

***Zborník abstraktov
Festival KAZUISTÍK® z pediatrie 2020***

12. – 13. jún 2020, Žilina, Slovensko

www.kazuistika.sk

Organizátor

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a Detská fakultná nemocnica Košice

Prezident kongresu

doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., mim. prof.

Čestné predsedníctvo

MUDr. Ingrid Urbančíková, PhD., MPH,
riadiateľka Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach

prof. MUDr. Peter Bánovčin, CSc.,
hlavný odborník MZ SR pre pediatriu

doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., mim. prof.,
predseda Slovenskej pediatrickej spoločnosti

Poverený organizátor:

CLS Consulting, s.r.o.

web: www.clsconsulting.eu

e-mail: info@clsconsulting.eu

telefón: +421 918 707 371

PROGRAM

12. 06. 2020 PIATOK

7:30 Registrácia

8:30 Slávnostné otvorenie

ČESTNÉ PREDSEDNÍCTVO:

prof. MUDr. P. Bánovčín, CSc., hlavný odborník MZ SR pre pediatriu

doc. MUDr. M. Kuchta, CSc. mim. prof., predseda Slovenskej pediatrickej spoločnosti

MUDr. E. Prokopová, viceprezidentka Slovenskej spoločnosti primárnej pediatrickej starostlivosti SLS

MUDr. I. Urbančíková, PhD., MPH, riaditeľka Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach

ODBORNÝ PROGRAM:

08:45 - 10:45 Blok I. Predsedníctvo: *Kuchta M., Urbančíková I.*

1. Interdisciplinárna spolupráca pri diagnostike a liečbe deformít chrbtice

Juraj Popluhár (Žilina)

2. Pneumokoky vedia prekvapiť

Ingrid Urbančíková (Košice)

3. Vyšetříš diet'a a odhalíš matku

Pavol Šimurka (Trenčín)

4. Keď chrípka nie je len chrípkou...alebo pár čísel na zamyslenie

Miloš Jeseňák (Martin) Prednáška je podporená spoločnosťou Sanofi

5. Šanghajska horúčka - čo o nej vieme?

Renáta Szepeová (Martin)

6. Ďalšie zaujímavé kazuistiky diferenciálnej diagnostiky: kostné tumory u detí

Ol'ga Krauseová (Žilina)

7. Potrebujeme bolesť?

Jaroslav Barok (Liptovský Hrádok)

8. Personalizované probiotiká

Anna Jungwirthová (Praha)

9. Lekár a rodič v úlohách Dr. Watsona a Sherlocka Holmesa

Milan Kuchta (Košice) Krst knihy "Mikrobióm a zdravie človeka"

10:30 - 10:45 diskusia

10:45 - 11:00 kávová prestávka

11:00 – 13:00 Blok II. Predsedníctvo: *Zelenková H., Topol'ský I.*

10. „Klaunov úsmev“ a liečba periorálnej dermatitídy u malého atopika

Hana Zelenková (Svidník)

11. Zvyk je železná košeľ... žiaľ (prečo poučiť pacienta o dostupných alternatívach liečby)

Ivan Humeník (Košice)

12. Atestácia sem, atestácia tam

Ivo Topol'ský (Bratislava)

13. Ako vychovať neposlušný mikrobióm

Alojz Bomba (Košice)

14. Cestovať s diet'at'om?

Katarína Šimeková (Martin)

Prednáška je podporená spoločnosťou Sanofi

15. Kto to všetko spôsobil?

Zuzana Pechočiaková (Nitra)

16. Miznúce teses

Andrea Valapková (Trenčín)

17. Keď hyper je vlastne hypo...

Miloš Jeseňák (Martin)

18. Kamilka

Zuzana Miškejeová (Nitra)

12:50 - 13:00 diskusia

13:00 - 14:00 obedová prestávka

14:00 – 16:00 Blok III. Predsedníctvo: *Hrebík M., Hladík M.*

19. Intoxikované dieťa

Michal Hladík (Ostrava)

20. Ako diagnostikovať detského pacienta s pľúcnou artériovou hypertenziou (PAH)

Marián Hrebík (Trnava)

21. Všetci sme boli slepí

Miroslav Repko (Poprad)

22. Liečba presymptomatického dieťaťa s SMA typ II.

Katarína Okáľová (Banská Bystrica) Prednáška je podporená spoločnosťou Biogen

23. Klinický obraz a liečba symptomatických pacientov so SMA

Karin Viestová (Bratislava) Prednáška je podporená spoločnosťou Biogen

24. Atopická dermatitída – neverending story

Ondrej Žilínek (Bratislava)

25. Otogénna príčina parézy nervus facialis - nie je čo riešiť

Kristína Vagánová (Banská Bystrica)

26. Vracanie – benígny, či život ohrozujúci stav u detí ?

Tibor Šagát (Bratislava)

27. Keď je už príliš neskoro...

Zuzana Podmanická (Banská Bystrica)

15:45 - 16:00 diskusia

16:00 - 16:20 kávová prestávka

16:20 – 18:15 Blok IV. Predsedníctvo: *Koval' J., Malý T.*

28. Čo sa ne-zmenilo: vybrané aspekty v sociálnej pediatrii

Ján Koval' (Prešov)

29. Liečba akútnych respiračných infekcií na ambulancii

Alica Kubínska (Banská Štiavnica) Prednáška je podporená spoločnosťou Lunomedic

30. Laparoskopia v gravidite a plod

Lukáš Záhradník (Prešov)

31. Kedy staršia sestra, tak ja taký

Tomáš Malý (Olomouc)

32. Prečo Maroš ožltol?

Dana Jurečková (Michalovce)

33. Majonézové srdce

Nina Háberová (Banská Bystrica)

34. "Covidový exantém"

Oleksandr Dobrovanov

35. Exorcista

Silvia Labovská (Nitra)

36. Nie všetko čo je v poriadku, je v poriadku

Katarína Birková (Bratislava)

18:00 - 18:15 diskusia

13. 06. 2020 SOBOTA

9:00 – 11:05 Blok V. Predsedníctvo: *Kurák M., Čierna A.*

37. Efektívna liečba akútnej gastroenteritídy

Vladimír Holec (Nottingham)

38. Keď odíde mama

Alena Čierna (Zvolen)

39. Netypický priebeh morbus Kawasaki s cholestázou, úskalia manažmentu

Oleksandr Dobrovanov (Bratislava)

40. Poznáte kocúra?

Dominika Senková (Liptovský Mikuláš)

41. Lyellov syndróm

Jana Andrašovičová Burdová (Nitra)

42. Operovaná pred narodením

Peter Krcho (Košice)

43. Potrebuje tento pacient kyslík?

Milan Kurák (Košice)

44. Od jednej diagnózy k druhej

Alena Szokeová (Martin)

45. Aká bola príčina ich hyperexcitability?

Tatiana Reváková (Považská Bystrica)

46. DDH, rebelujúca luxácia coxy - kazusitika

Miloš Hartel (Žilina)

47. Niekedy stačí jeden parameter

Slávka Mišíková (Ivanka pri Dunaji)

10:50 - 11:05 diskusia

11:05 - 11:25 kávová prestávka

11:25 – 13:30 Blok VI. Predsedníctvo: *Kuchta M., Koval' J.*

48. Aby sme na Kocha nezabudli

Zuzana Dolhá (Prešov)

49. Ako som vďaka onychokryptóze schudol

Drahomíra Schwartzová ml. (Košice)

50. Dokedy očakáť vrodenú vývojovú chybu GIT?

Lukáš Záhradník (Prešov)

51. Komplikovaný priebeh varicelly u 5-ročného dieťaťa

Jana Andrašovičová Burdová (Nitra)

52. Prečo Anastázia kašľala tak divo?

Peter Repko (Poprad)

53. Aj „malý“ kamienok môže spôsobiť „veľký“ problém

Mariana Matľáková (Prešov)

54. Keď sa opuch opakuje...

Ivana Trochanová (Bratislava)

55. Zabudnutá choroba

Ivana Gondová (Banská Bystrica)

56. Komplexná liečba bolesti u dieťaťa s psychomotorickou retardáciou

Birivan Nabová (Bratislava)

12:55 - 13:10 diskusia

13:15 - 13:30 *Vyhlásenie súťaží o najlepšiu prednášku*

13:30 - 15:00 obedová prestávka

15:00 Záver kongresu

ABSTRAKTY

KOMPLIKOVANÝ PRIEBEH VARICELLY U 5-ROČNÉHO DIEŤAŤA

Andrašovičová Burdová J.¹; Vaneková B.¹

¹ Infekčná klinika, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva pri Univerzite Konštantína Filozofa, Nitra

Abstrakt:

Autorky prezentujú stále aktuálne ochorenie detí i dospelých s celoročným výskytom, varicellu. Ochorenie u detí prebieha väčšinou bez komplikácií. Pokiaľ sa vyskytnú, medzi najčastejšie patrí impetigo, krvácavé prejavy podmienené trombocytopéniou, primárna intersticiálna pneumónia a cerebelitída. V kazuistike je prezentovaný prípad 5-ročného dievčatka s anamnézou varicelly 5 dní, s horúčkami zle reagujúcimi na antipyretiká. Dieťa bolo prijaté na Infekčnú kliniku FN Nitra pre dehydratáciu a bolesti na ľavej strane hrudníka vynucujúce ťavovú polohu. Pred hospitalizáciou bola realizovaná RTG snímka hrudníka, kde bol nález opisovaný ako normálny. Pri prijatí boli objektívne prítomné na koži už len krusty, meningeálna symptomatológia bola negatívna, prítomné však bolo plytké dýchanie, auskultačne vľavo oslabené. Laboratórne bola zaznamenaná vysoká zápalová aktivita septického charakteru, deficit AT III, hypoalbuminémia. V rámci diferenciálnej diagnostiky pleurodýnie a nekorelujúcej RTG snímky hrudníka, auskultačný a laboratórny nález, sme pri prijatí realizovali CT vyšetrenie hrudníka s opisom ľavostrannej bronchopneumónie so susp. formujúcim sa abscesom a sprievodným fluidothoraxom vľavo. Začatá bola antibiotická liečba (MER), virostatická, symptomatická a rehydratačná terapia, prechodne oxygenoterapia, podaný bol aj AT III, kortikoterapia, imunomodulačná terapia pre potvrdený imunodeficit. Laboratórne parametre zápalu vykazovali pri ich kontrole pokles, USG nadbráničia abscesovú formáciu nevizualizovalo, no pri echokardiografickom vyšetrení sa zobrazil menej echogénny útvar s hyperechogénnym lemom. Kardiológ vyslovil podozrenie o evakuácii abscesu do pleurálnej dutiny. Kontrolné CT vyšetrenie hrudníka verifikovalo len minimálnu regresiu nálezu, dieťa bolo v tom čase klinicky stabilizované, normosaturačné, afebrilné, bez prítomnosti kašľa, bez pleurodýnie. Vzhľadom na nelepšiaci sa pľúcny nález pri konzervatívnej liečbe bolo následne dieťa preložené na Kliniku detskej chirurgie NÚDCH v Bratislave, kde bola realizovaná torakotómia a drenáž pyothoraxu na ľavej strane hrudníka, kultivačne patogén zachytený nebol. Až po chirurgickej intervencii (s pokračovaním v začatej antibiotikej liečbe), došlo k výraznej regresii zápalových zmien a dieťa bolo celkovo po 24 dňoch hospitalizácie a liečby v stabilizovanom stave prepustené do ambulantnej starostlivosti.

Kľúčové slová: varicella, komplikácie, bronchopneumónia, absces, liečba

LYELLOV SYNDRÓM

Andrašovičová Burdová J.¹

¹ Infekčná klinika, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva pri Univerzite Konštantína Filozofa, Nitra

Abstrakt:

Lyellov syndróm je život ohrozujúce ťažké bolestivé pľuzgierovité ochorenie kože charakterizované difúznym erytémom s výsevom drobných vezikúl a postupným vývojom difúznej epidermolýzy, v dôsledku čoho vznikajú veľké erózie s postupným olupovaním (pripomínajúce popáleniny) = toxická epidermálna nekrolýza. Ide o vzácne, no mimoriadne závažné ochorenie, s vysokou mortalitou (v závislosti od rozsahu kožného/slizničného postihnutia). Základom liečby tohto ochorenia je vhodná antibiotická liečba, spolu s lokálnou liečbou, eventuálne imunomodulačnou liečbou. V literatúre je často uvádzaný aj ako synonymum tzv. SSSS- staphylococcal scaled skin syndrome (stafylokokový syndróm obarenej kože) vyvolaný exotoxínom (exfoliatín), ktorý je produkovaný niektorými typmi *Staphylococcus aureus*. V prezentovanej

kazuistike autori opisujú priebeh ochorenia u 1,5-ročného dieťaťa dispenzarizovaného u detského kardiológa pre ASD II, na kombinovanej liečbe a u detského gastroenterológa pre intoleranciu laktózy. Dieťa bolo prijaté na Infekčnú kliniku FN Nitra po odoslaní z LSPP s diagnózou susp. herpes inguinalis l.sin. s dvojdnovou anamnézou tvorby drobných vezikúl v ľavej inguíne s febrilitami do 40°C. Pri prijatí bol v ľavej inguíne prítomný pásovito sa tiahnuci erytém, veľkostne cca 6x2,5cm. Počas hospitalizácie v priebehu 24-48 hodín došlo k výraznej progresii lokálneho nálezu charakteru ostro ohraničeného rozsiahleho erytematózneho ložiska živočervenej farby až s hemoragickou zložkou a bulami, so šírením sa do okolia. Laboratórne sme zaznamenali septické hodnoty zápalových parametrov, kvantitatívny deficit bunkovej imunity s protilátkovým deficitom v triede IgG a C3 zložky komplementu. Úvodnú empirickú parenterálnu antibiotickú liečbu (AMC) sme pri zhoršovaní klinického stavu a lokálneho nálezu zmenili na 2 kombináciu (VAN, cefoperazon/sulbactam). Súčasne sme podávali intravenózne imunoglobulíny, imunomodulans a symptomatickú terapiu. Z odobraných opakovaných sterov z postihnutej kože sme potvrdili prítomnosť zlatého stafylokokka ako i MRSA. Postupne pri hore uvedenej terapii došlo k výraznému zlepšeniu celkového stavu dieťaťa, k úprave lokálneho nálezu na koži a poklesu zápalových parametrov na normu. Dieťa sme po 12-dňovej hospitalizácii a liečbe prepustili do domáceho prostredia s diagnostickým záverom: Lyellov syndróm (SSSS - staphylococcal scaled skin syndrome).

Kľúčové slová: liečba, febrilita, erytém, Lyellov syndróm, koža

AKO VYCHOVAŤ NEPOSLUŠNÝ MIKROBIÓM

Bomba A¹; Strojný L.¹; Ambro L.¹; Kamlárová A.¹; Link R.¹

¹ Lekárska fakulta, Univerzita P.J. Šafárika, Ústav experimentálnej medicíny, Košice

Abstrakt:

V práci je opísaný vývoj dieťaťa s hereditárnym postihnutím - hereditárnou neuropatiou. Spočiatku sa vyvíjalo "normálne", videlo ho viac lekárov. Až pri hospitalizácii bolo vyjadrené podozrenie na vrodenú poruchu citlivosti. Na klinickom obraze sú poukázané príznaky, ktoré vedú k správnej diagnóze. Dieťa necíti bolesť, nerozlišuje horúce ani studené. To všetko postupne vedie k rôznym komplikáciám. Neuropatie zväčša neskracujú dĺžku života, ale významne ovplyvňujú kvalitu života. Postupne sa pridružujú ďalšie komplikácie. Postihnutý musí byť opakovane hospitalizovaný. Podstupuje rôzne chirurgické, stomatologické a ortopedické zákroky. Následne je dôležitá rehabilitačná starostlivosť. Rodina je ťažko skúšaná, má zmenené všetky plány do budúcnosti. Musí sa prispôbiť špeciálnej starostlivosti o dieťa. To ovplyvní chod celej rodiny. Veľakrát to vedie až k rozpadu rodiny a o to väčšiu záťaž na matku, ktorá sa o dieťa stará. Opísaná je nutnosť spolupráce odborníkov, najmä pediatrov, neurológov, ortopédov, rehabilitačných pracovníkov, tiež odborníkov genetikov, internistov, chirurgov, imunológov, stomatológov, protetikov. Genetické vyšetrenie je dôležité pre správnu diagnózu. Tiež je potrebné genetické vyšetrenie celej rodiny s odporúčením pre ďalšie generácie.

Kľúčové slová: mikrobióm, genetické vyšetrenie, diagnóza, hereditárna neuropatia, klinický obraz

POTREBUJEME BOLEŠŤ?

Barok J.¹

¹ IMUNO - ALERGO JB, s.r.o., Liptovský Hrádok

Abstrakt:

V práci je opísaný vývoj dieťaťa s hereditárnym postihnutím - hereditárnou neuropatiou. Spočiatku sa vyvíjalo "normálne", videlo ho viac lekárov. Až pri hospitalizácii bolo vyjadrené podozrenie na vrodenú poruchu

citlivosti. Na klinickom obraze sú poukázané príznaky, ktoré vedú k správnej diagnóze. Dieťa necíti bolesť, nerozlišuje horúce ani studené. To všetko postupne vedie k rôznym komplikáciám. Neuropatie zväčša neskracujú dĺžku života, ale významne ovplyvňujú kvalitu života. Postupne sa pridružujú ďalšie komplikácie. Postihnutý musí byť opakovane hospitalizovaný. Podstupuje rôzne chirurgické, stomatologické a ortopedické zákroky. Následne je dôležitá rehabilitačná starostlivosť. Rodina je ťažko skúšaná, má zmenené všetky plány do budúcnosti. Musí sa prispôbiť špeciálnej starostlivosti o dieťa. To ovplyvní chod celej rodiny. Veľakrát to vedie až k rozpadu rodiny a o to väčšiu záťaž na matku, ktorá sa o dieťa stará. Opísaná je nutnosť spolupráce odborníkov, najmä pediatrov, neurológov, ortopédov, rehabilitačných pracovníkov, tiež odborníkov genetikov, internistov, chirurgov, imunológov, stomatológov, protetikov. Genetické vyšetrenie je dôležité pre správnu diagnózu. Tiež je potrebné genetické vyšetrenie celej rodiny s odporúčením pre ďalšie generácie.

Kľúčové slová: nervosvalové ochorenie, hereditárne neuropatie, genetické vyšetrenie, komplexná starostlivosť, kvalita života

NIE VŠETKO ČO JE V PORIADKU, JE V PORIADKU

Birková K.¹; Kremeňová M.¹; Caňová S.¹; Furková K.¹

¹ Klinika pre deti a dorast A. Getlíka, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity, Bratislava

Abstrakt:

Kolektív autorov vo svojej prednáške poukazuje v 2 kazuistikách na dôležitosť opakovaného overovania, už predtým realizovaných vyšetrení, aj napriek negatívnemu nálezu alebo napriek výsledkom, ktoré sú v diskrepancii so subjektívnymi ťažkosťami pacientov. V prvej kazuistike autori uvádzajú prípad 15-ročného pacienta opakovane vyšetrovaného v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast pre približne 2 roky trvajúce recidivujúce a progredujúce ťažkosti v zmysle tenezmov s početnými vodnatými stolicami s prítomnosťou výrazného množstva čerstvej krvi, občasnou enkoprézou, abdomenalgiiou s úľavou po defekácii a anorexiou s chudnutím a únavovým syndrómom. Pacient bol prijatý na kliniku v stave podvýživy, mierne dehydratovaný a výrazne vyčerpaný. Laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia poukazovali na nešpecifické zápalové ochorenie čreva. Diagnóza inflammatory bowel disease hrubého čreva, v.s. ulcerózna kolitída v aktívnom štádiu, bola potvrdená kolonoskopickým vyšetrením. Od prijatia ordinovaná perorálna antibiotická terapia, indukčná liečba suponovanej ulcerózneho kolitídy a ostatná symptomatická terapia len s miernou úpravou klinického stavu. Preto bol pacient preložený na vyššie pracovisko za účelom biologickej liečby, ktorá mala požadovaný efekt. Dochádza k úprave klinického stavu, hmotnostnému prírastku a pacient je prepustený do ambulantného sledovania gastroenterológa. Druhá kazuistika poukazuje na prípad 17-ročnej pacientky, ktorá bola približne 3 roky vyšetrovaná pre difúzne bolesti brucha s meteorizmom a problémami pri vyprázdňovaní. Opakovane boli všetky laboratórne aj zobrazovacie vyšetrenia bez patologického nálezu. V anamnéze bol údaj o operácii v novorodeneckom veku pre transpozíciu veľkých ciev, v sledovaní kardiológa. Posledné 3 týždne uvádza zmenu charakteru a intenzity bolestí, ktoré lokalizuje predilekčne do ľavého podbruška, s intermitentným výtokom z pošvy „tvarohovitého“ charakteru. Dva dni pred prijatím na naše pracovisko bola pre vyššie udávané progredujúce bolesti podbruška opakovane vyšetrená chirurgom, gynekológom, kardiológom aj pediatrom, konziliárne. Zobrazovacie aj laboratórne vyšetrenia opakovane negatívne. Na našej klinike realizované laboratórne vyšetrenia svedčia pre zápalové ochorenie, pre údaj o výtoku v predchorobí sme realizovali gynekologické vyšetrenie, odobratý výter z pošvy s nálezom *Ureaplasma urealyticum* a *Candida albicans*, na gynekologickom USG vyšetrení prítomný ovoidný útvar do 4 cm nasadajúci na ľavé ovárium, na MR malej panvy nález vinutej tubulárnej štruktúry parauterinne vľavo, suponovaný hydrosalpinx vľavo s krvnými derivátmi, tubárny absces. Opakovane konzultovaný gynekológ odporučil konzervatívnu terapiu. Na antibiotickej liečbe dochádza k normalizácii laboratórných parametrov zápalu, bolesti v podbrušku postupne odoznievajú, pacientka je trvalo afebrilná, gynekologická kontrola pred

prepustením v norme, bez USG známkov hydrosalpinxu vľavo. Na základe anamnézy a výsledkov vyšetrení v anamnéze udávané chronické bolesti brucha vysvetľujeme laktózovou intoleranciou a supponovaným syndrómom dráždivého čreva, aj s podielom psychogénnych faktorov. Aktuálne a progredujúce ťažkosti pripisujeme zápalovým procesom v oblasti ľavého vajcovodu. Pacientka je bez subjektívnych ťažkostí v dobrom klinickom stave prepustená do ambulantného gynekologického sledovania.

Kľúčové slová: enterorhágia, abdominalgia, negatívny objektívny nález, subjektívne ťažkosti, ulcerózna kolitída

KEĎ ODÍDE MAMA

Čierna A.¹

¹ MUDr. Čierna, s.r.o., Zvolen

Abstrakt:

Alergia na bielkovinu kravského mlieka (ABKM) je najčastejšou potravinovou alergiou u detí. Jej výskyt v populácii je 2 - 5 %. Podľa platných odporúčaní ESPGHAN je pri podozrení na ABKM potrebné začať elimináciou alergénu zo stravy. V liečbe je zásadná dlhodobá eliminácia BKM. U dojčiacich žien aj zo strany matky. U nedojčených detí obvykle s využitím extenzívnych hydrolyzátov. V odôvodnených prípadoch aj aminokyselinou formulou. Navodenie tolerancie k BKM má byť testované každých cca 6 - 12 mesiacov. U väčšiny detí dochádza k navodeniu tolerancie koncom dojčenského alebo v priebehu batol'acieho obdobia. Mali by sme sa vyhýbať neodôvodnenej eliminácii BKM na dlhšiu dobu ako je potrebné. Každá manipulácia so zložením stravy môže mať negatívne dôsledky na kvalitu života dieťaťa aj rodiny a na rast pacienta. Zároveň predstavuje ekonomickú záťaž pre zdravotnícky systém. Prediktívnymi faktormi, ktoré sú asociované s rizikom perzistencie ABKM batoliat sú: mnohopočetné potravinové alergie, IgE mediované reakcie a respiračné symptómy. U detí s IgE mediovaným typom ABKM perzistuje ochorenie do vyššieho veku než u non-IgE mediovaného typu. Prvá návšteva dieťaťa v gastroenterologickej ambulancii bola vo veku 13 mesiacov. O dieťa sa stará otec, matka od rodiny odišla. Od štyroch mesiacov veku dieťaťa opakovaně hospitalizované pre obštrukčnú bronchitídu, ťažkú formu atopickej dermatitídy a obštipáciu. Extenzívny hydrolyzát podávaný 4 týždne bez efektu. U dieťaťa sme diagnostikovali IgE mediovaný typ ABKM. Po zvážení nasadzujeme aminokyselinovú formulu. Po mesiaci liečby, napriek priznaným diétnym chybám, dochádza k zlepšeniu kožného nálezu aj obštipácie. Otec absolvoval s dieťaťom 1x imunologické vyšetrenie, na kontrole však už nebol. Na kožnej ambulancii s dieťaťom nikdy nebol ani napriek opakovanému odoslaniu. Respiračné symptómy u dieťaťa trvajú naďalej. Diagnostika aj liečba ABKM je už dlhšiu dobu nemenná a štandardizovaná. Dôležitá je aj úzka spolupráca medzi pediatrom, imunológom, gastroenterológom a dermatológom. Napriek snahe všetkých špecialistov je v prvom rade dôležitá spolupráca s rodičmi. Okrem zdravotného stavu a jeho riešenia sme v našej pediatrickej praxi svedkami niektorých závažných životných situácií. V našom prípade odchod matky od malého dojčaťa zásadným spôsobom ovplyvnil celý priebeh ochorenia aj liečbu.

