PROGRAM A ZBORNÍK ABSTRAKTOV

Sekcia pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a výživy

Slovenská gastroenterologická spoločnosť

Česká pediatrická společnost

VIII. KONGRES

SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH PEDIATRICKÝCH GASTROENTEROLÓGOV

29. 9. – 1. 10. 2022

Hotel Park Inn by Radisson Danube, Bratislava

ISBN 978-80-89797-81-3

A-medi management

Zamerané na budúcnosť

Aby sa deti mohli sústrediť na to, že sú deťmi

7 pediatrických indikácií[1]

Nové ulcerózna kolitída u pediatrických pacientov od 6 rokov

HUMIRA®
adalimumab
destination you.™

Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: Humira 20 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke, Humira 40 mg/0,8 ml injekčný roztok, Humira 40 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere, Humira 80 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere. **Zloženie:** adalimumab 20 mg/0,2 ml; 40 mg/0,8 ml; 40 mg/0,4 ml; 80 mg/0,8 ml. Adalimumab je rekombinantná ľudská monoklonálna protilátka, produkovaná ovariálnymi bunkami čínskeho škrečka. **Terapeutické indikácie:** Pediatrickí pacienti: polyartikulárna juvenilná idiopatická artritída u pacientov od 2 rokov, artritída spojená s entezitídou u pacientov od 6 rokov, ložisková psoriáza u pacientov od 4 rokov. Crohnova choroba u pacientov od 6 rokov, ulcerózna kolitída u pacientov od 6 rokov*, hidradenitis suppurativa u pacientov od 12 rokov, uveitída u pacientov od 2 rokov. Dospelí pacienti: reumatoidná artritída, ankylozujúca spondylitída, axiálna spondyloartritída bez rádiografického dôkazu AS, psoriatická artritída, psoriáza, hidradenitis suppurativa, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, uveitída. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Humira sa podáva subkutánnou injekciou. Pediatrickí pacienti: odporúčaná dávka je založená na telesnej hmotnosti. ***Polyartikulárna juvenilná idiopatická artritída u pacientov od 2 rokov:*** hmotnosť: *10 kg až < 30 kg:* 20 mg každý druhý týždeň; *≥ 30 kg:* 40 mg každý druhý týždeň. ***Artritída spojená s entezitídou u pacientov vo veku od 6 rokov:*** hmotnosť: *15 kg až < 30 kg:* 20 mg každý druhý týždeň; *≥ 30 kg:* 40 mg každý druhý týždeň. ***Ložisková psoriáza u pacientov vo veku 4 až 17 rokov:*** hmotnosť: *15 kg až < 30 kg:* úvodná dávka 20 mg, následne 20 mg každý druhý týždeň po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky; *≥ 30 kg:* úvodná dávka 40 mg, následne 40 mg každý druhý týždeň po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky. ***Crohnova choroba u pacientov vo veku 6 až 17 rokov:*** hmotnosť: *< 40 kg:* 40 mg v týždni 0 a 20 mg v týždni 2, potom 20 mg každý druhý týždeň; *≥ 40 kg:* 80 mg v týždni 0 a 40 mg v týždni 2, potom 40 mg každý druhý týždeň. ***Ulcerózna kolitída u pacientov vo veku 6 až 17 rokov:*** hmotnosť: *< 40 kg:* 80 mg v týždni 0 a 40 mg v 2. týždni, následne 40 mg každý druhý týždeň; *≥ 40 kg:* 160 mg v týždni 0 a 80 mg v 2. týždni, následne 80 mg každý druhý týždeň. ***Uveitída u pacientov vo veku od 2 rokov:*** hmotnosť: *< 30 kg:* 20 mg každý druhý týždeň v kombinácii s metotrexátom; *≥ 30 kg:* 40 mg každý druhý týždeň v kombinácii s metotrexátom. ***Hidradenitis suppurativa u dospievajúcich vo veku od 12 rokov a s hmotnosťou aspoň 30 kg:*** 80 mg v týždni 0, následne dávka 40 mg každý druhý týždeň od 1. týždňa. Dospelí pacienti: ***Reumatoidná artritída:*** 40 mg každý druhý týždeň. Ak dôjde u pacienta na monoterapii adalimumabom k zníženiu odpovede na liečbu Humirou 40 mg každý druhý týždeň, je možné zvýšiť dávku na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Ankylozujúca spondylitída, axiálna spondyloartritída bez rádiografického dôkazu AS a psoriatická artritída:*** 40 mg každý druhý týždeň. ***Psoriáza:*** úvodná dávka 80 mg, po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky 40 mg každý druhý týždeň; po 16 týždňoch môžu mať pacienti s nedostatočnou odpoveďou na Humiru 40 mg každý druhý týždeň prínos zo zvýšenia dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. Ak sa dosiahne adekvátna odpoveď s dávkovaním 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň, dávkovanie môže byť následne znížené na 40 mg každý druhý týždeň. ***Hidradenitis suppurativa:*** úvodná dávka 160 mg; 80 mg o dva týždne, o ďalšie dva týždne pokračovať s dávkou 40 mg jedenkrát za týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Crohnova choroba:*** 80 mg v týždni 0, potom 40 mg v týždni 2; ak je potrebná rýchlejšia odpoveď na liečbu, môže sa na začiatku liečby použiť režim 160 mg v týždni 0 a 80 mg v týždni 2; po úvodnej liečbe sa podáva 40 mg každý druhý týždeň. Pacienti, u ktorých došlo k poklesu odpovede na dávku 40 mg každý druhý týždeň, môže mať prínos zo zvýšenia dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Ulcerózna kolitída:*** 160 mg v týždni 0, a 80 mg v týždni 2; po úvodnej liečbe 40 mg každý druhý týždeň. Pacienti, u ktorých došlo k poklesu odpovede na dávku 40 mg každý druhý týždeň, môžu mať prínos zo zvýšenia dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Uveitída:*** úvodná dávka 80 mg, potom 40 mg podávaných každý druhý týždeň po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky. Starší pacienti: nie je potrebná úprava dávky. Porucha funkcie obličiek a/alebo pečene: Humira nebola študovaná v tejto populácii pacientov. Nemôžu sa uviesť žiadne odporúčania pre dávkovanie. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na liečivo alebo na niektorú z pomocných látok, aktívna tuberkulóza alebo iné závažné infekcie, stredne ťažké až ťažké srdcové zlyhanie (trieda III/IV podľa NYHA). Špeciálne upozornenia: Liečba sa nemá začať u pacientov s aktívnymi infekciami. Ak sa u pacienta rozvinie nová závažná infekcia, podávanie Humiry sa má prerušiť dovtedy, kým sa infekcia nevyliečne. Pred začatím liečby musia byť všetci pacienti vyšetrení na aktívnu aj neaktívnu TBC. Možnosť reaktivácie hepatitídy B u chronických nosičov vírusu hepatitídy B. Možný vznik alebo exacerbácia demyelinizačného ochorenia, vrátane skleózy multiplex a Guillan-Barrého syndrómu. U pacientov s malignitou v anamnéze sa má pri zvažovaní liečby postupovať s mimoriadnou opatrnosťou. Všetci pacienti majú byť vyšetrení na prítomnosť nemelanómovej kožnej rakoviny pred liečbou a počas nej. V zriedkavých prípadoch sa môže vyskytnúť pancytopénia vrátane aplastickej anémie. Liečba môže viesť k tvorbe autoimunitných protilátok. **Liekové a iné interakcie:** neodporúča sa súbežné podávanie s anakinrou a abataceptom. **Používanie v gravidite a počas laktácie:** Ženy vo fertilnom veku majú zvážiť používanie primeranej antikoncepcie, aby sa predišlo gravidite, a pokračovať v jej používaní aspoň pať mesiacov po poslednom podaní Humiry. Humira sa má používať počas tehotenstva, iba ak je to jednoznačne potrebné. Humira sa môže používať počas dojčenia. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** Humira môže mať mierny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: infekcie dýchacej sústavy, leukopénia, anémia, zvýšenie hladín lipidov, bolesť hlavy, bolesť brucha, vracanie, zvýšenie hladín pečeňových enzýmov, exantém, bolesť svalov, reakcia v mieste vpichu; neznáme: Kaposiho sarkóm, zvýšenie hmotnosti*. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Nemecko. **Dátum revízie textu:** 07/2021. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania.

Pred predpísaním lieku sa oboznámte, prosím, so Súhrnom charakteristických vlastností lieku, ktorý je dostupný na vyžiadanie u miestneho zástupcu držiteľa rozhodnutia o registrácii: AbbVie, s. r. o., Karadžičova 10, 821 08 Bratislava, tel. č.: +421 2 50 500 777.

*Všimnite si, prosím, zmeny v Súhrne charakteristických vlastností lieku.

Referencie: 1. Humira, súhrn charakteristických vlastností lieku 07/2021

AbbVie, s. r. o., Karadžičova 10, 821 08 Bratislava
tel. č. : +421 2 50 500 777, www.abbvie.sk

SK-HUMG-210013

abbvie

Sekcia pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a výživy
Slovenská gastroenterologická spoločnosť
Česká gastroenterologická společnost

VIII. KONGRES

SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH PEDIATRICKÝCH GASTROENTEROLÓGOV

TERMÍN
29. 9. – 1. 10. 2022

MIESTO
Hotel Park Inn by Radisson Danube, Bratislava

PREZIDENT KONGRESU
MUDr. Iveta Čierna, PhD

VEDECKÝ VÝBOR
MUDr. Iveta Čierna, PhD.
MUDr. Katarína Gubáňová
MUDr. Jarmila Kabátová, PhD.
MUDr. Renáta Szépeová, PhD.
MUDr. Iveta Valachová

ORGANIZAČNÝ VÝBOR
MUDr. Iveta Čierna, PhD
MUDr. Dagmar Székyová
MUDr. Jana Kosnáčová

Registrácia je možná online na www.amedi.sk

ORGANIZAČNE ZABEZPEČUJE
Ing. Martina Novosedlíková
Amedi management, s.r.o.
Jarošova 1, 831 03 Bratislava
Mobil: 0904 948 664
e-mail: novosedlikova@amedi.sk

SEKRETARIÁT SGS a kontakt pre zasielanie prihlášok vystavovateľov:
Ing. Romana Ondrušová
Mobil: + 421 (905) 566 150
e-mail: sekretariat@sgssls.sk

PIATOK 30. 9. 2022

8.30 – 8.50 Otvorenie
Hlavatý T., Bronský J., Čierna I.

8.50 – 10. 35 IBD
Predsedníctvo: Čierna I., Bronský J.

8. 50 – 9.00 Postvakcinační imunogenicita vakcíny BNT162b2 SARS-CoV-2 a její prediktory u dětských pacientů se zánětlivým střevním onemocněním
Bronský J., Čopová I., Durilová M., Kazeka D., Kubát M., Lerchová T., Vlčková E., Mitrová K., Rataj M., Klocperk A., Šedivá A., Hradský O. (Praha)

9.00 – 9.10 Udržitelnost preparátů biologické léčby u dětských pacientů s Crohnovou chorobou–analýza Českého národního registru biologické léčby(CREdIT)
Hradský O., Čopová I., Durilová M., Kazeka D., Lerchová T., Mitrová K., Schwarz J., Vetrovcová R., El-Lababidi N., Karásková E., Véghová-Velgáňová M., Šuláková A., Gonsorčíková L., Veverková M., Ženišková I., Zimen M., Bortlik M., Bronský J. (Praha)

9.10 -9.20 Sérové hladiny WISP-1 (Wnt1-Inducible Signaling Pathway Protein-1) a dalších adipokinů u dětí s nespecifickým střevním zánětem
Karásková E., Velgáňová-Véghová M., Geryk M., Foltenová H., Kubíčková V. (Olomouc)

9.20 – 9.30 Využití sonografie střev u pacientů s IBD
Mitrová K. (Praha)

9.30 – 9.40 Renální komplikace terapie vedolizumabem – kazuistika a přehled literatury
Vyhnánek R., Dědič T., Bauer D., Netvalová S., Gonsorčíková L. (Praha)

Osloboďte pacientov od parenterálnej podpory*

Revestive® zvyšuje výšku klkov a hĺbku črevnej žľazy epitelu čreva.[1,2]

60 % pacientov dosiahlo po 2,5 roku liečby redukciu týždennej potreby parenterálnej podpory o tri dni a 33 % dosiahlo úplnú nezávislosť.[1,2, **]

Revestive® je indikovaný na liečbu pacientov vo veku 1 rok a viac so syndrómom krátkeho čreva (*Short Bowel Syndrome*, SBS). Pacienti musia byť stabilizovaní po období črevnej adaptácie po operácii.[1]

Revestive®
teduglutide

Skrátená informácia o lieku

Skrátená informácia o lieku

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania, čo umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Informácie o tom, ako hlásiť nežiaduce reakcie, nájdete v úplnej informácii o lieku.

Názov lieku: Revestive 1,25 mg prášok a rozpúšťadlo na injekčný roztok, Revestive 5 mg prášok a rozpúšťadlo na injekčný roztok

Zloženie: jedna injekčná liekovka prášku obsahuje 1,25 mg, resp. 5 mg teduglutidu. Po rekonštitúcii každá injekčná liekovka obsahuje 1,25 mg teduglutidu v 0,5 ml roztoku, čo zodpovedá koncentrácii 2,5 mg/ml, resp. 5 mg teduglutidu v 0,5 ml roztoku, čo zodpovedá koncentrácii 10 mg/ml. Úplný zoznam pomocných látok, pozrite v SPC. **Indikácie:** Revestive je indikovaný na liečbu pacientov vo veku 1 rok a viac so syndrómom krátkeho čreva. Pacienti musia byť stabilizovaní po období črevnej adaptácie po operácii. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaná dávka Revestivu je 0,05 mg/kg telesnej hmotnosti jedenkrát denne. Injekčný objem k telesnej hmotnosti pozrite v SPC. Rekonštituovaný roztok sa musí podať subkutánne injekciou jedenkrát denne, striedaním miest do jedného zo štyroch abdominálnych kvadrantov. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok alebo na stopové množstvá tetracyklínu. Akútna alebo suspektná malignita. Pacienti s nádorovým ochorením gastrointestinálneho traktu v anamnéze, vrátane hepatobiliárneho systému a pankreasu v priebehu posledných piatich rokov. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Dospelí: Na začiatku liečby Revestivom sa má vykonať kolonoskopia s odstránením polypov. Počas prvých 2 rokov liečby Revestivom sa odporúča raz ročne vykonať kontrolné kolonoskopie (alebo alternatívne zobrazovacie vyšetrenie). Ďalšie kolonoskopie sa odporúča vykonávať v minimálne päť ročných intervaloch. Pediatrická populácia: Pred začatím liečby Revestivom sa má u všetkých detí a dospievajúcich urobiť test na okultné krvácanie v stolici. Kolonoskopia/sigmoidoskopia sa vyžaduje, ak existuje dôkaz prítomnosti krvi v stolici nevysvetliteľnej príčiny. V prípade zhubného nádoru sa musí liečba Revestivom ukončiť. V prípade výskytu príznakov súvisiacich so žlčníkom alebo žlčovodom sa musí prehodnotiť potreba pokračovania liečby Revestivom. V prípade výskytu nežiaducich udalostí týkajúcich sa pankreasu sa musí prehodnotiť potreba pokračovania liečby Revestivom. Pacienti s SBS majú byť pod starostlivým dohľadom podľa klinických liečebných pokynov. Zvýčajne to zahŕňa monitorovanie funkcie tenkého čreva, žlčníka a žlčových ciest a pankreasu na prejavy a príznaky a keď je to indikované, ďalšie laboratórne vyšetrenia a zodpovedajúce zobrazovacie techniky. V prípade opätovného výskytu nepriechodnosti čriev sa musí prehodnotiť potreba pokračovania liečby Revestivom. Počas liečby je potrebné dôkladne sledovať elektrolytickú rovnováhu a stav tekutín, obzvlášť pri úvodnej odpovedi na liečbu a pri ukončení liečby Revestivom. Vzhľadom na zvýšenú absorpciu tekutín sa musia pacienti s kardiovaskulárnym ochorením, ako napr. insuficiencia srdca a hypertenzia, sledovať s ohľadom na objemové preťaženie tekutinami, najmä počas začiatočnej fázy liečby. Pacienti, ktorí súbežne užívajú perorálne lieky vyžadujúce titrovanie dávky alebo lieky s úzkym terapeutickým indexom, sa musia pozorne sledovať vzhľadom na možné zvýšenie absorpcie. Pri ukončovaní liečby Revestivom sa musí postupovať s opatrnosťou kvôli riziku dehydratácie. **Liekové a iné interakcie:** Štúdia in vitro naznačuje, že teduglutid neinhibuje enzýmy cytochrómu P450 zodpovedné za metabolizmus liekov. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú k dispozícii údaje o použití Revestivu u gravidných žien a vylučovaní teduglutidu do ľudského mlieka. Ako preventívne opatrenie je vhodnejšie vyhnúť sa používaniu Revestivu počas gravidity a dojčenia. Neexistujú žiadne údaje o účinkoch teduglutidu na fertilitu ľudí. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Revestive má malý vplyv na schopnosť viesť vozidlá, jazdiť na bicykli a obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie hlásenými nežiaducimi reakciami sú: infekcie horných a dolných dýchacích ciest, bolesť hlavy, nafúknutie a bolesť brucha, nauzea, zvracanie, reakcie v mieste podania injekcie, gastrointestinálne komplikácie stómie. Medzi časté nežiaduce účinky patrí: chrípke podobné ochorenie, zníženie chuti do jedla, preťaženie tekutinami, úzkosť, insomnia, kongestívne srdcové zlyhanie, kašeľ, dyspnoe, kolorektálny polyp, stenóza hrubého čreva, nadúvanie, nepriechodnosť čriev, stenóza pankreatického vývodu, pankreatitída, stenóza tenkého čreva, cholecystitída, akútna cholecystitída, periférny edém. **Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie** po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná ul. 11, SK-825 08 Bratislava 26, Tel.: + 421 2 507 01 206, e-mail: **neziaduce.ucinky@sukl.sk**. Tlačivo na hlásenie nežiaduceho účinku je na webovej stránke **www.sukl.sk** v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie o nežiaducich účinkoch. Formulár na elektronické podávanie hlásení: **https://portal.sukl.sk/eskadra/** a spoločnosti Takeda emailom na drugsafety@shire.com. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávajte v chladničke (2 °C – 8 °C). Neuchovávajte v mrazničke. Podmienky na uchovávanie po rekonštitúcii lieku, pozrite SPC. **Podmienky alebo obmedzenia týkajúce sa výdaja a použitia:** Liek je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Shire Pharmaceuticals Ireland Limited, Dublin, Írsko. **Dátum poslednej aktualizácie SPC:** 12/2021 **Dátum vypracovania/poslednej aktualizácie reklamy:** 8/2022.

Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku uvedenom na stránke ŠÚKLu, resp. EMA, alebo dostupnom u lokálneho zástupcu: Takeda Pharmaceuticals Slovakia, s.r.o., Bajkalská 19B, 821 01 Bratislava, Slovenská republika, Tel: +421220602600.

Takeda

Referencie: **1.** SPC Revestive, december 2021. **2.** Schwartz LK, O'Keefe SJD, Fujioka K, et al. Clin Transl Gastroenterol. 2016;7:e142. doi:10.1038/ctg.2015.69.

* Parenterálna podpora = parenterálna výživa/i.v. tekutiny (PV/i.v.). ** V pivotnej, 24-týždňovej, dvojito zaslepenej, placebom kontrolovanej štúdii u pacientov s SBS teduglutid v dávke 0,05 mg/kg/deň signifikantne redukoval objem parenterálnej výživy (definovaný ako > 20 % zníženie v týždni 20 a 24). Štúdia STEPS-2 bola 2-ročné, nezaslepené rozšírenie tejto štúdie s cieľom zhodnotiť dlhodobú bezpečnosť a účinnosť teduglutidu v dávke 0,05 mg/kg/deň oproti placebu.

Dátum prípravy: august 2022. C-APROM/SK/REV/0042

PROGRAM

9. 40 – 9.50	Granulomatózna cheilitída ako prejav Crohnovej choroby. Szépeová R. (Martin/Žiar and Hronom)
9. 50 – 10.00	Anogenitálna forma Crohnovej choroby Čierna I., Bieliková A., Székyová D., Blusková Z., Staníková D., (Bratislava)
10.00 – 10.35	Diskusia
10.35 – 10. 55	Prestávka
10.55 – 11.45	**Sympózium z edukačného grantu spoločnosti Nestlé CDED: „včera, dnes a zajtra „**
10.55 – 11.10	CDED v klinické praxi El-Lababidi N. (Praha)
11.10 – 11.20	Účinok CDED alebo náhoda? Kazuistika Blusková Z., Čierna I., Horáková J. (Bratislava)
11.20 – 11.30	CDED v praxi (kazuistika) Weidenthalerová E. (Praha)
11.30-11.45	Diskusia
11.45 – 12.45	**CELIAKIA A INÉ *Predsedníctvo: Székyová D., Nevoral J.***
11.45 – 11.55	„Projekt CD SKILLS-celiakie u dětí v podunajské oblasti Szitányi P., Floriánková M., Míková S., Tylová K., Rubínová B., Kajaličová D., Turko J., Frűhauf P., (Praha)
11.55 – 12.05	Bezlepková dieta-legislativa, možná rizika Melek J., Halašová R. (Hradec Králové)
12.05 – 12.15	Intolerance laktózy Nevoral J. (Praha)

PROGRAM

12. 15 – 12. 25 Chronická intestinálna pseudoobštrukcia (CIPO)
Székyová D, Čierna I., Hornová J., Blusková Z., Staníková D., Hrčková G., Hamidová O., Králik R. (Bratislava)

12.25 – 12. 45 Diskusia

12.45 -13. 45 Obedová prestávka

13.45 – 15.30 CHOROBY PEČENE A PANKREASU I

Predsedníctvo: Kosnáčová J., Gonsorčíková L.

13.45 – 13.55 Akutní jaterní selhání novorozenců a malých kojenců-kde si stojíme a jak můžeme pomoci?
Gonsorčíková L. (Praha)

13.55 – 14.05 Aspekty indikace k transplantaci jater
Kotálová R. (Praha)

14.05 – 14.15 Alagilleov syndróm v súbore našich pacientov
Kosnáčová J., Čierna I., Hornová J., Staníková D. (Bratislava)

14.15 – 14.25 Terapeutické možnosti u prehepatální portální hypertenze
Durilová M. (Praha)

14.25 – 14.35 GCH a AIHA: Kazuistika a přehled literatury
El-Lababidi N., Frühauf P., Vepřeková L. (Praha)

14.35 – 14.45 Nealkoholová tuková choroba jater (non-alcoholic fatty liver disease – NAFLD)
Drápalová R., Smolka V. (Olomouc)

14.45 – 14.55 Asociácia medzi anxietou, depresiou a sérovými koncentráciami hepatálnych transamináz u detí
Staníková D., Feriencíková I., Čierna I., Surovcová A., Trebatická J. (Bratislava)

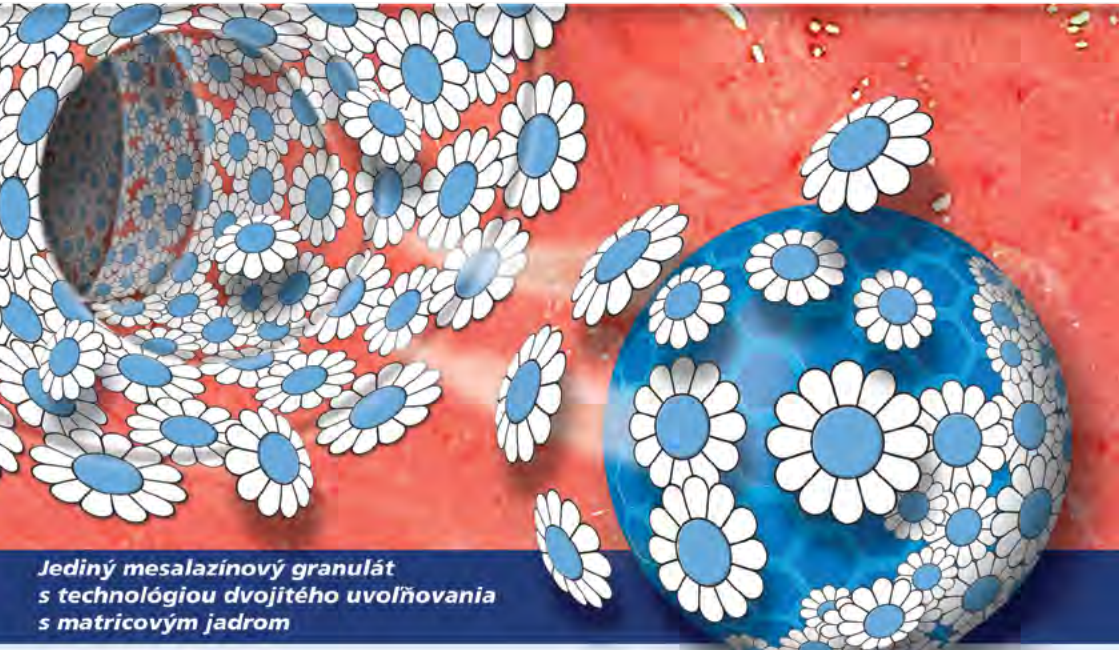
14.55 – 15.30 Diskusia

15.30– 15.50 Prestávka

Ulcerózna kolitída

Salofalk® Granulát 1,5g/3g

...viditeľný rozdiel[1]



Jediný mesalazínový granulát s technológiou dvojitého uvoľňovania s matricovým jadrom

Cielené uvoľňovanie v priebehu celého hrubého čreva až po konečník
- Vysoko účinný aj pri proktosigmoiditide: 86% pacientov v remisii[2]
- Granulátová forma: maximalizovaný povrch pre spoľahlivé uvoľňovanie liečiva

1. Leifeld et al. Aliment Pharmacol Ther. 2011;34:1115-22
2. Kruis et al. Gut. 2009., 58:233-240.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Salofalk® gastrorezistentný granulát s predĺženým uvoľňovaním 1,5 g/3 g.

KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE: Jedno vrecko Salofalku 1,5 g /3 g granulátu obsahuje 1,5 g/3 g mesalazínu. Pomocné látky so známym účinkom: Jedno vrecko Salofalku 1,5 g/3 g granulátu obsahuje 3,0 mg aspartámu a 0,06 mg sacharózy/6,0 mg aspartámu a 0,12 mg sacharózy. **Úplný zoznam pomocných látok, pozri SPC. LIEKOVÁ FORMA:** Gastrorezistentný granulát s predĺženým uvoľňovaním. **TERAPEUTICKÉ INDIKÁCIE:** *Liečba akútnych epizód a udržiavanie remisie ulceróznej kolitídy.* **DÁVKOVANIE A SPÔSOB PODÁVANIA:** Dávkovanie: *Dospelí a starší pacienti:* Liečba akútnych epizód ulceróznej kolitídy: V závislosti od individuálneho klinického stavu pacienta jedenkrát denne 1 vrecko Salofalku 3 g granulátu, prípadne 1 alebo 2 vrecúška Salofalku 1,5 g granulátu. Liek sa má užívať ráno. *Udržiavanie remisie ulceróznej kolitídy:* Štandardná liečba je 0,5 g mesalazínu trikrát denne (ráno, na obed a večer). Čo predstavuje celkovú dávku 1,5 g mesalazínu na deň. *Pediatrická populácia:* Účinok na deti (vek 6 – 18 rokov) nie je dostatočne zdokumentovaný. *Deti vo veku 6 rokov a staršie:* Celková dávka mesalazínu nesmie presiahnuť odporúčanú dávku pre dospelých. Vo všeobecnosti užívajú deti s telesnou hmotnosťou do 40 kg polovičnú dávku z dávky u dospelého a deti nad 40 kg môžu užívať normálnu dávku ako u dospelých. Spôsob podávania: Granulát vo vrecúšku sa nemá ťuvať. Granulát sa má položiť na jazyk a prehltnúť, bez žuvania a zapiť dostatočným množstvom vody. **KONTRAINDIKÁCIE:** Salofalk granulát sa nesmie používať pri: precitlivenosti na účinnú látku, na salicyláty alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; ťažkých poruchách funkcie pečene a obličiek. **OSOBITNÉ UPOZORNENIA A OPATRENIA PRI POUŽÍVANÍ:** pozri SPC. **LIEKOVÉ A INÉ INTERAKCIE:** pozri SPC. **GRAVIDITA A LAKTÁCIA:** Gravidita: O užívaní Salofalk granulátu u tehotných žien nie sú dostatočné údaje. Napriek tomu sa v tehotenstve má Salofalk granulát používať iba v prípade, ak prínos významne preváži možné riziko. Dojčenie: Salofalk granulát sa má užívať počas dojčenia iba v prípade, ak prínos významne preváži možné riziko. **NEŽIADUCE ÚČINKY:** *Poruchy nervového systému:* Časté: bolesť hlavy. *Poruchy gastrointestinálneho traktu:* Menej časté: bolesť brucha, hnačka, dyspepsia, plynatosť, nevoľnosť, vracanie, akútna pankreatitída. *Laboratórne a funkčné vyšetrenia:* Menej časté: zmeny parametrov funkcie pečene (zvýšenie transamináz a parametrov cholestázy), zmeny pankreatických enzýmov (zvýšenie lipázy a amylázy), zvýšenie počtu eozinofilov. Veľkosť balenia: Salofalk 1,5 g granulát: 100 vreciek. Salofalk 3 g granulát: 30 vreciek. **DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII:** Dr. Falk Pharma GmbH, Leinenweberstrasse 5, 79108 Freiburg, Nemecko. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** 02/2022. **Pred podaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC).**

SAL-EWO-SK-0001-04/2022

ewo pharma

Zastúpenie | Ewopharma spol. s r. o. |
Prokopa Veľkého 52 | 811 04 Bratislava |
info@ewopharma.sk

Dr. Falk Pharma GmbH
Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Nemecko

www.drfalkpharma.com

PROGRAM

15.50 – 17.35	CHOROBY PEČENE A PANKREASU II *Predsedníctvo: Michnová Z., Hloušková E.*
15.50 – 16.00	Kontrastná ultrasonografia pečene – základná charakteristika vyšetrenia Pršo M., Michnová Z., Havlíčeková Z., Zúbriková L., Murgašová M., Bánovčin P. (Martin)
16.00 – 16.10	Kontrastná ultrasonografia pečene – diferenciácia malígnych lézií pečene Michnová Z., Pršo M., Havlíčeková Z., Zúbriková L., Murgašová M., Bánovčin P. (Martin)
16.10 – 16.20	Kontrastná ultrasonografia pečene – využitie v klinickej praxi (kazuistika) Kosorínová D., Michnová Z., Pršo M., Murgašová M., Zúbriková L., Havlíčeková Z., Bánovčin P. (Martin)
16.20 – 16.30	Ďábelsky mocný Kratom Štanclová M., Kračmarová R., Pellantová V., Melek J., Halašová R., Podhola M., Dědek P. (Hradec Králové)
16.30 – 16.40	Dvakrát konjugovaná hyperbilirubinémia Globinovská J., Jurko O., Šoltýsová B. (Poprad)
16.40 – 16.50	Chronická a akutní recidivující pankreatitida – retrospektivní data PeK FN Brno Hloušková E., Bajerová K., Hrunka M., Jabanžiev P. (Brno)
16.50 – 17.00	Tumorózne útvary pankreasu – rovnaký začiatok, rôzne diagnózy Blusková Z., Čierna I., Székyová D., Staníková D., Kolenová A., Hrašková A., Keil R, Vavrečka A., Koller T., Babala J., Béder I., Plank L. (Bratislava)
17.00 – 17.35	Diskusia
19.00	Večera

ENDOSKOPICKÝ WORKSHOP 30. 9. 2022

podporený firmou ULTRAMED/OLYMPUS

9.00 – 14.00 h. – prihlasovanie na registrácii

SOBOTA 1. 10. 2022

9.00 – 10. 30	VARIA *Predsedníctvo: Valachová I., Bajerová K.*
9.00 – 9.10	Gastrointestinálna dysfunkcia u detí s poruchami autistického spektra Nemcsicsová D., Tomová A., Belica I., Babinská K., Ostatníková D. (Bratislava)
9.10 – 9.20	Obstipácia, pseudo – obštrukcia: skúsenosti z klinickej praxe Valachová I. (Banská Bystrica)
9.20 – 9.30	Možnost záměny Bristol stool scale za Brussels infants and toddlers stool scale v dotazníku CoMiSS Bajerová K., Svoboda, M. (Brno)
9.30 – 9.40	Nečekaná příčina hematemézy u 4 měsíčního kojence Vebr M., Schwarz J., Sýkora J. (Plzeň)
9.40 – 9.50	Atypický projev známého onemocnění Rosinská S., Halašová R., Rozsíval P., Ondrušová E., Melek J., Dědek P., Doležalová P., Kopřiva J., Rumlarová Š., Langrová H. (Hradec Králové)
9.50 – 10.00	Postkovidový syndróm v praxi detského gastroenterológa Dobrovanov O. (Bratislava)
10.00 – 10.30	Diskusia
10.30 – 10.50	Prestávka

Stelara®
(ustekinumab)

MISIA: DLHOTRVAJÚCA REMISIA[#1-5]

STELARA® – BIOLOGICKÁ LIEČBA STREDNE ŤAŽKEJ AŽ ŤAŽKEJ AKTÍVNEJ CROHNOVEJ CHOROBY A ULCERÓZNEJ KOLITÍDY[1]

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU STELARA®:

Názov lieku a lieková forma: STELARA 45 mg, injekčný roztok, STELARA 45 mg alebo 90 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke. STELARA 130 mg koncentrát na infúzny roztok **Účinná látka:** Injekčný roztok a injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke obsahuje ustekinumab 45 mg v 0,5 ml, resp. 90 mg v 1,0 ml. Jedna injekčná liekovka obsahuje 130 mg ustekinumabu v 26 ml (5 mg/ml). **Indikácie (platné pre injekčný roztok a roztok naplnený v injekčnej striekačke)*:** Liečba stredne závažnej až závažnej ložiskovej formy psoriázy u dospelých pacientov, u ktorých sa nedostavila klinická odpoveď na iné systémové terapie, vrátane cyklosporínu, metotrexátu (MTX) alebo PUVA (psoralen a ultrafialové žiarenie pásma A), prípadne sú im takéto terapie kontraindikované alebo ich netolerujú. Liečba stredne závažnej až závažnej ložiskovej psoriázy u detských a adolescentných pacientov od 6 rokov a starších, ktorí nie sú dostatočne kontrolovaní alebo netolerujú iné systémové terapie alebo fototerapie. Liečba psoriatickej artritídy u dospelých pacientov v monoterapii alebo v kombinácii s MTX, ak nebola odpoveď na predchádzajúcu nebiologickú liečbu antireumatickým liekom modifikujúcim chorobu (DMARD) dostatočná. Liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou Crohnovou chorobou, u ktorých odpoveď buď na konvenčnú terapiu alebo na terapiu antagonistom tumor nekrotizujúceho faktoru alfa - TNFα bola neadekvátna, alebo došlo k strate odpovede, alebo takúto terapiu netolerujú, alebo je im kontraindikovaná. Liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou, u ktorých odpoveď buď na konvenčnú terapiu alebo na biologickú terapiu bola neadekvátna, alebo došlo k strate odpovede, alebo takúto terapiu netolerujú, alebo je im kontraindikovaná. **Indikácie (platné pre koncentrát na infúzny roztok)*:** Liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou Crohnovou chorobou, u ktorých odpoveď buď na konvenčnú terapiu alebo na terapiu antagonistom tumor nekrotizujúceho faktora alfa - TNFα bola neadekvátna, alebo došlo k strate odpovede, alebo takúto terapiu netolerujú, alebo je im kontraindikovaná. Liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou, u ktorých odpoveď buď na konvenčnú terapiu alebo na biologickú terapiu bola neadekvátna, alebo došlo k strate odpovede, alebo takúto terapiu netolerujú, alebo je im kontraindikovaná. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktoroukoľvek z pomocných látok, klinicky závažná aktívna infekcia. **Zvláštne upozornenie*:** Ustekinumab môže mať potenciál zvyšovať riziko vzniku infekcií a reaktivovať latentné infekcie. U pacientov liečených ustekinumabom boli hlásené oportúnne infekcie. Pred začatím terapie liekom STELARA je potrebné pacienta vyšetriť na prítomnosť infekcie tuberkulózy. STELARA sa nesmie podávať chorým s aktívnou tuberkulózou. Ustekinumab môže mať potenciál zvyšovať riziko vzniku malignity. Živé vírusové alebo živé bakteriálne vakcíny (ako BCG) sa neodporúča podávať súčasne s liekom STELARA. Pred očkovaním živými vírusovými alebo živými bakteriálnymi vakcinami sa terapia nemá podávať najmenej 15 týždňov od poslednej dávky, a k terapii sa možno vrátiť najskôr 2 týždne po očkovaní. Boli hlásené závažné reakcie z precitlivenosti, v niektorých prípadoch niekoľko dní po liečbe. Vyskytla sa anafylaxia a angioedém. U pacientov so psoriázou bola po liečbe ustekinumabom hlásená exfoliatívna dermatitída. Počas používania ustekinumabu po schválení boli hlásené prípady alergickej alveolitídy a eozinofilnej pneumónie. Klinické prejavy zahŕňali kašeľ, dyspnoe a intersticiálne infiltráty po podaní jednej až troch dávok. Závažné dôsledky zahŕňali respiračné zlyhanie a psoriázu hospitalizáciu. V prípade, že bola vylúčená infekcia a diagnóza bola potvrdená, ukončite liečbu ustekinumabom a začnite vhodnú liečbu. Kryt ihly na striekačke v prípade STELARY naplnených striekačiek je vyrobený zo suchej prírodnej gumy (derivát latexu), čo môže u jedincov citlivých na latex vyvolať alergickú reakciu. Za účelom zlepšenia sledovateľnosti biologických liekov sa má zreteľne zaznamenať názov a číslo šarže podaného lieku. STELARA obsahuje menej ako 1 mmol sodíka (23 mg) v jednej dávke, t. j. v podstate zanedbateľné množstvo sodíka. STELARA sa však riedi v infúznom roztoku chloridu sodného 9 mg/ml (0,9 %). Toto sa má vziať do úvahy u pacientov na diéte s kontrolovaným obsahom sodíka. V klinických skúšaniach boli pozorované reakcie súvisiace s infúziou pri podávaní STELARA 130 mg koncentrát na infúzny roztok. V postmarketingovom sledovaní boli hlásené závažné reakcie súvisiace s infúziou vrátane anafylaktických reakcií na infúziu. Ak sa spozoruje závažná alebo život ohrozujúca reakcia, má sa začať vhodná liečba a liečba ustekinumabom a má sa ukončiť. Bližšie: viď úplná informácia o lieku (SPC). **Nežiaduce účinky a predávkovanie:** Najčastejšie: nazofaryngitída, bolesť hlavy a infekcia horných dýchacích ciest. Najzávažnejšie: závažná reakcia z precitlivenosti vrátane anafylaxie. Jednotlivé dávky v množstve do 6 mg/kg bez dávkového obmedzenia vzhľadom na toxicitu. Bližšie: viď. úplná informácia o lieku (SPC). **Interakcie:** Neuskutočnili sa žiadne interaktívne štúdie u ľudí. Živé vírusové alebo živé bakteriálne vakcíny (ako BCG) sa nesmú podávať súčasne s liekom STELARA. V štúdiách so psoriatickou artritídou sa nepreukázalo, že by súbežné podávanie MTX malo vplyv na bezpečnosť alebo účinnosť STELARY. V štúdiách s Crohnovou chorobou sa nepreukázalo, že by súbežné podávanie imunosupresív alebo kortikosteroidov mali vplyv na bezpečnosť alebo účinnosť STELARY. Nie je známe, či STELARA môže mať vplyv na alergénovú imunoterapiu. **Dávkovanie a spôsob podávania*:** Ložisková psoriáza a psoriatická artritída: úvodná dávka 45 mg podaná subkutánne v 0. týždni, po čom nasleduje dávka 45 mg v 4. týždni, potom sa liek podáva každých 12 týždňov. U pacientov, u ktorých sa nedostavila klinická odpoveď ani po 28 týždňoch liečby, treba uvažovať o prerušení terapie. Pacienti s hmotnosťou > 100 kg: 90 mg subkutánne v 0. týždni, po čom nasleduje dávka 90 mg v 4. týždni, potom sa liek podáva každých 12 týždňov. Ložisková psoriáza u pediatrických pacientov (6 rokov a viac): odporúčaná dávka je odvodená od telesnej hmotnosti v čase dávkovania v 0. a 4. týždni, a potom každých 12 týždňov ako subkutánna injekcia. Spôsob podávania: subkutánna injekcia, miestami aplikácie nemajú byť plochy kože postihnuté psoriázou. Crohnova choroba a ulcerózna kolitída: úvodná jednorazová intravenózna dávka v závislosti od hmotnosti pacienta približne 6 mg/kg. Následne po 8 týždňoch 90 mg subkutánna injekcia. Po tomto sa odporúča dávkovanie každých 12 týždňov. Pacienti, ktorí nemali primeranú odpoveď v 8. týždni po prvej subkutánnej dávke, môžu v tom čase dostať druhú subkutánnu dávku. Pacienti, ktorí stratia odpoveď pri dávkovaní každých 12 týždňov, môžu mať prínos zo zvýšenia frekvencie dávkovania na každých 8 týždňov. Bližšie: viď úplná informácia o lieku (SPC). **Fertilita, gravidita a laktácia*:** Neodporúča sa užívať liek STELARA počas gravidity. Ženy vo fertilnom veku majú používať počas liečby a ešte 15 týždňov po liečbe účinný spôsob antikoncepcie. Obmedzené údaje z publikovanej literatúry naznačujú, že ustekinumab sa vylučuje do ľudského materského mlieka vo veľmi malých množstvách. Nie je známe, či sa ustekinumab po požití systémovo absorbuje. Vzhľadom na potenciál pre vznik nežiaducich reakcií spôsobených ustekinumabom u dojčiat je potrebné rozhodnúť, či prerušiť dojčenie počas liečby a ešte 15 týždňov po liečbe, alebo či prerušiť terapiu STELAROU so zreteľom na prínos dojčenia pre dieťa a prínos terapie pre pacientku. **Možná lieková závislosť:** Nevyvoláva závislosť. **Upozornenia na uchovávanie:** Uchovávajte v chladničke (2 °C – 8 °C), chráňte pred mrazom a svetlom. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii lieku:** Janssen-Cilag International N.V., Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgicko. **Registračné čísla*:** STELARA 130 mg koncentrát na infúzny roztok EU/1/08/494/005, STELARA 45 mg injekčný roztok EU/1/08/494/001, STELARA 45 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke EU/1/08/494/003 a STELARA 90 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke EU/1/08/494/004. **Dátum poslednej revízie textu*:** 11/2021.

*Prosím, všimnite si zmeny v skrátenej informácii o lieku.

Spôsob výdaja lieku: Liek je viazaný na lekársky predpis. Liek je hradený z verejného zdravotného poistenia v indikáciách stredne závažná až závažná ložisková psoriáza u dospelých, aktívna psoriatická artritída u dospelých, stredne ťažká až ťažká aktívna Crohnova choroba u dospelých. Skôr, ako liek predpíšete, oboznámte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC), ktorý je dostupný na vyžiadanie na adrese: Janssen, Johnson & Johnson, s. r. o., Karadžičova 12, 821 08 Bratislava, tel: +421 (0)2/3240 8400, https:// www.janssen.com/slovakia/

[A] Štúdia IM-UNITI (subkutánna udržiavacia liečba ustekinumabom u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou Crohnovou chorobou): pri použití ITT (Intent-to-treat) analýzy všetkých pacientov randomizovaných na terapiu ustekinumabom na začiatku udržiavacej liečby, 34,4% pacientov liečených ustekinumabom každých 8 týždňov a 28,7% liečených ustekinumabom každých 12 týždňov bolo v klinickej remisii v 252. týždni. Zodpovedajúce miery klinickej remisie u pacientov, ktorí vstúpili do LTE fázy (tzv. Long Term Extension) boli 54,9% a 45,2%.[2] Dlhodobá preciítená (LTE) štúdia UNIFI (subkutánna udržiavacia liečba ustekinumabom u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou ulceróznou kolitídou): spomedzi pacientov randomizovaných do skupín s ustekinumabom každých 12 a 8 týždňov na začiatku udržiavacej liečby,dosiahlo symptomatickú remisiu v 152. týždni 54,1 % a 56,3 %.[3]

Literatúra: **1.** Súhrn charakteristických vlastností lieku Stelara®, 11/2021. **2.** Sandborn WJ, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021; S1542-3565(21)00203-2. **3.** Abreau M.T. et al. J Crohns Colitis 2022 Mar 3; jjac030. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac030. Online ahead of print. **4.** Feagan BG, et al. NEJM 2016;375(20):1946–1960. **5.** Sands BE, et al. N Engl J Med. 2019;381(13):1201–1214.

Johnson & Johnson, s. r. o., divízia Janssen, CBC III, Karadžičova 12, 821 08 Bratislava 2, Slovensko
Tel.: +421 2 3240 8400 I Fax.: +421 2 3240 8490, www.janssen.com/slovakia
Dátum prípravy: február 2022 CP-293778

janssen Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

PROGRAM

10.50 – 12.35	VARIA *Predsedníctvo: Havlíčeková Z., Rosinská S.*
10.50 – 11.00	Syndróm krátkeho čreva u detí a možnosti liečby Hornová J., Kosnáčová J., Čierna I., Székyová D. (Bratislava)
11.00 – 11.10	Manažment achalázie v detskom veku. Havlíčeková Z., Michnová Z., Bánovčin P., Demeter M. (Martin)
11.10 – 11.20	Fundoplikace jako jediné řešení ?! Rosinská S., Štanclová M., Melek J. (Hradec Králové)
11.20 – 11.30	Niečo nové v riešení starého problému? Petrášová M., Tarcalová B., Majlingová S., Koman A. (Košice)
11.30 – 11.40	Úskalia a omyly cudzích telies v pažeráku-kazuistika Vagáňová K., Valachová I., Koreň R., Mikušová N. (Banská Bystrica)
11.40 – 11.50	Kreatínkináza z pohľadu detského neurológa Balážová P., Viestová K., Kolníková M. (Bratislava)
11.50 – 12.00	Anorektálna manometria u detí Števková D., Blusková Z., Trepáčová D., Králik R., Béder I. (Bratislava)
12.00 – 12.35	Diskusia
12.35	Záver
od 12.30	Obed

Podujatie je zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania a má pridelené kredity CME.

Perorálna liečba nedostatku vitamínu B12

JEDNODUCHO, EFEKTÍVNE

Liek Vitamín B12 gamma® obsahuje 1 000 mikrogramov kyanokobalamínu v jednej tablete

Je vysoko účinný a ľahko sa užíva

Vysoká dávka:
1 000 µg v 1 tbl.

Jednoduché užitie:
tablety

Iba
1x denne

Skrátená informácia o lieku:
Lieková forma: Obalená tableta. **Terapeutické indikácie:** Liečba nedostatku vitamínu B12 u pacientov s diagnostikovaným nedostatkom vitamínu B12, ktorí sú prísni vegetariáni, ktorí majú malabsorpciu vitamínu B12, s diagnostikovanou pernicióznou anémiou, s diagnostikovanou atrofickou gastritídou, alebo ktorí majú celiakiu. Podporná, doplnková liečba pri dlhodobom užívaní aminosalicylátov, inhibitorov protónovej pumpy a metformínu. Liek je vhodný pre deti vo veku 7 rokov a staršie, dospievajúcich a dospelých. **Dávkovanie:** Odporúčaná denná dávka je 1 000 mikrogramov kyanokobalamínu (jedna tableta lieku Vitamín B12 gamma). Cielenou diagnostikou a kontrolou liečby sa má stanoviť pre pacienta optimálne dávkovanie kyanokobalamínu. **Kontraindikácie:** Známa precitlivenosť na kyanokobalamín alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Nesmie sa podávať pacientom, u ktorých je potrebné vykonať detoxikáciu kyanidov (napr. pacienti s tabakovou amblyopiou alebo retrobulbárnou neuritídou pri pernicióznej anémii). V týchto prípadoch sa majú podať iné deriváty kobalamínu. Pacientom s nedostatkom vitamínu B12, ktorým hrozí riziko Leberovej atrofie optického nervu, nesmie sa podávať kyanokobalamín na liečbu nedostatku vitamínu B12. **Nežiaduce účinky:** Ojedinelé nežiaduce reakcie z vedeckej literatúry boli hlásené pri perorálne podávanej supplementácii kyanokobalamínu v dávke najviac 1 000 mikrogramov denne. Nežiaduce reakcie boli zaznamenané prevažne pri parenterálnom podaní. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú známe škodlivé účinky kyanokobalamínu na ľudskú fertilitu. Po suplementácii vitamínu B12 bola zaznamenaná lepšia kvalita spermií. Vitamín B12 gamma sa môže používať v období dojčenia. Dôkazy naznačujú, že suplementácia vitamínom B12 počas tehotenstva a dojčenia predstavuje minimálne riziko pre matku a dieťa. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Vitamín B12 gamma nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Druh obalu a obsah balenia:** PVC/PVDC/ALU blistrové balenia po 50 a 100 obalených tabliet. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. **REGISTRAČNÉ ČÍSLO:** 86/0195/21-S. **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** 12/2021. **SPÔSOB VÝDAJA A ÚHRADY:** Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **POZNÁMKA:** Skôr ako liek predpíšete, prečítajte si starostlivo úplnú informáciu o lieku (SPC).

Wörwag Pharma Slovensko s.r.o., Ivanská cesta 30/B, 821 04 Bratislava, tel. 02/44889920, info@woerwagpharma.sk, www.woerwagpharma.sk

wörwag PHARMA

B12KOSO2022

HLAVNÍ PARTNERI:

abbvie

Nestlé HealthScience

VYSTAVOVATELIA:

ALFASIGMA

ewo pharma since 1959

janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Takeda

AIDIAN
ASKIN&CO
BABYSMILK
BIOXA THERAPEUTICS
DANONE
FLEXIMED
IMEDEX
SANDOZ
SDRUŽENÍ CELIAKŮ ČR
VULM
WÖRWAG

VULM

since 1972

PARTNER VÁŠHO ZDRAVIA

www.vulm.sk

PARTNERSKÝ PROGRAM 2022

ĎAKUJEME TOUTO CESTOU SVOJIM PARTNEROM
A TEŠÍME SA NA SPOLUPRÁCU V ROKU 2022

SLOVENSKÁ
GASTROENTEROLOGICKÁ
SPOLOČNOSŤ

STRIEBORNÍ PARTNERI SGS:

Takeda Pharmaceuticals Slovakia, s.r.o.

FERRING Slovakia, s.r.o.

AbbVie, s.r.o.

PRO.MED.CS

Alfasigma Czech, s.r.o.
O.Z. Slovensko

BRONZOVÍ PARTNERI SGS:

Abbott Laboratories, s.r.o.

EWOPHARMA spol. s.r.o.

BERLIN-CHEMIE/
A.MENARINI DISTRIBUTION
SLOVAKIA s.r.o.

ABSTRAKTY

Postvakcinační imunogenicita vakcíny BNT162b2 SARS-CoV-2 a její prediktory u dětských pacientů se zánětlivým střevním onemocněním

Bronský J.[1], Čopová I.[1], Durilová M.[1], Kazeka D.[1], Kubát M.[1], Lerchová T.[1], Vlčková E.[1], Mitrová K.[1,2], Rataj M.[3], Klocperk A.[3], Šedivá A.[3], Hradský O.[1]

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

[2] Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE a UK 1.LF, Praha

[3] Ústav imunologie UK 2.LF a FN Motol, Praha

Cíl: Cílem práce bylo posoudit postvakcinační imunogenicitu vakcíny BNT162b2 SARS-CoV-2 a její prediktory u dětských pacientů se zánětlivým střevním onemocněním (IBD).

Úvod: Vakcinace mRNA BNT162b2 SARS-CoV-2 vakcínou u dětí nad 12 let věku byla zahájena v červenci 2021. Následně jsme prospektivně sledovali postvakcinační protilátkovou odpověď u našich dětských IBD pacientů a u zdravých kontrol.

Soubor a metodika: Metodou microblot array jsme stanovovali hladiny IgG a IgA protilátek proti receptor binding doméně (RBD), proteinu spike S2 a nukleokapsidu u 139 dětských pacientů s IBD (65 vakcinovaných, medián věku 16,3, IQR 15,2-17,8 let) a u 1744 zdravých kontrol (46, 37–57 let).

Výsledky: Všichni IBD pacienti i zdravé kontroly vyvinuli pozitivitu anti-RBD IgG ve srovnatelných titrech. Proporce observací s pozitivním anti-spike S2 IgG byla vyšší u pacientů s IBD ve srovnání s kontrolami (63 % vs. 21 %; OR 2,99 [1,51–5,90]), stejně jako jejich titr (medián (IQR) 485 [92–922] vs. 79 [33–180] IU/mL). Hladiny anti-RBD a anti-Spike S2 IgG byly asociovány s IBD statutem. Nalezli jsme asociaci mezi hladinami anti-spike S2 IgG a dobou od vakcinace (beta -4,85; 95 %CI -7,14–2,71; p=0,0001), anamnézou SARS-CoV-2 PCR pozitivity (206,76; 95 %CI 39,93–374,05; p=0,0213) a léčbou anti-TNF (-239,68; 95 %CI -396,44–83,55; p=0,0047). 43 % pacientů udávalo projevy nežádoucích účinků po aplikaci vakcíny (většinou mírné). 46 % observací s pozitivitou anti-nukleokapsidového IgG mělo pozitivní anamnézu infekce SARS-CoV-2.

Závěr: Pacienti s IBD produkovali vyšší hladiny postvakcinačních anti-Spike S2 protilátek než kontroly. Prodělaná infekce SARS-CoV-2 je asociována s vyšší a anti-TNF léčba s nižší produkcí postvakcinačních protilátek. Práce byla podpořena VZ FNM 00064203/6001.

Udržitelnost preparátů biologické léčby u dětský pacientů s Crohnovou chorobou – analýza Českého národního registru biologické léčby (CREdIT)
Sustainability in paediatric patients with Crohn's disease – analysis from Czech national registry of biologic treatment (CREdIT)

Hradský O. [1], Čopová I. [1], Durilová M.[1], Kazeka D.[1], Lerchová T.[1], Mitrová K.[1], Schwarz J.[2], Vetrovcová R.[2], El-Lababidi N.[3], Karásková E.[4], Véghová-Velgáňová M.[4], Šuláková A.[5], Gonsorčíková L.[6], Veverková M.[7], Ženišková I.[8], Zimen M.[9], Bortlik M.[10,11], Bronský J.[1]

[1] Gastroenterology and Nutrition Unit, Department of Paediatrics, 2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Prague, Czech Republic
[2] Department of Paediatrics, Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University, Czech Republic
[3] Department of Paediatrics and Inherited Metabolic Disorders, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague
[4] Department of Paediatrics, Faculty of Medicine and Dentistry, University Hospital Olomouc, Czech Republic
[5] Department of Paediatrics, University Hospital Ostrava and Medical Faculty University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic
[6] Department of Paediatrics, 1st Faculty of Medicine, Thomayer's Hospital and Charles University, Prague, Czech Republic
[7] Department of Paediatrics, Faculty of Medicine, Masaryk University and University Hospital Brno, Czech Republic
[8] Department of Paediatrics, Hospital Ceske Budejovice, Czech Budejovice, Czech Republic.
[9] Department of Paediatrics, Hospital Jihlava, Jihlava, Czech Republic
[10] Department of Gatroenterology, Hospital Ceske Budejovice
[11] Department of Internal Medicine, and Institute of Pharmacology, First Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic

Objectives and study: Comparative studies, even head-to-head trials, comparing different biologic agents in paediatric patients with Crohn's disease (CD) are missing. Recent study suggested that adalimumab treatment was superior to other agents in sustainability of the drug. We aim to assess association of sustainability and different biologic drugs.

