

1,7,10,14	Pohunek P., prof. MUDr., CSc., FCCP	Praha	8,11,14,15
12	Potěšil J., MUDr.	Olomouc	14
16	Pozler O., doc. MUDr., CSc.	Hradec Králové	16
8	Průša R., prof. MUDr.	Praha	12
6	Prymula R., prof. MUDr., CSc., Ph.D.	Hradec Králové	11
9	Pýchová M., MUDr.	Praha	13
16	Rejtar P., MUDr.	Hradec Králové	16
7,9	Rygl M., doc. MUDr., Ph.D.	Praha	11,13
8	Skalická V., MUDr.	Praha	12
3	Smolíková L., PaedDr., Ph.D.	Praha	8
15	Smolka V., MUDr.	Olomouc	15
14	Souček O., MUDr.	Praha	15
9	Šnajdauf J., prof. MUDr., DrSc.	Praha	13
16	Štěpánová V., MUDr., Ph.D.	Hradec Králové	16
3, 7	Šulc J., MUDr., CSc., FCCP	Praha	8,11
8	Tesfaye H., MUDr., Ph.D.	Praha	12
7,14	Urbanová K., MUDr.	Praha	11,15
11,14	Vančíková Z., MUDr., CSc.	Praha	14,15
13,16	Vaniček H., MUDr., Ph.D.	Hradec Králové	15,16
9	Vyhnánek M., MUDr.	Praha	13
15	Wiedermann J., MUDr., CSc.	Olomouc	15
7	Zikán J., MUDr.	Praha	11
2	Zunová J., MUDr.	Praha	8

9. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE DĚTSKÉ PNEUMOLOGIE

PROGRAM A ABSTRAKTA

Hotel DAP, Praha
24. dubna 2010

www.detskapneumologie.cz

www.amca.cz

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je mi velkou ctí, že Vás mohu přivítat na další z řady konferencí o dětské pneumologii, které se již staly tradiční součástí kalendáře odborných akcí. Tato konference je ovšem výjimečná tím, že je první konferencí, kterou pořádá nově ustavená Česká společnost dětské pneumologie České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Ustavení nové společnosti, ke které jste se mnozí aktivně přihlásili a k jejímuž založení jste přípravnému výboru na minulé konferenci dali mandát, zavazuje současný Vámi zvolený výbor k tomu, aby se nová společnost aktivně zapojila do procesu vzdělávání v oboru a napomáhala zlepšení péče o děti s respiračními onemocněními. Jednou z hlavních aktivit společnosti je převzetí zodpovědnosti za pořádání této tradiční konference, která se nyní bude konat každoročně. Česká společnost dětské pneumologie se zároveň aktivně přihlásila k zodpovědnosti za postgraduální vzdělávání v oboru i za akreditační řízení pro pracoviště ucházející se o statut akreditovaného pracoviště pro postgraduální vzdělávání. Spolupráci a pomoc jsme nabídli i SÚKL pro případy řešení otázek spojených s léčivý a zdravotnickými prostředky určenými pro péči o děti s respiračními onemocněními. Jsme velice rádi, že členy nové společnosti jsou i kolegové z oborů, které s námi spolupracují, jako jsou intenzivisté, specialisté z oborů ORL a zobrazovacích metod, alergologové a kliničtí imunologové, dětské chirurgové, fyzioterapeuté i další.

Tato konference reflektuje multidisciplinární charakter péče o nemocné děti s respiračními onemocněními. Scházejí se zde pneumologové s neonatolog, specialisty z oborů ORL, dětskými chirurgy, lékaři zaměřenými na dorost, intenzivisty i praktiky. Těšíme se na tradičně zajímavou výměnu informací a kvalifikovaný multidisciplinární pohled na dětské plíce a celý respirační trakt.

Těšíme se ovšem i na další produktivní spolupráci s Vámi všemi, především v rámci České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP.

Se srdečným pozdravem

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc., FCCP

předseda České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

SEZNAM AUTORŮ A SPOLUAUTORŮ ABSTRAKT

Abstrakt č.	Jméno	Město	Strana
8	Bartošová J., MUDr.	Praha	12
4	Blažek D., MUDr.	Praha	9
14	Blechová Z., MUDr.	Praha	15
19	Brynychová D., RNDr.	Praha	18
14	Djakow J., MUDr.	Praha	15
4,14	Dlask K., MUDr.	Praha	9,15
18	Doležalová K.	Praha	17
2	Fišárková B., MUDr.	Praha	8
19	Havlíčková M., MUDr.	Praha	18
14	Hradský O., MUDr.	Praha	15
14	Janda J., prof. MUDr.	Praha	15
5	Janoušek P., MUDr.	Praha	10
8	Jedličková B., Ing.	Praha	12
19	Jiřincová H., RNDr.	Praha	18
5	Jurovčík M., MUDr.	Praha	10
16	Kerekes A., MUDr.	Hradec Králové	16
15	Klásková E., MUDr.	Olomouc	15
15	Kolembusová B.	Olomouc	15
12	Kopřiva F., prof. MUDr.	Olomouc	14
3	Koťátko P., MUDr.	Praha	8
18	Křepela K., prof. MUDr.	Praha	17
7	Kříž J., MUDr.	Praha	11
8	Kučerová T., MUDr.	Praha	12
7	Kuklová P., MUDr.	Praha	11
9,19	Kynčl M., MUDr.	Praha	13,18
14	Marešová V., doc. MUDr.	Praha	15
3	Marková D., MUDr.	Praha	8
9	Mixa V., MUDr.	Praha	13
9	Mojžíšová M., MUDr.	Praha	13
12	Novák Z., MUDr.	Olomouc	14
14	Obermannová B., MUDr.	Praha	15
4	Pavlíček P., MUDr.	Praha	9
17	Pazdiora P., doc. MUDr., CSc.	Plzeň	17
18	Pohl J. MUDr.	Praha	17

tuberkulózní etiologii. Tomu odpovídal i silně pozitivní tuberkulinový test. Jednalo se o TBC mezenterálních uzlin a mezenteria s ohraničeným peritoneálním výpotkem. Zdroj onemocnění se nepodařilo prokázat. Při léčbě čtyřkombinací antituberkulotik spolu s kortikoidy se po dvou měsících klinický stav výrazně zlepšil a nitrobřišní nález ustupoval, což prokázala kontrolní magnetická rezonance. Dívku jsme převedli na ambulantní léčbu, kterou i nadále snášela dobře. Léčba trvala celkem devět měsíců. K plánované ambulantní kontrole se dívka nedostavila, protože se přestěhovala do Nigérie. Tam byla provedena kontrolní sonografie břicha s normálním nálezem.