Kľúčové slová: alergia, bielkovina kravského mlieka, batol'a, aminokyselinová formula, extenzívny hydrolyzát

"COVIDOVÝ EXANTÉM"

Dobrovanov O.¹

¹ Klinika pre deti a dorast, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity, Bratislava

Abstrakt:

Autori rezentujú kazuistiku závažnej erytrodermie a impetiga u ročného chlapčeka, ktorý v úvode ochorenia mal symptómy napodobňujúce streptokokovú infekciu. Dieťa bolo vzhľadom na epidemiologickú situáciu a takmer evidentnú diagnózu presmerované na našu kliniku z ambulancie Kliniky infektológie a geografickej medicíny v Bratislave, kde v tom čase pripravovali lôžka pre covidových pacientov. Kazuistikou chceme poukázať na to, že niektoré nemocnice Slovenskej republiky na začiatku pandémie ochorenia Covid-19 spôsobeného koronavírusom boli zablokované kvôli akútnej starostlivosti, a tak vlastne pacienti s inými diagnózami pre ten relatívne malý počet covidových pacientov nemali kam ísť. Z pohľadu verejného zdravotníctva do budúcnosti by bolo dobré takýmto situáciám predísť.

Kľúčové slová: covid-19, exantém, erytrodermia, impetigo, pandémia

NETYPICKÝ PRIEBEH MORBUS KAWASAKI S CHOLESTÁZOU, ÚSKALIA MANAŽMENTU

Dobrovanov O.¹

¹ Klinika pre deti a dorast, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity, Bratislava

Abstrakt:

Referujeme o netypickom priebehu m. Kawasaki u 3 a 3/4 - ročného chlapčeka, ktorý bol prijatý na kliniku pre 5 dní trvajúce febrilitu, bolesti bruška, nauzeu, slabý perorálny príjem. V rajóne bol liečený penicilínovým antibiotikom pre tonzilitídu a krčnú lymfadenopatiu, posledné 2 dni sa pridružil kašeľ, v deň prijatia pozorovali tmavší moč. Následne, v priebehu ďalšej hospitalizácie, v objektívnom náleze dominovali už bilaterálna katarálna konjunktivitída bez exsudátu, erytematózne, popraskané pery, erytém sliznice dutiny ústnej a faryngu, malinový jazyk, krčná lymfadenopatia, perianálna deskvamácia kože, auskultačne ojediniele bronchitické fenomény, brucho bolo mierne bolestivé a meteoristické. Klinicky a laboratórne pacient splnil kritériá pre morbus Kawasaki, avšak laboratórne boli prítomné známky cholestázy (hyperbilirubinémia konjugovaného typu – 100 umol/l, elevácia ALP, GMT). Na USG brušných orgánov bola vizualizovaná hranične zväčšená pečeň, zvýšenej echogenity, incip. hydrups žlčníka so sludgom. Preto od úvodu bola antibiotická liečba so zameraním na cholestázu dvojkombináciou tret'ogeneračného cefalosporínu a metronidazolu i.v., infúzna, antipyretická a hepatoprotektívna terapia. V rámci diferenciálnej diagnostiky bolo nutné vylúčiť infekčnú etiológiu spomínaných ťažkostí, hlavne hepatotropné vírusy a chirurgickú patológiu. Zároveň v rámci terapie m. Kawasaki bolo indikované podanie IVIG 2g/kg, v plnej dávke, ASA v protizápalovej dávke 80 mg/kg/deň. Na röntgenovej snímke pľúc bola bilaterálne prítomná perihilózne akcentovanejšia pľúcna kresba, pľúcny parenchým bez zobrazenia ložiskových zmien. Kardiálny nález bol opakovane bez kardiitídy a zmien na koronárnych artériách. Doplnené očné vyšetrenie, ktoré bolo bez patologického nálezu na prednom segmente oka. Pod uvedenou liečbou postupne došlo k zlepšeniu klinického stavu pacienta, ktorý bol od 3. dňa afebrilný, bolesti brucha ustúpili, apetít a celkový príjem tekutín upravený, stolice formované a tmavé, prechodne pozorované ošupovanie kože prstov, slizničné a kožné prejavy ustúpili. Kontrolné odbery s poklesom zápalových markerov, v krvnom obraze pretrvávala mierna trombocytóza (Tres 621x109/l), hemokoagulácia fyziologická, v biochemických parametroch bilirubín aj hepatálne enzýmy s tendenciou k poklesu, taktiež aj NT-pro BNP. Pacient v stabilizovanom klinickom stave bol prepustený do domácej a ambulantnej starostlivosti. Počas ďalšieho sledovania dochádza k normalizácii všetkých laboratórnych ukazovateľov. Liečba už len antiagregačná (ASA), hepatoprotektívna, symptomatická a šetriaca diéta. Dieťa zostalo v sledovaní kardiológa a reumatológa. Kawasakiho choroba je akútna vaskulitída detského

veku, ktorá postihuje artérie stredného kalibru a vedie k vývoju aneuryziem koronárnych artérií u približne 25% neliečených pacientov. Jej výskyt bol opísaný celosvetovo a je vedúcou príčinou získaných srdcových ochorení u detí v rozvinutých krajinách. Príčina Kawasakiho choroby ostáva stále neznáma. Kazuistikou chceme poukázať na netypický priebeh m. Kawasaki s doteraz nami nepozorovanou komplikáciou – cholestázou.

Literatúra:

1. Majerová L., Olejník P., Vršanská V. Diagnostika a liečba Kawasakiho choroby u detí a jej koronárne komplikácie. *Pediatr. prax*, 2018;19(5): 224-228.
2. Ramphul K., Mejias S.G. Kawasaki disease: a comprehensive review. *Arch Med Sci Atheroscler Dis*. 2018; 3: e41-e45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6374576/>
3. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135:e927-99.
4. Burns JC, Franco A. The immunomodulatory effects of intravenous immunoglobulin therapy in Kawasaki disease. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015;11:819-25.

Kľúčové slová: morbus Kawasaki, hydrops žlčníka, cholestáza, sonografia, netypický priebeh

ABY SME NA KOCHA NEZABUDLI

Dolhák Z.¹; Čepelová S.²; Čurillová J.²; Ferenc P.³

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana, Prešov, oddelenie pediatrie

² Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana, Prešov

³ Národný ústav detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n.o., Dolný Smokovec

Abstrakt:

Tuberkulóza (TBC) je infekčné ochorenie, vyvolávajúce v organizme špecifické zápalové zmeny. Jeho pôvodcom sú mykobaktérie zo skupiny *Mycobacterium tuberculosis complex*. Prameňom nákazy je najčastejšie človek. K prenosu ochorenia dochádza inhaláciou drobných kvapôčiek, menej často digestívnym prenosom, priamym kontaktom a hematogénne. V 80 - 90% prebieha infekcia pod obrazom pľúcnej tuberkulózy, mimopľúcne formy sú zriedkavejšie. Riziko a typ vzniknutej infekcie sú ovplyvnené vekom dieťaťa. U detí pľúcna forma primárnej infekcie často prebieha asymptomaticky alebo len s minimálnou symptomatológiou. Navyše malé deti sú náchylné na rozvoj včasných postprimárnych foriem infekcie, a to akútnej miliárnej tuberkulózy a tuberkulózy meningitídy. Tieto prebiehajú pod obrazom septického stavu a bez liečby sú letálne. V diagnostike má nenahraditeľné miesto anamnéza, zvlášť rodinná a epidemiologická. Priamy dôkaz patogénov je možný mikroskopickým a kultivačným vyšetrením biologického materiálu. Liečba ochorenia je dlhodobá, vyžaduje kombináciu antituberkulotík a pozostáva z dvoch fáz. Prvá, iniciálna fáza, prebieha ústavnou formou. Na Slovensku došlo od 1. januára 2012 k zrušeniu plošného očkovania novorodencov proti TBC, pričom celková situácia je v našej krajine uspokojivá. Avšak v detskej populácii sme v posledných rokoch svedkami zvyšovania počtu prípadov TBC. V našej kazuistike prezentujeme prípad 9-mesačného dojčaťa hospitalizovaného na detskom oddelení pre bronchopneumóniu. Pre nelepšiaci sa klinický stav dieťaťa a pridruženú neurologickú symptomatológiu bola v rámci diferenciálnej diagnostiky realizovaná lumbálna punkcia, ktorá nás napokon priviedla k diagnostikovaniu bazilárnej meningitídy. Cieľom našej kazuistiky je pripomenúť toto závažné ochorenie, často začínajúce pod nešpecifickým klinickým obrazom. Mohlo by sa zdať, že vďaka očkovaniu a nízkej incidencii v minulosti sme na tento patogén v rámci diferenciálnej diagnostiky prestali pomýšľať, avšak súčasná epidemiologická situácia a prípad nášho malého pacienta nám ukazuje pravý opak, a to že tuberkulóza je stále aktuálna hrozba.

Kľúčové slová: tuberkulóza, meningitída, septický stav, diferenciálna diagnostika, Kochov bacil

ZABUDNUTÁ CHOROBA

Gondová I.¹

¹ Detská fakultná nemocnica, Banská Bystrica

Abstrakt:

Autori v nasledujúcej kazuistike prezentujú prípad zdanlivo obyčajnej komunitnej pneumónie. Práve s danou diagnózou bola táto 16-ročná pacientka preložená na naše oddelenie zo spádovej nemocnice. Dôvodom prevzatia do našej starostlivosti bola nedostatočná odpoveď na nasadenú ATB liečbu a zhoršovanie stavu. V objektívnom náleze pri príjme dominovala krčná lymfadenopatia, hyperemický orofarynx, bolesť na hrudníku, suchý kašeľ, tachydyspnoe, vyčerpanosť a pokles na hmotnosti. Vstupné laboratórne odbery poukazovali na bicytopeniu (anémiu, trombocytopeniu) a eleváciu markerov zápalovej aktivity. V úvode sme k rtg hrudníka doplnili CT pľúc, kde sa zobrazili okrúhle zatienenia lokalizované subpleurálne. Jedným z prvých terapeutických krokov bola zmena ATB liečby a oxygenoterapia cestou kyslíkových okuliarov. Vzhľadom na kachektizáciu pacientky, pokles na hmotnosti a bicytopeniu bola diagnostika rozšírená o odber kostnej drene, bronchoskopické vyšetrenie a histologické vyšetrenie pľúcneho tkaniva. Uvedené však nepriniesli jednoznačný záver, preto ďalším diagnostickým krokom bolo PET CT. Ukázalo nám, okrem iného, i dva prekvapivé nálezy – trombózu v. jugularis interna a hypertrofiu glanduly palatiny s krčným abscesom. Na základe výsledkov sme stanovili diagnózu, jednalo sa o Lemierrov syndróm. Toto ochorenie bolo opísané už v roku 1918 Scottmullerom, ale prvých 20 prípadov zverejnil až o 18 rokov neskôr André Lemierre. Z tejto skupiny ochorenie prežili len dvaja a vtedajšia mortalita sa pohybovala okolo 90%. Prezentuje sa ako infekcie faryngu s abscesom, vznikom tromboflebitídy s následným septickým rozsevom do pľúc. V súčasnej dobe antibiotík je prognóza priaznivá, často sa však na ňu nemyslí, preto dostala synonymum Zabudnutá choroba.

Kľúčové slová: tromboflebitída, septické emboly, pneumonia, faryngitída, krčný absces

MAJONÉZOVÉ SRDCE

Háberová N.¹

¹ Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica

Abstrakt:

16-ročný pacient so známou vrodenou vývojovou chybou srdca – valvulárnou aortálnou stenózou s narastajúcim gradientom, po katetrizačných výkonoch a valvuloplastike pri sekundárne vzniknutej aortálnej insuficiencii, je preložený z infekčného oddelenia pri suponovanej gastroenteritíde s afebrilným priebehom, pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze požitia majonézového šalátu, po vylúčení infekčnej príčiny na ďalšiu diagnostiku. Laboratórne je zachytený hypokoagulačný stav a konjugovaná hyperbilirubinémia s päťnásobne zvýšenými hodnotami hepatálnych enzýmov, je zvýšená azotémia. Pri prijatí je pacient schvátený, v úľavovej polohe na pravom boku, s bolesťami v hypochondriu bilaterálne s vyžarovaním do chrbta, prítomný je systolický šelest nad celým prekordiom, zjavný je našedlý až subikterický kolorit kože, je anurický. Pomocnými zobrazovacími metodikami je verifikovaný fluidothorax a ascites, štrukturálne zmeny pečene a obličiek. Vzhľadom na elektrokardiografický nález komorovej arytmie a elevované kardiospecifické markery a svalové enzýmy, pri echokardiografickom náleze masívnej aortálnej regurgitácie s minimálnou ejekčnou frakciou, je stav hodnotený ako hepatálne a renálne zlyhanie pri kombinovanej kardiálnej dekompenzácii s pravostranným preťažením. A je začatá komplexná liečba srdcového zlyhávania. Na podklade bradykardie so zástavou obehu je opakovane realizovaná komplexná KPR, pri druhej epizóde už

bez navodenia obnovy spontánnej cirkulácie nastáva exitus letalis. Táto kazuistika je mementom, že je potrebné myslieť aj na komorbidity pacienta a nielen akútne riešiť novovzniknuté symptómy.

Kľúčové slová: pravostranné srdcové preťaženie, epidemiologická anamnéza, aortálna regurgitácia, malígna arytmia, príznaky gastroenteritídy

S BRONCHOPNEUMÓNIU NA OPERAČNÝ STÔL ...?

Čurillová J.¹; Hajdučková M.^{1,2}

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana, Prešov, detské oddelenie

² Detská fakultná nemocnica, Košice, oddelenie detskej chirurgie

Abstrakt:

V kazuistike prezentujeme prípad 3-ročného chlapčeka, ktorý bol na Oddelenie pediatrie FNŠP Prešov prijatý pre neúspech ambulantnej liečby respiračného infektu s afebrilným priebehom, ako suspektná bronchopneumónia. Avšak pri prijatí realizovaná RTG snímka hrudníka odhalila inú základnú, doposiaľ nepoznanú diagnózu. Na snímke bola rádiológom popísaná herniácia črevných kľúčiek do ľavej hrudnej dutiny s presunom štruktúr mediastína doprava. CT hrudníka potvrdilo diagnózu masívnej diafragmatickej hernie siahajúcej až apikálne v ľavom hemithoraxe. Po konzultácii s chirurgom a adekvátnej predoperačnej príprave bola realizovaná z laparotomického prístupu repozícia tenkého a čiastočne hrubého čreva cez defekt bránice, následne prevedená hernioplastika diafragmy. Pooperačný priebeh bol nekomplikovaný a pacient bol na štvrtý pooperačný deň prepustený do domácej starostlivosti. Kongenitálna diafragmatická hernia patrí do skupiny život ohrozujúcich ochorení. Ide o vývojovú chybu bránice charakterizovanú prienikom vnútrobrušných orgánov cez vrodený komunikačný otvor do hrudnej dutiny. Tento defekt vzniká v prvých deviatich týždňoch gestácie. Čím včasnejšie v období organogenézy vznikne, tým je závažnejšia pľúcna hypoplázia a horšia prognóza. U závažných foriem sa klinická symptomatológia môže dramaticky rozvíjať už krátko po narodení pod obrazom respiračnej insuficiencie. Mortalita je aj v súčasnosti stále vysoká. Takmer u polovice detí býva bráničná prietrž asociovaná aj s inými vrodenými anomáliami- vrodenými chybami srdca (0 - 35 %), urogenitálneho systému (23%), gastrointestinálneho systému (14%), CNC (10%), či chromozomálnymi aberáciami. Avšak až u 1/5 detí sa môže kongenitálna diafragmatická hernia diagnostikovať v neskoršom veku, príkladom je aj kazuistika nášho pacienta Maximiliána. Tieto prípady majú výrazne lepšiu prognózu, pretože pľúca dieťaťa sú komprimované mechanicky, nie sú hypoplastické. Po rôzne dlhom bezpríznakovom období sa objavujú netypické príznaky, od ľahkých respiračných, zažívacích, kardiovaskulárnych ťažkostí až po príznaky mechanickej črevnej obštrukcie. Základom diagnostiky sú zobrazovacie vyšetrenia, väčšinou na určenie diagnózy postačuje RTG snímka hrudníka, ale pri nejasných nálezoch sú indikované ďalšie zobrazovacie metodiky. Včasná diagnostika a správne časová chirurgická liečba je spojená s lepšou prognózou, preto pri nešpecifických respiračných alebo gastrointestinálnych príznakoch musíme vždy myslieť aj na možnosť diafragmatickej hernie.

Kľúčové slová: hernioplastika, diafragmatická hernia, črevná obštrukcia, RTG hrudníka, bronchopneumónia



Prvá a jediná¹ dojčenská výživa

podľa vzoru materského mlieka



s probiotikami
a oligosacharidmi 2'FL

s probiotikami
a OPTIPRO® HA

Imunita | Metabolizmus | Zdravý rast a vývoj

Dôležité upozornenie: Dojčenie je pre vaše bábätko to najlepšie. Pokiaľ už nemôžete dojčiť, vyberajte náhradnú dojčenskú výživu po porade so svojím pediatrom. ¹ BEBA COMFORT 2 HM-O prvá a jediná v ČR a SR s oligosacharidmi 2'FL a baktériami mliečného kvasenia *L. reuteri*, ktoré sa prirodzene nachádzajú v črevnej mikroflore dojčených detí. BEBA OPTIPRO® HA 2 – prvá a jediná s bielkovinami získanými špeciálnym procesom OPTIPRO® HA, ktoré pomáhajú znižovať riziko vzniku alergie na mliečnu bielkovinu a neskoršie symptómy alergie.

Materiál určený pre odborníkov v zdravotníctve.

DDH, REBELUJÚCA LUXÁCIA COXY - KAZUSITIKA

Hartel M.¹; Popluhár J.¹; Šafek K.¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou, Žilina

Abstrakt:

DDH – developmental dysplasia of the hip, predstavuje široké spektrum postihnutia bedrového kĺbu u novorodenca od dysplázie cez decentráciu, sublúxiu až po kompletnú luxáciu bedrového kĺbu. Incidencia DDH v populácii je 3 - 5% pričom luxačná forma DDH tvorí 0,15 - 0,5%. Etiopatogenéza je multifaktoriálna s rôznym pomerom hypermobility, anteverzie proximálneho femoru a dysplázie acetabula. Liečba je primárne konzervatívna s výbornými výsledkami u včas zachytených pacientov. Pri zlyhaní konzervatívnej liečby nastupuje operačná liečba, ktorú najskôr realizujeme od 6.mesiaca veku dieťaťa. V kazuistike sa zameriavame na prípad pacienta s rebelujúcou luxáciou pravej koxy, ktorý napriek včasnej konzervatívnej terapii podstúpil opakované operácie bedrového kĺbu s bezprostredne pooperačne správnou centráciou, pričom s odstupom času došlo k opakovanej reluxácii, ktorú bolo nutné riešiť kostnými výkonmi v oblasti panvy, ako aj proximálneho femoru.

Kľúčové slová: DDH - developmental dysplasia of the hip, konzervatívna liečba, operačná liečba, reluxácia, rebelujúca

INTOXIKOVANÉ DÍTĚ

Hladík M.¹

¹ Fakultní nemocnice, Ostrava

Abstrakt:

Otrav v dětském věku, nebo podezření na otravu, v posledních letech přibýlo. Dokazuje to výrazné zvýšení počtu dotazů do Toxikologického informačního centra v Praze. V roce 1962 proběhlo 127 dotazů, v roce 2012 již 14 695! Od roku 1960 došlo k výraznému poklesu počtu úmrtí u otrav dětí, o 95%. Tento pozitivní trend se přičítá zavedení bezpečnostních obalů a uzávěrů, úspěšnému zapojení rodičů v prevenci a zavedení standardizovaných léčebných postupů s objevy antidot. Děti tvoří mezi intoxikovanými výraznou většinu, 60%. Až 90% intoxikací u dětí tvoří nešťastné náhody na rozdíl od dospělých, kde převažují 45% sebevražedné pokusy a náhoda tvoří 30%. Co u otravy musíme: 1. zastoupit selhané vitální funkce, 2. při zachovaných funkcích v bezvědomí nebo při sníženém vědomí neponechávat na zádech, ale uvést do stabilisované polohy na boku, 3. u otráveného při plném vědomí (s výjimkou kontraindikací), vyvolat zvracení. Podat Carbo adsorbens. Co u otravy nesmíme: 1. otráveného v bezvědomí - ponechat otráveného na zádech - vyvolávat zvracení nebo vyplachovat GIT bez zajištění dýchacích cest - podávat p.o. antidota, 2. u kyselin, zásad, saponátů a kerosenů - vyvolávat zvracení a provádět výplach. Důležitým diagnostickým vodítkem je velikosti zornic. Mydriáza je patognomonická pro skupinu látek zkracovaných jako AAAS: Antihistaminika, Antidepresiva, Anticholinergika (atropin) - pozor na intoxikaci rostlinami (např. rulík), Sympatomimetika. Míóza znamená v praxi podezření na intoxikaci opiáty. Léky jsou u dětí a adolescentů stále nejčastější příčinou intoxikací. Mezi nimi je co do frekvence na prvním místě paracetamol. Z hlediska fatálního konce je ale ve velkých světových statistikách nejčastější u batolat a předškoláků otrava preparáty železa, u adolescentů pak otrava tricyklickými antidepresivy. Otrava kyslíčnickem uhelnatým (CO) a uhlíčitým (CO₂) se často zaměňuje. Zdrojem CO je nedokonalé spalování, nejčastěji zemního plynu. Ten nahradil v minulosti používaný svítiplyn, který obsahoval významný podíl CO. Místo něj byl zaveden netoxický zemní plyn, jeho nedokonalé spaliny ale CO obsahují. Podobně je tomu u výfukových plynů. CO se váže 250x silněji než O₂ na hemoglobin a dochází tak k vnitřnímu dušení až udušení. CO₂ se tvoří v místech, kde probíhá kvašení – v nevětraných sklepích, studnách, jamách. Mechanismus jeho toxického působení není kupodivu

přesně určen, ale soudí se na vyvolání poklesu pH vnitřního prostředí s jeho rozvratem. Výrazně přibýlo polknutí čočkových baterií. Jsou zvlášť nebezpečné tím, že vytvoří elektrické pole, které způsobuje popáleniny na sliznici zažívacího traktu a může vést až k perforaci.

Klíčové slová: intoxikace, dítě, časté otravy, příznaky, postupy

EFEKTÍVNA LIEČBA AKÚTNEJ GASTROENTERITÍDY

Holec V.¹

¹ QMC Nottingham

Abstrakt:

Európska spoločnosť pre pediatrickú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu (ESPGHAN) definuje akútnu gastroenteritídu ako zmenu konzistencie stolice (na riedku alebo vodovú) a/alebo zvýšenie frekvencie defekácie (typicky > 3 počas 24 hodín), za prítomnosti/neprítomnosti horúčky či vracania. Incidencia v Európe sa odhaduje na 0,5 až 1,9 epizódy ročne na každé dieťa do 3 rokov (1). Celosvetovo je stále jednou z hlavných príčin morbidít priamo spojených s vysokým množstvom hospitalizácií (2). Hlavnou liečebnou metódou v tejto indikácii je i naďalej orálna rehydratácia, avšak dnes máme k dispozícii aj iné možnosti liečby tohto ochorenia so skutočne preukázanou účinnosťou. V kazuistike budú prezentovaní traja detskí pacienti s akútnou gastroenteritídou, ako jedným z najbežnejších ochorení v pediatickej populácii. Aj keď toto ochorenie samo o sebe pre nás nemusí byť nijak zvlášť zaujímavé a atypické, my sa zameriame hlavne na rôzne možnosti jeho základnej liečby, t.j. rehydratácie a to v snahe vyhnúť sa invazívnym a ďalšej traumatizácii pacienta. Tiež predstavíme možnosť prídavnej terapie a to vo forme liečiva s obsahom probiotickej kvasinky *Saccharomyces boulardii*, ktorá nám môže byť svojou účinnosťou v tomto postupe výrazne nápomocná. Jej efektívnosť bude v našich podmienkach tiež porovnaná s historickou skupinou pacientov. Každé ochorenie predstavuje pre pacienta určitú formu stresu. Na tento fakt by sme mali brať ohľad špeciálne v pediatickej populácii s ohľadom na často obmedzené možnosti najmenších pacientov porozumieť našej „dobre mienenej snahe“ im pomôcť. Preto by sme mali vždy minimalizovať invazivitu našej liečby a zároveň, pokiaľ je to len možné, snažiť sa vyhnúť traumatizácii spojených s pobytom v nemocnici, no zároveň ich vždy liečiť efektívne a bezpečne. Práve prídavná liečba akútnej gastroenteritídy pomocou kvasinky *Saccharomyces boulardii* predstavuje jednu z veľmi malého množstva prídavných modalít majúcich za sebou nielen racionálne zdôvodnenie použitia v tejto indikácii, ale aj naozaj pozoruhodnú evidenciu v zmysle princípov modernej medicíny a zároveň silné odporúčenie priamo od spoločnosti ESPGHAN.