Methods: Using Czech national prospective registry of biologic and modern therapy of IBD (CREdIT) we identified 448 courses of biologic treatment in 384 paediatric CD patients. Using mixed effects cox models we attempted to identify an association between a biologic agent and sustainability of the treatment. A patient and a biologic centre were added as random effect into the models.

Results: Among included 448 observations (178 female, 40 %), 203 were with adalimumab (45 %), 202 with infliximab (45 %), 31 with ustekinumab (7 %) and 12 with vedolizumab (3 %). Most of the observations were from the first line of the biologic treatment (335, 75 %) and with concomitant immunosuppressive therapy at beginning of the treatment course (353, 79 %).

Among all biologic therapy, comparing to adalimumab treatment, sustainability of infliximab was lower (hazard ratio [HR] 0.56, 95 % CI 0.33-0.95) in mixed effect cox model adjusted for the line of the treatment, retrospective inclusion, age, immunomodulatory therapy at the time of treatment initiation and for centre and individual in random part of the

model. We did not find different sustainability of vedolizumab and ustekinumab however, limited number of these observations were included in the analysis.

Conclusion: In paediatric CD patients, sustainability of biologics seems to be consistently slightly higher with adalimumab compared to infliximab.

Keywords: biological therapy, tumor necrosis factor alpha, ustekinumab, vedolizumab, children

Sérové hladiny WISP-1 (Wnt1-Inducible Signaling Pathway Protein-1) a dalších adipokinů u dětí s nespecifickým střevním zánětem

Karásková E.[1], Velgáňová-Véghová M.[1], Geryk M.[1], Foltenová H.[1], Kubíčková V.[2]
[1] Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika, [2]Oddělení klinické biochemie, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

Úvod a cíl studie: Wnt1-inducible signaling pathway protein-1 (WISP-1) je relativně nedávno detekovaným adipokinem, který se podílí na mnoha buněčných procesech včetně slizničního hojení. Cílem práce bylo porovnat cirkulující hladiny WISP-1 a dalších vybraných adipokinů [adiponektinu, resistinu a retinol-binding proteinu 4 (RBP-4)] u dětí s nespecifickým střevním zánětem (IBD) a zdravých kontrol a zjistit případné rozdíly mezi pacienty Crohnovou chorobou (CD) a ulcerózní kolitidou (UC). Metody: Průřezová studie případů a kontrol hodnotila sérové hladiny vybraných adipokinů, parametry lipidového metabolismu, zánětlivých ukazatelů, a také antropometrické parametry a indexy aktivity onemocnění. Výsledky: U pacientů s IBD (n58) byly zjištěny signifikantně nižší hladiny adiponektinu, vyšší hladiny resistinu a WISP-1 ve srovnání se zdravými kontrolami (n20). Zvýšená hladina WISP-1 byla detekována pouze u pacientů s CD (2917 [740-5198] pg/ml) ve srovnání s UC skupinou (373 [49-3004] pg/ml) a zdravými kontrolami (311 [38-1905] pg/ml). Mezi jednotlivými skupinami nebyl zjištěn významný rozdíl v hladinách RBP-4. Hladiny adiponektinu, WISP-1 and RBP-4 byly nezávisle asociovány pouze s body mass indexem, hladiny resistinu pak s C-reaktivním proteinem a leukocyty.

Závěr: Signifikantně vyšší hladiny WISP-1 a resistinu a nižší hladiny adiponektinu u dětí s IBD mohou odrážet dysfunkční interakci tukové tkáně při probíhajícím chronickém střevním zánětu. Vyšší hladiny WISP-1 u dětí s CD oproti UC pak zřejmě poukazují na potenciální roli mesenterické tukové tkáně v produkci WISP-1 u pacientů s CD. Práce byla podpořena grantem MZ CR DRO (FNOl, 00098892).

Využití sonografie střev u pacientů s IBD

Mitrová K.
Pediatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

Úvod: Technický vývoj ultrasonografických (UZ) přístrojů a vysokofrekvenčních sond s vysokým rozlišením umožnil v posledních letech použití UZ v managementu pacientů se zánětlivým střevním onemocněním (IBD). Toto vyšetření bylo vzhledem ke svým nesporným výhodám (dobrá dostupnost, absence rtg záření, komfort pacienta atd.) implementováno také do aktuálních doporučení ECCO.

UZ vyšetření střev lze využít u pacientů s Crohnovou nemocí i ulcerózní kolitidou. Uplatňuje se jak v diagnostice IBD (lokalizace, extenze zánětu, aktivita), tak i monitoraci zánětlivé

aktivity, hodnocení terapeutické odpovědi nebo pooperační rekurence a v neposlední řadě také při detekci střevních komplikací (píštěle, abscesy, stenózy). Pro hodnocení aktivity jsou rozhodující dva parametry a to šíře střevní stěny a její vaskularizace, k dalším hodnoceným parametrům patří stratifikace stěny, lumen střeva, motilita, reakce okolitých tkání, lymfadenopatie. Dle recentní meta-analýzy má UZ vyšetření střev ve srovnání s ostatními zobrazovacími metodami vysokou senzitivitu i specificitu. Senzitivita vyšetření závisí na lokalizaci, nejvyšší je v případě postižení ilea (92 %), nejnižší pak při postižení rekta. Střevní UZ má při srovnání s CT a MR srovnatelnou senzitivitu i specificitu v detekci nitrobřišních píštělí (senzitivita 70.1 %; specificita 95.6 %) i nitrobřišních abscesů (senzitivita 85.6 %; specificita 94.5 %). Senzitivitu detekce stenóz a pooperační rekurence zvyšuje vyšetření za použití perorálního kontrastu, tzv. SICUS (Small Intestine Contrast UltraSound).

Recentní práce poukazují také na možnost využití sonografie v predikci terapeutické odpovědi i u pacientů s ASC.

Závěr: UZ vyšetření střev lze považovat za neinvazivní metodu, s velmi dobrou diagnostickou přesností, kterou lze u dětských pacientů využít jak v diagnostice, tak i monitoraci aktivity IBD.

Renální komplikace terapie vedolizumabem – kazuistika a přehled literatury

Vyhnánek R., Dědič T., Bauer D., Netvalová S., Gonsorčíková L. (Praha)

Abstrakt nebol dodaný

Granulomatózna cheilitída ako prejav Crohnovej choroby.

Szépeová R., MUDr., PhD.
Klinika detí a dorastu UNM a JLF UK Martin, Všeobecná nemocnica Žiar nad Hronom

Granulomatózna cheilitída je zriedkavé ochorenie zaradené medzi orofaciálne granulomatózy. Je charakterizovaný idiopatickým chronickým zápalom labiálnej sliznice (makrochélia), ktorý má formu epizodických a progresívnych relapsov. U 10 % pacientov sa spája s Crohnovou chorobou.

Uvádzame klinický obraz, priebeh a liečbu pacienta s granulomatóznou cheilitídou, ktorá sa objavila pol roka pred nástupom Crohnovej choroby.

Granulomatózna cheilitída je u detí zriedkavá, v literatúre je opísaných niekoľko prípadov, ochorenie je pravdepodobne nedostatočne diagnostikované. Diagnóza granulomatóznej cheilitídy je klinická, určujúcim faktorom je histologické vyšetrenie. Po stanovení diagnózy sa odporúča komplexné vyšetrenie pacienta, aby sa vylúčili ďalšie pridružené syndrómy opísané v literatúre.

Anogenitálna forma Crohnovej choroby

Čierna I[1]., Bieliková A[2]., Székyová D[1]., Blusková Z[1]., Staníková D[1].
[1] Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava
[2] Detská gastroenterologická ambulancia GeoMed s.r.o, Trenčín

Anogenitálna granulomatóza (AGG) je zriedkavé chronické zápalové granulomatózne ochorenie neznámej etiológie. Je charakterizované histologickým dôkazom nekazeózneho

granulomatózneho zápalu, ktorý sa prejavuje progresívnym a pretrvávajúcim opuchom penisu, skróta, vulvy alebo anoperineálnej oblasti. Ochorenie je zriedkavé a literárne zdroje sú obmedzené na popis jednotlivých kazuistík. Vyskytuje sa u žien aj u mužov v rôznych vekových skupinách, sú popísané prípady aj u detí. Pridružená Crohnova choroba môže byť symptomaticky tichá alebo môže existovať niekoľkoročné oneskorenie medzi objavením sa opuchu genitálií a objektívnym dôkazom súvisiaceho nešpecifického črevného zápalu.

Autori prezentujú kazuistiku 10 ročného chlapca, ktorý bol sledovaný od predškolského veku pre prítomnosť "skin tags" v perianálnej oblasti. Vývoj dieťaťa, ako aj všetky laboratórne vyšetrenia boli fyziologické, dieťa nemalo žiadne klinické ťažkosti. Vo veku 9 rokov sa objavilo zvýšenie fekálneho kalprotektínu a progresia lokálneho perianálneho nálezu. U pacienta bola vykonaná ezofagogastroduodenoskopia a pankolonoskopia s prehliadnutím ilea. Nález na dostupných častiach tráviacej rúry bol fyziologický, stav bol zatiaľ uzavretý ako izolovaná perianálna forma Crohnovej choroby a bolo odporučené doplnenie MRI enterografie v mieste bydliska. Pre COVID pandémiu z obavy zo strany rodičov bolo vyšetrenie oddialené a vo veku 10 rokov sa pacient dostáva opakovane na našu kliniku už s výrazným tuhým cestovitým edémom penisu a skróta. Kompletné endoskopické vyšetrenia ako aj MRI enterografia nepotvrdili patologické zmeny na tenkom a hrubom čreve. V popredí klinického stavu bol rozsiahly perianálny kožný nález a opuch genitálu. Biopsia z penisu potvrdila granulomatóznu lamfangitídu. U pacienta bola zahájená liečba kortikosteroidmi, ktoré mali len obmedzený efekt, u pacienta bola indikovaná biologická liečba, pod ktorou sa klinický stav upravil.

Záver: Kožné prejavy sa u pacientov s Crohnovou chorobou vyskytujú u 20-45 %. Výskyt izolovaného edému genitálií je pri Crohnovej chorobe raritný – histologicky sa jedná o ano-genitálnu granulomatózu. Intralymfatická lokalizácia granulómov a následná oklúzia lymfatickej drenáže vedie ku klinickým príznakom lymfedému. Základom liečby lymfedému genitálu asociovaného s Crohnovou chorobou je liečba základného ochorenia. Operácia je indikovaná u ťažkých stavov s cieľom odstrániť prebytočnú kožu skróta a penisu.

CDED v klinické praxi

EL-Lababidi N. (Praha)

Abstrakt nebol dodaný

Účinok CDED alebo náhoda?

Blusková Z., Čierna I., Horáková J. (Bratislava)

Abstrakt nebol dodaný

CDED v praxi

Weidenthalerová E. (Praha)

Abstrakt nebol dodaný

„Projekt CD SKILLS – celiakie u dětí v podunajské oblasti"

Szitányi P.[1], Floriánková M.[2], Míková S.[2], Tylová K.[2], Rubínová B.[2], Kajaličová D.[2], Turko J.[2], Fruhauf Pavel[2]
[1] Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolizmu – KPDPM , VFN a 1LF UK, Praha, ČR

CD SKILLS: Improving celiac disease management in the Danube region by raising the awareness, improving the knowledge, and developing better skills Jedná se o mezinárodní multicentrický projekt, podpořen evropskými fondy v rámci Interreg Danube Transnational Programme, trvající 1. 7. 2020 – 31. 12. 2022. VFN se na projektu podílí jako partner v rámci třináctičlenného konsorcia, vedoucím partnerem projektu je University Medical Center Maribor ze Slovinska. Cílem projektu je zlepšit kvalitu a řízení zdravotní péče u pacientů s celiakii. Srovnáním a harmonizací postupů v diagnostice a léčbě celiakie v rámci „Dunajského regionu" lze přispět k optimalizaci stávající praxe v daném regionu a k lepší edukaci pacientů, jejich rodin i odborné veřejnosti. Hlavní aktivity: 1. Posouzení a srovnání aktuální úrovně diagnostiky a managementu celiakie v jednotlivých zemích 2. Vývoj a otestování nových diagnostických metod, které by umožnily časnou detekci celiakie 3. Rozvoj nových inovativních edukačních nástrojů pro pacienty a lékaře (elektronicky), vytvoření mezinárodní koordinační sítě. Výstupy – odkazy a dostupné materiály: • Webová stránka: CD SKILLS: Improving celiac disease management in the Danube region – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (vfn.cz) • Webová stránka projektu CD SKILLS: www.interreg-danube.eu/cd-skills • Brožura pro pacienty: Průvodce životem s celiakií • Brožura pro lékaře: Ruku v ruce s celiakií • Průvodce bezlepkovou dietou pro poskytovatele stravovacích služeb Project co-funded by European Union funds (ERDF, IPA, ENI)

Bezlepková dieta – legislativa, možná rizika

Melek J.[1], Halašová R.[1]
[1] *Dětská klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové, Hradec Králové, Česko*

Abstrakt: Dle nařízení Evropské unie musí být lepek, pokud je v potravině přítomen, uveden ve složení. Tvrzení „bez lepku" lze použít tehdy, neobsahuje-li potravina v konečnému stavu, více než 20 mg/kg lepku. Oves musí být speciálně vyroben, připraven a/nebo zpracován tak, aby bylo zamezeno jeho kontaminaci, přičemž obsah lepku v ovsu nesmí být vyšší než 20 mg/kg. Preventivní označení „může obsahovat stopy lepku" upozorňuje na riziko nezáměrné kontaminace původně bezlepkové potraviny, přičemž za maximální hodnotu stopového množství je považováno 50 mg lepku na 1 kg potraviny. Příspěvek na bezlepkovou dietu v rozdílné výši poskytují všechny zdravotní pojišťovny kromě Vojenské zdravotní pojišťovny. O finanční podporu lze při splnění určitých podmínek zažádat také prostřednictvím sociálního systému (pomoc v hmotné nouzi – příspěvek na živobytí; zákon o sociálních službách – příspěvek na péči). Děti s celiakií mohou být indikované ke komplexní lázeňské léčbě 1x za rok (Františkovy Lázně, Karlovy Vary, Lázně Kynžvart, Luhačovice). Děti obecně konzumují nedostatečné množství vlákniny, železa, jejich strava je chudá na vitamin D a vápník. Naopak zastoupení tuků ve stravě je nadměrné. Tyto stravovací vzory se u dětí s celiakií prohlubují. Dále bývá u těchto dětí alterován příjem folátů, magnézia, zinku a jídel s vysokým glykemickým indexem. U dospělých pacientů vyhýbání se lepku prokazatelně vedlo ke zvýšenému riziku diabetu mellitu II.typu a infarktu myokardu. Bezlepková dieta

u dětí s celiakií nevedla k nárůstu BMI, hypertenzi nebo inzulinové rezistenci. Byl zde pozorován mírný nárůst HDL cholesterolu. U dospělých s celiakií vede bezlepková dieta ke zvýšení BMI, u dětí jsou data nejednoznačná. U dětských pacientů s celiakií je vhodná monitorace vitamínů A, D event. B6, dále zinku, selenu a mědi.

Intolerance laktózy

Nevoral J.
Pediatrická klinika, 2. lékařská fakulta – Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice v Praze Motole.

Intolerance laktózy (IL) je klinický syndrom, při kterém po konzumaci laktózy nebo laktózu obsahující potraviny vznikají klinické symptomy, jako je bolest břicha, nadýmání, plynatost, nauzea a průjem. Vznik symptomů IL je individuálně rozdílný a závislý na množství konzumované laktózy, závažnosti deficitu laktázy a potravinách, ve kterých byla konzumována. IL u kojenců, dětí a adolescentů může být způsobena primárním, sekundárním, kongenitálním nebo vývojovým deficitem laktázy. Primární deficit laktázy (adultní typ deficitu laktázy, non-persistence laktázy, hereditární deficit laktázy) je relativní nebo absolutní nedostatek laktázy, který vzniká v dětství v různém věku u různých etnik a je nejčastější příčinou malabsorpce laktózy a IL. Jedná se o autosomálně dominantně dědičné snížení aktivity laktázy způsobené u kavkazské rasy LCT –13'910:C/C genotypem. V diferenciální diagnostice u dětí je třeba mít na paměti**,** že IL způsobená jejím geneticky podmíněným primárním deficitem se neprojevuje u bělošských dětí do 3 let a pokud ano, je třeba myslet na jiné onemocnění. V této věkové skupině proto genetické vyšetření není diagnosticky přínosné. U každého pacienta s IL by však měla být vyloučena celiakie jako možná příčina sekundárního deficitu laktázy. Pokud je léčebně použita bezlaktózová dieta, je třeba zajistit potřebný příjem vápníku a vitaminu D, které jsou nutné k optimální mineralizaci kostí. Léčba s naprostým vyloučením mléčných výrobků však není obvykle nutná při použití částečně natrávených produktů, jako jsou jogurty, tvrdé sýry, potraviny obsahující *Lactobacillus acidophilus* a bezlaktózová mléka.

Chronická intestinálna pseudoobštrukcia (CIPO)

Székyová D.[1], Čierna I.[1], Hornová J.[1], Blusková Z.[1], Staníková D.[1], Hrčková G.[1], Hamidová O.[1], Králik R.[2]
[1] *Detská klinika LF UK a NÚDCH Bratislava*
[2] *Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH Bratislava*

Úvod: Chronická črevná pseudoobštrukcia (CIPO) je zriedkavé ochorenie, pri ktorom ťažká porucha črevnej motility zhoršuje tranzit tráviaceho traktu, takže pacienti trpia príznakmi mechanického ilea bez mechanickej obštrukcie. CIPO môže postihovať viaceré oblasti GITu vrátane pažeráka, žalúdka, tenkého čreva, hrubého čreva a konečníka. U niektorých detí môže byť postihnutý aj močový mechúr. V klinickom obraze dominujú príznaky obštrukcie čreva (ileus), bolesť brucha, distenzia, vracanie, zápcha, hnačka, pocit sýtosti, nechutenstvo a neprospievanie alebo úbytok na hmotnosti .

Diagnóza je založená na symptómoch, rádiologických nálezoch (dilatované črevá), endoskopickom vyšetrení a manometrii čreva. Diagnózu možno stanoviť, v prípade skorého nástupu v novorodeneckom veku, ak symptómy pretrvávajú 2 mesiace alebo 6 mesiacov u starších detí. Neexistuje zlatý štandard na diagnostiku CIPO.

CIPO môže byť primárna alebo sekundárna porucha v dôsledku svalových, neurologických, metabolických alebo endokrinných porúch, ale môže sa vyskytnúť aj postinfekčne, pooperačne, po rádioterapii alebo pôsobení inej noxy (napr. lieky). V mnohých prípadoch je príčina CIPO neznáma.

