



BESKYDSKÝ PEDIATRICKÝ DEN 2025



PROGRAM A SBORNÍK PŘÍSPEVKŮ



28. 3. 2025



Kongresové centrum
Hotelu Sepetná, Ostravice



www.bpd2025.cz



Hlavní partner



Vystavovatelé



S podporou



FRÝDEK ≈ MÍSTEK

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí přátelé,

srdečně vás vítám na dalším ročníku tradiční konference Beskydský pediatrický den 2025. Máme pro Vás připraveny zajímavé přednášky atraktivních řečníků z různých oblastí pediatrie. Jsme si jisti, že budou aktuální pro Vás lékaře i Vaše sestřičky.

Pevně věřím, že i tentokrát akce proběhne v přátelské atmosféře a odvezeme si s sebou domů nejen odborné poznatky, ale i příjemné společenské zážitky.

Užijme si společně toto setkání v Beskydech.

MUDr. Ivana Röschlová



Pořadatel

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

Odborný garant konference

MUDr. Ivana Röschlová

Odbornou záštitu převzali

doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.

přednostka Dětské kliniky FN Olomouc

prof. MUDr. Jan Lebl CSc., FCMA

emeritní přednosta Pediatrické kliniky FN Motol

doc. MUDr. Jan Pavlíček, Ph.D., MHA

přednosta Kliniky dětského lékařství FN Ostrava

Akce se koná pod záštitou České pediatrické společnosti.

Akce se koná pod záštitou primátora a magistrátu Statutárního města Frýdek-Místek.

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

OBECNÉ INFORMACE

Termín konání: 28. 3. 2025

Místo konání: Kongresové centrum Hotelu Sepetná, Ostravice

Organizační a technické zajištění akce:

SANOPHARM CZ s.r.o.,

Martinovská 257/111, 725 27 Ostrava – Plesná

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

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

Vzdělávací akce (ID: 120653) je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a účast na ní je ohodnocena 6 kredity.

Registrace a účast na akci

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

Součástí registračního poplatku je oběd, drobné občerstvení a nápoje.

Výdej certifikátů o účasti

Certifikáty budou rozesílány všem zúčastněným elektronicky.

Registrační hodiny

Pátek 28. 3. 2025: 07:30 - 13:00

Registrační poplatky

Cena registrace na místě*:
1 400 Kč s DPH

* v případě volné kapacity

Čas výdeje obědů:

Pátek 28. 3. 2025: 11:30 - 13:00



Swixx BioPharma
Modern Medicines for All





08:45 – 09:00

Zahájení konference

MUDr. Ivana Röschlová

09:00 – 11:30

I. Blok - Endokrinologie, gastroenterologie, neonatologie, pediatrie

Předsedající: prof. MUDr. J. Lebl, CSc., FCMA, doc. MUDr. E. Karásková, Ph.D.

1. **Lebl J., Praha:** Obezita dětí a dospívajících (20 min.)
2. **Koloušková S., Praha:** Poruchy nadledvin v ordinaci PLDD (20 min.)
3. **Karásková E., Olomouc:** Cizí těla v GIT – nová doporučení (20 min.)
4. **Skalka R., Ostrava:** Rezistence šourku u dětí (15 min.)
5. **Wiedermannová H., Ostrava:** Kam kráčí neonatologie? (15 min.)
6. **Nogolová A., Ostrava:** Rodič a jeho role v podpoře psychomotorického vývoje dítěte (15 min.)

11:30 – 12:45

OBĚD

12:45 – 14:30

II. Blok - Neurologie

Předsedající: prim. MUDr. H. Medřická, MBA, MUDr. I. Röschlová

1. **Medřická H., Ostrava:** Migréna u dětí (15 min.)



2. **Štěpánová E., Ostrava:** Klasifikace epilepsií u dětí (20 min.)
3. **Hanzlíková P., Praha:** Magnetická rezonance v diagnostice epilepsie dětského věku (15 min.)
4. **Štěpánová E., Ostrava:** Terapie epilepsie (15 min.)