Literatúra:

1. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46 (Suppl 2): S81–122.
2. GBD Diarrhoeal Diseases Collaborators. Estimates of global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17:909-948. Erratum in: *Lancet Infect Dis*. 2017; 17:897.

Klíčové slová: gastroenteritída, liečba, rehydratácia, *Saccharomyces boulardii*, EBM

AKO DIAGNOSTIKOVAŤ DETSKÉHO PACIENTA S PLŮCNOU ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU (PAH)

Hrebík M.¹; Kaldarárová M.²; Tittel P.²

¹ Fakultná nemocnica, Trnava, detská klinika

² Národný ústav srdcových a cievnych chorôb a.s., Bratislava, detské kardiocentrum

Abstrakt:

V detskom veku existuje široké spektrum anomálií a ochorení, ktoré môžu viesť k vzniku pľúcnej hypertenzie (PH). Prebiehajúce patofyziologické procesy v pľúcnej cirkulácii sú veľmi podobné ako v dospelom veku, predpokladá sa však výraznejšia vazoreaktivita (vazokonstrikcia) pľúcneho riečiska na rôzne stimuly, pričom ich dlhodobý vplyv vedie k následnej patologicko-anatomickej prestavbe pľúcnych arteriol. Klinické prejavy, priebeh a prognóza PH majú však v detskom veku svoje špecifiká, predovšetkým pre často netypické príznaky a rýchlejšiu progresiu ochorenia. Na druhej strane najväčšiu skupinu v detskom veku predstavujú pacienti s PH asociovanou s vrodenými chybami srdca, ktorá predstavuje jediný typ, kde sa včasnou korekciou chyby dá PH predísť. Rovnako ako u dospelých, aj u detí je pľúcna hypertenzia (PH) hemodynamický a patofyziologický stav, ktorý sa definuje ako zvýšenie stredného tlaku v pľúcnej artérii (mPAP) > 25 mm Hg v pokoji podľa merania pri pravostrannej srdcovej katetrizácii. V rámci syndrómu PH je potrebné odlišiť skupinu pľúcnej artériovej hypertenzie (PAH), ktorá sa vyznačuje osobitnými epidemiologickými, patologicko-anatomickými, klinickými, terapeutickými a prognostickými zvláštnosťami. Bez ohľadu na vyvolávajúce príčiny PAH, je histopatologický obraz zmien pľúcnych arteriol vo všetkých prípadoch veľmi podobný. Pri vzniku PAH sa predpokladá kľúčová úloha endotelovej dysfunkcie s prevahou vazokonstrikčných a mitogénnych faktorov. Odlišnosti nachádzame v hemodynamických parametroch, ktoré ovplyvňujú klinický obraz a prežívanie detských pacientov. Výraznejšia tendencia k vazokonstrikcii sa zúčastňuje na nedostatočnom srdcovom výdaji a nedostatočnom okysličovaní pri fyzickej alebo psychickej aktivite. V klinike sa nedostatočný srdcový výdaj u dospelých prejavuje skôr dýchavičnosťou, u detí naopak častejšie ponámahovou synkopou. Najčastejšou príčinou úmrtia u detí je progresívne zlyhanie pravej komory alebo náhla smrť. U malých detí treba na diagnózu PAH myslieť aj pri takých nešpecifických prejavoch, ako je neprospievanie, nechutenstvo, letargia, alebo predráždenosť. Niekedy je prítomná nevysvetliteľná tachykardia a tachypnoe alebo záchvaty neútlíšiteľného plaču alebo epizódy premodrávania pri námahe. Prejavy PAH sú u väčších detí obdobné ako u dospelých – znížená výkonnosť, vyčerpanie a dyspnoe aj pri miernej aktivite. Typickým prejavom PAH sú ponámahové synkopy. Môžu byť prítomné aj bolesti na hrudníku ako prejav ischémie pravej komory. Edémy dolných končatín a výpotky sú prejavy zlyhávania pravého srdca a bývajú príznakmi pokročilého ochorenia. Včasné zachytenie poruchy je kľúčovou podmienkou pre úspešný manažment PAH. U detí sa používa rovnaký diagnostický algoritmus ako u dospelých. Treba zdôrazniť význam podrobnej anamnézy, ktorá je v pediatrii komplikovanejšia a často sú dostupné len sprostredkované údaje od rodičov. Vzhľadom na veľmi nešpecifické príznaky je veľmi dôležité dopracovať sa k záchytnému bodu, ktorý na prítomnosť PAH upozorní. Základ diagnostiky tvorí podrobné klinické vyšetrenie, RTG hrudníka, EKG, ECHO a pravostranná diagnostická katetrizácia. Liečba v detskom veku kopíruje a nasleduje skúsenosti získané z liečby dospelých pacientov. Správny manažment PAH spočíva v režimových opatreniach, ako aj v medikamentóznej liečbe. U detí je v súčasnosti možnosť použiť špecifickú liečbu PAH. Špecifická liečba vychádza z najnovších poznatkov o patofyziologických procesoch pri PAH. Trendom v súčasnosti je použitie kombinovanej liečby s cieľom pôsobiť na patofyziológiu pľúcnej cirkulácie na viacerých úrovniach a to čo v najvčasnejšom zaradení do liečby.

Kľúčové slová: PAH - definícia, klasifikácia, príznaky, diagnostika, liečba

ZVYK JE ŽELEZNÁ KOŠEĽA... ŽIAĽ (PREČO POUČIŤ PACIENTA O DOSTUPNÝCH ALTERNATÍVACH LIEČBY)

Humeník I.¹

¹ h&h PARTNERS, advokátska kancelária, Košice

Abstrakt:

Každý lekár ho pozná. Pojem „informovaný súhlas“ je prítomný v klinickej praxi niekoľko desaťročí. Napriek tomu je nevyhnutné, aby sme sa opakovane oboznamovali s jeho skutočným účelom a praktickými dopadmi pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientovi. Správne poučenie pacienta pred zákrokom môže zohrávať podstatnú rolu v prípade, ak sa počas starostlivosti poskytovanej pacientovi vyskytnú komplikácie. O to viac, ak tieto komplikácie majú povahu inherentného rizika, ktoré sa môže naplniť aj v prípade, ak lekár postupoval správne. V rozhodovacej metodike súdu môže absencia dostatočného poučenia pacienta predstavovať jeden z dôvodov na označenie postupu poskytovateľa ako postupu non lege artis. Aj výkon, ktorý by bol z medicínskeho hľadiska správny, môže byť v optike danej špecifickej situácie hodnotený, v konečnom dôsledku, ako výkon non lege artis. Najvyšší súd Českej republiky v rozhodnutí 25 Cdo 4168/2016 upozornil, že povinnosť poskytnúť pacientovi zdravotnú starostlivosť, pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy, nie je splnená v prípade, ak sa síce použila metóda, ktorá je považovaná za správny postup, no v danej dobe existuje aj novšia (a dostupná metóda), ktorá významne znižuje inherentné riziko zákroku (cit.): „Vznikla-li poškodenému škoda na zdraví v souvislosti s lékařským zákrokem, přičemž v době jeho provádění existoval postup snižující riziko vzniku škody, tento postup měl poskytovatel zdravotní péče k dispozici a nepoužil jej, je pro vyloučení protiprávnosti jednání takového poskytovatele třeba vycházet z přesvědčivého důvodu, proč k zmíněnému postupu nepřistoupil. Takovým přesvědčivým zdůvodněním však není pouhé konstatování, že alternativní postup není obecně v obdobných případech běžný, neboť zjevně nevyhovuje požadavku, aby zdravotní péče byla každému pacientovi poskytnuta v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“ Predmetné rozhodnutie súdu pre lekársku prax prináša dôležité upozornenie, aby sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nepodceňovali novšie a bezpečnejšie metódy. Toto riziko (podcenenia bezpečnosti pacienta) je prítomné predovšetkým pri výkonoch, kde sa dlhodobo používajú postupy, ktoré stále (v dôsledku zvyku, či inštitucionálnej nepružnosti reagovať na novšie metódy), môžu predstavovať zlatý štandard, no vo vzťahu k zákroku sú spojené s vyšším rizikom pre pacienta ako novší postup, ktorý nie je používaný v takom rozsahu. V prípade, ak sa poskytovateľ rozhodne využiť metódu spojenú s vyšším inherentným rizikom, musí mať pre svoje rozhodnutie dostatočné silné argumenty. Práve v tomto bode môže informovaný súhlas zohrávať dôležitú úlohu. Pacient by mal byť oboznámený s navrhovaným postupom, ako aj s jeho alternatívami. Ak je dôvodom toho, že poskytovateľ postupoval rizikovejším spôsobom to, že si tento postup zvolil samotný pacient a bol o benefitoch a rizikách oboch postupov poučený, tak informovaný súhlas by v konaní pred súdom predstavoval kľúčový dôkaz v prospech poskytovateľa. Záverom je možné dodať, že prepracovaný systém poučenia pacienta o benefitoch a rizikách navrhovaných zákrokov predstavuje silný nástroj pre sledovanie bezpečnosti pacienta a kompliantnosti poskytovateľa s požiadavkami vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z.z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.

Kľúčové slová: pacient, alternatívna liečba, informovaný súhlas, komplikácie, inherentné riziko

KEĎ CHRÍPKA NIE JE LEN CHRÍPKOU...ALEBO PÁR ČÍSEL NA ZAMYSLENIE

Jeseňák M.¹; Bánovčín P.¹

¹ Centrum pre očkovanie rizikových detí a dorastu, Klinika detí a dorastu, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin

Abstrakt:

Chrípka predstavuje typické sezónne infekčné ochorenie s relatívne uniformným klinickým obrazom spôsobeným neustále sa meniacim vírusom. Za najdôležitejšie faktory patogénnosti vírusu chrípky sa považuje hemagglutínin (zodpovedný za adhéziu vírusu na bunky respiračného epitelu) a neuraminidáza (zodpovedná za uvoľnenie viriónov z infikovanej bunky). Z pohľadu imunitného systému je zaujímavá komplexná odpoveď tak ramena vrodenej ako aj špecifickej imunity, ktoré sú aktivované cez viaceré vzorkové receptory s následnou masívnou tvorbou širokého spektra cytokínov a mediátorov, ktoré sú síce primárne určené na obranu proti infekcii, ale zároveň sú zodpovedné za systémové klinické prejavy ako aj následky prekonanej infekcie chrípky. Tri piliere „úspešnosti“ chrípky sú: vysoká infekciozita (postačuje malá dávka vírusu k vyvolaniu infekcie), vysoká kontagiozita (masívne vylučovanie vírusu v priebehu 24 – 48 hodín) a krátka inkubačná doba (18 – 24 hodín). Vzhľadom na krátku inkubačnú dobu, systémové príznaky chrípky začínajú prakticky „z plného zdravia“. Zaujímavé sú najmä zmeny v respiračnom systéme – deštrukcia epitelu (ideálna vstupná brána pre bakteriálnu superinfekciu), metaplázia epitelu s poškodenie ciliárneho klírensu. V detskom veku sú typické systémové prejavy a vyššie riziko febrilných kŕčov, no na druhej strane majú deti vo všeobecnosti lepšiu prognózu ako seniori či imunokompromitovaní jedinci. Medzi najdôležitejšie komplikácie chrípky patria sekundárne infekcie respiračného systému (sínusitída, bronchopneumónia, otitída), bronchiálna hyperreaktivita a intersticiálna pneumonitída, komplikácie zo strany CNS (encefalitída, ADEM), myozitída, či typicky zhoršenie iného chronického ochorenia (astma, CHOCHP, diabetes mellitus, kardiovaskulárne ochorenia).

Z hľadiska zaujímavých čísiel na zamyslenie:

- Zaočkovanosť populácie Slovenska proti chrípke v sezóne 2018/2019 bola 4,4%
- Zaočkovanosť detí vo veku 0 – 15 rokov v rovnakej sezóne 1,4%
- Riziko pre zdravotníka získať chrípku je 3,49-krát vyššie ako bežného jedinca.

Aj napriek tomu, že máme k dispozícii efektívny nástroj prevencie chrípky s vysokou účinnosťou a bezpečnosťou – OČKOVANIE - v klinickej praxi sa stretávame s nízkou zaočkovanosťou s mnohými klinickými komplikáciami u neočkovaných pacientov. Obzvlášť treba vyzdvihnúť cieľové rizikové skupiny pre toto očkovanie: tehotné ženy, deti do 5. roku života, chronicky chorí pacienti, seniori, kontakty rizikových osôb a v neposlednom rade zdravotníci, ktorí tak chránia nielen seba ale aj svojich pacientov.

Kľúčové slová: chrípka, kontagiozita, infekciozita, očkovanie, respiračný systém

KEĎ HYPER JE VLASTNE HYPO...

Jeseňák M.¹; Kapustová L.¹; Petrovičová O.¹; Bánovčín P.¹

¹ Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt:

Poruchy tvorby protilátok predstavujú najčastejšiu formu vrodenej poruchy imunity v praxi pediatra. Vo svojom klinickom obraze majú najmä recidivujúce respiračné a gastrointestinálne infekcie, ale nezriedka sa môžeme stretnúť aj s neinfekčnými príznakmi a komplikáciami (napr. imunitné postihnutie tráviaceho traktu, kože, autoimunitné cytopénie – najmä trombocytopénia a pod.). Pri manažmente často chorého dieťaťa je základným laboratórnym vyšetrením stanovenie koncentrácie sérových imunoglobulínov (IgG, IgA, IgM, IgE) a krvného obrazu s diferenciálnym leukogramom. Na základe týchto dvoch jednoduchých a všeobecne

dostupných vyšetrení možno odhaliť väčšinu závažných vrodených porúch imunity. Pri hodnotení jednotlivých izotypov imunoglobulínov možno pozorovať viacero „vzorcov“, pričom najčastejším nálezom je izolovaný pokles IgG (pod 3 g/l), ktorý je obvykle prejavom prechodnej hypogamaglobulinémie detského veku s úpravou okolo 3. – 4. roku života. Tieto deti môžu častejšie trpieť na recidivujúce respiračné infekcie a rôzne alergické prejavy. Len zriedka vyžadujú prechodné podávanie imunoglobulínov. Pretrvávanie hypogamaglobulinémie, najmä viac-izotypovej, je vždy varovným príznakom, najmä ak je to spojené s klinickými ťažkosťami a opakovanými infekciami. Môže ísť napr. o klinicky najvýznamnejšiu častú, závažnú vrodenú poruchu imunity označovanú ako bežná variabilná imunodeficiencia (CVID syndróm). Napriek zdanlivo „miernemu“ názvu ide o klinicky závažnú vrodenú poruchu imunity so širokým spektrom infekčných aj neinfekčných komplikácií. Laboratórne nachádzame pokles IgG a IgA s variabilnou hodnotou IgM. Úplné chýbanie imunoglobulínov (agamaglobulinémia) u chlapcov môže byť prejavom Brutonovej – X-viazanej agamaglobulinémie. Najčastejšou, ale klinicky nevýznamnou poruchou imunity, je selektívna deficiencia IgA, ktorú možno stanoviť u detí starších ako 4 roky s hodnotou IgA < 0,07 g/l. Dieťa v prvých rokoch života má fyziologickú zníženú koncentráciu IgA, preto o selektívnej deficiencii IgA možno hovoriť až u starších detí. Raritnou formou, prevažne protilátkových imunodeficiencií, sú poruchy izotypového prepnutia imunoglobulínov, pri ktorých nachádzame obvykle vysoké koncentrácie IgM s nízkymi hodnotami IgA a IgG. Ide o tzv. hyper-IgM syndrómy, pričom dnes rozoznávame približne 5 génových porúch. Dve z nich predstavujú závažné imunodeficiencie s ťažkým klinickým obrazom zodpovedajúcim obrazu ťažkej kombinovanej imunodeficiencie (deficit CD40 a CD40L). Zvyšné tri sú dedičné autozomálne recesívne (deficit AID, UNG) alebo dominantne (AID-C) a klinicky zodpovedajú prevažne protilátkovým poruchám – najmä v zmysle opakovaných bakteriálnych infekcií. Typická je hyperplázia lymfatických tkanív a nezriedka aj autoimunitné prejavy. Nádorové komplikácie nie sú pre tieto poruchy typické. Základom liečby je celoživotná substitúcia imunoglobulínov (intravenózne alebo subkutánne), v určitých prípadoch doplnená antibiotickou profylaxiou. Stanovenie sérových imunoglobulínov je jedným z najcennejších laboratórnych vyšetrení aj v modernej imunológii, pričom ide o automatické, priam povinné vyšetrenie u každého často chorého dieťaťa. Opakovaný záchyt nízkych hodnôt imunoglobulínov – a to buď jedného alebo viacerých izotypov (s výnimkou nízkych hodnôt IgA u mladších detí), vyžaduje pozornosť a vyšetrenie u klinického imunológa.

Kľúčové slová: imunoglobulíny, izotypové prepnutie, prevažne protilátkové imunodeficiencie, recidivujúce infekcie, B-lymfocyty

PREČO MAROŠ OŽLTOL?

Jurečková D.¹

¹ Nemocnica s poliklinikou Š.Kukuru, a.s., Svet zdravia, Michalovce

Abstrakt:

Liekové poškodenie pečene je ochorenie pečene/jej funkcie alebo štruktúry, ktoré je zapríčinené podaním lieku pacientovi, patrí k závažným komplikáciám medikamentózne liečby. 17-ročný Maroš prichádza na detské oddelenie 3.11.2018 cestou infektologickej ambulancie pre ikterus a pruritus kože. V septembri 2018 prekonal infekť horných dýchacích ciest, preliečený Ospamoxom v štandardnom dávkovaní. V októbri pre faryngitídu ordinovaný Megamox a Paracetamol taktiež v štandardnom dávkovaní. Na piaty deň užívania antibiotika spozoroval ikterus kože a sklér, acholickú stolicu, tmavý moč. V laboratórnych parametroch je vzostup celkového bilirubínu (199 μmol/l), priameho bilirubínu (156,13 μmol/l), ALP (6,76 kat/l), mierna elevácia transamináz, amoniaku (103,9 μmol/l) v moči prítomný urobilinogén. Krvný obraz, markery akútneho zápalu, hemokoagulačné parametre sú vo fyziologickom rozmedzí. Infektológom vylúčená toxogénna spôsobená hepatotropným vírusom, vylúčená aj toxicita spôsobená ťažkými kovmi, meďou. Neurologické, očné vyšetrenie sú v norme. Zobrazovacími metódami potvrdená hepatopatia ľahkého stupňa, cholestáza

neznámej genézy. Konzultovaný hepatológ, ktorý uzatvára stav ako liekové poškodenie pečene, odporúča symptomatickú liečbu. Maroš je kardiopulmonálne a tlakovo stabilizovaný. Dochádza k progresii hyperbilirubinémie, preto konzultovaná KDaD DFN Košice. Ďalší liečebný postup kordinovaný gastroenterológom. Stav je hodnotený ako cholestatické poškodenie pečene. Maroš spĺňa indikačné kritériá pre eliminačnú metódu MARS, zdravotná poisťovňa však výkon neschválila. Pokračuje sa v konzervatívnej liečbe kortikoidmi, antidotami, hepatikami. Postupne dochádza k poklesu hladín bilirubínu, žľových kyselín. Došlo k zmierneniu ikteru, ústupu pruritu na tolerovateľnú úroveň. Maroš je prepustený domov s diagnostickým záverom: idiosynkratické poliekové poškodenie pečene cholestatického typu. Pečeň odstraňuje lipofilné chemikálie vrátane liekov a biotransformuje ich na vo vode rozpustné metabolity, ktoré sa potom vylučujú. Metabolity liečiv môžu podporovať rôzne chemické reakcie. Tieto účinky majú priamy vplyv na orgány (mitochondrie, endoplazmatické retikulum). Výsledný vnútrobunkový stres vedie k bunkovej smrti spôsobenej buď apoptózou alebo nekrozou. Najčastejším liekom zapríčiňujúcim DILI (drug induced liver disease) je amoxicilín/klavulanát. Poliekové poškodenie môže byť spôsobené samotným amoxicilínom ale častejšie je príčinou kyselina klavulanová. Hepatotoxicita je idiosynkratická, poškodenie pečene má cholestatický charakter a môže nastať až niekoľko týždňov po ukončení liečby. Poškodenie pečene je mierne alebo stredne intenzívne avšak boli popísané aj fatálne prípady. Poškodenie pečene vzniká pravdepodobne na imunoalergickom podklade.

Literatúra:

Glasa,J., Glasová,H.: Liekové poškodenie pečene v ambulancii všeobecného lekára, Via pract., 2008, roč.5 (4/5),178-181

Sylvia Dražilová, Laura Gombošová, Martin Janičko, Ľubomír Skladaný, Eduard Veseliny.: Vybrané kapitoly z hepatológie a gastroenterológie, ISBN 978-80-8152-838-5, 2020,189-191

Kľúčové slová: hepatotoxicita, pečeň, ikterus, pruritus, bilirubín

ČO SA NE-ZMENILO: VYBRANÉ ASPEKTY V SOCIÁLNEJ PEDIATRII

Koval' J.¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A.Reimana, Prešov

Abstrakt:

V prednáške sa venujeme problematike trendov v úmrtnosti dojčiat a v niekoľkých kazuistikách aj mladistvým matkám a ich deťom, opusteniu dieťaťa, syndrómu týraného zanedbávaného a zneužívaného dieťaťa (CAN) ako aj závislostiam u mladých ľudí. Porovnávanie čo sa v tejto problematike ne-zmenilo za posledné desaťročie.

Kľúčové slová: CAN sy, dojčenecká úmrtnosť, úmrtnosť dojčiat doma, mladistvé matky a dieťa, rómovia

ĎALŠIE ZAUJÍMAVÉ KAZUISTIKY DIFF DG KOSTNÉ TUMORY U DETÍ

Krauseová O.¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou, Žilina

Abstrakt:

Kolektív Oddelenia pediatrickej ortopédie FNsP v Žiline prezentuje ďalšie zaujímavé kazuistiky našich pacientov s tumormi kostí a ich diferenciálnu diagnostiku. Od prvých ťažkostí, ambulantný klinický obraz, cez zobrazovacie vyšetrenia a indikáciu k operačnej liečbe - extirpácii a histologizácii a následnej liečbe. Rôznymi, veľakrát neočakávanými, diagnostickými závermi histologického vyšetrenia chceme zdôrazniť, že

jednoznačný diagnostický záver nemožno stanoviť podľa klinického obrazu, laboratórnymi vyšetreniami ani najmodernejšími zobrazovacími vyšetreniami - ale len včasnou operačnou liečbou a histologizáciou tkaniva.