19. VIROVÉ PNEUMONIE Z POHLEDU MIKROBIOLOGICKÉ LABORATORNÍ DIAGNOSTIKY

Havlíčková M., Jiřincová H., Brynychová D., Kynčl J.
Státní zdravotní ústav, Praha

Široká skupina tzv. respiračních virů, která zahrnuje více jak 100 zástupců, způsobuje velmi širokou škálu infekcí horních i dolních cest dýchacích. Prevalence jednotlivých virů a s nimi spojených klinických obrazů je do určité míry podmíněna jak sezónním výskytem vyvolavatelů, tak i věkem pacienta. Pro děti v předškolním a raně školním věku je nejtypičtějším vyvolavatelem pneumonií a bronchiolitid respirační syncytiální virus, virus parainfluenzy typu 3 a rovněž nově popsán lidský metapneumovirus. U starších dětí a dospělých je hlavním vyvolavatelem primární virové pneumonie virus chřipky typu A, typ B se uplatňuje s výrazně menší frekvencí. U dětí i dospělých mohou být vyvolavatelem zánětu plic i adenoviry (zejména podrod B a C), a to bez výrazné preference konkrétní věkové skupiny. Obecně vzato se jako původci virových pneumonií může uplatnit celá řada dalších virů – virus spalniček, enteroviry, coronaviry včetně nově popsáných NL 63 a HKU 1, virus herpes simplex, varicella virus, EBV i CMV.

Etiologická diagnostika virových pneumonií je téměř výlučně vázána na PCR, a to především z hlediska možné kauzální terapie antivirotiky. Vyšetření prvního vzorku séra odebraného zpravidla zároveň se sekretem dýchacích cest může, ale také nemusí vypovídat o původci. Odběr rekonvalescentního vzorku séra je tedy vždy žádoucí pro posouzení dynamiky protilátek Izolace viru, která je nejobjektivnějším diagnostickým přístupem, je vždy časově náročná a pro diferenciální diagnostiku ji lze použít jen ve velmi omezené míře, avšak často je nutná především pro to, aby byla odlišena PCR pozitivita daná pouhými zbytky genetického materiálu v buňkách od „životaschopného“ agens, např. z hlediska protiepidemických opatření atd. Zásadním předpokladem úspěšné laboratorní diagnostiky je odběr kvalitního materiálu. U virových pneumonií je nejvhodnějším materiálem k vyšetření bronchoalveolární laváž. Výtěr z horních cest dýchacích již v době počínající či rozvinuté pneumonie může být falešně negativní a rovněž sputum není optimální. Jistý kompromis představuje nasofaryngeální, tracheální či bronchiální aspirát.

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

24. 4. 2010
Hotel DAP
Vítězné nám. 684/4, 160 00 Praha 6

POŘADATEL

Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc., FCCP
předseda České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP
prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.
vědecký sekretář České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP
MUDr. Helena Honomichlová
členka revizní komise České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

HLAVNÍ TÉMATA

Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP v kontextu současné situace v českém zdravotnictví
Současný pohled na obor dětské pneumologie v Evropě
Postgraduální vzdělávání v dětské pneumologii v Evropě a v České republice
Respirační patologie v neonatologii a následná dlouhodobá péče v praxi specialisty i PLDD
Intenzivní péče o děti s postižením respiračního traktu
Plicní komplikace u dětí v intenzivní péči
Mezioborová spolupráce v péči o děti s chronickými respiračními onemocněními
Spolupráce dětského pneumologa s alergologem/klinickým imunologem v péči o děti s respiračními nemocemi
Dědictví dětské pneumologie v ordinaci lékaře TRN
Varia

SEKRETARIÁT KONFERENCE

AMCA, spol. s r.o.
Academic and Medical Conference Agency
Vyšehradská 320/49
128 00 Praha 2
www.amca.cz

tel.: +420 221 979 351
mobil: +420 731 496 060
fax: +420 221 979 352
e-mail: amca@amca.cz

OHODNOCENÍ

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory (ev. č. akce 23133, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 8 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 7 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, 3) hlavní autor posteru: 5 kreditů, 4) 1. a 2. spoluautor posteru: 3 kredity, 5) další spoluautor posteru: 1 kredit.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. (registrační číslo: ČAS/KK/1539/2010).

Pasivní účast: 4 kredity, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky/posteru: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, 3) spoluautor posteru: 4 kredity.

HLAVNÍ PARTNEŘI



Pracujeme společně pro zdravější svět™

PARTNEŘI



ZÚČASTNĚNÉ FIRMY

ASTRAZENECA CZECH REPUBLIC, S.R.O.

GLAXOSMITHKLINE, S.R.O.

IBI SPOL. S R.O.

KURKA.MED S.R.O.

MAXDORF S.R.O.

MEDINDEX, SPOL. S R.O.

MR DIAGNOSTIC S.R.O.

MERCK SHARP DOHME IDEA S.R.O.

NAKLADATELSTVÍ TRITON, S.R.O.

NOVARTIS S.R.O.

NYCOMED S.R.O.

OLYMPUS C&S SPOL. S R.O.

PFIZER, SPOL. S R.O.

SERVIER S.R.O.

TORREX CHIESI CZ S.R.O.

UCB S.R.O.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

ČASOPIS ALERGIE

BULLETIN ČPS ČLS JEP

ČASOPIS DIAGNÓZA

MEDICAL TRIBUNE CZ

NAKLADATELSKÉ A TISKOVÉ

STŘEDISKO ČLS JEP

PEDIATRIE PRO PRAXI

POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA

REMEDIA

SANQUIS

VOX PEDIATRIE

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, SESTRA /

MLADÁ FRONTA, A.S.

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, FLORENCE /

AMBIT MEDIA, A.S.

průkaz RSV RNA metodou PCR. Průměrný věk kojenců byl 3,5 měsíců, mezi nimi byly dvě děti původně nedonošené. V klinickém obraze při přijetí dominovala apatie (87,5%), tachypnoe (100%), při auskultaci inspirační chrůpky (87,5%). Často byly pozorované poruchy prokrvení (75%), nebyly naopak typické horečky (37,5%) ani spastické fenomény při poslechu plic (37,5%). Vstupní CRP bylo nízké (v průměru 9,3mg/L). Nebyla pozorována významnější leukocytóza (průměr 11,8.109/L). U všech dětí byla aplikována inhalační bronchodilatancia, většinou (75%) jejich stav vyžadoval podávání kyslíku do mikrostanu. Pro respirační selhání vyžadovaly umělou plicní ventilaci dvě děti. Hospitalizace byla výrazně delší u dětí s těžkým průběhem infekce – 17 dnů vs. 7,5 dne u lehké infekce. Těžkou formu infekce měly obě původně nedonošené děti. Jedno děvčátko mělo koincidenci RSV a pneumokoka. U jednoho z dětí byl zaznamenán rozvoj následné bronchiální hyperreakivity.

