

# PROGRAM A ZBORNÍK ABSTRAKTŮV

Sekcia pediatickej gastroenterológie, hepatológie a výživy  
Slovenská gastroenterologická spoločnosť



# X. KONGRES

## SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH PEDIATRICKÝCH GASTROENTEROLÓGOV

27. – 28. september 2024  
Hotel Holiday Inn, Trnava



ISBN: 978-80-69053-09-0

Sekcia pediatickej gastroenterológie, hepatológie a výživy  
Slovenská gastroenterologická spoločnosť

**TERMÍN**

27. – 28. 9. 2024

# X. KONGRES

**MIESTO**

Hotel Holiday Inn, Trnava

## SLOVENSKÝCH A ČESKÝCH PEDIATRICKÝCH GASTROENTEROLÓGOV

### PREZIDENT KONGRESU

MUDr. Tibor Silný

### VEDECKÝ VÝBOR

MUDr. Eva Bačinská

MUDr. Iveta Čierna, PhD.

doc. MUDr. Zuzana Havlíčeková, PhD.

MUDr. Dagmar Székýová

MUDr. Iveta Valachová



### ORGANIZAČNÝ VÝBOR

MUDr. Iveta Čierna, PhD.

MUDr. Tibor Silný

MUDr. Dagmar Székýová

### ORGANIZAČNE ZABEZPEČUJE

Mgr. Alica Kozics

Amedi management, s.r.o.

Jarošova 1, 831 03 Bratislava

Mobil: 0910 413 070

e-mail: kozics@amedisk.sk

Registrácia  
je možná online  
na [www.amedisk.sk](http://www.amedisk.sk)

**SEKRETARIÁT SGS** a kontakt pre zasielanie prihlášok vystavovateľov:

Ing. Romana Ondrušová

Mobil: + 421 (905) 566 150

e-mail: sekretariat@sges.sk

# PARTNERI PODUJATIA

## HLAVNÝ PARTNER

---



## VYSTAVOVATELIA

---

abbvie

Johnson&Johnson



ALFASIGMA

DANONE

DANONE (NUTRICIA)

ENDORED

EWOPHARMA

FERRING

FLEXIMED

IMEDEX

IPSEN

SANDOZ

VIATRIS

# PROGRAM PIATOK 27. 9. 2024

- 8.30 – 8.45 **Otvorenie**  
Čierna I., Hlavatý T., Bronský J., Silný T.
- 8.45 – 8.55 **Vzpomínka na MUDr. Frůhaufa, CSc.**  
EI-Lababidi N. (Praha)
- 8.55 – 10.25 HEPATOLÓGIA**  
Predsedníctvo: Pršo M., Kotalová R.
- 8.55 – 9.05 **MASLD/MASH, nová nomenklatura steatotických onemocnění jater**  
Hloušková E. (Brno)
- 9.05 – 9.15 **Elastografia pečene v detskom veku**  
Pršo M., Míchnová Z., Zúbriková L., Havlíčková Z., Kosorínová D., Bánovčín P. (Martin)
- 9.15 – 9.25 **Allagilleov syndróm – aktuálne možnosti liečby**  
Kosnáčová J., Hornová J. (Bratislava)
- 9.25 – 9.35 **Transplantace jater v ČR 1998–2023**  
Kotalová R. (Praha)
- 9:35 – 9.45 **Program živého dárcovství transplantace jater u dětí**  
Gonsorčíková L. (Praha)
- 9.45 – 10.05 Diskusia**
- 10.05 – 10.25 Sympóziun z edukačného grantu spoločnosti Ipsen  
**Living with PFIC – The Pediatric Patient Journey in Hungary** Dezsőfi-Gottl Antal, (Budapest, Hungary)
- 10.25 – 10.40 Prestávka**
- 10.40 – 12.45 EOZINOFILNÉ ZÁPALLY + GERD**  
Predsedníctvo: Havlíčková Z., Hradský O.
- 10.40 – 10.50 **Eozinofilní ezofagitidy v teorii a praxi**  
EI-Lababidi N. (Praha)
- 10.50 – 11.00 **Eozinofilná ezofagitída –projekt pre pacientov, lekárov a európsky register**  
Mečiarová V., Melek J. (Hradec Králové)

# PROGRAM PIATOK 27. 9. 2024

- 11.00 – 11.10 **Eozinofilní ezofagitída – z minulosti do budúcnosti**  
Pecl J., Turan K., Jabandžiev P. (Brno)
- 11.10 – 11.20 **Eozinofilní onemocnění gastrointestinálního traktu kromě eozinofilní ezofagitidy**  
Kazeka D. (Praha)
- 11.20 – 11.30 **Non-EoE EGIDs – niekde medzi funkčnými poruchami a IBD**  
Silný T. (Trnava)
- 11.30 – 11.40 **Eozinofilový ascites ako symptóm idiopatického hypereozinofilného syndrómu**  
Podmanická Z., Jeseňák M., Valachová I., Rajčanová V., Gondová I., Bubanská E., Králinský K. (Banská Bystrica, Martin)
- 11.40 – 11.50 **Co si vzít z nového Lyonského konsenzu (2.0) pro diagnostiku refluxního onemocnění**  
Hradský O. (Praha)
- 11.50 – 12.00 **Přehledová přednáška o prevalenci GERD v pediatrické populaci**  
Dušková J., Lerchová T., Hradský O., Bronský J. (Praha)
- 12.00 – 12.10 **Dieťa s respiračnými prejavmi EER/GERD v ambulancii pediatrického gastroenterológa**  
Havlíčková Z., Michnová Z., Pršo M., Bánovčín P. (Martin)
- 12.10 – 12.45 **Diskusia**
- 12.45 – 13.45 **Obedová prestávka**
- 13.45 – 15.30 **IBD**  
Predsedníctvo: Čierna I., Karásková E.
- 13.45 – 13.55 **Nešpecifické zápalové ochorenia čreva u detí do 6. rokov**  
Suchánková D., Valachová I. (Banská Bystrica)
- 13.55 – 14.05 **Které příznaky nejvíce zatěžují pacienty s UC?**  
Hradský O. (Praha)
- 14.05 – 14.15 **Farmakogenetika a odpoveď na liečbu infliximabom v manažmente IBD**  
Kosorínová D., Havlíčková Z., Petrášová M., Lietava P., Kolková Z., Michnová Z., Pršo M., Bánovčín P. (Martin, Košice)

# PROGRAM PIATOK 27. 9. 2024

- 14.15 – 14.25 **PSC-IBD nová doporučení**  
Karásková E. (Olomouc)
- 14.25 – 14.35 **Prediktory závažného průběhu primární sklerozující cholangitidy u dětí: single centre study**  
Vlčková E., Hradský O., Semjonov V., Durilová M., Kazeka D., Kubát M., Lerchová T., Bronský J., Mitrová K. (Praha)
- 14.35 – 14.45 **Tromboprofylaxia u dětí s IBD**  
Čierna I., Székyová D., (Bratislava)
- 14.45 – 14.55 **Mikroskopická kolitída u dětí**  
Michnová Z., Havlíčeková Z., Pršo M., Kosorínová D., Banovčín P.st. (Martin)
- 14.55 – 15.30 **Diskusia**
- 15.30 – 15.45 **Prestávka**
- 15.45 – 17.00 **KAZUISTIKY**  
Predsedníctvo: Székyová D., Petrášová M.
- 15.45 – 15.55 **Zriedková príčina hnačky u dojčťa**  
Hornová J., Kosnáčová J., Staníková D. (Bratislava)
- 15.55 – 16.05 **Obštrukcia duodena**  
Székyová D., Čierna I. (Bratislava)
- 16.05 – 16.15 **Masívna hemateméza ako následok krvácajúcich vredových lézií žalúdka**  
Bibza J. (Bratislava)
- 16.15 – 16.25 **Menej frekventný incidentalóm pečene v detskom veku**  
Petrášová M., Tarcalová B., Žilínčan M., Danček F. (Košice, Banská Bystrica)
- 16.25 – 16.35 **Zriedková príčina akútnej hepatitidy**  
Németh F., Visolajský P., Kosnáčová J., Staníková D. (Bratislava)
- 16.35 – 17.00 **Diskusia**
- 20:00 **Večera**

# PROGRAM SOBOTA 28. 9. 2024

8.30 – 9:50

## **VARIA**

Predsedníctvo: Bronský J., Dědič T.