14:30 – 15:00

Přestávka na kávu

15:00 – 17:00

III. Blok - Kardiologie, nefrologie, infektologie, hematologie

Předsedající: doc. MUDr. J. Pavlíček, Ph.D., prim. MUDr. T. Gruszka

1. **Šuláková T., Ostrava:** Léčba dětí s XLH ve světle nových guidelines (12 min.)
2. **Pavlíček J., Ostrava:** Bolesti na hrudi – diferenciální diagnostika u dětí a dospívajících (20 min.)
3. **Gruszka T., Ostrava:** Nová pravidla prevence bakteriální endokarditidy (15 min.)
4. **Sagan J., Ostrava:** Infekce způsobené *Staphylococcus aureus* (20 min.)
5. **Birke P., Olomouc:** Koagulopatie u dětí a dospívajících (15 min.)
6. **Bosáková A., Kročková M., Ostrava:** Rychlá diagnostika cystinurie (15 min.)

17:00

Zakončení konference



BESKYDSKÝ PEDIATRICKÝ DEN 2025

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

Sestavila: MUDr. Ivana Röschlová

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

Rok vydání: 2025

OBEZITA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Autor: Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., FCMA a spolupracovníci

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

Abstrakt:

Nejzávažnější formou dětské obezity je tzv. časně nastupující obezita, která se rozvíjí do 6 let věku. Ta potenciálně ohrožuje život – akutními a/nebo pozdními komorbiditami a metabolickými důsledky. Jde o komplexní patologický stav vyvolaný centrální poruchou regulace tělesné hmotnosti a jídelního chování.

Časně nastupující obezita může být podmíněna geneticky nebo morfologicky (organickou lézí v oblasti hypotalamu). Hypotalamus má kritickou regulační roli díky těsné vazbě na další centra, která regulují jídelní chování – např. neurobiologické systémy odměny, kortex a periferní orgány.

Etiopatogeneticky je důležité odlišit tři skupiny příčin časně nastupující obezity:

- Hypotalamickou obezitu (HO) – podmíněnou geneticky nebo morfologicky;
- Časně nastupující obezitu s intelektovou nedostatečností (IDO);
- „Běžnou“ polygenní obezitu, zpravidla při vysokém polygenním skóre dědičnosti obezity (CO).

Odlišení těchto tří forem je klíčové pro volbu terapie. Ke správné diagnóze může přispět posouzení familiárního výskytu obezity, zhodnocení individuální trajektorie BMI (věku při překročení křivek IOTF30 a IOTF40, věku při „adiposity rebound“, případně jeho úplné chybění), posouzení přídatných fenotypických projevů a standardizované vyhodnocení jídelního chování – hyperfagie a jídelní impulzivity. V indikovaných případech potvrdí etiologii genetické vyšetření a/nebo MR zobrazení mozku.

CIZÍ TĚLESA V GIT U DĚTÍ – NOVÁ DOPORUČENÍ

Autor: Doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.

Pracoviště: Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Abstrakt:

Ingesce cizích těles (CT) je v dětském věku velmi častá. U malých dětí se nejčastěji jedná o požití náhodné, naopak u adolescentů přibývá požití úmyslných a účelových. Ačkoliv větší část požitých CT projde volně zažívacím traktem, jsou CT, která jsou naopak vysoce riziková, například diskové baterie v jícnu, magnety, ostrá cizí tělesa apod. U těchto CT je nutné včas indikovat endoskopickou extrakci. Sdělení poskytne informace o terapeutickém postupu u jednotlivých druhů CT na základně nově publikovaných doporučení.

KAM KRÁČÍ NEONATOLOGIE?

Autor: MUDr. Hana Wiedermannová, Ph.D.

Pracoviště: Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení neonatologie

Abstrakt:

Obor neonatologie prodělal za poslední desetiletí velké změny, kterým se odrážejí nejenom v nových léčebných postupech, ale i v přístupu k našim nejmenším pacientům. Rodiče jsou součástí léčebného plánu, mají plné právo se rozhodovat a být přítomni u všech vyšetření, které naši malí pacienti podstupují. Přednáška pojednává o změnách, novinkách v tomto oboru a zároveň ukazuje možné vize do budoucna.

