

PEDIATRIA

1/2008 ročník 9.

pre prax

ABSTRAKTY

PEDIATRIA PRE PRAX

48. PEDIATRICKÉ DNI

24. – 25. apríl 2008
City Hotel Bratislava, Bratislava

S1

Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
 Detská fakultná nemocnica s poliklinikou v Bratislave
 2. detská klinika LF UK a DFNSP v Bratislave,
 Slovenská pediatrická spoločnosť
 Slovenská lekárska spoločnosť
 a časopis *Pediatrica pre prax*

organizujú

PEDIATRIA PRE PRAX

48. PEDIATRICKÉ DNI

24. – 25. apríl 2008

City Hotel Bratislava, Bratislava

Programový výbor

prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH (prezident kongresu),
 MUDr. Beata Černáková, MPH, MUDr. Iveta Čierna, PhD., MUDr. Anna Hlavatá,
 doc. MUDr. Darina Chovancová, CSc., prof. MUDr. Alica Kapellerová, DrSc.,
 JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD., doc. MUDr. Jozef Mašura, CSc.

Generálny sponzor:

NUTRICIA

Hlavní sponzori:

Wyeth®

Rama

Nestlé
Nutrition

Sponzori:

Abbott Laboratories, AGS Šport, Alfamedica, Berlin Chemie, Boehringer Ingelheim, CSC Pharmaceuticals, Dacom Pharma, DANONE, Dema Senica, Eurocord, Ewopharma, Galén, Genzyme Europe, Grada, GSK, HERO, HIPP, IBI, Interpharm, LeRen, Libra, Liek, Maxdorf, Medindex, Monsea, MSD, Novo Nordisk, Orionpharma, Ozone, Pharmix, Pleuran, Pliva, Portál, Rapeto, Reckitt Benckiser, S&D Pharma, Sanofi-Aventis, Swis Natural, Teva, UCB, Unimed Pharma, Valosun, Vifor, Weleda

Podujatie bude ohodnotené 14 CME kreditmi

Úvodné slovo

Srdečne Vás pozývame na 48. pediatrické dni, ktoré tradične organizuje 2. detská klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave, a ktorá je súčasťou programu postgraduálneho, celoživotného vzdelávania Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v špecializačnom odbore pediatria.

Organizátori aj na tejto rok prichystali bohatý, dvojročný odborný program, do ktorého zaradili prednášky aj o takých závažných problémoch v pediatrickej praxi, akým je starostlivosť o nedonosených novorodencov, resp. o chronický choré deti. Nefrologický a gastroenterologický blok, ako aj blok o metabolických chorobách, výžive a o problémoch očkovania odrážajú tradičné odborné a vedecké zameranie 2. detskej kliniky LF UK a DFNSP. Teší nás, že pozvanie prednášať na konferencii prijali tento rok okrem významných zahraničných a domácich špecialistov aj naši spolupracovníci z regionálnych detských nemocníc, a tiež z radov praktických lekárov pre deti a dorast. Memoriálnymi prednáškami popredných zahraničných odborníkov si chceme aj tento rok pripomenúť zásluhy prof. Heima a prof. Brdlika, prvých prednostov Detskej kliniky v Bratislave, a súčasne podľa vzoru týchto priekopníkov pediatrie v strednej Európe zdôrazniť význam odbornej spolupráce na medzinárodnej úrovni. Program dopĺňajú zaujímavé kazuistiky, poučné pre každodennú činnosť detského lekára a tiež monotematické sympózia. Konferencia navyše ponúka aj možnosť získavať nové poznatky o právnom prostredí starostlivosti o detských pacientov, a tiež o problémoch, ktoré prináša pediatrická prax z pohľadu pracovníkov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Konferencia bude aj tento rok usporiadaná v príjemnom prostredí kongresových priestorov City Hotel Bratislava.

Veríme, že 48. pediatricka konferencia „Pediatria pre prax“ sa stane dôstojnou pokračovateľkou už skoro polstoročných tradícií a aj tento rok sa stane fórom na získanie nových informácií, na výmenu odborných skúseností a nie v poslednej rade na vytváranie nových kontaktov a príjemných stretnutí s kolegami.



prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH

PEDIATRIA PRE PRAX S1 / 2008

Predseda redakčnej rady: prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH

Podpredseda redakčnej rady: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Odborný editor: prof. MUDr. Ludmila Podracká, CSc.

Redakčná rada: MUDr. Eva Antonyová, prof. MUDr. František Bauer, CSc., doc. MUDr. Marta Benedeková, CSc., mim. prof., doc. MUDr. Olga Červeňová, CSc., MUDr. Peter Čížnar, CSc., prof. MUDr. Svetozar Dluholucký, CSc., prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., Mgr. Jaroslava Fendrychová, MUDr. Pavel Fruhauf, CSc., MUDr. Josef Grym, MUDr. Josef Gut, MUDr. Karel Goldemund, CSc., MUDr. Nora Hradská, doc. MUDr. Darina Chovancová, CSc., MUDr. Pavel Geier, doc. MUDr. Karol Kralinský, PhD., mim. prof., MUDr. Alena Machovcová, MBS, doc. MUDr. Ivan Novák, CSc., MUDr. Jana Rašková, MUDr. Katarína Šimovičová, MUDr. Pavol Šimurka, prof. MUDr. Jiří Šnajdauf, DrSc., doc. MUDr. Branislav Spišák, CSc., mim. prof., MUDr. Alena Staníková, PhD., MUDr. Ján Šuba, doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc., MUDr. Jarmila Seifertová, doc. MUDr. Pavol Sýkora, CSc.

Vydavateľ časopisu v SR: SOLEN, s.r.o.

Adresa redakcie: SOLEN, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava, www.solen.eu

Redaktorka: Mgr. Andrea Dúbravčíková, tel.: 02/ 5413 1381, dubravcikova@solen.sk

Obchodné oddelenie: Zdenka Macková, tel.: 02/5465 0648, mackova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Jan Sedláček, tel.: +420 777 020 808

Predplatné: Zuzana Zárecká, tel.: 02/ 5465 0649

Časopis si môžete objednať: e-mailom: zarecka@solen.sk, faxom: 02 / 5465 1384 alebo poštou: na adrese redakcie.

Cena predplatného za 6 čísel na rok 2008 je 480 Sk.

Nie je možné platiť bankovým prevodom bez našej proforma faktúry. Po odovzdaní vyplnenej objednávky vám zašleme doklad na úhradu – šek alebo proforma faktúru podľa vašej požiadavky.

Vydavateľ v ČR: SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Redaktorka v ČR: Mgr. Iva Daňková, dankova@solen.cz

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Registrácia MK SR pod číslom 3489/2005

ISSN 1337-4443

Časopis je indexovaný v Slovenskej národnej bibliografii.
Čitačný index: Pediatr. prax

Vybrané články z časopisu *Pediatric pro praxi*, ktorý vydáva spoločnosť Solen, s.r.o., Česká republika. Vydávané v Slovenskej republike na základe licencie poskytnutej spoločnosťou Solen, s.r.o., Česká republika.

Copyright: © 2008 Solen, s.r.o.

Spoločnosť Solen, s.r.o., Slovenská republika, má výhradné právo na publikáciu článkov z časopisu *Pediatric pro praxi* a z ďalších časopisov spoločnosti Solen, s.r.o. Akákoľvek časť obsahu *Pediatric pro praxi* nesmie byť kopírovaná alebo rozmnožovaná s cieľom ďalšieho rozširovania akýmkoľvek spôsobom a v akejkoľvek forme (mechanickej, fotografickej, xerografickej či elektronickej) bez písomného súhlasu spoločnosti Solen, s.r.o., ako vlastníka autorských práv na území Slovenskej republiky. O zhotovenie a zasielanie kópií stránok či jednotlivých článkov publikovaných v časopisoch spoločnosti Solen možno žiadať výlučne redakciu alebo spoločnosť Solen.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

ŠTVRTOK, 24. APRÍL 2008

- 07:30** Registrácia
- 08:45** Slávnostné otvorenie
- 09:00 – 10:30** **Skríningové programy**
 garant bloku: **MUDr. Anna Hlavatá**
Brdlíkova memoriálna prednáška – 15-leté zkušenosti s léčbou dětské familiární hypercholesterolemie (FH) u dětí a naše získané poznatky - Hyánek J., Martiníková V., Dubská L., Pejznochová H., Pehal F., Privarová J. (Praha)
- Dyslipoproteinémie v detstvom veku – *Hlavatá A.*
 - Skríning a včasná diagnostika porúch sluchu u detí – *Jakubíková J.*
 - Význam skríningových programov pre všeobecných lekárov pre deti a dorast – *Šimovičová K.*
 - *Diskusia*
- 10:30 – 11:00** **Odovzdanie ceny „GRAND PRIX“ za celoživotné zásluhy prof. MUDr. Jánovi Čápmu, DrSc. Heimova memoriálna prednáška**
 • „Ubo a kalibanga“ – pediatrická prax v rozvojových krajinách – *Nemes J. (Budapešť)*
- 11:00 – 11:15** Coffee break
- 11:15 – 12:15** **Sympóziu spoločnosti NUTRICIA**
 garant sympózia: **prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH.**
Prevenia atopie a imunita
- Prevenia atopie a imunita – *Fuchs M.*
 - Zloženie mliečnych formúl a ich vplyv na imunitný systém – *Čierna I.*
 - Novinky v Nutrilon portfoliu – *Uxová K.*
- 12:15 – 13:00** Obed
- 13:00 – 14:30** **Chronicky choré deti**
 garant bloku: **doc. MUDr. Jozef Mašura, CSc.**
- Prevenia kardiovaskulárnych ochorení u detí a mládeže – *Mašura J.*
 - Očkovanie pacientov v špeciálnych prípadoch – *Kuková Z., Košťálová Z.*
 - Liečba chronickej bolesti u detí – *Kollerová A.*
 - Dlhodobá starostlivosť o deti po transplantácii krvotvorných buniek – *Šufliarska S., Horáková J., Boďová I.*
 - *Diskusia*
- 14:30 – 15:10** **Sympóziu spoločnosti WYETH**
Pneumokokové ochorenia a možnosti ich prevencie
- Invazívne pneumokokové ochorenia – situácia na Slovensku z pohľadu epidemiológa – *Avdičová M.*
 - Streptococcus pneumoniae v etiológii akútnych zápalov stredného ucha u detí na Slovensku – *Jakubíková J., Hupková H., Trupl J.*
 - Mopping-up: Výsledky PCV-7 vakcinácie v kolektívnom zariadení – *Dluholucký S., Frčová B., Herková S., Hupková H., Klement C., Siragi P.*
- 15:10 – 15:20** Coffee break
- 15:20 – 16:50** **Nefrológia a hypertenzia**
 garant bloku: **prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH**
- Hematurie u detí – *Doležel Z. (Brno)*
 - Proteinúria a nefrotický syndróm u detí – *Kovács L.*
 - Nefronia – fokálna bakteriálna nefritída – *Červeňová O. Jančovičová Z., Chocholová M., Miklovičová D., Polák V., Haviar D.*
 - Chronické nefropatie a fyzická záťaž u detí a dorastu – *Radvanský J., Procházka M. (Praha)*
 - *Diskusia*
- 16:50 – 17:50** **ÚDZS a problémy v pediatrickej praxi**
 garant bloku: **Sekcia dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti**
 – **MUDr. Beata Černáková**
- Najčastejšie pochybenia v pediatrickej praxi z pohľadu ÚDZS, vybrané kazuistiky – *Černáková B.*
 - Bezpečnosť pacienta – analýza omylov a chýb – *Sladká E.*
 - *Diskusia*
- 20:00** Spoločenský večer

PIATOK, 25. APRÍL 2008

- 07:30** Registrácia
- 09:00 – 10:30** **Starostlivosť o nedonosené deti**
 garant bloku: **doc. MUDr. Darina Chovancová, CSc.**
- Vyhliadky veľmi nezrelých novorodencov na Slovensku – *Bauer F.*
 - Domáca starostlivosť o nedonosené deti – *Chovancová D., Hartmannová, I., Pejhovská L.*
 - Optimálna stimulácia – cesta k zdravému vývinu dieťaťa – *Kaiserová L., Chovancová D.*
 - Prenatálny počiatok civilizačných chorôb – *Macejková Z., Kovács L.*
 - *Diskusia*
- 10:30 – 10:45** Coffee break
- 10:45 – 11:30** **Sympóziu spoločnosti RAMA**
- Výživa detí školského veku na Slovensku – aktuálne poznatky a odporúčania – *Babinská K., Vitáriušová E., Hlavatá A., Rosinský J., Babinská K. ml., Košťálová L., Pribilincová Z., Kovács L.*
 - Úloha tukov vo výžive a nové trendy v spotrebe tukov – *Jurkovičová J.*
 - Šport ako doplnok výživy detí – *Malovič P.*
- 11:30 – 13:00** **Kazuistiky a praktický lekár pre deti a dorast**
 garant bloku: **prof. MUDr. Alica Kapellerová, DrSc.**
- Premeňte svoje ideály na skutočnosť! – Skúsenosti z pracovného pobytu v Kambodži – *Vitáriušová E., Born B.*
 - Lymfadenopatia u dieťaťa – *Füssiová M., Rajzák E., Pribilincová Z.*
 - Chlapec so širokým krkom – *Virgová D., Košťálová L.*
 - Je komunikácia s pacientom (resp. s jeho rodičmi) potrebná? – *Gibalová E.*
 - Tricho-rhino-phalangeálny syndróm (TRPS), Giedion syndróm – *Jankó V., Hlavatá A., Kovács L.*
 - Aspirácia zuba – *Dzurenková A., Kuková Z.*
 - *Diskusia*
- 13:00 – 13:45** Obed
- 13:45 – 14:00** **Sympóziu spoločnosti EUROCORD**
- 14:00 – 15:30** **Gastroenterológia**
 garant bloku: **MUDr. Iveta Čierna, PhD.**
- Chronické zápalové ochorenie čreva u detí – *Čierna I.*
 - Hyperamylazémie v detskom veku – *Székyová D.*
 - Bezlepková diéta – liečba celiakálnej choroby – *Krajčírová M.*
 - Izolovaná elevácia AST u detí – *Szépeová R.*
 - *Diskusia*
- 15:30 – 15:45** Coffee break
- 15:45 – 16:45** **Zdravotnícke právo**
 garant bloku: **JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD.**
- Zmluvy a zmluvné vzťahy v ambulancii lekára – *Kováč P.*
 - Forenzné implikácie poskytovania zdravotnej starostlivosti – *Kováč P.*
 - *Diskusia*
- 16:45** Ukončenie kongresu

SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY

Brdlíkova memoriálna prednáška: 15-leté zkušenosti s léčbou dětské familární hypercholesterolemie (FH) u dětí a naše získané poznatky

*Hyánek J., Martiníková V., Dubská L.,
Pejznochová H., Pehal F., Privarová J.
Metabolická ambulance a OKBHI Nemocnice
Na Homolce, Praha*

Úvod: Selektivní screening dětských dyslipidemií byl zahájen v Nemocnici Na Homolce od r. 1992 mezi dětmi a vnučaty operantů z kardiokirurgického oddělení. Základní kritéria: riziková rodinná anamnéza pro kardiovaskulární onemocnění (KVO), celk. cholesterol (CCh) > 5,0 mmol/l; apoB > 0,6 g/l; index ApoB/Apo A1 > 1,6. Celostátní screening dyslipidemií v rizikových rodinách pro KVO zaveden vyhláškou č. 149 ČR/1994, která inovovala preventivní prohlídky u 5. a 13-letých dětí narozených v rizikových rodinách pro KVO. U pozitivních případů byli podle rodokmenu vyšetřeni i ostatní nejbližší příbuzní. Pro diferenciální diagnostiku použito od r. 1996 kromě rozšířeného lipidového spektra ještě vyšetření necholesterolových sterolů (NCHS-lathosterolu a kampesterolu), molekulárně genetické vyšetření mutací LDL-receptorů a polymorfismu apoE (laskavostí MedPed Brno), stan. celk. homocysteinu (tHcy), beta-karotenu. Pro monitorování léčby ještě použito stanovení celého spektra vitaminů, růstová a hmotnostní křivka počítačovým programem podle Krásničanové; podrobné podmínky léčby v *Čsl. Pediat.* 2007; 62: 603–609.

