže predchádzať zbytočnému prekladu pacienta na vyššie pracovisko prípadne na ECMO, s priamym dopadom na mortalitu a morbiditu v regióne. Presnejšou diagnostikou naplníme dnes EU odporúčané postupy integrovanej starostlivosti o matku a dieťa, prevencie oxidačného stresu a súčasne predchádzame možným hroziacim komplikáciám.

Referencie: 1. Tsoi SM, Steurer M, Nawaytou H, Cheung S, Keller RL, Fineman JR. Defining the Typical Course of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: When to Think Beyond Reversible Causes. *J Pediatr.* 2024 Oct;273:114131. doi: 10.1016/j.jpeds.2024.114131. 10.1016/j.jpeds.2024.114131.

2. Boyd SM, Kluckow M, McNamara PJ. Targeted Neonatal Echocardiography in the Management of Neonatal Pulmonary Hypertension. *Clin Perinatol.* 2024 Mar;51(1):45-76. doi: 10.1016/j.clp.2023.11.006.

Kľúčové slová: Perzistujúca pľúcna hypertenzia , Respiračné zlyhávanie, Novorodenec, Fenotyp, Oxid dusnatý

KRČE U NOVORODENCA A EBM

Krcho P.₁

Novorodenec.sk n.o. Košice

Abstrakt:

Krče u novorodenca vo včasnom perinatálnom období majú rôznu genézu, od stavov spojených s hypoglykémiou a minerálovými diskrepanciami až po poruchy orgánovej perfúzie s viditeľnými zmenami pri vyšetrení pomocou zobrazovacích metód. Medzi štandardne odporúčané vyšetrenia patrí USG CNS na morfológické zhodnotenie intrakraniálnych štruktúr a podrobnejšie zmapovanie cievnych štruktúr.

Kazuistika: Autor podáva stručný prehľad kazuistiky novorodenca, z potermínovej gravidity, z dôvodu prenášania a nepostupujúceho pôrodu ukončeného SC.

1. Prenatálne bez patologických nálezov
2. Ukončenie gravidity per SC pre prenášanie a nepostupujúci pôrod v 42. týždni, Clifford II. St.
3. 3400g, 50 cm, Apgar 6/1, 8/5, 8/10.
4. Predychávaný T resuscitátorom, monitorovaná adaptácia
5. 2. deň života hypoglykémie, korigované i.v infúziou
6. Vyšetrený inzulín, C peptid, fT4, a TSH v norme
7. 3. deň sa objavujú klonické záškľby pravej hornej končatiny (PHK), nutné tlmenie fenobarbitalom so zodpovedajúcim EEG nálezom
8. Na USG CNS od 5. dňa pozorujeme paraventrikulárne vľavo hyperechogénne neostro ohraničené ložisko trojuholníkového tvaru, veľkosti 16 x 11 mm. Dif. dg. uvažujeme o hypoxicko- ischemickej lézii, čomu zodpovedajú klinické krče PHK.
9. Vzhľadom na mierny posun koagulačných parametrov, mierne znížený antitrombín volíme terapiu

10. Terapie: Fragmín, Antitrombín 2 dávky - spolu po dobu 5 dní

11. Klonické krče po úvodnej manifestácii a po tlmení fenobarbitalom ustupujú. Po 14 dňoch prepustené domov

Novorodenecké krče boli v prípade nášho pacienta následkom poruchy perfúzie malej vetvy arteria cerebri media vľavo. Krátkodobá sedácia fenobarbitalom ulmila kŕčovú aktivitu, napriek hematologickej intervencii Fragmínom a antitrombínom sa parametre koagulácie upravovali len minimálne. Novorodenec a následne dojča je na kontrolných vyšetreniach bez akýchkoľvek neurologických prejavov, hyperechogenita pri kontrolných USG vyšetreniach sa ohraničuje a postupne zaniká.

Liečba cievnych mozgových príhod v novorodeneckom veku podľa literatúry a EBM:

1. Antikoagulačná liečba - neexistujú randomizované štúdie o účinnosti, nie je odporúčaná v novorodeneckom veku, len v špecifických situáciách pri vysokej trombofilnej predispozícii alebo pri cerebrálnej sinovenóznej trombóze
2. Trombolýza - neexistujú randomizované štúdie o účinnosti, neodporúča sa pre riziko krvácania
3. Mechanická trombektómia – len pri rozsiahlych léziách a pri predpoklade úspešnosti skúseného tímu.
4. Kontrastné vyšetrenie je vyhradené pre rozsiahle lézie
5. Zlatým štandardom je včasná stabilizácia, tlmenie kŕčov a postupné pomalé vysadzovanie liečby, sledovanie

Záver: Včasným a presným zhodnotením aj diskretných hypoxicko ischemických lézií u novorodencov, môžeme nastaviť citlivú a presnú liečbu, s hlavným cieľom zmiernenia trvalých následkov. Mierny posun koagulačných parametrov je skôr na sledovanie ako na intervenciu. Rozšírenú diagnostiku a intervencie volíme len pri rozsiahlych léziách, kde už pomocou dopplera alebo e flow vyšetrením môžeme odhaliť závažné cirkulačné poruchy. Presnejšou diagnostikou naplníme dnes EU odporúčané postupy integrovanej starostlivosti o matku a dieťa, prevencie oxidačného stresu a súčasne predchádzame možným hroziacim komplikáciám.

Referencie:

1. Zeleňák K, Matasova K Jr, Bobulova A, Matasova K. Mechanical and Aspiration Thrombectomy in a 2-day-old Neonate with Perinatal Stroke. Clin Neuroradiol. 2022 Sep;32(3):873-874. doi: 10.1007/s00062-022-01194-7.

Kľúčové slová: Phenobarbital , USG CNS, Kŕče, Novorodenec, Nízkomolekulový heparín

NEINVAZÍVNA VENTILÁCIA NOVORODENCA A EBM

Krcho P.₁

Novorodenec sk. n.o. Košice

Abstrakt:

CPAP a HFNC – „continual positive airway pressure“ a „high flow nasal cannula“ sú štandardné metódy, používané veľmi často v novorodeneckom období počas adaptácie pri nejasnej pľúcnej patológii. Sú odporúčaným postupom u novorodencov rôznej gestácie a rôznej pôrodnej hmotnosti, s rôznou diagnózou.

Kazuistika: Autori podávajú stručný prehľad kazuistiky novorodenca, ktorý bol liečený pomocou HFNC, včasnej intervencie napojením na vysokoprietokovú kanylu a bez aplikácie surfaktantu pre diagnózu TTN.

1. PH 1670 g 32 GT , SC –, Apgar 7/8/8, nevyžadoval po pôrode stimuláciu dýchania
2. Prijatá s hepatopatiu, gravidita ukončená sekciou v 32. týždni pre patologické prietoky v pupočníku.
3. Prematúrny hypotrofický novorodenec, prenatálne kortikoidy ukončené v deň pôrodu.
4. Klinicky bez dyspnoe, bez retrakcie.
5. USG vyšetrením a RTG vyšetrením potvrdený TTN s potrebou inhalácie kyslíka do 25 %. Druhý deň po napojení na HFNC po 26 hodinách sa objavuje nanovo zvýšená potreba inhalácie kyslíka, objavuje sa retrakcia sterna, kontrolným vyšetrením pomocou transluminácie zisťujeme voľný vzduch v hrudnej dutine vľavo, nález overujeme RTG vyšetrením, ale okamžite drenujeme neinvazívne pomocou flexibilnej ihly G24. Odsávanie vykonávame pomocou spojovacej hadičky so spätným ventilom. Odsatie opakujeme po niekoľkých minútach znova, čo ale nepostačuje. Pacienta 1/2 hodinu po punkcii PNO ihlou prepájame na UPV po intubácii . Následne pacient preložený na ONIM DFN na riadenú UPV, kde bol podaný surfaktant. CPAP a HFNC sú štandardne používané metodiky podpory dýchania u novorodencov, obe majú zvýšené riziko vzniku AIR LEAK syndrómu, pričom samotný tlak hladiny PEEP nemusí byť hlavným vyvolávacím činiteľom vzniku PNO. Je na zváženie podávanie druhej dávky kortikoidov v 32. týždni v deň realizácie SC, čo môže mať negatívny vplyv na postnatálnu adaptáciu a samotný vznik PNO.

Stratégia pre extubáciu novorodencov podľa Prof. Peter Davis, Melbourne 2025.

1. HFNC: pre novorodencov nad 28. týždeň, je dobré mať plán B (CPAP)
2. CPAP: pre novorodencov pod 28. týždeň a mať plán B
- začať s hodnotami CPAP 7 – 8 cm H₂O, ale až do 11 cm H₂O ak to je potrebné
3. NIPPV: pred reintubáciou (plán C)
4. Kofeín vždy pred extubáciou pre novorodencov pod 30 GT v dávkach podľa CAP Trial

Záver: Včasným a presným zhodnotením klinického stavu novorodenca s poruchou adaptácie pľúc, vieme rozlíšiť ľahké formy poruchy adaptácie (TTN) od závažnejších foriem pľúcnej patológie (RDS, aspirácia) pomocou USG pľúc. Nie vždy je mechanizmom vzniku PNO nadmerný tlak v dýchacích cestách.

Referencie: 1. Owen LS, Morley CJ, Davis PG. Neonatal nasal intermittent positive pressure ventilation: what do we know in 2007? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007;92:F414–F418. doi: 10.1136/adc.2007.117614. 2. Kidman, Anna M et al. Higher versus lower nasal continuous positive airway pressure for extubation of extremely preterm infants in Australia (ÉCLAT): a multicentre, randomised, superiority trial The Lancet Child & Adolescent Health, Volume 7, Issue 12, 844 – 851.

Kľúčové slová: CPAP, Novorodenec, Tranzitórne tachypnoe, RDS , HFNC

KEĎ SA PACIENTI - DOJČATÁ VRÁTIA AKO MEDICI A KOLEGOVIA

Kuchta M.₁

DFN a LF UPJS Košice

Abstrakt:

Pôsobím v pediatrii už bežmála 45 rokov a učiteľom na lekárskej fakulte už vyše 35 rokov, tak sa objavujú aj príbehy, ktoré sú zaujímavé, niekedy povznášajúce, či prekvapujúce, ale po rokoch si uvedomujem, že niektoré stretnutia majú hlbší význam. Ukazujú, že cesta, ktorou sme sa vydali, mala zmysel. A že pediatria nie je len starostlivosťou o deti – je investíciou do budúcnosti, ktorá sa nám niekedy vráti v podobe nových kolegov.

V prezentácii predstavujeme 3 krátke kazuistiky:

1. Chlapček pochádzal z dedinky pri Prešove, ktorého prenatálne i perinatálne obdobie aj prvý polrok života, boli s fyziologickým priebehom, rodinná anamnéza bola bez pozoruhodností. Na konci dojčenského obdobia sa začali objavovať častejšie stolice, občasné vracanie, postupne dieťa dystrofizovalo. Obvodný lekár skúšal svoje osvedčené postupy, stav sa však nelepšil a tak bolo dieťa odoslané na hospitalizáciu na detské oddelenie. Tu sa síce na intenzívnej terapii stav na pár dní stabilizoval, ale potom sa klinické ťažkosti vrátili. Autor bol ošetrojúcim lekárom tohto chlapčeka a začal sa intenzívne venovať diferenciálnej diagnostike jeho príznakov. Jedným z výsledkov bolo, že u pacienta by sa mohlo jednať o celiakiu. Z dnešného pohľadu je to pochopiteľné, ale toto sa odohralo v roku 1982, kým zásadné kritériá pre celiakiu definoval ESPGHAN až v roku 1989-90. Diagnóza celiakie bola nakoniec potvrdená, začatá liečba a pacient sa „stratil z dohľadu“. Objavil sa až ako študent 1. ročníka na LF UPJŠ. Fakultu ukončil úspešne a teraz už niekoľko rokov pracuje ako lekár internista.

2. Dievčatko, ktoré v dojčenskom veku našli rodičia v postieľke náhle cyanotické a apnoické, bolo hospitalizované a bola začatá diferenciálna diagnostika tohto stavu, klinicky definovaného ako ALTE (dnes BRUE). Autor príspevku sa týmto stavom venoval v rámci svojej dizertačnej práce a tak sa stal ošetrojúcim lekárom malej pacientky. U dieťaťa sa potvrdila diagnóza GERD, nasadila sa terapia, rodičia pri prepustení dostali zapožičaný aj apnoe monitor (získaný zo zahraničného grantu). Dievčatko vyrástlo v mladú dámu, ktorá sa rozhodla študovať medicínu a so „svojim ošetrojúcim lekárom“ (spred 22 rokov) sa stretla na prednáške z pediatrie, kde autor prednášal o GERD a jeho v vzťahu s ALTE/SIDS...

3. Dievčatko, v dojčenskom veku, bolo ošetrované na traumatológii, keďže oteckovi vyklzla z náručia a vzniklo podozrenie na subdurálny hematóm. Ten sa potvrdil a autor príspevku sa stal ošetrojúcim lekárom a koordinoval aj komunikáciu s neurochirurgami a pooperačnú starostlivosť na klinike. Roky bežali, dievčatko bolo po adekvátnej terapii bez následkov a po maturite sa rozhodla študovať medicínu. Po promócií si (možno podvedome) vybrala pediatriu a tak sa autor príspevku stal garantom jej špecializačnej prípravy...