RODIČ A JEHO ROLE V PODPOŘE PSYCHOMOTORICKÉHO VÝVOJE

Autor: MUDr. Alice Nogolová, Ph.D.

Pracoviště: Městská nemocnice Ostrava p.o., Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt:

Psychomotorický vývoj (PMV) dítěte je ovlivněn mnoha faktory. Velmi záleží na zdravotním postižení a jeho příčině, času vzniku a stupni postižení. Vývoj ovlivňuje zásadně také genetická výbava dítěte, jeho somatické a povahové rysy. Důležitá a mnohdy opomíjená je kvalita a způsob vedení celodenní péče o dítě. Zkušenosti a dovednosti získané v prvním roce jsou pevným základem pro celý život. Nevhodná stimulace vede k nepřiměřené zátěži dítěte, k jeho přetěžování a stresu a to může způsobit odchylky PMV. Rozvoj jednotlivých dovedností na sebe plynule navazuje. Jedna dovednost ovlivňuje druhou. Není důležitý termín zvládnutí, ale kvalita a časová posloupnost. To vše pak ovlivňuje držení těla a zručnost dítěte, jeho komunikační schopnosti, koncentraci a paměť, sociální citění.

Ve svém sdělení se více věnuji problematice komunikace. Komunikaci a odchylky v jejím vývoji vnímám jako časný marker event. postižení PMV. Komunikace se dělí na nonverbální, verbální a vizuální. V praxi je nutné u dítěte pečlivě sledovat rozvoj jeho komunikačních dovedností ve formě mimiky, gest, zvuků, slov. Zjistit, zda dítě rozumí významu slova, vědět, jak si dítě hraje, jak reaguje na své okolí. Zjištěné odchylky je nutné časně korigovat vhodně zvolenou intervencí.

MIGRÉNA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Autoři: MUDr. Hana Medřická, MBA, MUDr. Zuzana Krška Kušnířiková, Ph.D.

Pracoviště: Oddělení dětské neurologie FN Ostrava, Katedra neurověď, LF OU

Abstrakt:

Migréna je často podceňovaným (poddiagnostikovaným) problémem u dětí a dospívajících. Vyskytuje se však ve všech věkových kategoriích, přičemž každé jedno dítě z deseti s bolestí hlavy trpí právě migrénou. V klinických projevech existují jisté odlišnosti od dospělých, proto zmiňujeme různé fenotypy u dětské populace, jejich částečné odlišnosti v diagnostických a terapeutických přístupech.

Diagnostická kritéria vytvořená Mezinárodní společností pro bolesti hlavy (IHS) vycházejí z Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-3), která byla opakovaně revidována a upravena pro dětský věk. V úvodu sdělení jsou krátce zmíněny epidemiologie (se zaměřením na dětskou populaci) a poznatky patofyziologie migrény, které přispívají i k léčebnému ovlivnění.

Diagnostické postupy zahrnují nejen klinickou anamnézu a neurologické vyšetření, ale také moderní zobrazovací techniky, které pomáhají vyloučit jiná (organická) onemocnění centrálního nervového systému. U dospívajících je důležité zohlednit i psychosociální faktory, životní styl, nadužívání léčiv aj. látek, které mohou ovlivnit průběh onemocnění a migrenozních záchvatů.

Léčba migrény u dětí a dospívajících se částečně liší od terapeutických postupů u dospělých. V posledních letech jsou významným přínosem centrové léky- monoklonální protilátky, které cílí na CGRP (calcitonin gene-related peptide). CGRP sehrává zásadní roli v aktivaci migrenozního záchvatu a centrální senzitivizaci. V Centru pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy u dětí připravujeme studii k testování této moderní léčby s ověřením její efektivity, bezpečnosti a možností rozšíření indikace také na dospívající (i dětský) věk.

Nastíněná problematika vyžaduje multidisciplinární přístup v diagnostice a léčbě, který přispěje k ovlivnění kvality života dětí a dospívajících s migrénou.

