

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

po dvou letech se opět setkáváme na odborném setkání, které již tradičně připravuje Pracovní skupina pro dětskou pneumologii. Tato konference, již 8. v pořadí, je fórem, na němž se setkávají dětští pneumologové, pediatri z nemocnic a z primární praxe, alergologové i pneumologové pro dospělé, aby si vyměnili své zkušenosti v problematice dětských respiračních nemocí.

Letošní vysoká účast nás velice těší, počet Vašich přihlášek nás dokonce přiměl ke změně původně ohlášeného místa konání. Pevně doufám, že program, který jsme pro Vás připravili a který jsme sestavili jak z pozvaných příspěvků, tak z příspěvků přihlášených, Vás nezklame a bude opět přínosem pro další péči o děti s respiračními problémy.

Nosným tématem, kterému jsme věnovali v programu dominantní místo, jsou dětské pneumonie. Všichni při své práci pozorujeme, že pneumonie zůstávají závažným onemocněním dětského věku a že se stále objevují i průběhy pneumonií, které jsou významně komplikované, někdy vyžadují i chirurgickou intervenci a některé zanechávají i závažné následky. V programu se proto objeví výsledky sledování současného vývoje problematiky pneumonií z několika českých pracovišť, se svým názorem na racionální protiinfekční léčbu nás seznámí i zkušený klinický mikrobiolog.

Druhý blok je tentokrát zaměřen na připomenutí problematiky některých vrozených vad respiračního ústrojí, možnosti jejich řešení a výsledky komplexní péče. Tyto děti se stále častěji budou po zvládnutí časného období objevovat v ordinacích jak praktických lékařů pro děti a dorost, tak v ordinacích pediatrických lékařů specialistů a budou mnohdy vyžadovat dlouhodobé sledování a komplexní péči. O této problematice si určitě budeme povídat čím dál častěji a přibývat bude v příštích letech i zkušeností s řešením této problematiky v terénu.

Odpolední blok spojuje tentokrát kazuistiky a varia, jeho náplň je opět velmi zajímavá a je potěšující, že se v něm objevuje řada aktivně přihlášených příspěvků.

Naše setkání má tradičně za cíl výměnu zkušeností a především zlepšení naší každodenní praxe. Doufáme pevně, že tato konference k tomu přispěje, a že bude příležitostí i k neformálním setkáním a diskusím.

Velké poděkování patří také všem našim partnerům a sponzorům, kteří tuto konferenci tradičně podpořili a napomohli k jejímu uskutečnění a s nimiž se budete moci setkat v prostorách výstavy.

Buďte tedy vítáni na 8. celostátní konferenci dětské pneumologie.

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc., FCCP

předseda Pracovní skupiny pro dětskou pneumologii při ČPS ČLS JEP

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

25. 4. 2009

Autoklub České republiky, Smetanův sál
Opletalova 29, Praha 1

POŘADATEL

Pracovní skupina pro dětskou pneumologii při České pediatrické společnosti ČLS JEP

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc., FCCP

předseda Pracovní skupiny pro dětskou pneumologii při ČPS ČLS JEP

doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.

MUDr. Helena Honomichlová

MUDr. Hubert Vaníček, PhD.

MUDr. Petr Koťátko

MUDr. Petr Honomichl

HLAVNÍ TÉMATA

Zánětlivá onemocnění dýchacích cest a plicního parenchymu

Problematika vrozených vad a malformací dýchacích cest a jejich dlouhodobých důsledků

Kazuistická sdělení a varia

OBĚD SPONZORUJE SPOLEČNOST:



Medicom International s.r.o.

SEKRETARIÁT KONGRESU

AMCA, spol. s r.o.

Academic and Medical Conference Agency

Újezd 450/40

118 01 Praha 1

www.amca.cz

tel.: +420 257 007 629

mobil: +420 731 496 060

fax: +420 257 007 622

e-mail: amca@amca.cz

Tato akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je ohodnocena kredity.

ČLK: číslo akce 18835

ČAS: číslo akce ČAS/KK/713/2009

GENERÁLNÍ PARTNER



Medicom International s.r.o.

PARTNEŘI



MSD



NOVARTIS



Torrex
PHARMA
Chiesi

ZÚČASTNĚNÉ FIRMY

ASTRAZENECA CZECH REPUBLIC, S.R.O.

BOEHRINGER-INGELHEIM, SPOL. S R. O.

GLAXOSMITHKLINE, S.R.O.

IBI SPOL. S R.O.

KURKA.MED S.R.O.

MAXDORF S.R.O.

MEDIAĽ SPOL. S R.O.

MEDICOM INTERNATIONAL S.R.O.

MR DIAGNOSTIC S.R.O.

MERCK SHARP & DOHME IDEA, Inc.

NOVARTIS S.R.O.

OLYMPUS C&S SPOL. S R.O.

PHARMA NORD PRAHA S.R.O.

TEVA PHARMACEUTICALS CR, S.R.O.

TORREX CHIESI CZ S.R.O.

UCB S.R.O.

3M ČESKO, S.R.O.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

ČASOPIS ALERGIE

BULLETIN ČPS ČLS JEP

INFORMACE PRO LÉKAŘSKÉ PRAXE

MEDICAL TRIBUNE CZ

NAKLADATELSKÉ A TISKOVÉ STŘEDISKO
ČLS JEP

PEDIATRIE PRO PRAXI

REMEDIA

SANQUIS

VOX PEDIATRIE

WE MAKE MEDIA

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, ČASOPIS
SESTRA / MLADÁ FRONTA, A.S.