Kľúčové slová: zobrazovacie vyšetrenia, tumory kosti, benígne tumory, malígne tumory, histologizácia, deti

OPEROVANÁ PRED NARODENÍM

Krcho P.¹; Denise Araujo L.²; András T.³

¹ Klinika neonatológie, Lekárska fakulta Univerzity P. J. Šafárika a Detská fakultná nemocnica, Košice

² Hospital Israelita Albert Einstein, Fetal Therapy Program, São Paulo, Brazil

³ Neurochirurgická klinika, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura, Košice

Abstrakt:

Predstavujeme kazuistiku novorodenca po intrauterinnej intervencii, ktorá bola realizovaná v Brazílii v 27.týždni gravidity. Jednalo sa o endoskopickú plastiku rozsiahlej meningomyelokély (MMC) v torakolumbálnej oblasti. Po úspešnej intrauterinnej operácii prebiehala riziková gravidita fyziologicky, bez závažnejších komplikácií. Do perinatologického centra prijatá v 32. týždni gravidity, pre postupujúcu kontrakčnú činnosť a hroziaci predčasný pôrod bola gravidita ukončená sekciou pre závažnú vrozenú vývinovú chybu. Cisársky rez indikovaný z dôvodu závažnej vrodenej chyby chrbtice a miechy pre hroziaci predčasný pôrod pri kontrakciách v 33.týždni gravidity. PH 1840g OH 32cm Apgarovej skóre 8, 9, eutrofia, negatívne infekčné, zápalové markery. Stabilizácia na CPAP. Po pôrode potvrdená rozsiahla rachischisa torako-lumbálnej chrbtice, prekrytá umelou kožou (in utero). Profylakticky krytá antibiotikami pre rozsiahly krytý defekt chrbtice po plastike, sledujeme obvod hlavičky a pomocou USG prietokové parametre, prítomný postupne progredujúci hydrocefalus s nárastom obvodu hlavičky. MMC ošetrovaná FR a preväzmi, postupne dochádza k hojeniu plastiky, dávky stravy sa nám darí zvyšovať, najprv sondou neskôr je prikladaná k prsníku, pije do 40g. Vzhľadom na progredujúci hydrocefalus je nutné implantovať podkožný rezervoár. Pomocou USG potvrdzujeme solitárnu obličku vľavo pri agenéze pravej obličky. Dávky stravy sa nám darí veľmi rýchlo zvyšovať, postupne prechádza na dojčenie, 26.deň realizujeme zavedenie podkožného rezervoára pre nutnosť opakovaných ventrikulárnych punkcií, hmotnostná krivka má ascendentný charakter. Na 52.deň nasadzujeme antibiotiká pre dehiscenciu na hlavičke, v mieste rezervoára a súčasne indikujeme zavedenie V-P spojky na 54.deň života. Po zavedení potvrdzujeme rozvoj celkovej infekcie, s ľahkou cirkulačnou poruchou – prechodne katecholamíny, v liečbe pridaný Meronem. Likvor je kultivačne negatívny, biochemické parametre likvoru sa postupne upravujú. Vo veku 78 dní, na žiadosť rodičov, preložená do NÚDCH v stabilizovanom stave, kde postupne vysadené antibiotiká, neurochirurgická intervencia nebola realizovaná. Prepustená do domácej starostlivosti po 14.dňoch, po 3 mesiacoch od pôrodu. Dnes sú pre niektoré vrozené vývinové abnormality (12 diagnóz) dostupné prenatálne endoskopické a chirurgické výkony a v literatúre sa objavujú práce prezentujúce výhody včasnej intervencie. V prípade Katky sme mali možnosť sledovať a riešiť komplikácie, ktoré sú typické pre vrozené defekty chrbtice. Rozvoj ventrikulomegálie sa nám podarilo zvládnuť štandardným spôsobom a následne zavedením V-P spojky. V ďalšom priebehu zatiaľ nebola pozorovaná retencia moču ani močová infekcia, stolica 1x denne alebo obdeň, porucha inervácie dolných končatín s nutnou rehabilitáciou a ortopedickou liečbou. Kognitívne funkcie vo veku 1 roka sú primerané veku. Čo sme sa naučili:

1. Intrauterinná endoskopická plastika MMK ošetrovaná krytím, FR a vlhkým hojením je zdĺhavý, ale účinný spôsob ošetrovania, u nás bez lokálnych komplikácií.
2. Aj u týchto novorodencov je kľúčová včasná stimulácia imunity a metabolizmu pomocou kolostra a materského mlieka.
3. ATB krytie je indikované len v prípade dokázanej infekcie (nie profylakticky).
4. Alterácia neurologických funkcií (neurogénny močový mechúr a ovládanie defekácie) sa vyskytujú menej často u plodov operovaných prenatálne.

5. Presným monitorovaním mozgových prietokov pomocou dopplerovho vyšetrenia vieme správne načasovať a voliť odoberanie likvoru pred zavedením V-P spojky.

Kľúčové slová: intrauterinná endoskopická intervencia, meningomyelokéla, ventrikuloperitoneálna spojka, novorodenec, kolostrum

LIEČBA AKÚTNÝCH RESPIRAČNÝCH INFEKTOV NA AMBULANCI

Kubínska A.¹

¹ MUDr. Alica Kubinská s.r.o., všeobecná ambulancia pre deti a dorast, Banská Štiavnica

Abstrakt:

Pacient 1: 18-ročná pacientka, RA bez záťaže, AA 0, Chorobnosť sporadická, TO: teploty o 2 dni dráždivý kašeľ viac cez deň, Fyz. dýchanie čisté, KO Le 3,24 FW 15/30 CRP 42,6, výter z hrdla – nepatog. flora, pre podozrenie na atyp. infekciu ord, Fromilid chl a mycopl sa nepotvrdili. Odoslaná na RTG. Vľavo pruhovitoškvritá kresba parahilozne medzi 7 - 8 a 8 - 9 rebrom oválne zatienenie- Z bronchopn. L. sin K, naordinovanému ATB pridaný propomucil cps- pacientka dobre odkašľuje, kašeľ produkt. teploty ustúpili, Kontrolné odbery KO v norme. RTG pľúc o 10 dní negatívny.

Pacient 2: 8-ročný Patrik sledovaný pre AL. Obj. teplota 37,3, kašeľ, v popredí bolesti hrdla, serózna sekr. z nosa katarálny oroph, afty na jazyku, mierny soor, CRP menej ako 8. Ordinovaný propomucil sirup – edukácia o správnom užívaní – kloktat' - veľmi dobrá spolupráca o 4 dni takmer bez ťažkostí ešte pokašľuje, hrdlo nebolí afty a soor nemá.

Zistenie: Výhodná kombinácia propolis a ACC podporuje hojenie slizníc (afty, soor) s výbornou expektoráciou. V liečbe bolo 150 pacientov z ktorých asi 1/4 na kontrolu neprišla, pre 7 bolo potrebné doordinovať ATB.

Výsledok: Pri podaní na začiatku respiračného ochorenia zmierňuje jeho priebeh, výrazne urýchľuje liečenie, pri dlhodobjšom podávaní zvyšuje imunitu.

Použitie: Vhodný podávať pri akútnych aj chronických respiračných infektoch, aftózných aj mykotických stomatitídach.

Kľúčové slová: respiračné infekty, propolis, sliznica, bolesti hrdla, kašeľ

LEKÁR A RODIČ V ÚLOHÁCH DR. WATSONA A SHERLOCKA HOLMESA

Kuchta M.¹; Prokopová E.²; Daniš R.³

¹ Detská fakultná nemocnica a Lekárska fakulta Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Klinika detí a dorastu

² PROBABY s.r.o., Bratislava

³ S&D PHARMA SK s. r. o., Bratislava

Abstrakt:

S rozširovaním našich diagnostických metód, máme dnes možnosti diagnostikovať a následne liečiť aj ochorenia, ktorých pôvodcovia unikali našim diagnostickým možnostiam. S klimatickými zmenami, ale i v spolupráci s inými „nelekárskymi“ odbormi, sa zvyšuje šanca, aby sme diagnostikovali aj doposiaľ veľmi málo známe, či doposiaľ nediagnostikované etiologické faktory patologických stavov. Tieto možnosti sa však v bežnej praxi (aj pre zaneprázdnenosť zdravotníckych pracovníkov, či pre nedostatočne aktivovanú spoluprácu s inými „nelekárskymi“ odbormi), nie vždy dostatočne využívajú. V kazuistike stručne predstavíme príbeh 2,5-ročného dievčatka, ktoré malo na koži tela opakovane prítomné morfy, ktoré aj

anamnesticky zodpovedali uhryznutiam po kliešťoch. Avšak detektívnou prácou otca a účinnej spolupráce všeobecného lekára pre deti a dospelých, sa postupne identifikovali fakty, ktoré za pomoci odborníkov zo SAV viedli k správnej diagnóze a identifikovaniu konkrétneho hmyzu (1). Bol nájdený aj zdroj tohto hmyzu a to holuby (3). Príbeh však musel pokračovať intenzívnymi a dlhodobými (a nákladnými) hygienickými a protiepidemiologickými opatreniami po identifikácii vektora - holuba domáceho. Zvieratá, ktoré žijú v blízkom kontakte s ľuďmi môžu byť nebezpečnými zásobníkmi ľudských patogénov a tieto vtáky môžu preto predstavovať verejné zdravotné riziko pre ľudí (2). Od kožných erytémov, cez alergické reakcie kože, po anafylaktický záchvat či exogénnu alergickú alveolitídu. Banálne „štípance“ na koži detí majú veľmi rôznorodú etiológiu a často nebývajú veľmi závažné. Ich diferenciálna diagnostika je často jednoduchá, no v niektorých prípadoch môže mať zaujímavé rozuzlenie tak, ako v prezentovanom prípade. Je teda zrejmé, že snahy niektorých ľudí ochraňovať populácie mestských holubov nie sú celkom správne. Súčasné klimatické zmeny v našich oblastiach prispievajú k stúpajúcemu výskytu kliešťov, čo je predpokladom čoraz vyššej expozície človeka pôvodcami závažných zoonóz cirkulujúcich na Slovensku. Poznanie základných epidemiologických zákonitostí o týchto chorobách, vrátane preventívnych opatrení, môže byť z tohto hľadiska rozhodujúce pri ochrane nášho zdravia.

Podakovanie za parazitologické vyšetrenia: MVDr. Markéta Derdáková, PhD., vedúca Oddelenia medicínskej zoológie, Ústav zoológie SAV, Bratislava, Prof. RNDr. František Ondriska, CSc. Medirex Group, Bratislava

Kľúčové slová: detektívka, kliešť, holub, uštipnutie, deti

POTREBUJE TENTO PACIENT KYSLÍK?

Kurák M.¹; Fedor P.²; Ilenin M.²

¹ Detská fakultná nemocnica, Košice

² Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny

Abstrakt:

Autori prezentujú zaujímavý prípad pacienta, u ktorého zvyčajná liečba kyslíkom (pri hyposaturácii) môže mať závažné nežiaduce účinky. 16-ročný polymorbidný pacient so základnou diagnózou Praderov - Williho syndróm (extrémne obézny - 152kg), bol prijatý pre ostro ohraničený sýtočervený erytém s hyperémiou pravého predkolenia. Mal zvýšené zápalové parametre a febrilitu do 38,8°C. Klinický obraz dopĺňalo mierne tachypnoe pri obezite. Bola začatá liečba penicilín G, následne pre progresiu flegmóny dolnej končatiny bol pridávaný klindamycín. Druhý deň hospitalizácie v noci dochádza k prehĺbeniu tachydyspnoe a hyposaturácie s potrebou oxygenoterapie až 10 l/min. Následne bol pacient preložený na kliniku pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny (KPAIM) pre akútnu respiračnú insuficienciu pri suspektnej obojstrannej bronchopneumónii. Po preklade naďalej vyžaduje inhalačne kyslík, realizované CT pľúc nepotvrďuje nález bronchopneumónie. V priebehu 48 hodín došlo k poklesu zápalových parametrov. Následný rozbor stavu pacienta vedie k zmene terapeutického prístupu, napojeniu na NIV (neinvazívnu ventiláciu). V priebehu 6 hodín bolo možné úplne vysadiť kyslík a postupne ponechať NIV len na noc. Autori sa venujú špecifickej etiológii respiračnej insuficiencie, pri ktorej môže byť oxygenoterapia škodlivá.

Kľúčové slová: kyslík, erytém, oxygenoterapia, hyposaturácia, tachydyspnoe

EXORCISTA

Labovská S.¹

¹ Fakultná nemocnica Nitra, Klinika detí a dorastu

Abstrakt:

Podozrenie na vírusové encefalitídy máme ak sa jedná o febrilného pacienta s alteráciou vedomia a známami difúznej cerebrálnej dysfunkcie. Rozlišujeme klinické a laboratórne kritériá. Klinické diagnostické kritériá sú horúčka, bolesť hlavy, známky meningeálneho dráždenia, progresia do útlmu vedomia, mentálneho stavu a rozvoj ložiskovej neurologickej symptomatológie a fokálnych záchvatov. Medzi laboratórne diagnostické kritériá patria nálezy EEG (difúzne pomalé vlny, epileptiformné výboje), lumbálna punkcia a analýza likvoru (nevyhnutná časť diagnostiky encefalitídy s typickým nálezom lymfocytovej pleocytózy > 5 lymfocytov/mm³, prítomná v $> 95\%$, iníciaľne môže absentovať pri atypickej HSE), zobrazovacie vyšetrenia mozgu – voľbou je MRI, i keď jednoduchšie a rýchlejšie je získať CT. Prezentovanými kazuistikami chceme poukázať na úskalia v diagnostike vírusových encefalitíd, v prípade ak nie je splnené niektoré z typických diagnostických kritérií, napríklad ak pri analýze likvoru, ktorá je nevyhnutnou časťou diagnostiky encefalitídy, chýba typický nález pleocytózy (býva prítomná v $> 95\%$ prípadov). Zároveň chceme poukázať na výrazný prínos zobrazovacích vyšetrení vo včasnej diagnostike vírusových encefalitíd. Prezentované kazuistiky opisujú diferenciálno-diagnostický postup u detí s febrilným priebehom infekcií dýchacích ciest s následnou postupnou zmenou správania a rozvoja neurologickej symptomatológie v zmysle apaticko-hypobulického stavu, zvýšeného psychomotorického nekludu a epileptiformnej aktivity. Práca je dokumentovaná súborom klinických, laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení (neurologické vyšetrenia, ORL a infektologické vyšetrenia, laboratórne vyšetrenia krvi a likvoru, EEG, MRI mozgu, CT mozgu), ktoré viedli ku stanoveniu správnej diagnózy. Spoločným menovateľom vo všetkých troch prezentovaných prípadoch bola, v úvode, absencia typického likvorového nálezu lymfocytovej pleocytózy (> 5 lymfocytov/mm³, ktorá býva prítomná v $> 95\%$ prípadov) a zvýšenej proteinoráchie a výrazný prínos zobrazovacích vyšetrení vo včasnej diagnostike vírusových encefalitíd. Prvá kazuistika mala pomerne kuriózný priebeh podmienený veľkou poverčivosťou rodičov. Kľúčovým vyšetrením v diagnostike bolo MRI vyšetrenie mozgu s opisovanými drobnými, neostro ohraničenými léziami periventrikulárne vpravo - v dif. dg. zápalové lézie pri vírusovej encefalitíde, bez prítomnosti expanzie a CNS malformácie. V druhej kazuistike zohralo v diagnostike významnú úlohu MRI vyšetrenie mozgu s nálezom zmien v oblasti temporálnych lalokov bilaterálne a ložiskové zmeny v bazálnych gangliách vľavo – v dif. dg. herpetická encefalitída. Diagnózu potvrdilo kontrolné vyšetrenie likvoru s PCR potvrdenou HSV1 infekciou. V tretej kazuistike opäť výrazne pomohli diagnostické zobrazovacie vyšetrenia mozgu. Na CT mozgu boli prítomné symetrické hypodenzné klinovité zóny kortiko-subkortikálne frontálne, bilaterálne a na MRI hypersignálne zóny kortiko-subkortikálne frontálne bilaterálne, zmeny v rámci možnej vírusovej infekcie. Kontrolná lumbálna punkcia s likvorovým nálezom hyperproteinoráchie, elevácie mononukleárov a pozitívnou PCR na HSV1 potvrdila diagnózu herpetickej encefalitídy. Včasné začatie antivírusovej liečby a sprievodná neuroprotektívna liečba viedli ku významnému zlepšeniu klinických výsledkov. Vo všetkých prípadoch akútnej vírusovej encefalitídy, náležité vyšetrenia a podporná starostlivosť, predstavujú neoddeliteľnú súčasť manažmentu. Včasná diagnostika a začatie antivírusovej liečby acyklovirom – excelentnej anti-HSV liečby, vedie k významnému zlepšeniu klinických výsledkov liečby herpetickej encefalitídy.

Kľúčové slová: vírus, infekcia, likvor, krčce, encefalitída, diagnostika, pleocytóza

KDYŽ STARŠÍ SESTRA, TAK JÁ TAKY

Malý T.¹; Kriváčková D.¹; Karásková E.²; Smolka V.²; Michálková K.³; Skanderova D.⁴

¹ Fakultná nemocnica Lekárskej fakulty Univerzity Palackého, Olomouc, I. chirurgická klinika

² Fakultná nemocnica Lekárskej fakulty Univerzity Palackého, Olomouc, pediatrická klinika

³ Fakultná nemocnica Lekárskej fakulty Univerzity Palackého, Olomouc, radiologická klinika

⁴ Fakultná nemocnica Lekárskej fakulty Univerzity Palackého, Olomouc, ústav klinické a molekulární patologie

Abstrakt:

Presentace dvou sester-dvojvaječných dvojčat, které byly operovány v novorozeneckém (dvojče A) a časném kojeneckém věku (dvojče B) z důvodu poruchy pasáže ze žaludku do duodena. Materiál a metoda: Obě sestry-dvojvaječná dvojčata se narodila 10.8.2018 - císařským řezem, porod 37+5. Dvojče A: PD: 48cm, PH: 2480g. Dvojče B: PD: 46cm, PH: 2010g.

Dvojče A (Natálie) bylo hospitalizováno na dětské klinice 17. den života pro zvracení obloukem s podezřením na pylorostenosu. Na ultrazvuku nalezen cystoid v podjaterní krajině, doplněna MR, která prokazuje duplexní cystoid neznámé etiologie - diferenciatně diagnosticky se může jednat o duplikaturu GIT, mezenterální cystu etc. 21.den života jsme holčičku operovali - peroperačně se jednalo o, z antropylorické části žaludku vycházející, zdvojený cystoid na velké křivině. Nález jsme řešili resekci antro-pylorickou ve smyslu resekce žaludku I. typu dle Billrotha s maximálním šetřením antra žaludečního. Byla provedena antro-duodenální anastomosa end-to-end. Pooperační průběh byl nekomplikovaný, perorální příjem byl započat 7.pooperační den, 10.pooperační den byla provedena RTG pasáž GIT, která prokázala dobrou průchodnost anastomosy, dívka byla dalšího dne propuštěna domů.

Dvojče B (Lucie) bylo přijato na dětskou kliniku 33.den života pro zvracení obloukem. Diagnostikována pylorostenosa na ultrazvuku (kanál délky 16mm, svalovina 5mm šíře). 35.den života byla operována - provedli jsme klasickou pyloromyotomii, po této se vyjevila „asymetrie“ svaloviny při velké křivině - zčásti dorsálně. Proto jsme ve spolupráci s dětskou gastroenteroložkou provedli peroperační gastrofibroskopii, která nemohla vyloučit intramurální patologii v oblasti prepylorické. Vzhledem k nálezům u dvojčete A (Natálie) jsme se rozhodli rovněž k antro-pylorické resekci žaludku dle Billrotha I. typu. Perorální příjem byl zahájen 6.pooperační den, průběh léčby byl nekomplikovaný, 10.den provedena RTG pasáž žaludkem a duodenem s průkazem volného průchodu kontrastní látky přes anastomosu antro-duodenální, dalšího dne bylo i dvojčete B (Lucie) propuštěna domů. U dvojčete A (Natálie) byla histologicky diagnostikována duplikatura žaludeční, u dvojčete B (Lucie) se o uvažovanou intramurální duplikaturu nejednalo, ale byla nalezena intramurální dystopie pankreatické tkáně v resekátu. Obě sestry - dvojvaječná dvojčata - dobře prospívají, opakované kontroly vitamínu B12 prokazují fyziologické hodnoty, což svědčí pro to, že ponechaná část antra je dostatečná, aby mohl být produkován Castleův vnitřní faktor (intrinsic factor) nutný k resorpci vitamínu B12 přes sliznici ilea. Resekce žaludku jsou v novorozeneckém a časném kojeneckém věku extrémně vzácné. Nicméně naše zdvojená kazuistika je důkazem toho, že jsou vynuceně možné a nutné. Obzvláště u této věkové kategorie je, ale o to více, nutno pamatovat na další nekomplikovaný vývoj dětí a snažit se o co nejfyziologičtější operace.

Klíčové slová: cystoid peripylorický, duplikatura střevní, pylorostenosa, dystopie pankreatu, resekce žaludku I.typu dle Billrotha

NEROBT KOMPROMISY

V OCHRANE DETÍ
PRED PNEUMOKOKMI



Prevenar 13
Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentná, adsorbovaná)

www.pfizer.sk

PFIZER LUXEMBOURG SARL, o.z.,
Tower 115, Pribinova 25, Bratislava

Prevenar 13
pomáha chrániť deti
proti tým sérotypom
pneumokoka, ktoré
sú na Slovensku
najčastejšie.^{1,2,*}

**OD 1. JÚLA 2019
BEZ DOPLATKU^{3,4}**

REFERENCIE: ¹Maďarová L. et al., IX. Slovenský vakcinologický kongres (26. – 28.4.2018).
²SPC lieku Prevenar 13. ³Kategorizácia liekov a úradné určenie cien liekov MZ SR,
dostupné na <http://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/Details/15782>, navštívené
12.2.2020. ⁴Zoznam kategorizovaných liekov 1.3.2020 – 31.3.2020, dostupné na
<https://www.health.gov.sk/Clanok?lieky202003>, navštívené 12.2.2020.

*V rokoch 2011-2017 boli sérotypy 3 a 19A najčastejšími pôvodcami invazívnych pneumokokových ochorení na Slovensku.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Prevenar 13 injekčná suspenzia

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13 valentná, adsorbovaná). Každá 0,5 ml dávka obsahuje: pneumokokový polysacharid sérotyp 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugovaný s CRM₁₉₇, nosičovým proteínom, adsorbovaný na fosforečnan hliníty.

Indikácie: Aktívna imunizácia ako prevencia invazívnych ochorení, pneumónie a akútneho otitis media spôsobených *Streptococcus pneumoniae* u dojčiat, detí a dospelých vo veku od 6 týždňov do 17 rokov. Aktívna imunizácia ako prevencia invazívnych ochorení a pneumónie spôsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospelých vo veku od 18 rokov a starších. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Vakcinačné schémy pre Prevenar 13 majú byť založené na oficiálnych odporúčaní. **Dojčatá a deti vo veku od 6 týždňov do 5 rokov:** Odporúča sa, aby deti, ktoré dostanú prvú dávku Prevenaru 13, dokončili celý očkovací program s Prevenarom 13. **Dojčatá vo veku 6 týždňov - 6 mesiacov:** Trojdávková základná schéma: Odporúčaná imunizačná schéma obsahuje štyri dávky, každú po 0,5 ml. Základné dávkovanie pre dojčatá obsahuje tri dávky, prvá dávka sa obvyčajne podáva v 2. mesiaci veku s intervalom minimálne 1 mesiac medzi dávkami. Prvá dávka môže byť podaná už v 6. týždni veku. Štvrtá (posilňovacia) dávka sa odporúča medzi 11. a 15. mesiacom veku. **Dvojďávková základná schéma:** V prípade, že sa Prevenar 13 podáva ako súčasť bežného očkovacieho programu dojčiat, schéma môže pozostávať z troch dávok, každá po 0,5 ml. Prvá dávka sa má podať od veku 2 mesiacov, druhá o 2 mesiace neskôr. Tretia (posilňovacia) dávka sa odporúča medzi 11. a 15. mesiacom veku. **U predčasne narodených detí** odporúčaná imunizačná schéma pozostáva zo štyroch dávok po 0,5 ml. **Neočkované dojčatá a deti vo veku ≥ 7 mesiacov:** Dojčatá vo veku 7 - 11 mesiacov. Dve dávky, každá po 0,5 ml, s intervalom najmenej 1 mesiac medzi jednotlivými dávkami. Tretia dávka je odporúčaná v druhom roku života. **Deti vo veku 12 - 23 mesiacov:** Dve dávky, každá po 0,5 ml s intervalom najmenej 2 mesiace medzi jednotlivými dávkami. **Pediatrická populácia vo veku 2 - 17 rokov:** Jedna 0,5 ml dávka. **Dospelí vo veku od 18 rokov a starší:** Jedna jednorazová dávka. Potreba preočkovania ďalšou dávkou Prevenaru 13 nebola stanovená. Ak sa považuje za vhodné podanie 23-valentnej polysacharidovej vakcíny, bez ohľadu na predchádzajúci stav očkovania proti pneumokokom, ako prvý sa má podať Prevenar 13. Vakcína sa má podať intramuskulárnou injekciou. U dojčiat je preferovaným miestom anterolaterálna oblasť stehna (m. vastus lateralis) alebo deltový sval hornej končatiny u detí a dospelých. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivá alebo ktorúkoľvek z pomocných látok alebo na difteričný toxoid. Ako u všetkých vakcín, podanie Prevenaru 13 sa má u osôb trpiacich akútnym ťažkým horúčkovitým ochorením odložiť na neskôr. Avšak výskyt malej infekcie, akou je náchka, nemá byť dôvodom na odklad očkovania. **Špeciálne upozornenia:** Prevenar 13 sa nesmie podávať intravaskulárne. Táto vakcína sa nemá podávať ako intramuskulárna injekcia osobám s trombocytopéniou alebo inou poruchou koagulácie krvi, u ktorých je kontraindikované intramuskulárne injekčné podanie, ale môže sa podať subkutánne, ak potenciálny prospech jednoznačne prevyší riziká. Prevenar 13 chráni len proti sérotypom *Streptococcus pneumoniae*, ktoré sú obsiahnuté vo vakcíne a nechráni proti ostatným mikroorganizmom vyvolávajúcim invazívne ochorenia, pneumóniu alebo otitis media. Tak ako u každej vakcíny, Prevenar 13 nemusí chrániť pred pneumokokovým ochorením všetky osoby, ktorým bol podaný. **Špeciálne populácie:** Osoby so základnými ochoreniami s náchylnosťou na invazívne pneumokokové ochorenia vrátane osôb predtým očkovaných jednou alebo viacerými dávkami 23-valentnej pneumokokovej polysacharidovej vakcíny, môžu dostať minimálne jednu dávku vakcíny Prevenar 13. U osôb s transplantáciou kŕbových buniek obsahuje odporúčanú imunizačnú schému štyri dávky Prevenaru 13, každú po 0,5 ml. Štvrtá (posilňovacia) dávka sa odporúča 6 mesiacov po tretej dávke. **Nežiaduce účinky:** Medzi najčastejšie udávanými nežiaducimi účinkami u detí vo veku 6 týždňov až 5 rokov bola reakcia v mieste podania, horúčka, podráždenosť, znížená chuť do jedla a ospalosť a/alebo nespavosť, u pediatrickej populácie vo veku 6 až 17 rokov bola znížená chuť do jedla, podráždenosť, erytém v mieste očkovania, zdureníe/opuch alebo bolesť/zvýšená citlivosť, ospalosť, nekvalitný spánok, zvýšená citlivosť v mieste očkovania (vrátane zhoršenia pohyblivosti) a u dospelých vo veku 18 rokov a starších bola znížená chuť do jedla, bolesť hlavy, hnačka, vracanie, vyrážka, zimnica, erytém v mieste vpichu, zatrdnutie/opuch a bolesť/citlivosť v mieste vpichu, obmedzenie pohybu v ramene, artralgia, myalgia. **Interakcie:** Dojčatá a deti vo veku od 6 týždňov do 5 rokov: Prevenar 13 môže byť podaný súčasne s ktorýmkoľvek z nasledujúcich očkovacích antigénov podávaných buď vo forme monovalentnej alebo kombinovanej vakcíny: záškrt, tetanus, acelulárna alebo celulárna vakcína proti čiernemu kašľu, Haemophilus influenzae typ b, inaktivovaná detská obrna, hepatitída B, meningokoková séro skupina C, ospky, mumps, ružienka, ovčie kiahne a rotavírusová vakcína. Prevenar 13 možno tiež podávať súčasne s konjugovanou očkovacou látkou obsahujúcou tetanový toxoid a meningokokové polysacharidové séro skupiny A, C, W a Y deťom vo veku 12 až 23 mesiacov, ktoré už boli adekvátne imunizované Prevenarom 13. **Dospelí vo veku 50 rokov a starší:** Prevenar 13 sa môže podávať súčasne so sezónnou trivalentnou inaktivovanou vakcínou proti chrípke (TIV). Odlišné injekčné vakcíny sa majú vždy podať na rôzne miesta. **Predávkovanie:** Nie je pravdepodobné, nakoľko je k dispozícii v naplnených injekčných striekačkách. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú dostupné údaje o používaní Prevenaru 13 u gravidných žien. Nie je známe, či sa Prevenar 13 vylučuje do materského mlieka. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlo a obsluhovať stroje:** Prevenar 13 nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Uchovávanie:** Uchovávať v chladničke (2°C – 8°C). Neuchovávať v mrazničke. Prevenar 13 je stabilný štyri dni pri teplote do 25°C. Na konci tejto doby sa musí Prevenar 13 použiť alebo zlikvidovať. Tieto údaje sú určené ako pomôcka pre zdravotníckych pracovníkov v prípade dočasných teplotných zmien. Informácia je určená pre odbornú verejnosť. Výdaj lieku je viazaný na lekárske predpis. Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC).