KLASIFIKACE EPILEPSIÍ U DĚTÍ

Autor: MUDr. Eva Štěpánová

Pracoviště: ODN FN Ostrava

Abstrakt:

Epilepsie v dětském věku se dělí podle etiologie, typu záchvatů a elektroklínických syndromů. Z etiologického hlediska rozlišujeme genetické, strukturální, metabolické, imunitní, infekční a neznámé formy. Podle typů záchvatů se epilepsie dělí na fokální, generalizované a neklasifikované. Mezi nejčastější benigní epilepsie patří Self-limited epilepsie (epilepsie s centrotemporálními hroty – a okcipitálními hroty) s příznivou prognózou, bez strukturální abnormality CNS, se spontánním ústupem v určitém věku bez trvalých neurologických následků, nevyžadují dlouhodobou farmakoterapii. Mezi závažnější věkově vázané epileptické syndromy patří např. – Westův syndrom, Lennox Gastautův syndrom. Správná klasifikace je klíčová pro volbu adekvátní léčby a prognózu dítěte.

MAGNETICKÁ REZONANCE V DIAGNOSTICE EPILEPSIE DĚTSKÉHO VĚKU

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

Pracoviště: KZM FN Motol, Praha

Abstrakt:

Cíl: Cílem našeho sdělení je posluchače seznámit s postupem vyšetření magnetickou rezonancí při došetřování epileptických projevů dětského věku.

V prezentaci budou prezentovány i kazuistiky běžných i vzácnějších příčin epilepsie.

Materiál a metodika: Prezentace epileptologického protokolu dle doporučení Evropské neuroradiologické společnosti (ESNR), bude zdůrazněn význam a vliv použité techniky na detekci epileptogenního fokusu.

Výsledky: V našem sdělení prezentujeme základní principy epileptologického protokolu v zobrazení MR. Ve prezentaci budou vyzdvíženy nutné sekvence, které vedou diagnostikující lékaře v rámci epileptologické rozvahy k potvrzení nebo vyvrácení epileptogenního fokusu – to znamená k potvrzení strukturální epilepsie.

Dále budou zmíněny další metody, které následují v potvrzovacím procesu diagnózy epileptogenního fokusu.

Závěr: Přehledná prezentace ukáže přínos MR zobrazení v dedikovaném protokolu pro epilepsii v procesu vyloučení či potvrzení epileptogenního fokusu.

FARMAKOTERAPIE EPILEPSIÍ

Autor: MUDr. Eva Štěpánová

Pracoviště: ODN FN Ostrava

Abstrakt:

Pracoviště: Léčba epilepsie zahrnuje farmakoterapii, chirurgické zákroky, dietní režimy a epileptochirurgické zákroky. Primární léčbou strategií jsou antiepileptika (ASM), která stabilizují neuronální aktivitu a snižují frekvenci i závažnost záchvatů. Výběr léčiva závisí na typu epilepsie, věku pacienta a komorbiditách a individuální odpovědi na terapii. Kromě dlouhodobé kontroly záchvatů je důležitou součástí léčby i tzv. rescue medikace, která slouží k akutnímu zvládnutí protrahovaných záchvatů, a tím snižuje riziko status epilepticus. Mezi nejčastěji používané patří benzodiazepiny (rektální gel), midazolam (bukální forma). Včasné podání rescue medikace je klíčové pro minimalizaci komplikací. Důležitá je také edukace pacientů a pečujících osob o správném podávání těchto léků a identifikace situací, kdy je použití nezbytné.

LÉČBA DĚTSKÝCH PACIENTŮ S XLH VE SVĚTLE NOVÝCH GUIDELINES

Autor: MUDr. Terezie Šuláková, Ph.D.