Výsledky: V metabolické ambulanci stačíme vyšetřit ročně kolem 1 000 dětí a adolescentů, včetně jejich rodičů a nejbližších příbuzných, pokud jsou podle rodokmenu nalezeny zvýšené hladiny CCh nebo pokud MedPed doporučí vyšetření dalších příslušníků (cca 350 vyšetřených). Nízkocholesterolovou dietu NCHD (< 300 mg/d podle individuální tolerance pacienta) používáme pouze při zahájení léčby, určení výživových návyků dítěte a compliance v rodině; jinak je NCHD vyhrazena především pacientům s alimentární hypercholesterolemií. U pacientů s mol. geneticky prokázanou FH používáme od 10 let (chlápci) a po menarché (děvčata) statinovou léčbu v dávkách dosahujících léčebné hladiny CCh 4,8 mmol/l a poklesu hladiny lathosterolu. V posledních 3 letech se nám osvědčuje zahájení léčby ezetimibem (5 – 10 mg/d) a teprve při neúspěchu jeho kombinací se statiny (viz publikace). Nežádoucí účinky kombinované léčby jsme zatím u skoro 50 dětí nepozorovali. Hladiny vitaminů a beta-karotenu zůstávaly zatím nezměněny. Léčbu iontomé-

niči však pro nežádoucí účinky a malou efektivitu při snižování hladiny CCh přes 10 let již nepoužíváme.

Pro efektivní zajištění pohybové a stravovací morálky již 12 let funguje při metabolické ambulanci samostatný „Klub rodičů a dětí s hypercholesterolemií“, který vykazuje tyto aktivity: rehabilitace v bazénu, turistika, výlety a letní tábory, výchovné semináře s přednáškami odborníků, nízkocholesterolovou Mikulášskou besídku atd.

Některé naše další poznatky:

- nejenom menarché, ale i antikoncepce u některých pacientek zcela změnila lipidové spektrum a je třeba proto pečlivě sledovat a pacientky diferencovat,
- vyšetřování lipidového spektra, tromboembolických mutací a tHcy před nasazením antikoncepce je nezbytné,
- při plánované graviditě dlouhodobě statiny léčených pacientek doporučujeme nejméně 3 ovulace po vysazení léčby před koncepcí. Zatím narozené děti z těchto těhotenství mají normální psychomotorický vývoj,
- setkali jsme se i s nechtěnou maternální hypercholesterolemií při léčbě statiny – dítě narozené z tohoto těhotenství se zatím vyvíjí normálně.

K jednotlivým komentovaným problémům uvedeny podrobné kasuistiky.

Dyslipoproteinémie v dětském věku

Hlavatá A.

2. dětská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Úvod: Dyslipoproteinémie (DLP) sú významným predisponujúcim faktorom aterosklerózy a tým prispievajú ku zvýšenej morbidite a mortalite z ochorenia kardiovaskulárneho systému. Dnes už niet pochybnosti o tom, že včasná diagnóza a najmä prevencia hyperlipoproteinémií v detskom veku vedie k zníženiu výskytu aterosklerózy a tým i jej následkov v dospelosti.

Jedným z dôležitých medzinárodných skríninových programov je projekt MedPed („Make Early Diagnosis to Prevent Early Death in medical pedigrees“). Jeho cieľom je znížiť počet predčasných úmrtí u ľudí s Primárnou DLP zriadením registra chorých a cieľným vyhľadávaním ďalších postihnutých osôb v ich príbuzenstve.

Skríninové kritériá pre vyhľadávanie rizikových detí sú:

- 1) pozitívna rodinná anamnéza na kardiovaskulárne ochorenia v kombinácii so signifikantne závažnou DLP,

- 2) celkový cholesterol > 5,2 mmol/l,
- 3) LDL-cholesterol > 3,4 mmol/l,
- 4) HDL-cholesterol < 0,9 mmol/l.

Rovnaké ciele sleduje na Slovensku univerzálny cholesterolový skrínin u detí a adolescentov vo veku 11 a 17 rokov, ktorý od roku 2004 vykonávajú všeobecní lekári pre deti a dorast. Pacienti so „skríninovou“ DLP sú poukázaní do odborných ambulancií na spresnenie stupňa kardiovaskulárneho rizika a pre určenie liečby.

Pacienti a metódy: V Metabolickej ambulancii 2. detskej kliniky LF UK a DFNSP sme v priebehu ostatných rokov vyšetřili 218 detí s DLP, 209 detí bolo zaslaných na základe výsledkov univerzálného skríningu, kým u ostatných 8 detí sa DLP zistila v rámci selektívneho skríningu MedPed. U každého z nich sa hodnotili parametre lipidového statusu, ako celkový cholesterol (TC), lipoproteíny s nízkou hustotou (LDL), lipoproteíny s vysokou hustotou (HDL), triacylglyceroly (TAG), apolipoproteín A1 (ApoA1), apolipoproteín B (ApoB1). Okrem toho sa určila aj koncentrácia hormónov štítnej žľazy a uskutočnila sa molekulárno-genetické vyšetřenie pre familiárny defekt apolipoproteínu B-100 (FDB-100) a pre stanovenie izoforiem apolipoproteínu E (apo-E).

Výsledky: Latentná hypothyreóza sa diagnostikovala u 11 z 218 „skríninových“ DLP (5%) , títo pacienti sú v súčasnosti liečení endokrinológom. Z ostatných 207 detí sledovaných v metabolickej ambulancii malo 183 zvýšenú hladinu celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu (88%) a u 44 bola súčasne prítomná aj znížená hodnota HDL-C (21%). Zvýšenú hodnotu TAG malo 80 detí (38%), pričom izolovane zvýšená hodnota tohto parametra sa dokázala u 24 pacientov (12%). Zvýšený TC i TAG malo 56 pacientov (27%). V skupine vyšetřených detí sa zistili 4 heterozygoti pre apoB-100 – ApoB100/FDB100. Pri genotypizácii sa určilo nasledovné rozloženie izoforiem ApoE: E2/E – 1,03%; E3/E3 – 61,85%; E4/E4 – 2,06%; E3/E2 – 3,09%; E3/E4 – 30,93% a E2/E4 – 1,03%. Všetky deti sú liečené diétou so zníženým obsahom tukov v strave, u 5 pacientov bola indikovaná kombinácia dieterapie s farmakologickou liečbou.

Záver: Vďaka zavedeniu skríninových metód zisťovania DLP sa otázky prevencie kardiovaskulárnych ochorení stávajú integrovanou súčasťou pediatrickej starostlivosti. To umožňuje začať už vo včasnom detskom veku cieľnú nefarmakologickú terapiu a v indikovaných prípadoch aj v kombinácii s farmakologickou liečbou.

Skríning sluchu a včasná diagnostika porúch sluchu u detí

Jakubíková J.

Detská otorinolaryngologická klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Úvod: Neskoro odhalená obojstranná porucha sluchu alebo hluchota u dieťaťa má za následok nielen oneskorený vývoj reči, ale aj omeškanie mentálneho vývoja a kognitívnych schopností dieťaťa.

Viac ako 80% porúch sluchu sú u detí vrodené. Novorodenecký skríning sluchu (NHS) je najlepšou metódou pre včasné odhalenie podozrenia na poruchu sluchu. Ak skríning nie je celoplošný (Universal Newborn Hearing Screening – UNHS) viac ako 30% porúch sluchu nie je včas odhalených (1, 2). Pre skríning sluchu sú rôzne metódy, vyšetrenie otoakustických emisií (TEOAE, DPOAE) a skríningové vyšetrenie sluchových evokovaných potenciálov z mozgu (AABR). Keď nám skríningové vyšetrenie ukáže podozrenie na poruchu sluchu je nutné tympanometrické vyšetrenie, ktorým zisťujeme stav stredného ucha. Približne 10% – 15% novorodencov má tekutinu v strednom uchu, ktorá je príčinou prechodnej poruchy sluchu. Na určenie prahu sluchu u dočiat a malých detí sú tiež viaceré metódy, objektívne vyšetrenie sluchových evokovaných potenciálov z mozgu (BERA a ASSR) a neobjektívne behaviorálne metódy. Niektoré poruchy sluchu genetickej alebo z intrauterinnej infekcie CMV, ako aj získané v detstve (menigitída, úrazy, zápaly, autoimúnne ochorenia) sa objavujú neskôr, a preto pediater je povinný orientačne sledovať sluch u detí, obzvlášť pred vstupom do školy. Po stanovení prahu sluchu u obojstrannej poruchy sluchu je nutná včasná intervencia, načúvací prístroj, BAHA alebo kochleárna implantácia (1).

Metódy: Na Slovensku sa začal robiť skríning sluchu u novorodencov už v r. 1998, v Bratislave a v Košiciach. Od 1. 5. 2006 je skríning NHS otoakustickým emisiami povinný u všetkých novorodencov na Slovensku. Na stanovenie prahu sluchu sa používa na dvoch ORL klinikách ASSR a v ďalších 6 ORL oddeleniach BERA. Tiež sme vypracovali a zaviedli guideline pre odhalenie etiológie poruchy sluchu.

Výsledky: Porovnaním počtu detí s diagnostikovanou trvalou poruchou sluchu vo veku do 2 rokov života pred a po zavedení celoplošného skríningu novorodencov sme odhalili približne o 20% viac porúch sluchu.

Záver: Včas odhalíť poruchu sluchu alebo hluchotu nám dnes umožňuje nielen celoplošný skríning sluchu u novorodencov, ale aj objektívnymi metódami určenie prahu sluchu. Po odhalení obojstrannej poruchy sluchu alebo hluchoty sú nové možnosti technológií v liečbe, ktoré umožňujú sluchovo postihnutým deťom počuť, a tým aj normálny mentálny vývoj dieťaťa. Našou snahou je, aby porucha sluchu bola diagnostikovaná a liečená v 3. – 6. mesiaci života.

Literatúra

1. Jakubíková J, Závodná M, Chebenová M, Kabátová Z, Profant M, Šimková L, Groma M, Seginko K. Detská audiológia: 0 – 4 roky. Bratislava: SAP 2006. 196 s.
2. Jakubíková J, Závodná M, Kardošová A, Vicianová K. Skríningové vyšetrenie sluchu u novorodencov objektívnou metódou – otoakustickými emisiami. Bratislavské lekárske listy – 100. 1999; 11: 607–610.

Význam skríningových programov pre všeobecných lekárov pre deti a dorast

Šimovičová K.

Ambulancia pre deti a dorast, Bratislava

Preventívne vyšetrenia tvoria významnú časť práce všeobecných lekárov pre deti a dorast v SR. Venujú im cca 6 hodín týždenne, ktoré sú oddelené od kuratívnych vyšetrení aby sa nemiešali zdraví pacienti s chorými.

Cieľom preventívnych vyšetrení je odhaliť ochorenie v takej fáze, kedy ešte nemusí pacientovi robiť ťažkosti a preto im nevenuje (resp. rodičia dieťaťa) pozornosť.

Spôsob vyhľadávania ochorení už v dojčenskom veku sa za posledné desaťročia menil a stále zdokonaľoval.

Dnes prichádza novorodenec k všeobecnému lekárovi pre deti a dorast s prepúšťacou správou z novorodeneckého oddelenia, ktorá obsahuje okrem iného aj informácie o vykonanom skríningu fenylketonúrie, vrodenej hypothyreózy, katarakty, adrenogenitálnej hyperplázie, LCC, sonografia mozgu a uropoetického traktu (UPT). Niektorí novorodenci absolvujú aj vyšetrenie OAE – podľa vybavenia pracovišťa na ktorom sa narodili.

Všeobecný lekár pred deti a dorast (VLDD) dostáva takto veľmi konkrétnu správu o zdravotnom stave svojho nového pacienta. Pokračuje ďalej v zmysle inštrukcií neonatológa, ak sa jedná o patologické závery týchto vyšetrení. V prípade, že sa jedná o zdravého novorodenca, riadi sa v zmysle zákonných noriem, ktoré určujú aké vyšetrenia, a v ktorom veku má dieťa absolvovať.

V prvých troch mesiacoch života vyšetruje dieťa spolu 4-krát. Čo sa týka včasného odhaľovania chorobných stavov zameriava sa na vrodené chyby nervového systému, zmyslových ústrojov, LCC, VCC. Zvlášť zaznamenáva v dokumentácii psychomotorický vývoj. Do 18. mesiaca je dieťa vyšetrené spolu 9-krát.

Pred zavedením sonografického vyšetrenia UPT sa každému dieťaťu vyšetruje moč (chemicky a sediment) v 6. mesiaci života za účelom odhalenia vro-

dených vývojových chýb. Pre rodičov predstavovalo toto vyšetrenie značnú námahu, pretože odobrať moč dojačaťu v domácom prostredí bez akýchkoľvek zručností sa často končili neúspechom a výsledky bývali skreslené. Ultrasonografické vyšetrenie močových ciest ukáže aj najmenšie odchýlky, ktorými bývajú najčastejšie dilatácie uretrov rôzneho stupňa. Sledovaním týchto už vytipovaných dočiat sa predchádza infekcii močových ciest s ťažkým priebehom a následným postihnutím obličiek.

Opakované ultrasonografické vyšetrenie bedrových kĺbov a ortopedické vyšetrenie v 2. mesiaci života zachytáva odchýlky v ich postavení. V prípade akýchkoľvek nepravidelností je dieťa pod stálym dohľadom ortopéda.

Rast hlavičky sa zaznamenáva prvé tri mesiace do „Grafu rastu hlavy“. Nepravidelnosti v raste hlavy signalizujú ochorenie CNS.

Psychomotorický vývoj sa sleduje v rámci každého preventívneho vyšetrenia. V prípade nepravidelností je dieťa odoslané na vyšetrenie na špecializované pracovisko.

V predškolskom veku absolvuje dieťa vyšetrenie v 3. a 6. (5. – 7.) roku života, v školskom veku každé 2 roky (9, 11, 13, 15, 17). V obsahu týchto vyšetrení sú okrem iného: výška, váha, krvný tlak, moč chemicky, vízus a v 11. a 17. roku života aj vyšetrenie glykémie a lipidového profilu v rámci prevencie kardiovaskulárnych ochorení. Výsledky sú zaznamenávané do zdravotnej dokumentácie, ale nie sú nijakým spôsobom zbierané zdravotnými poisťovňami ani inými inštitúciami, aby sa dali použiť pre informáciu o zdravotnom stave našej populácie detí a dorastu.

Rodičia pacientov nie sú viazaní žiadnou právnou normou, aby podali všeobecnému lekárovi spätnú informáciu od špecializovanej ambulancie v písomnej podobe, takže sa stráca spätná väzba, všeobecný lekár často nemá informáciu o efekte liečby.

Hlásenie o výskyte infekčných chorôb sa zo strany všeobecných lekárov pre deti a dorast zanedbáva jednak z nedbalosti a jednak vďaka komplikovanému spôsobu.

Zlepšenie týchto nedostatkov sa dá odstrániť zdokonalením softvéru v ambulanciách VLDD, ktoré by nepredstavovalo žiadnu mimoriadnu záťaž. Stačilo by sa vrátiť k zaznamenaniu PP (pohyb poistenca), od ktorého sa nevedno prečo upustilo. Týmto údajom by sa sledoval pohyb pacienta do ŠAS v rámci preventívnych prehliadok. Pre programátorov by to neznamenal žiaden veľký problém – len by im bolo treba presne zadať, čo chceme sledovať a aký výstup si z toho želáme. To isté platí aj pre Regionálne ústavy verejného zdravotníctva, ktoré nie sú vybavené príslušným hardvérom a softvérom, aby prijímali informácie od VLDD modernými informačnými technológiami.

CHRONICKY CHORÉ DETI

Prevenca kardiovaskulárnych ochorení u detí a mládeže

Mašura J.

Kardiologická klinika, Detské kardiocentrum SR, Bratislava

Prevenca aterosklerózy

- skríning cholesterolu
- identifikácia a liečba rizikových skupín
- prevenca a liečba obezity a hypertenzie

Vrodené a získané srdcové chyby

- prenatalná diagnostika
- korekcia VCC v detstve
- reziduálne chyby po korekcii a nekorigované chyby
- prevenca infekčnej endokarditídy

Tehotenstvo

- prenatalná diagnostika
- riziko poškodenia plodu
- riziko poškodenia matky

Identifikácia rizika aterosklerózy

Riziko akcelerovanej aterosklerózy

- Familiárna hypercholesterolémia
- Diabetes mellitus typ 1 a 2
- Chronické renálne ochorenie
- Transplantácia srdca
- Kawasakio choroba
- Vrodené srdcové chyby
- Chronické zápalové ochorenia
- Nádorové ochorenie v detstve

Vrodené srdcové chyby

- dospelosti sa dožije 85 % detí (cca 250/rok)
- okrem jednoduchých chýb sú to aj deti s komplexnými chybami, často po viacetapových riešeniach. Mnohí z nich budú potrebovať ďalšie operácie.
- 1 – 2 % VCC je diagnostikovaných až v dospelosti (ASD, BAV)
- 50 % je po korekcii prakticky zdravých (ASD, VSD, PDA)
- 25 % vyžaduje intermitentné sledovanie (CoA, AVSDC, AS, PS, PAPVD, TOF...)
- 25 % vyžaduje intenzívne sledovanie a liečbu počas celého života (TOF, TGA, Fontan, Ross, DORV, EA...)