Dátum aktualizovania skrátenej informácie o lieku: December 2019

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgium

Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii: Pfizer Luxembourg SARL, o.z., tel: +421 2 3355 5500.

Upravené podľa SPC schváleného Európskou agentúrou pre lieky (EMA) 09.12.2019.

NIEKEDY STAČÍ JEDEN PARAMETER

Mišíková S.¹

¹ Babyclinic s.r.o., Ivanka pri Dunaji

Abstrakt:

Akútna lymfoblastová leukémia je najčastejším onkologickým ochorením u detí. S vrcholom výskytu v predškolskom, školskom a adolescentom veku. K úvodným klinickým príznakom patrí únava, subfebrilita a febrilita, krvácanie z nosa, opakované infekcie a bolesti kĺbov a kostí. V objektívnom náleze sa vyskytuje lymfadenopatia, hepatomegália, prejavy krvácania na koži a slizniciach a neurologické prejavy. U jednotlivých pacientov sa úvodné prejavy vyskytujú vo veľkej variabilite, môžu byť vyjadrené len mierne, prípadne vôbec. V kazuistike uvádzame prípad 3-ročného pacienta, ktorý s rodičmi navštívil ambulanciu VLDD bezprostredne po návrate z dovolenky v Chorvátsku. Chlapec mal 3 dni teploty a petechie okolo očí, ktoré si matka všimla po tom, ako dieťa jeden krát vracalo, hnačku nemal, kašeľ sporadicky. Pacient bol pri vyšetrení febrilný, pôsobil veľmi unaveno, mal petechie okolo očí, uzliny submandibulárne cca 1,5 cm, tonzily červené, ostatný nález v norme. Vzhľadom na klinický stav odobratá krv na krvný obraz s diferenciálom, biochémiu, sérológiu, výtery z nosa, hrdla, moč analyzátorom negat. Cca o 2 hodiny som mala telefonát z laboratória s upozornením na vysokú laktátdehydrogenázu a CRP pri normálnom krvnom obraze. Na základe tohto telefonátu sme kontaktovali Jakubka s rodičmi s odporúčením ďalšieho vyšetrenia na internej ambulancii na vyššom pracovisku. Tam dieťa vyšetrené, rtg hrudníka len peribronchitída, ORL vyšetrenie v norme a dieťa odoslané na symptomatickej liečbe domov. LDH bolo klasifikovaná ako laboratórna chyba. Petechie boli posúdené ako následok vracania. ATB liečbu nedostal. Po skontaktovaní sa s matkou sme sa dohodli, že ešte pôjde na infekčnú ambulanciu vzhľadom na vysokú LDH. Predtým som samozrejme telefonicky konzultovala službukonajúceho lekára na infekčnej ambulancii s oboznámením ho o výsledkoch, priklonil sa na moju stranu, že pacienta s takýmito výsledkami treba prijať a urobiť ďalšiu diagnostiku. Za toto som mu veľmi vďačná. Tam pacienta hospitalizovali. Na druhý deň som bola kontaktovaná laboratóriom, kde v nátere bolo detegovaných 40% blastov susp. Kontaktovala som ošetrojúcu lekárku o zopakovanie krvného obrazu s náterom, kde bolo už 61% blastov a dieťa bolo akútne preložené na detskú onkológiu. Bola urýchlene dorobená diagnostika, substitučná liečba, a začatá liečba pre akútnu lymfoblastovú leukémiu. Uvedenou kazuistikou chceme poukázať na dôležitosť nespecifických úvodných príznakov onkologického ochorenia, ktoré nemusia byť výrazné. Lekára často vedie aj akýsi šiesty zmysel a pocit, že s dieťaťom sa „niečo deje“, a to aj napriek tomu, že klinické ani laboratórne parametre nie sú plne vyjadrené. Dobrou a rešpektujúcou spoluprácou laborantov, lekárov prvého kontaktu a lekárov v nemocničnej starostlivosti môžeme prispieť k včasnému zachyteniu onkologickej diagnózy a tým aj k priaznivej prognóze pacienta.

Kľúčové slová: leukémia, petechie, laktátdehydrogenáza, krvný obraz, spolupráca

KAMILKA

Miškejeová Z.¹; Pechočiaková Z.²; Dubaj M.³; Nemčovič V.⁴; Visolajský P.²

¹ Ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast, Nitra

² Fakultná nemocnica Nitra, klinika detí a dorastu

³ Fakultná nemocnica Nitra, chirurgická klinika

⁴ Fakultná nemocnica Nitra, urologické oddelenie

Abstrakt:

Všeobecný lekár pre deti a dorast - obvodný pediater sa vo svojej ambulancii takmer denne stretáva s pacientmi udávajúcimi bolesti brucha. 8-ročná pacientka bola vyšetrená obvodným pediatrom pre 4 dni trvajúce bolesti brucha, teplotu do 39°C, 1x zvracala, riedke stolice nemala. Pre difúziu citlivosť brucha a výraznú bolestivosť

pri vyšetrení per rektum, kedy je na špičke prsta prítomná hlienová, hnedočierna stolica, je dieťa odoslané na ultrasonografické vyšetrenie brucha, ktorým je v medzikľúčkovom priestore detegovaná voľná tekutina. Laboratórnymi vyšetreniami sa zisťuje vysoká hodnota CRP. Následne je dieťa odoslané na hospitalizáciu na chirurgickú kliniku, kde je akútne operované s nálezom: Appendicitis gangrenosa perforata, Abscessus stercoralis reg. pelvis. V pooperačnom období je na antibiotickej a rehydratačnej liečbe zastabilizovaná, avšak na 9. pooperačný deň dochádza k oligúrii až anúrii, stúpajú N-katabolity v sére. Doplnené CT vyšetrenie brucha, ktorým sa zistila urolitiáza v oboch močovodoch. V celkovej anestézii sa vykonala cystoskopia, urológ zaviedol katétre do oboch močovodov, diuréza sa obnovila, došlo k úprave koncentrácií N-katabolitov. V stabilizovanom stave bola prepustená do domácej starostlivosti, zostala v sledovaní detského urológa.

Kľúčové slová: bolesti brucha, appendicitis gangrenosa, operácia, anúria, urolitiáza

KOMPLEXNÁ LIEČBA BOLESTI U DIEŤAŤA SO PSYCHOMOTORICKOU RETARDÁCIOU

Nabová B.¹; Jasenková M.¹

¹ Plamienok n.o., Bratislava

Abstrakt:

Detský hospic Plamienok poskytuje od roku 2002 domácu paliatívnu starostlivosť (ďalej len DPS) a liečbu deťom so život limitujúcim a život ohrozujúcim ochorením. DPS zahŕňa nielen medicínsku a ošetrovateľskú oblasť, ale aj sociálne poradenstvo a sprevádzanie rodiny v psychicky náročných chvíľach a v období anticipačného smútenia. Domáca paliatívna starostlivosť zlepšuje kvalitu života dieťaťa, ako aj ostatných členov rodiny a významne znižuje riziko patologického smútenia po strate. Kazuistika opisuje prípad domácej paliatívnej starostlivosti u 14-ročného dievčaťa so základnou diagnózou osteopetrosis. Osteopetrosis predstavuje skupinu vzácných, dedičných ochorení skeletu a charakterizovaná je zvýšenou kostnou denzitou a abnormálnym rastom kosti. Dieťa bolo do našej starostlivosti prijaté pre pretrvávajúce bolesti, problémy s príjmom potravy, s postupne rozvinutým elektívnym mutizmom. Pri poslednej hospitalizácii vo FNsP Žilina, boli podľa CT prítomné viacpočetné fraktúry v oblasti lumbálnych stavcov, pri ktorých bola indikovaná konzervatívna liečba. Okrem toho dieťa nevidí pre atrofiu zrakových nervov, pretrvávajú problémy z chronickej recidivujúcej fistuly ľavého femuru v teréne jazvy. Po hospitalizácii došlo k rýchlej progresii psychomotorického a kognitívneho deficitu, dieťa úplne prestalo rozprávať, odmietalo jesť a prehĺtať stravu a trpelo kvôli bolestiam pre mnohopočetné fraktúry. S prosbou o pomoc nás kontaktoval otec dievčaťa, ktorý sa o Plamienku dozvedel na základe odporúčania v NÚDCH, pri jednej z plánovaných hospitalizácií. Ide o rodinu s familiárnym výskytom osteopetrozy, celkovo mali 4 deti s touto diagnózou, jedného syna pre toto ochorenie už stratili. Ako cieľ pri prijatí do našej starostlivosti sme si stanovili dostatočný symptómový manažment bolesti, ktorá bola sprevádzaná výrazným nepokojom a problémami so spánkom. Predpokladáme, že práve dlhodobo nedostatočne kontrolovaná bolesť, nielen progresia základného ochorenia, prispela k výraznému a rýchlemu zhoršeniu stavu. U dieťaťa sa obmedzila hybnosť, dovtedy vedelo chodiť s oporou, v krátkej dobe prestalo rozprávať. Dieťa odmietalo jesť a v priebehu asi 2 mesiacov schudlo 5 kg. Do liečby sme preto nasadili vhodné analgetiká, ale aj antidepresíva. Spočiatku bolesť tlmená opiátmi v kombinácii s inými analgetikami, neskôr sa opiáty podarilo úplne vysadiť. Dnes sú analgetiká podávané len v prípade potreby. Výsledkom je, že u dieťaťa došlo k zníženiu algických prejavov, nekládu a zvýšil sa kalorický príjem. Okrem toho postupne došlo aj k opätovnému objaveniu sa reči – dieťa po stimulácii vlastným hlasom, z videí z minulosti, dokáže opakovať niektoré vety. Prezentovaný prípad poukazuje, že z DPS nemusia prosperovať iba deti v terminálnych štádiách ochorení. Adekvátne analgetická a antidepresívna liečba, ktorá býva často obávaná, zvyšujú kvalitu a komfort života dieťaťa, ale aj rodiny, ktorá sa oň stará.

Kľúčové slová: domáca paliatívna starostlivosť, osteopetrosis, bolesť, psychomotorická retardácia, antidepresíva

LIEČBA PREDSYMPTOMATICKÉHO DIEŤAŤA SO SMA TYP II.

Okál'ová K.¹; Trúsiková E.¹; Tabačáková K.¹

¹ Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica

Abstrakt:

Prezentujeme kazuistiku úspešnej liečby predsymptomatickej pacientky so spinálnou svalovou atrofiou (SMA - spinal muscular atrophy) SMA typ II. Od októbra 2018 liečime nusinersenom prvú predsymptomatickú pacientku so SMA typ II., ktorej diagnóza bola stanovená na základe ochorenia jej starších súrodencov. Vek dieťaťa v čase začiatku liečby bol 7 mesiacov. Samostatnú chôdzu zvládla vo veku 15 mesiacov. Samostatnú chôdzu deti so SMA typ II. nikdy nedosiahnu alebo rýchle strácajú túto nadobudnutú motorickú schopnosť. Táto kazuistika poukazuje na potrebu zavedenia novorodeneckého skríningu spinálnej muskulárnej atrofie, lebo všetky klinické štúdie so všetkými vyvíjanými liečivami na spinálnu muskulárnu atrofiu poukazujú na najlepšie výsledky liečby u predsymptomatických pacientov.

Kľúčové slová: spinálna muskulárna atrofia, predsymptomatický pacient, novorodenecký skríning, liečba, klinické štúdie

PNEUMOKOKY VEDIA PREKVAPIŤ

Ostró R.¹; Železník J.¹; Urbančíková I.¹

¹ Lekárska fakulta Univerzity P. J. Šafárika a Detská fakultná nemocnica Košice, Klinika detí a dorastu

Abstrakt:

V ostatných desiatich rokoch sa výrazne zmenila epidemiologická situácia vo výskyte invazívnych pneumokokových ochorení na Slovensku vzhľadom na implementáciu povinného očkovania dojčiat konjugovanými pneumokokovými vakcínami do národného imunizačného programu. Povinné očkovanie dojčiat 7-valentnou konjugovanou pneumokokovou vakcínou sa začalo na Slovensku v roku 2009. V súčasnosti sa používa v povinnom pravidelnom očkovaní 10- a 13-valentná konjugovaná vakcína. V októbri 2019 bolo prijaté na Klinikú detí a dorastu Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach temer 3-ročné neočkované dievčatko so štvordňovou anamnézou vysokých teplôt s maximom do 39°C a príznakmi respiračného ochorenia (dusivý kašeľ a dyspnoe). Pri prijíme bola prítomná výrazná elevácia zápalových parametrov (CRP 329,72mg/l, PCT 31,77 ug/l, IL-6 1865,00 ng/l), pozitívny pneumokokový antigén v moči. USG vyšetrenie pľúc odhalilo rozsiahlu zápalovú kondenzáciu pľúcneho parenchýmu, až formujúceho sa abscesu vpravo a empyém hrudníka. Na 2.deň hospitalizácie bolo dieťa preložené na Klinikú pediatrickej anesteziológie a intenzívnej medicíny pre klinické známky parciálnej respiračnej insuficiencie za účelom oxygenoterapie, monitoringu a intenzívnej liečby. CT vyšetrenie pľúc potvrdilo usg nález v zmysle prítomnej abscedujúcej pravostrannej pneumónie s empyémom. V pleurálnom punktáte bola potvrdená mikrobiologicky (PCR) kombinovaná etiológia *Streptococcus pneumoniae* sérotyp 3 a *Staphylococcus aureus*. Ordinovaná bola cielená parenterálna antimikrobiálna liečba. Pre pyothorax bola potreba hrudnej drenáže v trvaní 14 dní s opakovanou aplikáciou lokálnej fibrinolytickej liečby. Vzhľadom na absenciu vakcinácie proti pneumokokovým invazívnym ochoreniam v kombinácii so zistenou sekundárnou poruchou bunkovej imunity, boli podané intravenózne imunoglobulíny v substituenej dávke a aplikovaná intenzifikovaná imunomodulačná liečba perorálnym boviným transfer faktorom. Celková dĺžka hospitalizácie bola 32 dní, s postupnou regresiou lokálneho nálezu a úpravou klinického stavu dieťaťa. *Streptococcus pneumoniae* sérotyp 3 je najčastejším vyvolávateľom komplikovaných pneumónii s empyémom na celom svete. U našej pacientky boli prítomné viaceré rizikové faktory, ktoré podporovali vznik závažného invazívneho ochorenia. Všeobecne je opisovaná zvýšená vnímavosť k invazívnemu ochoreniu u neimúnneho dieťaťa do 5 rokov veku, ktoré nie je očkované proti pneumokokovým invazívnym ochoreniam. Súčasne sa v etiológii potvrdila kombinácia dvoch

typických patogénov, ktoré sa príčinne podieľajú na vzniku pľúcnych abscesov a empyému hrudníka. Meta-analýzy observačných štúdií potvrdzujú významný priamy efekt očkovania 13-valentnou vakcínou obsahujúcou sérotyp 3 u očkovaných jedincov. Na druhej strane sa ukazuje pomerne slabý efekt nepriamej ochrany neočkovanej populácie voči niektorým sérotypom pneumokokov (dominuje sérotyp 3), čím sa podčiarkuje význam plošného očkovania dojčiat a individuálnej ochrany očkovaných osôb. Aj v ére povinného očkovania detí proti pneumokokovým invázny ochoreniam ostáva naďalej v popredí dôležitosť monitorovania výskytu týchto ochorení v populácii, povinnosť hlásenia prípadov ochorenia a zasielania vzoriek biologického materiálu na vyšetrovanie sérotypov pneumokokov s cieľom sledovať a vyhodnocovať efektivitu plošného očkovania.

Kľúčové slová: empyém, pneumónia, pneumokokové invazívne ochorenie, rizikové faktory, primárna prevencia

KTO TO VŠETKO SPÔSOBIL?

Pechočiaková Z.¹; Volnenko T.¹

¹ Fakultná nemocnica Nitra, klinika detí a dorastu

Abstrakt:

S artritídou v detskom veku sa nestretávame denne na našich detských oddeleniach a určiť správnu diagnózu a následnú liečbu je nejdedenkrát veľmi obtiažné. 14-ročná pacientka (umiestnená v resocializačnom ústave), bola ambulantne liečená pre infekciu močových ciest cefalosporínom II. generácie, pre nelepšiaci sa stav - pretrvávajúce teploty, dyzurické obtiaže a objavenie sa výrazného bolestivého opuchu ľavého kolena s erytémom, ktorý siaha až na predkolenie, zároveň je presiaknutý i ľavý členok - je odoslaná na hospitalizáciu. V anamnéze je údaj o pohlavnom zneužívaní dieťaťa. Laboratórnymi vyšetreniami zistíme vysokú zápalovú aktivitu, v močovom sedimente je záplava leukocytov a baktérií, kultivácie sú opakovane negatívne. Urobili sme punkciu ľavého kolena, punktát je skalený, hodnotený ako septický, mikroskopicky sa zisťuje prítomnosť gram negatívnych diplokokov, avšak kultivácia punktátu je negatívna. Doplníme gynekologické vyšetrenie – patogén sa nepodarilo zachytiť. Vzhľadom na anamnestický údaj sexuálneho zneužívania pacientky a vzhľadom na mikroskopicky opisované gram negatívne diplokoky, predpokladáme prítomnosť *Neisseria gonorrhoeae* a do liečby pridávame cefalosporín III. generácie a súčasne pre prítomnosť protilátok proti *Chlamydia trachomatis* do liečby pridáme chinolón. Pod touto terapiou dochádza k poklesu zápalových parametrov, gonitída ľavého kolena ustupuje a prikláňame sa k diagnóze septická gonitída - susp. vyvolávateľ *Neisseria gonorrhoeae*. Na 8. týždeň hospitalizácie však dochádza znova k vzostupu zápalových parametrov, objavuje sa bolestivosť a opuch, ale teraz, pravého kolena, je výrazne teplé, má obmedzenú hybnosť, zmeny farby kože prítomné nie sú. Urobili sme punkciu pravého kolena, v synoviálnej tekutine sú prítomné polymorfonukleárne leukocyty, mikroskopicky patogén zachytený nie je, kultivácia je negatívna. Zisťujeme prítomnosť antigénu HLA B 27. Na základe vyššie uvedeného predpokladáme, že došlo k následnému vývoju reaktívnej artritídy, buď na podklade gonokokovej alebo chlamýdiovkej infekcie. Do liečby pridávame Sulfasalazin EN, kortikoidy, pokračujeme v podávaní nesteroidových antiflogistík. Klinický stav pacientky zatiaľ nie je uspokojivý, pretrvávajú synovitída pravého kolena a v súčasnosti, pri snahe znížiť dávku kortikoidov, dochádza znovu k opuchu i ľavého kolena. Do úvahy by prichádzala liečba Metotrexátom, avšak vzhľadom na nevyhovujúce sociálne zázemie zatiaľ k tejto liečbe nepristupujeme.

Kľúčové slová: anamnéza, gonitída, reaktívna artritída, G-negatívny diplokok, *chlamydia trachomatis*, liečba

KEĎ JE UŽ PRÍLIŠ NESKORO...

Podmanická Z.¹; Čižnár P.²; Šoltýsová A.³; Rajčanová V.¹; Okál'ová K.¹; Kráľinský K.^{1,4}; Petrik O.⁵

¹ Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica, II. detská klinika Slovenskej zdravotníckej univerzity

² Lekárka fakulta Univerzity Komenského, detská klinika a Národný ústav detských chorôb, Bratislava

³ Prírodovedecká fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

⁴ Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity, Banská Bystrica

⁵ Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica, II. klinika pediatrickej anestéziológie a intenzívnej medicíny Slovenskej zdravotníckej univerzity

Abstrakt:

Autori poukazujú na kazuistiku 4-mesačného dievčaťa, ktoré sa na základe klinickej manifestácie opakovaných bronchitíd, pneumonitíd, RTG obrazu obojstranných retikulácií interstícia v horných pľúcnych poliach, HRCT obrazu nepravidelných konsolidácií pľúcneho parenchýmu dostáva do diferenciálno-diagnostického procesu a aj spektra liečby autoimunitných/autoinflamačných chorôb. Po neúspechu liečby, progresii stavu s viacorgánovým postihnutím sa diagnostika rozširuje. Stav je komplikovaný viacpočetnými septickými epizódami. V krátkom čase sa okrem pľúcneho postihnutia pridružuje hepatopatia s hepatomegáliou, na očnom pozadí sú známky prekonanej chorioretinitídy - difúzne dysgrupácie na úrovni retinálneho pigmentového epitelu, poškodenie CNS so symetrickými hypoxicko-ischemickými zmenami v oboch talamoch, ischémii v capsula interna vpravo. U dieťaťa dochádza ku kraniokaudálnej deteriorácii len s obrannými reflexnými reakciami. Aj keď sa v priebehu jedného mesiaca podarilo určiť diagnózu (dieťa malo v čase diagnózy 5 mesiacov), poškodenie CNS sa stáva limitujúcim pre rozširovanie terapeutických možností. Diagnózu podporovali okrem klinických prejavov aj laboratórne vyšetrenia: lymfopénia v periférnom krvnom obraze, neprítomnosť T ani B lymfocytov, ani NK buniek, neprítomnosť TCR receptorov T lymfocytov. Diagnóza bola definitívne potvrdená molekulovo - genetickým vyšetrením - autozómovo recesívna homozygotná mutácia v géne ADA variant S302F, c.905C-T v 10 exóne. Deficit ADA (adenozindeaminázy) patrí medzi SCID (závažné kombinované imunodeficiencie), ktoré tvoria približne 8% prípadov z celkového počtu primárnych imunodeficiencií. Pri diagnostickom oneskorení dochádza k ireverzibilným zmenám viacerých orgánov a prognóza pacientov je infaustná. Biochemicky dochádza k hromadeniu substrátov ADA adenosínu a 2'deoxyadenosínu intra aj extracelulárne a ireverzibilnému poškodeniu tkanív. 2'deoxyadenosín ireverzibilne inhibuje ďalší enzým (SAH S-adenosylhomocysteín hydrolázu) potrebný na správnu diferenciáciu tymocytov, čo vedie k ich apoptóze. Pre priaznivý priebeh choroby je potrebná včasná diagnóza (možnosti stanovenia TREC zo suchej kvapky v novorodeneckom veku) a liečba (substitúcia enzýmu ADA s transplantáciou kostnej drene, alebo génovou terapiou).

