

# BESKYDSKÝ PEDIATRICKÝ DEN 2026



# PROGRAM A SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ



Kongresové centrum Hotelu  
Sepetná, Ostravice



27. 3. 2026



[www.bpd2026.cz](http://www.bpd2026.cz)



## Hlavní partner

---



## Partner

---



## S podporou

---



## Organizačně-technické zajištění

---



## Vážené kolegyně, vážení kolegové, milí přátelé,

srdečně vás vítám na dalším ročníku tradiční konference Beskydský pediatrický den 2026. 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. Štěpánka Průhová, Ph.D.**

*primářka 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.**

# OBECNÉ INFORMACE

**Termín konání:** 27. 3. 2026

**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: 125346) 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** 27. 3. 2026: 07:30 - 13:00

## Registrační poplatky

Cena registrace na místě\*:

1 400 Kč s DPH

\* v případě volné kapacity

## Čas výdeje obědů:

**Pátek** 27. 3. 2026: 11:30 - 13:00



# Pro X-vázanou hypofosfatemii (XLH)

## UKAŽTE DÍTĚTI MOŽNOSTI

Přípravek CRYSVITA® je indikován k léčbě X-vázané hypofosfatemie (XLH) u dětí a dospívajících ve věku 1-17 let s rentgenograficky prokázanou nemocí kostí a u dospělých.<sup>1</sup>

Reference: 1. SmPC LP Crystvita

### Zkrácené informace o léčivém přípravku Crystvita (burosomab)

Před předepsáním přípravku se seznáme s úplným Souhrnem údajů o přípravku (SmPC).