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, ČASOPIS
FLORENCE / AMBIT MEDIA, A.S.

PITNÝ REŽIM ZAJIŠŤUJE:



ODBOBNÝ PROGRAM

9.00 - 9.10

Zahájení

Pohunek P.

předseda Pracovní skupiny pro dětskou pneumologii při ČPS ČLS JEP

9.10 – 11.00

Zánětlivá onemocnění dýchacích cest a plicního parenchymu

Předsedající: Pohunek P., Vaníček H.

1. Pneumonie – výsledky sledování souboru dětí hospitalizovaných pro komunitní pneumonii

Vančíková Z.¹, Trojánek M.¹, Marešová V.², Blechová Z.², Běbrová E.³, Nyč O.³, Durilová M.¹, Fencel F.¹, Mitrová K.¹, Strnadová K.¹, Štěpánovská P.¹, Lesná P.¹, Pleskačová J.¹, Šmelhausová M.¹, Rosík T.¹, Obermannová B.¹, Hradský O.¹, Stará V.¹, Skalická V.¹, Pelikán L.¹, Svobodová T.¹, Pohunek P.¹, Židová D.¹, Djakow J.¹, Urbanová K.¹

¹*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*I. infekční klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha*

³*Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol, Praha*

2. Výsledky studie souboru pneumonií sledovaného na DK FN v Plzni

Honomichl P.

Dětská klinika, FN Plzeň

3. Mykoplasmové pneumonie

Křepela K.

Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

4. Některé problémy správné diagnostiky atypických pneumonií v praxi

Marešová V.¹, Vančíková Z.², Pohl J.³, Blechová Z.¹

¹*I. infekční klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha*

²*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

³*Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

5. Pleuropneumonie v dětském věku

Vaníček H.

Dětská klinika, FN Hradec Králové

6. Klinicko-mikrobiologické podklady pro racionální antibiotickou léčbu infekcí dolních cest dýchacích v dětském věku

Jindrák V.

Oddělení mikrobiologie a antibiotická stanice, Nemocnice Na Homolce, Praha

11.00 – 11.30

Kávová přestávka

11.30 - 12.20 Význam vrozených vad a malformací dýchacích cest pro další život dětí
Předsedající: Honomichlová H., Vávrová V.

7. Další osud dětí s agenezí plíce

Pohunek P., Svobodová T.

Dětská pneumologie, Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

8. Kongenitální cystická adenomatoidní malformace a kongenitální lobární emfyzém

Mojžíšová M.¹, Haruštiaková L.², Šnajdauf J.¹, Pýcha K.¹, Rygl M.¹, Mixa V.³, Kynčl M.⁴, Svobodová T.⁵

¹*Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*Novorozenecké oddělení s JIP, FN Motol, Praha*

³*Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol, Praha*

⁴*Klinika zobrazovacích metod UK 2. LF a FN Motol, Praha*

⁵*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

9. Vrozená brániční kýla - rizikové faktory

Pýcha K.¹, Rygl M.¹, Straňák Z.²

¹*Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*Neonatologické oddělení, ÚPMD Podolí, Praha*

12.20 – 12.35 Firemní sdělení – Medicom International s.r.o.

10. Úloha erdosteinu v léčbě respiračních onemocnění u dětí

Koťátko P.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

12.35 – 13.45 Oběd

13.45 - 16.15 Kazuistiky a varia

Předsedající: Koťátko P., Honomichl P.

11. Astma a geny - výsledky studie genového pozadí astmatu u dětí

Kopřiva F.

Dětská klinika, FN Olomouc

12. První zkušenosti s měřením gastroezofageálního refluxu impedanční metodou

Turzíková J.

Pediatrické oddělení, FN Na Bulovce, Praha

13. Účinnost metod respirační fyzioterapie v ČR aplikovaných v souladu s Evropským konsensem Standardů péče o nemocné cystickou fibrózou

Smolíková L.¹, Zemková D.², Skalická V.², Vávrová V.²

¹*Klinika rehabilitace a TVL UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

14. Akutní miliární tuberkulóza u kojence

Jiroušová K.¹, Křepela K.¹, Pohl. J.¹, Kořátko P.²

¹*Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

²*Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha*

14.45 – 15.15 Kávová přestávka

15. Fatální následky stafylokokové pneumonie

Pohl J.

Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

16. Exogenní alergická alveolitída - kazuistika

Kerekes A.

