

Slovenská
pediatrická
spoločnosť SLS



Univerzita Pavla J. Šafárika
Lekárska fakulta
v Košiciach



Detská fakultná
nemocnica
v Košiciach



Klinika detí
a dorastu
UPJŠ LF a DFN



36. konferencia Kliniky detí a dorastu
UPJŠ LF a DFN
s medzinárodnou účasťou
a XII. Démantov deň

22. október 2020 Košice ♦ formou webinára



Prezident konferencie

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

Koordinátori vedeckého programu

Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD.

Prof. Dr. László Barkai, DSc.

Doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc.

MUDr. Juliana Ferenczová, PhD.

MUDr. Miroslava Petrášová, PhD.

MUDr. Kristína Kubejová, PhD.

MUDr. Róbert Ostró

Organizačný sekretariát

Progress CA, s.r.o.

Gabriela Šujanová

Krivá 18, 040 01 Košice

Tel.: +421 55 680 61 93

Fax.: +421 55 680 61 56

Email: gabriela.sujanova@progress.eu.sk

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

Libuša Herichová

Tr. SNP č. 1, 040 01 Košice

Mobil: 0911 519 438

tel.: +421 55 235 4132

VolP:(+421 55 234) 3414

Email: libusa.herichova@upjs.sk

Dôležité termíny

Abstrakty: do 15. 9. 2020 zasláť na e-mail: konferencia@progress.eu.sk



ODBORNÝ PROGRAM

Kuchta M.: Prof. Démant a prof. Šašinka - veľké osobnosti slovenskej pediatrie a ich pôsobenie v Košiciach

PNEUMOLÓGIA

60

1. **Macek M.:** Role genetického testovani v diagnostice a léčbě cystické fibrózy
2. **Barkai L.:** Asthma and obesity in childhood: co-existence or pathophysiological link?
3. **Feketeová A.:** Cystická fibróza a COVID 19
4. **Feketeová A.:** EPs 7630 v liečbe infekcií dýchacích ciest z pohľadu imunoalergológa (Schwabe)

GASTROENTEROLÓGIA

65

1. **Havličková Z., Michnová Z., Bánovčín P.:** Gastroezofágový reflux v detskom veku – odporúčania pre prax
2. **Petrášová M.:** Celiakia - staronová
3. **Tarcalová B.:** Orálna rehydratačná terapia u detí
4. **Kubejová K.:** Tekutinová liečba v pediatrii
5. **Ferenczová J.:** Úskalia výživy a nutričnej podpory z pohľadu endokrinológa

IMUNOLÓGIA

80

1. **Ostró R.:** Multisystémový zápalový syndróm u detí prechodne asociovaný s infekciou SARS-CoV-2
2. **Vargová V., Banóová E.:** Starostlivosť o detských reumatologických pacientov počas pandémie COVID-19
3. **Dankovčíková A.:** Čo vieme a čo tušíme, o tom, prečo vzniká diabetes I. typu
4. **Kaselyová L., Hurná S., Ostró R.:** Hypogamaglobulinémia v praxi pediatra
5. **Drobníáková S., Vargová V.:** Uveitída ako extraartikulárna komplikácia juvenilnej idiopatickej artritídy – retrospektívna analýza pacientov jedného centra
6. **Koľvek G.:** Atypický hemolyticko - uremický syndróm – diagnostika a liečba (Swixx)
7. **Ferenczová J.:** Endokrinologické komplikácie po onkologickej liečbe (Pfizer)

VYŠETROVACIE METÓDY V PEDIATRII

30

1. **Fajdelová M., Ferenczová J., Feketeová A., Vargová V.:** Kedy indikovať denzitometrické vyšetrenie v detskom veku
2. **Banóová E., Drobníáková S., Vargová V.:** Kapilaroskopia nechtového lôžka v pediatrii

AKÁ BOLA NAŠA DIAGNÓZA

60

1. **Miňová M., Zahorská A., Jarčuškova M.:** Prečo Dominika nevládala chodiť?
2. **Schuster A., Miňová M., Pribilincová Z., Doričková A.:** Bolesť hlavy – multifaktoriálny symptóm
3. **Miháliková P., Ostró R., Baloghová J.:** Hemangióm, dva hemangiómy alebo niečo úplne iné?
4. **Bileková T., Pálková L.:** Paréza plexus brachialis alebo ...?



ABSTRAKTÁ




PROF. DÉMANT A PROF. ŠAŠINKA - VEĽKÉ OSOBNOSTI SLOVENSKEJ PEDIATRIE A ICH PÔSOBENIE V KOŠICIACH

Kuchta M.

Klinika detí a dorastu UPJŠ LF a DFN

V tomto roku (2020) si pripomíname dve významné výročia, spojené s pediatriou vo východoslovenskom regióne a to nedožité **85. narodeniny** (3.6.1935) Prof. MUDr. A. M. Šašinku, DrSc. a **40 rokov od úmrtia** (1980) Prof. MUDr. Ferdinanda Démanta. A tak v intenciách slávneho výroku Sira Isaaca Newtona: „Ak som videl ďalej, bolo to preto, že som stál na pleciah obrov...“, by sme chceli priblížiť niekoľko dôležitých faktov o týchto dvoch významných osobnostiach, ktoré pôsobili v Košiciach a výrazne ovplyvnili vývoj, organizáciu a úroveň pediatrie, nielen v našom regióne. Pre ilustráciu, je vhodné pripomenúť aké boli východiská starostlivosti o dieťa v regióne východného Slovenska na konci XIX. a začiatku XX. storočia: neboli tu žiadne špeciálne priestory pre pediatriu, neboli tu odborné kádre, neexistovala inštitucionalizácia pediatrie, nebola žiadna tradícia a táto oblasť bola najzaostalejšou v bývalej ČSR. Dojčenská úmrtnosť dosahovala do 150 %. Až v roku 1924 sa otvorila Štátna nemocnica na Rastislavovej ulici v Košiciach a organizovaná lôžková zdravotná starostlivosť sa datuje až zriadením prvého Detského oddelenia Štátnej nemocnice v Košiciach v roku 1924 v tejto nemocnici. Prvým primárom oddelenia bol MUDr. Ferdinand Démant. Starostlivosť o dieťa bola v našom regióne do roku 1945 na len bazálnej úrovni. Medzníkom pre skvalitnenie starostlivosti o deti východoslovenského regiónu bolo zriadenie Lekárskej fakulty v Košiciach v roku 1948, ktorá bola pobočkou Univerzity Komenského v Bratislave. Súčasne z detského oddelenia vzniká detská klinika. 1. 10. 1950 sa detská klinika presťahovala do adaptovaných priestorov na Kuzmányho ulici. Prvým prednostom detskej kliniky od jej založenia v roku 1948 do roku 1976 bol prof. MUDr. Ferdinand Démant (*1911 Budapešť – †1980 Košice). Študoval na Lekárskej fakulte Karlovej Univerzity v Prahe, kde promoval v roku 1935. V rokoch 1950–1952 bol dekanom Lekárskej fakulty v Košiciach. Profesor Démant významne prispel k rozvoju zdravotníckej starostlivosti o deti v regióne východného Slovenska. Veľkú aktivitu vyvíjal aj v medzinárodných organizáciách, napr. od roku 1961 bol členom Československej komisie pre spoluprácu s UNESCO. Bol jedným zo zakladajúcich členov, neskôr i člen výboru European Society for Pediatric Nephrology (ESPN). Stal sa čestným členom pediatrických spoločností vo Francúzsku a v Nemecku. V roku 1951 vzniká samostatná Katedra starostlivosti o ženu a dieťa v roku 1951, tiež aj oddelenie TBC (45 lôžok), v roku 1958 novostavba posluchárne a laboratórií, 1965 dostavby detskej neurológie, ďalších ambulancií a laboratórií. Aj z hore uvedených faktov je možné dedukovať, že najvýznamnejšou osobnosťou, ktorá doposiaľ pôsobila v organizácii detského lekárstva vo východoslovenskom regióne bol prof. MUDr. *Ferdinand Démant*, ktorý bol symbolom lekára, pediatra, organizátora, vedca, a najmä učiteľa... Aj na jeho počesť a vznikla tradícia Konferencií kliniky detí a dorastu LF UPJŠ (založené v roku 1985), ktorá dnes píše XXXVI. ročník a najmä tradícia Démantovho dňa (založené 2009) s jeho aktuálnym XII. ročníkom.