Hodnotenie výkonnosti pacientov s VCC

NYHA klasifikácia – úroveň obtiaží:

- I ojedinele, iba pri mimoriadnej námahe
- II pravidelne pri väčšej námahe (schody...)
- III už pri malej námahe (bežná aktivita, chôdza po rovine...)

Tabuľka 1. Poradenstvo pri voľbe povolania.

Skupina I (bez obmedzenia v práci a športe)	Skupina II (telesná výchova s obmedzením, závodný šport nevhodný, práca na znížený úväzok)	Skupina III (telesná aktivita podľa vlastnej kondície, rekreačný šport s obmedzením, práca na znížený úväzok s obmedzením)	Skupina IV (telesná aktivita s vylúčením väčšej fyzickej námahy, oslobodenie od telesnej výchovy, práca a rekreačný šport s významným obmedzením)
jednoduché chyby po korekcii (ASD, VSD, PDA, PS, CoA)	jednoduché a komplexné chyby po korekcii so stredne významnými reziduálnymi nálezmi, bez porúch rytmu (ASD, VSD, PDA, PS, CoA, TOF, AVSDC s AV insuficienciou, AS s grad. > 20 mmHg, PS s grad. > 50 mmHg, TGA –Senning/Mustard, Fontan, konduity, chlopňové protézy s nevýznamnými rezid. nálezmi)	ako II s významnejšími hemodynamickými nálezmi s miernou až strednou dysfunkciou komôr	Hypertrofičná kardiomyopatia
komplexné chyby po korekcii bez závažnejších rezidií a porúch rytmu (TOF, AVSDC bez PH, AVSDC bez AV insuficiencie, AS s grad. < 20 mmHg, PS s grad. < 50 mmHg)	málo až stredne závažné natívne srdcové chyby čakajúce na plánovaný zákrok (ASD, VSD, CoA, AS, PS)	VCC po paliatívnych operáciách (spojky, BAP...)	Vrodený syndróm dlhého QT intervalu
nevýznamné natívne srdcové chyby (malý ASD, malý VSD, malý PDA, BAV, CoA s grad. < 20 mmHg a normálnym TK, PMV bez MI)	dysrytmie kontrolované medikamentami alebo stimuláciou	Dilatačná kardiomyopatia, stav po myokarditíde so zníženou funkciou LV, bez závažných porúch rytmu	Arytmogénna dysplázia PK
nevýznamné dysrytmie (izolované SVES, KES, nevýznamný SSS, pac. po úspešnej ablácii)		Marfanov syndróm bez významnej dilatácie aorty	Marfanov syndróm s dilatáciou aorty
stav po prekonanej myokarditíde bez rezidua			Katecholaminergná polymorfná komorová tachykardia
			Plúcna hypertenzia so zvýšenou plúcnou cievnuou rezistenciou, komplexné VCC po operácii so závažnými tachydysrytmiami
			niektoré anomálie koronárnych artérií

IV v pokoji, akákoľvek fyz. aktivita prakticky nemožná

Ability index – hodnotenie kvality života:

- I bez obtiaží, normálna kvalita života, práca na plný úväzok, tehotenstvo je možné
- II život je čiastočne ovplyvnený príznakmi, práca na znížený úväzok, tehotenstvo je možné
- III obmedzenie života vo všetkých aktivitách, neschopnosť trvalej práce, tehotenstvo je rizikové
- IV významné obmedzenie bežných činností, závislosť na pomoci inej osoby, pohyb iba v dome, tehotenstvo je kontraindikované

Vysokorizikové tehotenstvo

- chlopňové protézy
- nekorigované obštrukčné srdcové ochorenie vrátane CoA (AS, MS, PS, HOCM *)
- Marfanov syndróm
- cyanotické vrodené srdcové chyby, po Fontanovej op.
- plúcna hypertenzia
- dysfunkcia systémovej komory (EF £ 40 %)
- významná nekorigovaná vrodená srdcová chyba

Tabuľka 2. Kontraindikácie tehotenstva

Ochorenie	Úmrtnosť matiek (%)
Závažná plúcna hypertenzia	50
Závažná obštrukčná lézia AS, MS, PS, HOCM *	17
Dysfunkcia systémovej komory NYHA III, IV, kongestívne zlyhanie srdca	7
Marfanov syndróm (koreň aorty > 40 mm) nevypočítateľné riziko disekcie alebo ruptúry aorty	?
Závažné cyanotické ochorenie relatívna KI, najmä pre negatívny vplyv cyanózy na plod	

Indikácie k cisárskemu rezu

- gynekologické indikácie
- antikoagulačná liečba kumarínom v čase začiatku pôrodu (riziko intrakraniálneho krvácania plodu)
- závažná plúcna hypertenzia
- nestabilné ochorenie aorty s rizikom disekcie alebo ruptúry (Marfan, aneuryzma aorty...)
- závažné obštrukčné ochorenie – CoA, AS, MS, PS, HOCM ...*

Očkovanie pacientov v špeciálnych prípadoch

Kuková Z., Košťalová Z.

Očkovacia ambulancia 2. detskej kliniky LF UK a DFNSP, Bratislava

Pacienti s chronickým ochorením (kardiovaskulárnym, pľúcny, alergickým, neurologickým, endokrinologickým, hematologickým, onkologickým, obličkovým, pečeňovým, cystickou fibrózou, atď.) sú náchylnejší na infekčné ochorenia, respektíve infekčné ochorenie môže mať u nich komplikovaný priebeh a významne zhoršiť základné ochorenie. Odporúča sa u nich dodržiavať očkovací kalendár s pravidelným očkovaním doplnený očkovaním proti chrípke, pneumokokom, meningokokom, vírusovej hepatitíde A, B.

Pre chronicky chorých pacientov, u ktorých nie je možné vzhľadom k imunosupresívnej, imunomodulačnej liečbe a podávaniu krvných derivátov vykonávať očkovanie v riadnom očkovacom termíne je potrebné vypracovať individuálnu očkovaciu schému po konzultácii so špecialistom v príslušnom odbore.

Od polovice 70. rokov minulého storočia počet imunokompromitovaných pacientov rýchle narastá. Najčastejšie sú to pacienti so sekundárnou poruchou imunity pri závažných chronických ochoreniach, po imunosupresívnej liečbe, po chemoterapii, rádioterapii, po alogénnej a autológnej transplantácii krvotvorných buniek, či po orgánovej transplantácii. Menej často sú to pacienti so splektómiou a HIV pozitívni pacienti.

Pacienti s kortikoidnou liečbou, u ktorých dávka nespôsobuje imunosupresiu, alebo ide o substitučnú terapiu fyziologickými dávkami (napr. adrenogénny syndróm) môžu byť očkovaní inaktivovanými aj živými vakcínami. Vysoké dávky a dlhodobá liečba sú prechodnou kontraindikáciou pre živé očkovacie látky. O podaní inaktivovaných vakcín rozhoduje celkový imunologický status pacienta.

Odlíšne postupy v očkovaní sú vypracované pre pacientov s hematologickými ochoreniami, solitárnymi nádormi, po transplantácii krvotvorných buniek alebo orgánov a po splektómiu.

U pacientov s primárnou (vrodenu) poruchou imunity kontraindikácie a efektívnosť očkovania závisia od prevažujúceho postihnutia jednotlivých zložiek imunitného systému (protilátková, bunková, kombinovaná imunodeficiencia, poruchy fagocytovanej funkcie, deficiencia komplementu).

Liečba chronickej bolesti u detí

Kollerová A.

DKAIM, DFNSP, Bratislava

Tvrdenie, že chronická bolesť je výhradne problémom dospelých, je dnes už konečne minulosťou. Moderná medicína za posledných 20 rokov nazhromaždila dostatok dôkazov nielen o existencii bolesti u detí, ale tiež o možnostiach jej diagnostiky, liečby a prevencie. Bolesť je jedinečný fenomén, ktorý sa dá iba nepriamo merať, vo svojej podstate je neopísateľný, hlavne u detí, kedy v prvých rokoch prevláda neverbálna komunikácia. Prah citlivosti pre bolesť, kvalita a vnímanie bolesti sa od novorodeneckého veku do dospelosti mení. Vzhľadom na mnohostrannú podstatu fenoménu bolesti je potrebná špecializovaná starostlivosť a multidisciplinárna starostlivosť, nielen symptomatická liečba. Chronická bolesť je definovaná ako bolesť trvalá alebo recidivujúca, trvajúca viac ako 3 mesiace, je opakom akútnej bolesti („The American Pain Society“), často sprevádzaná autonómymi prejavmi.

Príčiny, ktoré ju spôsobujú nie sú vždy spofahlivo identifikovateľné, intenzita bolesti je stále väčšia ako intenzita stimulácie, spôsobuje veľké telesné utrpenie, je spojená s psychologickými fenoménmi, závažne ovplyvňuje kvalitu života zvýšenou incidenciou depresie a strachu, vyžaduje opakované a trvalé lekárske konzultácie a zákroky.

Chronická bolesť podľa pôvodu sa delí na nádorovú a nenádorovú. Na rozdiel od akútnej bolesti analgetiká titrujeme vzostupne a individuálne.

Liečba vlastnej bolesti využíva konvenčné systémové analgetiká v kombinácii s psychofarmakami a nefarmakologickými postupmi. Súčasťou podpornej a kombinačnej liečby sú adjuvantné lieky (antidepresíva, anxiolytiká, antiepileptiká, antihistaminiká, ovplyvňujúce činnosť CNS a RHB). Fyzioterapeutická liečba a pravidelné cvičenie zlepšujú telesnú kondíciu, náladu a sebahodnotenie. Kognitívno-behaviorálne techniky obmedzujú vnímanie bolesti, pomáhajú dieťaťu adaptovať sa na novovzniknuté podmienky, minimalizujú rozvoj úzkosti a depresie. Cieľom farmakoterapie bolesti je ovplyvniť patologické procesy v mieste vzniku bolestivého impulzu, zabrániť jej šíreniu do CNS, tlmieť prenos impulzu, podporiť inhibičné mechanizmy, ovplyvniť kaskády mediátorov a ich väzbu na špecifické receptory. Neoddeliteľnou súčasťou liečby chronickej bolesti sú nefarmakologické postupy. Najčastejšie sa využívajú neurochirurgické zákroky, rádioterapia, akupunktúra, psychoterapia, autosugescia, hypnóza, masáž, fyzioterapia, TENS. Nádorová chronická bolesť je samostatný chorobný stav, ktorý si vyžaduje

je empatický prístup, tímovú spoluprácu, špeciálny a komplexný liečebný postup.

Ak sa chronická bolesť vyvinie z bolesti akútnej, je to najčastejšie v dôsledku jej nezvládnutého manažmentu.

Dlhodobá starostlivosť o deti po transplantácii krvotvorných buniek

Šufliarska S., Horáková J., Boďová I.

Jednotka transplantácie kostnej drene 2. detskej kliniky LF UK a DFNSP, Bratislava

Transplantácia krvotvorných buniek (TKB) je terapeutická metóda, ktorá má nezastupiteľné miesto v liečbe mnohých život ohrozujúcich onkologických, hematologických, metabolických, imunologických prípadne aj autoimunitných ochorení. Celosvetovo sa vykoná 40 – 50 tisíc alogénnych a autológnych transplantácií ročne. Odhaduje sa, že v súčasnosti asi 100 tisíc osôb prežíva 5 a viac rokov po TKB. V priebehu prvého roka po transplantácii sú pacienti pravidelne sledovaní a liečení v transplantačnom centre (TC). V neskoršom období, keď sú kontroly v TC menej časté a u pacientov sa začína s opäť očkovaním, stáva sa i obvodný pediater súčasťou dlhodobej starostlivosti o týchto pacientov. Je preto potrebné, aby bol oboznámený s možnými komplikáciami po transplantácii a ich adekvátnym riešením.

Na Slovensku sa od roku 1995, kedy bola vykonaná prvá TKB u pediatrického pacienta, urobilo u detí 83 alogénnych a 76 autológnych transplantácií. Stoosemnaásť pacientov bolo transplantovaných pre onkologické ochorenie. Z nich prežíva 56% pacientov. Závažné nemaligne ochorenie bolo indikáciou na transplantáciu u 33 detí, z ktorých prežíva 87%. Okrem potenciálne fatálnych sekundárných malignít sú niektorí z týchto pacientov ohrození komplikáciami, ktoré ich bezprostredne neohrozujú na živote, no negatívne ovplyvňujú ich denné aktivity, medzifudské a rodinné vzťahy a tým výrazne zhoršujú kvalitu ich života a znižujú pocit spokojnosti. Často ide o neskoré infekcie, ktoré môžu byť spojené s chronickou chorobou štepu proti hostiteľovi („graft versus host disease“ – GVHD), asociovanou so závažnou imunodeficienciou, o poruchy rastu, vývoja a fertility ako aj iné endokrinné dysfunkcie, chronické pľúcne a srdcové ochorenia prípadne renálne poruchy i katarakty. Komplikáciami môžu byť postihnuté takmer všetky orgánové systémy.

I keď väčšina pacientov, ktorí po TKB prežíva 5 a viac rokov sa má dobre, nepotrebuje nijakú liečbu a vedie normálny život, je nevyhnutné, aby lekári vedeli o možných potransplantačných komplikáciách, ktoré musia rozpoznať a správne liečiť.

NEFROLÓGIA A HYPERTENZIA

Hematurie u detí

Doležel Z.

2. detská klinika, LF Masarykovy univerzity, Brno

Hematurie (H) reprezentuje jeden z najčastejších abnormálnych nálezů v moči. H býva izolovaná, makro-/mikroskopická, akútna či déletrvajúcí. Je třeba pamatovať, že H môže mať doprovodnú renálnu alebo extrarenálnu symptomatológiu. S praktického hľadiska je nezbytné uviesť, že H býva často provázaná proteínuriou (P) alebo iným patologickým nálezom v moči.

Testační proužky majú hranicu citlivosti asi 5 – 10 erytrocytů/μl moči (t. j. približne 2 – 5 erytrocytů v zorném poli mikroskopu při zvětšení 400 x – high power). Pomocí proužků nelze precizně odlišit H, hemoglobinurii a myoglobinurii. Při pozitivně vyšetření pomocí proužků je nezbytné mikroskopické vyšetření močového sedimentu, především mikroskopem s fázovým kontrastem. Toto vyšetření by mělo dát jasnou odpověď, zda je H renálnu (přítomnost > 70% dysmorfních erytrocytů) nebo extrarenálnu původu.

Pro rychlou orientaci zejména v podmínkách práce praktického dětského lékaře, ale i odborné nefrologické ambulance je možno využít toto rozdělení H:

- **H makroskopická** – provází např. trauma, litiázu, IgA nefropatii, infekci močových cest (IMC), hyperkalci-/urikosurii, závažné koagulopatie.
- **H mikroskopická s klinickými příznaky** (např. horečka, únava, hypertenze, bolesti břicha, purpura/exantém, enuréza, artritida) býva asociována s – purpura Schönlein-Henoch, systémovým lupus erythematoses, IMC, různými glomerulopatiemi, nádory, používanou farmakoterapií.
- **H mikroskopická asymptomatická s P** – často trvá týdny/měsíce, doprovodná P je měnlivá. Takový nález je častý u různých glomerulopatií či poškození tubulointerstiálních.
- **H mikroskopická asymptomatická** – obvykle je déledobá, intermitentního charakteru. Nejčastejší provází: benigní familiární H, Alportův syndrom, nemoc tenkých membrán.

Diagnostické „puzzle“ H vždy vyžaduje pečlivé klinické vyšetření dítěte a nežádka i širší a opakované spektrum vyšetření pomocných (laboratorní analýzy, zobrazovací techniky). U řady detí s H je nezbytná renálnu biopsie. V některých případech H je podobně nutná i mezioborová spolupráce dětský nefrolog – dětský urolog.

POZOR na případy H podvodné (factitious) či změnu barvy moči způsobenou jinými příčinami (např. ostružiny, červená řepa, léky, aloe, rebarbora, alkaptonurie).

Proteinúria a nefrotický syndróm u detí

Kovács L.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Proteinúria je dôležitý laboratórny príznak signalizujúci ochorenie obličiek. Vo všeobecnosti sa akceptuje ako nezávislý faktor progresie, ktorý zásadným spôsobom determinuje prognózu základnej nefropatie.

Za horný limit pre fyziologickú proteinúriu u detí aj dospelých sa všeobecne akceptuje množstvo 150 mg/deň/1,73 m², patologická proteinúria sa definuje ako vylučovanie bielkovín nad 150 mg/deň. Výnimku tvoria adolescenti, u ktorých je hranica fyziologickej proteinúrie až 250 mg/deň. Polovica močových bielkovín pochádza z plazmy. Najväčšiu frakciu tvorí albumín a Tamm-Horsfall protein (mukoprotein), ktorý sa metabolizuje v distálnom tubule.