Dětská klinika, FN Hradec Králové

17. Ventilátorová pneumonie (VAP) na novorozeneckých a pediatrických jednotkách intenzivní péče

Matoušková I.¹, Smolka V.²

¹*Ústav preventivního lékařství LF UP v Olomouci*

²*Dětská klinika, FN Olomouc*

18. Lázeňská léčba dětí s respiračním onemocněním - farmakoekonomický pohled

Nebesář J.¹, Hornofová N.¹, Růžička P.²

¹*Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart*

²*Ústav zdravotnických informací a statistiky, Karlovy Vary*

16.15 Zakončení konference

1. PNEUMONIE – VÝSLEDKY SLEDOVÁNÍ SOUBORU DĚTÍ HOSPITALIZOVANÝCH PRO KOMUNITNÍ PNEUMONII

Vančíková Z.¹, Trojáněk M.¹, Marešová V.², Blechová Z.², Bébrová E.³, Nyč O.³, Durilová M.¹, Fencel F.¹, Mitrová K.¹, Strnadová K.¹, Štěpánovská P.¹, Lesná P.¹, Pleskačová J.¹, Šmelhausová M.¹, Rosík T.¹, Obermannová B.¹, Hradský O.¹, Stará V.¹, Skalická V.¹, Pelikán L.¹, Svobodová T.¹, Pohunek P.¹, Židová D.¹, Djakow J.¹, Urbanová K.¹

¹*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*I. infekční klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha*

³*Ústav lékařské mikrobiologie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

Dětské komunitní pneumonie (CAP) jsou celosvětově stále vážným zdravotním problémem. Na celém světě pneumonie způsobí 1/5 všech úmrtí dětí do 5ti let věku. Asi 70 % těchto úmrtí při pneumonii spadá do rozvojových zemí. I ve vyspělých zemích je pneumonie nejčastější infekční příčinou smrti. V ČR onemocní pneumonií přibližně 30 000 dětí do 5 ti let věku za rok. Nejčastější etiologie komunitní pneumonie u dětí je závislá od věku pacienta. Z bakteriálních vyvolatelů je jednoznačně nejčastější *Str. Pneumoniae*.

Na pediatrické klinice FN Motol jsme od října 2006 zahájili prospektivní studii sledování etiologie a průběhu komunitních pneumonií u hospitalizovaných dětí.

Sledujeme etiologii, průběh, komplikace a rizikové faktory komplikací a zamýšlíme se nad jejich možnou prevencí. Celkem bylo do studie zařazeno 197 pacientů, medián věku byl 4,5 let (2měs – 18let). Komplikace pneumonie - rozpad, absces, empyém – jsme pozorovali u 9 pacientů, 22 mělo fluidochothorax a 16 atelektázu.

Devadesát pacientů (45 %) bylo hospitalizováno pro selhání ambulantní léčby. Předchozí antibiotická léčba byla makrolidy ve 40 %, kryté aminopeniciliny ve 24 %, cefalosporiny II. generace v 9,3 %, penicilin nebo amoxicilin v 9,3 %, ostatní v 17,6 %. Léčba za hospitalizace byla PNC-G u 55,9 % případů, makrolidy u 15,2 %, krytými aminopeniciliny u 14,2 %, cefalosporiny III. generace u 6,6 % a ostatními u 14,7 %.

Nejčastějším bakteriálním původcem byl *Str. Pneumoniae*. Během r. 2007 proběhla epidemie mykoplasmové infekce – jen u nás jsme diagnostikovali 34 dětí, všichni s benigním průběhem, více než 50 % z nich „vyléčeno“ beta-laktamovými antibiotiky. V r. 2006 i 2008 byl výskyt mykoplasmy jen ojedinělý. V péči respektujeme národní doporučení pro léčbu respiračních infekcí vycházející z místní situace antibiotické rezistence a tato doporučení a poznatky důsledně aplikujeme v praxi. Jako iniciální volbu CAP u dosud zdravého dítěte nad 1 rok používáme pro parenterání podání krystalický PNC. V závěru diskutujeme otázky etiologické diagnostiky, příčiny selhání léčby a příčiny komplikací a jejich možnou prevenci.

Práce je součástí řešení výzkumného záměru ministerstva zdravotnictví ČR, MZO 64203-6404.

2. VÝSLEDKY STUDIE SOUBORU PNEUMONIÍ SLEDOVANÉHO NA DK FN V PLZNI

Honomichl P.

Dětská klinika, FN Plzeň

Retrospektivní studie, do které bylo zařazeno celkem 698 pacientů hospitalizovaných na DK FN Plzeň v období od začátku roku 2004 do konce roku 2008. U těchto pacientů byly sledovány následující údaje: příjmové CRP, mikrobiologické a virologické nálezy, doba hospitalizace, ATB léčba a vztah mikrobiologického nálezu s příjmovou hodnotou CRP. Výsledky studie ukazují, že během sledovaných 5 let došlo několikrát ke změně v epidemiologii pneumonií v Plzeňském kraji a potvrzuje stále stoupající trend pneumokokových pneumonií.

3. MYKOPLASMOVÉ PNEUMONIE

Křepela K.

Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Mykoplasma pneumoniae je primárním patogenem respiračního traktu. Vyvolává faryngitidy, tracheobronchitidy, bronchiolitidy, akutní otitidy, bulózní hemoragické myringitidy a pneumonie. Řadí se k potenciálním faktorům, které se mohou podílet na vzniku astmatu. Mykoplasmové pneumonie patří k tzv. atypickým pneumoniím, které jsou charakterizovány nepoměrem mezi často minimálním poslechovým nálezem a velkým nálezem na snímku hrudníku, kde bývá mnohdy i pleurální složka. V léčbě se jako lék první volby po dlouholetých zkušenostech osvědčily tetracyklíny, u atelektáz a pleurálních reakcí v kombinaci s prednisonem. Při této léčbě nedochází k recidivám onemocnění. Zkoušejí se vakcíny (intranasální, parenterální), které zatím nemají dostatečný efekt.