Významné osobnosti slovenskej medicíny považujú prof. Šašinku za zakladateľa slovenskej detskej nefrológie,



ktorý vychoval celú generáciu vysoko erudovaných pediatriov, ktorí zastávajú zodpovedné a vedúce miesta v tomto odbore nielen na Slovensku. Jeho žiaci i detskí pacienti mali to šťastie, že v 1991 prijal ponuku LF UPJŠ v Košiciach na miesto prednostu Detskej kliniky FNŠP a LF UPJŠ a v tejto funkcii zotrval až do r. 1999. Okrem toho, že bol vedúci redaktor časopisu Lekársky obzor, odborný redaktor Detského lekára a Peditria (Bratisl.), bol zástupca hlavného redaktora Československej pediatrie, bol aj školiteľom veľkého množstva aspirantov (ťažko zrátať) CSc./PhD., vychoval viacero docentov, 2 profesorov, bol oponentom nespočetného množstva dizertačných, habilitačných prác, i posudzovateľ inauguračných pokračovaní. Obdobie jeho pobytu v Košiciach bolo jeho najkreatívnejším obdobím. Klinika sa pod jeho vedením zaradila medzi špičkové pediatrické pracoviská, významným spôsobom prispel k pozdvihnutiu kvalitatívnej úrovne pediatrie na východnom Slovensku. Intenzívne sa koncentroval na výchovu študentov a mladých pracovníkov, z ktorých vedel vytvoriť skvelý a výkonný pracovný tím. Mimoriadne bohatá a skutočne obdivuhodná je aj jeho publikačná činnosť. Publikoval viac ako 400 prác v domácej aj v zahraničnej literatúre, bol autorom alebo spoluautorom viac ako 40 kníh. Tretie vydanie učebnice Peditria sa zrodilo za veľmi zložitých a smutných okolností. V roku 2019 († 4. 3. 2019) odišiel dlhoročný člen výboru SPS a slovenská medicína a československá pediatria tak stratili veľkú osobnosť, ktorá sa nezmazateľne zapísala do jej histórie i do povedomia jeho žiakov, kolegov, spolupracovníkov a priateľov, najmä tým, že celý život zasvätil medicíne a uzdravovaniu chorých detí. Dokončenie tretieho vydania Peditria je prejavom úcty všetkých spoluautorov, ako aj hlavných zostavovateľov zosnulým profesorom a súčasne naplnením ich odkazu nezištného šírenia poznatkov.

Na jeho počesť bol založený aj I. Šašínkov memoriál na 35. Celostátnej konferencii spoločnosti dorastového lekárstva a v roku 2020 bol prof. Šašínska uvedený do Dvorany slávy popredných osobností slovenskej medicíny.



PNEUMOLÓGIA



ROLE GENETICKÉHO TESTOVÁNÍ V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ CYSTICKÉ FIBRÓZY


Macek M.

Ústav biologie a lékařské genetiky, 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha, Česká republika

Milan.Macek.Jr@LFmotol.cuni.cz

Cystická fibróza (CF) je jedno z nejčastějších vzácných monogenních onemocnění způsobených variantami (dříve mutacemi) v genu CFTR. Dosud v tomto genu bylo nalezeno více než 2000 variant, z nichž však u pouze jedné pětiny byl jednoznačně stanoven jejich patogenetický a terapeutický potenciál. V této souvislosti projekt „Klinický a funkční překlad CFTR“ (www.CFTR2.org) představuje nový přístup ke klinické a funkční anotaci variant identifikovaných v genech způsobujících vzácná onemocnění. Informace o fenotypu a genotypu přibližně 60 000 pacientů z celého světa byly získány z registrů a velkých CF klinik. Závažnost onemocnění u nejčastěji hlášených mutací byla hodnocena pomocí vícestupňového procesu, který zahrnoval klinické (průměr koncentrací chloridů potu), funkční- (exprese v tkáňových kulturách) a epidemiologické studie (analýza mutací u obligátních heterozygotů). Výsledky tohoto komplexního procesu jsou dostupné na volně přístupné internetové stránce. Údaje pocházející z CFTR2





mohou být cenné v několika aspektech CF péče, včetně diagnostiky, skríníngu novorozenců, testování nosičů, genotypové/fenotypové korelace a mutačně specifických terapií pomoci modulače funkce CFTR proteinu. V posledním ohledu je poslední modalita projektu CFTR2 zásadní pro nastavení optimální léčby jednotlivých pacientů. V souhrnu CF představuje vzor pro další specifický výzkum zaměřeny na posouzení patogenetického potenciálu v lékařské genomice.

ASTHMA AND OBESITY IN CHILDHOOD: CO-EXISTANCE OR PATHOPHYSIOLOGICAL LINK?

Barkai L.

Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, UPJS Faculty of Medicine, Kosice

Epidemiology data show that asthma rate is higher in obese children and obesity is a risk factor for asthma. On the other hand obesity rate is higher in children with asthma and asthma proved to be risk factor for obesity. Indeed, there are several pathophysiology relations between body composition and lung function. Mechanic, immunology, metabolic, nutrition, microbiome, physical activity, psychologic and medication are pathways having influence on the course of both asthma and obesity. Furthermore, some shared genetic background could also be a link as shown by gene network analysis recently. However, prenatal factors (gestational age, intrauterine growth, maternal diet, infections, pollution, smoking) and postnatal events (breast feeding, growth patterns, pollution, tobacco, microbiome) are also implicated in the pathogenesis of both conditions.