Kazuistické prípady: Uvádzame 2 kazuistiky našich pacientov s klinickým obrazom CIPO.

1. kazuistika: Pacient od veku 6. týždňov opakovane hospitalizovaný pre poruchu pasáže s opakovaným sub- a ileóznym stavom a neprospievaním. Vo veku 6. mesiacov mal pre ileózny stav vyvedenú descendentostómiu, neskôr aj terminálnu ileostómiu. Opakovaným histologickým vyšetrením nebola u pacienta potvrdená Hirschprungova choroba. Vzhľadom na klinický obraz CIPO bolo u pacienta indikované genetické vyšetrenie, ktoré potvrdilo prítomnosť patogénnej mutácie v ACTG2 géne asociovanej s viscerálnou myopatiou s obrazom CIPO.

2. kazuistika: Pacientka od 9 rokov s dokumentovaným neprospievaním, vo veku 15 rokov bola preložená na DK pre podozrenie na poruchu príjmu potravy. Pacientka s anamnézou chronických hnačiek, neprospievaním, kacheksiou, následne opakovane hospitalizovaná so subileóznym stavom a rozvratom vnútorného prostredia, pre hypoperistaltický syndróm vyvedená terminálna ileostómia. Histologickým vyšetrením nebola potvrdená Hirschprungova choroba, genetickým vyšetrením zatiaľ nie je nepotvrdená mutácia pre viscerálnu myopatiu. Na základe priebehu ochorenia a uskutočnených vyšetrení stav uzatvorený ako CIPO. Pacientka je 3 roky nastavená na domácu parenterálnu výživu pre zlyhanú funkciu čreva.

Záver: CIPO je zriedkavý a často nesprávne diagnostikovaný patologický stav. Často zostáva dlho nerozpoznaný, takže pacienti takmer vždy podstupujú opakované, zbytočné a potenciálne nebezpečné chirurgické zákroky. Väčšie povedomie o klinických vlastnostiach CIPO by pomohlo obmedziť chirurgické zákroky na minimum. Včasná diagnostika môže viesť k zlepšeniu symptómov a kvality života. Deti s CIPO vyžadujú neustály manažment na základe ich symptómov a nutričných potrieb. Dôležitú úlohu v liečbe zohráva komplexný prístup k pacientovi aj efektívna spolupráca viacerých špecialistov.

Akutní jaterní selhání novorozenců a malých kojenců-kde si stojíme a jak můžeme pomoci?

Gonsorčíková L.[1]

[1] *Pediatrická klinika, 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze , Praha, Česká republika*

Abstrakt: Cílem tohoto sdělení je představit komplexně problematiku jaterního selhání u nejmenších dětí, jeho diferenciální diagnostiku, specifika, která u této diagnozy daný věk přináší a představit aktuální možnosti péče o tyto pacienty. Akutní jaterní selhání u novorozenců a malých kojenců (NALF) představuje vzácnou, ale velmi závažnou diagnózu zatíženou vysokou mortalitou. Od akutního jaterního selhání u starších dětí a dospělých (ALF) se liší v mnoha ohledech, zejména v mechanismu rozvoje, etiologii a diagnostických kritériích. Narozdíl od starších dětí a dospělých zde není podmínkou nutnou ke splnění diagnozy rozvoj encefalopatie, vzhledem k jejímu obtížnému hodnocení, ale prodloužení koaguací (PT nad 20 s nebo INR > 2,0 po podání vitamínu K). Také diferenciální diagnoza je zcela odlišná. Nejčastější příčinou bývá gestační aloimunní onemocnění jater (GALD), následované virovými

infekcemi, metabolickými a ischemickými příčinami a HLH. Až u 30 % případů zůstává etiologie nejednoznačná. Dokud nedojde k vyloučení infekční a metabolické příčiny (zejména galaktosémie), je vhodné dítě zajistit acyklovirem a nepodávat mu mateřské mléko. K NALF může dojít krátce po narození již v terénu cirhoticky změněných jater, ke kterému došlo na základě intrauterinního poškození. Při rozvoji ALF hraje významnou roli dysregulace imunitního systému, při které dochází k masivnímu uvolňování cytokinů z poškozené jaterní tkáně do systémové cirkulace, což vede k dalšímu multiorgánovému poškození. U dospělých pacientů je z tohoto důvodu úspěšně používána HVP (high-volume plasma exchange), jako teraputická možnost k překlenutí období směrem k transplantaci jater (LTx). U řady pacientů s ALF došlo při této terapii k úplné regeneraci jaterních funkcí bez nutnosti LTx. U dětí, včetně novorozenců zatím neexistují randomizované kontrolované studie vedoucí k oficielnímu dporučenému postupu použití HVP jako terapie NALF/PALF, nicméně dosud publikovaná data na menších souborech pacientů svědčí pro efektivitu této metody i u nejmladších věkových kategorií. U dětí s NALF je nutný rychlý diagnostický algoritmus, pečlivé monitorování vitálních funkcí a specifická péče, zahrnující eliminační metody, nutriční podporu a časné zvážení k zařazení na čekací listinu k LTx. Péče o tyto pacienty by měla být směřována do specializovaných center.

Aspekty indikace k transplantaci jater

Kotálová R. (Praha)

Abstrakt nebol dodaný

Alagilleov syndróm v súbore našich pacientov

Kosnáčová J., Čierna I., Hornová J., Staníková D.
Detská klinika LF UK a NÚDCH

Alagilleov syndróm je zriedkavé, geneticky podmienené ochorenie. Dedičnosť ochorenia je autozómovo dominantná s neúplnou penetranciou. Ochorenie vzniká v dôsledku mutácií v génoch *JAG1* alebo vzácne *NOTCH2*. Oba gény kódujú medzibunkové signálne proteíny uplatňujúce sa v embryogenéze. Prítomnosť patogénnych mutácií podmieňuje mnohopočetné malformácie.

Ochorenie sa manifestuje skoro po narodení prítomnosťou cholestázy na podklade duktopénie intrahepatálnych žlčových ciest. Je sprevádzané ikterom, pruritom a neprospievaním v kombinácii s ďalšími symptómami ako sú kardiovaskulárne anomálie, motýľovité stavce, očné anomálie, typická faciálna dysmorfia, vysoké hodnoty cholesterolu. Časté sú renálne, cievne a iné malformácie. Alagilleov syndróm má variabilné prejavy s rôznym stupňom závažnosti, a to aj v rámci jednej rodiny, neexistuje korelácia medzi genotypom a fenotypom. Niektoré prípady Alagillovho syndrómu môžu zostať nediagnostikované alebo nesprávne diagnostikované, čo sťažuje určenie skutočnej frekvencie Alagillovho syndrómu v populácii.

V príspevku prezentujeme kazuistiky pacientov s potvrdeným Alagilleovým syndrómom, ktorí sú v sledovaní našej Detskej kliniky. V priebehu niekoľkých rokov bola potvrdená táto diagnóza u 12 pacientov. Starostlivosť o týchto pacientov je multidisciplinárna, niektorí pacienti sú indikovaní na transplantáciu pečene.

Terapeutické možnosti u prehepatální portální hypertenze

Durilová M.
Pediatrická klinika FN Motol, Praha

Cíl: přednést nejnovější poznatky a vlastní zkušenosti s konzervativní a chirurgickou léčbou prehepatální portální hypertenze.

Portální hypertenze je jednou z hlavních příčin morbidity a mortality u dětí s onemocněním jater. Je definovaná jako vzestup tlaku v portálním řečišti nad 5 mmHg a vzniká v důsledku kombinace faktorů zvýšené rezistence a/nebo zvýšeného průtoku v portálním řečišti. V dětském věku se často setkáváme s prehepatální portální hypertenzí při trombóze portální žíly vznikající v perinatálním období, často v důsledku sepse nebo kanylace pupečníkové žíly. Zatímco jaterní funkce zůstávají dlouho intaktní, pacienti jsou ohroženi komplikacemi portální hypertenze, jako je krvácení z jícnových varixů, které se objevuje až u 50 % těchto pacientů do 6 let.

Z pohledu gastroenterologa jsou možnosti konzervativní léčby omezené na řešení komplikací, jako endoskopické ošetření jícnových varixů ligací či sklerotizací nebo léčba beta-blokátory v rámci primární či sekundární profylaxe krvácení. Doporučení však často vychází ze zkušeností u dospělých pacientů a u dětí nejsou standardizované.

Chirurgické možnosti léčby byly u nás dosud opomíjené, jednak pro diskutabilní přínos a jednak pro nedostupnost v ČR a SR. Nicméně v posledních letech se hromadí důkazy o efektivitě mesenterikoportálního (Meso-Rex) bypassu, který obnovuje fyziologický průtok játry. Podle mezinárodního konsorcia na portální hypertenzi BAVENO má být operace Meso-Rex zvážená u všech pacientů s extrahepatální obstrukcí portální žíly, pokud mají na to příznivý anatomický nález a možnost operace v specializovaném centru se zkušenostmi a multidisciplinárním tímem.

GCH a AIHA: Kazuistika a přehled literatury

El-Lababidi N.[1], Frühauf P.[1], Vepřeková L.[2]
[1] Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha, Česká Republika,
[2] Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky – Trombotické centrum – pediatrická ambulance, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha, Česká Republika

Cíl: Představení vzácné a závažné diagnózy obrovskobuněčné hepatitidy (GCH – giant cell hepatitis) asociované s autoimunitní hemolytickou anémií (AIHA – autoimmune haemolytic anameia). Úvod: GCH s AIHA je považovaná za vzácnou ale závažnou diagnózu, která je charakterizovaná autoimunní hemolýzou spojenou s akutním poškozením jater. Tato nosologická jednotka je specifická pro dětský věk a obvykle se manifestuje v kojeneckém období. Etiopatogeneze tohoto onemocnění není dosud plně objasněná. Předpokládá se sekundární poškození jater humorálním imunitním mechanismem. Autoři ve svém sdělení představují kazuistiku dítěte diagnostikovaného s tímto onemocnění, vč. diagnostického a terapeutického algoritmu a literární rešerše. Vlastní text: Dvouletá dívka byla přijata v 9/20 pro ikterus (Bil 30,9 µmol/l, BilK 20,5 µmol/l), hepatopatii (ALT 11,47 µkat/l, AST 7,42 µkat/l) a anémii (HGB 76 g/l, HCT 0,214). Klinicky byl na dívce patrný subikterus sklér a hmatná hepatomegalie. Laboratorně potvrzen hemolytický charakter anémie. Terapeuticky byl

nasazen prednison s efektem. Postupně došlo k normalizaci hemoglobinu a k poklesu hepatopatie. Po postupné detrakci a následném vysazení prednisonu v 1/21 došlo k progresi hepatopatie. Široká laboratorní vyšetření nevedla k objasnění etiologie hepatopatie a ve 2/21 byla provedena jaterní biopsie s verifikací GCH. Na podkladě proběhlé hemolytické anémie byla stanovena diagnóza GCH asociované s AIHA. Pro tuto nosologickou jednotku neexistují doporučené terapeutické postupy a vychází se z publikovaných dat ze sérií kazuistik. Byla nasazena terapie steroidní prednisonem v sestupném schématu, azathioprinem a anti-CD19 rituximabem s efektem. Dívka je nyní ve věku 4let v dlouhodobé klinické a laboratorní remisi. Závěr: GCH asociovaná s AIHA je vzácnou, ale o to závažnější pediatrickou jednotkou. Toto onemocnění je zřejmě velice poddiagnostikované a je zapotřebí na něj diferenciálně diagnosticky myslet při současném výskytu AIHA s hepatopatií nejasné etiologie. V medicinských kruzích citelně chybí doporučené terapeutické postupy a vychází se jen ze sdílených zkušeností.

Nealkoholová tuková choroba jater (non-alcoholic fatty liver disease – NAFLD)

MUDr. Drápalová R., MUDr. Smolka V.
Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Cíl: Přehledová přednáška shrnující současné poznatky o epidemiologii, patogenezi, klinice, diagnostice a možnostech léčby nealkoholové tukové choroby jater (NAFLD). V závěru přednášky jsou krátce shrnuty výsledky retrospektivní studie z našeho pracoviště, která se zabývala vztahem rizikových faktorů mezi metabolickým syndromem a nealkoholovou tukovou chorobou jater u dětí a dospívajících.

Úvod: NAFLD je chronické jaterní onemocnění, představuje spektrum patologických stavů s různou závažností od prosté jaterní steatózy přes nealkoholovou steatohepatitidu až po jaterní cirhózu. Onemocnění je úzce spjato s nadváhou a obezitou.

Vlastní text: V posledních dekádách došlo ve většině vyspělých zemí k nárůstu počtu obézních dětí a adolescentů, NAFLD tak dnes představuje nejčastější chronické jaterní onemocnění v dětském věku i dospělosti. Onemocnění je častější u chlapců, typicky se manifestuje v adolescentním věku.

Klinický obraz onemocnění je nespecifický, bývají přítomny únava, nevolnost, bolesti břicha. Velká část pacientů je asymptomatická. V objektivním nálezu je typický centrální typ obezity, častým nálezem je acantosis migricans. Onemocnění je pravděpodobně značně poddiagnostikováno. V řadě případů bývá zachyceno spíše náhodně na základě zvýšených hodnot jaterních aminotransferáz a typického ultrazvukového nálezu u dítěte s nadváhou a obezitou, kdy jsou tato vyšetření indikována z jiného důvodu. Vzhledem k potenciálně progresivnímu charakteru onemocnění by na něj mělo být u obézních dětí a adolescentů pomýšleno. V současnosti však chybí jednotná screeningová doporučení.

Jedinou dostupnou a efektivní léčbou jsou v současnosti dietní opatření v kombinaci s pohybovou aktivitou, které pozitivně ovlivňují již vzniklé změny v jaterní tkání a zabraňují další progresi onemocnění. Problémem je často špatná compliance pacientů.

Závěr: NAFLD je nejčastějším chronickým jaterním onemocněním v dětském věku i dospělosti. Jaterní selhání na podkladě NAFLD je jedním z nejčastějších důvodů k transplantaci jater v dospělém věku. Proto je třeba tomuto onemocnění věnovat pozornost a aktivně po něm v rizikových skupinách pátrat.

Asociácia medzi anxietou, depresiou a sérovými koncentráciami hepatálnych transamináz U DETÍ

Staníková D.[1], Ferienčíková I.[1], Čierna I.[1], Surovcová A.[2], Trebatická J.[2], Kosnáčová J.[1], Staník J.[1]
[1]Detská klinika LFUK a NÚDCH v Bratislave
[2]Detská psychiatrická klinika LFUK a NÚDCH v Bratislave

Úvod: Nárast výskytu obezity je novodobým trendom aj v našej populácii, ktorý ešte zvýraznila pandémia koronavírusu. Obezita má aj viacero závažných následkov, pričom najviac diskutované sú metabolické komplikácie. Z hľadiska kvality života však nemenej dôležité sú psychické a gastroenterologické komplikácie. Ich príčiny vzniku a interakcie sú však doposiaľ často nejasné. Kým v prípade stukovatenia pečene je kauzalita vzťahu s obezitou zrejmá, v prípade zmien v psychike stále nie je jasné, čo je príčina a čo následok. Viaceré práce naznačujú, že ide o komplexný problém. Hypotézou našej práce bolo, či rozvoj hepatopatie u detí môže negatívne vplývať na psychiku dieťaťa.

Cieľom našej práce bolo zistiť asociáciu medzi úzkostnou a depresívnou symptomatológiou u detí so zvýšenými sérovými koncentráciami AST a ALT.

Pacienti a metódy: Do našej štúdie sme zaradili 103 detí a adolescentov vo veku 7,6 – 18,9 roku (48 % chlapcov) z endokrinologickej a gastroenterologickej ambulancie Detskej kliniky LFUK a NÚDCH v Bratislave. 46 participantov bolo obéznych. Požitie indexov a sonografie na hodnotenie hepatopatie/stukovatenia pečene je veľmi problematické a MR vyšetrenie pečene sme mali k dispozícii len u malej časti súboru. Preto sme hepatopatiu hodnotili na základe zvýšených sérových koncentrácií ALT a AST bez zjavnej infekčnej príčiny. Hodnotili sme aj vybrané parametre koncentrácií sérových lipidov. U pacientov sme hodnotili aj výskyt depresívnych a úzkostných symptómov pomocou dotazníkov (Psychodiagnostické a didaktické testy T-94 CDI, T-164 D1 a D2).

Výsledky: Skóre depresívnej a úzkostnej symptomatológie bolo u chlapcov a j u dievčat podobné. U obéznych detí a adolescentov bolo signifikantne vyššie skóre aktuálnej úzkosti v porovnaní s neobéznymi jedincami (66,1±28,9 vs 52,6±22,6, p = 0,009), kým v skóre dlhodobej úzkosti a depresii rozdiely signifikantné neboli. V regresných analýzach sme zistili aj asociáciu skóre dlhodobej úzkosti so sérovou koncentráciou AST (R2 = 0,051, p= 0,026).

Záver: Obezita, rovnako ako aj zvýšená aktivita AST boli pozitívne asociované s úzkosťou u detí. Vzhľadom na komplexnosť vzťahov medzi obezitou, hepatopatiou a skóre depresie/úzkosti bude nutné naše výsledky overiť v ďalších prospektívnych štúdiách.

Kontrastná ultrasonografia pečene – základná charakteristika vyšetrenia

Pršo M.[1], Michnová Z.[1], Havlíčeková Z.[1], Zúbriková L.[1], Murgašová M.[1], Bánovčin P.[1]
[1] Klinika detí a dorastu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin

Kontrastná ultrasonografia (z angl. *contrast- enhanced ultrasound* = CEUS) predstavuje diagnostickú metódu, ktorá našla svoje uplatnenie v diferenciálnej diagnostike ložiskových nálezov obličiek, pankreasu, semenníkov, prsníkov, v diagnostike vezikoureterového refluxu či skríningovom vyšetrení tupých úrazov brucha. Na Slovensku je táto metóda v pediatrickej praxi ešte málo rozšírená, naše pracovisko má však už niekoľkoročné skúsenosti s CEUS vyšetrovaním detských

pacientov s fokálnymi léziami pečene. CEUS poskytuje dynamické zobrazenie tkaniva v reálnom čase so zaznamenávaním charakteristického vzoru vysycovania ložiska kontrastnou látkou. CEUS pečene má oproti kontrastnému CT a MR vyšetreniu viaceré výhody. Diagnostika prebieha v reálnom čase bez potreby špeciálnej prípravy pred výkonom, nezaťažuje pacienta radiačným žiarením, môže byť realizovaná aj u pacientov so zníženou renálnou funkciou alebo obštrukciou močových ciest. Po intravenóznej aplikácii kontrastnej látky je v jednotlivých fázach vyšetrenia zaznamenávaná zmena intenzity signálu kontrastnej látky, ktorá je typická pre konkrétnu hepatálnu ložiskovú léziu. Kontrastné ultrasonografické látky sú bezpečné s veľmi nízkym výskytom hypersenzitívnych reakcií a bez kardio-, hepato- či nefrotoxických účinkov. Kontrastné mikrobubliny sú eliminované v priebehu 10 – 15 minút čiastočne metabolizáciou v pečeni a čiastočne vydychovaním z pľúc. Náklady spojené s kontrastným ultrasonografickým vyšetrením sú podstatne nižšie ako pri iných kontrastných zobrazovacích vyšetreniach, v podmienkach Slovenskej republiky je CEUS vyšetrenie približne o 200 € lacnejšie ako kontrastné CT vyšetrenie. Limitácie CEUS vyšetrenia sú určené šírkou akustického okna, pohybovými artefaktami a nemožnosťou vyšetrenia všetkých častí pečene u obéznych pacientov. CEUS vyšetrenie by malo byť realizované a hodnotené len skúseným sonografistom.