4. NĚKTERÉ PROBLÉMY SPRÁVNÉ DIAGNOSTIKY ATYPICKÝCH PNEUMONIÍ V PRAXI

Marešová V.¹, Vančíková Z.², Pohl J.³, Blechová Z.¹

¹*I. infekční klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha*

²*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

³*Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

V tříleté grantové studii komunitních pneumonií (CAP) byly sledovány děti od 1 měsíce věku do 19 let. Do studie bylo zařazeno 240 pacientů, s významnou převahou chlapců 139, dívek bylo 101. Kromě jiných vyšetření byla prováděna sérologická vyšetření na protilátkovou odpověď respiračních virů: chřipky A i B, parainfluenzy, RSV, Mycoplasma pneumoniae a Chlamydia pneumoniae. K odběru rekonvalescentního vzorku krve se všichni nedostavili. Ze 119 párových sér byla virová etiologie ověřena u 38 dětí, s převahou chřipky, více typu B. Etiologie *M. pneumoniae* byla sérologicky ověřena u 49 dětí. Pouze 9 dětí bylo předškolního věku. Na

Bulovce jsme porovnali výsledky získané komplement fixační reakcí (KFR) a metodou ELISA. Při použití párových sér nebylo mezi nimi významného rozdílu. Sérokonverze, či 4násobný vzestup protilátek, nebo v obou vzorcích vysoké titry protilátek, jsou celkem spolehlivým diagnostickým vyšetřením, které je však získáno opožděně. U metody ELISA je jedno vyšetření zcela nespolehlivé, protože byly-li v prvním vzorku izolovaně pouze IgM +, nebo IgM+/- a onemocnění považováno mykoplazmovou infekci, 2. vzorek byl negativní. Diagnóza vycházející pouze z jednoho vyšetření byla pro správnou etiologickou diagnózu zavádějící. U 42 školáku byly vyšetřeny párová séra na protilátky proti *C.pneumoniae*, všechny byly negativní. Nepřímá diagnostika vyžaduje vyšetření párových sér, jen tak je diagnostika spolehlivá.

5. PLEUROPNEUMONIE V DĚTSKÉM VĚKU

Vaniček H.

Dětská klinika, FN Hradec Králové

V uplynulém roce došlo na našem pracovišti k významnému nárůstu komplikovaných plicních infekcí, které se projevovaly hrudním empyemem a v některých případech i rozpadovými parenchymatózními procesy.

V r. 2008 bylo na Dětské klinice FN Hradec Králové hospitalizováno celkem 12 případů pleuropneumonií. Etiologicky byla prokázána v 9 případech pneumokoková infekce, v 1 případě mykoplazmová infekce a ve 2 případech se nepodařilo zjistit vyvolávající agens. Kultivační nálezy z pleurálních výpotků byly vesměs negativní vzhledem k předchozím aplikacím antibiotické léčby. Průkaz vyvolávajícího agens se dařil pomocí molekulárně genetického vyšetření (PCR reakce) a sérologickým vyšetřením. U 10 dětí byla provedena hrudní drenáž a lokální fibrinolýza. Ve 2 případech bylo postupováno konzervativně. Kromě antibiotické léčby byly některým dětem podávány systémově kortikoidy. U 1 dítěte došlo k rozvoji intraparenchymového rozpadového plicního procesu, pro který bylo nutné provést lobektomii. Monitorace efektu nasazené léčby byla prováděna pravidelným sonografickým vyšetřením, v nejasných případech i CT vyšetřením plic. 2 děti s pneumokokovou pleuropneumonií byly v předchozím období očkovány proti pneumokokům vakcínou PVC-7. U žádného dítěte nebyl prokázán imunodeficitní stav.

Závěr: V léčbě hnisavých pleuropneumonií je metodou volby kromě podávání antibiotik hrudní drenáž s možnou lokální fibrinolýzou. K monitoraci velikosti pleurálního výpotku jsou vhodná pravidelná sonografická vyšetření. I u dětí očkovaných vakcínou PCV-7 je třeba myslet na možnou pneumokokovou etiologii. Vhodnou doplňující konfirmační metodou při zjišťování etiologie zánětu u pleuropneumonií je PCR zvláště u pacientů, kteří jsou již v léčbě antibiotiky.

6. KLINICKO-MIKROBIOLOGICKÉ PODKLADY PRORACIONÁLNÍ ANTIBIOTICKOU LÉČBU INFEKČÍ DOLNÍCH CEST DÝCHACÍCH V DĚTSKÉM VĚKU

Jindrák V.

Oddělení mikrobiologie a antibiotická stanice, Nemocnice Na Homolce, Praha

7. DALŠÍ OSUD DĚTÍ S AGENEZÍ PLÍCE

Pohunek P., Svobodová T.

Dětská pneumologie, Pediatriká klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Ageneze nebo aplázie plíce je závažnou poruchou vývoje bronchiálního stromu a plicního parenchymu, která vzniká velmi časně v průběhu v prvních týdnech embryonálního vývoje.