17. SOUČASNÁ EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE VE VÝSKYTU PERTUSE, PROBLÉMY SPOJENÉ S OČKOVÁNÍM

Pazdiora P.

Ústav epidemiologie, LF UK v Plzni, KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni, Plzeň

Od r. 1999 dochází v České republice (ČR) k nárůstu pertuse, v posledních 3 letech je tento vzestup již dramatický – k 2. 4. 2010 bylo hlášeno už 229 onemocnění. V letech 2005, 2007, 2009 došlo i k úmrtím řádně neočkovaných kojenců. Vzhledem k nepříznivému vývoji jsou analyzovány vybrané epidemiologické charakteristiky, změny v očkovacím kalendáři.

Od r. 2001 dochází k oddalování zahajování vakcinace proti pertussi v souvislosti s reaktivací jizev po BCG vakcinaci. Podle údajů z Plzeňského kraje bylo u dětí narozených v r. 1999 očkování do 12. týdne života zahájeno u 69,1 % dětí, u dětí narozených v letech 2004 - 2006 u 32,9 - 41,2 %. Po úpravě očkovací vyhlášky bylo očkování od r. 2007 posunuto do 13. týdne života, ve věku 100 dnů bylo ale i u ročníků 2007 a 2008 zahájeno očkování pouze u 51,8 - 52,9 % dětí. Obdobné údaje byly zaznamenány i v dalších krajích ČR. Při epidemickém výskytu v okrese Klatovy v r. 2006 bylo zjištěno, že jen 45 % z 31 nemocných dětí bylo očkováno ve správných intervalech. Celostátně je zřejmé, že nejvyšší nemocnost je v současnosti u 10-14 letých dětí, k jejímu nárůstu ale dochází již od 8 let. Odborně nezdůvodněné zavedení revakcinace v r. 2009 pro děti 10leté nemůže v žádném případě ovlivnit tento nárůst nemocnosti, urychleně je nutné posunout přeočkování do 9 let. Z údajů o nemocnosti je současně zřejmé, že zavedení acelulárních pertusových vakcín je pravděpodobně spojeno s kratší dobou protekce než tomu bylo v minulosti. I když během posledních 10 let došlo k celé řadě úprav očkovacího kalendáře, nebyly provedeny celostátní sérologické přehledy, které jediné mohou objektivizovat nepříznivou situaci ve výskytu pertuse v ČR.

18. TUBERKULÓZA POBŘIŠNICE U 14-TI LETÉ DÍVKY

Křepela K., Doležalová K., Pohl J.

Pediatrická klinika 1. LF UK a IPVZ, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Souhrn: Autoři prezentují velmi vzácný případ mimoplicní tuberkulózy u 14-ti leté pacientky ze Somálska. Dívka byla přijata na Pediatrickou kliniku IPVZ v těžkém stavu pro rozsáhlou multicystickou intraabdominální expanzi a výraznou kachexii s podezřením na tumor. Histologické vyšetření mezenteria s následným pozitivním kultivačním nálezem prokázaly

kteří mohou vést k podezření na tuto diagnózu. Prezentují sestavu 4 pacientů, kteří byli od roku 2000 do roku 2010 dlouhodobě hospitalizováni na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Dětské kliniky v Olomouci. Zaměřují se na specifické problémy novorozeneckého a kojeneckého věku, na diferenciální diagnostiku, na problematiku chronické invazivní i neinvazivní umělé plicní ventilace včetně domácí umělé plicní ventilace. Zmiňují asociaci s dalšími jednotkami spadajícími do skupiny dysfunkcí autonomního nervového systému, např. s Hirsprungovou nemocí. Rozebírají prognózu jak po stránce medicínské, tak po stránce psychomotorického vývoje včetně sociální deprivace v nemocničním prostředí.

Soubor a metody: soubor 4 pacientů s vrozeným syndromem centrálním spánkové apnoe.

Výsledky: 3 pacienti byli od novorozeneckého věku tracheostomováni a vyžadovali umělou plicní ventilaci. Jedna pacientka měla jako přidružené postižení Hirsprungovu chorobu. Jedna pacientka s familiární formou byla diagnostikována v batolecím věku, nyní je v domácí péči v režimu neinvazivní umělé plicní ventilace bez nutnosti tracheostomie. Tato pacientka měla jako jeden z klinických příznaků opakovaně akutní cor pulmonale.

Závěr: vrozený syndrom centrální spánkové apnoe je vzácné onemocnění, které je definováno jako selhání automatické kontroly dechu s neadekvátní reakcí dechového centra na hypoxii a hyperkapnii během spánku i v bdělém stavu. Pacienti nejeví klinické známky dyspnoe při hyperkapnii a hypoxii. Zůstávají celoživotně závislí na ventilační podpoře minimálně ve spánku. Dlouhodobá neléčená hyperkapnie a hypoxie při hypoventilaci vede k závažným kardiovaskulárním komplikacím včetně cor pulmonale. Vzhledem k variabilitě symptomů děti vyžadují multidisciplinární péči intenzivistů, pneumologů, kardiologů, neurologů, gastroenterologů a dalších odborníků.

16. AKUTNÍ INFEKCE DOLNÍCH DÝCHACÍCH CEST VYVOLANÉ RESPIRAČNĚ – SYNCYTIÁLNÍM VIREM

Kerekes A.¹, Vaniček H.¹, Pozler O.¹, Rejtar P.², Štěpánová V.³

¹Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

³Ústav klinické mikrobiologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Respiračně – syncytiální virus (RSV) je nejčastějším virovým původcem infekcí dolních dýchacích cest u dětí do 1 roku. Infekce mají sezónní výskyt s maximem v zimních měsících. Průběh infekce může být u dětí z rizikových skupin (prematurnita, bronchopulmonální dysplázie) příčinou respirační insuficience. Klinicky se akutní infekce RSV projevuje symptomy akutní obstrukční bronchitidy až těžké RSV-pneumonie a/nebo bronchiolitidy. V diagnostice je významná podrobná anamnéza, fyzikální, zobrazovací vyšetření a laboratorní testy. Definitivní diagnózu poskytuje přímý průkaz antigenu RSV z nasofaryngeálního sekretu a/nebo identifikace pomocí PCR. Sérologická diagnostika je nedostatečná hlavně u dětí mladších 3 měsíců, zde zpravidla nedochází k sérokonverzi. Léčba RSV-infekcí je symptomatická. Prevencí vzniku těžké infekce u rizikových dětí je pasivní imunizací pomocí monoklonální protilátky: palivizumab je aplikován 1x měsíčně im. v období zvýšeného výskytu RSV (listopad-březen).