**Název přípravku:** Crystvita 10 mg injekční roztok, Crystvita 20 mg injekční roztok, Crystvita 30 mg injekční roztok **Kvalitativní a kvantitativní složení:** jedna injekční lahvička obsahuje 10/20/30 mg burosomabu v 1 ml roztoku. Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 10/20/30 mg burosomabu v 0,33/0,67/1 ml roztoku. Všechny obsahují 45,91 mg/ml sorbitolu. **Terapeutické indikace:** X-vázaná hypofosfatemie u dětí a dospívajících ve věku od 1 do 17 let s rentgenograficky prokázanou nemocí kostí a u dospělých. Hypofosfatemie spojená s FG23 u dětí a dospívajících ve věku od 1 roku do 17 let a dospělých s osteomalácií indukovanou tumorem, spojenou s fosfatrickými mesenchymálními tumory, u kterých nelze provést kurativní resekci či lokalizaci. **Dávkování a způsob podání:** léčbu smí zahájit pouze lékař se zkušenostmi s léčbou pacientů s metabolickými nemocemi kostí. Jeden týden před zahájením léčby je nutné ukončit podávání perorálního fosfátu a aktivních analogů vitamínu D. Při zahájení léčby musí být koncentrace fosfátu v séru naalčno po hranici referenčního rozmezí pro daný věk. **Dávka ve vzdy zadržující na nejbližších 10 mg, X-vázaná hypofosfatemie (XLH): doporučená úvodní dávka u dětí a dospívajících ve věku od 1 do 17 let:** 0,8 mg/kg tělesné hmotnosti podávaná každé dva týdny. Maximální dávka 90 mg. **V 18 letech věku** převedte na dávku a dávkovací režim pro dospělé. **Doporučená úvodní dávka u dospělých:** 1,0 mg/kg tělesné hmotnosti podávaná každé 4 týdny. Maximální dávka 90 mg. **Osteomalacie indukovaná tumorem (TIO): doporučená úvodní dávka u dětí ve věku od 1 roku do 12 let:** 0,4 mg/kg tělesné hmotnosti podávaná každé 2 týdny. Maximální dávka 90 mg. **Doporučená úvodní dávka u dospívajících ve věku od 13 do 17 let:** 0,3 mg/kg tělesné hmotnosti podávaná každé 2 týdny. Maximální dávka 180 mg. **V 18 let věku** převedte na dávku a dávkovací režim pro dospělé. **Doporučená úvodní dávka u dospělých:** 0,3 mg/kg tělesné hmotnosti podávaná každé 4 týdny. Maximální dávka 180 mg. **Zvyšování dávky u dospělých:** pokud hladina fosfátu v séru navzdory podání maximální dávky každé 4 týdny setrvává pod referenčním rozmezím, lze předchozí dávku rozdělit a podávat každé 2 týdny až do maximální dávky 180 mg. **Přerušování podávání u všech pacientů:** pokud pacient s TIO podstupuje chirurgické odstranění nebo ozarování základního nádorového onemocnění, je nutné léčbu přípravkem Crystvita přerušit. Léčba má být ukončena, pokud navzdory podání maximální dávce nedošlo k významnému zlepšení odpovídajících biochemických nebo klinických markerů. **Způsob podání:** Subkutánní podání injekcí do horní části paže, břicha, hýždě nebo stehna. Maximální objem léčivého přípravku na jedno injekční místo je 1,5 ml. Pokud je nutné podát více než 1,5 ml, musí se celkový objem léčivého přípravku rozdělit a podat do dvou nebo více injekčních míst. Injekční místa je nutné střídát a pečlivě sledovat na vyskytnutí známek možných reakcí. Neočekávaní-li se žádné okamžité úpravy dávky, podání může provést osoba, která byla řádně proškolená v injekčních technikách. První takto podávanou dávku po zahájení léčby nebo změně dávky je třeba aplikovat pod dohledem zdravotnického pracovníka. Klinické sledování, včetně hladin fosfátů, musí pokračovat podle potřeby. **Úprava dávky:** provádí se dle hladiny fosfátů v séru naalčno ne častěji než jednou za 4 týdny (viz SmPC). Ke snížení rizika ektopické mineralizace se doporučuje, aby byla hladina fosfátu v séru naalčno cílena na dolní hranici normálního referenčního rozmezí pro daný věk. **Vynechaná dávka:** dávky je možné podávat 3 dny před nebo po naplánovaném datu léčby. Obnovte podávání přípravku Crystvita v předepsané dávce co nejdříve. **Zvláštní popule:** bezpečnost/účinnost nebyly stanoveny u pacientů s poruchou funkce ledvin, ve věku do jednoho roku, u pediatrických pacientů s TIO. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Souběžné podávání s perorálními fosfáty, aktivními analogy vitamínu D. Hladina fosfátů v séru naalčno nad horní hranici normálního rozmezí pro daný věk. Pacienti s těžkou poruchou funkce ledvin nebo s onemocněním ledvin v konečném stadiu. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Ektopická mineralizace: podávání perorálních fosfátů a aktivních analogů vitamínu D ukončete nejméně 1 týden před zahájením léčby přípravkem Crystvita. Na začátku léčby, každých 6 měsíců v prvním roce léčby, a poté jednou za rok se doporučuje sledování známek a příznaků nefrokalcinózy. Doporučuje se pravidelně sledování hladiny alkalické fosfatázy, vápníku, parathormonu (PTH) a kreatininu v plazmě každých 6 měsíců (3 měsíce u dětí ve věku 1-2 roky) a sledování hladin vápníku a fosfátů v moči každé 3 měsíce. **Hyperfosfatemie:** sledujte hladinu fosfátů v séru naalčno. Podle potřeby snižte nebo přerušete dávkování. **Hyperkalcémie a hyperparatyreóza:** dlouhodobá imobilizace, dehydratace, hypervitaminóza D nebo poškození ledvin, mohou zvýšit riziko hyperkalcémie. U osob s terciární hyperparatyreózou byla hlášena závažná hyperkalcémie. U pacientů se středně těžkou až těžkou hyperkalcémií (>3 mmol/l) CRYSVITA nemá být podávána, dokud není hyperkalcémie adekvátně léčena. **Reakce v místě injekce:** podávání musí být přerušeno u všech pacientů, u kterých se vyskytnou závažné reakce v místě injekce. **Hypersenzitivita:** pokud se vyskytnou závažné hypersenzitivní reakce, musí být podávání přípravku Crystvita ukončeno. Pacientům s hereditární intolerancí fruktózy nesmí být tento přípravek podán. Polysorbáty mohou způsobit alergické reakce. **Interakce:** souběžné podávání s perorálními fosfáty a aktivními analogy vitamínu D je kontraindikováno (zvýšené riziko hypofosfatemie a hyperkalcémie). V případě kombinace s kalcimimetiky je nutno postupovat s opatrností, protože existuje možnost exacerbace hypokalcémie. **Fertilita, těhotenství a kojení:** v těhotenství a u žen v reprodukčním věku, které nepoužívají antikoncepci, se podávání nedoporučuje. Riziko pro novorozence/kojené děti nelze vyloučit. Po prvních několika dnech po porodu lze použití přípravku CRYSVITA během kojení zvažovat pouze v případě, že je to klinicky nutné. **Nežádoucí účinky: podrobné informace o nežádoucích účincích naleznete v SmPC.** Na základě dat z klinických studií, mírně nebo středně závažné hypersenzitivní reakce (např. reakce v místě injekce, vyrážka, kopřivka, otok obličeje, dermatitida atd.) byly hlášeny u 39 % pediatrických pacientů a u 6 % dospělých s XLH a 30 % dospělých s TIO. Častými nežádoucími účinky hlášenými u pediatrických pacientů s XLH jsou: kašel, reakce v místě injekce, pyrexie, bolest hlavy, zvracení, bolest v končetině, zubní absces, snížená hladina vitamínu D, průjem, nauzea, vyrážka, zácpa a zubní kaz, závrte, kopřivka, myalgie a zvýšená hladina parathormonu v krvi. Častými nežádoucími účinky u dospělých pacientů s XLH nebo s TIO jsou: bolest zad, reakce v místě injekce, bolest hlavy, zubní infekce, snížená hladina vitamínu D, svalové spasmus, syndrom neklidných nohou, závrte, zácpa, hyperparatyreóza, hyperkalcémie, hyperkalciurie, vyrážka, kopřivka, zvýšená hladina fosforu v krvi a zvýšená hladina parathormonu v krvi. **Zvláštní opatření pro uchování:** uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Bloemlaan 2, 2132NP Hoofddorp, Nizozemsko, +31 (0) 237200822. **Registrační čísla:** EU/1/17/1262/001-006 **Datum revize textu:** 21.11.2025. **URČENO PRO ODBORNOU VEREJNOST.** Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Před předepsáním přípravku se seznáme s úplným Souhrnem údajů o přípravku. Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:** Swiwx BioPharma s.r.o., Hyberská 1034/5, 110 00 Praha 1, tel.: +420 242 434 222. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SUKL): [https://prehledy.sukl.cz/prehled\\_levic.html](https://prehledy.sukl.cz/prehled_levic.html). Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv [sukl.gov.cz/nezadouciucinky](mailto:sukl.gov.cz/nezadouciucinky) nebo společnosti Kyowa Kirin prostřednictvím e-mailu: [medinfo@kyowakirin.com](mailto:medinfo@kyowakirin.com) nebo telefonem: +44 (0)1896 664000 případně lokálněm zastoupení společnosti Swiwx BioPharma s.r.o.: [medinfo@czech@swiwxbiopharma.com](mailto:medinfo@czech@swiwxbiopharma.com)

# PROGRAM

---

**08:50**

## Zahájení konference

MUDr. Ivana Röschlová

## **09:00 – 11:45 I. Blok - Endokrinologie, gastroenterologie, metabolismus**

**Předsedající:** prof. MUDr. Š. Průhová, Ph.D., doc. MUDr. E. Karásková, Ph.D.

1. **Průhová Š., Praha:**  
Diferenciální diagnostika hypoglykémie v dětském věku (30 min.)
2. **Karásek D., Olomouc:**  
Aktuální a perspektivní inkretinová léčba (20 min.)
3. **Karásková E., Olomouc:**  
Výživa u dětí s nespecifickým střevním zánětem (20 min.)

