

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

vítejte opět po roce na tradiční konferenci dětské pneumologie, kterou v roce 2012 pořádáme již po jedenácté. Jsme rádi, že trvá zájem o náš obor i o činnost naší ještě stále mladé odborné společnosti. Jak si jistě vzpomínáte, při založení České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP jsme si slíbili, že ji budeme chápat jako multidisciplinární platformu pro setkávání a komunikaci všech, koho dětský respirační trakt zajímá a kdo se na diagnostice a léčbě dětských respiračních problémů podílí. Tomuto předsevzetí zůstáváme věrni i při letošní konferenci.

Na 11. konferenci dětské pneumologie jsme se soustředili v odborném programu na dvě základní témata, která považujeme za velmi důležitá a která v sobě opět nesou onoho multidisciplinárního ducha. V první části si budeme povídat o závažných stavech v dětské pneumologii. Některá témata otevíráme v tradici naší konference poprvé, k jiným se vracíme po delší době s tím, že očekáváme nové informace a souhrn odborného pokroku. Budeme tak mít možnost se zamyslet nad riziky tromboembolické choroby a jejích komplikací pro plíce dětí a mladistvých, otevřeme téma, k němuž se budeme určitě v brzké budoucnosti vracet – poruchy dýchání u dětí s neurologickými a nervosvalovými poruchami. Vracíme se po delší době k intersticiálním procesům a současnému pohledu na ně. Závěr tohoto bloku bude věnován aktuálním informacím o transplantaci plic v České republice.

Druhý blok pro nás připravili přátelé z oboru zobrazovacích metod. I když jsme se tomuto tématu v minulosti již věnovali, dospěli jsme v programovém výboru konference k názoru, že čas nazrál a my potřebujeme aktualizaci informací o zobrazovacích metodách v diagnostice dětských respiračních nemocí.

Náplň odpoledního bloku již tradičně tvoří „polyvalentní“ problematika a určitě se můžeme těšit jak na zajímavé kasuistiky, tak na užitečné přehledy.

Těšit se můžeme také na tradičně příjemnou diskusi, která je jednou z možností pro všechny účastníky, jak se na odborném programu podílet.

Dovolte mi, abych na tomto místě poděkoval i našim věrným sponzorům, kteří podpořili tuto naši tradiční akci a kteří si uvědomují, že jde o jedinou odbornou akci u nás, která je plně věnována dětské plíci. V této komplikované době je tato pomoc velmi cenná a my si jí velmi vážíme. Je o to cennější, že někteří dříve tradiční sponzoři se stáhli do ulit a s odkazem na globální krizi nám popřáli hodně úspěchů.

Jsem přesvědčen, že konference bude opět velmi úspěšná a že si ji užijete. A to nejen kvůli odbornému programu, ale také proto, že je to jedna z hezkých příležitostí, při nichž se můžeme setkávat, připomenout si, jak nám to stále sluší a jak se rádi vidíme.

Přeji Vám jménem svým i jménem všech, kdo se na přípravě konference podíleli, prima sobotu.

Za výbor České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc., FCCP

předseda České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

14. dubna 2012

Hotel DAP

Vítězné nám. 684/4, 160 00 Praha 6

POŘADATEL

Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP

ve spolupráci s

Klinikou zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

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

MUDr. Martin Kynčl

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

MUDr. Tamara Svobodová, CSc.

členka výboru České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

MUDr. Jarmila Turzíková

pokladník výboru České společnosti dětské pneumologie ČLS JEP

HLAVNÍ TÉMATA

Závažné stavy v dětské pneumologii

Tromboembolická choroba a dětská plíce

Intersticiální plicní procesy u dětí

Neuromuskulární choroby a respirační systém

Transplantace plic

Zobrazovací metody v dětské respirační medicíně

Novinky v oblasti zobrazení plic (HRCT, MRI, sonografie, intervenční radiologie)

Varia a kasuistiky

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 29358, č. akreditace: 0004/16/2006).

Pasivní účast: 6 kreditů, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 20 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 10 kreditů.

Česká asociace sester souhlasí s přiznáním kreditních bodů dle vyhlášky č. 321/2008 Sb. Pasivní účast: 4 kredity, aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 10 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů.

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI



ZÚČASTNĚNÉ FIRMY

ABBOTT LABORATORIES S.R.O.

ADRIATIC CURATIO, S.R.O.

APOTEX (ČR), SPOL. S R.O.

ASTRAZENECA CZECH REPUBLIC, S.R.O.

GLAXOSMITHKLINE, S.R.O.

CHIESI CZ S.R.O.

IBI SPOL. S R.O.

MAXDORF S.R.O.

MR DIAGNOSTIC S.R.O.

MERCK SHARP & DOHME IDEA S.R.O.

NYCOMED S.R.O.

OLYMPUS C&S SPOL. S R.O.

R SPOL. S R.O. - VÝHRADNÍ DOVOZCE RAINBOW DO ČR

SERVIER S.R.O.

SYNLAB CZECH S.R.O.