Asymptomatická proteinúria sa vyskytuje častejšie ako hematuria, diagnostikuje sa zvyčajne náhodne pri rutinnom vyšetrení moču v detských ambulanciách. Podľa epidemiologických prieskumov prevalencia proteinúrie v detskej populácii zisťovaná z jednorazovej vzorky moču kolíše od 5 do 10 percent. Pri ďalšom vyšetrení moču nález bielkovín až u tretiny detí vymizne, preto na definitívne potvrdenie proteinúrie je vždy potrebné zopakovať analýzu moču.

Asymptomatická proteinúria je pomerne častá a môže byť trvalá alebo prechodná. Prechodná tzv. „tranzientná“ proteinúria je benigný symptóm s dobrou prognózou. Môžu indukovať aj niektoré „nepatologické stavy“ ako je fyzická námaha, poloha tela, či diéta. Ak proteinúria dlhšie perzistuje, zvyčajne je vyvolaná zvýšenou glomerulovou permeabilitou, ktorá sprevádza závažné choroby ako napr. nefrotický syndróm, glomerulonefritída (poinfekčná, membránová, lupusová, IgA nefropatia), či hereditárne nefropatie (Alportov syndróm, mezangiálna skleróza), zriedkavejšie aj tubulopatie.

Hlavnou úlohou praktického pediatra a dorastového lekára je odlišiť, či sa za proteinúriu „skrýva“ závažné ochorenie obličiek a dieťa treba odoslať k nefrológovi, alebo ide len o prechodnú či benignú formu proteinúrie.

Nefronia – fokálna bakteriálna nefritída

Červeňová O.¹, Jančovičová Z.¹, Chocholová M.¹, Miklovičová D.¹, Polák V.², Haviar D.³.

¹1. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

²Detská urologická klinika DFNSP, Bratislava

³RDG oddelenie DFNSP, Bratislava

Úvod: Akútna fokálna bakteriálna nefritída je v detskom veku raritná diagnóza so závažnou prog-

nózou. Prvýkrát bola popísaná Rosenfieldom v roku 1979. Názov lobárna nefritída zvolil autor pre podobnosť s lobárnou pneumóniou. Ochorenie postihuje prevažne dospelých, ale bol popísaný aj u detí. Častými predisponujúcimi faktormi bývajú vrodené vývojové chyby obličiek, prípadne celkové ochorenia, najmä diabetes mellitus. Najčastejším vyvolávajúcim etiologickým agens sú gramnegatívne paličky. Infekcia sa môže šíriť ascendentnou cestou, vo vzácnych prípadoch aj hematogénne a per continuitatem. Histológia ukazuje prítomnosť hyperémie, intersticiálneho edému a leukocytárnej infiltrácie. Nie je prítomná nekroza, ani skolikovanie. Klinický a laboratórny nález sa nelíši od obrazu akútnej pyelonefritídy. Príznaky sú dramatickejšie a pretrvávajú napriek antibiotickej terapii dlhšie ako 5 dní. Pre diagnostiku je metódou voľby ultrasonografia obličiek a CT. Fokálna bakteriálna nefritída môže byť predstupňom renálneho abscesu. U väčšiny pacientov po prekonaní tohto ochorenia vznikajú renálne jazvy, ktoré sa dajú najlepšie detegovať pomocou DMSA. V liečbe sa odporúča intenzívna intravenózna antibiotická liečba s následnou dlhodobou antibiotickou liečbou.

Kazuistika: 4,5-ročné dievča, sledované v nefrologickej ambulancii v mieste bydliska pre vezikoureterálny reflux, bolo odoslané na našu kliniku z oblastnej nemocnice po 3-dňovej antibiotickej liečbe akútnej pyelonefritídy. Pri prijatí mala pacientka febrilitu do 40 °C. Zvýšené boli zápalové parametre: FW 108/117, CRP 490mg/l, leukocyty 11,5 x 10⁹. V moči sme zistili hematuriu a proteinúriu, v sedimente leukocytúriu a bakteriúriu. Hemokultúra bola sterilná. Pri prijatí sme na USG zistili prítomnosť abscesov v oboch obličkách. Lokalizované boli kortikálne a subkapsulárne. Tento nález bol neskôr potvrdený aj na CT. Vzhľadom na anamnestický údaj vezikoureterálneho refluxu sme pacientke zaviedli permanentný katéter. Po 12 dní trvajúcej intravenózne liečbe kombináciou antibiotík a antimykotika sa klinický stav pacientky postupne upravuje, hodnoty zápalových parametrov klesajú: FW 60/80, CRP 8,2 mg/l, leukocyty 9,13 x 10⁹, pacientka je afebrilná. Na kontrolnom USG obličiek sa obraz pozápalových jaziev bilaterálne zlepšuje. Zisťujeme normálne hodnoty glomerulárnej filtrácie a zníženú resorpčnú schopnosť obličiek. Pacientka bola prepustená s perorálnou antibiotickou liečbou. Sledovaná bude v našej nefrologickej ambulancii a o pol roka bude realizované DMSA vyšetrenie, ktoré definitívne posúdi prítomnosť reziduálnych pozápalových zmien.

Podporované grantom VEGA 1/4318/07.

Chronické nefropatie a fyzická zátěž u dětí a dorostu

Radvanský J., Procházka M.

Klinika tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Vhodně zvolená pravidelná pohybová aktivita správně zvolené intenzity, kvality, trvání a frekvence má příznivý vliv na zdraví dětské populace a je účinnou a levnou nefarmakologickou intervencí u dětí a dospívajících s symptomy syndromu inzulinové rezistence (obezita, dyslipémie, hypertenze, němý zánět a další) jejichž prevalence mezi pediatrickými pacienty prudce stoupá. Chronická onemocnění ledvin četnost a zdravotní rizika těchto příznaků vesměs zhoršují. Tyto rizikové faktory mohou být redukovány modifikací sedavého životního stylu a dlouhodobou adhezí k vyšší tělesné aktivitě.

Doporučení týkající se pohybové aktivity chronických nefrologických pacientů se liší jen v detailech –

o to podstatnějších – od doporučení obecných. Hlavním rozdílem je možné vyšší riziko intenzivní pohybové aktivity déle zhruba nad hodinu – taková zátěž relativně dlouhodobě odkrývá ledviny. Po intenzivní a zároveň dlouhém zatížení je proto na místě úvaha o kontrole moči a renálních funkcí. Moč ale kontrolujeme za více než 24 hodin po výkonu, jinak podstatně zvyšujeme riziko falešně pozitivního nálezu (proteinurii, hematurii, či hemoglobinurii nalézáme v pozátěžové periodě u desítek procent zdravých lidí vystavených určitým typům zátěže). Sporným bodem pro rozhodování o závodním sportu je hypertenzní reakce na tělesnou zátěž, o jejímž vlivu na ledviny zatím nejsou důkazy. Vyšší zdravotní benefit přináší zřejmě aerobní vytrvalostní aktivity, které příznivě ovlivňují komplikace chronického ledvinového onemocnění jako je hypertenze, dyslipidémie a autonomní dysfunkce. Nicméně i aktivity vedoucí ke zvyšování svalové hmoty, které jsou velmi často opomíjeny, mohou být pro dětské a adolescentní pacienty

s chronickou nefropatií prospěšné. Jiný typ zátěže než čistě vytrvalostní je vhodný zejména v oblasti kostního zdraví, prevence funkčních poruch hybného systému a ztrát svalové hmoty u pacientů při dlouhodobé terapii kortikosteroidy. Při adhezí ke změněnému životnímu stylu s vyšším zastoupením pohybové aktivity se signifikantně snižuje riziko kardiovaskulárního onemocnění, zvyšuje se tělesná zdatnost (která má k tomuto riziku bližší vztah než pouhé množství provozované tělesné aktivity) a v neposlední řadě se zlepšuje psychická kondice a kvalita života těchto pacientů. Neuváženě omezení sportovní či rekreační pohybové aktivity u nefropatií s normální nebo jen lehce sníženou funkcí ledvin přináší řadu následných zdravotních a sociálních rizik.

Doporučení adekvátní fyzické zátěže by mělo být nedílnou součástí péče o pacienty s chronickými nefropatiemi. Individuálně řízená pohybová aktivita může být přínosná i u pacientů léčených dialýzou a po transplantaci ledvin.

ÚDZS A PROBLÉMY V PEDIATRICKEJ PRAXI

Najčastejšie pochybenia v pediatrickej praxi z pohľadu ÚDZS, vybrané kazuistiky

Černáková B.

ÚDZS – Sekcia dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, Bratislava

Prezentácia je zameraná na výsledky činnosti ÚDZS v oblasti dohľadu nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecný lekár pre deti a dorast a v odbore pediatria z pohľadu štatistických údajov za rok 2007 a vybraných a poučných kazuistik spracovaných na základe výsledkov výkonu dohľadu.

ÚDZS v roku 2007 z celkového počtu 1 249 podaní (z toho 676 v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti) obdržal 30 podaní (2%) smerujúcich na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore pediatria a 7 podaní (0,5%) smerujúcich na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecný lekár pre deti a dorast.

Opodstatnenosť ukončených podaní :

- v odbore pediatria 20% (6), z toho v 5 prípadoch zistené porušenie § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.
- v odbore všeobecný lekár pre deti a dorast 14% (1), ako porušenie § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.

(**opodstatnenosť** v rámci šetrenia všetkých podaní úradu v roku 2007 (676) v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti bola 21,6%)

Prezentácia jednej z dvoch kazuistik analyzuje výsledky dohľadu úradu v prípade náhleho úmrtia 17-ročnej

pacientky týždeň po prepustení z hospitalizácie. Pacientka anamnesticky bola bez vážnejších ochorení, ambulantne bola vyšetrená gynekológom a pre dysmenoreu a hypermenoreu jej bola predpísaná hormonálna antikoncepcia Regulon. Po dvoch mesiacoch užívania antikoncepcie bola pacientke v rámci povinnej preventívnej prehliadky u príslušného praktického lekára pre deti a dorast zistená mierne zvýšená hladina cholesterolu (6,42). Z dôvodu bolesti na hrudníku so šírením do ľavého ramena, s nálezom plytšieho a zrýchleného dýchania a tachykardiou bola následne hospitalizovaná s diagnózou pleuropneumónie, na ktorú aj bola adekvátne liečená. Týždeň po prepustení z hospitalizácie z plného zdravia cestou na kontrolu k lekárovi náhle zomrela. Bezprostrednou príčinou smrti na základe nálezov z pitvy boli masívne trombotické vmetky do pľúcnice obojstranne.

Kazuistikou chce úrad upozorniť pediatrov, všeobecných lekárov pre deti a dorast a gynekológov, na význam anamnestických údajov a význam dostatočného poučenia mladých dievčat o rizikách v súvislosti s liečbou hormonálnou antikoncepciou. Za obdobie posledného roka úrad šetril tri obdobné prípady náhleho úmrtia dievčat v spojitosti s užívaním hormonálnej antikoncepcie.

Bezpečnosť pacienta – analýza omylov a chýb

Sladká E.

ÚDZS – Sekcia dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, Bratislava

Prezentácia je zameraná na činnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v zmysle

jeho preventívneho pôsobenia smerom k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Hlavným zámerom je oboznámiť odbornú verejnosť s problematikou bezpečnosti pacienta.

V rámci prezentácie sa uvádzajú medzinárodné odporúčania a aktivity smerujúce k zavádzaniu stratégie bezpečnosti pacienta v krajinách EÚ, nakoľko prístup k bezpečnej zdravotnej starostlivosti je základným právom každého pacienta vo všetkých členských štátoch a prijatie spoločných pravidiel pre jeho podporu by mal byť prvoradým cieľom a tvorí základný princíp pre všetky systémy zdravotnej starostlivosti. Mapuje sa situácia v Slovenskej republike pri jednotlivých bodoch navrhovanej stratégie.

Zdôrazňuje sa preventívne pôsobenie úradu v zmysle vzdelávacích aktivít prostredníctvom seminárov a kazuistik.

Hlavný dôraz sa kladie na analýzu chýb, omylov a nežiaducich udalostí vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá má veľký význam predovšetkým pre poučenie a môže znížiť výskyt nežiaducich udalostí a ich dopad na zdravie pacienta.

Prezentuje sa Metodického usmernenie č. 7/2006 o zavádzaní systémov hlásení v ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci stratégie bezpečnosti pacienta. Toto usmernenie je určené pre zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti. Definuje bezpečnosť pacienta, kultúru bezpečnosti a zavádza systémy hlásení nežiaducich udalostí, ktoré vzniknú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Nemá represívny cha-

rakter. Má slúžiť predovšetkým pre zdravotnícke zariadenia samotné, aby si mapovali kultúru bezpečnosti a na základe analýz podporili systémové

zmeny. V prvom rade však analýza omylov a chýb slúži na vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov – učením sa z vlastných chýb.

V prezentácii sa uvádzajú najčastejšie pochybenia a zovšeobecnené poučenia, ktoré boli vypracované na základe analýzy niektorých prejednávaných prípadov.

STAROSTLIVOSŤ O NEDONOSENÉ DETI

Domácia starostlivosť o nedonosené deti

Chovancová D., Hartmannová, I., Pejhovská L.
Novorodenecká klinika M. Rusnáka SZU a FNŠP,
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Úvod: Špecializované neonatologické pracoviská sa v posledných rokoch čoraz častejšie stretávajú s novorodencami, ktorí majú extrémne nízku pôrodnú hmotnosť a nie zriedka ich gestačný vek hraničí s viabilitou plodu (t. j. 24 gestačných týždňov). Príčiny týchto trendov súvisia s narastajúcim počtom starších prvorodičiek, realizáciou fertilizačného programu (umelé oplodnenie), ktorý zvyšuje pravdepodobnosť viacpočetnej gravidity a rizikovosť gravidity znásobujú závažné komplikácie zdravotného stavu matky (diabetes mellitus, chronické ochorenie obličiek, vrodené chyby srdca a pod.). Pre hodnotenie novorodencov je dôležitá dĺžka gestácie. (Tabuľka 1)

Predčasne narodené dieťa	< 37 gestačných týždňov
- extrémne nezrelý	<28 ukončený gestačný týždeň
- veľmi nezrelý	< 32 ukončených gestačných týždňov
- hranične zrelý „late preterm	medzi 34 až 36 gestačným týždňom
- mierne nezrelý	32 až 36 gestačných týždňov
Donosené dieťa (v termíne):	37 až 42 gestačných týždňov
Poterminový novorodenec	> 42 ukončených gestačných týždňov

Zlepšenie technického vybavenia a získanie praktických skúseností viedlo k tomu, že aj počet zachránených predčasne narodených detí sa na Slovensku postupne zvyšuje. Rodičia v spolupráci s detskými lekármi v primárnej starostlivosti, ale aj v nemocnici musia byť pripravení, že tieto deti-odchovanci špecializovaných neonatologických pracovísk patria medzi vysoko rizikových pacientov, čo súvisí s množstvom komplikácií vyplývajúcich z prematurity. Zvýšenú starostlivosť zo strany pediatrov je potrebné venovať aj tzv. hranične zrelej novorodencovi. Hoci hmotnosťou neupútajú, známky ľahkej nezrelosti svedčia pre zvýšené riziko podchladenia, nedostatočného príjmu mlieka a prolongovaného ikteru aj po prepustení z pôrodnice.

Riziká vyplývajúce z prematurity:

1. **Termolabilita** – minimálny podkožný tuk, neschopnosť vlastnej tvorby tepla,
2. **Respiračné problémy** – nezrelosť alebo depresia dychového centra – apnoe, chronické pľúcne ochorenie (BPD),

3. **Kardiovaskulárne** – poruchy srdcového rytmu, otvorený Botalov skrat (DAP),
4. **Centrálny nervový systém** – intrakraniálne krvácanie, pohypoxické zmeny (leukomalácie): mentálna retardácia, cerebrálna paréza, poruchy kognitívnych funkcií, porucha pozornosti s hypereaktivitou (ADHD),
5. **Metabolické** – hypokalcémia, hypofosfatémia: osteopénia,
6. **Hematologické** – anémia, hyperbilirubinémia – prolongovaný ikterus,
7. **Problémy s výživou a funkciou tráviaceho traktu** – nekrotizujúca enterokolitída (kolostómia), gastroezofagový reflux,
8. **Obrannoschopnosť** – nedostatočná humorálna a celulárna imunita: riziko recidivujúcich infekcií,
9. **Obličky** – veľké straty tekutín a elektrolytov,
10. **Oči** – retinopatia, myopia, strabizmus,
11. **Sluch** – (hypoxia, lieky, hyperbilirubinemia) poškodenie sluchu.

Prognóza nezrelých novorodencov závisí nielen od stupňa nezrelosti, ale aj od závažnosti perinatálnych a postnatálnych komplikácií (asfyxie, infekcie, hypoxie). Nezrelé deti sa vyznačujú nezrelosťou všetkých systémov, z toho vyplýva aj množstvo problémov, ktorým musia odolávať po prepustení z nemocnice.