V období únor – květen r. 2009 bylo na odd. kojenců a batolat Dětské kliniky FNHK hospitalizováno 8 dětí s infekcí dolních dýchacích cest vyvolaných RSV. V diagnostice u šesti dětí byla použita detekce antigenu z nasofaryngeálního sekretu a ve dvou případech

ODBOBNÝ PROGRAM

9.00 – 9.10 Zahájení
Pohunek P.
předseda České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

9.10 – 10.30 Dětská pneumologie jako samostatný obor s multidisciplinární spoluprací I.
Předsedající: Kopřiva F., Křepela K.

1. Dětská pneumologie v České republice a v Evropě
Pohunek P.
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha
2. Bronchopulmonální dysplázie a ventilační strategie v neonatologii
Fišárková B., Zunová J.
Novorozenecké oddělení s JIRP, Gyn.-por. klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha
3. Následná péče o nezralého novorozence z hlediska respirační problematiky
Marková D.¹, Koťátko P.¹, Šulc J.^{2,3}, Smolíková L.³
¹*Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha*
²*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*
³*Klinika rehabilitace a TVL UK 2. LF a FN Motol, Praha*
4. Intenzivní péče o děti s respiračním onemocněním
Dlask K., Blažek D., Pavlíček P.
Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol, Praha

10.30 – 10.50 Kávová přestávka

10.50 – 12.40 Dětská pneumologie jako samostatný obor s multidisciplinární spoluprací II.
Předsedající: Turzíková J., Svobodová T.

5. Úloha vyšetření otorinolaryngologem v diagnostice chronického kašle u dětí
Janoušek P., Jurovčík M.
Dětská klinika ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN Motol, Praha
6. Současné možnosti prevence pneumokokových onemocnění
Prymula R.
Fakultní nemocnice Hradec Králové
7. Funkce plic u chronického postižení plic v kojeneckém věku
Šulc J.^{1,2}, Zikán J.¹, Urbanová K.¹, Kuklová P.³, Kříž J.², Pohunek P.¹, Rygl M.³
¹*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*
²*Klinika rehabilitace a TVL UK 2. LF a FN Motol, Praha*
³*Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

8. Sérové hladiny amikacinu a tobramycinu u dětí se cystickou fibrózou (CF): rozpor s dosavadním postupem a současný stav

Tesfaye H.¹, Jedličková B.², Průša R.², Bartošová J.³, Kučerová T.³, Skalická V.³

¹*Odd. klinické farmakologie, Ústav klinické biochemie a patobiochemie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

²*Ústav klinické biochemie a patobiochemie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

³*Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha*

9. Plicní sekvestrace u dětí

Mojžišová M.¹, Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Vyhnanek M.¹, Pýchová M.¹, Mixa V.², Kynčl M.³

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

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

³*Klinika zobrazovacích metod UK 2. LF a FN Motol, Praha*

12.40 – 13.40 Oběd

13.40 – 14.20 Firemní sdělení

10. Merck Sharp Dohme Idea s.r.o.

Aktuální pohled na léčbu astmatu u dětí nejnižších věkových skupin

Pohunek P.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

11. Pfizer, spol. s r.o.

Prevence pneumokokových onemocnění vakcínou Prevenar 13

Vančíková Z.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

14.20 – 16.45 Kazuistiky a varia

Předsedající: Paukert J., Honomichl P.

12. Granulomy a fibróza – dvě formy postižení plic u CVID

Kopřiva F., Novák Z., Potěšil J.

Dětská klinika FN a LF UP v Olomouci, Olomouc

13. Schizofrenie českých ftizeologů a pediatriů v otázce BCG vakcinace

Vaníček H.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

14. Virové pneumonie u dětí

Vančíková Z.¹, Souček O.¹, Dlask K.², Urbanová K.¹, Djakow J.¹, Obermannová B.¹, Hradský O.¹, Marešová V.³, Blechová B.³, Pohunek P.¹, Janda J.¹

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

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

³*I. infekční klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha*

15.10 – 15.30 Kávová přestávka

v orgánech. Uvádíme kasuistiky dvou chlapců CVID s přítomností granulomů a plicní fibrózy. Pneumolog by měl myslet na možnost chorob z imunitní nedostatečnosti v diff. dg. a zajistit včas odpovídající léčbu a zabránit rozvoji komplikací.

13. SCHIZOFRENIE ČESKÝCH FTIZEOLOGŮ A PEDIATRŮ V OTÁZCE BCG VAKCINACE

Vaníček H.

Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

V poslední dekádě pokračoval trvalý pokles počtu hlášených případů tuberkulózy (tbc) v České republice od r. 1996. V roce 2008 klesl počet tbc na 871 případů, což odpovídá incidenci 8,4/100 000. Podobně přetrvává nízká incidence tbc u dětí, která je dlouhodobě nižší než 1/100000 dětí ve věku do 14 let. Zároveň došlo po zavedení dánské BCG vakcíny SSI do očkovacího schématu k téměř trojnásobnému vzestupu výskytu komplikací očkování, především regionálních lymfadenitid.

BCG primovakcinace novorozenců se proto stává kontroverzní. Názory na další kalmetizační strategii v České republice se v odborné lékařské veřejnosti liší. Vykrytalizovaly 2 názory:

1. Zrušení plošné BCG vakcinace novorozenců se zachováním kalmetizace novorozenců z rizikových skupin.

2. Posunutí plošné BCG vakcinace do věku mezi 6. – 12. měsíc se zachováním kalmetizace novorozenců z rizikových skupin.

Ve sdělení jsou rozebrány argumenty zastánců obou názorových skupin a srovnání se situací v okolních zemích EU.