8.30 – 8.45

## **Recentní kontroverze v oblasti PGHAN**

Bronský J. (Praha)

8.45 – 8.55

## **Chronická pankreatitida u dětí a její komplikace**

Dědič T. (Praha)

8.55 – 9.05

## **MCA, aktivace mastocytů – kritický pohled alergologa**

Fuchs M. (Praha)

9.05 – 9.15

## **Choroba štetu proti hostiteľovi gastrointestinálneho traktu po alogénnej transplantácii krvotvorných buniek a jej komplikácie**

Adamčáková J., Sýkora T., Székyová D., Hornová J., Babál P., Dóczyová D., Fussiová M., Švec P., Kolenová A. (Bratislava)

9.15 – 9.25

## **Syndrom Wilkie – naše skúsenosti**

Vebr M., Schwarz J. (Plzeň)

9.25. – 9.50

## **Diskusia**

9.50 – 10.05

## **Prestávka**

10.05 – 12.35

## **VÝŽIVA a iné**

Predsedníctvo: Nevoral J., Schwarz J.

10.05 – 10.25

## **Probiotika v dětské gastroenterologii v roce 2024**

Nevoral J. (Praha)

10.25 – 10.35

## **Celiakie -bezglutenová diéta u detí – nové doporučené postupy 2024**

Véghová-Velgáňová M., Karásková E., Špenerová M., Drápalová R., Geryk M., Volejníková J. (Olomouc)

10.35 – 10.45

## **Zavádění lepku do jídelníčku dětí a riziko rozvoje celiakie**

EI-Lababidi N. (Praha)

10.45 – 10.55

## **Riziko výskytu deficitu vybraných mikronutrientů u dětí s celiakií: zkušenosti jednoho centra**

Šimová S., EI-Lababidi N. (Praha)

# PROGRAM SOBOTA 28. 9. 2024

- 10.55 – 11.10 **Vláknina ve výživě dětí. Co nám říkají doporučené postupy a studie**  
Bronský J. (Praha)  
Prednáška z edukačného grantu spoločnosti Nestlé
- 11.10 – 11.20 **Výživa u pacientů s CF – aktuální doporučení**  
Schwarz J. (Plzeň)
- 11.20 – 11.30 **Refeeding syndrom- co je nového?**  
Drápalová R. (Olomouc)
- 11.30 – 11.40 **PEG-J – menší zátěž pro pacienty nebo ne?**  
Zárubová K., Hradský O., Lerchová T., Čopová I., Kazeka D.,  
Bronský J. (Praha)
- 11.40 – 11.50 **Histaminová intolerance – kritický pohled alergologa**  
Fuchs M. (Praha)
- 11.50 – 12.35 **Diskusia**
- 12.35 – 12.45 **Záver kongresu**
- 13.00 **Obed**





# ORGANIZAČNÉ POKYNY

## REGISTRÁCIA A REGISTRAČNÝ POPLATOK

	do 31. 8. 2024	od 1. 9. 2024 a na mieste
lekár člen SGS, ČGS	50 €	60 €
lekár nečlen SGS, ČGS	65 €	75 €
lekár do 35 rokov / zdravotná sestra člen SGS	9 €	19 €
lekár do 35 rokov / zdravotná sestra nečlen SGS	17 €	25 €
študenti / lekári v príprave člen SGS, ČGS	18 €	23 €
študenti / lekári v príprave nečlen SGS, ČGS	29 €	49 €
zástupca vystavujúcej spoločnosti	99 €	149 €
zástupca biomedicínskej spoločnosti bez vystavovania	299 €	399 €

- zvýhodnené registračné poplatky platia pre úhradu prevodom alebo kartou pri dodržaní stanovených termínov
- prví autori sú oslobodení od platby registračného poplatku
- v registračnom poplatku je zahrnuté: vstup na podujatie, kongresové materiály, káva a občerstvenie
- registrácia na mieste je bez zaručenia kongresových materiálov a možnosti zakúpenia stravy

## INÉ POPLATKY

	27. 9. 2024	28. 9. 2024
Obed	25 €	25 €
Spoločná večera	50 €	

## SPÔSOB PLATBY

- po online registrácii – úhrada zálohovej faktúry
- v prípade online registrácie Vám bude vygenerovaná zálohová faktúra; prosíme, ako variabilný symbol použiť číslo faktúry
- v hotovosti alebo kartou pri registrácii na mieste
- online registrácia nutná vopred
- registračný poplatok je nevratný

## POTVRDENIE O ÚČASTI

Podujatie bude zaradené do kreditného systému CME.

# UBYTOVANIE

UBYTOVANIE 26. - 28. 9. 2024

## HOTEL HOLIDAY INN, TRNAVA

- zabezpečuje A-medi management, Mgr. Alica Kozics
- ubytovanie je možné rezervovať e-mailom na kozics@amedi.sk

	Jednolôžková izba	Dvojlôžková izba
Hotel Holiday Inn, Trnava	125 €/noc	145 €/noc

Raňajky sú zahrnuté v cene ubytovania. Mestský poplatok 2 €/deň/osoba.

- pri rezervácii prosím uveďte typ izby a mená ubytovaných hostí
- prosím čakajte na potvrdenie rezervácie
- rezerváciu Vám potvrdíme e-mailom
- ubytovanie musí byť vopred uhradené bankovým prevodom v termíne do 31. 8. 2024
- úhradu prosím realizujte až po potvrdení rezervácie
- po prijatí prostriedkov na náš účet Vám bude zaslaná faktúra
- rezerváciu ubytovania je možné zrušiť najneskôr 31. 8. 2024 bez storno poplatku
- zrušenie ubytovania po potvrdení rezervácie podlieha nasledujúcim storno podmienkam:
  - od 19 do 16 dní..... 50 %
  - od 15 do 8 dní ..... 70 %
  - od 7 - 0 dní..... 100 %

## SPÔSOB PLATBY - UBYTOVANIE

**Majiteľ účtu:** A-medi management s.r.o.

**Banka:** UniCredit Bank

**SWIFT:** UNCRSKBX

**IBAN:** SK11 1111 0000 0010 2685 2003

**Variabilný symbol:** 33260924

**Poznámka:** meno účastníka + ubytovanie

Registrácia je možná online na [www.amedi.sk](http://www.amedi.sk)

## ABSTRAKTY

## ORIGINÁLNE PRÁCE – POSTERY

## HEPATOLOGIA

## MASLD/MASH, NOVÁ NOMENKLATURA STAETOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ JATER

Hloušková E.