There is a particular clinical picture of the obese asthma phenotype including more symptoms and exacerbations, increased severity, poorer disease control, lower quality of life, decreased response to medication, longer hospital stay and higher risk of mechanical ventilation. Nevertheless, similar consequences and comorbidities can be evolved in childhood asthma and obesity (sleep apnea, orthopedic problems, GER, metabolic syndrome, psychosocial and behavioral issues) need to be considered in the management. Due to these factors, the child with obese asthma needs specific therapeutic approach taking into account the common unresponsiveness to bronchodilator, increased requirement for controller medications, poorer steroid effectiveness and better response to LTR inhibitors. Weight management through multidisciplinary intervention is a crucial point including increasing physical activity and improving adherence to dietary guidelines. Currently, weight losing medications are allowed only in rare and very selected cases and bariatric surgery not recommended before 18 yrs of age.

In conclusion, more than simple co-existence exists between asthma and obesity. Bi-directional pathophysiology links are explored but causality is not clear. Systemic inflammation in obesity upregulating airway inflammation in asthma in combination with mechanical alterations of respiratory function play key role. Both obesity and asthma lead to decreased physical activity resulting in further deterioration of the conditions as a vicious circle. Patient susceptibility depends on the interaction with genetic, environmental, developmental, life style and clinical factors. Obese asthma phenotype conveys more severe disease and poorer response to treatment. Sufficient weight management and effective asthma control consist of key strategy for treatment. Further research and understanding of the obesity-asthma relationship is needed.

CYSTICKÁ FIBRÓZA A COVID 19

Feketeová A.

Klinika detí a dorastu DFN Košice

COVID-19 je ochorenie predstavujúce ťažký akútny respiračný syndróm vyvolaný novým koronavírusom SARS-CoV2. Ochorenie je vo väčšine prípadov asymptomatické, najmä u detí, alebo je jeho priebeh veľmi mierny. Naopak u niektorých pacientov je natolko závažný, že vyžaduje hospitalizáciu, náročnú liečbu a napriek tomu u rizikových pacientov môže byť smrteľné. U dospelých sú rizikové faktory zvyšujúce riziko závažnosti priebehu ochorenia známe, u detí sú komorbidity iné, najmä vrodené srdcové chyby, vrodené chyby respiračného traktu, imunokompromitovaní pacienti, alebo je iný jeho priebeh ako MIS-C (multisystémový zápalový syndróm).

Cystická fibróza (CF) je najčastejším geneticky podmieneným autozomálne recesívnym multiorgánovým letálnym ochorením. Príčinná porucha CFTR (transmembránový regulátor cystickej fibrózy) proteínu vedie k poruche regulácie iónov, najmä chloridov, k zníženiu množstva a kvality povrchovej tekutiny v dýchacích cestách s následnou poruchou mukociliárneho transportu, k stáze a obštrukcii dýchacích ciest hustým hlienom. Výsledkom je prehnaná zápalová reakcia a devastujúce poškodenie pľúc chronickou infekciou. Infekcia COVID-19 spúšťa rovnako nadmernú zápalovú reakciu a cytokínovú búrku, sepsu a ťažký akútny respiračný syndróm ohrozujúci život. Následkom oboch je respiračné zlyhanie, takže by sa dalo predpokladať, že kombinácia oboch má vyššie riziko závažného až letálneho priebehu. V súčasnosti však existujú teoretické dôvody, ktoré vysvetľujú opačnú tendenciu. Priebeh ochorenia je u pacientov s cystickou fibrózou miernejší, hoci sú k dispozícii zatiaľ len obmedzené údaje.

Od začiatku pandémie COVID-19 Európska spoločnosť pre cystickú fibrózu (ECFS) začala projekt zhromažďovania údajov o pacientoch s CF, ktorí sa nakazili SARS-Cov-2, potvrdenou PCR. Údaje o ochorení COVID-19 sa v európskom registri CF aktualizujú týždenne. Od začiatku pandémie bolo doteraz hlásených 162 pacientov s CF, ktorým sa potvrdilo ochorenie COVID-19, z toho bolo 36 pacientov vo veku do 18 rokov. 8 pacienti boli v kritickom stave hospitalizovaní na jednotke intenzívnej starostlivosti a 3 pacienti zomreli. Prekrývanie patofyziológie CF a COVID-19 infekcie a porozumenie interakcie medzi oboma chorobami môže priniesť nový prístup k budúcej liečbe.

GASTROENTEROLÓGIA

GASTROEZOFÁGOVÝ REFLUX V DETSKOM VEKU - ODPORÚČANIA PRE KLINICKÚ PRAX

Havlíčková Z., Michnová Z., Bánovčin P.

Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM, Martin, Slovensko

Manažment pacientov s gastroezofágovým refluxom patrí k častým problémom v pediatrickej praxi. Pestrá klinická symptomatológia v detskom veku môže viesť k nad-, ale aj poddiagnostikovaniu. Úvodne je vždy potrebné odlišiť, či sa jedná o fyziologické refluxné epizódy alebo o gastroezofágovú refluxovú chorobu



(GERD). Autori prezentujú aktuálne odporúčania diagnostiky a liečby GERD v detskom veku publikované v r. 2018 Európskou spoločnosťou pre pediatrickú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu (ESPGHAN) a Severoamerickou spoločnosťou pre pediatrickú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu. V dokumente je formulovaných 8 najvýznamnejších otázok zameraných na diagnostiku, liečbu a prognózu ochorenia. Bol vypracovaný osobitný algoritmus manažmentu detí do 1. roka a starších detí.

CELIAKIA – STARONOVÁ

Petrášová M.



Klinika detí a dorastu, UPIŠ LF a DFN Košice

Úvod: Celiakia je časté autoimunitné ochorenie s črevnými i systémovými príznakmi, vznikajúce u geneticky predisponovaných jedincov konzumujúcich lepok. Vyskytuje sa vo všetkých regiónoch sveta s narastajúcou incidenciou so stále pretrvávajúcim väčšinovým podielom nediagnostikovaných pacientov.

Cieľ práce: Existencia ESPGHAN (Európska spoločnosť pre detskú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu) odporúčaných postupov pri diagnostike celiakie z roku 2012 značne zjednodušuje dôkaz tejto diagnózy u detí a adolescentov, v jasne definovaných prípadoch dokonca s možnosťou vynechania duodenálnej biopsie. Po 7 rokoch prichádza ESPGHAN s obnovenými a rozšírenými odporúčaniami založenými na dôkazoch (EBM). Uvedená práca predstavuje recentne odporúčané postupy s cieľom oboznámiť s nimi čo najširšiu odbornú verejnosť.

Záver: Absolútnou podmienkou iniciácie diagnostického procesu je dostatočná záťaž lepkom. Základom diagnostiky ostáva vyšetrenie vysoko senzitivných a špecifických autoprotílátok proti transglutamináze typu 2 a celkového IgA. Kombinácia týchto dvoch testov sa ukazuje presnejšia ako kombinovanie iných vyšetrení. Za presne definovaných podmienok je metóda diagnostiky „bez biopsie“ dostatočne spoľahlivá. Prítomnosť klinických symptómov a vyšetovanie HLA už nie je nevyhnutnou súčasťou diagnostického algoritmu.