Kritéria pre prepustenie predčasne narodeného dieťaťa do domácej starostlivosti spočíva nielen v stabilite telesnej teploty, adekvátnom priberaní, neprítomnosti apnoických páuz, respiračnej stabilite aj pri krmení, ale aj v podrobnom poučení a zaučení rodičov v starostlivosti o dieťa (krmenie, kúpanie, podávanie liekov, stimulácia a manipulácia s dieťaťom, kardiopulmonálna resuscitácia).

Aj predčasne narodené deti potrebujú pre svoj vývin stimuláciu. Matky sa naučia kedy a ako svoje dieťa správne stimulovať. Vhodné sú všetky spôsoby stimulácie – taktilná (masáže), vizuálna (pestré predmety v zornom poli), zvuková (hlas matky, hudba), čuchom (vôňa matky) a chuťou (materské mlieko). Pri hodnotení psychomotorického vývoja predčasne narodeného dieťaťa je potrebné v prvých dvoch rokoch života postnatálny vek korigovať podľa gestačného týždňa, v ktorom sa dieťa narodilo.

Aj u predčasne narodených detí podporujeme dočinenie, ale vzhľadom na zvýšené nutričné po-

žadavky vo vzťahu k rastu týchto detí je nutná tzv. fortifikácia. U nedočkovaných detí indikujeme špeciálne mlieka pre nedonosené deti, ktoré im poskytujú viac bielkovín, vápnika, fosforu a iných zložiek.

Veľmi dôležitým faktorom, ktorý vplyva na prepustenie dieťaťa z nemocnice je aj zvládnutie anxiózy rodičov – pomáha dôkladné poučenie a praktické zaškolenie počas niekoľkoňdňového pobytu matky spolu s dieťaťom priamo na oddelení („late rooming-in“). Vhodný je aj kontakt s rodičmi iných nezrelých detí priamo na oddelení a domáce použitie apnoe-monitora pre zvýšené riziko SIDS (syndrómu náhleho úmrtia).

Spolupráca s pediatrom primárneho kontaktu je nevyhnutná hlavne v súvislosti s riešením komplikácií zdravotného stavu dieťaťa po prepustení z nemocnice (anémia, prolongovaný ikterus, výživa, vakcinácia, recidivujúce respiračné infekcie). Zo strany pediatra primárneho kontaktu je nutná zvýšenej starostlivosti o predčasne narodené dieťa priamo v domácnosti. Takéto deti patria medzi problémové, a preto sú vo zvýšenej miere vystavené riziku týrania.

Tabuľka 3. Komplexná starostlivosť o nedonosené dieťa po prepustení

Pediatr primárneho kontaktu	
Pediatr-neonatológ v ambulancii pre deti s perinatálnym rizikom	
Detský neurológ	intrakraniálne krvácanie, leukomalácie (centrálne tonusové poruchy, mentálna retardácia, cerebrálna paréza) – neurológ, rehabilitačný pracovník
Detský kardiológ	PDA, FOA (EKG, ECHO)
Detský pneumológ	recidivujúce respiračné infekcie s obštrukciou, apnoe, gastroezofagový reflux, bronchiálne spazmy, hyperreaktívna bronchov, pľúcna hypertenzia
Detský chirurg	hernie, NEC
Detský endokrinológ	neprosperovanie, spomalený rast
Detský hematológ	anémia (liečba erytropoetinom)
Detský nefrológ	poškodenie funkcie obličiek pri akútnej renálnej insuficiencii, nefrolithiaza (pri substitúcii vápnika, fosforu, vitamínu D)
Detský oftalmológ	ROP, poruchy vízu, strabizmus
Detský otorinolaryngológ	hluchota
Detský imunológ	individuálny očkovací plán (pneumokoky, chrípka, rotavírusy, RSV)
Osteologická starostlivosť	biochemické vyšetrenie, (Ca, P, ALP)
Detský psychológ	ADHD, PMR
Detský logopéd	poruchy výslovnosti a reči
Detský gastroenterológ	GER, neprosperovanie
Detský dermatológ	hemangiómy
Stomatologická starostlivosť	

ČASOPISY



11x ročne / 5. ročník
predplatné: 550,- Sk



4x ročne / 6. ročník



6x ročne / 3. ročník
predplatné: 360,- Sk



6x ročne / 9. ročník
predplatné: 480,- Sk



6x ročne / 9. ročník
predplatné: 480,- Sk



6x ročne / 9. ročník
predplatné: 480,- Sk



6x ročne / 9. ročník
predplatné: 480,- Sk



4x ročne / 2. ročník
predplatné: 240,- Sk



3x ročne / 1. ročník



6x ročne / 7. ročník
predplatné: 600,- Sk



11x ročne / 10. ročník
predplatné: 880,- Sk



4x ročne / 22. ročník
predplatné: 480,- Sk

KONGRESY A SEMINÁRE

PEDIATRIA PRE PRAX – 48. PEDIATRICKÉ DNI

Bratislava, City Hotel Bratislava

24. – 25. apríl 2008

MEDICÍNA PRE PRAX – KONGRES LEKÁROV PRVÉHO KONTAKTU

Bratislava, City Hotel Bratislava

5. – 6. september 2008

BRATISLAVSKÉ ONKOLOGICKÉ DNI

Bratislava, Holiday Inn

1. – 3. október 2008

PSYCHIATRIA PRE PRAX – SYMPÓZIUM PSYCHIATROV

Senec, Hotel Senec

17. – 18. október 2008

SYMPÓZIUM PRAKTICKEJ NEUROLOGIE – NEUROLOGIA PRE PRAX

Vyhne, Hotel Sitno

23. – 25. október 2008

Optimálna stimulácia – cesta k zdravému vývinu dieťaťa

Kaiserová L., Chovancová D.

Novorodenecká klinika M. Rusnáka SZU a FNŠP, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Dieťa sa správa už počas intrauterinného obdobia ako bytosť aktívna. Pohybuje sa, cmúľa si prsty, získava množstvo pocitov a skúseností. Po narodení sa učí správne dýchať, regulovať svoju telesnú teplotu a živiť sa satím a hltaním, tak, aby nedošlo k aspirácii. Táto úloha niektoré deti zo začiatku výrazne zaťažuje. Sú nepokojné, rýchlo sa stanú výrazne dráždivými, nedokážu sa samé upokojiť a často ich nedokážu upokojiť ani iní.

Adaptácia novorodenca je náročná aj preto, že dieťa musí zvládnuť viaceré náročné telesné výkony (dýchanie, vylučovanie, príjem potravy, udržanie stabilnej telesnej teploty). Patrí k nim aj reakcie na vlastné pohybové vzorce inými pohybmi tak, aby si dieťa našlo svoj stred tela. S pribúdajúcim vekom sa dieťa učí postupnému zdokonaľovaniu vedomého ovládania svojho tela a k tomu, aby sa dostalo do určitej pozície, potrebuje už menej vyrovnávacích pohybov.

Príprava rodičov na starostlivosť o dieťa, nácvik správneho nosenia, informácie o potrebách dieťaťa a jeho psychomotorickom vývoji nie je vždy optimálna. Rodičia sa síce už často učia v predpôrodných kurzoch techniky zdvíhania, pestovania, prenášania či odgrgávania novorodenca, ale nie vždy v súlade s potrebami novorodenca, ktoré by kontinuálne nadväzovali na život v maternici.

Celý proces tzv. postúry (držania tela) prebieha u novorodenca na senzoryckom podklade. Správna poloha a dostatočne veľká opora tela je nesmierne dôležitá najmä u nedonosených detí. Umožňuje im, aby zbytočne neplytvali energiou pre udržanie danej pozície, ale aby sa lepšie sústredili na dýchanie, vylučovanie a oddych. Dieťa správnym polohovaním vedieme k aktívnej kontrole postúry, čo znamená, že si udrží ťažisko tela v strede. Presun ťažiska u novorodenca pri

prenášaní, kúpaní spôsobuje nerovnováhu a spôsobuje tzv. balans. Pre dieťa je udržanie ťažiska v týchto situáciách veľmi namáhavé. Ak sa dieťa nenaučí kontrolovať a udržiavať si ťažisko, nenaučí sa napríklad ani správne sať, vložiť si prst do úst, otáčať sa a pod.

Posturálne napätie u dieťaťa závisí od gravitácie, plochy opory, východiskovej pozície, uložení kľúčových bodov vzhľadom k sebe (hlava, ramená, dlane, kolená, palce DK), motivácie (akou je bolesť či strach), rýchlosti vykonania aktivity a vplyvu okolia. Nesprávna manipulácia vplyva na rast napätia. Dieťa tak získava patologické informácie, zmysly nepracujú správne a nervové vzruchy dostávajú zľú spätňú väzbu.

Správne stimulovanie dieťa mu umožňuje získať pamäťové mapy zručnosti. U nedonosených detí tento princíp platí až dvojnásobne. Predčasne narodené dieťa sa učí hlavne prostredníctvom dotykov a takto prvotne získané informácie si kóduje v pamäti, pričom ich zároveň aj podstatne viac preferuje. Až polovicu ťažkostí týchto detí v školskom veku spôsobujú práve motorické a senzorycké problémy.

Pre novorodenca, ktorý sa adaptuje na nové prostredie a dobieha pôrodnú hmotnosť po fyziologickom úbytku je preto výdatným telocvikom pestovanie v náručí, prenášanie či prebaľovanie. Pre nás, zdravotníkov, je dôležité naučiť rodičov a všetkých tých, ktorí sa o deti starajú, aby s nimi správne a šetrne zaobchádzali, porozumeli ich potrebám a získali cit pre úmerné zaťaženie detského organizmu. Správna manipulácia s dieťaťom sa považuje za základ pre rehabilitáciu a liečbu nedonosených, hendikepovaných detí a detí s odchýlkami v pohybovom vývoji.

Prenatálny počiatok civilizačných chorôb

Macejková Z., Kovács L.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Pôsobenie rôznych vonkajších i vnútorných faktorov počas gametogenézy, počatia, vnútro-

maternicového a novorodeneckého obdobia má významný vplyv na funkcie všetkých orgánov a systémov človeka. Teória fetálneho pôvodu chorôb vychádza z poznatku, že v priebehu života pred narodením existujú pre jednotlivé systémy takzvané kritické obdobia.

Kritické obdobia pre jednotlivé tkanivá majú rôzne načasovanie. Ak nepriaznivý faktor (napr. podpriemerná alebo nadpriemerná výživa matky, psychický stres, nedostatok vitamínov, užívanie liekov, alkoholu, nikotínu a toxických látok a i.) pôsobí práve v čase kritického obdobia daného tkaniva, môže dôjsť k narušeniu jeho ďalšieho správneho vývinu, k jeho trvalému poškodeniu. Výsledkom nie sú len vrodené vývojové chyby, ale i jemné, či významné odchýlky metabolizmu, vedúce v neskoršom období k manifestnému ochoreniu.

Významným, ľahko dostupným markerom, informujúcim nás o negatívnych vplyvoch intrauterinne je nízka pôrodná hmotnosť (vzhľadom na gestačný vek). Mnohé klinické štúdie potvrdili súvislosť nízkej pôrodnej hmotnosti so zvýšeným rizikom výskytu niektorých ochorení v dospelosti. Asociované sú ochorenia kardiovaskulárneho systému (hypertenzia a ischemická choroba srdca), poruchy metabolizmu glukózy (diabetes mellitus II. typu, porucha glukózovej tolerancie), obezita, ochorenia obličiek, zmenené vylučovanie niektorých hormónov (napríklad hormóny hypotalamo-hypofyzárno-adrenálnej osi).

Deti, ktoré sa narodili s nižšou pôrodnou hmotnosťou vzhľadom na gestačný vek a všeobecne deti, ktorých podmienky počas tehotenstva neboli dostatočne priaznivé pre ich správny vývin si zasluhujú zvýšenú pozornosť. Je vhodné dlhodobšie sledovať ich fyziologické funkcie a metabolické parametre, s možnosťou včasnej prevencie a liečby prípadných odchýlok, ktoré predstavujú riziko závažných ochorení v dospelosti.

KAZUISTIKY A PRAKTICKÝ LEKÁR PRE DETI A DORAST

Premeňte svoje ideály na skutočnosť!

Vitáriušová E.¹, Born B.²

¹2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava (pôsobila v organizácii „Magna Deti v Núdži“ od júla 2007 do februára 2008 v Kambodži)

²„Magna Deti v Núdži“, Chey Chumneas nemocnica, Takhmao, Kambodža

„Magna Deti v Núdži“ je neziskové občianske združenie zamerané na pomoc ľuďom, predovšetkým deťom, žijúcim v ohrozených častiach sveta. V Kambodži zabezpečuje komplexnú sociálnu a lekársku starostlivosť sirotám, podvyživeným a HIV pozitívnym deťom. Tím pracovníkov sa tu stretáva s dvoma závažnými problémami: podvýživou a AIDS.

V rozvojových krajinách trpí približne 146 miliónov detí mladších ako 5 rokov rôznym stupňom **podvýživy**, ktorá je príčinou smrti u polovice detí tohto veku. Dlhodobý nedostatočný príjem potravy spôsobuje závažnú stratu hmotnosti, svalovej hmoty a podkožného tuku, čo sú hlavné klinické príznaky marazmu. V prípade prevažujúceho nedostatku proteínov sa rozvíjajú edémy typické pre kwashiorkor. Podvyživené dieťa vyžaduje dlhodobú

liečbu. Počas hospitalizácie je dostatočný príjem makro a mikronutrientov zabezpečený terapeutickým mliekom (F75, F100). To sa po dosiahnutí určitej váhy a stabilizácii pacienta nahrádza v ambulantnej starostlivosti vysoko kalorickou stravou tzv. „ready to use therapeutic food“ (RUTF – jedlo pripravené na použitie). Jeho výhodou je jednoduché skladovanie a transport vo vreckách, nenáročná aplikácia pacientovi a nízke riziko bakteriálnej kontaminácie. Podľa najnovších štatistík je v Kambodži podvyživených 20 až 34% detí. Nutričný program „Magna Deti v Núdži“ v Chey Chumneas nemocnici je najväčší obdobný program v krajine. Vstupný počet pacientov na konci roku 2006 bol 25, ale už vo februári 2008 ich bolo 415. Predpokladáme, že práve výhody programu a informovanosť spôsobili nárast počtu pacientov za také krátke obdobie. Od začiatku trvania projektu terénni pracovníci rozdali 1 295 košíkov jedla. Počas tohto obdobia trénované sestry na oddelení pripravili 1 500 litrov terapeutického mlieka. Do konca februára 2008 sa distribuovalo 19 000 vreciek s vysoko kalorickou stravou. Mesačne je hospitalizovaných priemerne 15 pacientov s akútnou závažnou podvýživou z celkového počtu vyše 100 detí s viac alebo menej závažnými detskými ochoreniami.

Ďalším špecifickým problémom v Kambodži je **AIDS**. Počet detí, ktoré kvôli AIDS prišli v tejto krajine o svojich rodičov stúpol na 77 000 a u viac ako 12 000 detí je potvrdená prítomnosť vírusu HIV. „Magna Deti v Núdži“ poskytuje v tomto zdravotníckom zariadení starostlivosť pre HIV pozitívne deti. U infikovaného dieťaťa je práve významná strata hmotnosti známkou progresie základného ochorenia. Kritériom na zahájenie antiretrovirusovej liečby, bez ktorej nedochádza k úprave stavu výživy, je percento CD4 buniek v krvi a výskyt oportúnnych infekcií u pacienta. V roku 2007 sme zabezpečili antiretrovirusovú liečbu 209 z 348 HIV pozitívnych detí v HIV/AIDS programe.

Vďaka podpore slovenskej organizácie „Magna Deti v Núdži“ pôsobí dnes v Kambodži tím ľudí, ktorý profesionálne zabraňuje šíreniu epidémie AIDS a podvýživy v detskej populácii.

Lymfadenopatia u dieťaťa (Morbus Castleman)

Fussiová M., Rajzák E., Pribilincová Z. Detské oddelenie NsP, Dunajská Streda, 2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Do spádovej nemocnice bol prijatý pacient pre intermitentne bolesti torakálnej chrbtice, dorzalgie, trvajúce 2 – 3 min spontánnym ústupom po zmene polohy, alebo po spazmoanalgetickej liečbe. Záťaž toleroval iba čiastočne, febrilitu nemal. V anamnéze v posledných 6 mesiacoch prekonal 2 x hnisavú angínu s vysokými zápalovými parametrami, preliečené s ATB. Pre náhodne zistenú hyperurikémiu dostal Milurit. Počas hospitalizácie zápalová aktivita bola vysoká – FW, CRP, prítomná latentná side-

ropenická anémia, hyperurikémia, zvýšené IgG, IgE, C3, C4 zložky komplemetu. Pre susp. autoimunitné ochorenie, pacient bol preložený na 2. DK DFNSP na dodiagnostikovanie. Na 2. DK DFNSP boli dovšetrené onkomarkery, antinukleárne antigény s negatívnym výsledkom. Na röntgene chrbtice skelet bol bez degeneratívnych zmien. Na USG brucha bolo zistené avaskulárne expanzívne dobre ohraničené ložisko v oblasti hlavy pankreasu, preto indikované CT aj MRI vyšetrenie. Po konzultácii odborníkov bola doporučená extirpácia tumoru a ďalší postup po histologizácii tkaniva. Definitívny záver histológie je atypická folikulová hyperplázia bez známk malignity, histochemický profil svedčí skôr pre reaktívne zmeny.