Tieto tri príbehy nie sú len kazuistikami z pediatrickej praxe. Sú dôkazom, že medicína nie je iba súborom diagnóz, odporúčaní a terapeutických postupov, ale predovšetkým dlhodobým vzťahom, dôverou a zodpovednosťou. V čase, keď sme stáli pri lôžkach týchto detí, sme netušili, že sa raz stretneme v posluchárni ako kolegovia na začiatku ich profesionálnej cesty.

Pre pediatra je azda najväčším zadosťučinením vidieť, že pacient nielen vyrástol bez následkov, ale že sa rozhodol zasvätiť svoj život rovnakému poslaniu. Je to tichý, no silný dôkaz, že aj nenápadná každodenná práca môže zanechať stopu, ktorá presiahne jednu hospitalizáciu či jednu diagnózu.

Kľúčové slová: dojča, medik, lekár, kontinuita, poslanie

KEĎ ASTMA NESTAČÍ: PRÍBEH CHLAPCA, KTORÝ SA BÁL JEŠŤ

Kunč P.¹; Fábry J.¹; Péčová R.²

Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec
Jeseniova Lekárska fakulta UK, Ústav patologickej fyziológie, Martin

Abstrakt:

Bronchiálna astma predstavuje najčastejšie chronické respiračné ochorenie detského veku s alarmujúco narastajúcou prevalenciou v európskom regióne, kde sa výskyt zvýšil z 3,4% v roku 1993 na 12,6% v roku 2014. T2 endotyp, ktorý dominuje v pediatrickej populácii a tvorí viac ako 90% prípadov astmy, je charakterizovaný komplexnou patofyziológiou chronického zápalu s kľúčovou úlohou IgE-dependentných mechanizmov, infiltráciou eozinofilov do respiračného traktu a aktiváciou mastocytov s následnou degranuláciou a uvoľňovaním prozápalových mediátorov. Heterogenita fenotypovej prezentácie astmy reflektuje multifaktoriálnu etiológiu zahŕňajúcu genetickú predispozíciu, environmentálne faktory, vírusové infekcie a expozíciu aeroalergénom. Komorbidita astmy s potravinovou alergiou u detí nie je zriedkavá a súvisí s konceptom atopického pochodu. Populačné štúdie, ako EuroPrevall-iFAAM s 5572 deťmi vo veku 6-10 rokov, dokumentujú prevalenciu bronchiálnej astmy 8,1%, alergickej rinitídy 13,3% a alergickej komorbidity 7,0%. IgE-mediované potravinové alergie predstavujú najčastejšiu príčinu anafylaxie v pediatrickej populácii, pričom prevalencia potravinovej alergie u európskych detí dosahuje 6-8% v porovnaní s 1-3% u dospelých. Alergia na bielkoviny kravského mlieka postihuje približne 2-3% dojčiat v rozvinutých krajinách a pacienti so zvýšenými hladinami špecifických IgE protilátok proti kazeínu a súčasťou astmy majú signifikantne vyššie riziko závažných systémových reakcií. Indukcia tolerancie prichádza u 45-50% detí do jedného roka, u 60-75% do dvoch rokov a u 85-90% do troch rokov, avšak u pacientov s vysokou senzibilizáciou zostáva prognóza neistá. Prezentujeme kazuistiku 7-ročného chlapca s pozitívnou rodinnou anamnézou atopie a early-onset astmou, u ktorého sa rozvinula ťažko perzistujúca nedostatočne kontrolovaná bronchiálna astma napriek optimalizovanej terapii podľa GINA kroku 4 zahŕňajúcej stredne vysoké dávky flutikazónu/formeterolu, leukotrienové antagonisty a antialergickú liečbu. Pacient vykazoval opakované exacerbácie s potrebou hospitalizácie a systémových kortikosteroidov, nočné symptómy s dištančnými piskotmi, redukciu pľúcnych funkcií, významnú bronchiálnu hyperreaktivitu a elevované hodnoty FENO 45-110 ppb indikujúce vysoké riziko vzplanutia ochorenia. Asthma Control Test skóre nedosahovalo viac ako 13-16 bodov, dokumentujú neadekvátnu kontrolu ochorenia.

Sprievodná závažná IgE-mediovaná alergia na bielkoviny kravského mlieka sa manifestovala opakovanými anafylaktickými reakciami na minimálne expozície vrátane inhalačnej expozície pri tepelnej úprave syra a kontaktnej expozície. Extrémne vysoké hodnoty špecifických IgE protilátok na alergénové monokomponenty (alfa-laktalbumín, beta-laktoglobulín, kazeín všetky >100 IU/ml)

spolu s progresívne sa zvyšujúcim celkovým IgE z 289 IU/l na 1690 IU/l a markantne elevovaným eozinofilným kationickým proteínom >200 µg/l dokumentovali masívnu IgE-mediovanú zápalovú odpoveď. Pozitívna prediktívna hodnota pre orálny expozičný test s kravským mliekom bola 4,87 IU/ml, čo predstavuje extrémne vysoké riziko anafylaxie.

Zavedenie anti-IgE biologickej terapie Omalizumabom v dávke 225 mg subkutánne každé 4 týždne viedlo k multidimenzionálnemu terapeutickému efektu. Došlo k zlepšeniu kontroly astmy s redukciou exacerbácií, zníženiu potreby systémových kortikosteroidov, zlepšeniu pľúcnych funkčných parametrov a významnej elevácii tolerančného prahu pre kravské mlieko. Pacient postupne začal tolerovať aj pečenú formu mliečnej bielkoviny, čo otvára perspektívy pre orálnu alergénovú imunoterapiu. Kazuistika dokumentuje inovatívny prístup pri simultánnej liečbe astmy a potravinovej alergie s dramatickým zlepšením kvality života pacienta.

Kľúčové slová: deti, astma, alergia na bielkoviny kravského mlieka, anafylaxia, biologická liečba

HETEROGENITA DETSKÉHO PACIENTA S REKURENTNÝMI INFEKCIAMI A ZJEDNOCUJÚCI PRINCÍP IMUNOMODULÁCIE: LEKCIA Z TROCH KAZUISTÍK

Kunč P.¹

Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec

Abstrakt:

Manažment rekurentných respiračných infekcií u detí s polymorbiditou predstavuje terapeutickú výzvu, kde sa prelínajú faktory anatomické, genetické i iatrogénne. Kľúčom k úspechu nie je len cieleňá antiinfekčná a symptomatická liečba, ale aj podpora hostiteľskej imunity, ktorá často vykazuje známky vyčerpania a dysregulácie, najmä v línii NK buniek. Cieľom príspevku je na podklade publikovaných dát z nášho pracoviska demonštrovať, že inozín pranobex (IP) predstavuje efektívny imunomodulátor s nešpecifickými virostatickými účinkami schopný obnoviť homeostázu u fenotypovo diametrálne odlišných pacientov. Prezentujeme tri kazuistiky s odlišnou etiopatogenezou imunitného deficitu. Prvým prípadom je 11-mesačné dojča s komplexnou anamnézou (operovaná atrézia pažeráka, stenóza, PEG, GERD), prijaté pre akútnu adenovírusovú bronchitídu na teréne rekurentných pneumónií, kde imunoprofil odhalil depléciu T-lymfocytov a NK buniek. Druhý, kontrastný prípad „imunologickej katastrofy“, predstavuje 18-ročný pacient s ťažkou nekrotizujúcou stafylokokovou pneumóniou, fluidothoraxom a sepsou, komplikovanou koinfekciou chrípkou B a *Mycoplasma pneumoniae*. Aj u tohto pacienta viedla enormná záťaž k hlbokkej deplécii NK buniek, pričom zaradenie IP do komplexnej liečby prispelo ku klinickej rekonvalescencii. Tretím prípadom je 9-ročný chlapec s primárnym imunodeficitom (ITK deficit) po alogénnej transplantácii kmeňových buniek, s komplikáciami ako GLILD a GvHD, u ktorého sa pri RSV infekcii a MRSA kolonizácii potvrdila významná redukcia NK buniek. Vo všetkých troch prípadoch – od anatomicky stigmatizovaného dojčaťa, cez septického adolescenta, až po krehkého pacienta po transplantácii – viedla cieleňá liečba IP ku klinickej stabilizácii, podpore urýchlenia rekonvalescencie a prevencii možných komplikácií v súbehu s výbornou toleranciou. Príspevok zdôrazňuje význam včasného imunologickeho vyšetrenia a racionálneho využitia imunomodulácie ako adjuvantnej terapie u rizikových detí.

Kľúčové slová: inozín pranobex, NK bunky, imunomodulácia, atrezia pažeráka, nekrotizujúca pneumónia

„WAIT AND SEE“ NEZNAMENÁ „NIČ NEROBIŤ“: AKTÍVNA MODULÁCIA OROFARYNGÁLNEHO MIKROBIÓMU PRI AKÚTNEJ TONZILOFARYNGITÍDE

Kunč P.¹

Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb Dolný Smokovec

Abstrakt:

Stratégia odloženej preskripcie antibiotík („Wait and See“) je zlatým štandardom pri manažmente nekomplikovaných infekcií HCD, no v praxi často naráža na tlak rodičov a potrebu symptomatickej úľavy. Akútna tonzilofaryngitída tak ostáva jednou z najčastejších príčin nadužívania antibiotík v pediatrii. Prednáška si kladie otázku: Môžeme obdobie čakania využiť na aktívnu biologickú intervenciu? Príspevok analyzuje terapeutický potenciál kmeňov *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938 a ATCC PTA 5289. Na podklade recentných štúdií (Jones et al., Ericson et al.) demonštrujeme mechanizmy, ktorými tieto kmene modifikujú priebeh ochorenia – od kompetitívnej inhibície patogénnych biofilmov až po významnú indukciu sekrečného IgA v slinách. Teóriu prenášame do reality prostredníctvom kazuistiky detského pacienta s klinickým obrazom akútnej tonzilofaryngitídy. Dokumentujeme priebeh adjuvantnej probiotickej liečby, dynamiku ústupu bolestivosti a lokálneho nálezu bez nasadenia antibiotík. Cieľom je ukázať, že cieleňá probiotická intervencia nie je len doplnkom stravy, ale funkčným nástrojom lekára na bezpečné preklopenie symptomatického obdobia a redukciu antibiotickej záťaže.

Kľúčové slová: akútna tonzilofaryngitída, *Limosilactobacillus reuteri*, biofilm, sekrečné IgA, antibiotická politika, mikrobióm

ASTMA, ALERGIA, ATOPICKÝ EKZÉM A OBEZITA NA KLIMATICKEJ LIEČBE

Kundeková D.¹

Kúpele Lučivná

Abstrakt:

Kúpeľná liečba s klimatoterapiou je súčasťou komplexnej zdravotnej starostlivosti o deti a dospelých s respiračnými ochoreniami. Kúpele Lučivná sa zameriavajú na netuberkulózne ochorenia dýchacích ciest detí aj dospelých, ako aj na liečbu detí s obezitou. Výhodou je možnosť kúpeľnej liečby dieťaťa so súrodencom súbežne s rodičmi či starými rodičmi. V kazuistikách reflektujeme efekt a udržateľnosť klimatickej kúpeľnej liečby u detí s bronchiálnou astmou ako hlavnou diagnózou. V rámci komplexnej rehabilitačnej liečby sme u popisovaných detí zaradili respiračnú fyzioterapiu s dychovou pomôckou flutter, s následným zlepšením efektivity dýchania. Flutter je liečebná metóda založená na princípe striedavého výdychového pretlaku. Výsledkom liečby je ľahšie dýchanie vďaka zvýšenej periférnej pľúcnej ventilácii, znížená dýchavičnosť a zvýšená mobilizácia sekrétu z priedušiek. V prvej kazuistike predstavujeme dieťa s bronchiálnou astmou, alergickou rinokonjunktivitídou, celiakiou, laktózovou intoleranciou, adenoidnými

vegetáciami, recidivujúcou urtikáriou. Dieťa rehabilituje pre poruchu držania tela. V druhej kazuistike približujeme dieťa s bronchiálnou astmou, atopickým ekzémom, polyvalentnou potravinovou a inhalačnou alergiou. Dermatológ neodporúča bazén, počas kúpeľnej liečby dieťa absolvovalo aerosólový morský kúpeľ a vo zvýšenej miere floating, s dobrou toleranciou procedúr. Floating je kúpeľ v koncentrovanom slanom roztoku, simulujúci Mŕtve more, s relaxačným efektom aj vďaka senzorickej deprivácii. Treťou kazuistikou načrtávame obezitu ako ďalšiu z indikácií, ktorej sa v kúpeľoch venujeme. Ide o adolescenta s bronchiálnou astmou, obezitou a gastroezofageálnym refluxom v anamnéze. Vzhľadom na záujem pacienta aj rodiča sme upravili diétu na redukčnú. V individuálnom pláne procedúr sme navýšili frekvenciu pohybovej aktivity v bazéne, do liečebnej telesnej výchovy sme pridali nordic walking. Po troch týždňoch kúpeľnej liečby adolescenta prepúšťame so zlepšenou toleranciou fyzickej záťaže a významným úbytkom hmotnosti. Pre pediatrické publikum môže byť relevantná udržateľnosť efektu klimatickej liečby po návrate do domáceho prostredia a kolektívu. Procedúry zahŕňajú okrem klimatoterapie denné inhalácie a preplachy nosa, bazén, saunu, podľa potreby fyzikálnu liečbu. Deti za prítomnosti sprievodcu absolvujú skupinovú liečebnú telesnú výchovu so zameraním na dychové cvičenia, odhlieňovacie techniky, loptičkovú facilitáciu tváre. Nasledujú cvičenia s pomocou overballu a fitlopty na zlepšenie postúry, cvičenia na posilnenie klenby nôh, senzomotorická stimulácia. Edukácia a proaktivita rodičov v spolupráci s deťmi podporuje zavedenie horeuvedených metodík do praxe v domácom prostredí. Pobyt dieťaťa so sprievodcom umožňuje pokračovanie v cvičení podľa inštruktáže aj po ukončení kúpeľnej liečby, vrátane respiračnej fyzioterapie s pomôckou flutter. Predpis tejto pomôcky je možný ambulantne špecialistom - imunoalergológom, pneumológom alebo fyziatrom. Pri opakovaných kúpeľných pobytoch zaznamenávame zníženie chorobnosti v zmysle nižšej frekvencie recidivujúcich respiračných ochorení, skrátení rekonvalescencie a nižšej potreby antibiotickej liečby.