14. VIROVÉ PNEUMONIE U DĚTÍ

Vančíková Z.¹, Souček O.¹, Dlask K.², Urbanová K.¹, Djakow J.¹, Obermannová B.¹, Hradský O.¹, Marešová V.³, Blechová Z.³, Pohunek P.¹, Janda J.¹

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

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

³*I. infekční klinika 2. LF UK a FN Na Bulovce, Praha*

Viry patří k nejčastějším vyvolavatelům pneumonií u dětí do 5 let. Současná pandemie chřipky však znovu upozornila i na časté riziko bakteriální superinfekce. Otázka vhodné léčby dětských pneumonií je tak stále otevřená. Je nutná obezřetnost a včasná antibiotická léčba dle předpokládaného vyvolávajícího bakteriálního agens, na druhou stranu je žádoucí léčit virové pneumonie antivirotiky, nebo pouze symptomaticky a tak zbytečně nezatěžovat organizmus a nevyvolávat antibiotickou rezistenci. Při neznalosti etiologie je léčba často necílená a mnohdy neúčinná. Průkaz virového agens umožňuje účinnou léčbu bez zbytečného podávání antibiotik.

Uvádíme případ dvou kojenců s adenovirovou pneumonií. Průběh byl u obou závažný, u jedné pacientky byla nutná umělá plicní ventilace.

15. KARDIÁLNÍ PŘÍZNAKY VROZENÉHO SYNDROMU CENTRÁLNÍ SPÁNKOVÉ APNOE

Klásková E., Wiedermann J., Smolka V., Kolembusová B.

Dětská klinika FN a LF UP v Olomouci, Olomouc

Cíl: autoři upozorňují na kardiální projevy vrozeného syndromu centrální spánkové apnoe,

zásobující cévy. NMR lze využít i v prenatalní diagnostice plicních anomálií.

10. MERCK SHARP DOHME IDEA S.R.O. AKTUÁLNÍ POHLED NA LÉČBU ASTMATU U DĚTÍ NEJNIŽŠÍCH VĚKOVÝCH SKUPIN

Pohunek P.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Průduškové astma v dětském věku je již řadu let v popředí zájmu pediatriů, alergologů a dětských pneumologů, především pro jeho vysokou prevalenci, která v řadě zemí přesahuje 10 % dětské populace. Zavedení moderních léčebných postupů v 90. letech 20. století vedlo k dramatické změně průběhu astmatu i jeho prognózy, především u dospělých a větších dětí. Terapeutické postupy v časném dětském věku byly dlouho v podstatě pouze odvozeny od zkušeností získaných u starších dětí a dospělých. Vinou fenotypové různorodosti časných dětských obstrukcí však ne vždy léčba působí tak, jak se od ní očekává. Ukazuje se, že časné projevy astmatu u malých dětí je třeba hodnotit a diagnosticky řešit odlišně, než je tomu u nemocných v pozdějším období. Rovněž z pohledu léčby je časné astma složitější než astma školních dětí a adolescentů. Častá vazba obstrukcí na virové infekce, ne vždy jasná souvislost s alergickou senzibilizací a některé vývojové aspekty časného dětského věku vedou k tomu, že tato věková skupina začíná být řešena odděleně od astmatu starších dětí. Nedávno publikované doporučené postupy pracovní skupiny v rámci iniciativy PRACTALL řeší dokonce odděleně věkové skupiny do dvou let věku a od dvou do pěti let. V časném věku je v současné době kladen důraz na správné fenotypové zařazení konkrétního dítěte. V léčbě je zdůrazňována především kontrola nad symptomy, aktivní protizánětlivá léčba inhalačními kortikosteroidy je nyní doporučována především u dětí s jasnou vazbou obstrukcí na alergickou senzibilizaci. U dětí s vazbou potíží spíše na virové infekce je jako možnost preventivní terapie první volby doporučován montelukast. V každém případě je třeba každé dítě pravidelně kontrolovat a po dosažení kontroly nad nemocí se pokusit terapii redukovat či dokonce při dobré kontrole i zkusit vysadit. Další průběh pak obvykle ukáže, jak bude kontrola nad nemocí vypadat a jaká bude dlouhodobá potřeba preventivní terapie.

11. PFIZER, SPOL S R.O. PREVENCE PNEUMOKOKOVÝCH ONEMOCNĚNÍ VAKCÍNOU PREVENAR 13

Vančíková Z.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

12. GRANULOMY A FIBRÓZA – DVĚ FORMY POSTIŽENÍ PLIC U CVID

Kopřiva F., Novák Z., Potěšil J.

Dětská klinika FN a LF UP v Olomouci, Olomouc

Poruchy tvorby protilátek jsou nejčastějšími primárními imunodeficiencemi. CVID - běžný variabilní imunodeficit - je heterogenní skupinou onemocnění. Do klinického obrazu náleží opakované a závažné infekce horních a dolních dýchacích cest, které jsou příčinou nezvratných plicních změn. U pacientů dochází i k různým projevům autoimunit např. trombocytopenie, anemie, thyreoiditida ad. Neinfekční komplikací je výskyt granulomů

15. Kardiální příznaky vrozeného syndromu centrální spánkové apnoe

Klásková E., Wiedermann J., Smolka V., Kolembusová B.

Dětská klinika FN a LF UP v Olomouci, Olomouc

16. Akutní infekce dolních dýchacích cest vyvolané respiračně – syncytiálním virem

Kerekes A.¹, Vaníček H.¹, Pozler O.¹, Rejtar P.², Štěpánová V.³

¹Dětská klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

³Ústav klinické mikrobiologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

17. Současná epidemiologická situace ve výskytu pertuse, problémy spojené s očkováním

Pazdiora P.

Ústav epidemiologie, LF UK v Plzni, KHS Plzeňského kraje, Plzeň

18. Tuberkulóza pobřišnice u 14-ti leté dívky

Křepela K., Doležalová K., Pohl J.

Pediatrická klinika 1. LF UK a IPVZ, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

19. Virové pneumonie z pohledu mikrobiologické laboratorní diagnostiky

Havlíčková M., Jiřincová H., Brynychová D., Kynčl J.

Státní zdravotní ústav, Praha

16.45 Zakončení konference

ABSTRAKTA

1. DĚTSKÁ PNEUMOLOGIE V ČESKÉ REPUBLICE A V EVROPĚ

Pohunek P.

Předseda České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

Problematika respiračních nemocí je tradiční součástí pediatrické praxe. Většina dětských respiračních onemocnění je úspěšně řešena v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Podrobnější diagnostika a cílená léčba komplikovaných stavů a především chronických postižení dětského respiračního traktu nicméně vyžaduje specializovanou odbornou péči. Obor dětské pneumologie je již řadu let uznávanou specializací v řadě zemí světa a v Evropě působí i několik odborných společností, z nichž asi největší je Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, sdružující především odborníky z německy hovořících zemí Evropy. Potřeba cíleného řešení dětské pneumologické problematiky se odráží i v tom, že v rámci Evropské respirační společnosti (ERS) pracuje velmi početná Paediatric Assembly s řadou pracovních skupin zaměřených na problematiku dětských respiračních onemocnění.