Kľúčové slová: kontrastná ultrasonografia, CEUS, fokálne lézie pečene, diagnostika, pediatria

Kontrastná ultrasonografia pečene – diferenciácia malígnych lézií pečene

Michnová Z.[1], Pršo M.[1], Havlíčeková Z.[1], Zúbriková L.[1], Murgašová M.[1], Bánovčin P.[1]
[1] Klinika detí a dorastu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin

Kontrastná ultrasonografia (z angl. *contrast- enhanced ultrasound* = CEUS) je podľa najnovších odporučení považovaná za zobrazovaciu metódu druhej voľby v diagnostickom algoritme fokálnych lézií pečene u dospelých pacientov. CEUS má v detekcii a charakterizácii hypervaskulárnych alebo hypovaskulárnych malígnych lézií pečene senzitivitu porovnateľnú s CT kontrastným vyšetrením. Po intravenóznej aplikácií kontrastnej látky rozoznávame v priebehu CEUS vyšetrenia viaceré fázy. Artériová fáza nám poskytuje informácie o stupni vaskularizácie. Na základe opacifikácie hepatálnej lézie v priebehu artériovej fázy vyšetrenia je možné sledovať znaky typické pre benígne, ale aj malígne lézie. Ďalej nasleduje portálna a neskorá fáza, ktoré nám podávajú informácie o vyplavovaní kontrastnej látky z lézie. Práve v portálnej a neskorej fáze je možné podrobnejšie hodnotiť dignitu lézie. V prípade väčšiny benígnych lézií sa mikrobubliny kontrastnej látky v sinusoidálnych priestoroch akumulujú a preto sa benígne lézie zobrazujú ako izo, alebo hyperintenzívne v porovnaní s okolitým parenchýmom. Naopak, malígne bézie majú porušené sinusoidálne prietory a preto dochádza v neskorej fáze CEUS vyšetrenia k rýchlejšiemu vyplavovaniu kontrastnej látky z lézie a malígna lézia sa stáva hypointenzívna voči svojmu okoliu. Tento charakter sýtenia lézie v neskorej fáze pozorujeme v prípade metastáz, hepatocelulárneho karcinómu či cholangiokarcinómu. Podľa našich doterajších skúseností má CEUS vyšetrenie pečene svoje popredné miesto v diferenciálnej diagnostike fokálnych lézií pečene v detskom veku. V klinickej praxi je však ešte veľmi málo zaužívané a jeho realizácia a následná interpretácia výsledkov si vyžaduje skúsený a zaškolený zdravotný personál.

Kľúčové slová: CEUS, kontrastná ultrasonografia, diagnostika, pediatria, detský vek

Kontrastná ultrasonografia peČENE- využitie v klinickej praxi (kazuistika)

Kosorínová D.[1], Michnová Z.[1], Pršo M.[1], Murgašová M.[1], Zúbriková L.[1], Havlíčeková Z.[1], Bánovčin P. [1]
[1] Klinika detí a dorastu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin

V pediatrickej populácii sú často v rámci štandardného ultrasonografického vyšetrenia orgánov brušnej dutiny náhodne diagnostikované ložiská v pečeňovom parenchýme. Ide najmä o cystické, zápalové alebo tumorózne ložiskové lézie. Pri nejednoznačnom ultrasonografickom náleze je potrebné danú léziu bližšie charakterizovať a v prípade tumoróznych nálezov určiť ich dignitu. CEUS je výhodná diagnostická modalita v diferenciálnej diagnostike tumoróznych lézií pečene už v novorodeneckom a detskom veku, o čom svedčia aj dva vybrané kazuistické prípady z nášho pracoviska. U 6- týždňového dojčaťa s náhodne diagnostikovaným ložiskom v pravom laloku pečene sme realizovali CEUS vyšetrenie a bez potreby ďalších podrobnejších zobrazovacích vyšetrení sme u pacienta stanovili definitívnu diagnózu hemangiómu pečene. V arteriálnej fáze bol pozorovaný centripetálny smer sýtenia ložiska kontrastnou látkou s pretrvávavajúcim hyperintenzívnym signálom ložiska v portálnej a neskorej fáze CEUS vyšetrenia. Po zahájení liečby neselektívnym betablokátorom došlo postupne v priebehu niekoľkých mesiacov až k subtotálnej regresii hemangiómu. V prípade 6- dňového novorodenca s fokálnou hepatálnou hypervaskularizovanou léziou diagnostikovanou v rámci novorodeneckého ultrazvukového skríningu sme realizovali CEUS vyšetrenie za účelom bližšej diferenciácie tohto ložiska. V arteriálnej fáze bolo ložisko hyperintenzívne, ku koncu portálnej a následne aj v neskorej fáze došlo k výraznej atenuácii signálu kontrastnej látky, pričom ložisko bolo vysýtené nehomogénne a hypointenzívne v porovnaní s okolitým parenchýmom pečene. Na základe CEUS charakteristík sme u pacienta stanovili diagnózu malígnej lézie pečene typu hepatoblastóm. Ako sme sa mali možnosť presvedčiť na príkladoch našich pacientov, CEUS vyšetrenie má uplatnenie v pediatrickej hepatológii v diagnostike fokálnych lézií pečene.

Kľúčové slová: CEUS, kontrastná ultrasonografia, diagnostika, pediatria, detský vek

Ďábelsky mocný Kratom

Štanclová M.[1], Kračmarová R.[2], Pellantová V.[1,2], Melek J.[1], Halašová R.[1], Podhola Miroslav[3], Dědek P.[1]
[1] Dětská klinika FNHK
[2] Klinika infekčních nemocí FNHK
[3] Fingerlandův ústav patologie FNHK

Cílem je upozornit na potencionálně hepatotoxický efekt volně prodejné byliny s psychotropními účinky.

Prezentujeme 2 případy dospívajících chlapců vyšetřovaných pro akutní jaterní lézi bez průkazu infekčního agens nebo autoimunitní příčiny. Společným jmenovatelem obou případů bylo onemocnění COVID-19 s minimálními respiračními příznaky v bezprostřední souvislosti se zjištěnou hepatopatií a také užívání odvaru z Mitragony (Kratomu) s psychotropními účinky a možným hepatotoxickým efektem.

Kazuistika 1: 16letý Adam byl přijat na KIN FNHK pro ikterus a hepatopatii při zjištěné pozitivitě PCR COVID-19 bez respirační symptomatologie. Vstupně s elevací jaterních

enzymů (ALT 9,8 ukat/l, AST 4,26 ukatl/l, GMT 3,45 ukatl/l) a mírným subikterem (bilirubin celkový 45 umol/l, konjugovaný 32 umol/l), ostatní laboratorní nálezy bez nápadností. Infekční etiologie nezjištěna, laboratorně postupně s poklesem hodnot jaterních enzymů. Následně anamnesticky zjištěna asi dvoutýdenní denní expozice možné hepatotoxické látce – odvaru z Mitragony (Kratom).

Kazuistika 2: 16 letý Adam byl přijat na DK k vyšetření pro hepatopatii nejasné etiologie. Laboratorně s max. hodnotou jaterních enzymů ALT 16,2 ukatl/l, AST 5,95 ukat/l, GMT 4,35 ukat/l. Infekční agens neprokázáno, následně i panel zamřený na autoimunitní onemocnění jater s negativními nálezy. Klinicky v úvodu dominující gastrointestinální příznaky – bolesti břicha, zvracení, anamnéza obtíží krátce po prodělaném onemocnění COVID-19. Vzhledem k trvající elevaci jaterních testů a nejasné etiologii obtíží doplněna jaterní biopsie za hospitalizace s nálezem cholestázy bez známek hepatitidy nutící pomýšlet na možnost toxického postižení. I v tomto případě následně doplněna anamnéza o užívání Kratomu.

V obou případech došlo ke úplné normalizaci jaterních testů, klinicky jsou oba pacienti bez obtíží. Kratom dále neužívají.

2 x konjugovaná hyperbilirubinémia

Globinovská J., Jurko O., Šoltýsová B.
Detská gastroenterologická ambulancia, Detské oddelenie, Nemocnica Poprad a.s.

Konjugovaná hyperbilirubinémia novorodencov a dojčiat je závažným diagnostickým problémom. Diferenciálna diagnostika zahŕňa pestrú škálu od infekčných ochorení cez metabolické, endokrinné, anatomické, genetické a ďalšie príčiny.

V našej prednáške prezentujeme 2 geneticky podmienené syndrómy spojené s konjugovanou hyperbilirubinémiou, s ktorými sa častejšie stretávame u pacientov v našom regióne.

Alagilleov syndróm je charakterizovaný chronickou cholestatickou žltačkou na podklade hypoplázie žlčových ciest s typickým dysmorfickými črtami, spojený s ďalšími abnormalitami skeletu, vrodenými chybami srdca, postihnutím očí a obličiek. Dedičnosť je autozomálne dominantná s variabilnou expresivitou a rozdielnou prognózou, čo sme pozorovali aj u našich 3 pacientov.

Dubin Johnssonov syndróm naproti tomu predstavuje benígne ochorenie, hoci obzvlášť u novorodencov môžu byť klinické i laboratórne prejavy veľmi podobné. Definitívne potvrdenie diagnózy genetickým vyšetrením umožní stanovenie priaznivej prognózy týchto pacientov.

Chronická a akutní recidivující pankreatitida – retrospektivní data PeK FN Brno

Hloušková E.[1], Bajerová K.[1,2], Hrunka M.[1], Jabandžiev P.[1,3]
[1] *Pediatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká Republika*
[2] *Klinika interní, geriatrická a interního lékařství LF MU a FN Brno, Česká Republika*
[3] *CEITEC, MU Brno, Česká Republika*

Cíl: Zmapovat údaje o pacientech léčených na Pediatrické klinice LF MU a FN Brno v období od roku 2010 do 2021s chronickou pankreatitidou (CP) a akutní recidivující pankreatitidou (ARP).

Metodika a soubor: Vyhledání pacientů nově diagnostikovaných s CP a ARP na PeK FN Brno od roku 2010 v dokumentačním nemocničním systému s vyloučením pacientů se základní diagnózou cystická fibróza.

Výsledky: Identofikováno 5 pacientů s CP (4 chlapci) a 6 s ARP (3 chlapci). Průměrný věk (SD) v době diagnózy u CP byl 15,21 (0,81) roku, zatímco u ARP 9,44 (4,00). Průměrná předpokládaná doba (SD), kterou pacienti stráví v pediatrické péči byla 4,08 (0,84) roku u CP a 9,51 (4,01) roku u ARP. Průměrný počet hospitalizací (SD) u CP byl 3(2,28) a 2,5 (1,5) u ARP. Genetickou dispozici ke vzniku chronického onemocnění pankreatu jsme nalezli u 40,0 % (2/5) pacientů s CP a 83,3 % (5/6) pacientů s AP. Nejčastěji prováděným vyšetřením u obou diagnóz bylo vyšetření sonografické.

Závěr: CP i ARP v pediatrické populaci nejsou příliš častou diagnózou. Jsou závažnými onemocněními, jež vyžadují dlouhodobou specializovanou péči dětských gastroenterologů a příslušných kompartmentů (radiologie, endoskopie). V budoucnosti lze předpokládat vzestup incidence/prevalence těchto onemocnění v dětské populaci. Uvedená data jsou retrospektivní, nestrukturovaná a pocházejí z jednoho centra.

Tumorózne útvary pankreasu – rovnaký začiatok, rôzne diagnózy

Blusková Z.[1], Čierna I.[1], Székyová D.[1], Staníková D.[1], Kolenová A.[2], Hrašková A.[2], Keil R.[3], Vavrečka A.[4], Koller T.[5], Babala J.[6], Béder I[6]., Plank L.[7] (Bratislava)

[1] Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava
[2] Klinika detskej hematológie a onkológie LF UK a NÚDCH, Bratislava
[3] Interní klinika 2.LF UK a FN Motol, Praha
[4] Gastroenterologická klinika SZU a UNB, Bratislava
[5] V.interná klinika LF UK a UNB, Bratislava
[6] Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Bratislava
[7] Ústav patologickej anatómie, JLF UK , Martin

Ložiskové zmeny pankreasu sú v detskom veku zriedkavým nálezom, ktorý môže byť podmienený rôznymi stavmi. Okrem poúrazových zmien sa v etiopatogenéze tumorov pankreasu môže raritne uplatňovať zápal, autoimunita, či nádorové bujnenie.

Autori prezentujú prípady troch pacientov, ktorých ochorenie sa v úvode manifestovalo podobnými klinickými ťažkosťami v zmysle náhle vzniknutej cholestázy s hypocholickou stolicou, v dvoch prípadoch aj s výrazným ikterom a s bolesťami brucha v oblasti epigastria. Zobrazovacie vyšetrenia odhalili léziu v hlave pankreasu, s útlakom okolitých štruktúr a potrebou zavedenia stentu do žlčových ciest. Každé z detí však malo nakoniec stanovenú inú diagnózu. Diagnóza bola stanovená na základe histologického vyšetrenia bioptických vzoriek. V prvom prípade sa jednalo o autoimunitnú pankreatitídu asociovanú s IgG4 ochorením, druhý pacient mal potvrdený lymfóm a tretí karcinóm pankreasu.

Gastrointestinálna dysfunkcia u detí s poruchami autistického spektra.

Nemcsicsová D.[1], Tomova A.[2], Belica I.[2], Babinská K.[2], Ostatníková D.[2]

[1] Gastroenterologické centrum ASSIDUO, Bratislava, SR, [2]Fyziologický ústav LF UK, Bratislava, SR

Úvod: Poruchy autistického spektra (PAS) patria k neurovývinovým ochoreniam. Z pridružených ochorení sa vo zvýšenej miere vyskytujú gastrointestinálne ťažkosti a nutričné problémy. V našej práci sme sa zamerali na štúdium vzťahov medzi gastrointestinálnymi ťažkosťami detí s PAS a ukazovateľmi črevnej dysfunkcie. Súbor a metodika: Realizovali sme dve štúdie, v každej participoval súbor detí s PAS a kontrolný súbor neurotypických (NT) detí. V štúdii 1 bolo 44 detí

vo veku 3,6 –16 rokov z toho 25 s PAS a 19 NT. Zrealizovaný bol dychový test na stanovenie Syndrómu bakteriálneho prerastania v tenkom čreve, analyzovali sme vybrané kmene a rody črevnej mikrobioty a stanovili koncentrácie kalprotektínu a zonulínu v stolici. Analyzovali sme vzťahy uvedených markerov s výskytom gastrointestinálnych symptómov. Súbor štúdie 2 zahŕňal 119 detí vo veku 2 až 17,6 rokov, z toho 71 s PAS a 48 NT, z nich bolo 26 súrodencov detí s PAS a 22 detí bez príbuzenského vzťahu. Stanovili sme koncentráciu kalprotektínu v stolici a analyzovali vzťahy medzi kalprotektínom a behaviorálnymi ukazovateľmi detí s PAS, ako aj gastrointestinálnymi príznakmi. Výsledky: V obidvoch štúdiách sme potvrdili zvýšený výskyt gastrointestinálnych ťažkostí, selektivity v jedle a eliminačných diét u detí s PAS. V štúdii 1 sa GIT ťažkosti vyskytovali u 60 % detí a v štúdii 2 u 53,5 % detí s PAS. Dominovala bolesť brucha, meteorizmus, obstipácia a objemná stolica. Miera pozitivity dychových testov, hladina zonulínu a zloženie črevnej mikrobioty nevykazovali štatisticky významné rozdiely medzi súbormi PAS a NT. Zistili sme, že variabilita hladiny zonulínu bola závislá od hladiny kalprotektínu (r 0.34; p 0.029). V porovnaní so skupinou nepríbuzných neurotypických detí sme potvrdili vyššiu koncentráciu fekálneho kalprotektínu v skupine detí s PAS (p0,001). V súbore PAS nárast koncentrácie kalprotektínu bol spojený s narastajúcou mierou narušenia v oblasti sociálnej interakcie a s vyšším výskytom stereotypného a repetitívneho správania. Záver: Korelácia medzi koncentráciou kalprotektínu v stolici a behaviorálnymi ukazovateľmi v súbore detí s PAS korešponduje s hypotézou o úlohe chronického zápalu nízkeho stupňa v patogenéze PAS.

Obstipácia, pseudo-obštrukcia – skúsenosti z klinickej praxe

Valachová I.
2. Detská klinika SZU, Detská fakultná nemocnica Banská Bystrica

Obstipácia u detí je veľmi bežný a často sa vyskytujúci problém, s ktorým sa stretávame denne v našich odborných ambulanciách. Len minimum pacientov s obstipáciou má organický nález, väčšinou ide o funkčné ťažkosti. Prevalencia obstipácie u detí je od 5-30 % v závislosti od použitých zdrojov.

Príznaky obstipácie sú veľmi rôznorodé, veľmi nešpecifické, subjektívne výrazne zaťažujúce dieťa a jeho okolie. U detí s typickými prejavmi obstipácie je treba sa zamerať na dôkladnú anamnézu, objektívne fyzikálne vyšetrenie a voliť potrebné laboratórne doplňujúce vyšetrenia.

Niekedy sú príznaky obstipácie prejavom črevnej pseudo-obštrukcie, kedy je narušená propulzívna aktivita čreva z rôznych príčin. Priložené kazuistiky z vlastnej praxe dokumentujú pestrosť diagnóz u pacientov s poruchami vyprázdňovania.

Cieľom v liečbe v prípadoch obstipácie alebo črevnej pseudo-obštrukcie je zlepšiť klinický stav pacienta a jeho kvalitu života.