Kľúčové slová: klimatoterapia, bronchiálna astma, alergia, atopický ekzém, obezita, respiračné infekcie

PREČO VERÍME NEZMYSLOM? PSYCHOLGICKÉ POZADIE NAŠEJ VIERY V KONŠPIRÁCIE A HOAXY

Lacko P.¹

Demagog.sk (Inštitút SGI) Bratislava

Abstrakt:

Často si nahovárame, že bludom môžu prepadnúť len „tí druhí“. Mladí ľudia zvyknú hovoriť, že náchylní uveriť konšpiráciám sú seniori, pretože to je vraj informačne zraniteľná skupina. Seniori, naopak, hovorievajú, že zraniteľní sú mladí, pretože sú vo formatívnom veku, keď „sa ešte len hľadajú“. Veda však ukazuje, že nezmyslom môže uveriť ktokoľvek z nás a dostatočne chránený nie je nikto. Kognitívnu imunitu nám nezaručuje dokonca ani nadpriemerná inteligencia.

Viera v pochybné presvedčenia je na Slovensku pomerne rozšírená. V prieskume Slovenskej akadémie vied z novembra a decembra 2023 štyridsať percent opýtaných uviedlo, že pandémie bola súčasťou plánu, ako kontrolovať spoločnosť. Rovnaká časť respondentov zaškrtila, že už existuje liek na rakovinu, ale farmaceutické firmy nám ho taja. (t.ly/2N4c)

Takýto postoj k faktom a poznaniu oslabuje fungovanie štátu aj jeho kľúčových inštitúcií. Zo spoločenského pohľadu je preto dôležité porozumieť faktorom, ktoré prispievajú k tomuto stavu. Rôzne vedné disciplíny – od psychológie, behaviorálnych a kognitívnych vied, neurológie, sociológie a mnohých ďalších – postupne skladajú čriepky veľkej mozaiky vysvetlení.

To, či podľahneme bludom, súvisí so skupinovou dynamikou, životnými okolnosťami, ale najmä s architektúrou nášho mozgu, ktorý nefunguje vždy ako „hľadač pravdy“. Sociálni psychológovia ho označujú skôr ako „advokáta našich vlastných záujmov“. Zachytenú realitu mozog často nefiltruje cez kritérium pravda/nepravda, namiesto toho ho zaujíma, či videné a počuté ladí alebo neladí s tým, čo si už aj tak myslíme. Viac než objektívnosť môže byť pre nás dôležitejší náš vlastný sebaobraz alebo sociálne postavenie v skupine. Aj preto kognitívni vedci hovoria, že „pravda je kmeňová“.

Okrem toho je mozog náchylný na mnohé skreslenia, vyplývajúce zo spôsobu, akým je „evolučne usstrojený“. Mnohokrát hľadá skryté vzorce a príbehy aj tam, kde žiadne nie sú. Preceňuje naše porozumenie svetu, hoci by stačil jednoduchý príklad, ktorý by nás primäl k väčšej intelektuálnej pokore. A príliš často prioritne hľadá informácie, ktoré len potvrdzujú naše existujúce presvedčenia, hoci by radšej mohol rovnocenne testovať viaceré hypotézy, ktoré ho môžu nasmerovať bližšie k pravde.

Naša schopnosť prijímať a vyhodnocovať informácie teda nezávisí len od intelektuálnej kapacity a „dobrej vôle“, je ovplyvnená mnohými skrytými motiváciami či nevedomými skresleniami. V ďalšom kroku vedci a vedkyne skúmajú, ako toto poznanie zohľadniť v spôsobe, akým navzájom komunikujeme.

Mnohokrát totiž nestačí ponúkať argumenty a spoliehať sa na to, že náš diskusný partner si ich osvojí, pretože sú vraj „nepriestrelné“. V niektorých situáciách sa ako užitočnejšia javí byť snaha nezaujato pochopiť, prečo niekto verí presvedčeniam, ktoré sú v rozpore s realitou. Takáto snaha o pochopenie vytvára blízkosť a dôveru, ktorá je predpokladom, aby sme sa naozaj počúvali.

Kľúčové slová: hoaxy, dezinformácie, konšpirácie, mozog, skreslenia

OPAKOVANÁ TROMBÓZA ARTEFICIÁLNEJ MITRÁLNEJ CHLOPNE – KDE JE CHYBA?

Lajmon M.₁; Szighardtová M.₁; Grešíková M.₂; Záhorec M.₁

Oddelenie detskej kardiológie, Detské kardiocentrum, NÚSCH a.s. Bratislava

Oddelenie laboratórnej medicíny, Pracovisko hematológie a transfúziológie, NÚDCH Bratislava

Abstrakt:

Arteficiálna náhrada mitrálnej chlopne u dojčiat a malých detí predstavuje výzvu vzhľadom na vysoké riziko trombotických komplikácií, ktorých riziko sa ešte zvyšuje pri súčasnom vrozenom deficite antitrombínu III (AT III). Fibroelastóza endokardu je zriedkavé ochorenie charakterizované nadmerným zhrubnutím endokardu, ktoré vedie k reštrikcii rastu ľavej komory a jej zlyhávaniu. Inovatívnu metódu v liečbe zlyhávania ľavej komory u dojčiat predstavuje bandáž pľúcnice. Prezentujeme prípad 22-mesačnej pacientky s kombinovaným vrozeným postihnutím mitrálnej chlopne (mitrálna insuficiencia a stenóza). Pacientka vo veku 8 mesiacov podstúpila náhradu mitrálnej chlopne za arteficiálnu mitrálnu chlopňu do supraanulárnej pozície (St. Jude 19 mm). V

priebehu šiestich mesiacov po operácii došlo k opakovaným trombózam chlopne napriek štandardnej antikoagulačnej liečbe (warfarin + nízkomolekulový heparín pri nedostatočnej hodnote INR), v klinickom obraze bez rozvoja pľúcneho edému. S cieľom znížiť trombotické riziko bola pacientke implantovaná arteficiálna mitrálna chlopňa do anulárnej pozície (St. Jude 17 mm), pooperačné obdobie bolo opäť komplikované trombózami chlopne. Všetky trombózy boli úspešne riešené intravenóznou trombolytickou liečbou (altepláza), bez závažných krvácajúcich komplikácií. U pacientky došlo k postupnému rozvoju dysfunkcie ľavej komory, ktorá progredovala napriek medikamentóznej liečbe chronického srdcového zlyhávania, pravdepodobne na podklade fibroelastózy endokardu, ktorá sa potvrdila aj histologicky. S cieľom podporiť remodeláciu a zlepšenie funkcie ľavej komory prostredníctvom biventrikulárnej interakcie bola indikovaná paliatívna bandáž pľúcnice, ktorá mala len čiastočný efekt. Genetické vyšetrenie potvrdilo mutáciu, ktorá spôsobuje kvantitatívny aj kvalitatívny deficit AT III, čo vyžadovalo zmenu prístupu v antitrombotickej liečbe (vyššie cieľové INR, antiagreganciá, substitúcia AT III). Intenzifikovaná antitrombotická liečba pomohla v ďalšej prevencii trombózy. Vzhľadom na vyťaženie súčasných možností liečby srdcového zlyhávania a opakované trombózy arteficiálnej mitrálnej chlopne, je pacientka zaradená na čakaciu listinu na transplantáciu srdca.

Kľúčové slová: Arteficiálna Mitrálna Chlopňa, Trombóza, Vrodená Stenóza Mitrálnej Chlopne, Vrodená Insuficiencia Mitrálnej Chlopne, Fibroelastóza Endokardu, Zlyhávanie Ľavej Komory, Vrodený Deficit Antitrombínu III

GRIESEL OV SYNDRÓM

Lanczová L.¹

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Abstrakt:

Grieselov syndróm je zriedkavá, avšak potenciálne závažná komplikácia, charakterizovaná atlantoaxiálnou sublúxiou, ktorá vzniká najčastejšie v súvislosti s infekciami alebo chirurgickými zákrokmi v oblasti hlavy a krku. Cieľom prezentácie je upozorniť na význam včasného rozpoznania Grieselovho syndrómu ako vzácnej, no dôležitej komplikácie bežných operačných výkonov. Prednáška obsahuje aj konkrétnu kazuistiku pacientky, hospitalizovanej na našom oddelení.

Kľúčové slová: Grieselov syndrom, Atlantoaxiálna sublúxia, Komplikácia, Adenoidektómia, Rehabilitácia

SPOLU PROTI HLASU CHOROBY: VÝZNAM VČASNÉHO ZÁCHYTU A MULTIDISCIPLINÁRNEJ INTERVENCIE V LIEČBE MENTÁLNEJ ANOREXIE

Letková K.¹

EDI Slovensko, o.z. projekt Chut' žiť, Bratislava

Abstrakt:

Mentálna anorexia patrí medzi najzávažnejšie psychiatrické ochorenia detského a adolescentného veku s významnými somatickými, psychickými aj sociálnymi dôsledkami. Celoživotná prevalencia mentálnej anorexie sa podľa rôznych zdrojov pohybuje od 0,3 do 4,2 %. Výskumy poukazujú na to, že skorá intervencia a kratšia doba neliečeného ochorenia sú spojené s rýchlejším zotavením, nižším rizikom chronifikácie a priaznivejšou prognózou. Kľúčovú úlohu včasného záchytu zohráva primárna pediatrická starostlivosť, ktorá často ako prvá zachytí varovné zmeny hmotnosti a správania. Autori prezentujú kazuistiku 12-ročnej pacientky sledovanej pediatrom pre rýchly a pretrvávajúci pokles telesnej hmotnosti, ktorý v priebehu 3 mesiacov dosiahol 9,5 kg a bol sprevádzaný amenoreou, reštriktívnym stravovaním a nadmernou pohybovou aktivitou. Pacientka bola pediatrom odoslaná na pedopsychiatrické vyšetrenie a súčasne rodina vyhľadala multidisciplinárny program organizácie Chut' žiť zameraný na pomoc ľuďom a rodinám s poruchami príjmu potravy. Pri vstupe do programu mala pacientka hmotnosť 42,8 kg pri výške 173,5 cm (BMI 14,2; <1. percentil). Po nástupe do liečby došlo k zastaveniu úbytku hmotnosti, avšak napriek úprave stravovacieho režimu pacientka spočiatku nepriberala. Liečba prebiehala ambulantne formou multidisciplinárnej spolupráce. Pacientka absolvovala týždenne nutričnú a psychologickú konzultáciu s intenzívnym zapojením oboch rodičov podľa princípov na rodinu zameraného prístupu (FFT – Family Focused Therapy) a paralelne prebiehali aj podporné psychologické stretnutia pre rodičov. Kľúčovými intervenciami bolo prevzatie kontroly nad stravovaním rodičmi, nutričná realimentácia, postupná expozícia obávaným potravinám, redukcia kompulzívnej fyzickej aktivity a následne farmakologická liečba indikovaná psychiatrom, ktorá viedla k zníženiu úzkosti a stabilizácii spánku. Multidisciplinárna intervencia umožnila stabilizáciu zdravotného stavu ešte pred plným nástupom účinku medikácie a prispela k zvládnutiu liečby výhradne v domácom prostredí bez nutnosti hospitalizácie. Počas troch mesiacov došlo k postupnému nárastu hmotnosti na 50,6 kg, úprave stravovacích návykov a zlepšeniu psychického stavu pacientky. Rodina následne ukončila intenzívnu fázu programu a pokračovala v stabilizačných psychologických a nutričných kontrolných stretnutiach raz mesačne a v pravidelných psychiatrických kontrolách. V ďalšom období bol počas interkurentného somatického ochorenia zaznamenaný pokles hmotnosti (z 52,5 na 50,3 kg) sprevádzaný návratom reštriktívneho správania v stravovaní. Vďaka pravidelnému sledovaniu bol tento stav včas rozpoznávaný a úspešne stabilizovaný ambulantnou intervenciou so zvýšením rodičovského dohľadu nad stravovaním. Kazuistika poukazuje na význam pediatra pri včasnom rozpoznaní porúch príjmu potravy, potrebu rýchlej koordinácie multidisciplinárnej starostlivosti a zásadnú úlohu rodiny v ambulantnej liečbe mentálnej anorexie u detí. Zároveň zdôrazňuje potrebu zvýšenej pozornosti a aktívneho sledovania pacienta aj po stabilizácii stavu s cieľom včasného zachytenia možného relapsu, čo môže významne ovplyvniť ďalší priebeh a prognózu ochorenia.