Kľúčové slová: bronchitída, pneumonitída, lymfopénia, imunodeficit, adenosindeamináza

INTERDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA PRI DIAGNOSTIKE A LIEČBE DEFORMÍT CHRBTICE

Popluhár J.¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou, Žilina

Abstrakt:

Oddelenie pediatrickej ortopedie FNŠP Žilina lieči operačne deformity chrbtice od roku 2004. V roku 2015 VŠZP zazmluvnila vo FNŠP Žilina Spondylochirurgické oddelenie, čím riešila požiadavku, aby sme operačne liečili aj deformity chrbtice u dospelých. Oddelenie riešilo operačne deformity u dospelých aj predtým, ale zazmluvnením tohto oddelenia sa zlepšili podmienky našej práce. Od roku 2004 sme vykonali temer 1400 operačných výkonov deformít chrbtice. Najmladší pacient mal 17 mesiacov, jednalo sa o tuberkulóznou

spondylodiscitídu s neurologickou symptomatológiou, najstarší 64 rokov s degeneratívnou skoliózou s útlakom nervových koreňov. Oddelenie štúdiom v zahraničí prinieslo a sústavne prináša nové poznatky v tejto oblasti operačnej liečby. Pracujeme s tými najosvedčenejšími operačnými technikami a inštrumentármi. Oddelenie má štatút oddelenia s celoštátnou pôsobnosťou. 97% pacientov u nás operovaných pochádza z iných regiónov Slovenska. V praxi sa stretávame so skutočnosťou, že deformity chrbtice sa často diagnostikujú neskoro. Ak sa diagnostikujú, často sa neprávne liečia, neskoro sú odosielané na vyššie odborné vyšetrenie, ak sa už jedná o závažný nález, prípadne sa zbytočne predlžuje konzervatívna liečba, ktorá už pomôcť nemôže. Rozhodli sme sa preto na modelovanej kazuistike predstaviť vývoj dieťaťa s deformitou od útleho veku, informovať o liečbe v rôznych fázach života a nálezu, kedy odosielať pacienta na vyššie pracovisko, ako ho sledovať a liečiť a čo je v kompetencii všeobecného lekára pre deti a dorast. Tiež podávame informáciu o operačnej liečbe deformít chrbtice v rôznych vekových skupinách. Autori predstavujú nálezy u pacientov z vlastného archívu.

Kľúčové slová: deformity, chrbtica, diagnostika, spolupráca, chirurgická liečba

AJ „MALÝ“ KAMIENOK MÔŽE SPÔSOBIŤ „VEĽKÝ“ PROBLÉM

Reich F.¹; Matľaková M.²; Perečinský I.³

¹ Fakultná nemocnica, Prešov, oddelenie rádiológie

² Fakultná nemocnica, Prešov, detské oddelenie

³ Fakultná nemocnica, Prešov, klinika urológie

Abstrakt:

Kazuistikou chceme prezentovať ako nás prekvapila príčina febrilit u 2,5-ročného dievčatka. Pacientka prišla na príjem na oddelenie pediatrie pre štvordňovú anamnézu opakovaných febriliít s maximom do 39,5°C, s chudobným klinickým nálezom. Prvý deň výstupu teplôt doma 1x vracala, sťažovala sa na mierne bolesti brucha, ktoré ustúpili, dieťa bez dyzurických, či respiračných ťažkostí. Laboratórne vysoká zápalová aktivita (FW 95/120, CRP 225 mg/l, v diff. KO neutrofilia), biochemické parametre v referenčnom rozmedzí, v moči stopy leukocytov. V ORL náleze akútna faryngitída, RTG pľúc bez patologického nálezu, dieťa bez meningeálnych prejavov. Vzhľadom na pozitívnu alergickú anamnézu na Penbene ordinovaný pre suponovanú infekciu močových ciest Ciprofloxacín. Dieťa napriek uvedenej liečbe u nás na oddelení ďalšie 2 dni opakovane febrilné do 39°C, bez iných subjektívnych ťažkostí, podávané pravidelne antipyretiká, moč kultivačne odobratý pred ATB liečbou v 2 vzorkách sterilný. Laboratórne stúpajúca zápalová aktivita (CRP 305,13 mg/l), hemokultúra odobratá pred podaním ATB sterilná. Do liečby pridaný III. generačný cefalosporín. V rámci diferenciálnej diagnostiky febrilného stavu realizované usg brucha za účelom vylúčenia ložiskového procesu. Pri usg vyšetrení brušnej dutiny nález zväčšenej ľavej obličky, hydronefróza III. st. a dilatovaný úsek zachyteného ľavého močovodu. Obsah dilatovaného dutého systému ľavej obličky a panvičky bol echogénny – možný hnis, prípadne zahustený moč. Realizované urologické konzílium, kde odporúčané akútne CT vyšetrenie brucha so zameraním sa na obličky. Dieťa bez lumbalgie, tapottement negatívny, krvavý moč nepozorovaný. CT brucha vykonané v urgentnom režime, s prekvapivým záverom ureterohydronefrózy vľavo II. st. s ureterolitiazou vľavo distálne v kostnom okne veľkosti 7x11x12 mm. Vzhľadom na status febrilis a vysokú zápalovú aktivitu urológmi ihneď realizovaná intervencia. V celkovej anestéze zavedený pre obštrukciu JJ stent 6/16 pod rtg kontrolou, z ľavého ústia odchádzajú masívne hnisavé valce. Kultivačným vyšetrením patogén nezachytený, dieťa pod antibiotickou liečbou. Po výkone dochádza k ústupu febrilit a poklesu zápalových parametrov. Urológmi odporúčaná, po preliečení infekcie, extrakcia konkrementu, na ktorú prichádza dieťa o 6 týždňov. Výkon realizovaný po príprave v celkovej anestézii. Konkrement nebolo možné extrahovať v celku, preto bola realizovaná laserová tripsia a následne bol extrahovaný po častiach a opakovane zavedený JJ stent, ktorý bol vybratý v analgosedácii o 3 týždne neskôr. Dieťa ponechané v urologickom sledovaní, odporúčené nefrologické a metabolické vyšetrenie. Obdržaný

rozbor konkrementu z ľavého ureteru obsahoval 70% karbonátapatit (dahlit), 30% magnesiumamoniumfosfát (struvit). Klinická manifestácia nefrolitiázy v detskom veku je menej špecifická ako u dospelých. Typická renálna kolika je prítomná prevažne u adolescentov a školákov. Charakter a intenzita závisí od lokalizácie konkrementu. Obličkové kamene sú častejšie u malých detí, môžu byť asymptomatické alebo sa prejavujú makroskopickou hematúriou. Ureterálne kamene sú veľmi bolestivé a môžu zapríčiniť obštrukciu močovodu. Urgenciou a dyzúriou sa manifestuje nefrolitáza vyvolaná kameňom v močovom mechúre a uretere. Podporným faktorom môže byť pri tvorbe kameňov súčasne prebiehajúca infekcia močových ciest. Niekedy sa nefrolitáza zistí len náhodne pri sonografickom vyšetrení brucha pri diferenciálnej diagnostike bolesti brucha. Nefrolitiáza v detskom veku má signifikantnú morbiditu, najmä pre sklon k recidívam, vysoké riziko obštrukcie vývodných močových ciest a náročnosť chirurgickej intervencie. U našej pacientky v úvode boli udávané bolesti brucha, ktoré boli pravdepodobne pravidelným užívaním antipyretík neskôr zastrené, čo nám sťažilo nájsť príčinu febrilit.

Kľúčové slová: CT brucha, febrilný stav, konkrement, bolesti brucha, obštrukcia

VŠETCI SME BOLI SLEPÍ

Repko M.¹; Šoltýsová B.¹

¹ Nemocnica Poprad, a.s., pediatrické oddelenie s JIS

Abstrakt:

Akútna laryngitída s obštrukciou v dýchacích cestách je bežné ochorenie detského veku. Výskyt tohto ochorenia má sezónny charakter s maximom v jesenných a zimných mesiacoch. Prejavuje sa charakteristickým kašľom, subfebrilitami až febrilitami a inspiračným stridorom zhoršujúcim sa pri neklúde. Etiologicky sa vo väčšine prípadov jedná o vírusovú infekciu. Základom manažmentu je antiedematózna liečba v podobe systémových kortikosteroidov a inhalácie adrenalinom. Akútna laryngitída s klasickými príznakmi reaguje na túto liečbu promptnou úpravou stavu. V diferenciálnej diagnostike pri slabom efekte liečby je potrebné vylúčiť anatomické odchýlky horných dýchacích ciest a aspiráciu cudzieho telesa. V kazuistike prezentujeme prípad 10-mesačného chlapčeka prijatého pre obštrukciu v dýchacích cestách s febrilitami, nízkou zápalovou aktivitou a pozitívou metapneumovírusu v PCR vyšetrení laryngeálneho steru. Po úvodnom zlepšení na symptomatickej liečbe sa objavujú príznaky akútnej obštrukčnej laryngitídy so slabým efektom na klasickú antiedematóznú liečbu. V rámci diferenciálnej diagnostiky realizujeme RTG a následne aj CT vyšetrenie pľúc a ORL konziliárne vyšetrenie. Dôvod ťažkostí sa nám darí vyriešiť až s odstupom času. Následné prehodnotenie všetkých realizovaných vyšetrení nevieme vysvetliť inak, než konštatovaním, že sme všetci boli „slepí“.

Kľúčové slová: bronchoobštrukcia, akútna laryngitída, laryngomalácia, aspirácia cudzieho telesa, antiedematózna liečba

PREČO ANASTÁZIA KAŠĽALA TAK DIVO?

Repko P.¹

¹ Nemocnica Poprad, a.s., pediatrické oddelenie s JIS

Abstrakt:

Kašeľ je jedným z najčastejších symptómov vyskytujúcich sa v praxi pediatra. Dve tretiny všetkých detí do veku 4 rokov vyhľadajú pre problémy s akútnym kašľom lekárske ošetrovanie viac ako raz ročne. Najčastejšou príčinou akútneho kašľa u detí sú vírusové ochorenia horných dýchacích ciest, závažné postihnutie priedušiek

a pľúc je zastúpené v podstatne menšom počte prípadov. Charakter kašľa je pre určité ochorenia typický a samotný môže určiť diagnózu pacienta. Indikáciou k hospitalizácii a intenzívnej liečbe je kašeľ s celkovými príznakmi a dyspnoickými ťažkosťami. Ak sa u takého pacienta objavia výrazne patologické laboratórne nálezy, začína sa široká diagnostická úvaha o etiológii ťažkostí. V kazuistike prezentujeme prípad 10-mesačnej Anastázie, prijatej na naše oddelenie pre doma pozorované záchvaty kašľa spojené s cyanózou, vracaním a celkovými príznakmi. Výrazne patologické laboratórne nálezy a komorbidity pacientky upriamili našu pozornosť na možné raritné príčiny kašľa a dyspnoe. Mikrobiologickou diagnostikou bol potvrdený bežný, aj keď v dnešnej dobe už menej očakávaný pôvodca uvedených ťažkostí. Čo sme však vôbec neočakávali bolo, že Anastázia nebude jediná, ktorá kašľala tak divo.

Kľúčové slová: kašeľ, pertussis, čierny kašeľ, lymfocytóza, očkovanie

AKÁ BOLA PRÍČINA ICH HYPEREXCITABILITY

Reváková T.¹; Wallenfelsová E.¹; Steiner I.¹

¹ Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica, detské oddelenie

Abstrakt:

Hyperexcitabilita je definovaná ako stav zvýšenej neuromuskulárnej aktivity, ktorého príčina môže byť rôznorodá. V klinickom obraze ide o prejavy rôzneho rozsahu, ktoré nie sú vôľou ovládateľné. Ich manifestácia závisí nielen od príčiny, ale aj od veku pacienta. V príspevku prezentujeme prípady dvoch detí (7-ročný chlapec, 3-ročné dievča) s rôznorodou klinickou symptomatológiou so spoločným menovateľom a to hyperexcitabilitou. Napriek rozdielnosti veku, pohlavia, priebehu ochorenia a najmä klinických prejavov, v oboch prípadoch išlo o autoimunitné ochorenie štítnej žľazy (Gravesova-Basedowova tyreotoxikóza) s pozitívnou rodinnou anamnézou. Tyreotoxikóza v detskom veku nie je častá. Pre diagnostiku ostáva dôležitou dôkladná anamnéza, ktorá môže upozorniť na ochorenie štítnej žľazy. Včasná iniciácia komplexnej liečby prispieva k zlepšeniu kvality života dieťaťa. Spolupráca viacerých odborníkov predstavuje kľúčovú úlohu nielen pri diagnostike, ale najmä pri ďalšom sledovaní pacienta z hľadiska možných komplikácií ochorenia, ale aj samotnej liečby.

Kľúčové slová: hyperexcitabilita, anamnéza, autoimunitný proces, komplexná liečba

POZNÁTE?

Senková D.¹

¹ Liptovská nemocnica s poliklinikou, Liptovský Mikuláš

Abstrakt:

Kazuistika z Liptovského Mikuláša predstavuje zaujímavý prípad 12-ročného dievčaťa. Pacientka prichádza na detské oddelenie s príznakmi, ktoré na prvý pohľad spolu vôbec nesúvisia. Dievčina je schvátená, febrilná, prekolapsová, má respiračný infekť a tiež gastrointestinálne ťažkosti. Na hrudníku je viditeľný svetloružový makulopapulózny exantém. Realizované je RTG vyšetrenie pľúc, avšak nález na snímke nekoreluje s laboratórnymi nálezmi výraznej elevácie zápalových parametrov. V krvnom obraze je nález hraničnej leukocytózy s výrazným posunom doľava. Pacientka je preložená na JIS detského oddelenia, kde je ordinovaná parenterálna terapia antibiotikami v kombinácii. Pracovnou diagnózou je sepsa. Od druhého hospitalizačného dňa sa u pacientky objavuje skarlatiformný exantém na hrudníku, bruchu a horných končatinách, má erytém v tvári, popraskané pery s krustami, povlečený jazyk s olupovaním. Nachádzame tiež defekt kožného krytu na 4. prste ľavej dolnej končatiny. Pacientka má tiež inflamovanú vulvu a pruritus. Postupný vývoj symptómov vytvára mozaiku ochorenia, ktorá je následne uzatvorená ako syndróm toxického

šoku (TSS). Pátranie po vyvolávateľovi ochorenia je však náročné. Vo výteroch a sérologických vyšetreniach nenachádzame patogén. Ordinovaná antibiotická terapia je empirická, pridávame k nej flukonazol. Opakujeme odber hemokultúry. Dopĺňame konziliárne vyšetrenie hematologické, ORL a tiež ultrasonografické vyšetrenie brucha. Po 48 hodinách od odberu prvej hemokultúry, mikrobiológ informuje o záchyte patogéna, G⁺ mikróba v retiazkach, ale kataláza negatívneho (nejedná sa o *Staphylococcus aureus*). Vzhľadom na zlepšený klinický stav pacientky a pokles zápalových parametrov, pokračujeme v začatej parenterálnej terapii. Na 6. hospitalizačný deň dostávame definitívny nález z prvej hemokultúry, aj s citlivosťou patogéna na antibiotiká. Výsledkom je *Kocúria kristinae*, dobre citlivá na testované antibiotiká. 9.deň hospitalizácie pacientka prechádza na perorálnu antibioterapiu v kombinácii, ktorú dobre toleruje. Následne je demitovaná do domácej starostlivosti. Kocúria je oportúnny patogén, ktorého záchyt je mimoriadne vzácny. Uplatňuje sa u imunokompromitovaných pacientov. Jeho identifikácia je obtiažna a vykonáva sa na základe biochemických vlastností.

Kľúčové slová: kocúria, sepsa, exantém, Toxic shock syndrome, antibiotikoterapia

AKO SOM VĎAKA ONYCHOKRYPTÓZE SCHUDOL

Schwartzová D.¹; Dankovčíková A.²; Schwartzová ml. D.³

¹ Neštátne zdravotnícke zariadenie, Detská kardiologická ambulancia, Košice

² Detská fakultná nemocnica, Košice

³ Nemocnica Košice - Šaca a.s.

Abstrakt:

Onychokryptóza (unquis incarnatus) alebo zarastajúce nechty, patria k pomerne častým problémom, ktoré vedú až k bolestivému a mnohokrát zápalovému ochoreniu. Príčinou je zatlačenie nechta do nechťového valu, v ktorom vzniká infekcia a zápal. Postihnuté sú pri ňom prsty dolných končatín, prevažne palcov. Akrálne časti končatín sú citlivejšie, preto je možné chirurgický výkon urobiť u detí aj v celkovej anestéze. V kazuistike prezentujeme 12-ročného chlapca, odoslaného na kardiologické vyšetrenie kvôli plánovanému chirurgickému výkonu v celkovej anestéze pre uvedenú diagnózu. V objektívnom náleze obezita, kardiopulmonálny nález veku primeraný. V krvnom obraze ľahká anémia, v biochemickom vyšetrení krvi zvýšená urea, kreatinín a natrium na dolnej hranici normy. Koagulácia prvotne nebola vyšetrená pre zrazenú krv. Sérum bolo lipemické. Pacient mal nízkovoltážne EKG a skoro nehodnotiteľné ploché T vlny, pozitívne nad V5-V6. Echokardiograficky bol prítomný perikardiálny výpotok okolo srdca s nekomprimovanou pravou komorou. Bolo odporúčané doplniť hemokoagulačné vyšetrenie a vyšetriť koncentráciu TSH. Koncentrácia TSH bola 360,7 mIU/l (norma 0,51-4,94). Endokrinológom bol stav zhodnotený ako novodiagnostikovaná hypothyreóza. Pacientovi bola nasadená postupne sa zvyšujúca substitučná liečba levotyroxínom. Kontrolné TSH v 10/2019 bolo 9,6 mIU/l. Pre usg diagnostikovaný uzol v pravom laloku štítnej žľazy bola urobená punkcia tenkou ihlou s nálezom benígneho folikulárneho uzla v teréne chronickej lymfocytovej tyreoiditidy. Pri kontrolnom kardiologickom vyšetrení došlo k regresii perikardiálneho výpotku a normalizácii EKG nálezu. Pacient schudol 3 kg a bola urobená operácia zarastajúceho nechta. Hypothyreóza je ochorenie štítnej žľazy, pri ktorom pre zníženú funkciu nedochádza k dostatočnej sekrécii tyreoidálnych hormónov. Klinicky sa prejavuje únavou, spavosťou, zimomrivosťou, bradypsychizmom, nadváhou, myxedémovou kardiomyopatiou (bradykardia, perikardiálny výpotok, arytmia) aterosklerózou a anémiou. Kazuistika poukazuje na rôznorodosť klinických príznakov pri uvedenej diagnóze.

Kľúčové slová: hypothyreóza, perikardiálny výpotok, obezita, onychokryptóza, bradypsychizmus

ŠANGHAJSKÁ HORÚČKA - ČO O NEJ VIEME?

Szépeová R.^{1,2}

¹ Univerzitná nemocnica Martin, Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzity Komenského, Klinika detí a dorastu

² Svet zdravia, Žiar nad Hronom

Abstrakt:

Gastrointestinálny trakt nie je častým miestom kolonizácie baktériou *Pseudomonas aeruginosa*. Jeho úloha, ako vyvolávateľa hnačky u zdravých detí, je kontroverzná. Sporadicky však môže byť príčinou akútnej hnačky u detí, ktoré sú mladšie ako 5 rokov (0,91%). Podľa klinického obrazu sa hnačkové ochorenia vyvolané *Pseudomonas aeruginosa* rozdeľujú do 4 skupín: 1.) Šanghajska horúčka (enterokolitída a sepsa) (5%), 2.) enterokolitída vyvolaná *P. aeruginosa* (15%), 3.) enteritída súvisiaca s *Pseudomonas aeruginosa* (19%) a 4.) postantibiotická hnačka spojená s *Pseudomonas aeruginosa* (43%). Šanghajska horúčka je najzávažnejším ochorením s komplikáciami a možným fatálnym koncom. Bola prvýkrát opísaná v roku 1918. Klinickými príznakmi Šanghajskej horúčky je prolongovaný febrilný stav spojený s enterokolitídou s krvavou alebo mukoidnou hnačkou. V porovnaní s inými hnačkovými ochoreniami súvisiacimi s *Pseudomonas aeruginosa* sú pacienti so Šanghajskou horúčkou mladší, zvyčajne sú to dojčatá a/alebo batoliatá. Charakteristické laboratórne nálezy zahŕňajú leukopéniu, trombocytopéniu, vysokú hodnotu CRP, hyponatrémiu a hyperglykémiu s hypoalbuminémiou. Hlavnými komplikáciami sú nekrotizujúca enterokolitída s perforáciou čreva alebo bez nej a rozvoj ekchyma gangrenosum. Ochorenie sa môže vyskytnúť u predtým zdravých detí. Bakteriálne kmene *Pseudomonas aeruginosa* vyvolávajúce Šanghajskú horúčku majú podobný fenotyp, sú vždy cytotoxické, adhezívne a invazívne. Autori referujú prípad predtým zdravého batoliatka s fatálnym koncom, ktorý bol následkom akútneho febrilného hnačkového ochorenia, s rýchlym nástupom sepsy a septického šoku. Vyvolávajúcim faktorom bola komunitná infekcia *Pseudomonas aeruginosa*. Šanghajska horúčka je ojedinelé získané ochorenie u predtým zdravých dojčiat a batoliat, ktoré sa prejavuje ako sepsa spojená s enterokolitídou, kde príčinou je *Pseudomonas aeruginosa*. Rizikovými faktormi vývoja invazívneho ochorenia je mladý vek a vysoko virulentné bakteriálne kmene.

Kľúčové slová: septický šok, šanghajska horúčka, hnačka, *Pseudomonas aeruginosa*, enterokolitída

OD JEDNEJ DIAGNÓZY K DRUHEJ

Szokeová A.¹

¹ Univerzitná nemocnica Martin, Klinika detí a dorastu

Abstrakt:

Prezentujeme kazuistiku 8,5-ročného chlapca, ktorý bol odoslaný na endokrinologické vyšetrenie pre nízky vzrast. Vo veku 8,5 roka bola výška 102cm, 20cm pod 3 percentil (SDS -2,85), hmotnosť mal 22,9kg. Psychomotorický vývoj dieťaťa bol v rámci širšej normy, motoricky bol limitovaný svojou nízkou výškou. Primárnym a základným zdravotným problémom bola diagnóza stanovená v treťom roku života - generalizované zmeny skeletu, svedčiace pre kongenitálnu osteochondrodyspláziu (v.s. spondyloepifyzeálnu dyspláziu). RTG a NMR vyšetrenia skeletu poukazovali na progresívnu deformitu skeletu - skolióza Th-L prechodu, kyfóza kongenitálna. Bol v sledovaní genetika, ortopéda a opakovane absolvoval korekčné ortopedické operácie v rokoch 2013-2015. Molekulovo genetické vyšetrenie potvrdilo karyotyp 46XY. Analýza SHOX génu a FGFR3 génu, COL2A1m TRAPPC2(SED1) boli negatívne. V géne COL2A1 bol zistený variant c. 4213G-A p. (Gly 1405Ser) na 12q 13.11, s nejednoznačným významom, zaznamenaný u ľudí s achondrogenézou, hypochondrogenézou. Vzhľadom na diagnózu nízky vzrast, boli realizované záťažové testy - glukagónový test a inzulínový test, v ktorých sa potvrdil deficit rastového hormónu. Bolo

realizované metabolické vyšetrenie, vyšetrenie na dedičné metabolické poruchy, vrátane suchej kvapky krvi (CentoGene), kde sa enzymaticky potvrdila diagnóza MPS IV (mukopolysacharidóza IV. typu). Mukopolysacharidózy sú najpočetnejšia skupina z dedičných metabolických porúch na úrovni lyzozómov, celkový výskyt je 1/20000. Hovorí sa im choroba z „hromadenia“, kedy vplyvom deficitu intralyzozómového enzýmu sa ukladá v rozličných tkanivách organizmu toxický materiál. Choroba má charakteristické rysy - výrazná facies, viacnásobné skeletálne abnormality, rohovkové opacity, hepatosplenomegália, srdcové chyby. Následne bola u pacienta diagnóza potvrdená aj geneticky. Pacient bol nastavený na terapiu ERT-enzýmovú substitučnú liečbu, ktorá sa podáva 1x týždenne, zatiaľ s dobrým efektom.

Kľúčové slová: skeletárna dysplázia, osteochondrodysplázia, SKK, ERT, elosulfáza alfa

VRACANIE – BENÍGNY, ČI ŽIVOT OHROZUJÚCI STAV U DETÍ?