UCB S.R.O.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

ČASOPIS ALERGIE

BULLETIN ČPS ČLS JEP

ČASOPIS DIAGNÓZA

INFORMACE PRO LÉKAŘSKÉ PRAXE

MEDICAL TRIBUNE CZ

NAKLADATELSKÉ A TISKOVÉ STŘEDISKO ČLS JEP

proLékaře.cz / MeDitorial, s.r.o.

REMEDIA

VOX PEDIATRIE

ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM

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

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

ODBORNÝ PROGRAM

9.00 Zahájení konference a zprávy ČSDP ČLS JEP

9.15 – 10.55 Závažné stavy v dětské pneumologii

Předsedající: Pohunek P., Kopřiva F.

1. Tromboembolická choroba a dětská plíce
Turzíková J.¹, Pohl J.²
¹Dětské oddělení Nemocnice na Bulovce, Praha
²Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a TN, Praha
2. Poruchy dýchání u dětí s nervosvalovými onemocněními z pohledu neurologa
Haberlová J., Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FNM, Praha
3. Intersticiální plicní procesy u dětí
Svobodová T., Pediatrická klinika 2. LF UK a FNM, Praha
4. Transplantace plic jako konečné řešení respiračního selhání?
Lischke R., III. chirurgická klinika 1. LF UK a FNM, Praha

Diskuse

10.55 – 11.15 Kávová přestávka

11.15 – 12.30 Novinky v oblasti zobrazení plic

5. Specifika HRCT vyšetření u dětských pacientů
Dvořáková M., Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM, Praha
6. CT hrudníku u dětí – Indikace, state of the art
Kynčl M., Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM, Praha
7. Ultrazvukové vyšetření hrudníku v dětském věku
Mrázková L., Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM, Praha

Diskuse

12.30 – 13.40 Oběd

13.40 – 14.55 Varia a kasuistiky I.

Předsedající: Svobodová T., Pohl J.

8. Bronchopulmonální dysplázie a wheezing
Kopřiva F., Dětská klinika, FN a LF UP, Olomouc
9. Kostní komplikace BCG vakcinace
Křepela K., Pohl J., Vančíková Z., Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a TN, Praha

10. Nejednalo se o astma...

*Paukert J., Mikulecká Z., Kopelentová E., Šípová V., Alergologická ambulance
dětského oddělení, Oblastní nemocnice Kolín*

11. Vybrané epidemiologické a klinické charakteristiky invazivních
pneumokokových onemocnění v Plzeňském kraji v období 2008 - 2011,
možnosti očkování

Pazdiora P., Epidemiologie, KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni

12. Aspirovaná cizí tělesa

*Kordač P., Koblížek V., Chrobok V., Haas V., Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku,
Plícní klinika FN Hradec Králové*

14.55 - 15.15 Kávová přestávka

15.15 – 16.15 Varia a kasuistiky II.

Předsedající: Honomichlová H., Turzíkova J.

13. Izolovaná forma plicnej histiocytózy u 8 ročného chlapca

*Takáč B.¹, Kráľinský K.¹, Dluholucký S.¹, Petřík O.², Bubanská E.³, Omaník P.⁴,
Szépe P.⁵*

¹*II. Detská klinika SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika*

²*II. Klinika pediatrickej anestéziológie a intenzívnej medicíny SZU, Banská
Bystrica, Slovenská republika*

³*Klinika pediatrickej onkológie a hematológie SZU, Banská Bystrica, Slovenská
republika*

⁴*Klinika detskej chirurgie SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika*

⁵*Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika*

14. Čo všetko zvládne organizmus alebo aké sú rezervy kardiorespiračného
systému

*Jakubička J., Jakubičková D., Lábovská S., Klinika novorodencov detí a dorastu
FN Nitra, Slovenská republika*

15. Myths and facts about antibiotics mechanism of action and pharmacokinetics
versus pharmacodynamics in treatment of pneumonia yesterday and today

*Tesfaye H., Ústav klinické biochemie a patobiochemie, odd. klinické farmakologie,
2. LF UK a FNM, Praha*