Incidence je odhadována asi na 1:10000, nebyl popsán rozdíl v zastoupení pohlaví. Zatímco oboustranná ageneze je obvykle sdružená s řadou dalších závažných vývojových vad a je neslučitelná se životem, jednostranná ageneze je obvykle kompenzována růstem zbývající plíce, která částečně chybějící plíci nahradí jak objemově, tak i v počtu alveolokapilárních jednotek. Plicní ageneze může být sdružená s dalšími vývojovými vadami, například poruchami vývoje ledvin, poruchami vývoje skeletu, popsány byly i sdružené chromosomální aberace. Kritickým obdobím pro prognózu nemocných s plicní agenezí je časné perinatální a kojenecké období, kdy děti bývají ohroženy především závažnými respiračními infekcemi. Nejsou-li přidruženy další závažné anomálie a je-li zvládnuto časné období života, může být prognóza nemocných s tímto postižením vcelku příznivá a nemocní se mohou dožít i vysokého věku. Problémy v průběhu života ovšem souvisejí s polohovými abnormalitami srdce a velkých cév, které také zvyšují riziko závažných komplikací u nemocných s pravostrannou agenezí ve srovnání s agenezí levostrannou. Fatální komplikací může být aspirace cizího tělesa.

Prezentujeme čtyři děti sledované v současnosti na našem pracovišti s jednostrannou absencí plicního parenchymu, které ilustrují závažnost problematiky a potřebu centralizované a komplexní péče.

Práce podpořena výzkumným záměrem ministerstva zdravotnictví ČR, číslo MZO 64203-6404.

8. KONGENITÁLNÍ CYSTICKÁ ADENOMATOIDNÍ MALFORMACE A KONGENITÁLNÍ LOBÁRNÍ EMFYZÉM

Mojžíšová M.¹, Haruštiaková L.², Šnajdauf J.¹, Pýcha K.¹, Rygl M.¹, Mixa V.³, Kynčl M.⁴, Svobodová T.⁵

¹*Subkatedra dětské chirurgie IPVZ, Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*Novorozenecké oddělení s JIP, FN Motol, Praha*

³*Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol, Praha*

⁴*Klinika zobrazovacích metod UK 2. LF a FN Motol, Praha*

⁵*Pediatriká klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

Kongenitální cystická adenomatoidní malformace (CCAM) a kongenitální lobární emfyzém

(CLE) jsou poměrně vzácnými vadami respiračního systému, které se nejčastěji projevují v novorozeneckém věku, ale k jejich manifestaci může dojít i kdykoliv později.

CCAM vzniká abnormální proliferací terminálních bronchiolů se současnou supresí vývoje alveolů, což vede k vývoji cyst variabilní velikosti. Podle charakteru a velikosti těchto cyst rozlišujeme 3 základní typy. Většina případů CCAM je v současné době diagnostikována prenatálně v rámci rutinních ultrazvukových vyšetření. Vývoj této malformace pre i postnatálně diagnostikované je velmi variabilní a ovlivňuje způsob léčby.

CLE je definován jako postnatálně vzniklá zvýšená vzdušnost jednoho či více laloků plic, která může být způsobena chondromalácií, útlakem bronchu anomální cévou či slizniční chlopní. Klinicky se může projevit i krátce po narození jako různý stupeň respirační insuficience. Léčba je výhradně chirurgická – lobektomie postiženého laloku.

Na našem pracovišti bylo v pětiletém období 2004 – 2008 operováno celkem 12 dětí, 7x se jednalo o CCAM, 5x o CLE. Operačním výkonem byla 11x lobektomie plicní dle lokalizace malformace (nejčastěji dolní lobektomie vpravo), 1x segmentální resekce části postiženého laloku. Všichni pacienti přežili a jsou nadále sledováni v odborných ambulancích.

Závěr: výskyt obou vrozených malformací respiračního systému je sice poměrně vzácný, nicméně jejich řešení často vyžaduje multidisciplinární spolupráci porodníků, neonatologů, dětských chirurgů a v neposlední řadě i pneumologů a praktických pediátrů. Je třeba mít na paměti, že se mohou projevit nejenom těsně po narození rozvojem různého stupně respirační insuficience, ale i v pozdějším věku zánětlivou komplikací, jak ukazují prezentované kasuistiky.

9. VROZENÁ BRÁNIČNÍ KÝLA - RIZIKOVÉ FAKTORY

Pýcha K.¹, Rygl M.¹, Straňák Z.²

¹Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol, Praha

²Neonatologické oddělení, ÚPMD Podolí, Praha

Cíl studie: zhodnocení prediktivních faktorů přežití dětí s vrozenou brániční kýlou (CDH), prezentující se během prvních 24 hodin života nebo prenatálně diagnostikovanou.

Metoda: retrospektivní studie 104 novorozenců léčených pro CDH v novorozeneckém centru ÚPMD v Podolí od roku 1994 do roku 2004. Po stabilizaci byly děti operovány týmem chirurgů z Kliniky dětské chirurgie FN Motol. Předoperační protokol obsahoval: zavedení žaludeční sondy, intubaci a šetrnou ventilaci, oběhovou stabilizaci, po případě HFV, inhalaci NO a eventuálně ECMO. Data byla analyzována podle ANOVA, Kruskal-Walis testu nebo chi kvadrát testu.