---

## **10:20 – 10:40 Přestávka na kávu**

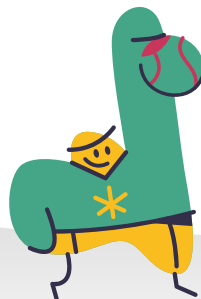
4. **Klepárník D., Olomouc:**  
Metabolicky asociovaná jaterní choroba u dětí (20 min.)
5. **Röschlová I., Frýdek – Místek:**  
Když je kalcia moc (20 min.)
6. **Šuláková T., Ostrava:**  
XLH – vzácné onemocnění, pro které máme léčbu (15 min.)

*Přednáška sponzorována společností Swixx Biopharma*

---

## **11:45 – 12:45 Oběd**

---





## 12:45 – 14:40 II. Blok - Revmatologie, kardiologie

**Předsedající:** prof. MUDr. K. Bouchalová, Ph.D., doc. MUDr. J. Pavlíček, Ph.D.

1. **Bouchalová K., Olomouc:**  
Stillova nemoc a další závažné podtypy JIA – nutnost časně diagnostiky v éře biologické léčby (20 min.)
2. **Pískovský T., Ostrava:**  
Periodické horečky u dětí (20 min.)
3. **Pavlíček J., Ostrava:**  
Dětský kardiolog na úřadu práce? Demografie a incidence vrožených srdečních vad (20 min.)
4. **Gruzská T., Ostrava:**  
Kolapsové stavy v ordinaci dětského kardiologa (20 min.)
5. **Šuláková T., Ostrava:**  
Diagnostika a léčba hypertenze u dětí a dospívajících (20 min.)

---

## 14:40 – 15:10 Přestávka na kávu

---

## 15:10 – 17:00 III. Blok - Radiologie, infekční lékařství, hematologie

**Předsedající:** prim. MUDr. T. Pískovský, Ph.D., as. MUDr. P. Širůček

1. **Hanzlíková P., Praha:**  
Překvapivé nálezy v dětské neuroradiologii (20 min.)
2. **Pospíšilová D., Olomouc:**  
Není trombocytopenie jako trombocytopenie (15 min.)
3. **Birke P., Olomouc:**  
Diferenciální diagnostika anémií (20 min.)
4. **Širůček P., Staníková L., Ullman V., Ostrava:**  
Reoperovaná krční lymfadenitida - Mycobacterium lentiflavum (15 min.)
5. **Sagan J., Ostrava:**  
Yersiniový karbunkul na hlavě s krční lymfadenopatií (15 min.)
6. **Pohludková K., Burešová M., Ostrava:**  
Difterie u neočkovaného chlapce (15 min.)

---

## 17:00 Zakočení konference

---

# BESKYDSKÝ PEDIATRICKÝ DEN 2026

# 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:** 2026

# DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA HYPOGLYKÉMIE V DĚTSKÉM VĚKU

**Autor:** prof. MUDr. Štěpánka Průhová

**Pracoviště:** Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**Abstrakt:** Hypoglykemie patří mezi stavy ohrožující základní životní a mozkové funkce. Je definována jako nízká koncentrace glukózy v krvi způsobující projevy mozkové dysfunkce. Vyjádřeno číselně považujeme za hypoglykémii pokles glykémie pod dolní hranici normálních hodnot (tedy u dětí mimo novorozenecký věk a u dospělých  $<3,3$  mmol/l), za klinicky významnou považujeme hypoglykémii  $<2,8$  mmol/l. Je častou akutní komplikací léčby diabetu inzulínem. Vzácněji se může vyskytnout i u dětí bez diabetu, kde je její rozpoznání a správné určení příčiny zásadní pro záchranu života a zdraví dítěte. Projevy, diagnostika, četnost a léčba se do jisté míry liší v závislosti na věku dítěte. Mezi nejvážnější akutní projevy patří porucha vědomí, křeče až riziko úmrtí. Pro diferenciální diagnostiku je nejdůležitější odebrat v okamžiku hypoglykémie tzv. kritický vzorek. V něm vyšetřujeme inzulín, C-peptid, kortizol, růstový hormon, ketolátky (beta hydroxybutyrát), dále pak vyšetření acidobazické rovnováhy, amoniak, laktát, vyšetření metabolických vad. Správný odběr a analýzy kritického vzorku může vést k rychlé diagnóze a ušetří dítě dalších rozsáhlých vyšetření. Z hlediska četnosti se nejčastěji setkáváme s ketotickou a reaktivní hypoglykemií. Ketotická hypoglykémie vzniká jako reakce na hladovění, typicky u astenických dětí předškolního věku. Nejčastěji je hypoglykémie zjištěna ráno po delším hladovění a je spojena s vysokou hladinou ketolátek. Z neendokrinních příčin se na vzniku hypoglykémie podílí nedostatek kortizolu např. při Addisonově chorobě a růstového hormonu při jeho deficitu. V novorozenecko-kojeneckém věku se setkáváme s vrozeným hyperinzulinismem a v pozdějším věku velmi vzácně s inzulinomem. Oba stavy vyvolávají nejtěžší hypoglykémie s nutností farmakologické a chirurgické léčby. Na vzniku hypoglykémie se může podílet také řada metabolických vad a porucha funkce jater a ledvin.

**Závěr:** Hypoglykémie může v dětském věku vést k závažným následkům, a proto musí být rychle odhalena a adekvátně léčena. Použití kritického vzorku pomáhá k rychlé diagnóze a tím k větší šanci na správnou léčbu.

## AKTUÁLNÍ A PERSPEKTIVNÍ INKRETINOVÁ LÉČBA

**Autor:** prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

**Pracoviště:** Fakultní nemocnice Olomouc

**Abstrakt:** Na inkretinovém účinku založená léčba se v současné době uplatňuje v léčbě diabetu 2. typu a obezity, kde ji lze využít i u dětí. Indikace se však postupně rozrůstají, rozšiřuje se také spektrum preparátů, jejich aplikačních forem i mechanismus účinku. Sdělení se věnuje aktuálním možnostem i blízké perspektivě této inovativní terapie.