ORÁLNA REHYDRATAČNÁ TERAPIA U DETÍ

Tarcalová B.

Klinika detí a dorastu UPIŠ LF a DFN, Košice, Slovensko



Dehydratácia v dôsledku akútnej gastroenteritídy (AG) je významnou príčinou detskej morbidity a mortality. Základom liečby je rehydratácia s korekciou deficitu, hradením priebežných strát a krytím štandardnej dennej potreby tekutín. Pre optimálnu rehydratačnú stratégiu je kľúčové včasné a adekvátne zhodnotenie závažnosti dehydratácie.

Pri miernom alebo stredne závažnom stupni dehydratácie je preferovaná orálna rehydratačná terapia (ORT). Mnohé klinické štúdie dokumentujú jej efektívnosť porovnateľnú s parenterálnou liečbou, ale je lacnejšia, pre dieťa šetrnejšia a ľahšie aplikovateľná aj v domácich podmienkach. Je spojená s kratšou dobou hospitalizácie a nižším výskytom závažných komplikácií (flebitídy, elektrolytové dysbalancie...)

Základom je perorálne/enterálne podávanie hypoosmolárnych orálnych rehydratačných roztokov (ORS),



ktorých zloženie bolo pre zlepšenie efektivity v našich podmienkach upravené Európskou spoločnosťou pre detskú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu (ESPGHAN). ORT je potrebné začať čo najskôr, bez ohľadu na vek, pôvodcu ochorenia a iniciálne sérové koncentrácie sodíka. Pri nedostatočnom perorálnom príjme je alternatívou podávanie ORS nazogastričnou sondou. Ak vracanie limituje úspešnosť liečby je vhodné jednorázové podanie ondansetronu. Intravenózna terapia je vyhradená pre stavy so závažnou dehydratáciou, šokom, poruchou vedomia, ileom alebo pri zlyhaní ORT.

Keďže napriek odporúčaniam medzinárodných pediatrických spoločností je ORT stále nedostatočne využívanou liečebnou modalitou, chceme touto prednáškou apelovať na jej širšie využívanie v klinickej praxi.

TEKUTINOVÁ LIEČBA V PEDIATRII

Kubejová K.



Klinika detí a dorastu UPIŠ LF a DFN, Košice, Slovensko

Patofyziologický pohľad na dysnatriémie sa v poslednom období zmenil. Predpokladá sa, že nevznikajú z nedostatku či nadbytku sodíka v organizme, ale sú dôsledkom prebytku čistej vody, ktorú organizmus nedokáže vylúčiť (hyponatriémie), alebo vyplývajú z neadekvátnej náhrady stratenej vody (hypernatriémie). Podávanie hypotonických infúzných roztokov je v súčasnej pediatickej praxi bežným štandardom. U hospitalizovaných detí a najmä pacientov v pooperačnom období, je v dôsledku neprimerane zvýšenej sekrécie antidiuretického hormónu (ADH) infúzna liečba hypotonickými roztokmi asociovaná s vysokým rizikom rozvoja iatrogénnej hyponatriémie. Práve preto American Academy of Pediatrics (AAP) vypracovala v roku 2018 nové odporúčania ohľadom udržiavacej intravenózne tekutinovej liečby u detí vo veku 28 dní – 18 rokov. Sú určené pre pacientov po chirurgickom výkone a pre akútne chorých pacientov, vrátane detí vyžadujúcich intenzívnu starostlivosť. Podľa AAP má byť bazálna intravenózna potreba tekutín u detí hradená izotonickým roztokom (0,9 % NaCl). U euvolemického pacienta, objem podávaného roztoku vypočítaného podľa zaužívanej Holliday-Segarovej formuly, mnoho autorov odporúča redukovať o 20 %. V prevencii rozvoja dysnatriémie je nevyhnutý dôsledný monitoring hmotnosti pacienta, jeho tekutinovej bilancie a sérovej koncentrácie sodíka.

ÚSKALIA VÝŽIVY A NUTRIČNEJ PODPORY Z POHLADU ENDOKRINOLÓGA

Ferenczová J.

Klinika detí a dorastu LF UPIŠ a DFN Košice

Zdravá a vyvážená strava už od najútlejšieho veku významnou mierou ovplyvňuje zdravie a vývoj jedinca aj v neskoršom období života. Avšak na druhú stranu narastá počet detí, ktoré trpia chronickými ochoreniami (potravinové alergie, dedičné poruchy metabolizmu či poruchy imunity a iné) so špeciálnymi požiadavkami na zloženie stravy.

U týchto detí ich základné ochorenie často vyžaduje obmedzenie, respektíve úplné vylúčenie niektorej zo základných potravín zo stravy dieťaťa. Ak táto potravinová je hlavným zdrojom dôležitého makro-/mikronutrientu, jeho nedostatok v tele môže viesť k rozvoju chorobného stavu. Druhým extrémom vo výžive je nadmerný kalorický príjem, ktorý spolu s nedostatkom pohybu vedie k rozvoju obezity. Špecifickým problémom





mom sú deti s poruchou príjmu potravy, u ktorých je nutné zabezpečenie výživy špeciálnymi nutričnými prípravkami, či parenterálnou výživou, ktorých zloženie má odrážať potreby konkrétneho dieťaťa. V neposlednom rade sú to deti s dedičnými poruchami metabolizmu, u ktorých je špeciálna diéta limitujúca pre adekvátny rast a vývoj jedinca. V endokrinologickej praxi sa často stretávame s poruchami kostného metabolizmu (rachitída, znížená kostná denzita s rizikom zlomenín a osteoporózy) u detí s kombinovanými potravinovými alergiami. Druhou najpočetnejšou skupinou sú deti s obezitou, u ktorých dochádza k rozvoju známok metabolického syndrómu už v rannom detstve. U všetkých vyššie spomenutých skupín detí je nevyhnutné sledovať a predchádzať rozvoju endokrinných komplikácií. Javí sa, že „výživa šitá na mieru“ je cestou ako eliminovať dopad obmedzení vo výžive u detí so špeciálnymi požiadavkami na zloženie stravy.

IMUNOLÓGIA



MULTISYSTÉMOVÝ ZÁPALOVÝ SYNDRÓM U DETÍ PRECHODNE ASOCIOVANÝ S INFEKCIOU SARS-COV-2 (MIS-C, PIMS-TS)

Ostró R.

Klinika detí a dorastu UPIJŠ LF a DFN v Košiciach

Pandémia COVID-19 - akútneho ochorenia spôsobeného infekciou novým koronavírusom (SARS-CoV-2) sa naďalej rýchlo šíri populáciu a prezentuje sa širokým spektrom závažnosti klinických prejavov od asymptomatického nosičstva cez respiračnú infekciu rôznej závažnosti, až po dramaticky prebiehajúce perakútne multiorgánové zlyhanie a smrť. V porovnaní s dospelými pacientmi prebieha COVID-19 u detí v drvivej väčšine prípadov mierne a v postihnutej populácii predstavuje len približne 1 % hospitalizácií. U detí s limitujúcimi komorbiditami bol opakovane dokumentovaný aj závažný akútny priebeh ochorenia, podobný ako v najviac postihnutej dospeljej populácii.