Výsledky: celkové přežití bylo 73,1% (76/104). Ze 104 novorozenců se 21 (20,2%) dětí nepodařilo stabilizovat a zemřely bez operace. Přežití operovaných dětí bylo 91,6% (76/83). Při porovnání žijících dětí (76) se zemřelými (28) byly nalezeny tyto statisticky významné rozdíly: porodní hmotnost (3,013g vs 2,464g; $P < 0,001$), gestační stáří (38 vs 36 týdnů; $P = 0,003$), 5 min. Apgar skóre (7,2 vs 3,9; $P < 0,001$), 10 min. Apgar (7,6 vs 4,3; $P < 0,001$), stáří v době manifestace RDS (98 vs 1,5 min; $P < 0,001$), incidence prenatálně diagnostikované CDH (21 vs 50%; $P = 0,004$), incidence rozsáhlého defektu vyžadující umělou záplatu (Goretex) (21,1 vs 71,4%, $P = 0,003$) a incidence plicní hypertenze (35,5 vs 82,1%; $P = 0,001$). Děti s prenatálně diagnostikovanou CDH se lišily od diagnostikovaných postnatálně: gestačním stářím (36,2 vs 38 weeks; $P < 0,001$),

porodní hmotností (2,626g vs 2,959g; $P=0,02$), stářím v době prezentace RDS (2 vs 100 min; $P<0,001$), incidencí umělé záplaty (61,9 vs 12,9%, $P=0,001$), incidencí plicní hypertenze (63,3 vs 41,9%; $P=0,04$).

Závěr: přežití novorozenců s CDH závisí na časnosti manifestace RDS ($P<0,001$) a souvisí s velikostí bráničního defektu ($P=0,003$). Novorozenci s manifestací RDS do první min. života přežili v 67%, od 2. do 10. min. přežilo 89% dětí, a po 10. min. bylo přežití 100%. Termínem vysoce rizikové CDH by se měly označovat brániční kýly prenatalně diagnostikované a s časným začátkem RDS – do 10. min. života.



10. FIREMNÍ SDĚLENÍ - MEDICOM INTERNATIONAL S.R.O. ÚLOHA ERDOSTEINU V LÉČBĚ RESPIRAČNÍCH ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ

Kotátko P.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

11. ASTMA A GENY – VÝSLEDKY STUDIE GENOVÉHO POZADÍ ASTMATU U DĚTÍ

Kopřiva F.

Dětská klinika, FN Olomouc

12. PRVNÍ ZKUŠENOSTI S MĚŘENÍM GASTROEZOFAGEÁLNÍHO REFLUXU IMPEDANČNÍ METODOU

Turzíková J.

Pediatrické oddělení, FN Na Bulovce, Praha

Gastroezofageální reflux může být příčinou řady respiračních onemocnění, přitom více než 30 % pacientů s refluxní chorobou jícnu nemá typické příznaky týkající se GIT. Za zlatý standard diagnostiky GERD v těchto případech byla donedávna považována 24 hodinová pH

metrie jícnu, která však má své limity (nepravidelnost patologického refluxu, zachycení pouze epizod GER jejichž pH klesá pod 4). Ne vždy má refluktát pH pod 4 a proto tyto epizody při klasické pH metrii detekci zcela unikají .U respiračních příznaků je navíc nutno hodnotit i výšku refluxní epizody, tzn. do jaké oblasti jícnu, případně dýchacích cest, refluktát zasahuje. Tuto problematiku řeší nová metoda, která kombinuje monitorování pH v jícnu s měřením multikanálové impedance na principu měření změn elektrického odporu mezi 2 elektrodami. Tato metoda je schopna detekovat přítomnost jakékoli tekutiny (snížení impedance) nebo vzduchu (zvýšení impedance) a jejich pohyb v jícnu.

Prezentovány první zkušenosti s využitím detekce GER pomocí této metody u 10 pacientů s respirační problematikou.

13. ÚČINNOST METOD RESPIRAČNÍ FYZIOTERAPIE V ČR APLIKOVANÝCH V SOULADU S EVROPSKÝM KONSENSEM STANDARDŮ PÉČE O NEMOCNÉ CYSTICKOU FIBRÓZOU

Smolíková L.¹, Zemková D.², Skalická V.², Vávrová V.²

¹*Klinika rehabilitace a TVL UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

Soubor pacientů z let 1960 - 2007 tvoří 639 nemocných, kteří byli a jsou sledováni v Centru pro cystickou fibrózu v Praze ve FN Motol. U 440 nemocných známe antropometrické údaje pro semilongitudinální studii, u 356 nad 8 let i výsledky spirometrického vyšetření. Moderní respirační fyzioterapie (RFT) se v ČR uplatňuje od r. 1990. Současně se otevřely možnosti moderní léčby CF z hlediska antibiotické léčby a péče o stav výživy.

Pacienti byli rozděleni do kohort podle data narození, což představuje zároveň rozdělení podle úrovně léčby, včetně použitých metod RFT. Kohorta I narozená do roku 1975, z retrospektivního pohledu léčba „nedostatečná“ a fyzioterapie formou polohové pokleповé drenáže. Kohorta II narozená 1976-1985 se začala léčit pokleповými metodami, ale později v dětství nebo v pubertě profitovala z moderní léčby. Kohorta III jsou jedinci narození od roku 1986, u nichž byla léčba vedena moderními metodami od dětství.