Kľúčové slová: mentálna anorexia, poruchy príjmu potravy, multidisciplinárna starostlivosť, FFT – Family Focused Therapy, relaps

MÝTY A REALITA: ČO NAOZAJ FUNGUJE PRI INFEKCIÁCH HORNÝCH DÝCHACÍCH CIEST

Mačaj M.¹

Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a.s. Bratislava

Abstrakt:

Prednáška s názvom Manažment liečby akútnej rinosinuitídy z pohľadu otorinolaryngológa je založená na guidelineoch EPOS (European position paper on rhinosinusites) z roku 2020. Jedná sa o hlavný guideline pre liečbu akútnych a chronických zápalov prínosných dutín založený na medicíne založenej na dôkazoch (EBV). Záverom odborného usmernenia EPOS je dôležitý odkaz z hľadiska manažmentu ambulantnej liečby pacientov s akútnou rinosinuitídou: „Akútna rinosinuitída sa dá zvládnuť bez antibiotickej liečby u väčšiny prípadov“.

Základom je symptomatická liečba, ktorá spočíva v podávaní perorálnych dekongestív, topických dekongestív, prípadne topických kortikosteroidov a slaných preplachov nosovej dutiny. Topické dekongestíva sa vo forme kvapiek alebo spreja aplikujú na bočnú stenu nosovej dutiny a do oblasti osteomeatálnej jednotky (OMJ) a na dolnú nosovú mušľu. Vodnatý výtok, upchatý nos a tlakové bolesti v oblasti prínosových dutín sú typickým príznakom akútnej rinosinuitídy, taktiež strata čuchového vnemu nie je zriedkavá. Hlavným cieľom liečby je potlačenie príznakov infekcie, prevencia vzniku komplikácií a prechod do chronického ochorenia, skrátenie dĺžky trvania ochorenia.

Základným liekom pri akútnom tubotympanickom katere a liečbe zápalu stredného ucha je perorálne dekongestívum (pseudoeferín), ktorého účinkom dochádza k odpuchnutiu a následne dochádza k otvoreniu sluchovej trubice, uvoľneniu podtlaku v stredouší, zmierneniu bolesti a zlepšeniu prevodovej poruchy sluchu. Pseudoeferín pôsobí na sliznice centrálné a tým nevyžaduje habituálne “kvapkanie“ v iniciálnej liečbe.

Kazuistika 1

- 13-ročná pacientka vyšetrená na ORL ambulancii pre pocit zaľahnutia v pravom uchu cca 3 dni, bolesti hlavy a nádchu. Pocity zaľahnutia striedali pocity ozveny v hlave, resp. echolália. Pretrvávalo zatekanie hlienov a kašeľ.
- Objektívny nález: obojstranne bubienky bez zápalu, vpravo obraz otitis media secretorica, tympanometria – krivka typu C, Valsalvov manéver negatívny.
- Terapia: perorálne dekongestívum s antihistaminikom (pacientka bola pôvodne nastavená na liečbu II. generáciou antihistaminika – dočasne zmenené na kombinované perorálne dekongestívum s antihistaminikom na 10 dní), lokálna liečba topickým kortikosteroidom.
- Poznámka: insuficiencia sluchovej trubice môže pretrvávajúť 6–8 týždňov po akútnej infekcii HDO (ciliárna dyskinéza sluchovej trubice).
- Kontrola po 10 dňoch: bubienky pokojné, bez retrakcie, stredoušie voľné, bez obsahu. Valsalvov manéver pozitívny – sluchová trubica priechodná.
- Tympanometria: krivka typu A.
- Subjektívne: príznaky rinitídy negatívne, bez pocitu nosovej plnosti, bez postnazálneho zatekania, kašeľ negatívny.

Kazuistika 2

- Dieťa narodené v roku 2017, vyšetrené na ORL ambulancii pre bolesti hlavy cca 5 dní, pocit plnosti v oblasti prínosových dutín a tupú bolesť hlavy pri predklone. Cestou pediatra realizované RTG PND (EPOS RTG PND rutinne neodporúča).
- Objektívny nález: výrazný opuch nosovej sliznice bilaterálne, postrinoskopicky výrazné zatekanie hlienov z nosohltana.
- Terapia: perorálne dekongestívum s antihistaminikom, lokálne dekongestívum, preplachy soľným roztokom, liečba topickým kortikosteroidom.
- Kontrola po 5 dňoch bez ATB liečby: klinický stav zlepšený, prítomná produktívna rinorea.
- Kontrola po 10 a 14 dňoch bez ATB liečby: bez bolesti hlavy, bez postnazálneho zatekania, bez febrilit, bez kašľa.
- Záver: pri správne zvolenej symptomatickej liečbe a spolupráci pacienta je antibiotická liečba vyhradená len pre ťažké priebehy v súlade s odporúčaniami EPOS 2020.

Kazuistika 3

- 15-ročná pacientka odoslaná obvodným pediatrom pre opakované pozitívne nálezy *Staphylococcus aureus* v TN. Opakovane sa tvoria príškvary a krusty, ktoré sa sekundárne zapália, pacientka udáva pocit suchého nosa.
- Od úrazu v 7 rokoch udáva trvalé sťažené dýchanie nosom. Opakovane preliečená ATB pre nosičstvo, avšak v kontrolných výteroch opakovane prítomný *S. aureus*. Vyšetrená imunoalergológom aj ORL pracoviskom v spádovej oblasti (bez dôkazu alergie, zistené vybočenie nosovej priehradky; odporúčanie riešiť po 18. roku života).
- Objektívny nález: výrazná septálna hrana, hypertrofia dolných nosových mušlí bilaterálne, v oblasti septa krusty a nekrotické zmeny. Po anemizácii (Mesocain +
- Terapia: perorálne dekongestívum, lokálne premasťujúce kvapky, lokálne preplachy soľným roztokom, topický kortikosteroid a šetrná septoplastika.
- Zásadná podmienka úspechu: vôľa pacientky prestať používať nosové kvapky.
- Poznámka: bez eliminácie abúzu nie je efektívna ani konzervatívna liečba, ani chirurgický výkon.
- Pacientka absolvovala septoplastiku. Na preklopenie príznakov vazomotorickej rinitídy bola v iniciálnej liečbe ordinovaná kombinácia perorálneho dekongestíva s antihistaminikom.
- Kontrola po 1 mesiaci od operácie: klinický stav výrazne zlepšený.

Súčasťou prednášky je aj video zobrazujúce prínosové dutiny pred a po použití liečiva pseudoefedrín.

Kľúčové slová: pseudoefedrín, symptomatická liečba, Manažment liečby akútnej rinosinuitídy , perorálne dekongestíva, topické dekongestíva

ATREZIE DUODENA „NARUBY“

Malý T.₁; Kysučan J.₂

Chirurgické oddělení, nemocnice Havířov, Česká Republika
I.chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc, Česká Republika

Abstrakt:

Úvod: Autoři prezentují soubor novorozenců s atrezií duodena za období 16 ti let.

Materiál: V letech 2006-2022 jsme operovali celkem 52 novorozenců pro atrezií duodena. V roce 2015 a poté v roce 2021 byla atrezie dvanácterníku spojena s další vzácnou vrozenou vývojovou vadou a to dextrogastriií.

Metoda a výsledky: U všech 52 novorozenců byla provedena přímá anastomosa duodeno-duodenální eventuelně s excisí membrány duodena a následnou duodenoplastikou – v některých případech s taperingem orálního dilatovaného úseku dvanácterníku. V r. 2015 jsme se poprvé setkali u novorozenecké holčičky s atrezií duodena „naruby“ – kdy tato primární vrozená vývojová vada byla současně spojena se vzácnou dextrogastriií. V tomto případě šlo o suprapapilární membranosní atrezií duodena, kdy při primární revisi nešlo nalézt odstup membrány (v této byl centrální otvor a při anesthesiologem zavedené NG sondě tato prošla přímo tímto otvorem). Dívka byla reoperována za 4 dny- s excisí membrány duodena z duodenotomie a duodenoplastikou včetně taperingu orální dilatované části dvanácterníku. Další pooperační průběh již byl bez komplikací. V roce 2021 (říjen) jsme se setkali s druhou dextrogastriií a současně atrezií duodena I. typu infrapapilární – rovněž u holčičky - provedena excise membrány s duodenoplastikou. Také v tomto případě byl další průběh bez komplikací.

Souhrn: Ve všech 52 operovaných novorozeneckých dětí jsme neměli komplikace ve smyslu insuficience či stenosis duodeno-duodenální anastomosis či duodenoplastiky.

Závěr: Atrezie duodena v kombinaci s dextrogastriií je vadou vzácnou, proto jsme tyto dva případy prezentovali ke zvýšení obecné povědomosti o této kombinaci vrozených vývojových vad.

Klíčové slová: Atrezie duodena , Dextrogastrie, Operace a reoperace, Výsledky, Vývojová vada

ENTERÁLNA VÝŽIVA U DETÍ S MALNUTRÍCIOU

Matejka M.

Abstrakt:

Neprospievanie dojčiat predstavuje závažný klinický problém spojený s nedostatočným prírastkom hmotnosti a rizikom nepriaznivého vplyvu na rast a neurologický vývin dieťaťa. Jednou z terapeutických možností v nutričnom manažmente týchto detí je použitie vysoko-energetickej dojčenskej výživy. Takáto špeciálna výživa s vysokou energeticou a nutričnou hodnotou je určená pre dojčatá s obmedzeným príjmom tekutín alebo zvýšenými energetickými potrebami. Klinické skúsenosti a dostupné štúdie poukazujú na to, že jej použitie môže viesť k zlepšeniu hmotnostného prírastku, optimalizácie nutričného stavu a podpore adekvátneho rastu bez neprimeraného zaťaženia tráviaceho traktu. Dojčatami a deťmi s neprospievaním resp. malnutríciou je dobre tolerovaná. Je dostupná v rôznych formách (nápoje, jogurty).

Cieľom tejto prednášky je predstaviť kazuistiku dieťaťa so zriedkavou vrodenou vývojovou chybou srdca - transpozíciou veľkých ciev (TGA - transposition grand arteries) spojenou s malnutríciou a neprospievaním, dokrmovaného enterálnou výživou a zhrnúť význam a prínos tejto enterálnej výživy v starostlivosti o takéto neprospievajúce dojča.

Enterálna výživa predstavuje účinný nástroj v komplexnom manažmente neprospievajúcich dojčiat, pričom jej indikácia a monitorovanie by mali prebiehať pod dohľadom pediatra (pravidelné sledovanie rastu - hmotnosti a výšky, prospievania, psychomotorického vývinu) alebo nutričného špecialistu.

Kľúčové slová: enterálna výživa, malnutrícia, transpozícia veľkých ciev, nutričný stav, poruchy príjmu potravy

VPLYV ZDRAVOTNÝCH KLAUNOV NA PODPORU LIEČBY U PEDIATRICKÝCH PACIENTOV

Mihalák P.

ČERVENÝ NOS Clowndoctors, o. z. Bratislava

Abstrakt:

Kazuistika predstavuje príbeh 12 ročného pacienta, ktorý náhle upadol do bdelej kómy s ťažkým poškodením mozgu a mimoriadne nepriaznivou prognózou. Lekári predpokladali, že pacient neprežije a v prípade prežitia nebude schopný chôdze, reči ani základných reflexov. Nasledovalo dlhodobé obdobie intenzívnej liečby a rehabilitácií, vrátane rozsiahlej fyzioterapie, opakovaných kúpeľných pobytov a 220 sedení v hyperbarickej komore. Popri medicínskej starostlivosti zohrala významnú úlohu aj psychologická a emočná podpora.

Zlom v Jakobovej komunikácii a motivácii nastal počas stretnutí so zdravotnými klaunami. Prvé znovuobjavenie smiechu sa stalo významným impulzom v procese zotavovania. Kľúčovým momentom bol program Cirkus Paciento, pri ktorom pacient prvýkrát po dlhom období spontánne verbalizoval slová a aktívne sa zapojil do hry, hoci bol fyzicky extrémne oslabený. Klaunská intervencia prispela k obnove vnútornej motivácie, redukcii stresu a vytváraniu pozitívnych emočných väzieb pre pacienta aj rodinu.

Po piatich rokoch od udalosti bol pacient plne funkčný tínedžer s výborným prospechom. A dnes je z neho zdravý, mladý muž. Prípady poukazuje na význam humoru a kreatívnej interakcie ako dôležitej súčasti komplexnej pediatrickej starostlivosti, s potenciálom podporiť rehabilitačný proces aj v extrémne nepriaznivých prognózach.