Začiatkom mesiaca Máj 2020 sa zo Spojeného kráľovstva objavili prvé správy o detských pacientoch, ktorých náhle vzniknutý klinický stav si vyžadoval prijatie na jednotky intenzívnej starostlivosti a resuscitačnú starostlivosť. Jednalo sa o nový, dovtedy nepozorovaný multisystémový zápalový syndróm s črtami Kawasakiho choroby a syndrómu toxického šoku. Klinicky uniformné prípady detí prezentujúcimi sa akútnymi gastrointestinálnymi príznakmi, šokovým stavom sprevádzaným akútnym kardiálnym zlyhaním sa v krátkom časovom okne začali kumulovať v pandémiiu najviac postihnutých regiónoch. S rastúcim počtom infikovaných v populácii boli prípady hlásené v celej Európe, USA a neskôr i v štátoch Južnej Ameriky. Väčšina postihnutých detí bola RT-PCR negatívna na prítomnosť vírusu SARS-CoV-2, ale bola pozitívna na vírus špecifické protilátky, čo jasne poukazovalo na súvis s prekonanou koronavírusovou infekciou. Príčina klinického syndrómu bola hodnotená ako dysregulovaná postinfekčná zápalová odpoveď po infekcii SARS-CoV-2. Predbežná definícia tohto nového syndrómu bola kreovaná v Spojenom kráľovstve pod názvom Pediatrický zápalový multisystémový syndróm prechodne asociovaný s infekciou vírusom SARS-CoV-2 (Paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 infection, PIMS-TS). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) neskôr zaviedla termín Multisystémový zápalový syndróm u detí (Multisystem inflammatory syndrome in children, MIS-C).





V prezentácii komplexne predstavujeme toto novoobjavené, život ohrožujúce ochorenie postihujúce vnímavú detskú populáciu počas prebiehajúcej pandémie COVID-19. Cieľom je poukázať na klinické, laboratórne, rádiologické a mikrobiologické vlastnosti tohto nového syndrómu a načrtnúť aktuálne používané liečebné postupy, potrebné na jeho úspešné terapeutické zvládnutie.

STAROSTLIVOSŤ O DETSKÝCH REUMATOLOGICKÝCH PACIENTOV POČAS PANDÉMIE COVID-19

Vargová V., Banóová E.

Klinika detí a dorastu LF UPIŠ a DFN, Košice, Slovensko

Detskí reumatologickí pacienti sú v porovnaní so zdravými deťmi rizikovou skupinou s vyššou vnímanosťou k infekcii. Sčasti je to dôsledok imunologickej dysregulácie, ktorá konkrétne ochorenie podmieňuje, sčasti je to efekt liečby, ktorou sa ho snažíme ovplyvňovať. Aké sú odporúčania pre starostlivosť o túto skupinu rizikových pacientov v čase prebiehajúcej pandémie SARS-CoV-2? Spoločným základným odporúčaním všetkých medzinárodných reumatologických spoločností ACR (American College of Rheumatology), EULAR (European League Against Rheumatism) a PReS (Pediatric Rheumatology European Society) je pokračovať v imunosupresívnej liečbe! Naším primárnym cieľom ostáva pomocou nastavenej liečby udržať chorobu pod kontrolou – udržať remisiu. Zvýšená aktivita choroby – relaps totiž automaticky znamená zvýšené riziko akejkoľvek infekcie. Samozrejmosťou je pritom dôsledné dodržiavanie všetkých všeobecne odporúčaných zásad primárnej prevencie s dôrazom na hygienu rúk a udržiavanie sociálneho odstupu. Údaje o možnom profylaktickom efekte niektorých z liekov používaných v liečbe detských reumatologických pacientov sú v súčasnosti hodnotené veľmi kriticky a v žiadnom prípade sa nemôžeme na takýto efekt spoliehať. Fungujúca spolupráca medzi pediatrickým reumatológom a všeobecným lekárom pre deti a dorast bola vždy základom spoločného úspechu, v súčasnej dobe je jej význam kľúčový. Je podstatné, aby mali „naši spoloční pacienti“ zabezpečený prístup k dlhodobo užívaným liekom a aby k zmene chronickej liečby nedochádzalo bez konzultácie s ošetroujúcim reumatológom. Aj „neplánované“ vyšetrenie v odbornej ambulancii by malo byť vopred dohodnuté na konkrétny čas. Označením „naši spoloční pacienti“ máme pritom na mysli, nielen už diagnostikované a liečené deti, ale rovnako všetky tie deti, u ktorých sa novo zjaví symptomatológia vyžadujúca pediatrické reumatologické vyšetrenie. Je našou spoločnou povinnosťou zabezpečiť toto vyšetrenie včas. Kompletné odporúčania PReS týkajúce sa starostlivosti o detských reumatologických pacientov počas pandémie COVID 19 sú k dispozícii na www.primto.it/pediatric-rheumatology/SK/intro

ČO VIEME, A ČO TUŠÍME, PREČO VZNIKÁ DIABETES I. TYPU

Dankovčiková A.

Klinika detí a dorastu DFN Košice

Diabetes I. typu (T1D) vzniká následkom autoimunitnej deštrukcie B-buniek Langerhansových ostrovčiek, je typickým príkladom polygénového multifaktoriálneho ochorenia. Incidencia v Európe nehomogénne stúpa priemerne o 3 % ročne, najväčší nárast zaznamenávame u detí predškolského veku. Stále netušíme, čo v zmenách vonkajšieho prostredia spôsobuje výrazný nárast





tohto ochorenia. Genetická predispozícia je nespochybniteľná, asi 50 % podielu genetického rizika sa viaže na HLA, pre Európsku populáciu je rizikový haplotyp HLA-DQB1*03:02-DQA1*03-DRB1*04 (DQ8,DR4) a DQB1*02-DQA1*05-DRB1*03(DQ2,DR3) a protektívny HLA-DQB1*0602 (DQ6,DR2). Druhá časť podielu genetického rizika je rozdrobená medzi ďalšie gény, napr. gén INS, ktorého polymorfizmus reguluje riziko T1D mierou expresie inzulínu v týmuse, kde vyniká primárna tolerancia voči vlastným antigénom. Gény CTLA4, PTPN22 a IL2RA reguláciu aktivácie T lymfocytov modifikujú silu imunitnej reakcie. Gén IFIH1 prepája T1D s vírusmi - pomáha detekovať vírusovú infekciu bunky, gén FUT2 prepája T1D s bakteriómom - reguluje bakteriálne osídlenie a priepustnosť čreva. Aktuálna pozitívna prediktívna hodnota vyšetrenia genetického rizika v bežnej populácii je len 6 % - teda väčšina (94 %) detí nesúcich známe rizikové genetické kombinácie polymorfizmov diabetes nedostane, interpretácia výsledkov je náročná, preto sa v bežnej praxi neodporúča tieto genetické markery vyšetrovať. Zaujímavým fenoménom sú cyklické zmeny incidencie, ktoré vedú k úvahám o periodických negenetických vplyvoch vonkajšieho prostredia, skúmajú sa najmä infekčné faktory. Identifikácia negenetických vplyvov pomáha pri pochopení patogenetických mechanizmov, zatiaľ neposkytuje možnosti efektívnej prevencie diabetu. Preto je dôležité rodičov a aj lekárov detí s novovzniknutým T1D ubezpečiť, že nemohli ničím rozvoju diabetu 1. typu napomôcť ani zabrániť.