---

## VÝŽIVA U DĚTÍ S NESPECIFICKÝM STŘEVNÍM ZÁNĚTEM

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

**Pracoviště:** Fakultní nemocnice Olomouc

**Abstrakt:** Výživa představuje zásadní součást komplexní péče o děti s nespecifickými střevními záněty, zejména s Crohnovou chorobou ale i ulcerózní kolitidou. Dietní faktory se podílejí nejen na etiopatogenezi onemocnění, ale významně ovlivňují také jeho průběh, aktivitu a dlouhodobou prognózu. U pediatrické populace je výživa klíčová vzhledem k riziku malnutrice, poruch růstu, opoždění puberty a změn tělesného složení.

Prevence rozvoje onemocnění zahrnuje stravu bohatou na ovoce, zeleninu, vlákninu a omega 3 mastné kyseliny, zatímco západní typ diety a ultrazpracované potraviny riziko zvyšují.

Na počátku onemocnění a dále pak v jeho průběhu je velmi důležitá pravidelná monitorace růstu, nutričního stavu a vybraných mikronutrientů (železo, vitamin D atd). V případě malnutrice je pak indikována adekvátní nutriční podpora a suplementace deficitních nutričních substrátů.

U aktivní Crohnovy choroby v dětském věku je *exkluzivní enterální výživa* (EEN) účinnou dietní metodou v indukci remise onemocnění. Alternativou je *Crohn's disease exclusion diet* (CDED). Velký význam má výživa také v perioperačním období, při striktuře střeva a u syndromu krátkého střeva.

Výzkum se v poslední době zaměřuje na tzv. precizní, stratifikovaná dietní opatření na základě individuálních biologických reakcí a složení střevní mikrobioty s cílem personalizovat dietní intervence. Nicméně pro tyto postupy zatím není dostatek důkazů a nelze je pacientům doporučovat.

---

## KDYŽ JE KALCIA MOC

**Autor:** MUDr. Ivana Röschlová

**Pracoviště:** Dětská endokrinologická a diabetologická ambulance,  
Frýdek - Místek

**Abstrakt:** Extracelulární koncentrace kalcia je striktně regulována vzhledem k zásadnímu významu kalciových iontů pro řadu životně důležitých funkcí – stabilita buněčných membrán, nervosvalový přenos, kardiovaskulární funkce, hemokoagulační kaskáda, účast na enzymatických funkcích a regulaci funkce některých hormonů, ...Hlavními regulátory kalciové homeostázy jsou parathormon ( PTH ) a aktivní vitamín D.

Na úrovni buněk hraje důležitou roli calcium-sensing receptor (CaSR) na povrchu buněk příštítných tělísek. Vazba kalciových iontů na CaSR jednoduchou zpětnou vazbou reguluje sekreci PTH.

Ve sdělení zazní kasuistika chlapce s opakovaně zjištěnou hyperkalcémií. Definitivní diagnostický závěr přineslo až genetické vyšetření rodiny.

# STILLOVA NEMOC A DALŠÍ ZÁVAŽNÉ PODTYPY JIA - NUTNOST ČASNÉ DIAGNOSTIKY V ÉŘE BIOLOGICKÉ LÉČBY

**Autoři:** prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.

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

**Abstrakt:** Úvod: Biologická léčba představuje cílenou terapii nejrůznějších onemocnění. V revmatologii přinesla převratné zlepšení léčebných výsledků a velmi pozitivně ovlivnila životy dětí s revmatickými nemocemi. Právě nemocní se Stillovou nemocí (systémovou formou juvenilní idiopatické artritidy, JIA) jsou typickými pacienty, kteří mají z biologické léčby zahájené již při diagnóze zásadní prospěch.

**Metody a výsledky:** Přednáška nabídne přehled možností biologické léčby v dětské revmatologii, kde nyní používáme léky blokující různé molekuly, např. TNF, IL-1, IL-6 a další cíle. Nově vstoupily do praxe inhibitory Janusových kináz (JAK inhibitory), které přinesly zásadní přelom perorálním podáváním. Biologika představují vysoce efektivní terapii (Bouchalova 2021; Bouchalova et Celkova, 2024). Důležitá je však časná diagnóza a zahájení cílené léčby s využitím tzv. terapeutického okna příležitosti (Fautrel, et al., 2024). Budou představeny tři podtypy JIA: systémová, psoriatická a entezopatická. Sdělení bude doplněno kazuistikami pacientů. Zároveň budou shrnuta úskalí a rizika této léčby, především nutnost bezodkladné diagnostiky a léčby infekcí.

**Závěr:** Biologické léky jsou v revmatologické praxi již více než 30 let a umožnily přechod z „éry invalidů do éry atletů“. U Stillovy nemoci tuto léčbu zahajujeme ihned po diagnóze. Nezbytná je včasná diagnóza a aktivní spolupráce s rodiči dětí s JIA v průběhu biologické léčby, především v předcházení a časně léčbě infekcí.

## Literatura:

1. Bouchalová K: Biologické léky blokující interleukin 1 a interleukin 6 v léčbě juvenilní idiopatické artritidy – přehled a vlastní výsledky. Farmakoter Revue 2021;6(3):252-260.
2. Bouchalova et Celkova: Juvenilní idiopatická artritida. In Zdražil J, Horak P et Karasek D. Moderní farmakoterapie autoimunitních chorob. 3.vydání, Maxdorf, Praha 2024.
3. Fautrel, B. et al.: EULAR/PReS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease. Ann. Rheum. Dis. 2024;83:1614–1627. Podpořeno granty MH CZ – DRO (FNOI, 00098892) a IGA\_LF\_2025\_030.

## PERIODICKÉ HOREČKY U DĚTÍ

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

**Pracoviště:** Klinika dětského lékařství, FN Ostrava a LF Ostravské univerzity

**Abstrakt:** Periodické horečky řadíme do široké skupiny autoinflamatorních onemocnění charakterizovaných poruchou regulace procesů nespecifické imunity. Bez zjevné příčiny dochází ke spontánní aktivaci zánětlivé kaskády a k projevům systémového zánětu při nepřítomnosti infekce či autoprotilátek. Pro syndromy periodické horečky je typický epizodický výskyt horeček s dalšími celkovými i lokálními projevy zánětu, následovanými různě dlouhým bezpříznakovým obdobím.