Kľúčové slová: „Zázrak Jakob“, Nepriaznivá prognóza, Rehabilitácie, psychologická a emočná podpora, Stretnutie so zdravotnými klaunami, Význam humoru pri liečebnom procese

DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU V ŠPECIALIZÁCIÍ PEDIATRIA

Palkovič M.₁

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Abstrakt:

Prezentácia sa zameriava na analýzu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v špecializácii pediatria v rokoch 2024 a 2025. Cieľom je zhodnotiť štruktúru, spôsob riešenia a výsledky podaní adresovaných ÚDZS, ako aj identifikovať najčastejšie problematické oblasti v pediatrickej praxi. Súčasťou prezentácie je kvantitatívny prehľad celkového počtu podaní, ich medziročné porovnanie, podiel ukončených a prebiehajúcich prípadov, ako aj rozdelenie podľa spôsobu vybavenia a vyhodnotenia opodstatnenosti.

Osobitná pozornosť je venovaná pediatrii, kde sú analyzované podania podľa predmetu sťažností, formy výkonu dohľadu a výsledkov dohľadovej činnosti. Najčastejším dôvodom nespokojnosti pacientov a ich zákonných zástupcov bol postup pri liečbe, nasledovaný podaniami súvisiacimi s úmrtiami, organizáciou práce, etikou a odmietnutím vyšetrenia. Prezentácia poukazuje na nízky, no významný podiel opodstatnených dohľadov v pediatrii v porovnaní s celkovým počtom realizovaných dohľadov. Záver prezentácie je doplnený o vybrané kazuistiky, ktoré ilustrujú odborné, diagnostické a terapeutické pochybenia. Tieto prípady zdôrazňujú potrebu systematického zvyšovania kvality a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti v pediatrii a význam dohľadovej činnosti ako nástroja na identifikáciu rizík a prevenciu pochybení.

Kľúčové slová: ÚDZS, pediatria, dohľad, podania, problematické oblasti

KEĎ NEVZDAŤ ZNAMENÁ ZAČAŤ

Podmanická Z.₁; **Rajčanová V.**₂; **Prílepková S.**₃; **Balková E.**₄; **Valachová I.**₂; **Bánovská Ľ.**₅; **Okáľová K.**₂; **Kráľinský K.**₂

DFNsP, Nám. L. Svobodu 4, B. Bystrica

II. Detská klinika SZU DFNsP Banská Bystrica, Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Dermatovenerologická klinika SZU, FNsP FDR Banská Bystrica

KIA, II.IK SZU, FNsP FDR Banská Bystrica

FJAROMED, VADD Banská Bystrica

Abstrakt:

Autori na základe vybraných kazuistík poukazujú na možnosti dlhodobého manažmentu pacientov s chronickými perzistujúcimi ťažkosťami až charakteru vrodených porúch imunity, kombinovanou farmakologickou ako aj nefarmakologickou liečbou.

Kazuistiky súrodencov s dyspeptickými ťažkosťami u staršieho od veku 2 rokov a u mladšieho už v dojčenskom období 8 mesiacov. Klinicky boli prítomné: perzistujúce bolesti brucha, intermitentné kyslo-páchnúce hnačkovité stolice, neprospievanie s dopadom na kolísanie hmotnosti a zvyšujúcu sa chorobnosť. Laboratórne vylúčené potravinové senzibilizácie cestou šIgE, malabsorpčný syndróm. Počas štádií poklesu hmotnosti boli zachytené poklesy celkových bielkovín, imunoglobulínov G, podtriedy IgG1. Terapeuticky stav nereagoval na diétne opatrenia (bezmliečna, bezvaječná, nízko-histamínová diéta) ani na úpravu mikronutrientov a vitamínov ani na úpravu

mikrobiómu antibiotikami, probiotikami, stav bol klasifikovaný ako funkčné ťažkosti. Po vyčerpaní možnosti gastroenterologickej intervencie sme sa ešte pokúsili modulovať črevný mikrobióm prostredníctvom prebioticky pôsobiaceho flavobiotika s obsahom hesperidínu a naringínu so známym protizápalovým a imunomodulačným potenciálom, najskôr u staršieho z bratov vo veku 9 rokov a pri veľmi dobrom klinickom efekte sa liečba aplikovala aj u mladšieho 5 ročného brata. Ustúpili bolesti brucha, hnačky a okrem stabilizácie ťažkostí, bola zaznamenaná aj pozitívna hmotnostná a BMI krivka (z 25% na 50% BMI u staršieho brata a z 10% na 25% BMI u mladšieho brata), úprava celkových bielkovín, hladín imunoglobulínov aj IgG1 podtriedy.

Ďalšou kazuistikou je pacientka s ťažkou atopickou dermatitídou liečená viacerými špecialistami s využitím kombinovanej topickej aj celkovej liečby vrátane antibiotík, celkových perorálnych kortikosteroidov, antihistaminík, diétnych opatrení, alergénovej imunoterapie pri senzibilizácii na brezu, kde skórovacím systémom SCORAD a EASI bola stratifikovaná závažnosť stavu k indikácii biologickej liečby. V štádiu generalizovanej erythrodermie, s výrazným svrbením až bolestivosťou sa ešte doplnila liečba nefarmakologická, intervencia zameraná na moduláciu črevného mikrobiómu flavobiotikom s obsahom hesperidínu a naringínu a v priebehu 3 mesiacov došlo k zlepšeniu a následnej stabilizácii klinického stavu. Liečba bola doplnená o kúpeľnú liečbu s využitím síry a viedla až ústupu ťažkostí.

Flavobiotiká s obsahom hesperidínu a naringínu boli aplikované s cieľom úpravy črevného mikrobiómu, ktorý tvorí 90 % slizničného imunitného systému a významne ovplyvňuje fungovanie celkového imunitného systému. Dokážu pôsobiť protizápalovo, antioxidantne, v niektorých štúdiách majú aj dokázané antikarcinogénne účinky. V kazuistikách, aj s ich dlhodobým podávaním, stabilizovali chronický stav a priniesli významné zvýšenie kvality života pacientov.

Kľúčové slová: dyspepsia, hnačky, neprospievanie, bolesti brucha, diéta, atopická dermatitída

O RIME BEZ RÍMA

Poliaková M.₁; **Gojdič M.**₁; **Kavecká L.**₁

Detské oddelenie Kliniky infektológie a geografickej medicíny UNB

Abstrakt:

Úvod: Reaktívna infekčná mukokutánná erupcia (RIME) predstavuje zriedkavú, prevažne v detskom veku sa vyskytujúcu, imunitne podmienenú mukokutánnu reakciu, ktorá nasleduje po infekcii respiračného traktu. Najčastejším vyvolávajúcim agensom je *Mycoplasma pneumoniae*, no v etiológii boli opísané aj iné respiračné patogény, vrátane *Chlamydia pneumoniae* a vírusov (influenza, metapneumovírus či SARS-CoV-2). Klinicky sa RIME vyznačuje predovšetkým mukozitídou, pričom kožné prejavy sú často absentujúce alebo minimálne, čo ju odlišuje od Stevensovho–Johnsonovho syndrómu (SJS) a Toxickej epidermálnej nekrolýzy (TEN).

Kazuistika: Prezentujeme prípad 17-ročného pacienta, u ktorého sa počas priebehu respiračnej infekcie rozvinula mukozitída s cheilitídou. V dutine ústnej boli početné aftózne lézie, prítomná bola konjunktivitída a vezikuly v genitálnej oblasti. Kožné prejavy na trupe či končatinách chýbali. V laboratórnych výsledkoch bola stredne zvýšená sérová koncentrácia CRP. Na RTG snímke pľúc boli opísané parakardiálne zápalové zmeny. Pre podozrenie na atypickú pneumóniu bola zahájená antibiotická liečba v úvode makrolidom, následne kombináciou doxycyklín a cefixim. Pre

zhoršujúci sa slizničný nález s celkovou alteráciou stavu bolo dieťa hospitalizované. Pokračovali sme v nastavenej antibiotickej liečbe, započali sme systémovú kortikoterapiu perorálnou formou. Sérologické vyšetrenie protilátok proti *M. pneumoniae* a *C. pneumoniae* boli spočiatku negatívne. Klinický stav pacienta sa zlepšil v priebehu piatich dní s úplným ústupom ťažkostí do troch týždňov. Párovou vzorkou bola sérologicky potvrdená akútna infekcia *M. pneumoniae* a stav bol záverovaný ako RIME.

Diskusia: RIME má odlišnú patofyziológiu od SJS/TEN – predpokladá sa imunologická reakcia po infekcii, nie liekmi indukovaný proces. Liečba je prevažne podporná. Kortikosteroidy a antibiotiká sa používajú individuálne podľa klinickej závažnosti a identifikovaného patogéna.

Záver: RIME je dôležitou diferenciálnou diagnózou mukokutánných lézií u detí a adolescentov. Hoci má väčšinou benígny priebeh, vyžaduje multidisciplinárny prístup (pediater, dermatológ, oftalmológ...).

Kľúčové slová: RIME, *Mycoplasma pneumoniae*, mukozitída, SJS/TEN, kortikosteroidy

DETSKÁ CHRBTICA - ČASŤÝ INTERDISCIPLINÁRNY PROBLÉM. CHYBNÉ DRŽANIE TELA VERSUS DEFORMITY CHRBTICE

Popluhár J.¹

Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Abstrakt:

Chybné držanie tela nie je predstupeň skoliózy. O vzniku idiopatickej skoliózy (skolióza neznámej príčiny), je asi dvesto teórií, teda žiadna príčinu vzniku idiopatickej skoliózy nevysvetľuje. Skolióza známej príčiny je približne 5% spomedzi všetkých skolióz (kongenitálne, neurogénne, iné), o nich vieme prečo vznikajú a ako sa liečia.

V praxi našich ambulancií Oddelenia detskej ortopedie a spondylochirurgie vo FNŠP Žilina sa stretávame s realitou, že základné hodnotenie nálezu na detskej chrbtici môže robiť problém aj samotným ortopédom, ktorí sa nevenujú ortopedii detského veku. Na naše ambulancie sú však odosielané aj deti lekármi prvého kontaktu, prípadne lekármi iných odborností. Buď sú deti odosielané s diagnózou: „susp. skolióza“ alebo sú odoslané s diagnózou: „Chybné držanie tela“. Chybné držanie tela nemusí liečiť ortopéd, ani žiaden lekár inej odbornosti. Chybné držanie tela nevyžaduje liečbu, ale správnu životosprávu, vplyv rodičov a vzťah k pohybu. O režime je kompetentný poučiť rodiča aj lekár prvého kontaktu. Na prípadoch, keď je dieťa odoslané s diagnózou susp. skolióza a u dieťaťa sa jedná jednoznačne o chybné držanie tela, cítime potrebu objasnenia diferenciálnej diagnostiky chybného držania tela a skoliózy. Väčšinou sa skutočne jedná o chybné držanie tela, preto pokladáme za užitočné zosumarizovať kritériá posudzovania detskej chrbtice.

Skolióza nie je akútny stav. Ak by sa aj malo jednáť o počínajúcu skoliózu, ktorá sa jednoznačne v začiatkoch nemusí dať diagnostikovať ani ortopédovi, je režimová starostlivosť rovnaká s chybným držaním tela. Rehabilitačné pracoviská určite neodmietnu poučiť dieťa s chybným držaním tela, hoci táto krátkodobá starostlivosť nestačí a nenahradí trvalý športový režim. Nehrozí riziko z premeškania. Je vhodné po poučení rodičov aj dieťaťa zopakovať vyšetrenie o 4-6 mesiacov, kde sa už môže počínajúca skolióza diagnostikovať. Prípadný nález pri opakovanom vyšetrení je dôvodom

na odoslanie dieťaťa ku ortopédovi. Stále sa nič nepremeškalo, ale starostlivosť o dieťa už preberá odborný lekár.

Stretávame sa aj s opačnými prípadmi. Príde rodič s dieťaťom na prvovýšetrenie, u ktorého konštatujeme výraznú deformitu chrbtice už klinicky. Pri odoberaní anamnézy od rodiča ten často udáva, že lekár prvého kontaktu dieťa ani nevyzliekol.

S kolektívom sme sa preto rozhodli zosumarizovať informácie o chybnom držaní tela a skolióze, o ich diagnostike, diferenciálnej diagnostike a liečbe. Naším cieľom je podporiť interdisciplinárnu spoluprácu v starostlivosti o ortopedické ochorenia u detí. V žiadnom prípade nechceme presúvať zodpovednosť na lekárov prvého kontaktu alebo na lekárov iných odborností. Veríme, že poskytnuté informácie budú prínosom pre všetkých.

Kľúčové slová: skolióza, deformity, chrbtica, chybné držanie, diferenciálna diagnostika

MARIENKINE TAJOMSTVÁ

Provázková D.₁; Čurillová J.₁; Gumanová A.₁; Petrytsyuk T.₂

FNsP J. A. Reimana Prešov

TAMIMEDICAL s. r. o.

Abstrakt:

Infekcia močových ciest u 14-ročnej pacientky so psychomotorickou retardáciou, ktorá nereagovala na liečbu, sa ukázala iba ako začiatok celého príbehu. Dôkladné pediatrické a následné gynekologické vyšetrenie odhalilo cudzorodé predmety v pošve, čo upozornilo na možné riziko sexuálneho zneužívania. Prípad zdôrazňuje význam systematického odberu anamnézy, precízneho vyšetrenia pri deťoch s atypickými alebo nereagujúcimi infekciami. Niekedy prvý dojem klame – a pozorné oči lekára môžu odhaliť skryté „tajomstvá“, ktoré majú zásadný dopad na zdravie a bezpečie dieťaťa.