Pracoviště: Klinika dětského lékařství FN Ostrava a LF Ostravská Univerzita, Ostrava

Abstrakt:

X-vázaná hypofosfatémie (XLH) je vzácné metabolické kostní onemocnění způsobené patogenní variantou PHEX genu. U nemocných jedinců s XLH se vyskytují inaktivační mutace genu PHEX (Phosphate-regulating gene with Homologies to Endopeptidases on the X chromosome), což vede ke sníženému odbourávání hormonu FGF23 (fibroblast growth factor 23). Onemocnění je způsobeno zvýšenou hladinou FGF23, který má fosfaturický efekt – vede ke ztrátám fosforu ledvinou, hypofosfatémii, a následně křivici, osteomalacii, pseudofraktrám, poruše růstu, deformitám DKK, craniosynostóze, entezopatiím, osteoartritidě a dentálními problémům. Péče o tyto pacienty je multidisciplinární. V minulosti byli pacienti s XLH léčeni suplementací frekventních dávek P v kombinaci s aktivním vitamínem D. Tato léčba má pouze omezený efekt a četné nežádoucí účinky včetně poškození ledvin. V poslední době jsou pacienti léčeni plně humanizovanou monoklonální protilátkou (burosumab), která neutralizuje cirkulující FGF23. Léčba monoklonální protilátkou je bezpečná a má významný efekt na vyhojení křivice a osteomalacie a zlepšení/vyhojení kostních deformit. V současnosti jsou s léčbou již dlouhodobější zkušenosti včetně reálných dat pacientů, což umožnilo úpravu některých doporučení pro léčbu a její monitoraci a sledování pacientů.

BOLESTI NA HRUDI – DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Autor: MUDr. Jan Pavlíček, Ph.D.

Pracoviště: Klinika dětského lékařství, FN Ostrava a LF OU

Abstrakt:

Bolesti na hrudi u dětí jsou nespecifickým symptomem, který se může pohybovat od benigních muskuloskeletálních příčin po závažné kardiovaskulární a respirační stavy. Nejčastějšími příčinami jsou muskuloskeletální obtíže, infekce dýchacích cest a psychogenní faktory. Na rozdíl od dospělých je kardiální původ bolesti vzácný, avšak vyžaduje pečlivé vyloučení závažných stavů jako myokarditida nebo perikarditida. Bolest na hrudi patří mezi časté důvody, proč jsou děti vyšetřovány v pediatrické praxi i v dětské kardiologii. Ačkoli je kardiální etiologie bolesti u dětí vzácná, obavy rodičů o možnou spojitost se srdečními onemocněními vedou k častým konzultacím pediatriů a specialistů. Z pohledu dětského kardiologa je nutné detailně hodnotit anamnestické a klinické faktory, které by mohly identifikovat srdeční příčinu obtíží. Mezi varovné příznaky patří bolest v klidu, provokovaná fyzickou námahou, spojená s palpitacemi, synkopou či dušností.

Diagnostika zahrnuje důkladnou anamnézu, zaměřenou na charakter bolesti (lokalizovaná vs. difuzní, tlaková vs. ostrá), doprovodné symptomy a případnou rodinnou zátěž. Fyzikální vyšetření je doplněno laboratorními testy, zobrazovacími metodami (RTG, MRI, echokardiografie) a v případě podezření na kardiovaskulární etiologii i EKG. Významným biomarkerem v diagnostice kardiálních příčin bolesti na hrudi je troponin, jehož zvýšené hodnoty mohou identifikovat myokardiální poškození, zejména při podezření na myokarditidu nebo ischemickou událost.

Různé věkové skupiny mají odlišné příčiny bolestí na hrudi. U novorozenců a kojenců je často spojena s gastroezofageálním refluxem nebo vrozenými vadami, u batolat s infekcemi dýchacích cest a traumatickými poraněními. Předškolní děti mohou trpět muskuloskeletálními nebo psychogenními bolestmi, zatímco školáci a adolescenti mohou vykazovat i stresové nebo kardiální příčiny. U adolescentů je nutné zvažovat i méně časté, ale závažné diagnózy jako hypertrofickou kardiomyopatii nebo perikarditidu.