*Pediatrická klinika LF MU a FN Brno, Česká republika*

Tukové onemocnění jater (steatoza) patří mezi jedno z nejčastějších hepatálních onemocnění v dospělém věku. Čím dál častěji se s ním setkáváme i u našich dětských pacientů. Etiologie je komplexní a ne vždy závislá na obezitě pacienta. I vzhledem k tomu došlo v posledních letech k rozsáhlé diskuzi ohledně optimální nomenklatury. V červnu r. 2023 byl v rámci tzv. Delphi panelu přijat zcela nový systém. Onemocnění projevující se ztukovatěním jaterní tkáně jsou označena jako steatotická onemocnění jater, Steatotic liver disease SLD. Pokud ztukovatění již indukuje zánět, pak nadále hovoříme o steatohepatitidě. Dříve užívaný termín nealkoholová tuková choroba jater, Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD byl nahrazen termínem Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease, MASLD. Pro zánětlivé postižení jater indukované metabolickou dysfunkcí pak nově termín Metabolic dysfunction-Associated SteatoHepatitis, MASH. Z hlediska dětských pacientů se může jednat o lehce zavádějící termín vzhledem k vrozeným poruchám metabolismu indukujícím ztukovatění jater, která jsou v mezinárodním písemnictví označována jako Metabolic liver disease.

V přednášce je diskutována nejen nová nomenklatura ale i diagnostický a terapeutický přístup k dětským pacientům trpícím steatotickými onemocněními jater.

## ELASTOGRAFIA PEČENE V DETSKOM VEKU

Pršo M., Michnová Z., Zúbriková L., Havlíčková Z., Kosorínová D., Bánovčin P.

*Klinika detí a dorastu JLF UK, Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko*

**Úvod:** S progresiou steatózy pečene dochádza k rozvoju zápalu a fibrogenéze s následnými zmenami elastických vlastností pečenevého tkaniva. Tieto zmeny je možné hodnotiť pomocou elastografického vyšetrenia. V súčasnosti viaceré moderné ultrasonografické prístroje ponúkajú možnosť elastografického hodnotenia s vysokou presnosťou a navyše umožňujú dvojrozmerné či doplerovské zobrazenie pečene.

**Metodika:** Počas ultrasonografického vyšetrenia bola hodnotená echogenita, a metódou real-time elastography aj elasticita pečenevého parenchýmu u detských pacientov v rôznych skupinách podľa vekových a hmotnostných kritérií.

**Výsledky:** Zdraví termínoví novorodenci s normálnou pôrodnou hmotnosťou mali bez ohľadu na pohlavie nižšiu echogenitu a elasticitu pečene v porovnaní so zdravými peripubertálnymi a adolescentnými deťmi s normálnymi hodnotami BMI. V skupine obéznych

pediatrických pacientov vo vekovom rozmedzí od 10. do ukončeného 18. roku života bola zaznamenaná signifikantne vyššia celková echogenita pečene, ako aj signifikantne nižšia celková hodnota elasticity pečene v porovnaní s kontrolnou pediatrickou skupinou s normálnym BMI. V súbore obéznych pacientov bol pozorovaný pokles celkovej elasticity pečene so stúpajúcou hodnotou BMI, avšak zmena celkovej echogenity nebola zaznamenaná. U obéznych pacientov sa elasticita pečeneového tkaniva znižovala aj s rastúcim obvodom pása. Výsledná hodnota elasticity pečene u obéznych pacientov negatívne korelovala s LDL a celkovým cholesterolom, v prípade hepatálnych enzýmov nebola pozorovaná štatisticky významná korelácia so zmenami elasticity pečene.

**Záver:** Výsledky práce potvrdzujú významnú asociáciu obezity so zmenami echogenity a elasticity pečene v detskom veku. Elastografia pečene má uplatnenie v diagnostike skorých stupňov pečeneového poškodenia u obéznych pubertálnych a adolescentných pacientov s rizikom vzniku a rozvoja steatózy pečene. Okrem skorého záchytu týchto zmien sme schopní pomocou ultrasonografickej elastografie neinvazívne a v reálnom čase hodnotiť dynamiku ochorenia a efekt podávanej terapie, čím sa zlepšuje kontrola nad ochorením.

## ALAGILLEOV SYNDRÓM – AKTUÁLNE MOŽNOSTI LIEČBY

**Kosnáčová J., Hornová J.**

*Detská klinika LFUK a NÚDCH Bratislava*

Alagilleov syndróm je zriedkavé geneticky podmienené, autozómovo dominantné ochorenie. Jeho príčinou je genetická mutácia JAG1 génu alebo mutácia NOTCH2 génu. Prítomnosť patogénnych mutácií podmieňuje vznik početných malformácií, poškodené sú viaceré orgány ako pečeň, srdce, obličky, skelet a oči. Vo svojej podstate má tento syndróm rôzne prejavy so širokou škálou závažnosti. Alagilleov syndróm sa manifestuje po narodení cholestázou a proťahovaným ikterom, svrbením a neprospievaním dieťaťa. Okrem poškodenia pečene syndróm sprevádzajú kardiovaskulárne anomálie, skeletálne abnormality, očné anomálie, či typická faciálna dysmorfia. Keďže ochorenie má variabilné prejavy s rôznym stupňom závažnosti, a to aj v rámci jednej rodiny, môže zostať nediagnostikovaný alebo nesprávne diagnostikovaný. Diagnostika sa stanovuje na základe klinických príznakov, anamnézy pacienta, výsledkov laboratórných a zobrazovacích vyšetrení, definitívne genetickým vyšetrením.

V NÚDCH v gastroenterologickej ambulancii je od roku 2000 sledovaných 12 pacientov s geneticky potvrdeným Alagilleovým syndrómom. Pacienti sú sledovaní od narodenia, prvotným príznakom bola proťahovaná cholestáza a ikterus v novorodeneckom veku. Štyria pacienti boli indikovaní na transplantáciu pečene. Raritou je slovenská rodina s dvoma deťmi s potvrdeným Alagilleovým syndrómom de novo mutáciou.

Terapia zahŕňa choleretiká, hepatoprotektíva, lieky ovplyvňujúce pruritus, riešenie malabsorpcie, vitamínoterapiu, chirurgické riešenia. Samotná liečba môže ovplyvniť niektoré príznaky syndrómu. Pacienti sú ohrození chronickým ochorením pečene a portálnou hypertenziou, preto sú v sledovaní gastroenterológa. Nevyhnutná je spolupráca ďalších odborníkov ako kardiológa, oftalmológa, nefrológa či iných. Alagilleov syndróm je chronické ochorenie a ani multiodborová starostlivosť pacienta nevylieči, ale výrazne a pozitívne ovplyvní kvalitu jeho života. Časť pacientov potrebuje chirurgický zákrok kvôli kardiologickým problémom a postihnutiu pečene (externá biliárna drenáž, transplantácia pečene).

## TRANSPLANTACE JATER V ČR 1998-2023

Kotalová R. (Praha)

Abstrakt nebol dodaný.

## PROGRAM ŽIVÉHO DÁRCOVSTVÍ TRANSPLANTACE JATER U DĚTÍ

Gonsorčíková L. (Praha)

*Pediatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Česká republika*

Transplantace jater představuje terapeutickou metodu nejen pro pacienty s akutním či chronickým selháním jater, ale také život zlepšující výkon pro pacienty s vybranými dědičnými poruchami metabolismu. Vzhledem k rozšiřujícím se indikacím k transplantaci jater a počtu pacientů zařazených na čekací listině se stává nabídka vhodných dárců zejména pro pediatrické pacienty hůře dostupnou. Živé dárcovství je možností, která u vybraných kandidátů pomůže zkrátit dobu na čekací listině a naplánovat transplantaci tak, abychom minimalizovali rizika pro příjemce a zlepšili tak úspěšnost celé operace. V prezentaci jsou shrnuty podmínky živého dárcovství jater uplatňované v IKEM Praha a dosavadní zkušenosti našich pracovišť.

## EOZINOFILNÉ ZÁPALLY + GERD

### EOZINOFILNÍ EZOFAGITIDY V TEORII A PRAXI

El-Lababidi N.

*Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu, Praha, Česká republika*

Eozinofilní ezofagitida (EoE) je chronickým, zánětlivým onemocněním jícnu, mediovaným imunitně a/nebo antigenně. Incidence a prevalence EoE u dětí i dospělých je na vzestupu. V současné době se odhadují na 1-12/100 000, respektive 57/100 000. Etiologie a etiopatogeneze EoE nejsou dosud plně objasněné. Předpokládá se souhra genetických faktorů a imunogenní reakce na různé antigeny, které se běžně vyskytují v potravinách a ve vzduchu. Klinické manifestace EoE se liší v jednotlivých věkových kategoriích. Zatímco u malých dětí jsou příznaky často nespecifické, například zvracení, bolesti břicha, problémy s krmením a neprospívání, u adolescentů se tradičně vyskytují dysfagické obtíže, pyróza, retrosteránní bolesti, nebo pocit váznutí sousta. V některých případech může být prvním příznakem náhlé vzniklé uváznutí sousta. Stanovení diagnózy je pomocí ezofagogastroduodenoskopie s odebráním dostatečného počtu bioptických vzorků z různých etáží jícnu a nálezem 15 a více eozinofilů na zorné pole. Terapeutické možnosti, dle recentně vydaných (2024) doporučení postupů Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN), jsou dietní, steroidní nebo za použití inhibitorů protonové pumpy. Z preparátů biologické léčby je schválen anti-IL4/13, dupilumab, v terapii rezistentních forem EoE. Dle schválení FDA (U.S. Food and Drug Administration) lze dupilumab používat od 1 roku věku, respektive hmotnosti 15 kg. Autor ve svém sdělení představuje nejnovější poznatky

ohledně EoE, vč. nových doporučeních postupů ESPGHAN v diagnostice a terapii tohoto onemocnění a vlastních zkušeností s použitím dupilumabu u pacientů s EoE rezistentní na jiné terapeutické modality.

## EOZINOFILNÁ EZOFAGITÍDA – PROJEKT PRE PACIENTOV, LEKÁROV A EURÓPSKY REGISTER

Mečiarová V.<sup>1</sup>, Melek J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lekárska fakulta UK v Hradci Králové

<sup>2</sup>Detská klinika LFUK a FN Hradec Králové, Česká republika

Projekt **MyEoE** je zameraný na pacientov s eozinofilnou ezofagitídou (EoE), ktorého cieľom je posúdiť, koľko pacienti a ich rodiny vedia o tejto chorobe, ako sa cítia byť zapojení do rozhodovacieho procesu z hľadiska voľby liečebnej modality a ako samotné ochorenie ovplyvňuje ich každodenný život, nakoľko v súčasnosti údaje o priamych skúsenostiach pacientov s EoE chýbajú alebo sú neúplné. Projekt obsahuje dva jednoduché, anonymné dotazníky a tretí dotazník s jedinou otázkou zisťujúci záujem zúčastniť sa ďalšej fázy projektu týkajúcej sa vytvorenia pokročilého internetového nástroja pre zlepšenie starostlivosti o pacientov s EoE. Jeden samostatný dotazník sa venuje **prieskumu klinickej praxe lekárov** v rámci diagnostiky a liečby EoE.

**Európsky register pacientov s EoE** (E-pEER) založený v roku 2015 pracovnou skupinou pre EoE v rámci Európskej spoločnosti pre detskú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu (ESPGHAN) umožňuje okrem zadávania dát aj ich využívanie pre vlastné vedecké účely.

Do registra sú anonymne a neverejne zbierané údaje z mnohých európskych pracovísk o príznakoch choroby, diagnostike, liečebných modalitách a základných demografických parametroch detských pacientov s EoE vo veku 0-18 rokov.

Cieľom takto zbieraných dát je získať spoľahlivé údaje o frekvencii výskytu aj prejavoch tejto choroby, overiť napĺňanie správneho diagnosticko-terapeutického procesu na jednotlivých pracoviskách a vďaka tomu navrhovať nové postupy.

Kontakty:

MyEoE (pre pacientov) <https://my-eoe.github.io/>

Dotazník pre lekárov <https://forms.gle/ZbBMuhfeNvf2SpB17>

Európsky register (E-pEER) <https://europeer.med.up.pt/>  
manažer projektu Dr. Salvatore Oliva ([salvatore.oliva@uniroma1.it](mailto:salvatore.oliva@uniroma1.it))

## EOZINOFILNÍ EZOFAGITIDA – Z MINULOSTI DO BUDOUČNOSTI

Pecl J., Turan K., Jabandžiev P. (Brno)

Eozinofilní ezofagitida (EoE) je zejména v dětském věku stále významně poddiagnostikovaná onemocnění a v léčbě tohoto onemocnění přetrvává řada nejasností. V předkládaném sdělení budou shrnuta data z první české retrospektivní analýzy případů dětských pacientů s EoE. Budou zmíněny praktické poznámky vyplývající z naší dlouholeté klinické zkušenosti s těmito pacienty. Součástí sdělení je představení připravovaného elektronického registru k multicentrickému sběru dat pacientů a výzkumu týkajícího se EoE realizovaného v současnosti na Pediatrické klinice Fakultní nemocnice Brno, která dlouhodobě zajišťuje komplexní diagnosticko-terapeutickou péči o pacienty s EoE.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr65269705).

## EOZINOFILNÍ ONEMOCNĚNÍ GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU KROMĚ EOZINOFILNÍ EZOFAGITIDY

Kazeka D. (Praha)

Abstrakt nebol dodaný.

## NON-EOE EGIDS – NIEKDE MEDZI FUNKČNÝMI PORUCHAMI A IBD

Silný T.

*Detská GAE ambulancia FNTrnava, Slovensko*

Non-EoE EGIDs - niekde medzi funkčným poruchami a IBD. Silný T., Detská GAE amb. FN Trnava EGIDs – eozinofilné gastrointestinálne ochorenia sú zriedkavé zápalové ochorenia tráviacej trubice nejasej etiológie. Vznikajú prevažne u atopicky predisponovaných jedincov, na podklade Th-2 imunitnej odpovede, ktorá vedie k eozinofilnej infiltrácii tráviaceho traktu. S rozvojom digestívnej endoskopie narastali informácie najmä o eozinofilnej ezofagitíde (EoE), v tejto práci sa však budeme venovať non-EoE EGIDs – teda eozinofilnému postihnutiu distálne od pažeráka – rozlišujeme eozinofilnú gastritídu (EoG), eozinofilnú enteritídu (EoE) a eozinofilnú kolitídu (EoC) s možnosťou postihnutia viacerých úsekov GI-Tu súčasne. Diagnostika je sťažená nešpecifickým klinickými ťažkosťami, nedostupnosťou spoľahlivého laboratórneho markera, nešpecifickým resp. negatívnym endoskopickým obrazom. Zlatým štandardom diagnostiky je histológia s určením počtu eozinofilov v biopsických vzorkách. Konsenzus ESPGHAN-NASPGHAN z 1/2024 zjednotil histologické hodnotenie počtu eozinofilov. Stále však platí, že diagnóza non-EoE EGIDs je možná až po vylúčení sekundárnych príčin eozinofílie tráviaceho traktu. Liečba je postavená na diétnych opatreniach a protizápalovej liečbe (kortikoidy), pribúdajú poznatky o možnostiach biologickej liečby. V práci predstavíme praktické skúsenosti s non-EoE EGIDs.