HYPOGAMAGLOBULINÉMIA V PRAXI PEDIATRA

Kaselyová L., Hurná S.



Klinika detí a dorastu UPIŠ LF a DFN, Košice

Hypogamaglobulinémia je definovaná ako stav, kedy je koncentrácia jednej alebo viacerých tried imunoglobulínov v krvi znížená, čo je sprevádzané zvýšeným rizikom infekčných komplikácií. Predstavuje heterogénnu skupinu chorôb, kde okrem primárnych, geneticky podmienených porúch imunitného systému radíme aj poruchy sekundárne (choroby charakterizované zvýšenými stratami bielkovín, alebo ich zníženou tvorbou). Samostatnou kapitolou predovšetkým u predčasne narodených detí je prechodná hypogamaglobulinémia detského veku. Hlavnými klinickými prejavmi hypogamaglobulinémie sú sinopulmonálne a gastrointestinálne infekcie.

Cieľom našej práce bolo prehľadne sumarizovať hlavné príčiny zníženej koncentrácie imunoglobulínov u detských pacientov. Po retrospektívnej analýze zdravotnej dokumentácie hospitalizovaných detí počas rokov 2019 - 2020 názorne prezentovať kazuistiky vybraných pacientov s hypogamaglobulinémiou rôznej etiopatogenézy.

Naša práca poskytla všeobecný prehľad najdôležitejších príčin hypogamaglobulinémie u hospitalizovaných detských pacientov s názornou analýzou procesu diferenciálnej diagnostiky a liečby.



UVEITÍDA AKO EXTRAARTIKULÁRNA KOMPLIKÁCIA JUVENILNEJ IDIOPATICKEJ ARTRITÍDY – RETROSPEKTÍVNA ANALÝZA PACIENTOV JEDNÉHO CENTRA

Drobňáková S., Vargová V.

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN, Košice, Slovensko

Úvod: Jednou z najčastejších extraartikulárných komplikácií juvenilnej idiopatickej artritídy (JIA) je s JIA asociovaná uveitída (JIA-U). Vzhľadom k tomu, že ide o autoimunitný zápal, presnú etiológiu vzniku tejto komplikácie nepoznáme. Vo väčšine prípadov sa manifestuje ako chronická obojstranná predná uveitída, ktorá je klinicky nemá a neliečená vedie k závažným komplikáciám ohrozujúcim zrak.

Cieľ: V práci autori analyzujú antropometrické a laboratórne parametre pacientov s JIA a korelujú prevalenciu očných komplikácií s vekom.

Súbor a metodika: Retrospektívne sme analyzovali súbor 106 pacientov vo veku 2 - 19 rokov s diagnózou JIA sledovaných v Pediatrickej reumatologickej ambulancii Kliniky detí a dorastu UPJŠ v Košiciach. ILAR klasifikáciu, lokalizáciu uveitídy, čas medzi diagnózou JIA a nástupom uveitídy sme určili pre každý subjekt.

Výsledky: V súbore 106 pacientov s JIA sme uveitídu pozorovali u 16 detí (15,1 %). Priemerný čas medzi diagnózou JIA a nástupom uveitídy bol 2,3 roka. Najčastejšie sa vyskytovala u oligoartikulárnej formy JIA 56,3 % (n=9). 93,8 % (n=15) pacientov s JIA-U malo pozitívne antinukleárne protilátky a až u 87,5 % (n=14) pacientov bola prítomná chronická predná uveitída. Zachytili sme 3 vrcholy výskytu JIA-U v 4., 7. a 10. roku života dieťaťa.

Záver: JIA asociovaná uveitída ohrozuje pacienta ireverzibilným poškodením až stratou zraku a preto je starostlivosť o pacientov s JIA nevyhnutná úzka spolupráca detského reumatológa a oftalmológa a pravidelná oftalmologická dispenzarizácia.

ATYPICKÝ HEMOLYTICKO - UREMICKÝ SYNDRÓM

Koľvek G.

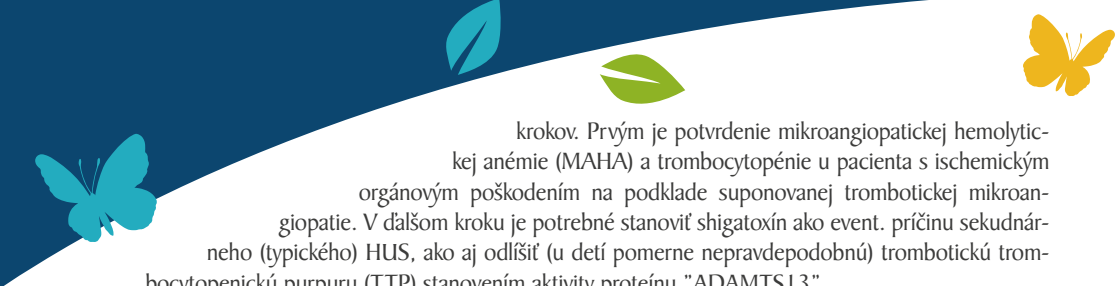
Klinika detí a dorastu, UPJŠ a DFN Košice

Termín hemolyticko-uremický syndróm (HUS) bol prvýkrát použitý pre opis neznámych ochorení, ktorých spoločnou črtou boli hemolytická anémia, trombocytopénia a zlyhanie obličiek.

Dnes je známe, že spoločným menovateľom ochorení prezentujúcich sa touto klinickou triádou (resp. ďalšími príznakmi) je poškodenie endotelu ciev a rozvoj trombotickej mikroangiopatie. Okrem dobre známeho shiga toxínom indukovaného HUS, existujú aj ďalšie sekundárne formy HUS – ako pneumokokový, či HUS indukovaný inými infekciami.

Rozmach genetiky umožnil odhaliť aj niektoré endogénne príčiny HUS (vedúce ku klinicky neodlíšiteľnému obrazu), ktoré sú dnes označované ako atypický HUS (aHUS). aHUS môžu vyvolať mutácie (regulačných faktorov) komplementu vedúce k nekontrolovanej aktivácii alternatívnej cesty komplementu s následným poškodením endotelu. Toto "ultra-rare" ochorenie má veľmi závažný prirodzený priebeh neraz končiaci úmrtím. Modernou biologickou liečbou blokujúcou aktiváciu komplementu je však prognózu možné zásadne zmeniť.