Šagát T.¹; Riedel R.¹; Pevalová L.¹; Nedomová B.¹; Budáčová J.¹; Koppl J.¹; Buzássyová D.¹

¹ Detská klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity, Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Národného ústavu detských chorôb, Bratislava

Abstrakt:

Vracanie nepochybne patrí medzi najčastejšie príznaky, s ktorými sa pediater v ambulantnej praxi stretáva. Pri diferenciálnej diagnostike musíme dôkladne vyšetriť anamnézu, ktorá sa už tradične pokladá za podstatnú pri stanovení diagnózy. Udáva sa, že až 70% úspechu stanovenia správnej diagnózy je vďaka kvalitne odobranej anamnéze. Pri anamnéze (anamnesis – grécky rozpomínať) je dôležité dôkladne zhromaždiť všetky údaje o zdravotnom stave od narodenia dieťaťa až po terajšie ochorenie s cieľom zistiť pôvod, vývin a formy porúch. Predovšetkým v súvislosti s vyšetrením anamnézy si treba uvedomiť, že chorobu možno rozpoznať iba vtedy, keď na ňu myslíme. Anamnéza často nie úplná a vyžaduje doplnenie počas fyzikálneho vyšetrenia, hospitalizácie a pod. Vracanie môže byť príznakom porúch zažívacieho traktu, ale tiež prejavom dysfunkcie rôznych iných orgánových systémov, pričom môže ísť o choroby benígne, ale tiež o život ohrozujúce stavy. Pri diferenciálnej diagnostike vracania rozlišujeme choroby s rovnakými, resp. podobnými príznakmi. Ide o najťažšiu úlohu lekára, ktorá vyžaduje bohaté skúsenosti, výborné teoretické vedomosti a praktické zručnosti. Dobré vedená diferenciálna diagnostika v postupných krokoch s ďalšími doplňujúcimi vyšetreniami je zásadná pre včasnú diagnózu ochorenia a rovnako aj včasnú liečbu. Aj u detí nesmieme zabúdať, že môže dochádzať k zveličovaniu ťažkostí agravácii, ich predstieraniu simulácii a naopak k zastieraniu alebo utajovaniu disimulácii choroby. V týchto situáciách treba zohľadniť vek dieťaťa a spoluúčasť rodičov, ošetrovateľov a pod. Moderná medicína ponúka množstvo pomocných vyšetrení, ktoré sú čoraz dokonalejšie a presnejšie, čo vedie k tendencii podceňovať anamnézu a základné fyzikálne vyšetrovacie metódy. Modelovým príkladom významu anamnézy v diferenciálnej diagnostike je vracanie. I keď ide o častý príznak, pre ktorý je komplikované vypracovať presný, štandardný diagnostický postup najmä pre veľmi rozsiahle spektrum možných príčin. Okrem toho deti z najnižších vekových skupín nevedia opísať prítomnosť nauzey, čo je dôležitý bod v algoritme vyšetrovania etiológie. Napriek uvedenému aj u novorodencov a dojčiat vznik, priebeh a charakter vracania sú mimoriadne prospešné pri stanovení diagnózy a pre indikáciu ďalších vyšetrení. Autori predkladajú dva takéto príklady pylorostenózu a intrakraniálnu hypertenziu, u ktorých oneskorenie stanovenia príčiny vracania s oneskorením liečby vedie k závažným, život ohrozujúcim stavom. Stanovenie týchto príčin vracania je v prvom rade v rukách pediatrov, ktorí pracujú v ambulantnej pediatrickej starostlivosti. Práve prezentované kazuistiky dokazujú ich význam, nenahraditeľnosť a jedinečnosť v systéme zdravotnej starostlivosti o deti.

Kľúčové slová: vracanie, diagnostika, anamnéza, pylorostenóza, intrakraniálna hypertenzia



VÝZNAMNÉ ZNÍŽENIE ALERGICKEJ REAKCIE AŽ U 98 % DOJČIAT S ABKM¹ – KLINICKY PREUKÁZANÉ



Unikátne zloženie –
srvátka a kazeín
v pomere 80 : 20 –
podľa vzoru
materského mlieka

Stopové množstvo
laktózy

- Extenzívne hydrolyzovaná bielkovina
- Najnižší obsah voľných aminokyselín (3 %)
- Stopové množstvo laktózy (0,05 g/100 ml)
- DHA a ARA v pomere 1 : 1
- Nukleotidy

Dojčenie je pre dojčatá najlepší spôsob výživy. Potravina na osobitné lekárske účely. Dojčenská výživa by mala byť podávaná iba na odporúčanie lekára. Spôsob prípravy, dávkovanie a ďalšie informácie o výrobkoch nájdete na www.sunar.sk.



1. Matencio E., Maldonado J., Olza J., Mesa MD., Romero F., Ros G., Abellán P., Gil A. (2016). A Hypoallergenic Infant Formula Compromising Extensively Hydrolyzed Protein for the Nutritional Treatment of Infants with Cow's Milk Allergy – Safety, Tolerance and Efficacy. J. Hum. Nutr. Food Sci 4 (3): 1090.

CESTOVAŤ S DIEŤAŤOM?

Šimeková K.¹

¹ Ambulancia pre cudzokrajné choroby, Klinika infektológie a cestovnej medicíny, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin

Abstrakt:

Prednáška je venovaná prevencii cestovateľov detí aj dospelých pred cestami do trópov a subtropov. Cieľom je podať ucelenú informáciu o rizikách hroziacich dospelým aj detským cestovateľom v cieľových destináciách, prevencii pomocou očkovania, o možnosti aplikácie rôznych druhov očkovacích látok (aj perorálnych), o kombináciách očkovacích látok, o reakciách a nežiaducich účinkoch očkovania. Okrem očkovania bude prednáška venovaná aj medikamentóznej profylaxii malárie a iným odporúčaniam pre cestovateľov. Prezentácia bude doplnená kazuistikou 10-ročného chlapca s tropickou maláriou.

Kľúčové slová: profylaxia malárie, očkovacie látky, riziká cestovania, prevencia cestovateľov, očkovanie

VYŠETRÍŠ DIEŤA A ODHALÍŠ MATKU

Šimurka P.¹; Jahodková Z.²; Valachová A.³; Hikkelová M.^{4,5}

¹ Fakultná nemocnica Trenčín, Klinika pediatrie a neonatológie

² Fakultná nemocnica Trenčín, pediatrická kardiologická ambulancia

³ Fakultná nemocnica Trenčín, oddelenie lekárskej genetiky

⁴ Progenet, Bratislava

⁵ Nemocnica Poprad, detské oddelenie

Abstrakt:

Familiárna hypercholesterolémia (FH) je významným rizikovým faktorom predčasnej aterosklerózy. Dominantne je viazaná s mutáciami génov kódujúcich nízko denzný lipoproteínový receptor (LDLR) a jeho ligand apolipoproteín B (ApoB). FH je charakterizovaná výrazne zvýšenými hodnotami LDL cholesterolu. Súčasné odporúčania pre primárnu prevenciu srdcovo-cievnych chorôb na Slovensku obsahujú v náplni všeobecného lekára pre deti a dorast vykonávanie univerzálneho skríningu cholesterolu v 11. a 17. roku života dieťaťa. Vyšetrenie je súčasťou preventívnej prehliadky u všeobecného lekára pre deti a dorast v uvedenom vekovom období a je úplne hrazené zdravotnou poisťovňou pre všetky deti.

Kazuistika: 11-ročný chlapec, osobná anamnéza bez pozoruhodností do roku 2018, vtedy porucha vedomia, vyšetrený neurológom, dg. epilepsia, užíva antiepileptiká. V roku 2019 skrining cholesterolu v rámci preventívnej prehliadky v 11. roku, celkový cholesterol (TCH) 7,68 mmol/l, LDL cholesterol 5,61 mmol/l. Molekulárne genetická analýza génu LDLR (RNDr. Hikkelová, RNDr. Tretinárová, Progenet): detegovaný variant c. 1775G>A, p.(Gly592Glu) v géne LDLR v heterozygotnom stave. Genetické vyšetrenie (MUDr. Valachová) – dg.: Familiárna hypercholesterolémia, heterozygótna forma. Následne vyšetrená 38-ročná matka, ktorá mala od roku 2003 dokumentovanú hypercholesterolémiu, prvé zachytené hodnoty celkového cholesterolu okolo 16 mmol/l, liečená s prestávkami počas gravidity a dojčenia. Pri liečbe statínmi: TCH - 12,31 ...10,25 mmol/l, LDL cholesterol – 10,13...8,36 mmol/l. Molekulárne genetická analýza génu LDLR: detegovaný variant c. 1775G>A, p.(Gly592Glu) v géne LDLR v homozygotnom stave, Genetické vyšetrenie – dg.: Familiárna hypercholesterolémia, homozygotná forma, LDLR:1775G>A, p.(Gly592Glu), homozygot. Záver: Slovensko v roku 2004 ako prvé začalo realizovať celopopulačný skrining cholesterolu v detskom veku, v súčasnosti sa vykonáva už vo viacerých krajinách. Reverzne zachytený homozygot FH (38-ročná matka), je prvým takto dokumentovaným prípadom v SR.

Kľúčové slová: ateroskleróza, homozygot, skrining, Familiárna hypercholesterolémia, preventívna prehliadka

ATEST SEM, ATEST TAM... KAZUISTIKA LEKÁRA V PRÍPRAVE NA ŠPECIALIZÁCIU Z PEDIATRIE

Topoľský I.¹

¹ Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity a Univerzitná nemocnica, Bratislava, Klinika pre deti a dorast A. Getlíka

Abstrakt:

Pre zabezpečenie požadovanej úrovne poskytovanej zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby zdravotnícki pracovníci boli odborne pripravení v súlade s najnovšími poznatkami vedy, výskumu a praxe. Celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je povinné a založené na potrebe permanentného získavania informácií v súlade s rýchlosťou technologických zmien a vedeckého pokroku v medicíne. Z histórie medicínskeho vzdelávania v SR: V období pred druhou svetovou vojnou, bolo na území Slovenskej republiky približne 2.000 lekárov. Boli to lekári, ktorí skončili medicínu a praxou sa zdokonaľovali, ale neexistovalo tu žiadne ďalšie vzdelávanie. Vyskytovali sa choroby typu tuberkulóza, týfus, záškrt a rôzne iné. Preto sa už v roku 1950 definovalo v zákone, že starostlivosť o výchovu zdravotníckych pracovníkov preberá štát, to znamená, že štát určoval určité regule vzdelávania, ktoré vychádzali najmä z potrieb terénu štátu. Medzníkom vo vývoji inštitucionalizovaného zdravotníckeho školstva v novodobej histórii bol rok 1951. Zdravotnícke školstvo v tomto období tvorili stredné zdravotnícke školy, ktoré prešli od roku 1953 s definitívnou platnosťou do pôsobnosti rezortu zdravotníctva, a vzdelávacie inštitúcie na ďalšie vzdelávanie lekárov, farmaceutov a stredných zdravotníckych pracovníkov. V roku 1953 vznik školského strediska Povereníctva zdravotníctva pre doškolovanie lekárov v Trenčíne. Treba podotknúť, že na Slovensku vznikla takáto inštitúcia skôr, ako vo väčšine krajín Európy. V roku 1957 vznikol Slovenský ústav pre doškolovanie lekárov (SÚDL), kedy už bola definovaná popromočná výchova pre lekárov, farmaceutov a iných pracovníkov v zdravotníctve. Ako sa medicína vyvíjala, zistilo sa, že aj sestra je veľmi dôležitá pracovníčka, ktorá takisto musí vedieť, čo moderná medicína prináša. A preto bolo potrebné doškolovať aj sestry, čo prinieslo v roku 1960 zriadenie Strediska pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov. V roku 1964 bol SÚDL premenovaný na Inštitút pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov (ILF). So zámerom vytvoriť podmienky pre koncentrované vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, sa vybudovala Nemocnica Kramáre a nová budova Slovenského ústavu pre doškolovanie lekárov (s ubytovacou časťou pre poslucháčov, v bezprostrednej blízkosti nemocnice). Rok 1991 priniesol zlúčenie ILF s Ústavom pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov – vznikol Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve (IVZ). Tým sa vytvoril väčší priestor pre integrované vzdelávacie aktivity všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov. V roku 1998 bol IVZ premenovaný na Slovenskú postgraduálnu akadémiu medicíny (SPAM). Vzhľadom na prístupové kritériá k EÚ, ktoré sa SR podujala splniť, bola jedna z požiadaviek – špecializačné štúdium, realizované na vysokej škole. Z tohto dôvodu sa SPAM transformovala na vysokú školu. V roku 2002 Zákonom Národnej rady SR č. 401/2002 Z.z. bola zriadená Slovenská zdravotnícka univerzita (SZU), s 3 fakultami: Lekárskou fakultou (Fakultou zdravotníckych špecializačných štúdií), Fakultou ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií a Fakultou verejného zdravotníctva. V roku 2005 bola zriadená štvrtá fakulta: Fakulta zdravotníctva v Banskej Bystrici. V roku 2004 sa SZU stala (v zmysle úradného vestníka EÚ) inštitúciou oprávnenou vydávať diplomy o špecializácii, platné v krajinách EÚ. V roku 2006 došlo k otvoreniu študijného programu Všeobecné lekárstvo „MUDr.“, čo si vynútila zdravotnícka legislatíva, ktorá podmienila možnosť postgraduálneho vzdelávania lekárov len vzdelávacím inštitúciám, ktoré zabezpečujú aj pregraduálne vzdelávanie. Vstupom ďalších vzdelávacích ustanovizní prostredníctvom Akreditačnej komisie MZ SR pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, vznikla v systéme ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov pluralita. V roku 2006 získali akreditáciu prvé vzdelávacie inštitúcie, ktoré zrušili

doterajší, viac ako 50 rokov trvajúci monopol Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. Ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov odborne a metodicky riadi Ministerstvo zdravotníctva SR. Špecializačné štúdium v pediatrii: Ďalšie vzdelávanie v pediatrii bolo neoddeliteľnou súčasťou tohto procesu. V začiatkoch bola špecializácia z pediatrie dvojstupňová a I. stupeň trval 4 roky. Vzhľadom na celkovú situáciu sa evidentne predpokladalo, že aj pediater môže byť v širokom okolí jediný lekár, preto sa začínalo tzv. všeobecnou prípravou, ktorá spočívala v praxi vo vnútornom lekárstve a chirurgii spolu s praxou na gynekológii a pôrodníctve a trvala jeden rok. Potom sa ďalšie 3 roky pokračovalo vzdelávaním v pediatrii. Po získaní špecializácie z pediatrie I. stupňa bola možnosť pokračovať a získať špecializáciu II. stupňa, spravidla za 3 – 5 rokov podľa špecializačných náplní. Od roku 1971 sa skrátil čas prípravy na atestáciu I. stupňa na 3 roky. V roku 1981 vyšla Vyhláška MZ č. 79/ 1981 Z. z., ktorá platila takmer 22 rokov a upravila čas prípravy na atestáciu I. stupňa na 2, 5 roka a II. stupňa na 4 roky. V rámci prístupového konania do EÚ sa museli prispôbiť aj minimálne štandardy medicínskeho vzdelávania v Slovenskej republike a v roku 2004 sa ustanovil čas špecializačnej prípravy v pediatrii na najmenej 4 roky, v súlade so smernicou EÚ. V roku 2006 vyšlo nariadenie vlády s minimálnym štandardom prípravy v pediatrii na 5 rokov. Zlomovým právnym predpisom bolo nariadenie vlády 296/ 2010 Z. z., kde sa zaviedlo zaradovanie do špecializačnej prípravy k 1. 2. a 1. 10. príslušného roku, Dátum zaradenia sa pokladá za začiatok špecializačného štúdia. Vo Vestníku MZ SR zo dňa 15. októbra 2010 bol publikovaný minimálny štandard s dĺžkou štúdia 5 rokov. Od roku 2013 je stanovená dĺžka prípravy v špecializačnom odbore „Pediatria“ 4 roky, ktorá trvá dodnes. Aby to nebolo jednotvárne, v decembri 2019 vyšiel osobitný Vestník MZ SR, v ktorom je síce zachovaná dĺžka prípravy na 4 roky, ale objavuje sa tzv. pediatrický kmeň v trvaní 24 mesiacov. Na získanie špecializácie z pediatrie je potrebné študovať ďalších 24 mesiacov. Čo je ale úplne nové a dôležité, po absolvovaní kmeňa a zmene zaradenia na „infektológia“ alebo „klinická imunológia a alergológia“ je možné získať špecializácie v týchto odboroch, predpis je aktuálny pre zaradených od 1. 2. 2020. Od roku 2014 prebieha v pediatrii rezidentský program, dĺžka a náplň štúdia sú rovnaké ako pre ostatných účastníkov tzv. „nerezidentov“. Záver: Ako vidno, pravidlá pre špecializačné štúdium v pediatrii sa kontinuálne menili. Niektoré zmeny boli logické, najmä tie súvisiace so vstupom do EÚ, niektoré menej logické, niektoré sú zatiaľ nejasné. Príkladom môže byť ostatná úprava zavádzajúca pediatrický kmeň. Vystáva niekoľko otázok: bude možný tento postup aj pri ďalších „subšpecializáciách“? Po skončení kmeňa je potrebná skúška pred komisiou? Dá sa získať napr. špecializácia z infektológie aj s ukončenou špecializáciou z pediatrie (nielen s ukončeným kmeňom)? Zjavne ukáže až čas. Zdroje: Vestníky MZ SR, webová stránka MZ SR, webová stránka SZU

Kľúčové slová: celoživotné vzdelávanie, špecializačné štúdium, inštitúcia, vzdelávacie aktivity, pediatrický kmeň

KEĎ SA OPUCH OPAKUJE...

Trochanová I.¹

¹ Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Abstrakt:

Hereditárny angioedém I. typu je zriedkavé, geneticky podmienené ochorenie, ktoré patrí medzi primárne imunodeficiencie s poruchou komplementu. Hoci sa radí k vrodeným poruchám imunity, svojimi klinickými prejavmi z nich vybočuje. Klinický obraz je charakteristický opuchmi podkožia a slizníc, ktoré spontánne miznú, ale vracajú sa. Svojou lokalizáciou môžu ohroziť život pacienta. Podstata ochorenia spočíva v mutácii génu pre C1-inhibitor, ktorý je súčasťou komplementovej zložky imunity. Diagnostika však býva často komplikovaná pre variabilitu klinických príznakov. V kazuistike prezentujeme prípad 16-ročnej pacientky s nesvrbivým opuchom tváre v oblasti líc, pier a periorbitálne, bez systémových prejavov, ktorý sa objavil po 6. dávke penicilínového antibiotika ordinovaného pre akútnu tonzilitídu. Pre predpokladanú alergickú reakciu

na penicilínové antibiotikum bola podaná kortikoidná liečba a antihistaminiká po ktorých došlo len k parciálnej regresii opuchov. Laboratórne parametre krvného obrazu a základné biochemické parametre boli vo fyziologickom rozmedzí, močový nález bol negatívny. Dôkladne odobratá rodinná anamnéza preukázala výskyt opuchových stavov neznámej etiológie aj u matky pacientky a matkinho otca. Matka pacientky exitovala pre edém pľúc pri ťažkej opuchovej reakcii. V predchorobí sa u našej pacientky tiež vyskytli intermitentne opuchy s rýchlym odznením, ktorých pôvod bol pripisovaný diagnostikovanej potravinovej alergii. Doplnené špecifické laboratórne vyšetrenia potvrdili úplnú absenciu inhibítora C1- esterázy (0,068 g/l) a nízku koncentráciu C4 zložky komplementu (0,027 g/l). Laboratórne parametre a rodinná anamnéza potvrdili poruchu funkcie komplementu - deficit C1 inhibítora charakteru Hereditárneho angioedému I. typu. Pacientke sme pre pretrvávajúce ťažkosti podali život zachraňujúcu substitučnú liečbu rekombinantným inhibítorm C1- esterázy s dobrým klinickým efektom. Po podaní došlo k promptnému ústupu edému tváre. Hoci hereditárny angioedém I. typu je vzácnym ochorením, treba ho diferenciálne-diagnosticky zvažovať pri opakujúcich sa opuchových stavoch. Kazuistika pacientky poukazuje, že dobre odobratá anamnéza je základom ku stanoveniu správnej diagnózy.

Kľúčové slová: hereditárny angioedém, opuch, primárna imunodeficiencia, C1- inhibítor, komplement

OTOGÉNNA PRÍČINA PARÉZY NERVUS FACIALIS- NIE JE ČO RIEŠIŤ

Vagáňová K.¹

¹ Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Banská Bystrica

Abstrakt:

Etiológia periférnej lézie nervus facialis je veľmi rozmanitá, často idiopatická. Zo známych infekčných agens sú to herpetické vírusy, borrelióza, enterovírusy a vírus kliešťovej encefalitídy. Môže byť komplikáciou purulentných zápalov stredoušia či cholesteatomu, z nádorov kompresiu nervus facialis najčastejšie spôsobuje schwannom nervi vestibuli, meningeóm, glióm či tumory glandula parotis. Posttraumatická lézia je komplikáciou traumy hlavy. V diferenciálnej diagnostike uvažujeme aj o toxickkej, metabolickej, cievnej či imunologickej príčine, ako je syndróm Guillainov-Barrého. V diagnostike sa opierame okrem laboratórnych vyšetrení o vylúčenie ORL fokusu, výsledky lumbálnej punkcie a v určitých prípadoch o zobrazovacie vyšetrenia. 12-mesačné dieťa bolo prijaté s obrazom pravostrannej periférnej parézy nervus facialis bez známk akútneho respiračného infektu. V anamnéze rodičia udávajú subfebrilitu, nechutenstvo a neklud. V predchorobí sa opakovali febrilné výstupy so spontánnym ústupom a chudobným klinickým obrazom. ORL lekár verifikoval sekretorickú otitídu, blana bubienka bola hyperplastická, retroaurikulárna oblasť kľudná. V laboratórnych parametroch bola nízka zápalová aktivita, v krvnom obraze leukocytóza s neutrofilou a mierna monocytóza, kultivačne bez záchytu patogéna. Realizovali sme lumbálnu punkciu s negatívnym nálezom a bez dôkazu infekčného agens. Vzhľadom k negatívnej anamnéze respiračného infektu a zápalu stredoušia a netypickému chudobnému laboratórnemu obrazu otitídy, resp. mastoiditídy, ktorý by sprevádzal poruchu funkcie tvárového nervu, pristupujeme k realizácii zobrazovacích vyšetrení. Magnetická rezonancia opísala známky mastoiditídy s deštrukciou priľahlých celúl aj solídnu komponentou infiltrujúcou temporálnu kosť so zjavnou obturáciou meatus acusticus internus. Doplnili sme HRCT vyšetrenie, ktoré potvrdilo patologický infiltrát pyramídy spánkovej kosti so solídnu komponentou zasahujúcou do vnútorného ucha a vnútorného zvukovodu. Pre suspíciu neoplastického procesu a nevyhnutnej histologizácie patologického procesu bolo dieťa preložené na Detskú ORL kliniku v Bratislave. Dodatočne sme telefonicky obdržali informáciu o výsledku histológie so záverom myelosarkóm. Jedná sa o zriedkavý extramedulárny alebo kostný zhubný nádor, ktorý vzniká tumoriformnou nádorovou proliferáciou myeloidných buniek. Vyskytuje sa obyčajne v súvislosti s iným klonálnym myeloproliferatívnym ochorením kostnej drene, a to najčastejšie s procesom zo spektra akútnej myeloidnej leukémie. U našej pacientky bola vyšetrením kostnej drene verifikovaná akútna megakaryoblastická leukémia (AML-M7 podľa FAB klasifikácie). Tento typ

hemoblastózy reprezentuje iba 1% percento pediatrických leukémií, jej ročná incidencia je 0,5 prípadu na 1 milión detí, s vrcholom výskytu medzi 1-3 rokom života. AML-M7 pritom patrí medzi akútne myeloidné leukémie s nepriaznivejšou prognózou. Paretické komplikácie ochorení detského veku nie sú časté, avšak môžu byť príznakom závažného ochorenia. Vyžadujú multidisciplinárnu spoluprácu, pri nejasných nálezoch s potrebou doplnenia zobrazovacích vyšetrení. Výsledok nás môže v určitých prípadoch nemilo prekvapiť. Referovaním spomínanej kazuistiky chceme zvýšiť povedomie o extrémne raritnej príčine parézy tvárového nervu. V prehľade zahraničnej odbornej literatúry nachádzame iba veľmi ojedinelé správy o podobných prípadoch v detskom veku.