## EOZINOFILOVÝ ASCITES AKO SYMPTÓM IDIOPATICKÉHO HYPEREOZINOFILNÉHO SYNDRÓMU

Podmanická Z.<sup>1</sup>, Jeseňák M.<sup>2,3,4</sup>, Valachová I.<sup>1</sup>, Rajčanová V.<sup>1</sup>, Gondová I.<sup>1</sup>, Bubanská E.<sup>5</sup>, Kráľinský K.<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>*II. detská klinika SZU Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica*

<sup>2</sup>*Oddelenie klinickej imunológie a alergológie, Univerzitná nemocnica Martin*

<sup>3</sup>*Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM*

<sup>4</sup>*Klinika pneumológie a ftizeológie JLF UK a UNM*

<sup>5</sup>*Klinika pediatickej onkológie a hematológie SZU, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica*

<sup>6</sup>*Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici*

Idiopatický hypereozinofilný syndróm (HES) je heterogénna skupina hematologických stavov charakterizovaná eozinofiliou ( $> 1,5 \times 10^9/l$ ) pretrvávajúcou viac ako 6 mesiacov s vylúčením sekundárnej a klonálnej príčiny. Pacient bol vo veku 9 rokov preložený zo spádovej nemocnice pre podozrenie na onkologický proces na KPOH BB pre leukocytózu s extrémnou eozinofiliou, splenomegáliu, objemný ascites, petechie, hematómy pri vracaní nazelenalého obsahu, riedke stolice s krátkym dvojtýždňovým predchorobím. V krvnom obraze bola významná leukocytóza, kde dominovali eozinofily 65 % ( $19,8 \times 10^9/l$ ). Nasledovala škála vyšetrení, pri ktorých sa zachytili elevované eozinofily okrem periférnej krvi, kostnej drene ešte v ascite. Eozinofília nebola sprevádzaná zvýšenou tvorbou IgE. Eozinofily sa opakovane nepodarilo zachytiť v horných ani dolných dýchacích cestách, pacient bol bez respiračných ťažkostí, funkčné vyšetrenia pľúc boli v norme, myslelo sa v diferenciálnej diagnostike na eozinofilnú leukémiu (myeloidný HES, lymfocytotoxický HES- cytomorfológia vrátane somatických mutácií z kostnej drene boli negatívne), Churg- Straussovej syndróm - eozinofilná granulomatóza s polyangiitidou (EGPA) (bez nálezu astmy a eozinofilného zápalu v dýchacích cestách, granulómov v zobrazovacích a endoskopických vyšetreniach), eozinofilné gastrointestinálne choroby EGID (histologicky z úvodnej vzorky neboli zachytené eozinofily), atopie, parazitózy, poliekový eozinofilný systémový syndróm (DRESS), atď. Ochorenie promptne reagovalo na imunosupresívnu liečbu glukokortikoidmi, zlepšil sa celkový stav, došlo k regresii ascitu a poklesu celkového počtu eozinofilov. Pre nežiadúce účinky glukokortikoidov bola snaha o ich detrakciu, nastal však rebound fenomén, preto sa zvolila kombinovaná liečba s azatioprimom. Nakoľko liečba bola prvolíniová, (záchranná), reaktívny HES sa vylúčil, pacient by mohol poľtovať z biologickej liečby anti IL-5, avšak liečba mala indikačné obmedzenia. V 12 rokoch veku v roku 2023 sa zrealizoval restaging ochorenia, podarilo sa zachytiť eozinofily nielen opäť v masívnom ascite, ale aj v pažeráku (EoE ako súčasť EGID). Pacient bol odoslaný do Centra pre primárne poruchy imunity UNM, kde bola po schválení zdravotnou poisťovňou iniciovaná liečba mepolizumabom v dávke 300 mg s.c. á 4 týždne. Počas tejto liečby bola postupne vysadená ostatná imunosupresívna liečba bez exacerbácie ochorenia, došlo k normalizácii eozinofílie v periférnej krvi. Klinický stav je po 9 mesiacoch stabilizovaný, bez známok eozinofilového poškodenia orgánov.

**Kľúčové slová:** hypereozinofilný syndróm, eozinofília, ascites, glukokortikoidy, anti IL-5



## CO SI MÁM VZÍT Z NOVÉHO LYONSKÉHO KONSENZU (2.0) PRO DIAGNOSTIKU REFLUXNÍHO ONEMOCNĚNÍ?

**Hradský O.**

*Pediatrická klinika, FN Motol, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika*

Přehledová přednáška shrnuje závěry Lyonského konsenzu publikovaného v tomto roce. Tento dokument se pokouší přinést vhodná kritéria pro i proti diagnóze gastroezofageálního refluxního onemocnění u dospělých pacientů. Hodnotí některé ukazatele používané při diagnostice, které rozděluje do kategorií: ukazatele svědčící pro diagnózu, podpůrné ukazatele nebo ukazatele, které diagnózu refluxního onemocnění činí méně pravděpodobnou. Prezentace porovnává druhou verzi s předchozí a především se zaměřuje na možnou aplikaci takovéto diagnostiky pro dětské a adolescentní pacienty.

## PŘEHLEDOVÁ PŘEDNÁŠKA O PREVALENCI GERD V PEDIATRICKÉ POPULACI

**Dušková J., Lerchová T., Hradský O., Bronský J.**

*Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol, Praha, Česká republika*

Gastroesofageální refluxní choroba (GERD) je charakterizována refluxními epizodami, které způsobují přesně definované klinické obtíže a/nebo komplikace.

Udávaná prevalence GERD se v aktuálně dostupných datech značně liší. Důvodem jsou především nejednotně zvolená kritéria pro definici GERD. Prevalence příznaků, které jsou pravděpodobně asociovány s GERD, byla v těchto studiích uváděna v rozmezí od 14 do 60 %.

U dětských pacientů se vyskytuje celá řada nespecifických příznaků, které mohou být interpretovány jako příznaky GERD. Dané klinické příznaky však nemusí být následkem gastroesofageálního refluxu, což může vést k nadměrné, ale i nedostatečné diagnostice a neadekvátní léčbě. Rizikem nadměrného přidělování diagnózy GERD je mimo jiné nadužívání inhibitorů protonové pumpy, které mohou vést prostřednictvím změny mikrobioty trávicího traktu ke zvýšenému riziku infekcí, dále ke snížení kostní denzity a tím k eventuálnímu poškození dítěte. Správné stanovení diagnózy a následná adekvátní léčba s úpravou životního stylu jsou nezbytné pro účinné zvládnutí GERD u dětí.

Znalost prevalence symptomatické GERD může přispět k vytvoření cílených preventivních opatření a postupů ke snížení jeho výskytu a dopadu na dětskou populaci.

## DIEŤA S RESPIRAČNÝMI PREJAVMI EER/GERD V AMBULANCIÍ PEDIATRICKÉHO GASTROENTEROLÓGA

Havlíčková Z., Michnová Z., Pršo M., Bánovčin P.

*Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica a Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave*

Pediatrickí pacienti s extraezofágovými prejavmi EER/GERD, najčastejšie respiračnými, sú manažovaní rôznymi špecialistami (ORL, imunoalergológ, pneumológ, gastroenterológ, pediater) s často odlišným pohľadom na ochorenie a jeho liečbu, ako aj spektrom vyšetrení využívaných v diagnostike. Napriek tomu, nie všetci pacienti sú diagnostikovaní a liečení správne. Sliznica horných aj dolných dýchacích ciest je v porovnaní s ezofágovou náchylnejšia k poškodeniu refluxátom. Platí preto, že pacienti s extraezofágovými prejavmi nemusia mať žiadne typické príznaky GERD, ani patologický nález pri endoskopickom vyšetrení ezofágu. Najčastejšou respiračnou symptomatológiou asociovanou s GERD/EER sú opakované laryngitídy, nedostatočne kontrolovaná bronchiálna astma, rekurentné otitídy, proťahovaný kašeľ). Autori v prezentujú poznatky týkajúce sa negatívneho pôsobenia refluxátu na extraezofágové prejavy a zhrňajú aktuálne diagnostické a terapeutické možnosti so zameraním sa na prínos pediatrického gastroenterológa v starostlivosti o pacienta.