Kľúčové slová: odber anamnéz, fyzikálne vyšetrenie, cudzie telesá, zneužívanie, enuresis

PNEUMOKOK A NEOČKOVANÉ DIEŤA

Repko M.₁

Národný ústav detských chorôb Bratislava

Abstrakt:

Ochorenia spôsobené *Streptococcus pneumoniae* patria v detskom veku stále k častým a závažným infekciám. Tie najťažšie z nich sa označujú ako invazívne pneumokokové ochorenia, zaraďujú sa k urgentným stavom pre svoj rýchly priebeh a bez adekvátnej liečby môžu viesť k trvalým následkom až smrti. Ako účinná prevencia sa používa vakcinácia proti invazívnym pneumokokovým ochoreniam, ktorá je na Slovensku povinná od roku 2009. Deti sú očkované konjugovanou vakcínou, ktorá zabezpečuje silnú a dlhodobú imunitu. Aktuálne sú na Slovensku dostupné 10, 13 a 15-valentné konjugované a 23-valentná polysacharidová vakcína. V kazuistike prezentujeme 6-ročného chlapca prijatého na Klinikum detskej pneumológie a ftyzeológie LF SZU a

NÚDCH pre bilaterálnu pneumóniu. Aj napriek liečbe dochádzalo postupne k viacerým komplikáciám zápalu pľúc – nekróza pľúcneho parenchýmu, progresia výpotku obojstranne, obojstranný pneumotorax. Chlapec počas hospitalizácie vyžadoval 3x zavedenie hrudného drénu, ďalšie chirurgické intervencie a podporu dýchania. Hospitalizácia trvala 54 dní a ako etiologický agens bol dokázaný *Streptococcus pneumoniae* v kombinácii s Influenza A. Chlapec nebol očkovaný ani proti invazívnym pneumokokovým ochoreniam, ani proti chrípke.

Kľúčové slová: *Streptococcus pneumoniae*, očkovanie, infekcia, influenza A, komplikácie

Z AMERIKY DO POPRADU, Z POPRADU DO PRAHY

Repko P.1

Nemocnica Poprad, a.s.

Abstrakt:

Cushingova choroba je v detskom veku extrémne zriedkavé endokrinné ochorenie charakterizované chronickou endogénnou hyperkortizolémiou v dôsledku nadmernej sekrécie adrenokortikotropného hormónu (ACTH), najčastejšie spôsobenej adenómom hypofýzy. Klinický obraz je variabilný a zahŕňa typické fenotypové zmeny, ako sú centrálna obezita, facies lunata, kožné prejavy, arteriálna hypertenzia, poruchy metabolizmu glukózy a u detí a dospievajúcich najmä spomalenie rastu a pubertálne poruchy. Diagnostika je komplexná a vyžaduje kombináciu hormonálnych vyšetrení potvrdzujúcich endogénny hyperkortizolizmus, testov na určenie jeho ACTH-dependencie a zobrazovacích metód zameraných na hypofýzu. Liečbou prvej voľby je transsfenoidálna chirurgická resekcia adenómu, pričom v prípade perzistencie alebo recidívy ochorenia prichádzajú do úvahy ďalšie terapeutické možnosti vrátane rádioterapie alebo farmakologickej liečby. Včasná diagnostika a adekvátna liečba sú kľúčové pre zníženie morbidity a dlhodobých komplikácií spojených s nadmerným účinkom glukokortikoidov. V príspevku prezentujeme kazuistiku pacientky s progresívnymi fenotypovými zmenami, u ktorej bola na základe komplexného endokrinologického vyšetrenia potvrdená ACTH-dependentná Cushingova choroba. Diagnostický proces zahŕňal hormonálne testy potvrdzujúce endogénny hyperkortizolizmus, dynamické testovanie a zobrazovacie vyšetrenia hypofýzy. Pacientka bola indikovaná na chirurgickú liečbu s následným zlepšením klinického stavu a biochemickej aktivity ochorenia. Kazuistika poukazuje na význam včasného rozpoznania varovných klinických znakov Cushingovej choroby, najmä u detí a dospievajúcich, a zdôrazňuje potrebu multidisciplinárneho prístupu v diagnostike a liečbe tohto zriedkavého ochorenia.

Kľúčové slová: hyperkorticizmus, Cushingova choroba, Adenóm, ACTH, adenohipofýzy

POMOTANÝ PRÍPAD

Sagálová M.¹; Strýčková M.¹; Krajčoviechová S.¹

FNsP Žilina

Abstrakt:

Bolesti brucha sú častým príznakom v detskom veku. Môžu svedčiť pre široké spektrum ochorení, od nezávažných až po život-ohrozujúce. Naša kazuistika popisuje prípad 5,5-ročnej pacientky, u ktorej boli bolesti brucha príznakom volvulu na podklade malrotácie. Dievčatko prichádza na pohotovostnú ambulanciu s kŕčovitými bolesťami brucha. Pri vstupnom objektívnom vyšetrení je brucho bez známkov peritoneálneho dráždenia, stav sa však v úvodných hodinách hospitalizácie postupne zhoršuje. Vstupné laboratórne odbery sú bez výraznejších posunov. Zásadným krokom v diagnostickom postupe vedúcim k potvrdeniu diagnózy sú v tomto prípade zobrazovacie vyšetrenia, najmä CT abdomenu. Na CT abdomenu je popisovaná cirkulárna rotácia mezenterických štruktúr- tzv. Whirpool sign. Chirurg potvrdzuje diagnózu volvulu tenkého čreva s vysokým ileom. Indikuje urgentnú operačnú liečbu, ktorá je po preklade úspešne zrealizovaná na Klinike detskej chirurgie UNM (Laddova operácia). Malrotácia je porucha fyziologickej rotácie čreva v rannom embryonálnom vývoji. Predisponuje k vzniku volvulu. Volvulus je zaškrtanie alebo prekrútenie časti čreva okolo mezentéria, ktoré spôsobuje obštrukciu čriev a prerušenie krvného zásobenia. Typicky sa prejaví bolesťami a distenziou brucha, niekedy zvracaním. V diagnostike sú kľúčové zobrazovacie vyšetrenia (RTG, USG, CT abdomenu). Liečba je chirurgická. 90% percent malrotácií sa prejaví v prvom roku života. V našej kazuistike upozorňujeme na možnosť výskytu aj vo vyššom veku.

Kľúčové slová: Volvulus, Malrotácia, Abdominalgie, Whirpool sign, Náhla príhoda brušná

SUBKUTÁNNY EMFYZÉM

Šagát T.¹; Nedomová B.²; Urbanová S.³; Riedel R.³; Neuschlová I.²; Pavlák A.²; Kollerová A.⁴

DFNsP Bratislava

NÚDCH, Bratislava

NÚDCH Bratislava

NÚDCH, Bratislava

Abstrakt:

Subkutánný emfyzém charakterizuje hromadenie vzduchu v podkožnom tkanive najčastejšie v hrudnej stene, krku a tvári. Je výsledkom úniku vzduchu z dýchacích ciest, pleurálnej dutiny alebo z pneumomediastína do mäkkého tkaniva. Najčastejším príčinám patrí úraz hrudníka, ruptúra pľúc pri ťažkom kašli, pneumothorax, infekcie dýchacích ciest a pľúc a pod. Medzi typické prejavy patrí opuch a pastovitosť mäkkých tkanív s charakteristickým krepitom pri palpácii, možná bolesť na hrudníku, dýchavičnosť, dysfónia a dysfagia. Bez ohľadu na príznaky subkutánný emfyzém vyžaduje určiť pôvod, zdroj vzduchu, ktorý zahŕňa oblasť horných a dolných dýchacích ciest. Autori sa v diskusii zaoberajú diferenciálnou diagnostikou subkutánného emfyzému, indikáciám k jednotlivým zobrazovacím vyšetreniam a liečbe. Referujú prípad 17,5 ročného chlapca s anamnézou bronchiálnej astmy a náhlým vznikom subkutánného emfyzému s rtg nálezom

pneumomediastína. Subjektívne mal sťažené dýchanie, pocit opuchnutého krku, dysfóniu. Stav sa na konzervatívnej liečbe postupne upravil, takže sa upustilo od zamýšľanej bronchoskopie.

Kľúčové slová: pneumomediastinum, pneumothorax, rtg pľúc, podkožný krepitus, opuch hrdla

DYNAMIKA A OBNOVA ČREVNÉHO MIKROBIÓMU U PACIENTA SO STAT3-DEFICIENTNÝM SYNDRÓMOM NADBYTKU IGE PO ALOGÉNNEJ TRANSPLANTÁCII KMEŇOTVORNÝCH BUNIEK

Šimiaková M.¹; Hric I.¹; Ugrayová S.¹; Adamčáková J.²; Švec P.²; Kolenová A.²; Bielik V.¹

Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

Transplantačná jednotka kostnej drene, Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Abstrakt:

STAT3-deficientný syndróm nadbytku IgE je zriedkavá primárna imunodeficiencia charakterizovaná poruchou Th17 imunity, recidivujúcimi infekciami a progresívnym orgánovým poškodením, najmä bronchiektáziami. U ťažkých foriem predstavuje alogénna transplantácia krvotvorných buniek, z angl. hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) potenciálne kauzálnu liečbu. Črevný mikrobióm zohráva významnú úlohu pri rekonštitúcii imunity po transplantácii a jeho znížená diverzita spolu s expanziou Proteobacteria je asociovaná so zvýšeným rizikom infekcií a choroby štetu proti hostiteľovi, z angl. graft versus host disease (GvHD). Prezentujeme longitudinálne sledovanie dynamiky črevného mikrobiómu u 14-ročného pacienta so STAT3 LOF mutáciou podstupujúceho HSCT od HLA-identického súrodenca (10/10) po redukovanom prípravnom režime (RIC). Sedem dní pred transplantáciou bol pacient klinicky stabilný so zachovanou alfa diverzitou (Shannon index 3,61), dominanciou Firmicutes (64,1 %) a prítomnosťou butyrát-produkujúcich baktérií vrátane *Faecalibacterium prausnitzii*. Tridsať dní po transplantácii sa rozvinula bilaterálna pneumónia (prítomná multirezistentná *Stenotrophomonas maltophilia* a cytomegalovírus), BK virémia a prechodné zlyhávanie štetu. V rovnakom období došlo k výraznej dysbióze s poklesom diverzity (Shannon index 1,65) a dominanciou Proteobacteria (77,6 %), najmä *Pseudomonas aeruginosa*, pri súčasnej výraznej redukcii butyrát-produkujúcich baktérií. Štyri roky po transplantácii je pacient klinicky stabilizovaný bez aktívnej GvHD, so stabilným zmiešaným chimérizmom a adekvátnou vakcinačnou odpoveďou. Črevný mikrobióm vykazuje obnovu diverzity (Shannon index 3,38), nízke zastúpenie Proteobacteria (2,9 %) a opätovnú prítomnosť butyrát-produkujúcich baktérií vrátane *Faecalibacterium prausnitzii* a *Akkermansia muciniphila*. Zmeny črevného mikrobiómu sa vyvíjali paralelne s klinickým priebehom, pričom obdobie ťažkých komplikácií bolo sprevádzané výraznou dysbiózou a dlhodobá klinická stabilita bola sprevádzaná obnovou diverzity a priaznivého mikrobiálneho profilu. Longitudinálne sledovanie črevného mikrobiómu môže predstavovať doplnkový biomarker posttransplantačného priebehu u pacientov s primárnymi imunodeficienciami. Tento výskum bol podporený APVV-22-0047, APVV booster 09I03-03-V06-00062, VEGA 1/0313/25.

Kľúčové slová: črevná mikrobiota, imunodeficiencia, alfa-diverzita, SCFA producenti, GvHD

DUŠEVNÍ (NE)ZDRAVÍ MLÁDEŽE

Slaný J.¹

Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt:

Duševní zdraví, respektive jeho poruchy, jsou dnes vysoce aktuální nejen medicínským, ale neméně také i společenským problémem. Podobně jako hovoříme o epidemii obezity mezi mladými lidmi, a to celosvětově, lze tento výraz použít také na nárůst duševních poruch u mladistvých. Podíváme-li se však blíže na jednotlivé diagnózy duševních poruch, jejich nárůst není identický – diagnózy jako jsou schizofrenie, bipolární porucha, mentální anorexie, ADHD nejeví takový trend nárůstu, jako pozorujeme u úzkosti a depresí a pochybnostech o své pohlavní identitě. Klíčovou otázkou tedy je, co způsobuje nárůst právě těchto dvou – depresí mladých a pocitu úzkosti u nich. Tento hrozivě stoupající trend však nemá povlnnou a zarovnanou křivku: od 80. let minulého století postupně výskyt obou diagnóz narůstal, ale tento trend byl pozvolný, a to až do období kolem roku 2010, kdy křivky výskytu u obou začaly strmě stoupat a stoupají dosud. Začalo se hovořit o tzv. „úzkostné generaci“ mládeže (the anxious generation). Tato zjištění jsou naprosto identická jak např. v USA, tak ve Velké Británii, Skandinávii, Austrálii... Musí to tedy být faktor, který zapůsobil a stále působí globálně v rozvinutých zemích světa. Navíc, a opět shodně, je tento trend horší u dívek, nežli u chlapců (anxiety, deprese, sebepoškozování, suicidia, pochybnosti o pohlavní identitě – genderová dysforie, fluidní pohlaví apod.). Autoři příspěvku, ve shodě s recentní literaturou k tomuto tématu, poukazují na to, že právě kolem roku 2010 došlo k jedné významné změně: doposud byl internet dostupný pouze z notebooků, počítačů a jako mobilní telefony sloužily „tlačítkové“ telefony. Kolem roku 2010 nastala expanze tzv. chytrých telefonů (smartfónů), které se sice stále nazývají „telefon“, ale máme s nimi sebou nonstop, po 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, také internet a všechny tzv. sociální sítě, s možností „vyvěšování“ sem fotografií (a jejich vylepšování), videjí, přidávání „lajků“ či „hejtů“ apod. Tento virtuální „Svět“ pak více ohrožuje pubertální a adolescentní dívky, které již dávno před touto situací měly vyšší výskyt úzkostí, depresí, nejistoty, nižší sebedůvěry, nežli stejně staří chlapci. Diskuse v recentní literatuře se většinou shoduje na tom, aby do cca 15 let věku měly děti k dispozici pouze „klasické“ tlačítkové telefony, kterými lze telefonovat či posílat sms zprávy (např. z důvodu bezpečnosti, možnosti kontaktu s rodiči a naopak) - ale smartfóny aby měly k dispozici až po tomto věku.