16. Příběh rockové fanynky (kazuistika)

Chládková J. et al., Dětská klinika LF a FN Hradec Králové

16.15 Zakončení konference

ABSTRAKTA

1. TROMBOEMBOLICKÁ CHOROBA A DĚTSKÁ PLÍCE

Turzíková J.¹, Pohl J.²

¹*Dětské oddělení Nemocnice na Bulovce, Praha*

²*Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a TN, Praha*

Tromboembolická choroba u dětí, stejně jako u dospělých, je závažný život ohrožující stav. V dětském věku se vyskytuje vzácně. Incidence se v dětské populaci pohybuje mezi 0,14-0,86/100 000 za rok. Rozpoznání tohoto stavu není snadné, často je diagnóza stanovena se značným zpožděním. Mezi rizikové faktory přispívající k rozvoji flebotrombózy patří trauma, delší imobilita po chirurgickém výkonu, infekce, autoimunita, hypovolemie, obezita, vrozená srdeční vada, nádorové onemocnění (zejména akutní lymfoblastická leukemie), centrální žilní katétr apod. U dospívajících dívek je dalším rizikovým faktorem užívání antikoncepce. Incidence tromboembolické příhody je u žen, které neužívají hormonální antikoncepci 5/100000 za rok, při užívání hormonální antikoncepce incidence výrazně stoupá na 15-25/100 000. U tromboembolické nemoci u dětí a dospělých do 50 let věku je třeba vždy pátrat po genetické příčině-trombofilii (deficience proteinu C, S, antitrombinu, mutaci faktoru V-Leiden apod). V posledních letech jsme zaznamenali u hospitalizovaných pacientů vyšší výskyt flebotrombóz a plicní embolizace právě u dospívajících dívek užívajících hormonální antikoncepci. Obvykle antikoncepce nebývá jedinou příčinou problému, mimo trombofilii jsou často přítomny i jiné rizikové faktory. Informovanost dívek a jejich rodičů o možných rizicích spojených s užíváním antikoncepce je v současné době ze strany pediatrii i gynekologů nedostatečná, jsou snahy o zlepšení tohoto stavu, dětskými hematology je navrhováno podrobně informovat rodinu při 13- leté preventivní prohlídce. Prezentujeme několik kazuistik dětí a adolescentů s tromboembolickou nemocí z posledních 3 let.

2. PORUCHY DÝCHÁNÍ U DĚTÍ S NERVOSVALOVÝMI NEMOCEMI Z POHLEDU NEUROLOGA

Haberlová J.

Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Vrozená nervosvalová onemocnění se prevalencí řadí mezi vzácná onemocnění (Orphan disease prevalence nižší jak 1:2000). Ve většině případů se jedná o t.č. kauzálně neléčitelná onemocnění s chronickou progresí, která výrazně snižují kvalitu života a často i zkracují dobu dožití. Mezi nejčastější typy vrozených nervosvalových onemocnění dětí se řadí periferní motoricko-senzitivní neuropatie tzv. choroba Charcot-Marie-Tooth (prevalence 1:2500), svalová dystrofie typ Duchenne (DMD) (incidence 1:35000 nově narozených chlapců), spinální svalová atrofie (SMA) (prevalence 1: 10 000). Počet dětských pacientů s těmito nemocemi v ČR není přesně znám, dle literatury se dá předpokládat 700-1000 pacientů.

Tíže oslabení dýchacích svalů u nervosvalových nemocí se liší dle diagnózy. Podstatnou roli hraje u diagnóz - svalová dystrofie typ Duchenne/Beker (55-90% dětí umírá na komplikace oslabení dýchacích svalů, umělá plicní ventilace prodlužuje dobu dožití až o 10 let), spinální svalová atrofie, u méně častých nemocí z okruhu kongenitálních myopatií a svalových dystrofií (CMD), vzácně i u časných forem CMT.

Péče o dechové funkce u těchto diagnóz je zahrnuta do mezinárodně uznávaných standardů péče (Standardy péče o pacienty s DMD, SMA, CMD). Důležité je včasné rozpoznání noční hyposaturace a zahájení neinvazivní dechové podpory. Screening dechových funkcí lze obecně shrnout do základních pravidel: pacienti schopní samostatné chůze by měli mít vyšetřeny základní plicní fce (FVC) min. 1x ročně, nechodící pacienti by měli mít vyšetřeny plicní fce podrobněji (FVC, PCF, klidová saturace, event. pCO₂, v indikovaných případech monitorace saturace během spánku event. polysomnografie) každých 6 měsíců. Kromě screeningu dechových fcí je důležitá i dechová rehabilitace, manuální a mechanické odkašlávání, preventivní vakcinace (Pneumokok a každoroční imunizace proti chřipce) a včasné nasazení atb u infekcí (při pozitivní kultivaci event. při poklesu saturace pod 95 % i při nejasném agens).

I přes jasný klinický efekt péče o dechové fce velká část pacientů s nervosvalovými nemocemi je dle mých zkušeností zpočátku ve sledování pouze neurologa, screeningové vyšetření dechových funkcí je spíše vzácností, péče pneumologa je většinou zahájena až po akutních komplikacích dechové nedostatečnosti.

Podpořeno projektem koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203.

3. INTERSTICIÁLNÍ PLICNÍ PROCESY U DĚTÍ

Svobodová T., Pohunek P.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FNM, Praha

Intersticiální plicní onemocnění, nazývaná též difúzní onemocnění plicního parenchymu, jsou heterogenní skupinou chronických plicních onemocnění charakterizovaných zhoršením transferu plynů přes alveolokapilární membránu, radiologicky prokazatelnými difúzními infiltrativními plicními změnami a rozvojem restriktivní poruchy ventilace. V dětském věku jde o vzácná onemocnění, která mohou zůstat dlouho nerozpoznána a u nichž stále existuje řada rozpaků v oblasti klasifikace a s tím souvisejících léčebných možností. Prognóza těchto procesů u dětí je velmi variabilní a neodpovídá vždy aktuálně prokazatelnému plicnímu poškození.

Cílem této prezentace je předložit současný pohled na klasifikaci a diagnostiku dětských intersticiálních plicních procesů, zejména s ohledem na intersticiální plicní procesy v útlém dětském věku, jejich vzájemné souvislosti a předpokládané souvislosti s onemocněním dospělých.

Velmi vzácně jsme se v našem souboru setkávali s akutně probíhajícími stavy. Zkušenosti z našeho pracoviště ukazují, že tyto stavy byly buď virové etiologie nebo stavy odpovídající akutnímu alveolárnímu krvácení.