Ide o zriedkavé lymfoproliferatívne ochorenie prvýkrát popísané americkými patológmi Castlemanom a Townom v roku 1954. Etiológia je neznáma pravdepodobne má autoimunitný charakter s abnormálnou odpoveďou imunitného systému na infekčné agens. Chronický zápal vedie k imunodeficiencii rôzneho stupňa a k dysregulácii cytokínovej siete.

Klinický obraz je veľmi variabilný na začiatku je asymptomatický, alebo sú prítomné nešpecifické príznaky – teploty, triaška, nočné potenie, únava, anorexia, asténia, úbytok na hmotnosti. Neskoršia lymfadenopatia – lymfatické uzliny sú palpačne nebolestivé, mäkké (ako pri tuberkulóze) alebo tvrdé (ako pri lymfóme), s možnou spontánnou regresiou. Takmer vždy je prítomná obrovská splenomegália.

V laboratórnom obraze sa zisťuje zvýšená sedimentácia erytrocytov, zvýšené CRP, hypochrómna anémia, niekedy anémia v rámci pancytopenie, hypergamaglobulinémia, hypoalbuminémia.

Diagnóza sa stanovuje na základe klinického a laboratórneho obrazu, histologického nálezu a imunohistochemickej analýzy extirpovanej lymfatickej uzliny.

V rámci diferenciálnej diagnostiky sa majú vylúčiť reaktívna lymfadenopatia, maligne lymfómy, leiomyóm, leiomyosarkóm.

Špecifická liečba neexistuje, v terapii sa používa kombinácia kortikoterapie a chemoterapie. Novšie sa odporúčajú virostatiká resp. imunomodulácia. V štádiu klinického skúšania je liečba monoklonálnymi protilátkami proti CD20 B-lymfocytov. Splenektómia je účinná u ťažko chorých pacientov.

Prognóza závisí od lokalizácie ochorenia. Lokalizovaná forma väčšinou má benígny charakter. Systémová forma má chronický priebeh, so sklonom k recidívam, s agresívnym a letálnym priebehom.

Chlapec so širokým krkom

Virgová D.¹, Košťálová L.² ¹Detské oddelenie NsP, Levice ²2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Deväť a polročný chlapec bol odoslaný na hospitalizáciu pre široký krk a predpokladanú cievnú ano-

máliu v oblasti ľavého laloka štítnej žľazy. Z osobnej anamnézy zisťujeme, že dieťa sa narodilo v 39. týždni, s pôrodnou hmotnosťou 4 000g a dĺžkou 51 cm. Má 4 zdravých súrodencov, pričom vzhľadovo sa podobá s najmladšou sestrou a matkou. Opakovane prekonal zápaly dýchacích ciest, vážnejšie doteraz chorý nebol. Pri prijatí nachádzame u chlapca antimongoloidné postavenie očných štrbín, širší koreň nosa, deformované, nižšie nasadajúce a odstávajúce ušnice, na očiach epikanty, nižšiu vlasovú líniu. Krk je širší s naznačeným pterygiom coli, bez hmatnej štítnej žľazy. Hrudník súdkovitý s vpáčenou distálnou časťou sternu. Nad pravým gluteom škvrna farby bielej kávy. Základné laboratórne vyšetrenia boli v medziach normy. Sonografickým vyšetrením krku s dopplerom a po konzultácii s kardiológom bol nález na krku zhodnotený ako dilatácia venózneho systému na ľavej strane krku, plánované vyšetrenie – MS CT angiografia – pre nespoluprácu pacienta nebola urobená.

Na základe somatickej stigmatizácie pacient zapadá do klinického obrazu Noonanovej syndrómu. Noonanovej syndróm sa vyskytuje často, 1 pacient na 1 000 – 2 500 detí, rovnako sú postihnuté obe pohlavia. Okrem sporadického výskytu je známy aj familárny, autozomálne dominantný typ, čomu by zodpovedal náš pacient, ktorého fenotyp je zhodný s fenotypom matky a najmladšej sestry. Porušený je gén lokalizovaný na dlhom ramene 12. chromozómu. Noonanovej syndróm sa často manifestuje postihnutím srdca (stenózou artérie pulmonalis, kardiomyopatiou), ale bývajú prítomné rôzne formy defomity kostry s osteoporózou. Zmeny na koži (lymfedém, pterygium colli, kožné névy a hypoplastické nechty) pripomínajú Turnerov syndróm. Podobne aj postihnutie pohlavných orgánov je častým nálezom – kryptorchizmus, oneskorená puberta, poruchy fertility. Znížený rast detí s Noonanovej syndrómom sa úspešne lieči rastovým hormónom. Predpokladáme, že na cievnej anomálii u nášho pacienta sa podieľa aj porušený lymfatický systém v oblasti krku, ktorý vznikol počas intrauterinného vývoja pacienta. Je potrebné pacientov s Noonanovej syndrómom vyšetriť a dlhodobo sledovať pre možný postupný vývoj jednotlivých klinických zmien, včítane hormonálnych porúch.

Je komunikácia s pacientom (resp. s jeho rodičmi) potrebná?

Gibalová E. Všeobecný lekár pre deti a dorast, Bratislava

Podstatou uvedenej práce je e-mail, ktorý napísať matka svojmu všeobecnému lekárovi pre deti a dorast. Vznikol po absolvovaní množstva vyšetrení, tak lekárskeho ako aj laboratórných, u 3-mesačného dieťaťa s nezávažnou diagnózou. Matka v ňom popisuje svoje skúsenosti z prednemocničného a nemocničného

ho prostredia. Autorka sa na základe tejto kazuistiky zamýšľa nad potrebou komunikácie s pacientom, ale nielen s ním. Rozoberá podstatu komunikačného procesu i jeho chyby. Záverečná odpoveď na otázku, či je komunikácia s pacientom potrebná, znie – rozhodne áno. V opačnom prípade, pri nedostatočnej komunikácii vznikajú totiž nedorozumenia medzi lekárom a pacientom, medzi lekárom a lekárom i nadmerné vyšetrenia. To vedie k zvýšeniu ekonomických nákladov, k nespokojnosti pacienta a v konečnom dôsledku neúcte k lekárskeму stavu so všetkými dôsledkami.

Tricho-rhino-phalangeálny syndróm (TRPS), Giedion syndróm

Jankó V., Hlavatá A., Kovács L.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Tricho-rhino-phalangeálny syndróm je autozómovo dominantne dedičná choroba, charakterizovaná dysmorfou tváre, riedkými jemnými lomivými vlasmi a deformáciami prstov ruky i nohy.

Epidemiológia: Výskyt ochorenia je veľmi raritné, do roku 1985 v literatúre bolo popísaných 250 prípadov. V roku 2000 v rámci sledovania genetickej variability mutácii bolo vyšetrených 51 pacientov z celej Európy.

Etiológia: Prvýkrát v roku 1966 Giedion popísal rodinu so skeletálnymi a kraniofaciálnymi abnormalitami. Následne na základe fenotypického prejavu boli odlišené tri podskupiny ochorenia. Gén bol lokalizovaný na dlhé ramienko 8. chromozómu. Produkt génu je jeden zo transkripčných faktorov, zodpovedný za prepis genetickej informácie.

Klinický obraz.: Prvé príznaky sa prejavujú po 2. roku života. Miernu konvexitu metafýz (radiodiagnosticky dokázateľnú) možno pozorovať už v 1. roku života. Kostný vek zaostáva až do puberty. Hlavné príznaky sú: hruškovitý nos, predĺžené filtrum, úzka horná pera, bočné preriednutie obočia, vysoká vlasová línia na čele, nízko nasadajúce typicky tvaro-

vané ušnice, poklesnutá brada, jemné, riedke, lomivé vlasy až alopecia (vlasy rastú len do určitej dĺžky). Deformity na končatinách zahŕňujú krátke ruky a nohy, zhrubnuté stredné interfalangeálne kĺby s obmedzením alebo bez obmedzenia hybnosti, ojedinele so skrátením metakarpov, široké ploché nechty. U väčšiny pacientov je stredne znížený rast.

Podľa fenotypického prejavu delíme TRPS na 3 podskupiny:

- TRPS typ I klasická forma – mutácia v géne TRPS 1,
- TRPS typ II s mentálnou retardáciou a exostózami – mutácia v génoch TRPS 1 a EXT 1,
- TRPS typ III variant TRPS I výraznejším fenotypom – mikrodelačia v géne TRPS 1,

Diagnóza: Základom diagnózy tricho-rhino-phalangeálneho syndrómu je klinický obraz, typ dedičnosti ochorenia a dôkaz mutácii v génoch TRPS a EXT 1.

Prognóza: Giedion syndróm neznižuje celkovo prežívanie pacientov. Limitujúcim faktorom kvality života je artróza malých a veľkých kĺbov. Poškodený transkripčný faktor sa dáva do súvislosti s vyšším rizikom pre vznik karcinómu prsníka a karcinómu prostaty. U pacientov s TRPS II je zvýšené riziko vzniku chondrosarkómu. Vrodené srdcové chyby (mitrálna insuficincia), diabetes mellitus, hypoglykémia a hypotyreóza môžu byť spojené so TRPS.

Terapia: Kauzálna terapia neexistuje.

Aspirácia zuba

Dzurenková A., Kuková Z.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Úvod: Aspirácia cudzieho telesa je u detí pomerne častou príhodou, najčastejšie sa vyskytuje u detí do 3 rokov, ale nie je výnimkou ani u starších detí.

Kazuistika: 7-ročný pacient je prijatý na 2. detskú kliniku DFNSP pre nezlepšujúcu sa pleuropneumóniu na doterajšej terapii Klacidom.

Rodinná a osobná anamnéza je bez pozoruhodností. Pri prijatí je febrilný, vo fyzikálnom náleze sú prítomné vlhké fenomény parakardiálne vpravo. V laboratórnom obraze je vysoká zápalová aktivita (CRP 48,4 mg/l) s leukofiliou s prevahou neutrofilov, ostatné parametre v medziach normy. V popise RTG snímky hrudníka je nález pleuropneumónie vpravo. Pod liečbou Ciphinom, Ambrobene, Paralenom, Ibalginom, inhaláciami a rehabilitáciou sa klinický stav podstatne zlepšuje, zápalové markery poklesli (CRP 18,8), rozvinulo sa dýchanie vpravo a je zlepšenie na RTG, pretrvávajú pleurálna reakcia v pravom kostofrenickom uhle. V dodatočne dôkladne doplnenej anamnéze je údaj o úraze s vybitím 3 mliečnych zubov dva dni pred vznikom febrilit.

Pacienta prepúšťame na antibiotickej a symptomatickej liečbe domov a do ambulantného sledovania.

Pri kontrole (24 dní od úrazu) je v laboratórnych parametroch nízka zápalová aktivita. RTG snímka bol popísaný ako regresia pleuropneumónie vpravo, s minimálnym fluidotoraxom na tej istej strane. Na všetkých snímkach je zatienenie štvorcového tvaru, za ktorým je atelektáza s pleurálnou reakciou. Je zrealizované CT hrudníka s nálezom oválneho ostro ohraničeného cudzieho telesa denzity kostného tkaniva. Ihneď je indikovaná bronchoskopia v celkovej anestéze. Extrakcia cudzieho telesa prebehla bez komplikácií. Teleso (zub) bolo zaklínené vo vetvení pravého hlavného bronchu pre dolný lalok, za ním sa nachádzalo množstvo hnisu. Vzorka hnisu bola odoslaná na aeróbnu aj anaeróbnu kultiváciu. Bola nasadená empirická antibiotická liečba (Amoksiklav). Na ďalšej ambulantnej kontrole (38. deň po aspirácii) je v laboratórnych parametroch nízka zápalová aktivita a na RTG snímke je pľúcny parenchým bez spľývavých ložiskových zmien.

Záver: Uvedený prípad poukazuje na význam dôkladnej anamnézy a detailne hodnotenej röntgеноvej dokumentácie.

GASTROENTEROLÓGIA

Chronické zápalové ochorenie čreva u detí

Čierna I.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Medzi chronické zápalové choroby čreva zaraďujeme ulceróznú kolitídu a Crohnovu chorobu. Ulcerózna kolitída je nešpecifický hemoragicko-katarálny alebo ulcerózný zápal obmedzený na sliznicu prípadne na submukózu konečníka alebo rozsiahlejšej časti hrubého čreva. Crohnova choroba postihuje všetky vrstvy črev-

nej steny. Zápal je segmentálny alebo plurisegmentálny, môže sa vyskytnúť v ktorejkoľvek časti tráviaceho traktu, od dutiny ústnej až po konečník. Asi u 15% pacientov sa klinický obraz ako aj mikroskopický nález prekrývajú a nedajú sa presne určiť rozdiely medzi oboma chorobami. V takých prípadoch sa používa termín indeterminovaná kolitída. Pre obidve choroby je charakteristický chronický priebeh ochorenia, fázy kľudového štádia (remisie) sa striedajú s obdobím vysokej aktivity (relapsu).

V prípade ulceróznej kolitídy v klinickom obraze dominujú hnačky (100%) s prímiesou čerstvej krvi

(95%) a hlienu. Pre Crohnovu chorobu sú charakteristické bolesti brucha, pokles telesnej hmotnosti, zvýšená zápalová aktivita, subfebrilita a sideropenická anémia. Hnačky sú prítomné asi len u 60% pacientov.

Chronické črevné zápaly sú systémovým ochorením často sprevádzaným aj extraintestinálnymi manifestáciami, ktoré môžu postihovať ktorýkoľvek orgán:

- koža: erythema nodosum,
- kĺby: artritída,
- oči: iridocyklitída, episkleritída,

- dutina ústna: aftózna stomatitída,
- hepatobiliárny systém: sklerotizujúca cholangoitída, chronická hepatitída,
- pankreas: pankreatitída,
- kostné zmeny: osteoporóza,
- kardiovaskulárny systém: perikarditída, myokarditída,
- hemopoetický systém: hemolytická anémia a pod.

Diagnostika črevných zápalov je založená na zobrazovacích a endoskopických metódach. Laboratórne vyšetrenia sú v prípade určovania diagnózy pomocnými vyšetreniami. Liečba zahŕňa tri základné postupy:

- medikamentózna liečba,
- nutričná podpora
- chirurgická liečba.

Výber terapeutických prostriedkov závisí od štádia choroby, jej lokalizácie a priebehu samotného ochorenia. Z medikamentózneho liečby sa využíva účinok mesalazínu, kortikosteroidov a imunosupresív. Najnovším trendom v liečbe chronických črevných zápalov už aj u detí je biologická liečba.

Hyperamylazémia v detskom veku
Székyová D.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Hyperamylazémia definovaná ako zvýšená aktivita amylázy v sére môže sprevádzať okrem akútnej a chronickej pankreatitídy aj rôzne iné ochorenia, ale vyskytuje sa aj ako izolovaný laboratórny nález bez klinických príznakov.

Alfa-amyláza hydrolyzuje α -1-4 glykozidovú väzbu. V organizme sa nachádza v dvoch základných formách, slinný (S-tyt, S-AMS) a pankreatický typ (P-tyt, P-AMS). Pankreatická alfa-amyláza je tvorená v acinárnych bunkách pankreasu a hromadí sa v zymogénových granulách. Slinná izoamyláza sa tvorí okrem slinných žliaz aj vo vaječníkoch, slzách, mlieku a pote. Z cirkulácie je alfa-amyláza eliminovaná obličkami glomerulárnou filtráciou.

Hyperamylazémia sa vyskytuje vo viacerých formách:

- 1) zvýšenie slinnej amylázy pri ochoreniach slinných žliaz, laktátovej acidóze, mimomaternicovom tehotenstve, salpingitíde, karcinóme pľúc a iných,
- 2) zvýšenie pankreatickej alfa-amylázy zisťujeme pri akútnej pankreatitíde (100 %), akútnych a chronických ochoreniach obličiek (nefrektómia – 50 %), črevných zápalových ochoreniach (akútna apendicitída – 30 %), perforácii čreva, ale aj po ERCP vyšetrení, cholecystolitiáze a iných,

- 3) makroamylazémia je príčinou 5 – 8 % prípadov hyperamylazémie a veľmi často sa vyskytuje spolu s makrolipázou. Makroforma vzniká väzbou enzýmu na niektoré bielkoviny krvného séra (imunoglobulíny, CIK a iné glykoproteíny), má vyššiu molekulárnu hmotnosť, a preto nemôže byť eliminovaná glomerulárnou filtráciou z organizmu.