Prokázali jsme prodloužení věku, zlepšení funkce plic a stavu výživy. Pokud pacient nebyl léčen moderní RFT od dětství, přesto v prvních 5 letech léčby dochází k zlepšení stavu výživy a zlepšení obstrukce centrálních dýchacích cest. Ke zlepšení obstrukce periferních dýchacích cest a zlepšení až normalizaci tvaru hrudníku vede pouze dlouhodobá léčba od kojeneckého věku. Zvláště slibná metoda se ukazuje RFT formou **kontaktní stimulační fyzioterapie** kojenců s dlouhodobě příznivým efektem na dodržování fyzioterapie i v pozdějším věku, a která spolu s další intenzivní léčbou umožňuje většině pacientů udržet normální funkci plic ještě ve 12 letech.

I při léčbě RFT jsme prokázali zvýšené riziko zhoršování funkce plic a klinického stavu u pacientů chronicky infikovaných *Pseudomonas aeruginosa* a zvláště *Burkholderia cepacia complex*. Při RFT je nutné těmto skupinám věnovat pozornost a je třeba zintenzivnit RFT s inhalací antibiotik.

Moderní RFT významně přispívá k zlepšení zdravotního stavu nemocných, nejvyšší účinnost je dosažena při včasné zahájení fyzioterapie v raném, kojeneckém věku nemocného CF.

Práce je podpořena VZ FNM 64203, projekt 6405.

14. AKUTNÍ MILIÁRNÍ TUBERKULÓZA U KOJENCE

Jiroušová K.¹, Křepela K.¹, Pohl J.¹, Kořátko P.²

¹*Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

²*Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha*

Autoři prezentují případ 5 ti měsíční dívky, která byla neúspěšně očkována proti TBC a která onemocněla akutní miliární tuberkulózou. Akutní miliární tuberkulóza je společně s TBC bazilární meningitidou nejzávažnější formou postprimární tuberkulózy. Má vysokou smrtelnost. Na našem území se toto onemocnění vyskytlo poprvé od roku 1980. Proti takto invazivnímu průběhu TBC chrání kalmetizace. Autoři představují tuto již vzácnou klinickou jednotku, aby se na ni nezapomínalo v rámci širších diferenciatně diagnostických úvah. Navíc by touto kazuistikou rádi připomněli, že toto velmi závažné onemocnění s vysokou mortalitou vzniká u nekalmetizovaných či neúspěšně kalmetizovaných jedinců.

15. FATÁLNÍ NÁSLEDKY STAFYLOKOKOVÉ PNEUMONIE

Pohl. J.

Klinika pediatrie IPVZ a 1. LF UK, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

16. EXOGENNÍ ALERGICKÁ ALVEOLITÍDA - KAZUISTIKA

Kerekes A.

Dětská klinika, FN Hradec Králové

Kazuistika 10-leté pacientky se subakutní formou exogenní alergické alveolitidy (hypersenzitivní pneumonitidy). Onemocnění se začalo projevovat suchým, dráždivým kašlem po expozici půdním prachem, došlo k přechodu kašle do chronicity s rozvojem námahové dušnosti a váhového úbytku. Diagnóza byla stanovena na základě anamnézy (inhalace organického prachu), klinického stavu a kompletního funkčního vyšetření plic včetně difuzní kapacity (restrikční ventilační porucha s omezením plicní difúze). Při stanovení diagnózy měl podstatný význam typický nález na HRCT plic (retikulonudulace typu mléčného skla), cytologické a cytoflowmetrické vyšetření tekutiny BAL (snížení poměru CD4+/CD8+ T-lymfocytů) a další komplementárních vyšetření. Při splnění diagnostických kritérií byla zahájena protizánětlivá léčba systémovými kortikoidy, doporučena eliminace alergenů z domácího prostředí dívky. Tato léčba vedla k vymizení subjektivních obtíží a k normalizaci funkčního i rentgenologického nálezu.

EAA patří mezi nejčastější onemocnění ze široké skupiny poměrně vzácných intersticiálních plicních nemocí v dětském věku. V diferenciatně-diagnostické rozvaze námahové dušnosti u dětí je nutno vždy na tuto diagnózu myslet.

17. VENTILÁTOROVÁ PNEUMONIE (VAP) NA NOVOROZENECKÝCH A PEDIATRICKÝCH JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE

Matoušková I.¹, Smolka V.²

¹Ústav preventivního lékařství LF UP v Olomouci

²Dětská klinika, FN Olomouc

Ventilátorová pneumonie (VAP) je pneumonie, která se může objevit u mechanicky ventilovaných pacientů do 48 hodin (tzv. časná) nebo později (tzv. pozdní) po intubaci. VAP patří mezi druhou nejčastější nemocniční nákazu u pacientů novorozeneckých a pediatrických jednotek intenzivní péče. Objevuje se u 3-10 % ventilovaných pediatrických pacientů. Ve sdělení budou diskutovány rizikové faktory spojené se vznikem VAP a možnosti prevence vzniku VAP.