5. SPECIFIKA HRCT VYŠETŘENÍ U DĚTSKÝCH PACIENTŮ

Dvořáková M.

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

Vysoce rozlišující výpočetní tomografie (HRCT) plic je velmi přínosnou metodou při hodnocení akutních a chronických intersticiálních plicních onemocnění u dětí. Oproti klasickému RTG snímku odpadá sumace struktur. Pro získání kvalitního hodnotitelného HRCT obrazu musí být dodržena standardní metodika vyšetření v maximálním nádechu a je-li potřeba i ve výdechu. Algoritmus HRCT vyšetření difúzních plicních procesů u dětských pacientů musí vycházet ze schopností spolupráce dětského pacienta. Vyšetřování nespolupracujících dětí je zatíženo dechovými a pohybovými artefakty, nepřinese lepší výsledky než klasické CT plic. Vyšetření velmi malých dětí vyžadujících anestezii, je nutno provádět v arteficiálním nádechu a eventuálně i výdechu za spolupráce se zkušeným anesteziologem. První vyšetření u pacienta s nestanovenou diagnózou je vhodné provést v helikálním modu. Kontrolní vyšetření u pacientů se známou diagnózou je žádoucí provádět v sekvenčním modu a při využití technik s redukovanou radiační zátěží (low dose).

Terminologie popisů HRCT nálezů se neliší od dospělých. V dětském věku v různých věkových kategoriích se setkáváme s poněkud jinou škálou onemocnění, ale s vyšším věkem se můžeme setkat i s entitami dospělého věku.

Pro všechny věkové kategorie platí, že HRCT obraz je značně nespecifický a pro upřesnění diferenciální diagnostiky je nutná znalost anamnestických dat a zejména spolupráce zkušeného pneumologa, patologa a radiologa. Jen některé HRCT obrazy se dají považovat za patognomické.

6. CT HRUDNÍKU U DĚTÍ

Kynčl M.

Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FNM, Praha

Autoři ve svém sdělení CT (komputerová tomografie) hrudníku u dětí uvádějí základní indikace a indikační kritéria CT vyšetření dětí, od vrozených anomálií hrudníku a plic až po získaná onemocnění. Zatímco většina zobrazení centrálního nervového systému (CNS), měkkých tkání a nitrobřišních orgánů a retroperitonea u dětí se přesouvá na pole diagnostiky ultrazvuku (UZ) a magnetické rezonance (MR), detailnější zobrazení struktury plic zůstává stále dominantní pomocí CT. Za dodržení všech pravidel ohledně low dose techniky vyšetření a principů ALARA (as low as reasonably achievable) se CT plic a hrudníku u dětí i za cenu vyšší obdržené dávky ionizujícího záření stává v přesně indikovaných případech velmi platnou diagnostickou metodou. CT pomáhá doplňovat diagnostickou mozaiku při odhalování anomálií průběhu bronchů, vrozených vývojových vad plic, cévních anomálií. Intersticiální plicní procesy jsou vhodné pro diagnostické zobrazení vysokorozlišovacím programem CT (HRCT) plic. Moderní softwarové postupy umožňují nejrůznější prostorové 3D rekonstrukce pro lepší anatomické znázornění

patologií hrudníku a plic, dalším technickým zpracováním nasbíraných dat jsme v moderním zobrazení schopni virtuálních pohledů do lumina bronchů i cév hrudníku. Klíčová slova: komputerní tomografie, diagnostické zobrazení, hrudník, plíce.

7. ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ HRUDNÍKU V DĚTSKÉM VĚKU

Mrázková L.

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

Patologické stavy hrudníku v dětském věku jsou zcela specifické jednotky a zvláště u novorozenců, kojenců a mladších dětí jsou odlišné od patologických změn hrudníku dospělých pacientů. V pediatrické diagnostice se všeobecně snažíme pacienty vyšetřovat pomocí takových zobrazovacích modalit, které nevyužívají rentgenové záření, tedy ultrasonograficky a pomocí magnetické rezonance, jelikož rentgenového záření stále představuje pro dětské pacienty významné riziko pozdních následků.

Ultrasonografie je prakticky metodou první volby v pediatrickém zobrazování všeobecně, u patologii hrudníku velmi často pomůže i stanovit definitivní diagnózu.

V posledních čtyřech letech jsme na naší klinice provedli zhruba 3200 ultrasonografických vyšetření hrudníku. Setkáváme se s širokým spektrem hlavních typů hrudních patologií – patologií vrozených a získaných. Nejčastěji se setkáváme s zánětlivými změnami, dále kromě i relativně častých nádorových onemocnění však vidáme i vzácnější diagnózy, jako jsou vrozené brániční kýly či plicní sekvestrace. Téměř 78% z definitivních diagnóz bývá vysloveno již na základě provedené ultrasonografie.