Klíčové slová: Duševní zdraví mládeže, Úzkost, Deprese, Sociální sítě, Smartphón

GULÔČKY, KTORÉ NEPATRIA DEŤOM

Smahová S.¹; Maslyanyk O.²; Langerová L.¹; Dallos T.¹

NÚDCH Bratislava

Poliklinika ProCare Central Bratislava

Abstrakt:

Chronická intoxikácia ortuťou u detí je zriedkavá a často sa prejavuje nešpecifickými príznakmi, ktoré vedú k diagnostickému oneskoreniu. Prezentujeme prípad súrodencov vo veku 11 a 5 rokov s chronickou expozíciou elementárnej ortuti v domácom prostredí. Deti manipulovali s neoznačenou

nádobou obsahující ortuť přibližně 2,5 měsíce před stanovením diagnózy. Klinické těžkosti vznikly s odstupem piatichtýždňov a mali polysymptomatický charakter. Dominovali bolesti brucha a pohybového aparátu, nespavost, podrážděnost, úzkost, tremor horných končetin a progresivní intolerancia zátěže. U oboch detí sa rozvinula arteriálna hypertenzia a sinusová tachykardia. Pacienti absolvovali opakované vyšetrenia pre podozrenie na ortopedickú, infekčnú a gastrointestinálnu etiológiu bez jednoznačného záveru. Rozhodujúca bola cieleňá environmentálna anamnéza a následné toxikologické vyšetrenie, ktoré potvrdilo výrazne zvýšené hladiny ortuti v krvi a moči. Po konzultácii s toxikologickým centrom sme indikovali intravenóznú chelatačnú liečbu dimercaptopropánsulfonátom. Obaja súrodenci následne absolvovali opakované cykly chelatačnej liečby podľa klinického priebehu a dynamiky hladín ortuti. Počas liečby došlo k poklesu hladín ortuti v krvi a zvýšeniu jej vylučovania močom. Pre pretrvávajúcu hypertenziu bola prechodne potrebná kombinovaná antihypertenzná liečba. Klinický stav sa postupne zlepšil a neurologické prejavy ustúpili. V rámci dlhodobého sledovania došlo u staršieho súrodenca k úplnej klinickej úprave, normalizácii laboratórných parametrov a vysadeniu antihypertenzív. Kontrolné MR mozgu u mladšej pacientky preukázalo malú periventrikulárnu léziu bielej hmoty bez známok akútnej aktivity, pravdepodobne v súvislosti s prekonanou intoxikáciou. Nález však nekoreloval s klinickým deficitom. Prípád poukazuje na význam dôslednej environmentálnej anamnézy pri nešpecifických neurobehaviorálnych a somatických ťažkostiach u detí. Chronická intoxikácia ortuťou môže imitovať viaceré ochorenia a viesť k opakovaným hospitalizáciám. Včasná diagnostika a chelatačná liečba vedú k priaznivej prognóze, avšak subklinické zmeny centrálného nervového systému môžu pretrvávajúť.

Kľúčové slová: chronická intoxikácia, ortuť, diagnostické oneskorenie, chelatačná liečba, nervový systém

3X A STÁLE POPRVÉ, SRDEČNÍ TAMPONÁDA OČIMA PEDIATRA

Sobota B.₁

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, ČR

Abstrakt:

Srdeční tamponáda je akutní, život ohrožující stav. Bez urgentní léčby vede rychle k srdečnímu selhání a smrti pacienta. Srdce je uloženo v perikardu, kde je fyziologicky malé množství serózní tekutiny – do 50 ml. Tato tekutina je ultrafiltrátem krevní plasmy a usnadňuje klouzání perikardu a epikardu. Během patologických stavů může docházet k hromadění většího množství tekutiny v perikardu, čímž dochází ke zvýšení intraperikardiálního tlaku, který následně zamezuje diastolické dilataci srdce. Následně dochází k poruše diastolického plnění srdce a snížení srdečního výdeje. Bez urgentní léčby dochází ke vzniku hypotenze, tkáňové hypoperfuze a vzniká šokový stav, který může skončit smrtí pacienta v jakémkoliv věku. Mezi dominantní klinické příznaky patří vysoký žilní tlak, tachykardie, hypotenze s paradoxním pulsem a utlumené až neslyšné srdeční ozvy. K rozpoznání tamponády jsou nezbytná další vyšetření – EKG vyšetření, RTG srdce a plic a ECHO srdce. Srdeční tamponáda není v pediatrii častou diagnózou, ale je potřeba na ni myslet a při zjištění tamponády je potřeba stav urgentně řešit...

Kľúčové slová: srdeční tamponáda, srdeční selhání, náhlé úmrtí, urgentní léčba, etiologie

HYPERAKTIVITA POČAS DŇA, BDENIE V NOCI – KAZUISTIKY PACIENTOV S ADHD

Švihrová K.¹

Univerzitná nemocnica Martin, Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského

Abstrakt:

Poruchy spánku predstavujú častú komorbiditu v detskom veku. Insomnia sa prejavuje ťažkosťami so zaspávaním, opakovaným nočným budením alebo predčasným ranným prebúdzaním, čo vedie k skráteniu spánku a zníženiu jeho kvality.

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) patrí medzi neurovývinové poruchy a je charakterizovaná poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou. U detí s touto diagnózou sa spánkové ťažkosti vyskytujú signifikantne častejšie než v bežnej populácii, pričom prevalencia sa odhaduje na 50-70 %. Najčastejšie ide o predĺženú latenciu zaspávania, fragmentovaný spánok a dennú únavu, ktoré môžu sekundárne zhoršovať kognitívne funkcie, emočnú stabilitu a školskú výkonnosť.

Manažment liečby zahŕňa komplexný prístup – režimové opatrenia, systematickú edukáciu v oblasti spánkovej hygieny a v indikovaných prípadoch farmakologickú intervenciu, najmä podanie melatonínu s predĺženým uvoľňovaním.

V prednáške sú uvedené kazuistiky dvoch pacientov s ADHD so zameraním na klinický obraz spánkových ťažkostí, terapeutický postup a efekt zvolenej liečby.

Kľúčové slová: insomnia, ADHD, poruchy spánku, spánková hygiena, melatonín s predĺženým uvoľňovaním

PÄTROČNÁ KAZUISTIKA OBNOVY ČREVNÉHO MIKROBIÓMU A FYZICKEJ REHABILITÁCIE U PEDIATRICKÉHO PACIENTA S ALCL PO ALOGÉNNEJ TRANSPLANTÁCII HEMATOPOETICKÝCH KMEŇOVÝCH BUNIEK SO ZÁVAŽNOU GVHD

Ugrayová S.¹; Hric I.²; Šimiaková M.¹; Adamčáková J.³; Švec P.³; Kolenová A.³; Bielik V.¹

Katedra biologických a lekárskeho vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského Bratislave, 814 69 Bratislava, Slovensko

Katedra biologických a lekárskeho vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského Bratislave, 814 69 Bratislava, Slovensko, Biomedicínske centrum, Ústav klinického a translačného výskumu, Slovenská akadémia vied, 845 05 Bratislava, Slovensko

Klinika detskej hematológie a onkológie, Univerzita Komenského v Bratislave a Národný ústav detských chorôb, Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovensko

Abstrakt:

Alogénna transplantácia hematopoetických kmeňových buniek (allo-HSCT) je kuratívnu liečbou vysokorizikových pediatrických malignít vrátane ALCL, jej priebeh však môže byť komplikovaný

závažnými posttransplantačnými stavmi. Prezentujeme prípad 12 ročného pacienta s ALK-pozitívnym systémovým ALCL, u ktorého sa po allo-HSCT rozvinula ťažká akútna GvHD III. stupňa, postihujúca najmä gastrointestinálny trakt. Zdravotný stav pacienta komplikovali aj opakované infekcie a liekmi indukovaná pankreatitída. Klinický stav bol ďalej zaťažovaný výraznou kachexiou, stratou svalovej hmoty, generalizovanou svalovou slabosťou, dlhodobou imobilitou a psychickým vyčerpaním. Po stabilizácii zdravotného stavu bola iniciovaná striktnie individualizovaná a postupne gradovaná pohybová intervencia realizovaná už počas hospitalizácie na transplantačnej jednotke. Pohybový program začínal pasívnou mobilizáciou, respiračnými cvičeniami a pokračoval asistovanou vertikalizáciou. Následne prešiel do aktívneho silového a aeróbného tréningu nízkej až strednej intenzity s využitím odporových pásov, expandérov a ľahkých činiek. Tréning bol systematicky monitorovaný a flexibilne prispôsobovaný aktuálnemu klinickému stavu, výsledkom laboratórnych parametrov a psychickej motivácii pacienta. Po prepustení pacient pokračoval v rehabilitácii v domácom prostredí. Počas päťročného sledovania došlo k úplnej obnove svalovej sily, fyzickej výkonnosti a návratu k plnohodnotnej športovej aktivite bez známkov relapsu ochorenia alebo pretrvávajúcej GvHD. Paralelne bol analyzovaný aj vývin črevného mikrobiómu. Bezprostredne po allo-HSCT bola prítomná ťažká dysbióza charakterizovaná dominanciou kmeňa *Proteobacteria* (>90 %) a takmer úplnou absenciou baktérií produkujúcich krátkoreťazcové mastné kyseliny (SCFA), najmä *Faecalibacterium*, *Roseburia* a *Akkermansia*. Postupne, v priebehu šiestich mesiacov systematickej rehabilitácie a nutričnej stabilizácie, došlo k výraznej obnove diverzity mikrobiómu s dominanciou *Firmicutes* (95 %) a zvýšením relatívnej početnosti protizápalových SCFA produkujúcich baktérií (*Faecalibacterium prausnitzii*, *Roseburia* spp., *Bifidobacterium* spp.). Súčasne sa zaznamenal pokles potenciálne patogénnych taxónov vrátane *Enterobacteriaceae* a *Clostridioides difficile*. Dlhodobé sledovanie potvrdilo stabilizáciu mikrobiálnej kompozície paralelne s klinickou rekonvalescenciou. Kazuistika poukazuje na bezpečnosť a potenciálny význam včasne iniciovanej, individualizovanej pohybovej intervencie aj v kritickej posttransplantačnej fáze. Systematická rehabilitácia môže významne prispieť nielen k obnove fyzickej funkcie a psychickej pohody, ale aj k regenerácii črevného mikrobiómu a celkovej biologickej stabilizácii pacienta po allo-HSCT, čím podporuje priaznivé dlhodobé klinické výsledky u vysokorizikových pediatrických pacientov. Tento výskum bol podporený APVV-17-0099, APVV-22-0047, APVV booster 09I03-03-V06-00062, VEGA 1/0313/25 a Grantový program na rozvoj športu a vzdelávania v hlavnom meste Slovenskej republiky Bratislave č. MAGDG2000059.