Mezi periodické horečky řadíme familiární středomořskou horečku (FMF), periodický syndrom asociovaný s receptorem pro tumor nekrotizující faktor (TRAPS), periodický syndrom asociovaný s kryopyrinem (CAPS), deficit mevalonátkinázy (MKD) a syndrom periodické horečky asociovaný s aftózní stomatitidou, faryngitidou a krční lymfadenitidou (PFAPA).

Obtíže spojené s diagnostikou a diferenciální diagnostikou periodických horeček dokumentují kazuistikou 6 letého děvčete s rozvojem nejasných horečnatých stavů, ukazující na nutnost mezioborové spolupráce v péči o děti s těmito vzácnými chorobami.

Včasné stanovení diagnózy a nasazení adekvátní protizánětlivé léčby je prevencí rozvoje sekundární amyloidózy vedoucí k poškození orgánů, zvláště ledvin.

---

## KOLAPSOVÉ STAVY V ORDINACI DĚTSKÉHO KARDIOLOGA

**Autor:** MUDr. Tomáš Gruszka

**Pracoviště:** Oddělení dětské a prenatální kardiologie, Klinika dětského lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

**Abstrakt:** Opakování je matka moudrosti. S kolapsovými stavy, nebo zaměnitelně s mdlobami či synkopami se v ordinaci dětského kardiologa setkáváme poměrně často. V odborné terminologii je preferován pojem synkopa.

Synkopu řadíme do relativně velké skupiny přechodných ztrát vědomí. Je definována jako náhlá a krátkodobá porucha vědomí a posturálního tonu. Úprava bývá spontánní, rychlá. Je způsobena přechodnou hypoperfuzí mozku. Touto krátkodobostí se většinou odlišuje od podstatě závažnějších stavů. Někdy mívá synkopa i komplexnější symptomatologii, může být provázena konvulzemi, poruchou svěračů, může po ní následovat retrogradní amnézie. Pokud synkopa neúplně vyjádřena, jde jen o krátkou náhlou celkovou slabost nebo závrat, hovoříme o presynkopě (prekolapsu).

Synkopa není onemocnění, ale symptom celé řady různě závažných chorobných stavů provázených poruchou vědomí. Diferenciální diagnostika může být velmi obtížná a vyžaduje multioborovou spolupráci. Především je třeba vyloučit nesynkopální poruchy vědomí, jako jsou epileptické stavy, intoxikace, hypoxie, hyperventilační stavy s hypokapnií (tetanie), transitorní mozkové příhody. Také se může jednat o zdánlivé poruchy vědomí, jako se psychogenní pseudosynkopa, pseudoepilepsie, kataplexie, a podobně.

Úlohou dětského kardiologa je pomoci odlišit synkopální a nesynkopální poruchu vědomí a při vyloučení nesynkopální etiologie pátrat po příčinách synkopy. Na základě etiologie pak dělíme synkopu do 4 kategorií – synkopa reflexní (neurokardiogenní, vasovagální, ...), ortostatická, kardiální arytmická a **kardiální při strukturálním srdečním onemocněním**.

Základní kardiologické vyšetření, které se sestává z anamnézy, fyzikálního vyšetření, zhodnocení klidového EKG záznamu a z echokardiografie pomůže vyloučit (nebo prokázat) synkopu u strukturálního srdečního onemocnění. K identifikaci možné kardiální arytmické synkopy nám zejména pomůže pečlivá **anamnéza**, jak rodinná, tak zejména stran nynějšího onemocnění, kdy získáváme podrobné informace, za jakých synkopa nastala, jak dlouho trvala podobně. Klidový EKG záznam může, ale nemusí mít diagnostickou cenu, proto diagnostika vyžaduje mnohdy opakované holterovské monitorování, zátěžové testy, užití epizodních záznamníků a u dětí vzácně i implantovaných dlouhodobých záznamníků. Při důvodném podezření na arytmický syndrom nezastupitelnou roli hraje také genetické vyšetření, které pomáhá identifikovat hereditární arytmické syndromy, jako je syndrom dlouhého či krátkého QT, **katecholaminergní polymorfni komorová tachykardie**, Brugada syndrom.

Přestože hereditární arytmické syndromy zhusta končí náhlou srdeční smrtí, pakliže není k dispozici okamžitá resuscitační péče, spočívající především v aplikaci defibrilačního výboje, mohou i tyto stavy vypadat jako prostá

synkopa, ze které se pacient rychle probírá. To je způsobeno krátkodobou poruchou rytmu se spontánní terminací. Při izolované či velmi sporadické synkopě s nerizikovou anamnézou již většinou další vyšetření není nutné. Pokud však jsou synkopy recidivující, úporné a zejména pokud nastávají v situacích, při kterých může dojít k následnému poranění, nebo nastaly během zátěže, opakovaně vyšetřujeme funkčními vyšetřeními. Prakticky jsme však v poslední době eliminovali nutnost provokačního testu na nakloněné rovině.

Kazuistika v prezentaci ukáže složitost diagnostiky

---

## DIAGNOSTIKA A LÉČBA HYPERTENZE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

**Autor:** doc. MUDr. Terezie Šuláková, Ph.D.

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

### Abstrakt:

#### Význam arteriální hypertenze a epidemiologie hypertenze v dětském věku

Arteriální hypertenze je jedním z nejdůležitějších hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních a renálních onemocnění v dospělém i dětském věku. V posledních desetiletích významně stoupla prevalence hypertenze v dětském věku, na 1–4 %, paralelně se stoupajícím výskytem dětské obezity. Podle příčiny se hypertenze dělí na primární (esenciální) a sekundární. Obecně u malých dětí převažují sekundární formy hypertenze, u starších primární. Ale podobně jako stoupla prevalence hypertenze, stoupá i prevalence primární hypertenze. Nejčastější příčinou sekundární hypertenze u dětí jsou nadále chronická onemocnění ledvin.