U vyšetření hrudníku u dětí lze s výhodou použít vysokofrekvenční ultrazvukové sondy /až 18 MHz/ s vysokým rozlišením obrazu, a to i hlubších nitrohrudních struktur. Zvláště charakter pleurálních výpotků je možno stanovit právě na základě jeho hodnocení pomocí ultrasonografie, což ovlivňuje výběr optimální terapie. Díky dobré spolupráci mezi diagnostiky a kliniky je možné eliminovat zátěžová vyšetření /RTG, CT/ nebo vyšetření, která je u menších dětí nutno provádět v celkové anestézii /CT,MR/.

8. BRONCHOPULMONÁLNÍ DYSPLÁZIE A WHEEZING

Kopřiva F.

Dětská klinika FN a LF UP, Olomouc

Bronchopulmonální dysplázie je definována klinicky jako závislost na kyslíku nebo ventilační podpoře přetrvávající v 36. týdnu gestačního stáří. V dnešní době se objevuje téměř jen u nedonošených dětí s porodní hmotností nižší než 1000 g.

Klasická bronchopulmonální dysplázie byla popsána v roce 1967 jako těžké poškození plic způsobené toxicitou vysokých koncentrací kyslíku a barotraumatem při déletrvající agresivní mechanické ventilaci užitě k léčbě syndromu respirační tísně novorozenců.

Tzv. nová bronchopulmonální dysplázie se datuje s vývojem šetrnějších technik

umělé plicní ventilace, podáváním surfaktantu a prenatálním podáváním kortikoidů matkám, je charakterizována redukcí alveolárního růstu (strukturálně jsou plicní sklípky jednodušší a zvětšené), sníženou vaskularizací, v intersticiu je méně výrazná celulizace a fibroprodukce.

Předčasně narozené děti, děti s chronickým plicním onemocněním, děti s vrozenými srdečními vadami a děti s poruchami imunity mají zvýšené riziko těžkého průběhu RSV infekce. Významným způsobem se podílí neurogenní zábnět na probíhající zánětlivé odpovědi.

Jak BPD i infekce narušují vývoje a reparaci. Pro přirozenou reparaci dýchacích cest má zásadní význam interakce mezi epitelem a buňkami mezenchymu, například fibroblasty. Abnormální odpověď této epiteliálně-mezenchymální trofické jednotky je považována za klíčovou pro patologii a wheezing. Inhalační kortikoidy u predisponovaných jedinců by mohly omezit nezvratné změny a poruchy vývoje plicní tkáně.

9. KOSTNÍ KOMPLIKACE PO BCG VAKCINACI

Křepela K., Pohl J., Vančíková Z.

Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a TN, Praha

Výskyt výhradně u očkováných hned po porodu. Vznik hematogenní diseminací z místa očkování a pomnožením v kostní dřeni. Časový interval 4-144 měsíců. Histologické vyšetření prokáže specifickou tkáň, bakteriologicky se daří ověřit polovina případů. Většinou lokalizace v jediné kosti, častěji postiženy dlouhé kosti, páteř, žebra, klíční kost, nejméně často ploché kosti pánve a lebky. Za období 31 let (1980-2011) 62 případů, častěji postižení chlapci (36:26). Klinicky plíživé příznaky, omezení hybnosti, bolestivost při palpaci, otok, subfebrilie až horečky. Laboratorně zvýšené zánětlivé parametry (FW, Le+) mírného stupně. Tuberkulinový test slabě pozitivní nebo negativní. Defekt imunity nebývá přítomen. V léčbě většinou vystačí kombinace Nidrazidu a Rifampicinu po dobu 9-12 měsíců. Trvalé následky jsou vzácné (omezení hybnosti, zkrácení končetiny). Uvedena kazuistika roční holčičky s BCG coxitidou, vyvolanou multirezistentním kmenem BCG vakciny, kde rezistence vznikla až v těle dítěte před nasazením léčby. Vlastní očkovací kmen rezistenci neprokázal.

10. NEJEDNALO SE O ASTMA ...

Paukert J., Mikulecká Z., Kopelentová E., Šípová V.

Alergologická ambulance dětského oddělení, Oblastní nemocnice Kolín

Kazuistika záchytu dg. SCID u pětíměsíčního kojence odeslaného pro podezření na kojenecké bronchiální astma. U pacienta nebyly vyjádřeny varovné klinické ani laboratorní příznaky, které by mohly vést k časnější diagnóze. Během několika dní byl pacient předán na specializované pracoviště FN Motol, kde byla dg. Potvrzena, určen T-B+NK- X linked SCID. Indikován k provedení TKD. Přes komplexní léčbu pacient umírá ve věku sedmi měsíců v důsledku respiračního selhání při pneumocystové pneumonii.

11. VYBRANÉ EPIDEMIOLOGICKÉ A KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY INVAZIVNÍCH PNEUMOKOKOVÝCH ONEMOCNĚNÍ V PLZEŇSKÉM KRAJI V OBDOBÍ 2008 - 2011, MOŽNOSTI OČKOVÁNÍ

Pazdiora P.