Možnost záměny Bristol stool scale za Brussels infants and toddlers stool scale v dotazníku CoMiSS

[1,2] Bajerová K., [3]Svoboda M.
[1] Pediatrická klinika, LF MU a FN Brno, Česká republika
[2] Klinika interní, geriatrická a praktického lékařství, LF MU a FN Brno, Česká republika
[3] Institut biostatistiky a analýz, s.r.o., Brno, Česká republika

Cíl: zhodnotit možnost záměny Bristol stool form scale (BSFS) v dotazníku CoMiSS za Brussels infants and toddlers stool sclale (BITSS) bez změny výsledné hodnoty celkového skóre.

Metodika a soubor: Zhodnocení dotazníku CoMiSS-BSFS u kojenců ve věku do 1 roku při preventivních prohlídkách a zároveň stanovení odpovídající kategorie stolice prostřednictvím BITSS. Do zpracování bylo zařazeno celkem 652 dotazníků CoMiSS-BSFS a odpovídající BITSS typizace. Byly vypočteny hodnoty CoMiSS-BITSS s hodnocením tuhých stolic BITSS 4 body, formovaných 0 a vodových 6 bodů; kašovité stolice byly hodnoceny dvěma, třemi nebo čtyřmi body a párová skóre s BSFS a BITSS byla statisticky zpracována.

Výsledky: Nejlepší shoda celkového skóre CoMiSS-BSFS s CoMiSS-BITSS byla nalezena, pokud byly kašovité stolice dle BITSS hodnoceny 4 body. Ve věkové skupině do 6 měsíců včetně byly shodné všechny položky: medián (IQR) 5 (4-7), 95. percentil(5) i počet skóre (≥10) s vysokým rizikem přítomnosti alergie na bílkovinu kravského mléka(ABKM). Ve věkové skupině nad 6 měsíců se lišil medián (IQR) – CoMiSS-BSFS 2 (2-4) a CoMiSS-BITSS 0 (0-2), 95.percentil byl identický (5) a počet rizikových skóre (≥10) v obou případech 0. Z hlediska klinického rizika ABKM je nalezený rozdíl bezvýznamný.

Závěr: Výsledky umožňují vyslovit hypotézu, že škála BITSS může zastoupit BSFS v dotazníku CoMiSS za předpokladu, že stolice budou hodnoceny následovně: tuhé stolice 4 body, formované 0, kašovité 4 body a vodové 6 bodů. Obdobné zhodnocení na souboru dětí s podezřením na ABKM je nezbytné.

Nečekaná příčina hematemézy u 4 měsíčního kojence

Vebr M., Schwarz J., Sýkora J.
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni, Dětská klinika, FN Plzeň

Abstrakt: Čtyřměsíční dosud dobře prospívající kojenec s anamnézou intermitentního zvracení a hematemézou převážně po krmení. Obtíže trvaly cca 14 dní, zvracení s koaguly 1x za 2 dny. Krmeno standardní mléčnou formulí. Dítě bylo bez alterace stavu, afebrilní, somatický nález byl v mezích normy. Stolice 1-2x denně normální konzistence, bez patologické příměsi. Kůže klidná. Vyloučeny infekce, koagulopatie i náhlá příhoda břišní. Gastroskopické vyšetření prokázalo patrný ložiskový erytém těla žaludku, který mohl být zdrojem hematemézy, sliznice byla křehká, kontaktně krvácí. V bioptických vzorcích z oblasti těla žaludku a bulbu duodena byla přítomna významná infiltrace eozinofily (32/HPF). *Helicobacter pylori* negativní, rovněž i molekulárně genetické vyšetření na přítomnost běžných gastrointestinálních patogenů. Obraz svědčil pro eosinofilní gastritidu. Za týden od propuštění rehospitalizována pro progredující hematemézu. Po přijetí převedena na aminokyselinovou mléčnou formuli (Alfamino), kterou dobře tolerovala, hemateméza vymizela. Stav uzavřen jako eosinofilní gastritida při alergii na bílkovinu kravského mléka, což potvrdila i pozitivita IgE protilátek proti laktoglobulinu a laktalbuminu.

Atypický projevv známého onemocnění

Halašová R.[1], Rozsíval P.[1], Dědek P.[1], Kamenický P.[1], Kopřiva J.[2], Ondrušová E.[1], Rumlarová Š.[3], Langrová H.[4], Melek J.[1], Doležalová P.[5].
[1] Dětská klinika, [2] Radiologická klinika, [3] Klinika infekčních nemocí, [4] Oční klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové
[5] Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF a VFN Praha

Abstrakt: 7-letý chlapec byl vyšetřován pro malý vzrůst, únavu, mírnou anémii a pozitivní protilátky proti tkáňové transglutamináze v třídě IgA (194 U/ml (0-10)). Kontrolní laboratorní

vyšetření anti-tTG a endomysiálních protilátek bylo opakovaně negativní. Gastroduodenoskopické vyšetření bylo bez zjevných makroskopických změn. Histologické vyšetření bioptických vzorků prokázalo známky mírné fokální atrofie klků v duodenu bez známek intraepiteliální lymfocytózy. O tři roky později byl pacient pro zhoršení stavu (přetrvávání výše zmíněných příznaků a opakované bolesti břicha) doporučen k dalšímu vyšetření za hospitalizace. Laboratorní vyšetření odhalilo mikrocytární anémii z nedostatku železa (hemoglobin 110 g/l, MCV 65 fl), zvýšený C-reaktivní protein 30 mg/l a sedimentaci erytrocytů 16/34 mm, mírnou eosinofílii (9 %), elevaci ASCA protilátek (IgA 81 U/ml (0-18), IgG 36 U/ml (0-18)) a zvýšenou hladinu fekálního kalprotektinu 846 ug/g (0-50). Následně bylo provedeno kontrolní endoskopické vyšetření s nálezem jedné aftózní léze v žaludku a lymfangiektázií v duodenu. Koloskopie byla makroskopicky v mezích normy. V antru žaludku, ascendentním a transverzálním tračníku byly histopatologicky nalezeny epiteloidní granulomy. Vyšetření elektrónovým mikroskopem, PAS-negativita a negativní PCR *Tropheryma whipplei* vyloučily Whippleovu chorobu. Na ultrazvuku břicha byla přítomná hraniční splenomegalie (10 cm) s mnohočetnými hypoechogénními lézemi. MR vyšetřením byly léze hodnoceny jako suspektní atypické hemangiomy při možné sklerotizující angiomatózní nodulární transformaci sleziny. V imunologickém vyšetření byl opakovaně zachycen elevovaný poměr CD4/CD8 lymfocytů. V dalším průběhu pacient podstoupil komplexní laboratorní a zobrazovací vyšetření – RTG hrudníku, kapslovou endoskopii, MR mozku, serologické vyšetření k vyloučení parazitárních, bakteriálních a virových onemocnění – vše s normálním nálezem. O dva roky později pro zhoršující se únavu, subfebrilie a bolesti kloubů byl chlapec opět vyšetřen. Na RTG hrudníku byly patrné intersticiální plicní léze. Současně si začal stěžovat na rozmazané vidění a bolest v pravém oku. Oční vyšetření přispělo k zvažované definitivní diagnóze.

Postkovidový syndróm v praxi detského gastroenterológa

MUDr. Dobrovanov O., PhD., MBA[1,2]
[1] *Klinika pre deti a dorast A. Getlíka SZU a UNB, Bratislava, Slovensko*
[2] *Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Slovensko*

Úvod: Infekcia SARS-CoV-2 (COVID-19) bola pandémiou, ktorá viedla k vysokej úmrtnosti a chorobnosti na celom svete. Z postihnutých jedincov malo asi 80 % mierny až stredne závažný priebeh ochorenia (1). U cca 5 % pacientov so závažným priebehom ochorenia sa jednalo o kritický stav. U niektorých pacientov, ktorí prekonali ochorenie COVID-19, pretrvávali alebo vznikli nové príznaky, ktoré trvali týždne až mesiace. Tento stav sa nazýva „dlhodobý COVID" (long-COVID), „dlhý COVID" (Long Haulers) alebo „post COVID syndróm" (post COVID syndrome). Na Slovensku sa najčastejšie používa názov „postkovidový syndróm" (4, 7, 10).

S postkovidovým syndrómom po prekonaní COVID-19 sa môžeme stretnúť ako u dospelých tak aj u detí.

Ide o súbor rozličných príznakov, ktoré vznikajú po prekonaní ochorenia COVID-19. U detí takýto stav môže byť vzácny ale zároveň aj veľmi závažný.

V závislosti od trvania symptómov môžeme postkovidový syndróm rozdeliť do dvoch štádií – **akútne** (symptómy trvajú dlhšie ako 3 týždne, ale menej ako 12 týždňov po prekonaní ochorenia COVID-19) a **chronické** (symptómy presahujú 12 týždňov) (5).

Existujú dve hlavné skupiny symptómov u pacientov s postkovidovým syndrómom (8, 9):

Únava, bolesť hlavy a ťažkosti s dýchacími cestami (dýchavičnosť, bolesť hrdla, pretrvávajúci kašeľ a strata čuchu)

Multisystémové ťažkosti vrátane pretrvávajúcej horúčky a gastroenterologickými symptómami.

Na Klinike pre deti a dorast A. Getlíka SZU a UNB zaregistrovali sme nárast počtu pacientov s hore uvedenými ťažkosťami. Stúpol počet pacientov s **1 skupinou** symptómov (hlavne na detskom oddelení), v detskej gastroenterologickej ambulancii stúpol počet pacientov s **2 skupinou** symptómov.

Súbor pacientov, liečba, výsledky

Za obdobie od 1.4.2022 do 1.7.2022 bolo liečených na vyčlenených jednotkách Kliniky pre deti a dorast A. Getlíka SZU a UNB 68 pacientov (40 dievčat a 28 chlapcov) v súvislosti s postkovidovými ťažkosťami, 1 pacient s pediatrickým multisystémovým zápalovým syndrómom (PIMS-TS).

Všetci pacienti mali v anamnéze údaj o prekonaní ochorenia COVID-19 (väčšinou ľahký priebeh, resp. boli pozitívne bez klinických príznakov). Pacineti s 1 skupinou symptómov boli hospitalizovaní na detskej Klinike (30 pacientov: 20 dievčat a 10 chlapcov), v čase hospitalizácie mali negatívny test na SARS-CoV-2. Hospitalizovaných dievčat bolo dvakrát viac ako chlapcov. Pacienti s 2 skupinou symptómov boli vyšetrení a sú sledovaní v detskej gastroenterologickej ambulancii (15 dievčat a 23 chlapcov). 5 pacientov sa obrátilo za odbornou pomocou do detskej gastroenterologickej ambulancii po viac ako 2-ročnej remisii základného gastroenterologického ochorenia (chronická gastritída, potravinová alergia). K najčastejším gastroenterologickým ťažkostiam patrili riedke stolice (82 %), bolesti brucha (47 %), nauzea (22 %), zvracanie (5 %). Takíto pacienti podľa Rímskej klasifikácie IV často spĺňajú kritéria pre funkčné gastrointestinálne poruchy (FGIP).

U všetkých pacientov bola vylúčená organická príčina aktuálnych ťažkostí. U dvoch pacientov došlo k reaktivácii chronického gastrointerstinálneho ochorenia s nutnosťou intenzifikácie liečby. Pacient s PIMS-TS bol liečený podľa protokolu kortikoidmi a IVIG (2, 3, 6). Pacienti bez dokázanej organickej príčiny ťažkostí (okrem prekonanej infekcie SARS-CoV-2 v minulosti) boli liečení symptomaticky, odporúčaná rehabilitácia a režimové opatrenia. Efekt liečby bol vyhovujúci, deti boli/sú dispenzarizované v príslušných odborných ambulanciách.

Záver: Postkovidové ťažkosti sú rovnako časté u detí ako u dospelých napriek tomu, že majú ľahší, resp. asymptomatický priebeh ochorenia a nemajú početné komorbidity. Z našej malej štúdie vyplýva, že dievčatá majú postkovidové ťažkosti dvakrát častejšie v porovnaní s chlapcami. V liečbe postkovidového syndrómu sú dôležité režimové opatrenia a symptomatická liečba, ako aj vysvetlenie pacientom a ich rodičom príčiny novovzniknutých ťažkostí (dôležitá je psychycká pohoda rodičov a pacientov).

Syndróm krátkeho čreva u detí a možnosti liečby.

Hornová J., Kosnáčová J., Čierna I., Székyová D.
Detská klinika NUDCH a LFUK, Bratislava

Syndróm krátkeho čreva predstavuje závažný klinický problém, ktorý je sprevádzaný potenciálne fatálnymi komplikáciami. Vzniká v dôsledku chirurgickej intervencie – resekcie rozsiahlej časti čreva, čím sa významne redukuje funkčná plocha čreva. To má za následok rozvoj masívnych chronických hnačiek , ktorí sú spojené s veľkými stratami vody a elektrolytov, ako aj následne so vznikom závažnej malnutrície. Pacienti vyžadujú dlhodobú parenterálnu výživu, ktorá má svoje riziká a komplikácie.

Vďaka recentným vedeckým poznatkom sa otvorila nová možnosť liečby, ktorá je nádejou pre lepšiu kvalitu života a prognózu detí so syndrómom krátkeho čreva. K perspektívnej terapii patrí aplikácia špecifických rastových faktorov ovplyvňujúcich intestinálnu adaptáciu. V klinickej praxi je dostupný syntetický analóg glukagónu 2 – teduglutid. Uvedený liek je k dispozícii aj pre detských pacientov v Slovenskej republike.

V prednáške uvádzame naše vlastné skúsenosti a výsledky liečby teduglutidom u detí so syndrómom krátkeho čreva.

Manažment achalázie v detskom veku

Havlíčeková Z.[1], Michnová Z[1], Bánovčin P.[1], Demeter M.[2]
[1] *Klinika detí a dorastu , UNM a JLF UK, Martin, SR,* [2]*Interná klinika-gastroenterologická, UNM a JLF UK, Martin, SR*

Cieľ: Aktuálne odporúčania pre manažment pediatrických pacientov vychádzajú dominantne s klinických štúdií realizovaných u dospelých. Hellerova myotómia alebo balónová dilatácia boli v považované v posledných desaťročiach za základ liečby ochorenia. Úvod: Achalázia je zriedkavé ochorenie motility ezofágu podmienené degeneratívnymi zmenami inhibičného myenterického plexu v stene ezofágu. Je charakterizované spomalením až absenciou tranzitu ezofágom následkom poruchy ezofágovej peristaltiky, nekompletnou relaxáciou dolného ezofágového zvierača a zvýšením jeho tonusu. V detskom veku sa radí medzi raritné ochorenia. Vlastný text: Autori predkladajú prehľad aktuálnych poznatkov o úlohe perorálnej endoskopickej myotómie (POEM) v manažmente pediatrických pacientov s achaláziou, limitáciách a komplikáciách výkonu, ako aj vlastné skúsenosti. Záver: Perorálna endoskopická myotómia je pre menšiu invazivitu v porovnaní s konvenčnou chirurgickou myotómiou je v súčasnosti čoraz častejšie realizovaná aj v detskom veku, zatiaľ so sľubnými výsledkami.

Fundoplikace jako jediné řešení?!

Rosinská S., Štanclová M., Melek J.
Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Abstrakt: Refluxní epizody jsou u novorozenců velmi častým jevem a většinou nevyžadují terapii, projevy můžou být různé a nespecifické. U většiny případů refluxních epizod jsou režimová opatření dostačující a specifická terapie není nutná.

Chlapeček se narodil ve Velké Británii z prvního fyziologického těhotenství s normální porodní hmotností i délkou s nekomplikovanou poporodní adaptací, propuštěn byl po 12 hodinách od porodu.

U chlapečka se v prvních dnech života objevila epizoda promodrání v domácím prostředí při kojení s následným zvracením, která vedla k hospitalizaci v terciárním centru. Za pomoci panelu vyšetřovacích metod byla vyloučena řada diferenciálně diagnosticky zvažovaných onemocnění. Během hospitalizace se objevily další epizody promodrání s poklesy saturace kyslíku. Pro podezření na souvislost s krmením byla výživa podávaná výlučně nasogastrickou sondou a následně pro její netolerování bylo zahájeno podávání výživy nasojejunální sondou. Stav byl uzavírán jako závažná forma nemoci z gastroesofageálního refluxu, bylo ponecháno výlučné krmení nasojejunální sondou. Po pětitýdenní hospitalizaci bylo dítě převedeno do ambulantní péče. Výsledkem dalšího vyšetřovacího procesu včetně normálního

gastroduodenoskopického vyšetření a normálního nálezu na 24 hodinové jícnové pH-metrii bylo doporučení provedení fundoplikace navrženo gastroenterologem. Ve věku 7 měsíců byl chlapeček poprvé hospitalizován v ČR ke zhodnocení celkového stavu. Při přijetí byl chlapec v celkově dobrém stavu, bez poruchy trofiky, čilý, hravý se zájmem o okolí, který byl krmen výlučně nasojejunální sondou pomocí odstříkaného mateřského mléka. Provedena byla série vyšetření, které neodhalily organickou ani funkční patologii v oblasti polykání, nejevil klinické známky refluxního onemocnění. Proto byl poprvé zahájen perorální příjem s velice pozvolným navyšováním a s přítomností řady přídatných faktorů nutných k řešení.

Touto kazuistikou jsme chtěli poukázat na možná rizika diagnózy v časném novorozeneckém věku bez jejího přehodnocování v čase, dále návaznost vícečetné dispenzární péče a v neposlední řadě alternativní přístupy rodičů.

Niečo nové v riešení starého problému?

Petrášová M.[1], Tarcalová B.[1], Majlingová S.[1], Koman A.[2]
[1] KDD UPJŠ LF a DFN Košice
*[2] ORL oddelenie DFN Košic*e

Úvod: Požitie gombíkovej batérie (button batery, BB) sa s narastajúcou dostupnosťou elektrických zariadení a zvýšením voltáže batérií stalo zásadným problémom v pediatrickej endoskopii, s možnými devastujúcimi až fatálnymi dopadmi na zdravie pacienta.

Cieľ práce: Algoritmy manažmentu potenciálne mitigujúceho ezofágového poranenia po požití BB ako aj rôznorodosť v prístupoch načasovania včasnej a second-look endoskopie po ezofágovom poškodení sa rôznia v jednotlivých medziodborových či národných/regionálnych odporúčaniach.

Uvedená práca predstavuje krátky prehľad recentných odporúčaných postupov s predstavením navrhovaného odporúčania v našom centre.

Autori zároveň zhodnotili súbor pacientov ošetrených s diagnózou ingescie BB v ostatných 10 rokoch v DFN v Košiciach.

Záver: Uviaznutie požitej BB v ezofágu patrí medzi najkritickejšie emergentné indikácie k endoskopickej extrakcii u detí. Napriek pokrokom v chápaní mechanizmu poranenia a všetkých inovácií vedúcich k zlepšeniu manažmentu po požití BB, ostáva pravdepodobne práve neustála edukácia laickej ale aj odbornej verejnosti kľúčovým prostriedkom k predchádzaniu závažným poraneniam.