Správná diagnostika a diferenciací příčin bolesti je klíčová pro optimální terapii. Benigní příčiny obvykle vyžadují pouze symptomatickou léčbu, jako je analgetická terapie nebo rehabilitační cvičení. V případech podezření na závažnější onemocnění je nutná odborná konzultace a cílená terapie. Důraz je kladen na včasnou identifikaci dětí se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních komplikací, které mohou vyžadovat dlouhodobé sledování dětským kardiologem a specifickou léčbu.

INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA

Autor: MUDr. Tomáš Gruszka

Pracoviště: Oddělení dětské a perinatální kardiologie, Klinika Dětského lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt:

Infekční endokarditida (IE) je mikrobiální infekce endokardu (endotelu) nativního srdce, postihuje chlopně, srdeční dutiny, velké cévy, výstelky umělých či biologických struktur, jako jsou záplaty, konduity, umělé chlopně nebo elektrody. Nejčastěji postihuje predisponované jedince, jako jsou pacienti s vrozenou srdeční vadou. Etiologicky se na ní podílejí streptokoky, stafylokoky, vzácněji gramnegativní bakterie, kvasinky a plísně nebo anaerobní bakterie.

V klinickém obraze a v laboratorních nálezech dominují projevy sepse, na srdci pak nově vzniklý šelest nebo zásadní změna charakteru stávajícího šelestu. K stanovení diagnózy využíváme patologická a klinická kritéria. Diagnózu infekční endokarditidy dle nich považujeme za prokázanou, vyloučenou nebo velmi často jen za možnou.

Při diagnostice infekční endokarditidy je velice důležité, mimo jiné, technicky správně odebrat hemokulturu. Její výsledek může být určující pro cílenou antibiotickou terapii. Je třeba používat výhradně baktericidní antibiotika a podávat je dostatečně dlouho, mnohdy až 6 týdnů.

Devastující následky infekční endokarditidy, komplikovanost léčby a také možnost smrti pacienta vedla k snaze tomuto onemocnění předcházet.

Došlo k vytvoření pravidel prevence infekční endokarditidy včetně pravidel antibiotické profylaxe. Aktuální postupy lze najít na stránkách České kardiologické společnosti. Své pacienty proto vybavujeme touto kartičkou.



INFEKCE ZPŮSOBENÉ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Autor: MUDr. Jiří Sagan

Pracoviště: Klinika infekčního lékařství FN Ostrava a LF OU

Abstrakt:

Staphylococcus aureus (SA) se řadí mezi grampozitivní nepohyblivé, nesporulující koky, pro které je typické jejich uspořádání do shluků ve tvaru hroznu, nicméně výjimkou nejsou páry či krátké řetězky. Hlavní složkou buněčné stěny SA je petidoglykan a kyselina teichoová. Stafylokoky jsou typickými komenzály povrchů sliznic, nicméně jsou vybaveny řadou faktorů patogenity, které způsobují různorodý klinický obraz od lehkých onemocnění až po život ohrožující stavy. Typickými faktory virulence jsou např. peptidoglykan, pouzdro, kyselina teichoová, dále typické exoenzymy jako koaguláza, hyaluronidáza, betalaktamáza, hemoliziny, exfoliatiny. Velmi zásadní, a to nejen v rámci patogeneze onemocnění, ale také v souvislosti s léčbou, jsou typické exotoxiny jako např. toxin syndromu toxického šoku, Pantonův-Valentinův leukocidin, enterotoxiny.

Klinický obraz infekcí způsobených SA.