#### Definice hypertenze v dětském věku

Hypertenze v dětském věku je definována jako opakovaně (alespoň 3x) naměřený krevní tlak  $\geq 95$ . percentilu. Pro adolescenty od 16 let je od r. 2016 v Evropě doporučováno používat již kritéria pro dospělé pacienty pro všechny typy měření TK.

#### Diagnostika hypertenze v dětském věku

Každé dítě s hypertenzí musí být pečlivě vyšetřeno s cílem stanovit, že se

skutečně jedná o hypertenzi (= měření TK), stanovit příčiny vysokého TK (primární vs. sekundární hypertenze), kardiovaskulární a metabolická rizika, doprovodné komorbidity a možné následky hypertenze (tj. hypertenzí mediované poškození orgánů, HMOD).

Měření TK a jeho správné technické provedení je zásadní pro stanovení hypertenze. Mezi základní metody měření krevního tlaku u dětí patří příležitostné měření TK v ordinaci lékaře (auskultační a oscilometrické), domácí měření TK a ABPM. Pro každou z těchto metod existují normativní hodnoty pro děti a dospívající, umožňující správné posouzení naměřených hodnot TK. Tyto metody nově doplňuje automatické klinické měření TK v ordinaci lékaře, pro které ale zatím nemáme normy.

Vzhledem k nutnosti odhalit sekundární hypertenzi, HMOD, kardiovaskulární a metabolická rizika a komorbidity je nutné další diagnostický postup směřovat na vyšetření, která provádíme u všech hypertenzních dětí, tzv. bazální vyšetření, a vyšetření, která provádíme až v druhém kroku pro podezření na sekundární hypertenzi. Bazální vyšetření, která musí být provedena u všech dětí s hypertenzí zahrnují: anamnézu, fyzikální vyšetření, moč chemicky a močový sediment, mikroalbuminurii, elektrolyty v séru, ureu, kreatinin, kyselinu močovou, triglyceridy, cholesterol, ultrazvuk ledvin a echokardiografii (struktura a funkce levé komory).

### **Léčba hypertenze v dětském věku**

Cílem terapie hypertenze u dětí a dospívajících je nejen normalizace TK, ale i prevence nebo regrese zjištěných HMOD. Cílová hodnota TK závisí na věku, podmiňující příčině (léčba základního onemocnění) a zjištěných komorbiditách, případně HMOD. Terapie hypertenze zahrnuje jak nefarmakologická opatření (redukce nadváhy/obezity, přiměřený příjem soli a dostatek pohybu) tak farmakologickou léčbu. Medikace musí být zahájena vždy u symptomatické a sekundární hypertenze a při hypertenzi s hypertenzním postižením cílového orgánu. Cílovým TK pro děti s chronickým onemocněním ledvin je TK <75.pc pokud nemají proteinurii nebo <50.pc., pokud jsou proteinuričtí. Podobná kritéria platí pro děti s diabetem 1 i 2. typu.

# PŘEKVAPIVÉ NÁLEZY V DĚTSKÉ NEURORADIOLOGII

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

**Pracoviště:** FN Ostrava a LF Ostravské univerzity

**Abstrakt:** Magnetická rezonance mozku představuje v pediatrické neurologii klíčovou zobrazovací metodu, která často zásadním způsobem ovlivňuje diagnostický i terapeutický postup. Přestože je MR vyšetření obvykle indikováno na základě klinického podezření, v některých případech odhalí překvapivé nálezy, které vedou k přehodnocení původní diagnózy a k zásadní změně léčebné strategie.

V přednášce bude prezentován soubor pěti kazuistik dětských pacientů vyšetřených na pracovištích FN Motol a FN Ostrava, u nichž bylo MR zobrazení mozku zlomovým okamžikem diagnostického procesu. Ve všech případech vedl nález k nečekanému odhalení etiologie obtíží a k významné změně dalšího terapeutického postupu. Kazuistiky zahrnují široké spektrum diagnóz napříč dětskou neuroradiologií a ilustrují, jak může zobrazovací metoda zásadně změnit klinický pohled na stav pacienta.

Cílem sdělení je poukázat na význam pečlivé interpretace MR nálezů v pediatrické populaci, zdůraznit mezioborovou spolupráci a upozornit na situace, kdy může zobrazovací vyšetření odhalit nečekanou příčinu obtíží s přímým dopadem na léčbu a prognózu dítěte.

## DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA ANÉMÍÍ

**Autor:** MUDr. Petr Birke

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

**Abstrakt:** Anémie je definována jako snížení koncentrace hemoglobinu pod dolní hranici fyziologického rozmezí pro daný věk a pohlaví. Trpí jí cca 30 % světové populace. Diferenciální diagnostika je velice široká. Dle příčiny se rozdělují na anémie ze snížené tvorby erytrocytů, anémie ze zvýšené destrukce erytrocytů (hemolytické) a anémie z krevních ztrát.

Anémie ze snížené tvorby erytrocytů způsobuje nedostatek železa, kyseliny listové a/nebo vitamínu B12, anémie doprovázející zánět/ chronických chorob, anémie při hepatálních a renálních onemocnění, dále infiltrace kostní dřene (leukémie, lymfomy, neuroblastom, strádavá onemocnění) a selhání kostní dřene (Diamondova-Blackfanova anémie, Fanconiho anémie, dyskeratosis congenita).

Příčina korpuskulárních hemolytických anemií tkví v defektu erytrocytární membrány (sférocytóza), enzymovém defektu (deficit pyruvátkinázy) či poruše globinů (talasemie, srpkovitá anémie). Extrakorpuskulární hemolytické anémie se dělí na imunitní (autoimunitní s tepelnými nebo chladovými protilátkami) a neimunitní (infekce, polékové, otrava hadími jedy, alkohol, HUS, TTP, DIC).