Úskalia a omyly cudzích telies v pažeráku-kazuistika

Vagáňová K.[1], Valachová I.[1], Koreň R.[1], Mikušová N.[1]
[1] II.DK SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou , Banská Bystrica, SR

Kľúčové slová: disková batéria, aortoesofageálna fistula Abstrakt: Ťažkosti v diagnostike cudzích telies v pažeráku predstavujú dojčatá a malé deti, ktoré nie sú schopné poskytnúť relevantné anamnestické údaje a taktiež široká škála možných klinických prejavov od dysfágie, hypersalivácie, iritability až po respiračné príznaky. 80 až 90 % požitých cudzích telies sa eliminuje spontánne v priebehu troch až siedmych dní. Zvyčajne sa jedná o náhodné požitie drobných predmetov, ako sú mince, špendlíky, batérie, časti hračiek, rybie a kuracie kosti, pričom mince patria medzi najbežnejšie z nich. U detí je približne 74 % cudzích telies

zachytených na úrovni horného pažerákového zvierača. Možné komplikácie zahŕňajú lokálne poškodenie sliznice, tvorbu striktúr, ale aj závažné extraesofageálne komplikácie, ako je obštrukcia dýchacích ciest, perforácia pažeráka, tracheoesofageálna či aortoesofageálna fistula, retrofaryngeálny absces, mediastinitída či perikarditída. 18-mesačná pacientka bola prijatá v spádovej nemocnici pre nekľud, odmietanie per os príjmu a 4 dni trvajúce teploty. V rámci pátrania po origu infekcie bol realizovaný RTG snímok hrudníka s nálezom cudzieho telesa charakteru mince v oblasti pažeráka. Na našom pracovisku bola bezodkladne realizovaná extrakcia mince s nálezom korozívnej ezofagitídy a pseudodivertikla v dolnej tretine pažeráka, po očistení však identifikovaná 18-mm disková batéria. CT-hrudníka verifikovalo ezofagomediastinálnu fistulu bez známok mediastinitídy. Po stabilizácii stavu a zlepšení lokálneho nálezu bola pacientka prepustená domov. Po 10 dňoch sa objavila hemateméza, endoskopicky bol prítomný subkardiálny hematóm, bez nálezu iného zdroja krvácania. Po 2 dňoch došlo k hemoragickému šoku, pacientka bola úspešne resuscitovaná. Pre recidívu krvácania bola indikovaná laparotomická revízia s naložením klipu v oblasti defektu pažeráka, ako najpravdepodobnejšieho zdroja krvácania. Počas zákroku došlo k masívnemu arteriálnemu krvácaniu s cirkulačným šokom, preto bola zavedená Sengstakenova-Blakemorova sonda. CT-angiografia potvrdila aortoesofageálnu fistulu descendentnej aorty. Pacientka bola preložená do detského kardiocentra, kde bol do descendentnej aorty implantovaný samoexpandovateľný stentgraft. Pacientka prekonala početné komplikácie, ktoré zanechali svoje následky v podobe pravostrannej hemiparézy, neurologický stav sa vďaka dôslednej rehabilitácii zlepšuje, dysfagické ťažkosti nemá, endoskopický nález je prakticky negatívny. Disková batéria v pažeráku vyžaduje neodkladnú extrakciu pre termálne a alkalické zmeny. Najväčšou obavou je potenciálne smrteľná komplikácia aortoesofageálnej fistuly s najvyšším rizikom u detí mladších ako päť rokov, veľkosťou batérie 20 mm a viac, s lokalizáciou na úrovni aortálneho oblúka, dlhšou dobou pôsobenia a hematemézou. Morbiditu a mortalitu je možné znížiť len spoluprácou viacerých špecialistov. V týchto špecifických prípadoch je nevyhnutný multidisciplinárny prístup zahŕňajúci detskú gastroenterológiu, detskú chirurgiu a kardiochirurgiu, rádiológiu, detskú anestéziu a intenzívnu medicínu.

Kreatínkináza z pohľadu detského neurológa (prednáška)

Balážová, P.[1], Viestová, K.[1], Kolníková M.[1]
[1] *Klinika detskej neurológie LFUK a NÚDCH, Bratislava*

Kreatínkináza (CK) je intracelulárny enzým exprimovaný vo veľkej miere najmä v kostrovom svalstve, myokarde a mozgu, v menšom množstve aj v iných tkanivách. Predstavuje významný prvok v energetickom metabolizme buniek katalyzujúci premenu kreatinínu na kreatínfosfát za účasti ATP. Kreatínfosfát následne slúži ako zásoba energie pre energeticky náročné tkanivá. Pri porušení membrán buniek dochádza k uvoľneniu CK do cirkulácie, pričom už medzi 2. a 12.hodinou po poškodení možno zachytiť nález zvýšenej hladiny CK. HyperCKémia je definovaná ako 1,5-násobná hodnota horného limitu zistená aspoň v dvoch meraniach. Pri poškodení svalových vlákien dochádza k súčasnému uvoľneniu ďalších enzýmov – AST (alaninaminotransferéza) a ALT (aspartátaminotransferáza). V mnohých prípadoch sa stretávame s „diagnostickou odyseou" vyšetrovania pacientov s eleváciou AST a ALT pri normálnej hladine GMT (gamaglutamyltransferáza) cestou gastroenterologických a infektologických ambulancií. V diferenciálnej diagnostike sa tak len zriedkavo zvažujú aj neuromuskulárne ochorenia so

svojou výraznou klinickou variabilitou. Ešte zriedkavejšie sa u pacientov indikuje stanovenie hladiny CK ako senzitívneho markeru svalového poškodenia. Počas poslednej dekády došlo k významnému rozvoju možnosti terapie neuromuskulárnych ochorení, čo nás súčasne nabáda k aktívnejšiemu prístupu v diagnostike tohto spektra ochorení aj v detskom veku. Je dôležité si uvedomiť, že v mnohých prípadoch predstavuje rýchlejšie stanovenie diagnózy súčasne možnosť liečby v skorých štádiách ochorenia.

Anorektálna manometria u detí

MUDr. Števková D.[1], MUDr. Blusková Z., PhD.[2], MUDr. Trepáčová D., PhD.[1], MUDr. Králik R.[1], MUDr. Béder I., PhD.[1]
[1] *Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH*
[2] *Detská klinika LF UK a NÚDCH*

Abstrakt: Defekácia patrí medzi základné fyziologické funkcie ľudského organizmu. Frekvencia vylučovania stolice je individuálna, pohybujúca sa u zdravých osôb v rozmedzí 3-krát denne až 2-krát týždenne. Ťažkosti s vyprázdňovaním vedú nielen k somatickým ťažkostiam, ale predstavujú aj závažný psychický a sociálny problém. Príčinou týchto problémov môže byť dyssynergia svalstva panvového dna, komplexné chyby sfinkterového aparátu pri anorektálnych malformáciách, poruchy inervácie čreva na úrovni črevnej steny v dôsledku dysganglionóz, alebo na vyššej – spinálnej úrovni v dôsledku vrodených alebo získaných defektov miechy. V mnohých prípadoch nie je ale príčina jednoznačne známa. Z tohto dôvodu je za účelom voľby adekvátnej liečby nevyhnutná komplexná diagnostika etiológie ťažkostí. K významným funkčným vyšetreniam patrí aj anorektálna manometria, pomocou ktorej možno detailne študovať funkčnosť análneho sfinkterového komplexu, rektoanálne reflexy, citlivosť v oblasti rekta, jeho motilitu a iné. V súčasnosti sa anorektálna manometria stáva štandardom aj v diagnostike etiológie porúch vyprázdňovania u detí, nakoľko je to neinvazívna, bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. HR anorektálna manometria bola v období od marca 2020 do marca 2022 realizovaná u 48 pacientov s chronickými ťažkosťami s vyprázdňovaním bez predchádzajúceho operačného riešenia. Do štúdie bolo zahrnutých 40 pacientov (22 chlapcov a 18 dievčat) vo veku 3 – 10 rokov (priemerný vek 4,4; SD ± 1,8; medián 4). Retrospektívnou analýzou boli hodnotené pomery tlakov v análnom kanáli a rekte pri imitácii defekácie a prítomnosť rekto-análneho inhibičného reflexu ako markera prítomnosti gangliových buniek v stene distálneho úseku čreva. Dyssynergická defekácia bola zistená u 36 zo 40 pacientov (90 %), s miernou prevahou nálezu u chlapcov (58,3 %). Najčastejšie bola pozorovaná dyssynergická defekácia 1. typu – pacient dokáže vyvinúť adekvátny vzostup tlaku v rekte (pomocou zvýšenia intraabdominálneho tlaku), avšak dochádza k paradoxnému zvýšeniu tonu análneho zvierača. Toto bolo zaznamenané u 18 pacientov (50 %). U 3 pacientov (7,5 %) bola počas vyšetrenia zistená absencia rekto-análneho inhibičného reflexu, na základe čoho bolo vyjadrené podozrenie na poruchu inervácie distálneho úseku čreva v zmysle aganglionózy (Hirschspurngova choroba). U všetkých týchto pacientov bola realizovaná rektálna biopsia, pričom odobratá bola vzorka celej hrúbky steny čreva, pričom u 2 pacientov bola potvrdená hypoganglionóza vo vyšetrovanej vzorke.

Abstrakty neprešli jazykovou kontrolou.
Za obsah abstraktov zodpovedajú autori.

POZNÁMKY

Riaďte život s Crohnovou chorobou tým správnym smerom

destination you™

Pacienti liečeni liekom Humira® dosiahli vyššiu mieru slizničného zhojenia a menej hospitalizácií spojených s CD.[1,2]

Použitím algoritmu prísnej kontroly v porovnaní s algoritmom klinického manažmentu...[1]

Výberom lieku Humira® ponúkate pacientom rýchlu a dlhodobú účinnosť so zlepšenou kvalitou života.[3]

Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: Humira 20 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke, Humira 40 mg/0,8 ml injekčný roztok, Humira 40 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere, Humira 80 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere. **Zloženie:** adalimumab 20 mg/0,2 ml; 40 mg/0,8 ml; 40 mg/0,4 ml; 80 mg/0,8 ml. Adalimumab je rekombinantná ľudská monoklonálna protilátka, produkovaná ovariálnymi bunkami čínskeho škrečka. **Terapeutické indikácie:** Pediatrickí pacienti: polyartikulárna juvenilná idiopatická artritída u pacientov od 2 rokov, artritída spojená s entezitídou u pacientov od 6 rokov, ložisková psoriáza u pacientov od 4 rokov, Crohnova choroba u pacientov od 6 rokov, ulcerózna kolitída u pacientov od 6 rokov*, hidradenitis suppurativa u pacientov od 12 rokov, uveitída u pacientov od 2 rokov. Dospelí pacienti: reumatoidná artritída, ankylozujúca spondylitída, axiálna spondyloartritída bez rádiografického dôkazu AS, psoriatická artritída, psoriáza, hidradenitis suppurativa, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, uveitída. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Humira sa podáva subkutánnou injekciou. Pediatrickí pacienti: odporúčaná dávka je založená na telesnej hmotnosti. ***Polyartikulárna juvenilná idiopatická artritída u pacientov od 2 rokov:*** hmotnosť: *10 kg až < 30 kg:* 20 mg každý druhý týždeň; *≥ 30 kg:* 40 mg každý druhý týždeň. ***Artritída spojená s entezitídou u pacientov vo veku od 6 rokov:*** hmotnosť: *15 kg až < 30 kg:* 20 mg každý druhý týždeň; *≥ 30 kg:* 40 mg každý druhý týždeň. ***Ložisková psoriáza u pacientov vo veku 4 až 17 rokov:*** hmotnosť: *15 kg až < 30 kg:* úvodná dávka 20 mg, následne 20 mg každý druhý týždeň po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky; *≥ 30 kg:* úvodná dávka 40 mg, následne 40 mg každý druhý týždeň po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky. ***Crohnova choroba u pacientov vo veku 6 až 17 rokov:*** hmotnosť: *< 40 kg:* 40 mg v týždni 0 a 20 mg v týždni 2, potom 20 mg každý druhý týždeň; *≥ 40 kg:* 80 mg v týždni 0 a 40 mg v týždni 2, potom 40 mg každý druhý týždeň. ***Ulcerózna kolitída u pacientov vo veku 6 až 17 rokov:*** hmotnosť: *< 40 kg:* 80 mg v týždni 0 a 40 mg v 2. týždni, následne 40 mg každý druhý týždeň; *≥ 40 kg:* 160 mg v týždni 0 a 80 mg v 2. týždni, následne 80 mg každý druhý týždeň. ***Uveitída u pacientov vo veku od 2 rokov:*** hmotnosť: *< 30 kg:* 20 mg každý druhý týždeň v kombinácii s metotrexátom; *≥ 30 kg:* 40 mg každý druhý týždeň v kombinácii s metotrexátom. ***Hidradenitis suppurativa u dospievajúcich vo veku od 12 rokov a s hmotnostou aspoň 30 kg:*** 80 mg v týždni 0, následne dávka 40 mg každý druhý týždeň od 1. týždňa. Dospelí pacienti: ***Reumatoidná artritída:*** 40 mg každý druhý týždeň. Ak dôjde u pacienta na monoterapii adalimumabom k zníženiu odpovede na liečbu Humirou 40 mg každý druhý týždeň je možné zvýšiť dávku na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Ankylozujúca spondylitída, axiálna spondyloartritída bez rádiografického dôkazu AS a psoriatická artritída:*** 40 mg každý druhý týždeň. ***Psoriáza:*** úvodná dávka 80 mg, po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky 40 mg každý druhý týždeň: po 16 týždňoch môžu mať pacienti s nedostatočnou odpoveďou na Humiru 40 mg každý druhý týždeň prínos zo zvýšenia dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. Ak sa dosiahne adekvátna odpoveď s dávkovaním 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň, dávkovanie môže byť následne znížené na 40 mg každý druhý týždeň. ***Hidradenitis suppurativa:*** úvodná dávka 160 mg; 80 mg o dva týždne, a ďalšie dva týždne pokračovať s dávkou 40 mg jedenkrát za týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Crohnova choroba:*** 80 mg v týždni 0, potom 40 mg v týždni 2; ak je potrebná rýchlejšia odpoveď na liečbu, môže sa na začiatku liečby použiť režim 160 mg v týždni 0 a 80 mg v týždni 2; po úvodnej liečbe sa podáva 40 mg každý druhý týždeň. Pacienti, u ktorých došlo k poklesu odpovede na dávku 40 mg každý druhý týždeň, môžu mať prínos zo zvýšenia dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Ulcerózna kolitída:*** 160 mg v týždni 0 a 80 mg v týždni 2, po úvodnej liečbe 40 mg každý druhý týždeň. Pacienti, u ktorých došlo k poklesu odpovede na dávku 40 mg každý druhý týždeň, môžu mať prínos zo zvýšenia dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý druhý týždeň. ***Uveitída:*** úvodná dávka 80 mg, potom 40 mg podávaných každý druhý týždeň po uplynutí jedného týždňa od úvodnej dávky. Starší pacienti: nie je potrebná úprava dávky. Porucha funkcie obličiek a/alebo pečene: Humira nebola študovaná v tejto populácii pacientov. Nemôžu sa urobiť žiadne odporúčania pre dávkovanie. **Kontraindikácie:** precitlivenosť na liečivo alebo na niektorú z pomocných látok, aktívna tuberkulóza alebo iné závažné infekcie: stredne ťažká až ťažká srdcová zlyhanie (trieda III/IV podľa NYHA). Špeciálne upozornenia: Liečba sa nemá začať u pacientov s aktívnymi infekciami. Ak sa u pacienta rozvinie nová závažná infekcia, podávanie Humiry za má prerušiť dovtedy, kým sa infekcia nezváčšne. Pred začatím liečby musia byť všetci pacienti vyšetrení na aktívnu aj neaktívnu TBC. Možnosť reaktivácie hepatitídy B u chronických nosičov vírusu hepatitídy B. Možný vznik alebo exacerbácia demyelinizačného ochorenia, vrátane sklerózy multiplex a Guillain-Barrého syndrómu. U pacientov s malignitou v anamnéze sa má pri zvažovaní liečby postupovať s minimálnou opatrnosťou. Všetci pacienti majú byť vyšetrení na prítomnosť nemelanómovej kožnej rakoviny pred liečbou a počas nej. V zriedkavých prípadoch sa môže vyskytnúť pancytopénia vrátane aplastickej anémie. Liečba môže viesť k tvorbe autoimunitných protilátok. **Liekové a iné interakcie:** nesúporiťa sa súbežné podávanie s anakinrou a abataceptom. **Používanie v gravidite a počas laktácie:** Ženy vo fertilnom veku majú zvážiť používanie primeranej antikoncepcie, aby sa predišlo gravidite, a pokračovať v jej používaní aspoň päť mesiacov po poslednom podaní Humiry. Humira sa má používať počas tehotenstva, iba ak je to jednoznačne potrebné. Humira sa môže používať počas dojčenia. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidla a obsluhovať stroje:** Humira môže mať mierny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: infekcie dýchacej sústavy, leukopénia, anémia, zvýšenie hladín lipidov, bolesť hlavy, bolesť brucha, nauzea, vracanie, zvýšenie hladín pečeňových enzýmov, exantém, bolesť svalov, reakcia v mieste vpichu; neznáme: Kaposiho sarkóm, zvýšenie hmotnosti*. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Nemecko. **Dátum revízie textu:** 07/2021. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. Pred predpísaním lieku sa oboznámte, prosím, so Súhrnom charakteristických vlastností lieku, ktorý je dostupný na vyžiadanie u miestneho zástupcu držiteľa rozhodnutia o registrácii: AbbVie, s. r. o., Karadžičova 10, 821 08 Bratislava, tel. č.: +421 2 50 500 777.

*Ušetrite si, prosím, zmeny v Súhrne charakteristických vlastností lieku.

Literatúra: 1. Colombel J-F, Panaccione R, Bossuyt P et al. Effect of tight control management on Crohn's disease (CALM): a multicentre, randomised, controlled phase 3 trial. Lancet. 2018;390(10114):2779–89. **2.** Colombel J-F, Panaccione R, Bossuyt P et al. A treat to target approach decreases the rate of CD-related adverse outcomes versus a clinical approach in patients with moderate to severely active Crohn's disease: data from CALM. Poster presented at: 25th United European Gastroenterology Week; October 28-Nov 1, 2017; Barcelona, Spain. **3.** SPC Humira 20 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke, Humira 40 mg/0,8 ml injekčný roztok, Humira 40 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere, Humira 80 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere, júl 2021.

SK-HUMG-210014

HUMIRA® adalimumab *destination you*™

abbvie

AbbVie, s. r. o., Karadžičova 10, 821 08 Bratislava
tel. č. : +421 2 50 500 777. www.abbvie.sk