## IBD

### NEŠPECIFICKÉ ZÁPALOVÉ OCHORENIA ČREVA U DETÍ DO 6. ROKOV

Suchánková D., Valachová I.

*Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Slovensko*

Incidenca nešpecifického zápalového ochorenia čreva sa v ekonomicky rozvinutých krajinách neustále zvyšuje a veková hranica nástupu ochorenia sa znižuje. Špeciálnou jednotkou je VEO-IBD, zápalové ochorenia čreva u detí do 6 rokov, ktoré predstavujú iba 10 % z celkového počtu detských pacientov s IBD. Dokázaná je vyššia pravdepodobnosť monogénnej dedičnosti a imunitnej dysregulácie. Od veku dvoch rokov je na našom oddelení opakovane hospitalizovaný pacient pre početnejšie stolice s prímiesou čerstvej krvi, bolesti brucha a neprospievanie. Zachytené pozitívne kultivačné záchyty zo stolice na vírusy, baktérie, kvasinky, aj parazity, ktoré napriek liečbe recidivujú. Laboratórne parametre s obrazom sideropenickej anémie, ľahko zvýšenej zápalovej aktivity, autoimunitný i imunologický profil negatívny. Endoskopický obraz hemoragickej gastritídy a difúznej hemoragickej pankolitídy. MR brucha s miernou dilatáciou intrahepatálnych i extrahepatálnych žlčových ciest s dilatovanou cholecystou, bez obrazu litiázy a striktúr. Napriek prechodným zlepšeniam dochádza postupne k zlyhaniu imunosupresívnej terapie kortikoidmi, azathiaprimom i cyklosporínom. Pacient je polytransfundovaný pre kombinovaný sideropenickú a posthemoragickú anémiu, malnutričný, neprospieva, stav komplikovaný venóznymi trombózami po zavedení cievnych vstupov, nešpecifické zmeny heparu. Podaná biologická liečba infliximabom a adalimumabom zle tolerovaná – rýchly rozvoj nežiaducich reakcií a vysokých hladín protilátok. VEO-IBD prináša jedinečné výzvy v hľadaní etiológie a liečby pre týchto malých pacientov, ktoré sa neustále vyvíjajú.

## KTERÉ PŘÍZNAKY NEJVÍCE ZATĚŽUJÍ PACIENTY S UC?

Hradský O.

*Pediatrická klinika, FN Motol, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika*

Přehledová přednáška je zaměřena na obtíže pacientů s ulcerózní kolitidou, zejména na střevní urgence. Dle recentních studií se vnímání toho, jak moc ovlivňují příznaky UC kvalitu života, liší mezi pacienty a jejich lékaři. Zatímco lékaři považují za nejvýznamnější příznak krvavý průjem, pacienti za nejzásadnější považují střevní urgenci, která je definována jako náhlá a okamžitá potřeba se vyprázdnit. U dospělých pacientů je urgence běžným symptomem a podle publikovaných dat se zdá, že nějaká forma urgencye postihuje více než 80 % pacientů. Až polovina pacientů uvádí urgenci alespoň jednou denně. Střevní urgence je také spojována s aktivitou onemocnění a její vymizení s výrazným zlepšením kvality života. Z publikovaných dat vyplývá, že plenu nebo jinou ochranu nosí 16 % dospělých pacientů. Dle posledních klinických studií se zdá, že nové léky rychle a efektivně zlepšují urgenci u pacientů s UC.

## FARMAKOGENETIKA A ODPOVEĎ NA LIEČBU INFLIXIMABOM V MANAŽMENTE IBD

Kosorínová D.<sup>1</sup>, Havlíčeková Z.<sup>1</sup>, Petrášová M.<sup>2</sup>, Lietava P.<sup>3</sup>, Kolková Z.<sup>4</sup>, Michnová Z.<sup>1</sup>, Pršo M.<sup>1</sup>, Bánovčin P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Klinika dětí a dorastu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin*

<sup>2</sup>*Klinika dětí a dorastu, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach Lekárska fakulta, Detská fakultná nemocnica Košice*

<sup>3</sup>*Oddelenie gastroenterologickej diagnostiky, II. interná klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzitná nemocnica Martin*

<sup>4</sup>*Martinské centrum pre biomedicínu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine*

**Úvod:** Klúčovým momentom v manažmente IBD bol nástup biologickej liečby schopnej výrazne modifikovať priebeh a prognózu IBD. Markantný problém v zvladaní ochorenia predstavuje významná interindividuálna variabilita terapeutickej odpovede. Výskumná pozornosť sa preto čoraz viac zameriava na skúmanie farmakogenetických markerov, schopných identifikovať rizikového jedinca s nedostatočnou odpoveďou a rizikom nežiadúcich účinkov liečby. Za najslubnejší determinant imunogenicity spojenej s monoklonálnymi protilátkami ani-TNF- $\alpha$  sa aktuálne považuje polymorfizmus HLA-DQA1\*05.

**Metódy práce:** Do retrospektívnej multicentrickej štúdie boli na základe inklúzy kritérií zaradení pacienti s diagnózou IBD, stanovenou podľa aktuálnych ECCO a ESPGHAN kritérií, ktorí podstúpili liečbu infliximabom. Molekulovo-genetickou analýzou bol stanovený vybraný jednonukleotidový polymorfizmus HLA-DQA1\*05 A>G (rs2097432). Sledovali sme frekvenciu výskytu genetického polymorfizmu, jeho vzťah k imunogenite a sekundárnej strate odpovede na infliximab, ako aj analyzovali genotypovo-fenotypové asociácie.

**Výsledky práce:** Kohorta pozostávala zo 75 detských a dospelých pacientov s IBD - 54 s Crohnovou chorobou, 18 s ulceróznou kolitídou, 3 s IBD-U. Až 44 % pacientov boli nosiči HLA-DQA1\*05 variantu rs2097432. V súbore bol najviac zastúpený wild type genotyp TT

(54,2 %), nasledovaný heterozygotným CT (23,6 %) a homozygotným genotypom pre variantnú alelu C (22,2 %). Polymorfizmus HLA-DQA1\*05 signifikantne predisponoval k imunogenicite (RR 2,36, 95 % CI 1,23 - 4,54  $p=0,0097$ ) a pacienti, ktorí vytvorili protilátky proti liečivu mali signifikantne vyššie riziko zlyhania a prerušenia liečby ( $p<0,0001$ ). Vzťah rs2097432 k celkovému riziku sekundárnej straty odpovede na infliximab sme nezaznamenali. Nosičstvo HLA-DQA1\*05 A>G (rs2097432) pri ulceróznej kolitíde korelovalo s väčším rozsahom postihnutia čreva v čase stanovenia diagnózy ( $p=0,048$ ).

**Záver:** Odpoveď na biologickú liečbu je vysoko variabilná a vyžaduje si personalizovaný prístup. Genetický polymorfizmus HLA-DQA1\*05 variant rs2097432 má potenciál slúžiť ako prediktor imunogenicity spojenej s liečbou anti-TNF- $\alpha$ . So zohľadnením ďalších známych rizikových faktorov spojených s nízkymi sérovými koncentráciami liečiva, môže byť nápomocný v optimalizácii liečebných stratégií. V prípade ulceróznej kolitídy genetický variant dokonca predisponoval k väčšiemu rozsahu zápalového postihnutia čreva, čo naznačuje možnú súvislosť s fenotypom IBD.