Pankreatitída je zriedkavejšie ochorenie v detskom veku, napriek tomu má vysokú morbiditu a mortalitu. V súčasnosti delíme pankreatitídu na **akútnu a chronickú**.

Akútna pankreatitída sa podľa závažnosti stavu delí na:

- 1) ťažkú formu akútnej pankreatitídy sprevádzanú znakmi orgánového zlyhávania alebo lokálnymi komplikáciami,
- 2) ľahkú nekomplikovanú formu s minimálnym orgánovým poškodením a rýchlym zotavením ad integrum. Táto predstavuje až 80 % všetkých ochorení.

Chronická pankreatitída je zriedkavé ochorenie a je príčinou najčastejšej sekretorickej insuficiencie pankreasu. Vzhľadom k progresívnemu priebehu a nenávratným zmenám v tkanive pankreasu významne ovplyvňuje kvalitu života. K najčastejším príčinám chronickej pankreatitídy v detskom veku patria hereditárne geneticky podmienené pankreatitídy, cystická fibróza, anatomické zmeny, metabolické ochorenia a iné.

Stanovenie alfa-amylázy má pre diagnostiku ochorenia pankreasu nízku špecifickosť, hladina alfa-amylázy môže byť normálna aj pri rozsiahlej nekróze pankreasu. V diferenciálnej diagnostike ochorenia pankreasu je odporúčané predovšetkým súčasne stanovenie pankreatického izoenzýmu alfa-amylázy a pankreatickej lipázy. Hyperamylazémia bez klinických a morfologických príznakov pankreatitídy nie je ochorenie.

Bezlepková diéta – liečba celiakálnej choroby

Krajčírová M.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Celiakálna choroba je autoimunitná enteropatia spôsobená permanentnou intoleranciou lepku u geneticky predisponovaných jedincov. Genetické, imunologické a environmentálne faktory – lepok spoločne spôsobujú charakteristické poškodenie sliznice tenkého čreva.

Lepok (glutén) je bielkovinová frakcia pšenice, jačmeňa a raži, ktorá zodpovedá za priľnavosť. Glutén sa môže frakcionovať na v etanole rozpustné prolamíny a v etanole nerozpustné gluteníny. V etanole rozpustné prolamíny sú viac zodpovedné za poškodenie sliznice tenkého čreva, ale toxické sú i gluteníny. Prolamíny pšenice sú rozdelené na α , β , γ a ω gliadíny, s molekulárnymi hmotnosťami medzi 20 000 a 75 000 daltonov. Obsahujú

peptidy bohaté na glutamín a prolín v sekvencii prolín-serín-glutamín-glutamín a glutamín-glutamín-glutamín-prolín. Tieto sekvencie sú zodpovedné za „toxickú“ gluténu pri celiakálnej chorobe. Na glutamín a prolín bohaté peptidové sekvencie sa zisťujú aj pri u geneticky príbuzných prolamínach raži (sekalín) a jačmeňa (hordeín).

Jedinou liečbou celiakálnej choroby zostáva celoživotná bezlepková diéta – vynechanie potravín obsahujúcich jačmeň, raž a pšenicu. Bezlepkovú diétu indikujeme až po histologickom potvrdení diagnózy, nikdy nie pri podozrení na celiakiu, alebo pri laboratórnom náleze pozitívnych protilátok proti gliadínu, endomýzu alebo tkanivovej transglutamináze.

Množstvo lepku v bezlepkovej diéte sa riadi podľa smerníc „Codex alimentarius“. V súčasnosti za bezlepkovú potravinu je považovaný produkt, ktorý obsahuje menej ako 20 ppm lepku (menej ako 20 mg/kg). Produkty obsahujúce menej ako 200 ppm lepku (menej ako 200 mg/kg) sa v súčasnosti považujú za „nízkolepkové“. Bezlepkové potraviny sú označované preškrtnutým klasom.

Pretože bezlepková diéta je jedinou liečbou, vybrané bezlepkové produkty môžu byť predpisované gastroenterológom, internistom, pediatrom alebo dermatológom u pacientov s biopsky dokázanou celiakiou. Potraviny je možné predpisovať v množstve maximálne na tri mesiace v určenom množstve.

Izolovná elevácia AST u detí
Szépeová R.

KDaD MFN, Martin

Aktivita sérových transamináz ALT (alanín aminotransferáza) a AST (aspartát aminotransferáza) je dôležitým biochemickým ukazovateľom v diagnostike pečňových ochorení u dospelých aj detí. Ich zvýšená aktivita zvyčajne indikuje ochorenie pečene. ALT je pečň špecifický enzým zatiaľ čo AST je enzým pochádzajúci aj z iných orgánov ako pečen. Vo väčšine prípadov pečňových ochorení sú paralelne zvýšené obe hodnoty AST a ALT, však rozdielne zvýšenie hodnôt AST a ALT môže priniesť užitočné klinické informácie. Najvýraznejšie zvýšenie aminotransferázovej aktivity nastáva pri akútnom hepatocelulárnom poškodení. Izolované zvýšenie aktivity týchto enzýmov nie je v niektorých klinických situáciách spojené s poškodením pečňového tkaniva. Falošne pozitívne zvýšenie AST možno nájsť u pacientov liečených erytromycínom, s primárnym svalovým ochorením, s celiakálnou chorobou, s ochoreniami štítnej žľazy, obličiek, hemolytickými chorobami.

Zriedkavo môže byť príčinou zvýšenia AST jeho väzba s imunoglobulínmi na tzv. makro-formu. Patogenéza formácie makroenzýmov AST v sére stále nie je celkom jasná. Doposiaľ nebola potvrdená genetická predispozícia. Diagnóza makro-AST syndrómu je dôležitá z klinického hľadiska. Táto biochemická abnormalita nevyžaduje diétne ani farmakologické opatrenia.

ZDRAVOTNÍCKE PRÁVO

Zmluvy a zmluvné vzťahy v ambulancii lekára

Kováč P.

*Ústav súdneho lekárstva LF UK, Bratislava
a Katedra trestného práva a kriminológie PF TU,
Trnava*

Žiaden poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nefunguje „len tak“, nezávisle od ostatného sveta. Aby poskytovateľ mohol ošetriť prvého pacienta je potrebné venovať istý a nezanedbateľný čas aj uzatváraniu zmlúv. Treba pripomenúť ono staré latinské „clara pacta, boni amici“, teda dobré zmluvy robia dobrých priateľov. Touto prednáškou chce autor umožniť zdravotníckym pracovníkom nahliadnuť do „právnickej kuchyne“ a dať im is-

tý návod, ako sa správať pri uzatváraní zmlúv a úspešne zmluvy uzatvárať.

Forezné implikácie poskytovania zdravotnej starostlivosti

Kováč P.

*Ústav súdneho lekárstva LF UK, Bratislava
a Katedra trestného práva a kriminológie PF TU,
Trnava*

Prakticky každú ľudskú činnosť štát viac alebo menej reguluje právom. Množstvo právnych predpisov a úroveň regulácie závisí od viacerých faktorov. Jedným z najvýznamnejších faktorov, ktoré rozhodujú o miere regulácie, je záujem štátu na ochrane jeho záujmov v danej oblasti. Ľudský život a zdravie predstavuje pre

štát najvyšší záujem a preto je stupeň právnej regulácie v tejto oblasti obzvlášť vysoký. Napriek množstvu právnych predpisov upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti možno bohužiaľ konštatovať, že úroveň právneho povedomia lekárov je vo všeobecnosti malá. Skúsenosti a výsledky niektorých výskumov ukazujú, že lekári konajú skôr podľa svojho vedomia a svedomia ako podľa právnych predpisov. Tým dosahujú zhodu s právom vo veľkej väčšine prípadov, avšak niekedy nie je možné bez znalosti práva konať (s)právne.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti môže mať okrem zamýšľaného prospechu pacienta aj ďalšie výsledky. Môžu nimi byť aj dôsledky právne a forezné. Cieľom tohto príspevku je oboznámiť lekársku verejnosť so základnými právnymi povinnosťami lekára a prípadnými dôsledkami ich porušenia.

SYMPÓZIUM SPOLOČNOSTI NUTRICIA

Prevence atopie a imunita

Fuchs M.

Alergologie, Pediatrické oddelení, Fakultní nemocnice Na Bulovce, Praha

V posledních 30 letech 20. století se prevalence alergických onemocnění mnohonásobně zvýšila, a to z několika málo procent hned na několik desítek procent. Atopickou dispozici dnes nosí 40% populace a reálným alergickým onemocněním trpí již každý třetí spoluobčan.

Plné dvě třetiny všech alergických onemocnění propukne nejpozději do 3 let věku. Proto se k objasnění tohoto nepříznivého trendu významně zvýšila aktivita prakticky všech medicínských a nakonec i společenských věd, je patrná snaha pojmenovat příčiny (genetické faktory, výživa, životospráva, vliv prostředí a souvislosti v rámci takzvané hygienické hypotézy a j.). Paralelně se tak pátrá o možnostech obrany a zkouší se všelijaká protiopatření. Nicméně klíčovou a zatím neovlivnitelnou roli hraje samotný lidský genotyp, preventivní zásahy se tak konfrontují s prognózou potomků v rizikových rodinách, úspěchů na poli primární prevence alergie je však stále více než poskrovnu. Preventivní zásahy se cílí k samotné podstatě, resp. k době, která zásadně moduluje imunologickou odpověď lidského jedince k okolnímu světu. Jde nepochybně o dobu porodu a poporodní adaptace, s akcentem prvního roku věku. A snad můžeme jít ještě dál, do období početí a gravidity. Je kladen důraz především na kvalitativní i kvantitativní skladbu antigenních stimulů plodu i právě narozeného dítěte. Nezastupitelná úloha výživy (kojení versus umělá výživa) a životního prostředí kojence má stále více propagátorů i obhájců, stoupá počet randomizovaných i placebem kontrolovaných studií. Správnou orální i systémovou toleranci vůči nejrůznějším antigenům prostředí stimuluje nejen zdravá výživa, ale i určité změny „environmentální“. V posledních letech jsme se seznámily se zásahy veskrze užitečnými: Saarinen 1995, Grönlund 2000, Majamaa 97, Pessi 2000, Gdalevich 2001, Kull 2001, Rautava 2002, Shida 2002, Kramer 2002, Moro 2006, 2007, Kalliomaki 2007, Arshad 2007 a j. Naproti tomu lze postavit výsledky studií s méně optimistickými závěry: Wright 2001, Sears 2002, Host 2005, Wegienka 2006, Brouwer 2006, Kukkonen 2007, Taylor 2007 a j. Křehká hranice medicíny založené na důkazu se v prvním půl roce života posouvá ve prospěch nezastupitelné úlohy kojení, mikronutrientů a symbiotik. Tolik diskutovaná úloha střevní

obranyschopnosti (proteolýza, střevní flóra i ostatní složky střevní bariéry) zdůrazňuje význam jak samotných střevních bakterií (probiotika), tak i nutričních i fermentačních potřeb složitějšího střevního ekosystému (oligosacharidy – prebiotika, nukleotidy i nukleotidy, antioxidanty, LC PUFA a j.). Kojení, důkladně fortifikovaná náhradní mléka či speciálně upravovaná náhradní výživa (vysoká hydrolyza a j.) v prvním půlroce života přináší zřetelný benefit zvláště u manifestace potravinové alergie (u alergie na bílkoviny kravského mléka) a hlavně u atopického ekzému, u rizikových jedinců má tento příznivě nastavený trend dokonce mnohaletou setrvačnost (Rautava 2002, Von Berg 2003, Kalliomaki 2003, Isolauri 2000, 2003, 2007). Na druhé straně stále pozorujeme nárůst prevalence alergické rýmy i prevalence alergického astmatu a primární prevence samotné senzibilizace s tvorbou alergických protilátek izotypu E nespíňuje očekávání. V rizikových rodinách mohou dokonce dobře míněná opatření (relativně delší kojení i expozice exogenními probiotiky) nabrat v rámci prevence respiračních alergóz opačného znaménka (Sears 2002, Wegienka 2006, Taylor 2007, Isolauri 2007).

Objasněním těchto složitých jevů se zabývají vědecké týmy po celém světě, stálá potřeba nových preventivních studií té nejvyšší kategorie (A, B) je více než naléhavá.

Zloženie mliečnych formúl a ich vplyv na imunitný systém

Čierna I.

2. detská klinika LF UK a DFNSP, Bratislava

Imunitný systém novorodenca a dojčťa je v prvých mesiacoch nezrelý, vyvíja sa postupne tak, aby bol schopný poskytnúť optimálnu ochranu. Novorodenec tvorí len veľmi malé množstvo imunoglobulínov, schopnosť buniek špecifickej imunity reagovať na antigény je obmedzená. U novorodencov je posunutá rovnováha medzi Th1 lymfocytmi a Th2 lymfocytmi v prospech populácie Th2 a tým je vyššia možnosť atopickej senzibilizácie. Dojčtá majú taktiež ešte nedostatočne vyvinutú slizničnú bariéru, čo predstavuje väčšiu možnosť priepustnosti pre alergény v neopracovanej forme.

Materské mlieko je svojím zložením a vplyvom na posilnenie imunity ideálnou výživou pre dieťa. Podporuje u dieťaťa jeho pasívnu aj aktívnu obranyschopnosť. Obsahuje dôležité zložky imunitného systému, imunomodulačné cytokíny a rastové faktory.

Pre deti, ktoré nemôžu byť dojčené sú určité mliečne formuly založené na báze kravského mlieka. U mliečnych formúl je optimalizované ich zloženie a je snahou všetkých výrobcov čo najbližšie sa prispôsobiť zloženiu materského mlieka. Adaptácia mliečnych formúl spočíva aj v obohatení o zložky, ktoré významne ovplyvňujú imunitný systém dojčťa:

• polynenasýtené mastné kyseliny (PUFA)

Významnou výživovou zložkou pre správny vývoj dieťaťa sú aj tuky. Ich dôležitou súčasťou sú takzvané „esenciálne“ mastné kyseliny: omega-3 (odvodené od kyseliny linolénovej) a omega-6 (odvodené od kyseliny linolovej), ktoré si telo nevie vytvoriť samo a musí ich dostať v potrave. Polynenasýtené mastné kyseliny ovplyvňujú stavbu bunkovej membrány, stimulujú aktivitu bunkovej imunity ovplyvnením enzýmov a bunkových receptorov, ktoré sú na bunkovú membránu viazané. PUFA zvyšujú odolnosť voči kyslíkovým radikálom a možnému oxidačnému poškodeniu. Omega-6 mastné kyseliny (kyselina arachidónová) sú súčasťou membránových fosfolipidov. Omega-3 mastné kyseliny (kyselina eikosapentaeonová a dokosahexaeonová) zohrávajú dôležitú úlohu pri mentálnom vývoji dieťaťa, majú účinok aj protizápalový, antiagregačný a imunostimulačný.

• nukleotidy

Nukleotidy predstavujú základný kameň nukleových kyselín, ktoré tvoria podstatu života. Sú prítomné vo všetkých bunkách – hlavne v ich jadre a okrem toho sa zúčastňujú prakticky na všetkých významných životných procesoch. Ich potreba je vysoká hlavne v období najútlejšieho veku, po narodení, kedy dochádza k rastu a dozrievaniu všetkých orgánov. Nukleotidy priaznivo vplyvajú na dozrievanie imunitného systému, krvotvorných buniek a majú priaznivý vplyv aj na vývoj centrálného nervového systému – mozgu.

• prebiotiká

Sú to nestráviteľné časti potravín oligosacharidy a fruktooligosacharidy, ktoré podporujú rast a činnosť užitočných baktérií v čreve. Zmes prebiotckej vlákniny v mliečnych formulách zvyšuje množstvo bifidogénnych baktérií a potláča výskyt nežiadúcich baktérií, ktoré môžu vyvolať u detí infekciu. Účinok prebiotckej zmesi je podobný bifidogénnemu vplyvu materského mlieka. Prebiotiká v materskom mlieku aj ich vplyv na prirodzenú črevnú mikroflóru patria medzi dôležité mechanizmy podpory imunity dojčeného dieťaťa. Mnohými štúdiami sa jednoznačne potvrdil priaznivý efekt prebiotckej vlákniny, ktorá je súčasťou moderných mliečnych formúl na posilnenie

prírodzenej obranyschopnosti. U detí živých mliečnymi formulami obohatenými o prebiotickú vlákninu bol zaznamenaný nižší výskyt infekcií. Prebiotická vláknina môže zohrávať aj dôležitú úlohu z hľadiska prevencie alergických ochorení. Ďalšou možnosťou priaznivého ovplyvnenia črevnej mikroflóry je pridávanie probiotík do sušených mliečnych formúl. Probiotiká sú priamo živé mikroorganizmy, ktoré po požití majú schopnosť kolonizovať črevo a majú pozitívny účinok na zdravie.