Epidemiologie, KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni

V období 2008-2011 bylo v Plzeňském kraji hlášeno 119 invazivních pneumokokových onemocnění (IPO), pouze 13 (10,9 %) bylo ve věku do 15 let. Z celkového počtu onemocnění proběhlo klinicky jako pneumonie 68, septikémie 37, meningitida 14; 12 osob zemřelo (10,1 %). Průměrný věk nemocných byl 54,9 let, mezi nemocnými převažovali muži (58,8 %). U 115 onemocnění byla zajištěna sérotypizace prokázaných pneumokoků, nejčastěji byly prokázány sérotypy 3, 4 a 1. Teoretické pokrytí cirkulujících sérotypů registrovanými vakcínami se pohybovalo mezi 51,3 % (Synflorix) – 87,0 % (Pneumo 23). Mezi nejčastěji zjištěné rizikové faktory patřil věk 65 let a výše, nikotinismus, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, nádorové onemocnění. V anamnéze 1 nemocného dítěte byl údaj o předchozím očkování proti pneumokokovým infekcím. Pročkovanosť dětí narozených od srpna 2009 se pohybuje nad 98 %, postupně se stírají rozdíly mezi jednotlivými okresy vzniklé při nadstandardním očkování proti IPO. Léčba na jednotlivých lůžkových odděleních si vyžádala 13,6 miliónu Kč, přímé náklady na léčbu jednoho nemocného 116 541 Kč.

Celkové údaje o nemocnosti na IPO jsou nepochybně podhodnoceny, pro objektivní poznání situace je nezbytné provádět častěji hemokultivaci a zlepšit spolupráci mezi klinickými pracovišti, epidemiology a mikrobiology. Vzhledem k současné převaze onemocnění mezi dospělými je žádoucí propagovat očkování nejen dospělých, ale pro vznik kolektivní imunity je žádoucí i co nejvyšší proočkovanosť dětí vakcínami s co největším pokrytím cirkulujících sérotypů.

12. ASPIROVANÁ CIZÍ TĚLESA

Kordač P., Chrobok V., Haas V.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN Hradec Králové

Aspirované cizí těleso je nebezpečná náhlá příhoda, která může vést k dušnosti až asfyxii. Autoři prezentují soubor 229 pacientů, kteří v letech 1985-2011 podstoupili na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku v Hradci Králové bronchoskopické vyšetření. U 124 pacientů bylo cizí těleso z dolních dýchacích cest odstraněno. Nejčastěji šlo o vegetabilní cizí těleso. V závěru autoři potvrzují v daném souboru i ve shodě s literaturou, že až 80% aspirovaných cizích těles se vyskytuje v dětském věku.

13. IZOLOVANÁ FORMA PĽÚCNEJ HISTIOCYTÓZY U 8 ROČNÉHO CHLAPCA

Takáč B.¹, Kráľinský K.¹, Dluholucký S.¹, Petřík O.², Bubanská E.³, Omaník P.⁴, Szépe P.⁵

¹II. Detská klinika SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika

²II. Klinika pediatrickej anestéziológie a intenzívnej medicíny SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika

³Klinika pediatrickej onkológie a hematológie SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika

⁴Klinika detskej chirurgie SZU, Banská Bystrica, Slovenská republika

⁵Ústav patologickej anatómie JLF UK a MFN, Martin, Slovenská republika

Izolovaná forma pľúcnej histiocytózy z Langerhansových buniek /LCH/ je raritné difúzne ochorenie pľúcneho parenchýmu. Typické sú početné cystické zmeny pľúc, obštrukcia dýchacích ciest, spontánne a často recidivujúce pneumotoraxy. Ochorenie je asociované s fajčením. Autori prezentujú kazuistiku 8 ročného chlapca s izolovanou pľúcnou formou histiocytózy X. Jedná sa o dieťa s doteraz primeraným psychomotorickým vývojom, bez respiračných problémov, s nízkou chorobnosťou. Hospitalizovaný pre náhle vzniknuté dyspnoe, na CT pľúc bilaterálne cystické postihnutie s pneumothoraxom. Vzhľadom na neprítomnosť iných prejavov LCH (pacient je bez hepatosplenomegálie, lymfadenopatie, kožného, neurologického a RTG postihnúť) sťažená diagnostika ochorenia. Diagnóza stanovená definitívne na základe histologického vyšetrenia. Dieťa liečené podľa protokolu LCH III - Skupina 1 - Multisystem „Risk“ patients, rameno B. Pre recidivujúce tenzné bilaterálne pneumothoraxy dlhodobo ponechaný hrudný drén.

14. ČO VŠETKO ZVLÁDNE ORGANIZMUS ALEBO AKÉ SÚ REZERVY KARDIORESPIRAČNÉHO SYSTÉMU

Jakubička J., Jakubičková D., Lábovská S.