Příčinu anémie je vždy nutné objasnit, aby mohla být zahájena správná léčba. Nevede-li adekvátní terapie ke zlepšení, je namísto diagnózu přehodnotit.

---

## REOPEROVANÁ KRČNÍ LYMFADENITIDA - MYCOBACTERIUM LENTIFLAVUM

**Autor:** MUDr. Petr Širůček<sup>1</sup> MUDr. Lucia Staníková, Ph.D.<sup>2</sup> Mgr. Vít Ulman, Ph.D.<sup>3</sup>

**Pracoviště:**

<sup>1</sup> Klinika infekčního lékařství LF OU a Fakultní nemocnice Ostrava

<sup>2</sup> MUDr. Lucia Staníková, Ph.D.

<sup>3</sup> Mgr. Vít Ulman, Ph.D.

**Abstrakt:** Zletá dívka, dosud zdravá a řádně očkováná s několikátýdenní anamnézou zvětšené uzliny submandibulárně vlevo, byla sledována a léčena koamoxiklavem PLDD.

Týden hospitalizována na spádovém dětském oddělení, kde pro paket uzlin na sonografii ve stejné lokalitě změna atb na klindamycin i.v.

Nakonec přeložena na Kliniku dětského lékařství FN Ostrava, otorinolaryngologickou provedena exstirpace uzliny s histologickým nálezem nekrotizujících granulomů, mikroskopicky agens nezachyceno, kultivačně *Mycobacterium lentiflavum* (M. tbc negat.). Při dimisi změna atb na klaritromycin. Doma subfebrilie, před jizvou se vytváří zarudlá palpačně citlivá rezistence (obrázek).

Při ORL kontrole doporučeno doléčení na Klinice infekčního lékařství FN Ostrava. K užívanému klaritromycinu přidán dle citlivosti rifabutin. Doplněná sérologie felinózy (*B. henselae*) a tularemie (*F. tularensis*) negativní. V celkové anestézii při reoperaci otorinolaryngologickou provedena vlevo lymfadenektomie z oblasti Ib/II, superficiální parotidektomie a exstirpace podčelistní žlázy (peroperační obrázky). Neurostimulací ověřena aktivita všech větví n. VII., jehož dolní větev byla zavzata do paketu a preparace tak byla obtížná. Histologicky stejný nález jako při první operaci, hojení bez komplikací.

Doma užívala ještě 1 měsíc rifabutin do celkové délky 1,5 měsíce a 2 měsíce klaritromycin do celkové délky 3 měsíce, rehabilitovala, promašťovala jizvy.

Následující kontroly na ORL ambulanci FNO s upravující se asymetrií obličeje (obrázky), sonografický nález uspokojivý.

Předpokládaným zdrojem mykobakteria mohla být půda, resp. rašelina používaná k hnojení, což se ale nepodařilo prokázat stejně jako objasnit bránu vstupu. Terapie antiinfektivy, nejlépe v kombinaci je dlouhodobá, ideálně opřená o citlivost. Bez radikální exstirpace dochází při konservativním postupu k úzdavě jen zřídkakdy.

*M. lentiflavum* bylo popsáno v r. 1996 u diabetika s hrudní spondylodiscitidou. Způsobuje vzácná onemocnění, všechna byla publikována v Evropě. Většina kazuistik popisuje izoláty z cervikální lymfadenitidy u velmi malých dětí. Několik „plicních“ případů bylo popsáno pouze u imunokompromitovaných pacientů. Jedná se o grampozitivní nepohyblivý acidorezistentní kokobacil, který v médiu Löwensteinově-Jensenově během 3-4 týdnů vytváří skotochromogenně hladké jasné žluté 1-2mm kolonie (obrázek). Je obecně rezistentní k izoniazidu, etambutolu i streptomycinu.

# YERSINIOVÝ KARBUNKL NA HLAVĚ S KRČNÍ LYMFADENOMEGALIÍ

**Autor:** MUDr. Jiří Sagan<sup>1</sup>, MUDr. Petr Širůček<sup>1</sup>, MUDr. Eva Krejčíř,  
MUDr. Jakub Syrovátka<sup>3</sup>

## **Pracoviště:**

<sup>1</sup> Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

<sup>2</sup> Centrum klinických laboratoří a Antibiotické středisko, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

<sup>3</sup> ORL oddělení, Nemocnice Agel Nový Jičín

**Abstrakt:** *Yersinia enterocolitica* je gramnegativní bakterie, která nejčastěji postihuje gastrointestinální trakt a typicky se, nejčastěji u dětí, projevuje známkami mezenterální lymfadenopatie. Extraintestinální projevy (bakteriémie, sepse) jsou velmi vzácné a nejčastěji se vyskytují u imunokompromitovaných pacientů. Kožní infekce představuje netypický a vzácný projev této nemoci. Vznikají v důsledku přímé bakteriální inokulace do kůže při kontaktu se zvířaty nebo manipulací s jejich tkáněmi. Tyto infekce se mohou projevovat vezikulo-bulózními lézemi s následnou granulační odpovědí nebo jako celulitida s tvorbou abscesů. Je prezentována kazuistika 16letého chlapce s ulcerózními kožními lézemi na čele doprovázenými regionální cervikální lymfadenopatií bez systémových příznaků, u kterého byla *Yersinia enterocolitica* identifikována jako etiologické agens jak kultivačně, tak sérologickými metodami. Infekce byla úspěšně léčena intravenózně podávaným tigeicyklinem následovaným perorálním kotrimoxazolem po dobu čtyř týdnů s úplným vyléčením infekce.

## DIFTERIE S MYOKARDITIDOU U NEOČKOVANÉHO CHLAPCE

**Autor:** MUDr. Kateřina Pohludková, MUDr. Miroslava Burešová, Ph.D.

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

**Abstrakt:** Difterie je v současné době v České republice vzácným onemocněním díky plošnému očkování, u neočkovaných dětí však nadále představuje riziko těžkého průběhu s rozvojem toxických komplikací.