Evropská respirační společnost v současné době připravuje i jednotný systém postgraduálního vzdělávání v oboru dětské pneumologie, jako součást pracovní skupiny HERMES (Harmonised Education in Respiratory Medicine for European Specialists).

V České republice má dětská respirační medicína dlouholetou tradici. Respirační medicínou se zabývala řada známých postav české pediatrické historie a mnohá pracoviště měla respirační nemoci jako jednu ze svých hlavních specializací. Dětské pneumologové nejprve své postgraduální vzdělávání absolvovali v rámci přípravy v odbornosti tuberkulóza a respirační nemoci, teprve v posledních letech byl v rámci nové legislativy ustanoven obor Dětská pneumologie jako specializační obor postgraduálního vzdělávání. Dětské pneumologové úzce spolupracují s neonatologem, dětskými hrudními chirurgy, intenzivisty, alergology i s řadou dalších oborů zapojených v péči o dětský respirační trakt. Logickým vyústěním stoupajícího zájmu o obor bylo v roce 2009 založení samostatné odborné společnosti dětské pneumologie v rámci České lékařské společnosti JEP. Cílem této odborné společnosti je právě vytvoření platformy pro lepší komunikaci mezi všemi obory, které se na péči o dětskou respirační problematiku podílejí. Společnost je tak otevřena odborníkům ze všech oborů, vítány jsou i sestry, fyzioterapeuti apod. Jedním z cílů nové společnosti je i větší propojení dětské pneumologie a intenzivní medicíny tak, jak je to standardní v řadě jiných zemí.

2. BRONCHOPULMONÁLNÍ DYSPLÁZIE A VENTILAČNÍ STRATEGIE V NEONATOLOGII

Fišárková B., Zunová J.

Novorozenecké oddělení s JIRP, Gyn.-por. klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

3. NÁSLEDNÁ PÉČE O NEZRALÉHO NOVOROZENCE Z HLEDISKA RESPIRAČNÍ PROBLEMATIKY

Marková D.¹, Koťátko P.¹, Šulc J.^{2,3}, Smolíková L.³

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

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

³*Klinika rehabilitace a TVL UK 2. LF a FN Motol, Praha*

achieved on thrice-daily doses of amikacin or tobramycin in paediatric CF patients.

METHODS: Serum amikacin and tobramycin levels from 40 CF patients (26 females and 14 males) aged 2-19 years as requested for therapeutic monitoring purpose were retrospectively evaluated. Serum samples collected immediately before the third dose (trough) and 1 hour post-dose (peak) were analysed by fluorescence polarization immunoassay (FPIA) method. MW/PHARM Mediware NL, version 3.60 pharmacokinetic programme, which incorporates age, gender, height, weight, and serum creatinine to assist pharmacokinetic simulation and dose adjustment.

RESULTS: Amikacin and tobramycin serum levels on 61 and 8 occasions respectively, were evaluated. Mean amikacin trough concentration was 1.497049 mg/L (SD + 1.036226) whereas, mean of peak concentration was 13.95246 mg/L (SD + 5.042853). Mean tobramycin trough level of 0.525 mg/L (SD + 0.156125) was acceptable, while mean peak of 4.275 mg/L (SD + 1.19661) was not considered as optimum as necessary for concentration dependent bacterial killing effect. There was no correlation between trough and peak serum concentrations of amikacin ($r = 0.120127$) or tobramycin ($r = 0.41375$) respectively.

CONCLUSIONS: Both amikacin and tobramycin on thrice-daily basis didn't prove to achieve the recommended target levels in the majority of paediatric CF patients. This observation indicates the necessity of whole daily dose at once-daily or extended interval for amikacin and tobramycin in paediatric CF patients to achieve required peak, although expecting low trough levels, compensated by well known existing post antibiotic effect.

9. PLICNÍ SEKVESTRACE U DĚTÍ

Mojžíšová M.¹, Šnajdauf J.¹, Rygl M.¹, Vyhnanek M.¹, Pýchová M.¹, Mixa V.², Kynčl M.³

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

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

³*Klinika zobrazovacích metod UK 2. LF a FN Motol, Praha*

Plicní sekvestrace je vzácná plicní anomálie. Je definována jako okrsek plicní tkáně s vlastním cévním zásobením, který nekomunikuje s bronchiálním stromem.

Cíl práce: retrospektivní analýza souboru pacientů léčených na pracovišti autorů pro plicní sekvestraci v období mezi lety 1996 - 2009. Data zahrnují klinický průběh, použité zobrazovací metody, typ chirurgické intervence, histopatologický nález upřesňující diagnózu, komplikace a dlouhodobé výsledky.

Výsledky: ve sledovaném období bylo operováno celkem 11 pacientů (6 chlapců a 5 dívek) s plicní sekvestrací. Průměrný věk pacientů byl 10.9 roku (8 měsíců – 17.5 roku). Podezření na plicní anomálii bylo u všech pacientů vysloveno na základě RTG vyšetření. K potvrzení diagnózy bylo následně provedeno CT vyšetření. Chirurgickým řešením intralobární sekvestrace byla vždy lobektomie postiženého laloku, u extralobární sekvestrace pak odstranění anomálního laloku. Konečná diagnóza byla ověřena histologickým vyšetřením. Časná komplikace – akutní pooperační krvácení s nutností chirurgické revize se vyskytla v jednom případě. Pozdní komplikaci ve formě supradiaphragmatického abscesu jsme zaznamenali u jednoho pacienta, který je prezentován formou krátké kazuistiky.

Závěr: na diagnózu plicní sekvestrace musí být pomýšeno u každého pacienta s recidivujícími respiračními infekty a perzistujícím abnormálním nálezem na rentgenovém vyšetření hrudníku. V diagnostice plicní sekvestrace je na prvním místě stále klasické CT vyšetření. V současné době lze použít CT – angio či NMR k objasnění lokalizace anomální

technique (V maxFRC value) were used. Standard protocols² and proper reference values³ were used.