**Kľúčové slová:** nešpecifické zápalové ochorenia čreva, farmakogenetika, biologická liečba, imunogenicita, personalizovaná liečba

## PSC-IBD NOVÁ DOPORUČENÍ

**Karásková E.**

*Dětská klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty UP v Olomouci, Česká republika*

Sdělení vychází z nových, aktualizovaných doporučení diagnostiky a léčby primární sklerozující cholangitidy u pacientů s nespecifickým střevním zánětem (PSC-IBD). Uveden je diagnostický postup při podezření na PSC u dětí s IBD, jehož základem je magnetická rezonanční cholangiopankreatografie. Následně je diskutována terapie a další monitorace pacientů s touto diagnózou s přihlédnutím k riziku rozvoje komplikací.

## PREDIKTORY ZÁVAŽNÉHO PRŮBĚHU PRIMÁRNÍ SKLEROZUJÍCÍ CHOLANGITIDY U DĚTÍ: SINGLE CENTRE STUDY

**Vlčková E., Hradský O., Semjonov V., Durilová M., Kazeka D., Kubát M., Lerchová T., Bronský J., Mitrová K. (Praha)**

**Cíl studie:** Identifikovat markery související se závažným průběhem jaterního onemocnění nebo selháním terapie první linie.

**Metody:** Retrospektivní analýza dětí se sklerozující cholangitidou léčených v našem centru v letech 2011–2023.

**Výsledek:** 60 pacientů (40 % žen) se sklerozující cholangitidou a zánětlivým střevním onemocněním (81,7 %), medián věku při diagnóze 12 let [IQR 9-15], bylo sledováno po medián doby 3,8 let [IQR 1,5-8,7]. Závažné komplikace (biliární komplikace, portální hypertenze, cholangiocarcinom, zařazení k transplantaci jater nebo úmrtí) se během sledování vyskytly pouze u 17 % pacientů a 31 pacientů (52 %) nereagovalo na terapii první volby. Zvýšený celkový bilirubin, gama-glutamyltransferáza (GGT) nebo APRI index při diagnóze nebyly spojeny s vyšším výskytem závažných komplikací nebo selhání léčby první volby. Pacienti ve skupině s nízkým rizikem podle indexu SCOPE (Sclerosing cholangitis Outcomes

in Paediatrics) vyvinuli komplikace dříve než pacienti ve skupině s vysokým nebo středním rizikem (HR 0,86 (95 % CI 0,06-12,67); HR 1,41 (95 % CI 0,05-39,51)). Pacienti s normalizací GGT v jednom roce od diagnózy měli nižší riziko rozvoje závažných komplikací než pacienti, u kterých nedošlo k normalizaci (HR 4,33, 95 % CI 0,5-37,7).

**Závěr:** U naší skupiny pacientů jsme nepotvrdili prognostickou roli SCOPE indexu v době diagnózy, ale normalizace GGT v jednom roce od diagnózy se zdá být lepší marker k určení rizikovosti vyvinutí závažných komplikací u daného pacienta.

## TROMBOPROFYLAXIA U DETÍ S IBD

**Čierna I., Székelyová D. (Bratislava)**

*Cliniq s.r.o, Gastroenterologické Centrum Junior, Poliklinika Bezručova, Bratislava*

Venózný tromboembolizmus (VTE) je známe, že je jednou zo závažných komplikácií zápalových ochorení čriev (IBD). Deti s IBD majú až 14x vyššie riziko vzniku VTE ako v bežnej pediatrickej populácii. Patofyziológia VTE je multifaktoriálna, vzniká ako dôsledok poškodenia epitelu, hyperkoagulácie a venostázy. Vyšší výskyt je u pacientov s ulceróznou kolitídou. Riziko trombózy je vyššie v prvom roku po diagnostikovaní IBD, čo naznačuje, že nekontrolovaný aktívny zápal hrá významnú etiologickú úlohu.

Profylaxia nízkomolekulárnym heparínom je indikovaná u adolescentov s akútnou ťažkou kolitídou v prítomnosti jedného alebo viacerých rizikových faktorov. Rezervovaný prístup, obava z krvácania sú neopodstatnené, nepozorovali sa žiadne rozdiely v hladinách hemoglobínu alebo potrebe hemosubstitúcie

Existuje naliehavá klinická potreba jasných a špecifických usmernení o používaní trombopropyfylaxie u detí s IBD, aby sa pomohlo minimalizovať výskyt VTE u rizikových jedincov

## MIKROSKOPICKÁ KOLITÍDA U DĚTÍ

**Michnová Z., Havlíčková Z., Pršo M., Kosorínová D., Banovčin P.st. (Martin)**

*Klinika detí a dorastu, Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko*

*Jesseniova lekárska fakulta v Martine Univerzita Komenského v Bratislave*

Mikroskopická kolitída je zápalové střeční onemocnění, které se manifestuje chronickým vodnatým průjmem bez příměsi krve. Endoskopický obraz při kolonoskopickém vyšetření je bez významného patologického nálezu, průkazem tohoto onemocnění je biopsie, kde jsou nalézány typické histologické změny. Nejčastěji se vyskytují dva histologické subtypy a to lymfocytární a kolagenní kolitida. Onemocnění se v dětském věku vyskytuje vzácně, častěji postihuje děvčata. Etiologie je multifaktoriální, předpokládá se, že u geneticky predisponovaných jedinců dojde k nekontrolované slizniční imunitní reakci na lumenální agens a porucha bariérové funkce střevní sliznice. U nemocných s mikroskopickou kolitídou se častěji vykytují autoimunitní onemocnění jako celiakie, diabetes mellitus 1. typu, onemocnění štítné žlázy, psoriáza, revmatoidní artritida a imunodeficitní stavy. Z prokázaných exogenních faktorů, které se podílejí na vzniku tohoto onemocnění patří chronické užívání léků (nesteroidní protizánětlivé léky, inhibitory protonové pumpy, statiny, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a kouření. Typickou klinickou manifestací je chronický vodnatý průjem bez příměsi krve, relativně náhlý vznik, který může napodobovat infekční povahu

onemocnění a výskyt nočních obtíží. U dětí bývá popisován i měnlivý charakter stolice, zácpa a bolesti břicha. Febrilie nejsou přítomny. Laboratorní nálezy nejsou specifické, může být přítomna lehká anémie, zvýšená sedimentace erytrocytů, iontová dysbalance (hypokalemie), hodnota fekálního kalprotektinu může být mírně zvýšená, ale ne vždy. Vzhledem k tomu, že biopsie je jediným definitivním potvrzením diagnózy mikroskopické kolitidy, má být kolonoskopie s odběrem etážové biopsie indikována u každého pacienta s chronickým průjmem i při normální hladině fekálního kalprotektinu. Základem léčby u dospělých je užívání budesonidu s postupnou redukcí dávky, léčba by neměla být delší než 6 měsíců. Autoři prezentují kasuistiku adolescentky s diagnózou lymfocytární kolitidy.

**Klíčová slova:** mikroskopická kolitida, děti, průjem, celiakie

## KAZUISTIKY

### ZRIEDKAVÁ PRÍČINA HNAČKY U DOJČAŤA

**Hornová J., Kosnáčová J., Staníková D.**

*Detská klinika LF UK a NÚDCH Bratislava*

Hnačka je relatívne častá u detí v priebehu prvých 6 mesiacov života. Väčšinou je s ľahkým priebehom. V tomto veku je najčastejšie spôsobená infekciou (vírusovou alebo bakteriálnou) alebo alergiou na bielkoviny, najčastejšie kravského mlieka.