Prezentujeme kazuistiku ročního neočkovaného chlapce, který byl odeslán na Klinikou infekčního lékařství FN Ostrava pro podezření na difterii při nálezu povlakové angíny s febriliemi, přítomnosti kožních lézí. ORL vyšetření prokázalo masivní bělavě šedý povlak na levé tonzile. Diagnóza byla potvrzena PCR i kultivačním vyšetřením se záchytem toxigenního kmene *Corynebacterium diphtheriae*. Byla zahájena intravenózní antibiotická terapie penicilinem G a klindamycinem a následně opakovaně aplikováno antidifterické sérum.

Čtvrtý den hospitalizace došlo ke vzestupu kardiomarkerů. Na základě laboratorních nálezů a kardiologických vyšetření bylo vysloveno podezření na toxickou myokarditidu. Diagnóza byla potvrzena magnetickou rezonancí srdce. Při konzervativním postupu došlo k normalizaci kardiomarkerů i ke kompletní klinické úpravě stavu.

Kazuistika bude prezentována formou společného sdělení infektologa a dětského kardiologa.

V závěru upozorňujeme, že v krátkém časovém období byly na našem pracovišti zaznamenány další dva případy difterie – u neočkovaného sedmiletého dítěte a u starší ženy s poklesem postvakcinační imunity. Tyto skutečnosti potvrzují, že difterie zůstává aktuální hrozbou i v podmínkách České republiky a zdůrazňují význam očkování a včasného rozpoznání onemocnění.

# DĚTSKÝ KARDIOLOG NA ÚŘADU PRÁCE? DEMOGRAFIE A INCIDENCE VROZENÝCH SRDEČNÍCH VAD

**Autor:** Jan Pavlíček

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

**Abstrakt:** Historický vývoj porodnosti v České republice vykazuje výrazné výkyvy podmíněné socioekonomickými a demografickými faktory. Zatímco v 19. století byla porodnost vysoká a relativně stabilní, 20. století přineslo prudké poklesy v obdobích světových válek a hospodářských krizí, stejně jako výrazné vzestupy v důsledku pronatalitních politik (např. v 70. letech). Po roce 1989 došlo k zásadní transformaci reprodukčního chování, charakterizované odkladem rodičovství a celkovým poklesem plodnosti. Krátkodobé oživení kolem roku 2008 bylo následováno opětovným poklesem, který v posledních letech dosahuje historických minim.

V tomto sdělení autoři předkládají statistiku kritických a významných vrozených srdečních vad od roku 1999 do současnosti a snaží se dokumentovat časové trendy u jednotlivých skupin těchto vad. V souvislosti s demografickými změnami lze spekulovat o možném vývoji jejich incidence. Pokles porodnosti je často spojen s vyšším věkem matek, což by teoreticky mohlo vést ke zvýšení výskytu některých vrozených vad. Na druhou stranu pokrok v prenatalní diagnostice a možnost ukončení těhotenství u závažných malformací může vést k poklesu jejich zastoupení mezi živě narozenými dětmi. Výsledné trendy proto odrážejí komplexní interakci biologických, medicínských a sociálních faktorů.

Do budoucna bude nezbytné tyto trendy dále systematicky sledovat, a to nejen v kontextu pokračujícího poklesu porodnosti, ale i s ohledem na dynamický rozvoj prenatalní diagnostiky a genetických metod. Současně bude důležité zohlednit měnící se reprodukční chování populace, zejména posun věku rodičů a velikost populačních ročníků. Pouze komplexní a dlouhodobé sledování umožní lépe porozumět vývoji incidence vrozených srdečních vad a jejich skutečným determinantám.

# METABOLICKÝ ASOCIOVANÁ JATERNÍ CHOROBA (MASLD) V DĚTSKÉM VĚKU

**Autor:** MUDr. David Klepárník

**Pracoviště:** Ambulance dětské gastroenterologie, Ambulance dětské hepatologie a dědičných chorob metabolismu, Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc

**Abstrakt:** MASLD je v současnosti jednou z nejčastějších chronických jaterních chorob dětského věku s prevalencí 7–14 % v obecné pediatrické populaci. U obézních dětí dosahuje prevalence až 35–64 % v závislosti na diagnostické metod.

**Etiologie a patogeneze:** Hlavními rizikovými faktory jsou obezita, inzulinová rezistence a komponenty metabolického syndromu. Mužské pohlaví, puberta a prenatální faktory (mateřská obezita, gestační diabetes) hrají významnou roli. Dysfunkční tukové tkáň uvolňuje volné mastné kyseliny, reaktivní kyslíkové radikály a prozánětlivé cytokiny, což vede k inzulinové rezistenci, de novo lipogenezi a chronickému zánětu nízkého stupně.

**Epidemiologie:** Prevalence MASLD výrazně stoupá s věkem (0,7 % ve 2–4 letech až 17,3 % v 15–19 letech). V Evropě dosahuje prevalence u dětí s diabetes mellitus 2. typu přibližně 37 %. Postižení je častější u chlapců v poměru 3,3:1.

**Léčba:** Základem terapie zůstává personalizovaná intervence životního stylu zahrnující vyváženou stravu, pravidelnou fyzickou aktivitu a redukci tělesné hmotnosti v rámci multidisciplinárního rodinného přístupu. Farmakoterapie nabývá v současnosti nové rozměry a v budoucnu jistě získá větší prostor.

**Prognóza:** Pediatrická MASLD má progresivní potenciál s rizikem vývoje fibrózy, cirhózy a konečného stadia jaterního onemocnění již v mladém dospělém věku. Pacienti mají 2,33krát vyšší riziko kardiovaskulárních příhod, u MASH dokonce 5,27krát. Časná intervence a redukce obezity může významně snížit riziko dlouhodobých komplikací včetně diabetes mellitus 2. typu a potřeby transplantace jater.



**SANOPHARM**  
KONGRESY A SEMINÁŘE

Váš spolehlivý partner pro organizaci  
**odborných akcí ve zdravotnictví**

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





SANOPHARM

[www.bpd2026.cz](http://www.bpd2026.cz)