- Impetigo – zánětlivé kožní onemocnění charakteristické vznikem hnísavých eflorescencí s typickou krustou medové barvy. Podobným způsobem dochází také k impetiginizaci jiných dermatóz.
- Folikulitida, furunkl, karbunkl – infekce vlasového foliklu, dojde-li ke kožnímu abscesu, rozvíjí se furunkl, soustava kožních abscesů tvoří karbunkl.
- Ranné infekce, celulitida, fasciitida – infekce měkkých tkání, není typické perilymfatické šíření.
- Mastitida – je infekcí prsu u kojících matek s možnou komplikací abscesem.
- Infekce kostí a kloubů – nejčastěji vznikající jako následek úrazu či hematogenní rozsevem z primárního ložiska (často endokarditida).
- Pneumonie – obvykle nasedá jako sekundární bakteriální infekce po předchozím virovém infektu, obávanou komplikací je abscedující pneumonie s tvorbou empyému jako komplikace pravostranné endokarditidy (nutno vždy pomýšlet na produkci Pantonova-Valentinova leukocidinu).
- Endokarditida – způsobuje destruktivní poškození endokardu a chlopenního aparátu, častou komplikací jsou mikroembolizace do systémového oběhu a také CNS s rozvojem sekundární purulentní meningitidy.
- Seps – vzniká na podkladě nejčastěji abscesu v pojivové tkáni, při osteomyelitidě či endokarditidě.
- Enterotoxikóza – patří mezi alimentární intoxikace, zdrojem bývá člověk (typicky s paronychiem) připravující jídlo, jsou přítomny četné průjmy a masivní zvracení.
- Syndrom toxického šoku – závažné onemocnění způsobené toxinem syndromu toxického šoku (TSST-1), někdy také enterotoxiny. Rozdělujeme na menstruační formu (zavedený tampón) a nemenstruační formu (často ranná infekce).
- Stafylokokový syndrom opařené kůže – těžké kožní onemocnění při produkci exfoliatinů, dochází k olupování a odlučování částí pokožky, zůstává červená spodina.

Diagnostika je založena na kultivačním průkazu SA v materiálu, event. provedení vyšetření polymerázovou řetězovou reakcí (PCR).

Léčba je onemocnění způsobených SA musí rychlá a razantní. Antibiotiky první volby jsou protistafylokokové peniciliny (oxacilin, flukloxacilin), dále cefalosporiny I. generace, vzhledem k produkci četných toxinů je vhodná kombinace s antibiotiky, které inhibují tvorbu toxinů (inhibice proteosyntézy), tj. klindamycin nebo linezolid.

KOAGULOPATIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Autor: MUDr. Petr Birke

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

Abstrakt:

Koagulopatie označují krvácivé stavy způsobené poruchou hladin nebo funkce koagulačních faktorů. Mohou být vrozené i získané, přechodné nebo trvalé a izolované či kombinované. Nejčastější vrozenou poruchu krevního srážení představuje von Willebrandova choroba, dále hemofilie. Deficity ostatních koagulačních faktorů se vyskytují velmi vzácně.

Praktický lékař pro děti a dorost se nejčastěji setkává s patologickým výsledkem globálních laboratorních koagulačních testů: aktivovaného parciálního tromboplastinového času (aPTT) a protrombinového testu (PT, Quickův test) v rámci vyšetření před plánovaným operačním výkonem. Výsledek je vždy nutné hodnotit v souvislosti s krvácením u pacienta (spontánní, po úrazu, operaci) a s krvácením u rodinných příslušníků, a pak dochází k vyšetření specifických testů stanovujících hladinu koagulačních faktorů.

Při izolovaném prodloužení PT se nabízí deficit faktoru VII. V případě izolovaného prodloužení aPTT se může jednat o deficit F VIII, IX, XI, XII, o přítomnost lupus antikoagulans, případně o diagnózu von Willebrandovy choroby. Při prodloužení aPTT i PT lze usuzovat na deficit F I, II, V, X. Vyšetření aPTT a PT však k vyloučení poruchy hemostázy nestačí, nevylučuje totiž von Willebrandovu chorobu, trombocytopenii, dysfibrinogenémii a deficit F XIII.