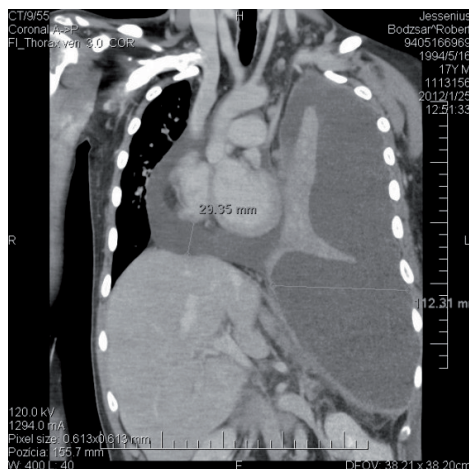
Klinika novorodencov detí a dorastu, Fakultná nemocnica Nitra, Slovenská republika

Autori v prezentácii opisujú ťažký priebeh pneumónie u 17 ročného pacienta s základnou diagnózou morbus Down. Pacient bol preložený na klinické pracovisko do 24 hodín zo spádovej nemocnice, kde bol pôvodne prijatý pre obojstrannú bronchopneumóniu a respiračnú insuficienciu. Pri prijatí na klinické pracovisko dominovala porucha vedomia, dyspnoe, cyanóza, prebiehajúca na teréne morbus Down a spastickej kvadruparézy. V laboratorných parametroch dominovala vysoká zápalová aktivita /CRP 237 mg/l, prokalcitonín 11 ng/ml/, vysoká hladina močoviny 18 mmol/l, hyperurikémia 828 umol/l, hypoalbuminémia, 25g/l, D Dimer 10 000, retencia pCO₂ a hypoxia.

V RTG obraze dominoval bilaterálne pneumonický nález, pričom cele ľavé pľúcne krídlo bolo homogénne zatienené a bol výrazný presun mediastína do prava. Realizované CT potvrdilo klinické suspícium v smere rozsiahleho fluidothoraxu, prekvapujúci bol obraz úplne kolabovaných pľúc vľavo / imitujúci pneumothorax/, a rozsiahly fluidoperikard.

U pacienta pri kompletnej farmakologickej liečbe bola postupne realizovaná pleurálna drenáž s aktívnym odsávaním s postupným odsatím 2 600 ml purulentného obsahu, perikardiocentéza s zavedením drénu do perikardu s postupným odsatím 350 ml

exsudátu, ďalší priebeh bol komplikovaný rozvíjajúcou sa sepsou, ťažkou poliekovou /antiepileptiká v.s./ hepatopatiou s postupnou stabilizáciou klinického stavu. Až neuveriteľný rozsah fluidothoraxu, fluidoperikardu, bilaterálnej pneumónie vznikajúcej na teréne chronických pľúcnych zmien a pri základnom postihnutí morbus Down, s epilepsiou a kvadruspasticitou pacient zvládol bez potreby UPV. Zvládnutie tak rozsiahleho nálezu svedčí pre až nepochopiteľné funkčné a adaptačné schopnosti detského organizmu.



15. MYTHS AND FACTS ABOUT ANTIBIOTICS MECHANISM OF ACTION AND PHARMACOKINETICS VERSUS PHARMACODYNAMICS IN TREATMENT OF PNEUMONIA YESTERDAY AND TODAY

Tesfaye H.

Ústav klinické biochemie a patobiochemie, odd. klinické farmakologie, 2. LF UK a FNM, Praha

As most of things in science, the discovery of one of the most important armaments of macro organisms against attacks by microorganisms, antibiotics was also by chance. The contamination of Fleming's experimental dish by the fungus from the genus *Penicillium* appeared to lead him to the discovery of penicillin. Ever the first synthetic antibiotic Sulphonamide was observed to be effective not only as bacteriosatic, but also as hypoglycaemic agents. However, our knowledge about these agents seems to be some what stagnated until recently. Some anecdotal recommendations on doses and frequencies are so unequivocal that it really deserves academic and logical discussions. Recent studies declare that higher doses are more effective and even may restrict resistance against penicillin, whereas some others did not show significant differences based on doses. The aim of this presentation is to confront pro and contra new and old ideas on the optimal use of antibiotics in general and in pneumonia in particular, emphasizing pharmacokinetic and pharmacodynamic relationship as a very critical concern to provide more evidence based medical care to patients.

16. PŘÍBĚH ROCKOVÉ FANYNKY (KAZUISTIKA)

Chládková J., Minxová L., Lukeš A., Albahri Z.

Dětská klinika LF a FN Hradec Králové

16letá dívka byla přijata na Neurologickou kliniku pro náhle vzniklou bolest v levé kyčli a pravé podkolenní jamce s brněním celé pravé dolní končetiny. Tyto obtíže, které jí bránily v chůzi, se objevily dva dny po účasti na rockovém koncertě, kde po celý večer tančila. Od 15 let byla pro středně těžké perzistující atopické průduškové astma léčena adekvátní dávkou inhalačních kortikosteroidů. I když dodržovala léčebný režim, astma bylo pod nedostatečnou kontrolou. Pro alergickou rýmu s významnou nosní obstrukcí užívala nepravidelně perorální antihistaminikum. V laboratorních výsledcích byla nápadná eozinofilie, která se prohlubovala (až 46% eozinofilů v dif. rozpočtu leukocytů). Neurologové onemocnění uzavřeli jako periferní polyneuropatii dolních končetin a vzhledem k průkazu zánětlivého poškození srdce vyslovili podezření na systémový lupus erythematoses. Po přeložení dívky na Dětskou kliniku byl přehodnocen klinický obraz a výsledky laboratorních vyšetření. Onemocnění splňovalo diagnostická kritéria syndromu Churga a Straussově (systémové onemocnění s astmatem, chronickou rinosinusitidou, eozinofilií a orgánovým poškozením-periferní polyneuropatie a zánětlivé poškození srdce). HRCT hrudníku prokázalo diskrétní infiltráty o denzitě mléčného skla periferně v dolních plicních lalocích. Byla zahájena komplexní terapie (imunosupresivní farmakoterapie, rehabilitace a psychoterapie). Na počátku byla dívka léčena pulzy methylprednisolonu a následně jeho perorální formou ve snižující se dávce (32 mg...4 mg). Vzhledem k prognosticky nepříznivému kardiálnímu poškození dostala i 6 pulzů cyklofosfamidu. Došlo k potlačení aktivity onemocnění. V současné době užívá nízkou denní dávku methylprednisolonu (4 mg), inhalační flutikazon propionát (500 mikrogramů denně), nazální flutikazon furoát (55 mikrogramů denně) a levocetirizin (5 mg). Klinický stav pacientky je dobrý, nemá žádné příznaky onemocnění a objektivní nálezy jsou příznivé, což jí umožnilo vrátit se k rekreační sportovní činnosti.