Novinky v Nutrilon portfóliu

Uxová K.

Medical director Nutricia, a.s.

Spoločnosť Nutricia nabízí pro deti, ktoré nemohou byť kojeny, široké spektrum náhradní mléčné výživy Nutrilon a to jak pro deti zdravé, tak pro deti se speciálními výživovými potřebami.

Důležitou složkou, která je obsažena pouze v Nutrilonu a tím ho odlišuje od ostatních druhů náhradní mléčné výživy, je patentovaná prebiotická směs Immunofortis, která má klinicky prokázané účinky na rozvoj příznivé střevní mikroflóry (1, 2) pomáhá dozrávání imunitního systému a posiluje imunitu podobně jako prebiotika obsažená v mateřském mléce. Immunofortis je navíc obsažen již v mlékách počátečních a jeho používání je bezpečné již od narození, tedy v době, kdy je imunitní systém dětí ještě nezralý. Dětem, které nemohou být kojeny, posiluje imunitu po vzoru mateřského mléka a klinicky je do-

kázáno, že u těchto dětí snižuje výskyt opakovaných respiračních a průjmových onemocnění. (3).

Základní řada Nutrilonu s obsahem Immunofortis je k dispozici od narození až do batolecího věku. K nim lze přiřadit i speciální mléka se sytícím účinkem: Nutrilon Extra, určený pro děti od narození, které potřebují více zasytit. Sytícího účinku je dosaženo speciálním složením bílkovin při zachování stejné energetické hodnoty.

Pro děti, které hůře spí, je určena novinka Nutrilon Good Night, která obsahuje sytívou směs a zaručuje dětem klidný spánek.

Vzrůstající výskyt alergických onemocnění vyvolává potřebu mléčné výživy se sníženou alergenicitou, které je dosaženo hydrolyzou mléčné bílkoviny. Částečně hydrolyzovaná HA mléka (hypoantigenní) jsou vhodná zejména pro děti s pozitivní rodinnou alergickou anamnézou. Nutrilon HA chrání dvakrát, poskytuje účinnou ochranu nejen díky částečné hydrolyze bílkovin, ale bylo prokázáno, že Immunofortis snižuje riziko atopické dermatitidy u dětí s potenciálně vysokým rizikem alergie a u těchto dětí rovněž snižuje výskyt opakovaných respiračních infekcí (4).

Pro děti s již vyvinutou alergií je určeno hypoalergenní mléko Nutrilon Allergy Care, výživa s extenzivním mléčným hydrolyzátem a obsahem Immunofortisu, a to jak v počáteční, tak v pokračovací výživě.

Immunofortis je obsažen i v novinkách pro předčasně narozené děti: Nutrilon Nenatalu 0, který nahradil původní Nutrilon Nenatal LCP. Svým složením odpovídá zvýšeným výživovým potřebám předčas-

ně narozených dětí podle posledních doporučení (5). Klinické studie potvrdily i u těchto dětí příznivý účinek prebiotické směsi na osídlení střeva pozitivní mikroflórou (1, 6) a zlepšení fyziologických funkcí trávicího traktu (2, 7).

Novinkou je Nutrilon Nenatal 1, tzv. „postdischarge“ formule, určená pro předčasně narozené děti po propuštění z nemocnice do domácí péče. Zajišťuje správný „catch up“ růst a je určena dětem do dosažení hmotnosti cca 4 500 g nebo 4 měsíců korigovaného věku.

Literatúra:

1. Knol J. et al, Acta Paediatr. Suppl 2005; (449): 31–3
2. Moro G et al. Acta Paediatr Suppl 2003; (441): 77–79
3. Bruzzese E. et al. J Paediatr Gastroenterol Nutr. 2006
4. Arslangolu et al., Journal of Nutrition 2007, June (2420–2424)
5. Tsang RC et al. Nutrition of the Preterm Infant 2005. Cincinnati Digital Educational Publishing Inc.
6. Boehm et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002; 86, (3)
7. Mihatsch WA et al. Acta Paediatr 2006; 95 (7): 843–8

SYMPÓZIUM SPOLOČNOSTI RAMA

Výživa detí školského veku na Slovensku – aktuálne poznatky a odporúčania

Babinská K.¹, Vitáriušová E.², Hlavatá A.², Rosinský J.³, Babinská K. ml.², Košťálová L.², Pribilincová Z.², Kovács L.²

¹Fyziologický ústav LF UK, Bratislava

²2. detská klinika, LF UK a DFNSP, Bratislava

³Regionálny úrad verejného zdravotníctva, Komárno

Úvod: Kvantitatívne i kvalitatívne adekvátna výživa je základným predpokladom riadneho rastu a vývinu dieťaťa. Správna výživa v detskom veku je zároveň i významným faktorom v prevencii nutrične podmienených chorôb. Chronické neinfekčné choroby, označované aj ako civilizačné, sa prejavujú zväčša až v dospelosti, vyvíjajú sa roky až desaťročia a sú dôsledkom dlhodobo nesprávnych stravovacích návykov, často nadobudnutých už v detstve alebo mla-

dosti. V posledných rokoch sa zaznamenal aj u detí nárast výskytu obezity, ktorá sa tak stáva alarmujúcim zdravotno-nutričným problémom už v detskom veku. Zistený nepriaznivý trend upozorňuje, že výživa detí si vyžaduje väčšiu pozornosť ako doposiaľ.

Súbor a metódy: V roku 2007 sa uskutočnila epidemiologická štúdia zameraná na výživu a životosprávu detí školského veku. Prezentované sú výsledky z pilotnej časti štúdie, ktorá zahŕňala 1 000 detí vo veku 6 – 16 rokov žijúcich v 10 okresoch Slovenska. Údaje o stravovacích návykoch a životospráve detí sa získavali dotazníkovou metódou.

Výsledky a diskusia: Výsledky štúdie prinášajú informácie o aktuálnych problémoch vo výžive detí na Slovensku a poukazujú na viaceré nedostatky. Za najzávažnejšie zistenia považujeme časté vynechávanie raňajok, konzumáciu nekompletných obedov, nedostatočný príjem ovocia, zeleniny a mliečnych výrobkov, a to predovšetkým v starších vekových skupinách

detí. V konzumácii chleba, pečiva a cereálnych výrobkov sú málo zastúpené celozrnné výrobky. V strave detí sa neobjavujú dostatočne často i ďalšie potraviny s vysokou výživovou hodnotou – strukoviny a ryby. Vysoké percento detí pravidelne konzumuje sladkosti a iné nutrične menej hodnotné pokrmy. Zistené nedostatky môžu znižovať výživovú hodnotu stravy, nepriaznivo sa odrazilo na zdravotno-výživovom stave dieťaťa a zvyšujú riziko vzniku porúch zdravia.

Záver a odporúčania: Nutričnému poradenstvu a výchove k zdravej výžive by sa mala venovať náležitá pozornosť, aj na úrovni lekára pre deti a dorast, ktorý v otázkach súvisiacich so zdravím, a teda i výživou, predstavuje pre dieťa i rodičov autoritu. Vysoko aktuálnou otázkou v súčasnosti je predchádzanie obezity. V rámci výživového poradenstva by sa mal klásť dôraz na dostatočnú pestrosť stravy, vyvážené zastúpenie všetkých základných potravinových komodít a dodržiavanie pravidelného stravovacieho

režimu. Základ výživy dieťaťa majú tvoriť potraviny s vysokou nutričnou hodnotou. Prioritou je doceliť vyšší príjem ovocia a zeleniny, najmä v čerstvej forme, taktiež i vyššiu konzumáciu mlieka a mliečnych výrobkov s dôrazom na polotučné a probiotické produkty. Výber syrov sa má sústrediť predovšetkým na tvrdé syry s vyšším obsahom vápnika. V rámci cereálnych výrobkov treba viac zdôrazňovať význam celozrnných druhov a podporovať ich častejšie zaraďovanie do stravy. V strave detí by sa mal obmedziť obsah nutrične málo hodnotných potravín – sladkostí, sladených nápojov, slaných pochutín a pokrmov typu fast-food. V rámci výživového poradenstva treba sústrediť pozornosť na deti v staršom školskom veku, z vidieckych oblastí a nižších vzdelanostných skupín rodičov, u ktorých sa zistili výraznejšie deficity v stravovacom režime.

Úloha tukov vo výžive a nové trendy v spotrebe tukov

Jurkovičová J.

Ústav hygieny LF UK, Bratislava

Úloha tukov vo výžive ľudí bola jednou z najvýznamnejších oblastí záujmu a výskumu v oblasti nutricie v posledných desaťročiach. Strava bohatá na tuky tesne koreluje so zvýšeným výskytom obezity, zvýšeným rizikom rozvoja KVCH, vysokého TK, DM a niektorých druhov rakoviny. Denná potreba tukov závisí od veku, pohlavia, energetického výdaja, zdravotného stavu a pod.; u dospelých sa odporúča 0,8 – 1 g/kg telesnej hmotnosti. Deti majú zvýšenú potrebu energie a všetkých živín – kvantita a kvalita ich stravy musí zodpovedať meniacim sa potrebám vyvíjajúceho sa organizmu: potreba tukov klesá zo 4 g/kg telesnej hmotnosti v prvom roku života na 1,5 g/kg u 10 – 16-ročných detí, pričom ich energetický podiel by nemal stúpnuť nad 30%.

Na zlom zdravotnom stave nášho obyvateľstva sa nemalou mierou podieľa výživa, ktorej obrazom je spotreba potravín, ktorú možno charakterizovať ako energeticky a nutrične nevyváženú. Stravovacie zvyklosti nášho obyvateľstva nezodpovedajú novému životnému štýlu, ktorý zaznamenal v poslednom čase značné zmeny. Ide predovšetkým o vysoký príjem celkových tukov, vysoký príjem cholesterolu v strave a vysoký príjem nasýtených mastných kyselín (MK) v kombinácii s nedostatočnou telesnou aktivitou.

Tuky majú vzhľadom na svoju funkciu v organizme nezastupiteľnú úlohu. Biologická hodnota potravinových tukov sa posudzuje podľa ich stráviteľnosti, obsahu vitamínov rozpustných v tukoch, esenciálnych MK, cholesterolu a podľa vzájomného pomeru jednotlivých druhov MK – nasýtených, mononenasýtených a polynenasýtených. Dôležitým kritériom kvality je aj obsah niektorých abiogénnych MK (kyselina eruková, transizoméry MK).

V práci sa uvádzajú najdôležitejšie biologické účinky jednotlivých MK, ich zdroje, optimálny príjem. Osobitná pozornosť sa venuje problematike trans-MK a ich vzťahu ku kardiovaskulárnemu riziku. Porovnáva sa spotreba tukov v rôznych krajinách a trendy spotreby tukov v SR s dôrazom na spotrebu rastlinných tukov. Ako príklad sa uvádzajú niektoré nezdravé stravovacie zvyklosti detí, ktoré môžu prispievať k narastajúcemu výskytu obezity v detskom a dorastovom veku.

Uvádzame stručnú históriu výroby margarínov, ktoré sa pôvodne začali vyrábať ako lacnejšia náhrada masla. V posledných 40 rokoch sa pri ich výrobe dával veľký dôraz na zdravotné požiadavky vo vzťahu k obsahu jednotlivých druhov MK a v poslednej dobe aj vo vzťahu k celkovému obsahu tuku a trans-MK, čo sa odrazilo aj na zmene technológie ich výroby. V súčasnosti možno niektoré výrobky klasifikovať ako funkčné potraviny. Zloženie viacerých špičkových značkových výrobkov v súčasnosti vyhovuje požiadavkám na racionálnu výživu: majú nízky obsah nasýtených MK, vysoký obsah polynenasýtených MK, významný podiel n-3 polynenasýtených MK a nutrične nevýznamný podiel trans-MK; sú obohatené o viaceré vitamíny rozpustné v tukoch, ale aj napr. o vitamíny radu B; niektoré výrobky obsahujú nutrične významné množstvo rastlinných sterolov, ktoré prispievajú k znižovaniu hladiny cholesterolu v krvi, prípadne majú znížený celkový obsah tuku.

Zlepšenie zdravotného stavu našej populácie, najmä znižovanie chorobnosti a úmrtnosti na chronické neinfekčné choroby, podpora zdravia a zdravého životného štýlu je v popredí záujmu primárnej prevencie. Na dosiahnutie tohto cieľa je potrebná predovšetkým dobrá informovanosť obyvateľstva o vplyve jednotlivých zložiek požívatín na ľudský organizmus, ktorá by mala byť kľúčová pri výbere zdraviu prospešných potravín.

Šport ako doplnok výživy detí

Malovič P.

Klinika telovýchovného lekárstva LF UK a FNsP, Bratislava

Motto: „Odpočívaj v pohybe a jedz len keď si hladný“.

Možno to už znie ako fráza, ale ide o časom preverenú pravdu – budúcnosť a rozvoj štátu i celého národa je postavená vždy na základoch, ktoré sú tvorené zdravou detskou populáciou. Preto sú vklady do výchovy a upevňovania fyzického i duševného zdravia mládeže veľmi výhodne úročenou položkou. Vyzerá to ako samozrejme a väčšina z nás si tieto fakty v princípe uvedomuje – z najrozličnejších príčin sa však nedokážu tieto princípy vždy naplňať.

A tak pribúda detí s poruchami správania, mnohé majú poruchy učenia, ľahkú mozgovú dysfunkciu, sú neurotici a čoraz častejšie potrebujú detského

psychiatra. Nesprávne sa stravujú, ich pitný režim je chaotický, čoraz častejšie sa dostávajú k alkoholu a drogám. Ich prirodzené pohybové aktivity sú neraz utlmanované, dochádza k degeneratívnym poškodeniam oporno-pohybového systému. Nároky, ktoré na ne kladie škola, rodičia a okolie ich dostávajú prakticky pod permanentný stres...

Súvislé zvyšovanie životného komfortu, využívanie všetkých výdobytkov technického pokroku vedú paradoxne k prudkému poklesu zdravotnej odolnosti populácie. Matematicky vyjadrené: priamo úmerne s rastúcimi pôžitkami života to ide so zdravím detí z kopca. Civilizácia vychováva moderného, ale fyzicky a často psychicky zdecimovaného človeka.

Na Slovensku je primárna prevencia ponechaná na samotných ľuďoch a štát im takmer ničím neprispieva, čím vznikol problém hlavne u sociálne slabších rodín. Súčasný počet minút vyučovania telesnej výchovy do týždňa sa v jednotlivých krajinách diametrálne líši. Kým na Slovensku je to 90 min., v iných vyspelých európskych krajinách je to 135 min. a v Poľsku až 180 min. týždenne.

Niektorí vnímaví učitelia telesnej výchovy pozorujú u detí až tak ochabnuté svalstvo, že v základných gymnastických cvičeniach radšej mnohé cviky neprecvičujú z obavy, aby sa deti nezranili. Nárast nesprávneho držania tela u mládeže v posledných rokoch takmer o tretinu má vzostupnú tendenciu. Denný režim dieťaťa by mal byť postavený tak, aby nedochádzalo k stresujúcim momentom. Je všeobecnou skúsenosťou, že pôsobením stresu dochádza u detí k znižovaniu obranyschopnosti ich organizmu, k redukcii imunity. U obzvlášť stresovaných detí, najmä ak sa nevykonáva účinná stresová prevencia, môže dôjsť pod vplyvom stresu aj k rôznym ochoreniam. Aké to sú ?

V ambulancii telovýchovného lekára sa stretávajú najčastejšie so športujúcimi i nešportujúcimi deťmi a mládežou vo veku medzi jedenástimi až osemnástimi rokmi, teda so skupinami starší školský vek a dorastenecký vek. Je to dané problematikou ich zaraďovania do športových súťaží, telesnej výchovy a zložitostou tréningového procesu v premietnutí do vzťahu zdravie – výkon. Toto obdobie je zároveň veľmi zaujímavé aj v súvislosti športujúcich a nešportujúcich s výživou. Preto je mu venovaná výraznejšia pozornosť. Nachádzame tu totiž relatívne najzložitejšie problémy vzťahu: fyzická (ne)záťaž – rast a vývin – výživa. Pubertálne akcelerácie a zmeny, patriace k tejto vekovej perióde, sú jednoznačné, mnohopočetné a pre momentálny stav i budúcnosť organizmu často rozhodujúce. Menia celý organizmus po stránke telesnej i duševnej a športovanie ruka v ruke s výživou tomu môže pomôcť aj ublížiť.

Podľa štatistík nadváha skrakuje život v priemere o štyri roky.

Kalórie sú totiž ako gangstri – vykrádajú život.