Podpořeno: MH CZ – DRO (FNOI, 00098892)

RYCHLÁ DIAGNOSTIKA CYSTINURIE

Autoři: MUDr. Alice Bosáková, Ph.D., MUDr. Michaela Kročková²,

Pracoviště: KDL FN Ostrava a LF OSU, Praktický lékař pro děti a dorost²

Abstrakt:

Kazuistika

15-letá dívka s intermitentními bolestmi břicha trvajících 2-3 měsíce, bolesti několikrát do týdne, v moči oj. makroskopická hematurie, proto kontrola u praktického lékaře. Při vyšetření praktickým lékařem dívka negovala dysurie, byla afebrilní. Objektivní vyšetření s chudým klinickým nálezem, kardiopulmonálně kompenzovaná, bez otoků. Bolesti břicha dívka udávala s maximem v levém hypochondriu. Základní laboratoř s fyziologickým nálezem včetně koagulací, imunoglobulinů, renálních parametrů. Při vyšetření ranní moči orientačně dg.papírkem mikroskopická hematurie, kontrolní odpolední moč s makroskopickou hematurií. Následující den provedeno kontrolní vyšetření ranní moče - při mikroskopickém vyšetření byly nalezeny cystinové krystaly. K došetření dívka odeslána k hospitalizaci do Fakultní nemocnice v Ostravě.

Vstupně provedeno vyšetření moče, kde byl potvrzen nález krystalů cystinu, kvantitativně v moči vyšší hladina cystinu.

Při ultrasonografickém vyšetření urotraktu nález konkrémentu vyplňujícího celou pravou pánvičku, v příčné projekci konkrément velikosti 10x7mm, další 3 drobná hyperechogenní ložiska 1-2mm bez akustického stínu v dolní části ledviny. V levé ledvině ve střední části nalezeno hyperechogenní ložisko s akustickým stínem velikosti 6x4mm - konkrément, další ložisko v horní části ledviny 4x2mm bez akustického stínu.

Proveden rtg břicha s nálezem kalcifikací v obou ledvinách, vpravo do velikosti 2-3 mm, vlevo do 2 mm. Nález obtížně hodnotitelný pro náplň střev.

CT vyšetření potvrzuje pyelolitiázu vpravo, litiázu středního kalichu vlevo, dutý systém bez dilatace kalichopánvičkového systému, vývodné cesty močové štíhlé.

Vyšetření moče a krve v Centru metabolických vad v Praze -Cystinurie.

Genetické vyšetření s nálezem poruchy genu SLC7A9 – autosomálně recesivní cystinurie, oba rodiče jsou přenašeči. Tyto geny kódují protein, který zprostředkuje transport cystinu a dibázických aminokyselin v proximálních tubulech ledvin a v tenkém střevě.

Cystoskopie: ústí na řase, kolem levého ústí množství bělavých drobných konkrementů. Vpravo zaveden stent, provedena laserová fragmentace a extrakce konkrementů. Po opakovaných urologickým intervencích ledviny bez konkrementů.

Cystinová urolitiáza je způsobena cystinurií. Cystinové konkrementy vznikají pouze u homozygotů s vysokou renální exkrecí nerozpustného cystinu na podkladě autosomálně recesivního onemocnění.

Cystinurie: AR nebo AD onemocnění se zvýšeným vylučováním aminokyselin cystinu, ornithinu, argininu a lysinu do moči. Příčina: porucha funkce tubulárního transportního systému pro cystin a dibázické aminokyseliny (lysin, arginin, ornithin). Dibázické aminokyseliny ornitin, lysin a arginin jsou v moči zcela rozpustné, konkrementy netvoří a ani se na vzniku cystinové litiázy nepodílejí na rozdíl od cystinu, který je v moči relativně nerozpustný v rozmezí pH 5–7. Teprve při hodnotách pH moči nad 7 se zvyšuje rozpustnost cystinu 2- 3x.

Nefrologem nasazen Kalium citrát k alkalizaci moče a udržení pH moče na 7,5, přidáno magnesium, vitamín B a vitamín D. Doporučen pitný režim 3-5 l tekutin denně s doporučeným příjmem tekutin i v noci, dop. omezení soli a omezení jídel s methioninem (maso, mléko, sýry, mléčné výrobky).

R. 2025 dívka bez potíží, moč čirá, bez mikroskopické či makro-skopické hematurie, pH moče 7-7,5. USG urotraktu bez konkrementů.



SANOPHARM CZ

www.bpd2025.cz