Syndrom byl poprvé popsán v roce 1951 Švédý Jakobem Churgem a Lotte Straussovou, kteří ho charakterizovali jako granulomatózní variantu nodózní polyarteritidy s výraznými eozinofilními infiltráty ve stěně malých cév a perivaskulární tkáni. Na rozdíl od nodózní polyarteritidy syndrom postihuje spíše cévy malého kalibru a klinicky souvisí s průduškovým astmatem. Manifestuje se zpravidla ve věku 35-45 let. Byl ale popsán i u mladších školních dětí a dokonce i u kojenců. Klinický obraz kolísá od lehkých forem až po těžké stavy, které ohrožují pacienty na životě. Etiopatogeneze onemocnění nebyla dosud objasněna. Mezi diagnostická kritéria syndromu Churga a Straussově patří průduškové astma, eozinofilie (více než 10% eozinofilů v dif. rozpočtu), neuropatie, prchavé plicní infiltráty, chronická rinosinusitida a nosní polypy a histologický nálezy extravaskulárních eozinofilních infiltrátů. Podle Americké revmatologické společnosti při splnění 4 a více diagnostických kritérií je senzitivita 85% a specifická 99,7%. Rozlišují se tři stadia onemocnění - alergické, hypereozinofilní a stádium systémové vaskulitidy. Pro prognózu má zásadní význam včasné stanovení diagnózy a zahájení farmakoterapie s cílem potlačit aktivitu onemocnění a zabránit rozvoji systémové vaskulitidy. Kauzální léčba neexistuje. U alergického a hypereozinofilního stadia se používají perorální

kortikosteroidy (např. methylprednisolon v denní dávce 40-80 mg, která se postupně snižuje až na nejnižší účinnou dávku). U pacientů s vaskulitidou a těžkým průběhem se používá kombinace kortikosteroidů s cytostatiky (především i.v. cyklofosamid 6 nebo 12 pulzů v dávce 10 mg/kg v intervalu 4 týdnů). Příznivý účinek má i biologická léčba (např. anti-TNF alfa, alfa-interferon, anti-CD 20 a anti - IL-5 protilátka). Kvalita života správně léčených pacientů se zlepšuje a délka jejich života se prodloužila (5leté přežití u 75% pacientů). Mezi časné příčiny úmrtí patří kardiální selhání a GIT komplikace, zatímco k pozdním příčinám se řadí globální respirační insuficience a krvácení do CNS.

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.

REJSTŘÍK

Abstrakt č.	Jméno	Město	Strana
16	Albahri Z.	Hradec Králové	14
13	Bubanská E.	Banská Bystrica, Slovenská republika	12
13	Dluholucký S.	Banská Bystrica, Slovenská republika	12
5	Dvořáková M.	Praha	8
12	Haas V.	Hradec Králové	11
2	Haberlová J.	Praha	6
16	Chládková J.	Hradec Králové	14
12	Chrobok V.	Hradec Králové	11
14	Jakubička J.	Nitra, Slovenská republika	12
14	Jakubičková D.	Nitra, Slovenská republika	12
10	Kopelentová E.	Kolín	10
8	Kopřiva F.	Praha	9
12	Kordač P.	Hradec Králové	11
13	Králinský K.	Banská Bystrica, Slovenská republika	12
9	Křepela K.	Praha	10
6	Kynčl M.	Praha	8
14	Lábovská S.	Nitra, Slovenská republika	12
16	Lukeš A.	Hradec Králové	14
10	Mikulecká Z.	Kolín	10
16	Minxová L.	Hradec Králové	14
7	Mrázková L.	Praha	9
13	Omaník P.	Banská Bystrica, Slovenská republika	12
10	Paukert J.	Kolín	10
11	Pazdiora P.	Plzeň	11
13	Petrík O.	Banská Bystrica, Slovenská republika	12
1, 9	Pohl J.	Praha	6, 10
3	Pohunek P.	Praha	7
3	Svobodová T.	Praha	7
13	Szépe P.	Martin Slovenská republika	12
10	Šípová V.	Kolín	10
13	Takáč B.	Banská Bystrica, Slovenská republika	12
15	Tesfaye H.	Praha	13
1	Turžíková J.	Praha	6
9	Vančíková Z.	Praha	10