Vzhľadom na závažnosť symptomatológie a prognózy aHUS je kľúčovou rýchla a včasná diagnostika spočívajúca v slede nasledovných



okrov. Prvým je potvrdenie mikroangiopatickej hemolytickej anémie (MAHA) a trombocytopenie u pacienta s ischemickým orgánovým poškodením na podklade suponovanej trombotickej mikroangiopatie. V ďalšom kroku je potrebné stanoviť shigatoxín ako event. príčinu sekundárneho (typického) HUS, ako aj odlíšiť (u detí pomerne nepravdepodobnú) trombotickú trombocytopenickú purpuru (TTP) stanovením aktivity proteínu "ADAMTS13".

Viac o diagnostickom algoritme, mechanizme spôsobenia, ako aj efekte liečby spočívajúcej v blokovaní tvorby membrány-atakujúceho komplexu komplementu sa dozviete v prezentácii.

ENDOKRINNÉ KOMPLIKÁCIE PO ONKOLOGICKEJ LIEČBE U DETÍ

Ferenczová J.

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice

Onkologické ochorenia detí v ostatných dvoch dekádach majú síce mierne zvýšenú incidenciu, ale zároveň dramatický pokles mortality. Päťročné prežívanie u leukémií je v súčasnosti na úrovni 80 %. Druhým najčastejším onkologickým ochorením u detí po leukémiách sú nádory mozgu. Ich liečba má u detí celú paletu nežiadúcich účinkov nielen počas liečby ale aj niekoľko rokov po jej ukončení. Neskoré endokrinné poruchy sa vyskytujú u 20 - 50 % chorých detí a najčastejšie vedú k poruche hypotalamo-hypofyzárnej osi, periférnej hypotyreóze a poškodeniu gonád. Kľúčovú úlohu pri ich vzniku hrá rádioterapia (veľkosť dávky a miesto ožiarenia), v menšej miere vznikajú po chemoterapii. Poškodenie hypotalamo-hypofyzárnej osi po rádioterapii sa môže prejaviť deficitom jedného alebo viacerých hypofyzárnych hormónov (najmä rastového hormónu), alebo centrálnou predčasnou pubertou. Zlyhanie gonád po chemoterapii, alebo ožiarení vedie k hypergonadotropnému hypogonadizmu a naruší prirodzený priebeh puberty a následne aj plodnosť.

Napriek výborným výsledkom prežívania detí po onkologickej liečbe je nevyhnutné endokrinologické sledovanie až do dospelosti. Včasná diagnostika a liečba endokrinných porúch prispieva k zlepšeniu kvality života a pomáha vrátiť jedinca späť do normálneho života.

VYŠETROVACIE METÓDY V PEDIATRII

KEDY INDIKOVÁŤ DENZITOMETRICKÉ VYŠETRENIE V DETSKOM VEKU

Fajdelová M., Feketeová A., Ferenczová J., Vargová V.

Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN Košice

Detstvo a adolescentný vek je z hľadiska vývoja kostného zdravia významným obdobím v živote človeka. V tomto smere je našou veľkou prioritou identifikovať skupinu rizikových detí, ktoré sú ohrozené zvýšenou incidenciou zlomenín, v snahe predchádzať ich vzniku.

Dôležitým predpokladom úspešnosti tohto úsilia je vhodná vyšetrovacia metóda a dobrá reprodukovateľnosť jej výsledkov. Aktuálne toto miesto zastáva dvojenergová röntgenová absorpciometria (DXA - Dual X-ray Absorptiometry), ktorej využiteľnosť pre pediatrických pacientov za uplynulých 20 rokov významne stúpla,

a to najmä za pomoci už dostupných referenčných hodnôt u zdravých detí.

Vďaka svojej účelovosti, nízkej radiačnej záťaži a presnosti je považovaná za zlatý štandard diagnostiky kostnej minerálovej hustoty (BMD – Body Mass Density). Okrem preventívnej funkcie je nenahraditeľná pri monitorovaní liečby osteoporózy v istej skupine detí. Napriek jej nesporným výhodám má densitometria v pediatrii svoje špecifiká. Ich znalosť je dôležitým predpokladom správnej interpretácie výsledkov merania, ako aj ďalšieho diagnosticko - liečebného postupu. Cieľom tejto prezentácie je upriamiť medicínsky záujem na túto problematiku a zároveň predstaviť aktuálne platné indikácie na DXA vyšetrenie v klinickej praxi.

Zdravie kostí v mnohých smeroch významne ovplyvňuje kvalitu života, zvlášť u pacientov s chronickým diagnózami, či inými špecifickými potrebami. Práve preto sa táto diagnostika stáva súčasťou ich multidisciplinárneho manažmentu, čím sa v nemalej miere spolupodieľa na zlepšení celkovej preventívno - liečebnej starostlivosti.

KAPILAROSKOPIA NECHTOVÉHO LÔŽKA V PEDIATRII

Bánóová E., Drobňáková S., Vargová V.

Klinika detí a dorastu, UPIJŠ a DFN Košice

Kapilaroskopia je najstaršou vyšetrovacou metódou mikrocirkulácie. Umožňuje priamu vizualizáciu kapilár. Je to jednoduchá, neinvazívna, opakovateľná a lacná metodika. Táto vyšetrovacia modalita sa v klinickej praxi pediatrického reumatológa najčastejšie využíva na oddiferencovanie primárneho a sekundárneho Raynaudovho syndrómu. Je vhodná aj na diferenciálnu diagnostiku systémových ochorení spojiva. Na základe hodnotenia morfológie a iných znakov (počet, vetvenie, vinutosť, ...) sa získa obraz charakteristický pre niektoré systémové choroby: Juvenilná dermatomyozitída, Systémový lupus erytematosus, Sjogrenov syndróm, Systémová skleróza. Na vyšetrenie kapilár nechtového lôžka sú najvhodnejšie III. a IV. prst nedominantnej ruky u spolupracujúceho detského pacienta.

Cieľom prezentácie je predstaviť odporúčané indikácie pre kapilaroskopiю nechtového lôžka v pediatrii a miesto tejto neinvazívnej zobrazovacej metódy v diferenciaľne-diagnostickom algoritme systémových chorôb spojiva u detí.



AKÁ BOLA NAŠA DIAGNÓZA

PREČO DOMINIKA NEVLÁDALA CHODIŤ?

Miňová M.¹, Záhorská A.², Jarčuškova M.³

¹ *Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN, Košice, Slovensko*

² *Oddelenie detskej neurológie DFN, Košice, Slovensko*

³ *Detská endokrinologická ambulancia, Košice, Slovensko*

Autori prezentujú kazuistiku 10-ročnej pacientky s autoimunitnou tyreoiditídou na substitučnej liečbe levotyroxínom, ktorá bola akútne hospitalizovaná na Oddelení detskej neurológie DFN pre poruchu chôdze s instabilitou bez ataxie, patologický stereotyp chôdze, apatiu, spavosť, dehydratáciu. Z anamnézy sa dozvedáme, že pacientka bola pre konvergentný strabismus a hypermetropiu sledovaná oftalmológom, pre poruchu správania a tikové prejavy neurológom. Vo vstupných laboratórnych parametroch pri prijatí bol prítomný rozvrat vnútorného prostredia (glykémia 3,42 mmol/l, hyponatriémia, hypochlorémia, hyperkaliémia, elevované uremické parametre, metabolická acidóza). Komplexným neurologickým vyšetrením vrátane neurozobrazovacieho vyšetrenia bola vylúčená neurogénna, ako aj myogénna lézia. Čo sa skrývalo za ťažkosťami pacientky prednesú autori kazuistiky.