Kľúčové slová: onkológia, transplant, rakovina, pohybová intervencia, detský pacient

APGAR V OHROZENÍ - NÁHLY NEOČAKÁVANÝ KOLAPS ZDRAVÉHO NOVORODENCA

Vajdová E.₁; Šitinová A.₁; Šallay N.₁

Univerzitná nemocnica Bratislava

Abstrakt:

Pacient je novorodenec z prvej fyziologickej gravidity, po spontánnom pôrode záhlavím, bez rizikovej anamnézy. Bezprostredne po pôrode je vyšetrený neonatológom - klinický stav je

vyhovujúci, Apgarovej skóre 10/10, saturácia O₂ v norme. Ako zdravý donosený novorodenec je ponechaný skin-to-skin na matke, v miestnosti je prítomný aj otec dieťaťa. Pravidelne prebieha kontrola personálom pôrodnice. Po približne 30. minútach nachádza pôrodná asistentka dieťa zanorené tvárou do hrudníka matky, bledé, atonické, bez spontánnej dychovej aktivity, okolo nosa má prítomnú čerstvú krv. Prítomný personál okamžite začína kardiopulmonálnu resuscitáciu, v ktorej pokračuje privolaný neonatologický tím. Pre neprítomné známky života je dieťa ventilované maskou, nutná je externá masáž srdca s podaním jednej dávky adrenalínu. Do dvoch minút sa stav dieťaťa stabilizuje a je preložené na vyššie pracovisko za účelom riadenej hypotermie. Magnetická rezonancia mozgu preukázala stav po globálnej ischémii s početnými hemorágiami, neurológ klinicky diagnostikuje hypotonický syndróm bez inej neuropatológie. Nie je potvrdená žiadna vrodená vada, ktorá by daný kolaps mohla spôsobiť. Pacient je po dvanástich dňoch prepustený do domácej starostlivosti. Vo veku dvoch rokov je jeho zdravotný stav výborný, bez následkov asfyxie. Náhly neočakávaný postnatálny kolaps (SUPC - Sudden Unexpected Postnatal Collapse) predstavuje kardiopulmonálny kolaps počas prvých siedmich dní života dieťaťa, ktoré sa narodilo zdravé (s Apgarovej skóre v piatej minúte ≥ 8), v termíne alebo hranične až mierne nezrelé (≥ 35 . g.t.) a pri danom kolapse vyžaduje kardiopulmonálnu resuscitáciu s ventiláciou s pozitívnym tlakom. V Európe sa výskyt odhaduje na 2,6 až 38/100 000 živonarodených detí, v prvých dvanástich hodinách až u 1/20 000. Tretina prípadov sa odohráva do dvoch hodín po narodení, druhá tretina v 2.-24. hodine života a zvyšok medzi 2.-7. dňom. 33-56 % prípadov končí úmrtím alebo ťažkým neurologickým poškodením. Rizikové faktory zahŕňajú polohu dieťaťa na bruchu, skin-to-skin kontakt bez dozoru personálu, nevhodnú polohu pri dojčení, primiparitu, zdieľanie spoločného lôžka. Významnú úlohu zohráva únava rodičky po pôrode a vplyv analgosedácie na jej pozornosť, ale aj rozptýlenie rodičov mobilným telefónom. Výhody nepretržitého kontaktu novorodenca s rodičom v rámci popôrodného bondingu (raného kontaktu matky a dieťaťa) sú nepopierateľné. Úlohou zdravotníckeho zariadenia je vytvoriť také podmienky, aby bol realizovaný maximálne bezpečným spôsobom. Odporúča sa zvýšený dohľad zdravotníckeho personálu počas prvých hodín života dieťaťa, používanie štandardizovaných checklistov a interných protokolov, ako aj pravidelné vzdelávanie personálu v resuscitácii novorodenca. Rodičia aj personál pôrodnice majú byť poučení o rizikových faktoroch SUPC a o zásadách bezpečnej realizácie raného kontaktu. V súčasnosti neexistuje presný prediktívny model stanovujúci individuálne riziko. SUPC však predstavuje jednu z najviac preventabilných tragických udalostí postihujúcich zdravých novorodencov. Kontinuálny centrálny monitoring vitálnych funkcií umožňuje sledovať akciu srdca a saturáciu O₂ dieťaťa v reálnom čase aj na niekoľko metrov vzdialenom oddelení a v prípade potreby vie resuscitačný tím zasiahnuť včas už pri prvých známkach začínajúcej hypoxie.

Kľúčové slová: postnatálny kolaps, skin-to-skin, bonding, SUPC, monitoring

„TA ŽLOUTENKA NENÍ JEN TAK... REKURENTNÍ IKTERUS NOVOROZENCE“

Zedníčková Škodová H.¹

SMN, a.s., Nemocnice AGEL Šternberk

Abstrakt:

Úvod

Novorozenecká žloutenka představuje nejčastější patologický stav časného novorozeneckého období. U lehce nezralých novorozenců je riziko rozvoje hyperbilirubinémie vyšší v důsledku nezralosti jaterních enzymových systémů, vyšší hladiny hemoglobinu i častějších problémů s efektivitou příjmu potravy. Ve většině případů má ikterus benigní průběh, avšak opakovaná rehospitalizace a nutnost opakovaných fototerapií vyžaduje širší diferenciatně diagnostickou rozvahu.

Popis případu

II.gravidita, II. para, lehce nezralý novorozenec (36+5 t.g.), porod spontánní záhlavím, porodní hmotnost 3040 g. Poporodní adaptace bez komplikací. Matka krevní skupina B Rh+, krevní skupina dítěte ani Coombsův test nebyly vyšetřeny. V 7. hodině po porodu byla na žádost matky realizována dimise při fyziologickém klinickém nález, rodiče byli poučeni.

Kontrola u PLDD 4. den života: hmotnost 2880 g, transkutánní bilirubin 324 $\mu\text{mol/l}$, žilní 310 $\mu\text{mol/l}$. Fototerapie byla indikována při hladině $\geq 330 \mu\text{mol/l}$, kontrola za 24 hodin. Následující den vzestup na 362 $\mu\text{mol/l}$, hmotnost 2870 g – zahájena fototerapie za hospitalizace. Krevní obraz bez významné anemizace.

Fototerapie probíhala 2 dny pro nedostatečný pokles hladiny bilirubinu. Dítě bylo plně kojeno, hmotnostní přírůstek +100 g/48 h.

Pro progresi ikteru (sérový bilirubin 380 $\mu\text{mol/l}$) následovala další hospitalizace (2. 12.) a opět 2 dny fototerapie. Jaterní testy i konjugovaný bilirubin v normě, Coombsův test i krevní obraz bez patologie, dítě prospívající.

Celkem došlo k 7 hospitalizacím (20. 11.-31.12.2025) s nutností opakované fototerapie při hladinách bilirubinu mezi 360–380 $\mu\text{mol/l}$. Ultrazvuk břicha opakovaně fyziologický. Infekce opakovaně vyloučena. Konzultovali jsme vyšší pracoviště, které t.č. neindikuje rozšířené odběry (metabolické vady, hematologické, genetické)

Proces fototerapie byl opakovaně komplikován noncompliance rodičů – rodiče i dítě leželi společně v jedné posteli, přes opakovanou edukaci nebyl dodržován doporučený režim efektivního ozáření. Bylo doporučeno i krátkodobé přerušování kojení při podezření na prolongovaný ikterus kojených dětí, což matka odmítla.

Při 6. hospitalizaci zjištěno 16 schistocytů v periferním nátěru, mírná anemizace (Hb 130 g/l, Ht 0,36). Haptoglobin negativní, alfa-1-antitrypsin doplněn. Indikováno hematologické a genetické vyšetření. Další sledování převzala FN Olomouc, kde proběhly další dvě hospitalizace k fototerapii, odebrána krev na vyšetření hemolytických anémií a provedeno genetické testování – výsledek zatím není k dispozici.

Diskuze

Kazuistika dokumentuje protrahovaný, rekurentní ikterus lehce nezralého novorozence s nutností opakované fototerapie při jinak normálních jaterních funkcích a minimálních známkách hemolýzy. Diferenciatně diagnosticky zvažujeme zejména hemolytické anémie (včetně hereditárních membranopatií či enzymopatií), případně poruchy konjugace bilirubinu (např. Crigler–Najjarův syndrom).

Zásadním faktorem mohla být i suboptimální efektivita fototerapie při nedodržení režimových opatření. Případ podtrhuje význam důsledné edukace rodičů, potřebu mezioborové spolupráce a nutnost širší diferenciatně diagnostiky při neobvyklém průběhu novorozenecké hyperbilirubinémie.

Kľúčové slová: lehce nezralý novorozenec, proťahovaný ikterus, efektivita fototerapie, rodičovská spolupráce, rozsáhlá diferenciálna diagnostika

AKO IŠLI ROKY A VIDITEĽNÉ ZMENY OCHORENÍ S NAŠIMI HRDINAMI VZÁCNÝCH GENODERMATÓZ - EPIDERMOLYSIS BULOSA, COLODION BABY A MELANOSIS NEUROCUTANEATOURAINE

Zelenková H.¹

SANARE spol.s r.o., Work place DOST Svidník

Abstrakt:

O spojení a previazanosti dermatológie a lekárskej genetiky už dnes niet pochyb. S pribúdaním ďalších špeciálnych vyšetrení je dnes možná diagnostika a genetická prevencia širokého spektra ochorení genodermatóz, aj pre oblasti etické, právne, genetického poradenstva a genetickej diagnostiky, aj postupy prenatálneho a pre implantačného testovania.

V súčasnosti je známych cca 400 genodermatóz. Podľa posledných delení je to osem základných skupín: keratodermie, pľuzgiernaté choroby, neurokutánne choroby, poruchy pigmentácie, ektodermálna dysplázia, metabolické poruchy, syndrómy s kožnými tumormi, ostatné genodermatózy (spojené s poruchou imunity, fotosenzitivitou, predčasným starnutím).

Incidencia genodermatóz sa líši v jednotlivých častiach sveta. V Európe je najfrekvencovanejšou genodermatózou Ichtyosis vulgaris 1 : 300, neurofibromatóza s incidenciou 1 : 2 500. Ale častot genodermatóz sa líši. Napríklad Epidermolysis bullosa simplex má v SR a ČR incidenciu 1 : 50 000, autozomálne recesívna dystrofická Epidermolysis bullosa má incidenciu 1 : 300 000 narodených detí. Faktom ostáva, že diagnóza týchto chorôb na modernej úrovni je veľmi drahá a z tohto dôvodu aj často nedostupná. Vyspelé štáty majú a vznikajú tam špecializované centrá, sústreďujúce pacientov s určitou genodermatózou. V ČR a SR sú zaregistrované a fungujú dobrovoľné neziskové organizácie, ktoré svoje aktivity smerujú k podpore rodín, kde niektorý člen trpí chorobou, napr. u Epidermolysis bullosa (EB, choroba motýľích krídel) je to organizácia DEBRA...

Adamicová a Fetisovová v roku 2022 rozpracovali diagnostiku genodermatóz. Tá sa v súčasnosti opiera o tri základné smery, vzájomne sa doplňujúce: 1) podrobná anamnéza a klinické vyšetrenie pacienta 2) histologické vyšetrenie - kde pri väčšine genodermatóz ostáva zlatým štandardom elektrónová mikroskopia, imunofluorescenčné a imunohistochemické metódy. Týmito postupmi je možné genodermatózy so špecifickým histologickým obrazom presne zaradiť (Epidermolysis bullosa - choroba motýľích krídel, Ichtyózy, Urticaria pigmentosa a iné). A je zaradená zaujímavá skupina s nešpecifickými histologickými zmenami (Aplasia cutis congenita, Keratosis palmaris et plantaris a iné). 3) posledným smerom diagnostiky sú ďalšie vyšetrovacie metódy, kde dnes dominujú metódy molekulevej biológie (DNA, RNA molekulová analýza).

Znalosť jednotlivých príznakov pri genodermatózach, ich včasná diagnostika a najmä dispenzarizácia pacientov predchádza závažným následkom ochorenia aj trvalej invalidite pacientov. Na našom pracovisku sme v priebehu 45 rokov zaznamenali, dispenzarizovali a naďalej sledujeme takmer 100 pacientov s rôznymi diagnózami a stupňom zdravotného a psychického poškodenia. Na fóre „Kazuistiky“ boli refererovaní mnohí pacienti, napríklad v roku 2015 práca o

kombinácii „genetickej výbavy“ v rodine pacientky a nebývanej koncentrácii a výskytu rôznych typov ochorení. A bola to najmä dôkladná anamnéza, ktorá pomohla aspoň čiastočne sa zorientovať sa v bohatej škále chorobných prejavov.

Ale najzaujímavejší a najzávažnejší sú pacienti chlapci s: Epidermolysis bulosa (dispenzarizácia od roku 1998, prezentácia 2016), Colodion baby (dispenzarizácia od roku 2012, prezentácia 2015) a Melanosis neurocutanea Touraine (dispenzarizácia od roku 2017, prezentácia 2018). Ako sa ochorenie vyvíjalo a aké nové terapeutické možnosti sa v priebehu jednotlivých takmer 30 rokov sledovania objavili u našich troch pacientov referujeme v dnešnej prezentácii. Ide najmä o poukázanie na skutočnosť, aká je nevyhnutná spolupráca rodiny a lekára, zvoliť manažment, aby sa pacientom a ich rodinám a umožnilo udržanie a/alebo aspoň parciálne zlepšenie kvality života a sociálne zaradenie.

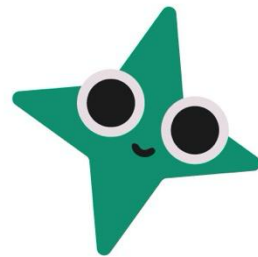
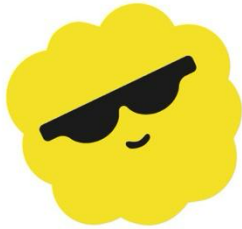
Kľúčové slová: genodermatózy, Epidermolysis Bulosa, Colodion Baby , Melanosis NeurocutaneaTouraine, mnohoročné sledovanie



festival
KAZUISTÍK CZ/SK
z pediatrie

19.–20.
marca 2027

HOLIDAY INN ŽILINA



20. ročník

Festivalu KAZUISTÍK
z pediatrie s podtextom:

**Dáme
hlavy
dokopy**





festival
KAZUISTÍK^{CZ/SK}
z pediatrie

Seraphinea, s.r.o.
Litovelska 670/27
024 01 Kysucké Nové Mesto

Tel.: +421 915 555 838
Email: info@kazuistika.sk
Web: www.kazuistika.sk