Kľúčové slová: paresis nervus facialis, otitis media secretorica, mastoiditída, myelosarkóm, akútna megakaryoblastová leukémia

MIZNÚCE TESTES

Valapková A.¹

¹ Fakultná nemocnica Trenčín, Klinika pediatrie a neonatológie

Abstrakt:

Martin je z fyziologického tehotenstva, narodil sa v termíne, spontánne, záhlavím, vážil 3 400 g a meral 51 cm. Po narodení bola zistená obojstranná retencia testis v inguinálnom kanáli a ani pri urologickej kontrole v 3. mesiaci života neboli semenníky zostúpené v skróte. Vo veku 1,5 roka podstúpil operáciu pre kryptorchizmus – testes sa vtedy nenašli v inguinálnom kanáli ani po revízii retroperitonea. Mal normálny mužský karyotyp 46, XY bez delécie Y špecifických sekvencií – dg. záver genetického vyšetrenia bol vanishing testes syndróm. Vo veku 13 rokov bol prvýkrát vyšetrený v endokrinologickej ambulancii FN Trenčín. Rástol na 50. percentile aj v strede genetickej predispozície. Bol eutrofický, bez dysmorfíí, štádium puberty podľa Tannera mal A1G1P2. Genitál mal maskulínny vzhľad s malým prázdny skrótom, penis bol menší – 4 cm, so správnym vyústením uretry. Vyšetrenia: Vo vstupných laboratórnych parametroch bola nízka hladina testosterónu a vysoké gonadotropíny – obraz hypergonadotropného hypogonadizmu. Ostatné hormóny boli v norme. Vzhľadom na klinický a laboratórny nález sme, ako prvé, chceli zistiť, či je v organizme funkčné testikulárne tkanivo, preto sme realizovali opakovane hCG stimulačný test, v ktorom nedošlo k žiadnej odpovedi testosterónu. Ani následnými zobrazovacími vyšetreniami po podaní hCG – USG malej panvy a MRI malej panvy a inguin sa nenašlo žiadne gonádálne tkanivo ani funiculus spermaticus bilaterálne. Potvrdili sme tak predpokladanú diagnózu vanishing testes syndróm – syndróm miznúcich semenníkov. Terapia: Na základe týchto nálezov začíname substitučnú liečbu testosterónom v postupne zvyšujúcich sa dávkach. Dochádza k progresii pohlavných znakov, poklesu gonadotropínov, zvýšeniu testosterónu a objavuje sa aj mierny pubertálny rastový špurt. Vo veku 17,5 roka sa realizovala operácia na Klinike detskej urológie DFNSP v Bratislave – laparoskopická revízia brušnej dutiny, kde sa nenašli žiadne elementy testes a zároveň sa implantovali protézy semenníkov do skróta. Vo veku 18 rokov sme Martina odovzdali do starostlivosti spádovej endokrinologickej ambulancie. Samozrejme, že bude potrebovať celoživotnú substitúciu testosterónom. Etiológia: Syndróm testikulárnej regresie (vanishing testes syndrome) patrí k poruchám pohlavnej diferenciácie (DSD – disorders of sex differentiation) s mužským karyotypom 46,XY. Počas fetálneho vývoja dochádza k testikulárnej atrofii. Dôkazom prítomnosti testis vo včasnom intrauterinnom živote je prítomnosť štruktúr slepo sa končiaceho funiculus spermaticus a vaskularizovaného fibrózneho uzla v jeho blízkosti. Chýbanie testis pri normálnom mužskom karyotype 46,XY je zvyčajne jednostranné, najčastejšie je dôsledkom intrauterinnej alebo perinatálnej torzie alebo infarktu. Obojstranná anorchia sa vyskytuje asi u 1 : 20 000 mužov. Kryptorchický semenník a jeho zvyšky, predovšetkým intraabdominálne, majú zvýšené riziko malígnej degenerácie. V prednáške uvádzame praktický postup pri vyšetrení semenníkov u detí podľa European Association of Urology/European Society for Paediatric Urology Guidelines z roku 2016.

Kľúčové slová: syndróm testikulárnej regresie, vanishing testes syndróm, kryptorchizmus, polohové anomálie testes, vyšetrenie semenníkov u detí

KLINICKÝ OBRAZ A LIEČBA SYMPTOMATICKÝCH PACIENTOV S SMA

Viestová K.¹

¹ Národný ústav detských chorôb, Bratislava

Abstrakt:

Spinálna svalová atrofia (SMA) je autozomálne recesívne podmienené nervovosvalové ochorenie. Je charakterizované neschopnosťou sedieť, stáť a chodiť v závislosti od závažnosti ochorenia. Rozoznávajú sa štyri typy SMA v závislosti od veku vzniku ťažkostí a od genetického vyšetrenia. V súčasnosti je dostupná liečba tohto ochorenia, ktorá dokáže spomaliť progresiu ochorenia. Vzhľadom na to, je dôležité poznať klinický obraz detí s SMA, pri podozrení na toto ochorenie odoslať dieťa k neurológovi, aby sa po potvrdení diagnózy mohla začať čo najskôr liečba. V mojej prednáške prezentujem dieťa s SMA 1. typu a dieťa so SMA 2. typu, rozdiel medzi klinickými obrazmi a efekt liečby. Veľmi dôležité je skoré začatie liečby najmä u detí so SMA 1. typu.

Kľúčové slová: SMA, intratekálna liečba, floppy baby, RHB škálovanie, diagnostika

DOKEDY ČAKAŤ VRODENÚ VÝVOJOVÚ CHYBU GIT?

Záhradník L.¹; Barla J.¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A.Reimana, Prešov

Abstrakt:

Vrodené chyby GIT tvoria veľkú množinu kongenitálnych anomálií tráviaceho traktu, ktoré patria do rúk neonatológa a neonatologického chirurga. Je však možné sa stretnúť s ich neskoršou manifestáciou, ktorá je veľmi raritná. Črevné malrotácie sú vrodené poruchy črevnej embryogenézy či organogenézy, ktoré môžu nastať v ktorejkoľvek jej fáze t.j.: herniácii, rotácii, fixácii alebo zostupe čreva. Výskyt malrotácií je približne 1:5000 živo narodených detí, s 90 % manifestáciou do prvého roku života dieťaťa, s maximom v novorodeneckom období. Dnešná pediatrická chirurgia definuje anatomicke rizikové faktory malrotácie čreva (krátku vzdialenosť medzi lig. Treitz a Bauhinskou chlopňou) a delí ju na nebezpečnú: „malrotation type 1“ a „malrotation type 3“ a menej nebezpečnú – „malrotation type 2“ alebo non rotáciu. Moderná diagnostika zahŕňa USG (tzv. Whirlpool sign) a kontrastné vyšetrenie čreva (tzv. corkscrew sign). Včasná správna diagnostika tejto náhlej príhody brušnej nielen, že znižuje morbiditu, ale často krát mortalitu pacientov. V prednáške prezentujem kazuistiku 4-ročného dieťaťa s neskorou manifestáciou malrotácie prvočreva v podobe obštrukčnej ileóznej náhlej príhody brušnej s rozvojom septického šoku. Promptná chirurgická intervencia aj za cenu syndrómu krátkeho čreva, viedla k záchrane života dieťaťa. V prednáške v diskusii porovnávam skúsenosti a údaje zo svetovej odbornej literatúry a pracovísk na celom svete. V závere vyzdvihujem zmysel konziliárnych vyšetrení ako multidisciplinárny konsenzus s cieľom správnej diagnostiky, manažmentu a terapie ochorenia pacienta.

Kľúčové slová: syndróm krátkeho čreva, neskorá manifestácia, volvulus, corkscrew sign, whirlpool sign, malrotácia, ileózna, obštrukčná NPB

LAPAROSKOPIA V GRAVIDITE A PLOD

Záhradník L.¹; Barla J.¹; Vaško J.¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A.Reimana, Prešov

Abstrakt:

Približne 1 z 500 gravidných žien je nútená podstúpiť laparotómiu alebo laparoskopiu z nie gynekologicko – pôrodných príčin pre rozvoj NPB. Aj napriek viac než tridsať ročnej histórii mininvazívnej chirurgie na Slovensku a na väčšine chirurgických pracovísk bežnou súčasťou riešenia NPB, je percento laparoskopie ako modality počas gravidity na úrovni 0,7 – 5 %. Najčastejšou NPB v gravidite je NPB zápalová a to ako akútna apendicitída či akútna cholecystitída. Menej častými príčinami NPB sú komplikácie hernií, novodg. Tu obličiek, nadobličiek, IBD atď. Laparoskopia v gravidite prekonala od osemdesiatych rokov vývoj, od absolútnej kontraindikácie až po obdobie zlatého štandardu vo vyspelých krajinách sveta. V prednáške upozorňujem na špecifiká v jednotlivých zápalových NPB, od polohy pacientky na operačnom stole, rozmiestnenia troakarov, monitoring plodu, prevencie TECH atď. Následne uvádzam naše kazuistiky a empiriu s laparoskopiou v gravidite, ktorá je pre nás zlatým štandardom.

Kľúčové slová: cholecystitída, SAGES, gravidita, laparoskopia, apendicitída

„KLAUNOV ÚSMEV“ A LIEČBA PERIORÁLNEJ DERMATITÍDY U MALÉHO ATOPIKA

Zelenková H.¹

¹ SANARE spol.s r.o., Work place DOST, Svidník

Abstrakt:

Atopický ekzém je dedičné, chronické alebo chronicko-recidivujúce ochorenie charakterizované klinickým obrazom, ktorý sa morfológicky mení s vekom pacienta a akuitou kožných prejavov. Ochorenie sa často vyskytuje v rodine pacienta spolu s inými atopickými ochoreniami skorého typu. Incidencia postihnutia v populácii je rôznymi autormi udávaná od 5-20%. Otázka dedičnosti je stále v centre pozornosti výskumných pracovísk, a doteraz bolo odhalených niekoľko génov spojených s poruchou funkcie a stavby tzv. kožnej bariéry. Atopický ekzém sa spravidla manifestuje už v dojčenskom veku (najčastejší variant), môže sa ale zjaviť až v neskoršom detstve, zriedkavejšie sú prvé manifestácie po puberte. Atopický ekzém u dospievajúcich a dospelých jedincov má svoje charakteristické prejavy a aj prístup k terapii. Kožné zmeny sú vždy symetrické, predilekčne obličaj (čelo, periorbitálna a periorálna oblasť), krk (najmä šija), horná časť hrudníka spolu s pletencom hornej končatiny, kubitálne a podkolenné jamky, chrbty rúk. Špecifickým prejavom u dojčiat a malých detí je postihnutie periorálnej oblasti - periorálna dermatitída, pre typický obraz nazývaná aj „klaunov úsmev“ a veľmi často neadekvátne liečená dlhodobo lokálnymi kortikoidmi (až v 80% prípadov, pri relapsoch sa nevylučuje aj podávanie inhalačných kortikoidov). Častá je aj kombinácia klinických prejavov s anguli infectiosi, ktoré sú vyvolané kvasinkami. V klinickom obraze u detí dominujú zápalové papuly v oblasti okolo pier, suchosť pier, niekedy prejavy aj periokulárne a perinasálne. Po zavedení topických imunomodulátorov do klinickej praxe sa začala presadzovať nová stratégia v terapii atopickej dermatitídy. Pre akútnu je aj naďalej najúčinnnejšia krátkodobá aplikácia topických kortikosteroidov. Výrazným postupom je však možnosť ordinácie topických imunomodulátorov na dlhodobú udržiavacu resp. profylaktickú liečbu a to aj u detí, na veľké plochy a oblasti citlivej kože (napr. tvár). Pri tomto postupe je vhodné takrolimus alebo pimekrolimus zaradiť do lokálnej terapie už pri prvých príznakoch zápalu a pokračovať v tejto liečbe až do úplného odznenia klinických prejavov dermatitídy. V klinických štúdiách táto stratégia liečby účinne redukovala incidenciu exacerbácií, významne predlžovala trvanie remisii a znižovala potrebu využívania topických kortikosteroidov u detských aj dospelých pacientov. Terapia detského a dospelého atopika má svoje špecifiká a v žiadnom prípade by nemala byť jednostranná, zameraná iba na niektorý zo symptómov.

Je nevyhnutný komplexný pohľad na problémy pacienta, zohľadňujúci tak jeho domáce a pracovné prostredie až po psychokomfort. Problémom posledných rokov sa stáva tzv. „internetová liečba dr. Google“ ako aj „biorodičia“, (odmietajúci liečbu navrhovanú lekárom aj za cenu predlžovania utrpenia dieťaťa) a preferujúci alternatívne typy liečby. Liečbu je možné rozdeliť do základných skupín : základné smernice (guidelines), rokmi preverené odporúčané postupy, alternatívna a experimentálna liečba (biologiká). Žiaľ, neexistuje žiadny „univerzálny zázračný liek“. Nakoľko ani najúčinnšie lieky nedokážu odstrániť vrodený sklon k chorobe, ktorý pretrváva celý život. Iba pri trpezlivosti, dobrej spolupráci a edukácii rodičov a lekára a starostlivé dodržiavanie preventívnych a liečebných postupov je možné prejavy dostať tzv. „pod kontrolu“. Rodina a pacient by mal zvládnuť zásady integrovanej kožnej liečby. Erudovaný dermatológ a pediater by navyše mal mať dostatok informácií o dostupných prípravkoch tzv. dermatokozmetiky (napríklad s obsahom ihtamolu), ktoré pacientovi odporúči k bežnému dennému ošetrovaniu kože a predlžované obdobia remisií.

Kľúčové slová: klaunov úsmev, periorálna dermatitída u malého atopika, diferenciálna diagnostika, liečba, neadekvátne postupy

ATOPICKÁ DERMATITÍDA – NEVERENDING STORY

Žilínek O.¹; Hrabínová Ryashko A.¹

¹ Prírodné liečebné kúpele Smrdáky, a. s.

Abstrakt:

Atopická dermatitída (AD) je chronické, neinfekčné, recidivujúce, multifaktoriálne, svrbivé zápalové kožné ochorenie s celosvetovo rastúcou prevalenciou a výrazným dopadom na kvalitu života pacientov a ich rodiny. Typicky postihuje najmä deti a má charakteristické prejavy v jednotlivých vekových skupinách. Na priebeh tohto ochorenia významne vplyvajú početné faktory a spúšťače, preto je aj úspešný terapeutický prístup viazaný na ich odhaľovanie a redukciu. Komplexný liečebný prístup by mal byť zahŕňať možnosti lokálnej liečby, fyzikálne metódy vrátane fototerapie, prípadne systémovú medikáciu a samozrejme individuálne ovplyvňovanie zhoršujúcich faktorov a vonkajších vplyvov. Súčasťou liečebnej schémy AD u detí aj dospelých je na Slovensku ústavná kúpeľná liečba. V PLK Smrdáky efektívne využívame pri komplexnom individualizovanom terapeutickom prístupe naše prírodné zdroje - sírovodíkové vaňové kúpele, v kombinácii s režimovými opatreniami a všetkými súčasne dostupnými formami liečby (lokálna, celková, symptomatická, fyzikálna). V prednáške uvádzame všeobecné vysvetlenie kazuistík v podmienkach kúpeľnej liečby, ako aj niekoľko stručných zaujímavých prípadov z našej praxe.

Kľúčové slová: atopická dermatitída, balneoterapia, faktory a spúšťače, terapeutický prístup, spolupráca

INDEX AUTOROV

A

Ambro L.....	7
Andráš T.	22
Andrašovičová Burdová J.	6

B

Bánovčin P.	19
Barla J.	45, 46
Barok J.	7
Birková K.....	8
Bomba A.	7
Budáčová J.....	38
Buzássyová D.....	38

C

Caňová S.	8
----------------	---

Č

Čepelová S.	11
Čierna A.	9
Čižnár P.....	32
Čurillová J.....	11, 13

D

Daniš R.	23
Dankovčíková A.	36
Denise Araujo L.....	22
Dobrovanov O.....	10
Dolhá Z.	11
Dubaj M.	28

F

Fedor P.....	24
Ferenc P.	11
Furková K.	8

G

Gondová I.....	12
----------------	----

H

Háberová N.	12
Hajdučková M.....	13
Hartel M.....	15
Hikkelová M.	40
Hladík M.	15

Holec V.	16
Hrabínová Ryashko A.	47
Hrebík M.....	17
Humeník I.	18

I

Ilenin M.....	24
---------------	----

J

Jahodková Z.	40
Jasénková M.....	29
Jeseňák M.....	19
Jurečková D.	20

K

Kaldarárová M.	17
Kamlárová A.	7
Kapustová L.	19
Karásková E.	26
Koppl J.....	38
Kovaľ J.....	21
Kráľinský K.....	32
Krauseová O.....	21
Kremeňová M.	8
Krcho P.	22
Kriváčková D.....	26
Kubínska A.	23
Kuchta M.	23
Kurák M.	24

L

Labovská S.....	25
Link R.	7

M

Malý T.....	26
Matľáková M.	33
Micháľková K.....	26
Mišíková S.	28
Miškejeová Z.	28

N

Nabová B.	29
Nedomová B.	38
Nemčovič V.	28

Zborník abstraktov - Festival KAZUISTÍK® z pediatrie 2020

O

Okáľová K.....	30, 32
Ostró R.....	30

P

Pechočiaková Z.....	28, 31
Perečinský I.....	33
Petrík O.....	32
Petrovičová O.....	19
Pevalová Ľ.....	38
Podmanická Z.....	32
Popluhár J.....	15, 32
Prokopová E.....	23

R

Rajčanová V.....	32
Reich F.....	33
Repko M.....	34
Repko P.....	34
Reváková T.....	35
Riedel R.....	38

S

Senková D.....	35
Schwartzová D.....	36
Schwartzová ml. D.....	36
Skandero D.....	26
Smolka V.....	26
Steiner I.....	35
Strojný L.....	7
Szépeová R.....	37
Szokeová A.....	37

Š

Šafek K.....	15
Šagát T.....	38

Šimeková K.....	40
Šimurka P.....	40
Šoltýsová A.....	32
Šoltýsová B.....	34

T

Tabačáková K.....	30
Tittel P.....	17
Topoľský I.....	41
Trochanová I.....	42
Trúsiková E.....	30

U

Urbančíková I.....	30
--------------------	----

V

Vagáňová K.....	43
Valachová A.....	40
Valapková A.....	44
Vaneková B.....	6
Vaško J.....	46
Viestová K.....	45
Visolajský P.....	28
Volnenko T.....	31

W

Wallenfelsová E.....	35
----------------------	----

Z

Záhradník L.....	45, 46
Zelenková H.....	46

Ž

Železník J.....	30
Žilínek O.....	47

INDEX KLÍČOVÝCH SLOV

A

abdomenalgia	9
absces	6
adenozindeamináza	32
akútna laryngitída	34
akútna megakaryoblastová leukémia	44
alergia	9
alternatívna liečba	18
aminokyselinová formula	9
anamnéza	31, 35, 38
antibiotikoterapia	36
antidepresíva	29
antiedematózna liečba	34
anúria	29
aortálna regurgitácia	13
appendicitída	46
appendicitis gangrenosa	29
aspirácia cudzieho telesa	34
ateroskleróza	41
atopická dermatitída	47
autoimunitný proces	35

B

balneoterapia	47
batôľa	9
benígne tumory	22
bielkovina kravského mlieka	9
bilirubín	21
B-lymfocyty	20
bolesť	29
bolesti brucha	29, 34
bolesti hrdla	23
bradypsichizmus	36
bronchitída	32
bronchoobštrukcia	34
bronchopneumónia	6, 13

C

C1- inhibitor	43
CAN sy	21
celoživotné vzdelávanie	42
corkscrew sign	45
covid-19	10
CT brucha	34
cystoid peripylorický	26

Č

časté otravy	16
čierny kašeľ	35
črevná obštrukcia	13

D

DDH - developmental dysplasia of the hip	15
deformity	33
detektívka	24
deti	22, 24
diagnostika	17, 25, 33, 38, 45
diagnóza	7
diaphragmatická hernia	13
diferenciálna diagnostika	12, 47
dítě	16
dojčenecká úmrtnosť	21
domáca paliatívna starostlivosť	29
duplikatura střeční	26
dystopie pankreatu	26

E

EBM	16
elosulfáza alfa	38
empyém	31
encefalitída	25
enterokolitída	37
enterorhágia	9
epidemiologická anamnéza	13
ERT	38
erytém	7, 24
erythrodermia	10
exantém	10, 36
extenzívny hydrolyzát	9

F

faktory a spúšťáče	47
Familiárna hypercholesterolémia	41
faryngitída	12
febrility	7
febrilný stav	34
floppy baby	45

G

gastroenteritída	16
genetické vyšetrenie	7, 8
G-negatívny diplokok	31
gonitída	31
gravida	46

H

hepatotoxicita	21
hereditárna neuropatia	7
hereditárne neuropatie	8
hereditárny angioedém	43

hernioplastika.....	13
histologizácia	22
hnačka	37
holub	24
homozygot.....	41
hydrops žľzníka	11
hyperexcitabilita.....	35
hyposaturácia	24
hypotyreóza.....	36

CH

chirurgická liečba.....	33
<i>chlamydia trachomatis</i>	31
cholecystitída	46
cholestáza	11
chrbtica.....	33
chrípka	19

I

ikterus.....	21
ileózna	45
impetigo	10
imunodeficit.....	32
imunoglobulíny	20
infekcia.....	25
infekciozita.....	19
informovaný súhlas	18
inherentné riziko	18
inštitúcia.....	42
intoxikace	16
intrakraniálna hypertenzia	38
intratekálna liečba	45
intrauterinná endoskopická intervencia	23
izotypové prepnutie.....	20

K

kašeľ.....	23, 35
klasifikácia	17
klaunov úsmev	47
kliešť	24
klinické štúdie	30
klinický obraz.....	7
kocúria	36
Kochov bacil	12
kolostrum	23
komplement.....	43
komplexná liečba	35
komplexná starostlivosť	8
komplikácie.....	6, 18
konkrement	34
kontagiozita.....	19
konzervatívna liečba.....	15
koža.....	7

kŕče	25
krčný absces	12
krvný obraz	28
kryptorchizmus	45
kvalita života.....	8
kyslík.....	24

L

laktatdehydrogenáza.....	28
laparoscopia	46
laryngomalácia	34
leukémia.....	28
liečba.....	6, 7, 16, 17, 30, 31, 47
likvor.....	25
Lyellov syndróm	7
lymfocytóza.....	35
lymfopénia	32

M

malígna arytmia.....	13
malígne tumory	22
malrotácia.....	45
mastoiditída.....	44
meningitída	12
meningomyelokéla.....	23
mikrobióm.....	7
mladistvé matky a dieťa	21
morbus Kawasaki.....	11
myelosarkóm.....	44

N

neadekvátne postupy	47
negatívny objektívny nález.....	9
nervosvalové ochorenie.....	8
neskorá manifestácia	45
netypický priebeh.....	11
novorodenec	23
novorodenecký skríning	30

O

obezita.....	36
obštrukcia.....	34
obštrukčná NPB	45
očkovacie látky	40
očkovanie	19, 35, 40
onychokryptóza.....	36
operácia.....	29
operačná liečba.....	15
opuch.....	43
osteochondrodysplázia	38
osteopetrosis.....	29
otitis media secretorica.....	44
oxygenoterapia	24

P

pacient.....	18
PAH - definícia	17
pandémia.....	10
paresis nervus facialis	44
pečeň	21
pediatrický kmeň.....	42
perikardiálny výpotok	36
periorálna dermatitída u malého atopika	47
pertussis	35
petechie	28
pleocytóza	25
pneumokokové invazívne ochorenie,	31
pneumónia.....	12, 31
pneumonitída.....	32
polohové anomálie testes	45
postupy.....	16
pravostranné srdcové preťaženie.....	13
pedsymptomatický pacient.....	30
prevažne protilátkové imunodeficiencie.....	20
prevencia cestovateľov.....	40
preventívna prehliadka.....	41
primárna imunodeficiencia.....	43
primárna prevencia.....	31
príznaky	17
príznaky gastroenteritídy.....	13
profylaxia malárie	40
propolis	23
pruritus.....	21
príznaky	16
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	37
psychomotorická retardácia.....	29
pylorostenosa	26
pylorostenóza	38

R

reaktívna artritída	31
rebelujúca luxácia coxy.....	15
recidivujúce infekcie.....	20
rehydratácia.....	16
reluxácia.....	15
resekcie žaludku I. typu dle Billrotha.....	26
respiračné infekty.....	23
respiračný systém.....	19
RHB škálovanie	45
riziká cestovania.....	40
rizikové faktory.....	31
rómovia	21
RTG hrudníka	13

S

<i>Saccharomyces boulardii</i>	16
SAGES.....	46

sepsa.....	36
septické emboly.....	12
septický stav.....	12
septický šok.....	37
skeletárna dysplázia	38
SKK	38
skrining	41
sliznica	23
SMA.....	45
sonografia.....	11
spinálna muskulárna atrofia	30
spolupráca	28, 33, 47
subjektívne ťažkosti	9
syndróm krátkeho čreva	45
syndróm testikulárnej regresie	45

Š

šanghajska horúčka	37
špecializačné štúdium.....	42

T

tachydyspnoe.....	24
terapeutický prístup.....	47
Toxic shock syndrome	36
tromboflebitída.....	12
tuberkulóza.....	12
tumory kosti	22

U

ulcerózna kolitída.....	9
úmrtnosť dojčiat doma	21
urolitiáza	29
uštipnutie.....	24

V

vanishing testes syndróm	45
varicella.....	6
ventrikuloperitoneálna spojka	23
vírus	25
volvulus.....	45
vracanie.....	38
vyšetrenie semenníkov u detí	45
vzdelávacie aktivity.....	42

W

whirlpool sign	45
----------------------	----

Z

zobrazovacie vyšetrenia	22
-------------------------------	----