BOLEŠŤ HLAVY – MULTIFAKTORIÁLNY SYMPTÓM.

Šuster A.¹, Miňová M.¹, Pribilincová Z.², Doričková A.³

¹ *Klinika detí a dorastu LF UPJŠ a DFN, Košice, Slovensko*

² *Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava, Slovensko*

³ *Detská endokrinologická ambulancia, Humenné, Slovensko*

Autori prezentujú kazuistiku 12-ročnej pacientky, s 3-ročnou anamnézou bolestí hlavy migrenózneho charakteru sprevádzanú vegetatívnou symptomatológiou. Pacientka počas tohto obdobia bola v dispenzári viacerých špecialistov s určením rôznej etiológie opisovaných ťažkostí. Neurológ stav hodnotil ako bolesť hlavy multifaktoriálnej etiológie s odporúčaním analgetickej liečby (MRI mozgu bola bez patologického nálezu). Imunoalergológ stanovil diagnózu histamínovej intolerancie (HIT). Hematológ potvrdil syndróm lepiivých doštičiek a ordinoval antiagregančnú liečbu. Ortopéd pre cervikokraniálny syndróm indikoval rehabilitačnú liečbu. ORL lekár vyhodnotil ako možnú príčinu bolestí hlavy chronickú sinusitídu a odporučil ATB liečbu. Posledný rok bola bolesť hlavy sprevádzaná diaforézou a vyšším TK v domácom meraní nad 95. percentil s tachykardiou, čo viedlo k doplneniu kardiologického vyšetrenia s realizáciou ABMP a následne k nastaveniu na antihypertenzívnu liečbu selektívnym beta-blokátorom. Aj napriek komplexnej a cielenej antihypertenzívnej liečbe došlo k akcelerácii hypertenzie s bolesťou hlavy sprevádzané nauzeou a vomitom s nutnosťou hospitalizácie. Čo sa skrývalo za týmto náhlym zhoršením klinického stavu prednesú autori kazuistiky.

HEMANGIÓM, DVA HEMANGIÓMY, ALEBO NIEČO ÚPLNE INÉ?

Miháliková P.¹, Ostró R.¹, Baloghová J.²

¹ *Klinika detí a dorastu UPIŠ LF a DFN Košice, Slovensko*

² *Klinika dermatovenerológie UPIŠ LF a UNLP Košice, Slovensko*

Nekróza podkožného tukového tkaniva novorodencov je zriedkavé, benígne a spontánne involujúce ochorenie, postihujúce prevažne donosených a prenášaných novorodencov. Rizikové faktory vzniku predstavujú asfyxia, hypotermia, aspirácia mekónia alebo pôrodný traumatizmus. Erytematózne až lividné noduly a plaky s okolitou induráciou patognomické pre túto aseptickú panikulitídu sa typicky objavujú od prvého dňa života do veku šiestich týždňov, najčastejšie lokalizované na chrbte, ramenách, lícach a zadku novorodencov. Zo strany matky sa na rozvoji taktiež môžu podieľať systémové ochorenia, preeklampsia alebo diabetes mellitus. Ochorenie má zvyčajne priaznivú prognózu so spontánnou rezolúciou v priebehu niekoľkých týždňov alebo mesiacov. V niektorých prípadoch priebeh sprevádzajú komplikácie, z ktorých najzávažnejšia je hyperkalcémia. V kazuistike autori prezentujú diferenciálno-diagnostickú cestu k vzácnnej diagnóze u novorodenca s hemangióm - imponujúcou léziou na chrbátiku. Cieľom práce je familiarizovať publikum s ochorením a jeho závažnou komplikáciou.

„PARÉZA PLEXUS BRACHIALIS“ ALEBO ... ?

Bileková T., Páľková L.

Klinika detí a dorastu LF UPIŠ a DFN

Autori sa Vám pokúsia v nasledujúcej kazuistike ozrejmiť, čo ich viedlo k stanoveniu definitívnej diagnózy u pacienta, ktorý bol preložený zo spádovej nemocnice na dodiferencovanie stavu.

3-mesačné dieťa s anamnézou suspektnej dedičnej metabolickej poruchy u súrodencov trpelo recidivujúcimi atakmi horúčky „neznámej etiológie“, sprevádzanými vzostupom zápalových parametrov s nedostatočnou odpoveďou na cieleňú kombinovanú ATB terapiu (v úvode ťažkosťi záchyt *St. aureus* v hemokultúre). Klinické prejavy dopĺňala prítomná dráždivosť, tonicko – klonické kŕče s problematickou odpoveďou na počiatocne zvolenú antiepileptickú monoterapiu, bez korelácie na EEG. Vyšetrenie cerebrospinálneho liquoru vylúčilo zvažovanú neuroinfekciu. Vedľajším nálezom na CT CNS bol denzný obsah v stredouši. Pretrvávajúcou súčasťou klinického obrazu bola „frustrná paréza pravej hornej končatiny“.

Každý jeden z uvedených príznakov mohol byť kľúčom k stanoveniu správnej diagnózy. Spomínaná paréza pravej hornej končatiny, ktorá je často prejavom poškodenia plexus brachialis, v novorodeneckom veku najčastejšie ako následok pôrodnej traumy, nás v tomto prípade naviedla na hľadanie infekčného fokusu v muskuloskeletálnom systéme danej oblasti. Porucha hybnosti pravej končatiny bola klinickým prejavom scintigraficky (neskôr aj röntgenovo) potvrdenej osteomyelitídy metafýzy praveho humeru

Incidencia osteomyelitídy v rozvinutých krajinách je odhadovaná približne na 8 prípadov na 100 000 detí, typicky vo veku do 5 rokov. Najčastejšou príčinou je hematogénny rozsev cez aa. *nutriciae*, kde je tok krvi kvôli rastu bohatý, ale pomalší, a umožňuje tak uchytenie baktérií v kapilárnej sieti metafýz kostí, prevalenčne v okolí veľkých kĺbov dolných končatín. Osteomyelitída je v pediatrii akútny stav, ktorý ohrozuje zdravie pacienta deštrukciou štruktúr a septickými komplikáciami, a preto je jej skorá diagnostika kľúčová pre ďalší život pacienta.





Progress CA, s.r.o.
Krivá 18, 040 01 Košice
Mobil: +421 918 622 533, Tel.: +421 55 680 61 93
Fax.: +421 55 680 61 56
Email: gabriela.sujanova@progress.eu.sk

ISBN 978-80-973008-6-9