18. LÁZEŇSKÁ LÉČBA DĚTÍ S RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM - FARMAKOEKONOMICKÝ POHLED

Nebesář J.¹, Hornofová N.¹, Růžička P.²

¹Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart

²Ústav zdravotnických informací a statistiky, Karlovy Vary

Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart splňuje všechny podmínky pro klimatickou léčbu. Dle statutu lázeňského místa je díky svým specifickým klimatickým podmínkám nejvýznamnějším lázeňským místem v ČR pro léčení nespecifických onemocnění dýchacích cest u dětí. Pobyt dětí samostatně nebo s doprovodem poskytuje příležitost pro využití klimatu, rehabilitační péče (včetně bazénu s vodou ošetřovanou ozonizací, sauny a posilovny), minerálních pramenů, sportovních aktivit a samozřejmě i edukace dětí i přítomného rodiče. Lázeňskou léčbu dětí s respiračním onemocněním považujeme za integrální součást komplexní péče, kterou se dosáhne zlepšení jeho zdravotního stavu bez vedlejších účinků dalších léků na organismus dítěte, a to vlivem koncentrace všech ostatních léčebných metod a opatření v klimaticky příznivém prostředí s využitím přírodních léčivých zdrojů a při zachování léčebného farmakologického plánu, stanoveného vysílajícími odborníky. Komplexní lázeňská léčba v Dětské lázeňské léčebně Lázně Kynžvart přispívá významně k úspěšnosti léčebně - preventivního programu u dětí s respiračními onemocněními a zlepšení kvality jejich života.

Předložené výsledky studie potvrzují, že příznivé účinky se neprojevují jenom v klasických zdravotnických ukazatelích, ale lze je dlouhodobě a trvale potvrdit i v ekonomice komplexní péče.

Výsledky hodnocení potvrdily, že došlo po absolvování opakované komplexní lázeňské léčby k celkovému poklesu nákladů na léčbu dětí antibiotiky v průměru na 53,1% dle jednotlivých věkových skupin a celkový pokles nákladovosti na léčbu respiračních onemocnění dětí symptomatiky dosáhl 33,6 %. Stejný trend byl zaznamenán i v kategorii spotřeby imunostimulancií a kortikoidů. Ve všech věkových kategoriích výrazně klesla četnost hospitalizací pro respirační onemocnění dětí v kalendářním roce po absolvování léčebného pobytu.

SEZNAM AUTORŮ A SPOLUAUTORŮ ABSTRAKT

Abstrakt č.	Jméno	Město	Strana
1	Bébrová E., MUDr.	Praha	7
1, 4	Blechová Z., MUDr.	Praha	7, 8
1	Djakow J., MUDr.	Praha	7
1	Durilová M., MUDr.	Praha	7
1	Fencl F., MUDr.	Praha	7
8	Haruštiaková L., MUDr.	Praha	10
2	Honomichl P., MUDr.	Plzeň	8
18	Hornořová N., MUDr.	Lázně Kynžvart	15
1	Hradský O., MUDr.	Praha	7
6	Jindrák V., MUDr.	Praha	10
14	Jiroušová K., MUDr.	Praha	14
16	Kerekes A., MUDr.	Hradec Králové	14
11	Kopřiva F., doc. MUDr., Ph.D.	Olomouc	12
10, 14	Koťátko P., MUDr.	Praha	12, 14
3, 14	Křepela K., prof. MUDr., CSc.	Praha	8, 14
8	Kynčl M., MUDr.	Praha	10
1	Lesná P., MUDr.	Praha	7
1, 4	Marešová V., doc. MUDr., CSc.	Praha	7, 8
17	Matoušková I., doc. RNDr., Ph.D.	Olomouc	15
1	Mitrová K., MUDr.	Praha	7
8	Mixa V., MUDr.	Praha	10
8	Mojžíšová M., MUDr.	Praha	10
18	Nebesař J., MUDr.	Lázně Kynžvart	15
1	Nyč O., MUDr., Ph.D.	Praha	7
1	Obermannová B., MUDr.	Praha	7
1	Pelikán L., MUDr.	Praha	7
1	Pleskačová J., MUDr.	Praha	7
4, 14, 15	Pohl J., MUDr.	Praha	8, 14
1, 7	Pohunek P., prof. MUDr., CSc., FCCP	Praha	7, 10
8, 9	Pýcha K., as. MUDr., CSc.	Praha	10, 11
1	Rosík T., MUDr. Mgr.	Praha	7
18	Růžička P., Ing.	Karlovy Vary	15
8, 9	Rygl M., MUDr.	Praha	10, 11
1, 13	Skalická V., MUDr.	Praha	7, 13
13	Smolíková L., PaedDr., Ph.D.	Praha	13
17	Smolka V., MUDr.	Olomouc	15
1	Stará V., MUDr.	Praha	7
9	Straňák Z., MUDr., CSc.	Praha	11
1	Strnadová K., MUDr.	Praha	7
1, 7, 8	Svobodová T., MUDr., CSc.	Praha	7, 10
1	Šmelhausová M., MUDr.	Praha	7
8	Šnajdauf J., prof. MUDr., DrSc.	Praha	10
1	Štěpánovská P., MUDr.	Praha	7
1	Trojánek M., MUC.	Praha	7
12	Turzíková J., MUDr.	Praha	12
1	Urbanová K., MUDr.	Praha	7
5	Vaniček H., MUDr., Ph.D.	Hradec Králové	9
1, 4	Vančíková Z., MUDr., CSc.	Praha	7, 8
13	Vávrová V., doc. MUDr., DrSc.	Praha	13
13	Zemková D., RNDr.	Praha	13
1	Židová D., MUDr.	Praha	7