Tab.1 Results

	FRCp	sReff	tPTEF%tE	V maxFRC
	[% pred]	[% pred]	[%]	[ml.s-1]
asthma (N=32)	129 ± 44 ##	183 ± 115 *	28.3 ± 8.7 *	129 ± 56
CLD/BPD (N=16)	134 ± 50	151 ± 71	23.6 ± 6.4	147 ± 60
CDH (N=7)	134 ± 27	94 ± 59	22.4 ± 4.0	157 ± 59
RD (N=15)	142 ± 48 #	173 ± 132	31.8 ± 19.6	132 ± 65

p<0.01 (actual vs pred.); # p<0.04 (actual vs pred.); * p<0.02 (asthma vs CDH)
Lung hyperinflation secondary to airway obstruction (except CDH group), mildly increased expiratory drive and lowered V max_{FRC} was found in all groups. A serial PFT evaluation is required to assess future CLDI development.

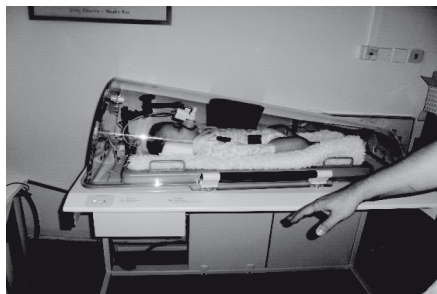
References:

¹PRACTALL consensus report. Allergy. 2008 Jan;63(1):5-34

²Hammer J, Eber E (eds). Pediatric PFT, 2005, Basel, Karger

³Hulskamp G et al: Am J Respir Crit Care Med 2003; 168:1003-9

Supported by MZO 00064203/6404, NS 10572-3/2009 and Foundation "Movement without help".



8. AMIKACIN AND TOBRAMYCIN SERUM LEVELS IN PAEDIATRIC CYSTIC FIBROSIS (CF) PATIENTS: A CHALLENGE TO EXISTING DOSAGE GUIDELINES AND STATE OF THE ART

Tesfaye H.¹, Jedličková B.², Průša R.², Bartošová J.³, Kučerová T.³, Skalická V.³

¹Odd. klinické farmakologie, Ústav klinické biochemie a patobiochemie UK 2. LF a FN Motol, Praha

²Ústav klinické biochemie a patobiochemie UK 2. LF a FN Motol, Praha

³Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

BACKGROUND: Chronic pulmonary *P.aeruginosa* infection is mostly responsible for morbidity and mortality making antibiotic therapy an important CF patient care component. Aminoglycosides administration schedules are different from other patients due to pharmacokinetic and pharmacodynamic uniqueness necessitating increase of total daily doses practically by 30 % or more in CF patients.

AIM: To assess to what extent therapeutic (target peak versus trough) concentrations were

Vysoký standard léčebně preventivní péče našeho zdravotnictví posunul novorozeneckou úmrtnost (1,54 promile) mezi nejlepší na světě. Vysoce specializovaná péče poskytovaná těhotným ženám a novorozencům ve 12 perinatologických centrech v celé ČR umožňuje přežití dětem na samé hranici viability, kterou je 24. gestační týden. Počet novorozenců nízké porodní hmotnosti tzn. pod 2500g představuje z celkového počtu novorozenců cca 7%. Každoročně se tedy rozrůstá tato skupina řádově o 8000 nových dětí. Jedná se především o skupinu extrémně nezralých dětí, tj. narozených pod 28. gestační týden, které vzhledem k možné perinatální zátěži a následné komorbiditě potřebují dlouhodobé multidisciplinární sledování s individuálním přístupem.

Jednu ze skupin dětí, kterou bude třeba stále více sledovat, tvoří nepochybně děti s respiračními obtížemi na podkladě bronchopulmonální dysplázie (BPD). Následná péče o tyto děti nemá zatím u nás, ani celosvětově v terapeutickém či diagnostickém přístupu jasně definované standardní postupy. Dnes je ale již známo, že bez komplexního pohledu a přístupu k těmto dětem nelze najít optimální řešení. Vzhledem k tomu, že BPD se vyskytuje u dětí s porodní hmotností pod 1000g cca ve 30%, znamená to každoročně nárůst o skupinu asi 120 dětí, které si nesou do života větší riziko odchýlného vývoje.

V naší prezentaci chceme ukázat, jakými symptomy se může toto onemocnění již v novorozeneckém či v raném kojeneckém věku manifestovat. Je důležité podtrhnout, že obtíže vycházející původně z plicního onemocnění se mohou projevovat jako abnormality nervového nebo gastrointestinálního systému. Zmíněné symptomy se často vzájemně potencují a promítají se jako odchylky v pohybovém projevu dítěte. Je tudíž třeba rovněž zmínit nejvhodnější fyzioterapeutické přístupy. Role dětského pneumologa ovšem zůstává nezastupitelná. V současné době probíhá na naší klinice v rámci výzkumného projektu „Follow up nezralých dětí s perinatální zátěží“ dlouhodobé sledování funkčních plicních ukazatelů.

Věříme, že výsledky těchto vyšetření pomohou nejenom k vytvoření diagnostických a terapeutických postupů z hlediska následné pneumologické péče, ale přispějí i ke zmírnění rozvoje případných neurovývojových poruch.

4. INTENZIVNÍ PÉČE O DĚTI S RESPIRAČNÍM ONEMOCNĚNÍM

Dlask K., Blažek D., Pavlíček P.

Resuscitační odd. pro děti, Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol (KAR), Praha

Selhání dechové funkce je jednou z hlavních indikací poskytování intenzivní a resuscitační péče u dětí. Cílem této péče je především korekce hypoxémie a respirační acidózy. Respirační selhání je obvykle definováno na základě stanovení krevních plynů. Diagnóza může však být stanovena již z klinických příznaků a vyšetření krevních plynů má potom pomocný význam. Podle mechanismu hlavní poruchy lze respirační selhání dělit na:

akutní hypoxémické (plicní edém, ARDS, krvácení, trauma)

akutní hypoventilační (intoxikace, myasthenie, astma, fibróza)

akutní selhání z plicní hypoperfúze (plicní hypertenze, tamponáda, dehydratace, sepse).

Terapie závisí na příčině vyvolávající respirační selhání. Je zaměřena zejména na obnovení a následné udržení průchodnosti dýchacích cest, dodávku kyslíku, obnovení výměny krevních plynů. Při léčbě jsou využívány zvyklé farmakologické přípravky, neinvazivní i invazivní terapeutická opatření.

Resuscitační péče je poskytována v podmínkách multidisciplinární spolupráce s diagnostickými a terapeutickými obory. V diagnostice se zejména uplatňují zobrazovací metody, biochemie, imunologie, mikrobiologie a další obory. Z klinických oborů je nezbytná spolupráce otorinolaryngologa, chirurga, pneumologa, rehabilitačního pracovníka a dalších spolupracovníků podle povahy onemocnění.

5. ÚLOHA VYŠETŘENÍ OTORINOLARYNGOLOGEM V DIAGNOSTICE CHRONICKÉHO KAŠLE U DĚTÍ

Janoušek P., Jurovčík M.

Dětská klinika ušní, nosní a krční, UK 2. LF a FN Motol, Praha

Kašel, jako jeden ze základních symptomů nemoci dýchacího ústrojí, je typickým příkladem nutnosti mezioborové spolupráce při diagnostice a léčbě těchto pacientů. Základní oblasti vyšetření, které by měl otorinolaryngolog definovat v souvislosti s kašlem jsou:

A) základní:

- diagnostika chronické rýmy (CRS)
- diagnostika adenoidních vegetací a indikace k adenoidektomii
- diagnostika nepřímých známek extraorofaryngeálního reflexu

B) rozšířené:

- diagnostika anatomických odchylek dýchacích cest
- odběr biotického materiálu
- rigidní bronchoskopie

CRS je definována jako nález obstrukce a sekrece nosní trávající déle než 12 týdnů. Tyto příznaky jsou přítomny alespoň 1 hodinu každý den. Přítomnost kýčání a očních příznaků směřuje k diagnóze alergické rýmy. Doporučeno je provedení vyšetření výhradně endoskopicky, pomocí kterého jsme schopni dobře diagnostikovat i případnou sinusitidu. Provedení RTG vyšetření není dle současných standardů doporučeno.

Adenoidní vegetace je lymfatická tkáň nosohltanu, která je patologicky změněná ať strukturou či velikostí. Zásadní při indikaci adenoidektomie je zhodnocení významnosti obstrukce či přítomnosti lokálního zánětu. Ne každá lymfatická tkáň v nosohltanu je adenoidní vegetací, proto by měli být v souvislosti s kašlem indikováni k adenoidektomii především pacienti se známkami zánětlivě změněné tkáně, která produkuje hlen.

Známkou **extraorofaryngeálního refluxu** je v ORL oblasti zejména zadní chronická laryngitida, která je patrná při endoskopickém vyšetření laryngu a projevuje se kyprostí arytenoidních hrbolů a otokem a překrvením interarytenoidní oblasti. Dále jsou to známky nepravidelné hypertrofie a překrvení laterálních faryngálních pruhů a některé specifické změny sliznice jazyka. Vyšetření laryngu je možno provést i u nejmenších dětí ambulantně pomocí flexibilní optiky. Rigidní bronchoskopie zůstává stále metodou první volby pro diagnostiku a odstraňování chronických cizích těles, nebo biopsii intraluminálních tumorů.

Vyšetření otorinolaryngologem je jednou ze součástí komplexního vyšetřování pacientů s chronickým kašlem. Toto vyšetření by mělo být provedeno se zřetelem na výše zmíněné body a je založeno především na endoskopických metodách.

Podpořeno VZ FNM 64203/6501.

6. SOUČASNÉ MOŽNOSTI PREVENCE PNEUMOKOKOVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Prymula R.

Ředitelství, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Pneumokok způsobuje pestrou škálu různých onemocnění od nejzávažnějších invazivních onemocnění jako jsou meningitidy, septikémie (bakteriémie) a pneumonie až po život zpravidla neohrožující, avšak o to čtenější akutní otitidy a sinusitidy. Incidence invazivních pneumokokových onemocnění se v různých zemích liší. Řada onemocnění není správně hlášena a evidována, a proto existují poměrně výrazné rozdíly. V roce 2008 byl v ČR zaveden nový systém surveillance invazivních pneumokokových onemocnění. Systém je metodicky optimalizován, avšak určitá podhlášenost nadále přetrvává. Celková nemocnost invazivních pneumokokových onemocnění (IPO) a pneumokokových meningitid (PM) vykazovala v roce 2007 a 2008 hodnoty (IPO - 2,9/100 000 a 3,3/100 000, PM - shodně 2,9/100 000), což jsou hodnoty srovnatelné s předchozím sledovaným obdobím 2000-2006. Specifická věková nemocnost byla nejvyšší v letech 2007 a 2008 u dětí do 1 roku (IPO 11,4/100000 a 15,7/100000, PM shodně 7,9/100 000) (Motlová, SZÚ, 2009). Na sklonku roku 2009 bylo konečně v ČR rozhodnuto o univerzálním, i když dobrovolném očkování proti pneumokokům. Právě z důvodu dobrovolnosti očkování byla přijata strategie 3+1, která je ve vztahu ke schématu 2+1 výhodnější zejména u sérotypů 6B a 23F. K dispozici jsou v tuto chvíli 3 konjugované pneumokokové vakcíny, i když sedmivalentní Prevenar bude záhy nahrazen Prevenarem třináctivalentním. Obě nové vakcíny (Synflorix i Prevenar 13) byly licencovány na základě imunologických korelátů a vlastní účinnost se odvozuje pouze na základě studií s kandidátními vakcínami či vývojovými předchůdci. FDA i EMEA jako hlavní regulační autority ukázaly právě na příkladu pneumokokových vakcín, jak je systém hodnocení vakcín subjektivní a ne zcela transparentní. Podle různých zemí mají pak uvedené vakcíny diametrálně odlišné indikace. Přesto je však třeba říci, že obě vakcíny splňují vysoké nároky na současné kvalitní vakcíny a nepochybně se s nimi budeme v praxi setkávat.

Slibnou alternativou konjugovaných vakcín jsou vakcíny proteinové, které jsou již ve fázi klinických zkoušek. Možná je i kombinace těchto dvou odlišných typů vakcín.

7. LUNG FUNCTION TESTS IN CHRONIC LUNG DISEASE OF INFANCY (CLDI)

Šulc J.^{1,2}, Zikán J.¹, Urbanová K.¹, Kuklová P.³, Kříž J.², Pohunek P.¹, Rygl M.³

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

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

³*Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol, Praha*

Methods of infant pulmonary function testing (IPFT) represent an important tool for an improvement of pediatric pulmonary diagnostics. We summarize data of IPFT in 70 infants and young children with CLDI. Following four groups were tested: 32 infants with asthma 1 aged 0.94 yrs [median], 16 infants with CLD/bronchopulmonary dysplasia (aged 1.02 yrs), 7 with congenital diaphragmatic hernia (CDH) after repair (aged 1.71 yrs) and group of 15 infants aged 1.03 yrs (RD group) with different respiratory symptoms and diseases (chronic cough, pneumonia, stridor). The whole-body plethysmography (to measure FRCp and sReff), tidal breathing analysis (tPTEF%tE) and rapid thoraco-abdominal compression