Ak však začne hnačka v priebehu niekoľkých dní po narodení a pretrváva viac ako 2 týždne treba myslieť aj na menej časté príčiny, ako sú kongenitálne anatomické anomálie čreva alebo kongenitálne hnačky podmienené geneticky.

Autoři uvádzejú kasuistiku pacienta s hnačkou podmienenou geneticky.

### OBŠTRUKCIA DUODENA

**Székyová D., Čierna I. (Bratislava)**

*Cliniq s.r.o., Gastroenterologické Centrum Junior, Poliklinika Bezručova, Bratislava*

**Úvod:** Ochorenia súvisiace s imunoglobulínom G4 (IgG4-RD) predstavujú heterogénnu skupinu zápalových ochorení. Sú charakterizované tkanivovou infiltráciou lymfocytmi a plazmatickými bunkami vylučujúcimi IgG4, s rôznym stupňom fibrózy. Často sa prejavujú multiorgánovým postihnutím, nádorovými masami a/alebo bezbolestným zväčšením viacerých orgánov. Medzi najčastejšie postihnuté orgány patrí pankreas, žľčové cesty, iné časti GIT, slzné žľazy, oko, slinné žľazy, pľúca, obličky, retroperitoneálne tkanivá, aorta, meningy, štítina žľaza. Približne u 50–70 % ľudí s týmto ochorením sú koncentrácie IgG4 v sére zvýšené počas akútnej fázy choroby ale tento nález nie je ani vysoko citlivý, ani špecifický. IgG4-RD je väčšinou opísaný u dospelých pacientov (častejšie u mužov) ale môže sa zriedkavo vyskytnúť v akejkolvek vekovej skupine. Príznaky závisia od toho, ktoré orgány sú postihnuté. Diagnózu IgG4-RD možno potvrdiť iba histologicky (vyžaduje biopsiu z postihnutého orgánu), čo je zlatý štandard, zatiaľ čo klinické symptómy, sérologické a rádiologické nálezy môžu byť nápomocné pri stanovení diagnózy.

**Kazuistika:** Pacientka odoslaná vo veku 5 rokov na hospitalizáciu pre nález zvýšenej aktivity aminotransferáz a cholestatických enzýmov (AST 19,2 ukat/l, ALT 17,63 ukat/l)

súčasne zvýšenú aktivitu pankreatickej amylázy a lipázy. V klinickom obraze boli dlhodobo prítomné intermitentné bolesti brucha v oblasti epigastria so spontánnym ústupom. Zobrazovacími vyšetreniami (USG, CT, MRCP) bolo potvrdené výrazné edematózne presiaknutie paraduodenálne a peripankreaticky, v oblasti hlavy pankreasu a rozšírenie v oblasti steny duodena. V endoskopickom obraze bol bulbus duodena deformovaný s výraznými zápalovými zmenami, cirkulárnym ulcusom a hypertofickými zmenami na sliznici duodena. V laboratórnom obraze boli zvýšené hladiny IgG4. Histologické vyšetrenie sa prikláňa k diagnóze IgG4 sprostredkovaného ochorenia.

**Záver:** IgG4-asociované ochorenie u detí je vzácné a náročné na diagnostiku kvôli svojej variabilnej klinickej prezentácii. Včasná diagnostika a liečba sú kľúčové pre zlepšenie prognózy a kvality života s týmto ochorením a môžu zabrániť vážnemu a nezvratnému poškodeniu orgánov. Prvou voľbou v terapii sú kortikosteroidy v prípade recidívy alebo pri chronickom priebehu je často potrebná následná udržiavacia liečba alebo ďalšia imunosupresívna terapia (napr. Azathioprim, Rituximab). Sú potrebné ďalšie klinické štúdie u detí zamerané na diagnostiku a liečbu detí s IgG4-RD.

## MASÍVNA HEMATEMÉZA AKO NÁLEDOK KRVÁCAJÚCICH VREDOVÝCH LÉZIÍ ŽALÚDKA

**Bibza J.**

<sup>1</sup>KDCH, NÚDCH Bratislava, *Klinika detskej chirurgie, Bratislava, Slovensko*

Autori dokumentujú zvýšený počet detí s masívnou hematemézou na záver r. 2022. Spoločným vedľajším nálezom v všetkých detí bol prebiehajúci respiračný infekt, resp. obdobie krátko po jeho prekonaní. V rámci diagnostického algoritmu bolo u všetkých detí vykonané endoskopické vyšetrenie hornej časti tráviacej rúry a potvrdené boli krvácajúce ulcerózne lézie v žalúdku. Po endoskopickej diagnostike bola vykonaná endoskopická hemostáza lézií aplikáciou klipov. Nasledovne bola realizovaná substitučná terapia, antiemetiká, inhibítory protónovej pumpy, s bezpečným intervalom eliminácie perorálneho príjmu, neskôr antacidá a postupná realimentácia. Na uvedenej terapii sa stav detí upravil, nevyskytli sa recidívy krvácania.

**Záver:** Metóda endoskopickej aplikácie hemoklipov pri nevarikózných krvácajúcich léziách v tráviacej rúre je bezpečná a efektívna aj u detí nižších vekových kategórií. Po endoskopickom ošetrení je nevyhnutná vyššie uvedená komplexná liečba.

## MENEJ FREKVENTNÝ INCIDENTALÓM PEČENE V DETSKOM VEKU

**Petrášová M.<sup>1</sup>, Tarcalová B.<sup>1</sup>, Žilincan M.<sup>2</sup>, MUDr. Danček F.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Klinika detí a dorastu, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika a Detskej fakultnej nemocnice, Košice*

<sup>2</sup>*Oddelenie rádiológie, FNsP Banská Bystrica*

**Ciel:** Autori v kazuistike poukazujú na zložitost' problematiky diferenciálnej diagnostiky ložiskových lézií pečene a podrobnejšie rozoberajú aktuálne dostupné možnosti terapeutického ovplyvnenia menej častej príčiny lézie pečene – kongenitálnej vaskulárnej malformácie.

**Kazuistika:** Náhodné lézie pečene pri zobrazovacích vyšetreniach sú pomerne bežným nálezom a väčšinou sa jedná o benígne lézie. V detskej populácii sa ich incidencia zvyšuje v kontexte stále širšie používaného ultrasonografického vyšetrenia. V práci predstavujeme algoritmus navrhnutý portugalskými autormi klinického a rádiologického diferenciálne diagnostického postupu pri solídnych a cystických pečenných léziách u pacientov bez vysokého rizika malignity, a zároveň kazuistiku pomerne vzácnjej Abernethyho malformácie u 4 ročného pacienta, pri ktorej jedinici benefitujú z chirurgického, resp. endovaskulárneho riešenia s možnosťou vyhnúť sa transplantácii pečene.

**Záver:** V rámci dodiagnostikovania ložiskových zmien pečene je nutné v detskom veku zvažovať aj menej frekventné entity a využívať individualizovaný a multidisciplinárny prístup v ich manažmente.

## ZRIEDKAVÁ PRÍČINA AKÚTNEJ HEPATITÍDY

Németh F.<sup>1</sup>, Visolajský P.<sup>2</sup>, Kosnáčová J.<sup>1</sup>, Staníková D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Detská klinika LFUK a NÚDCH Bratislava

<sup>2</sup>Klinika detí a dorastu FN Nitra

**Úvod:** Je známe, že mimo bežných hepatotropných vírusov aj niektoré „exotické“ vírusy spôsobujú klinické ochorenia s možným postihnutím pečene, medzi inými aj hantavírus. Incidencia ochorení pôsobených hantavírusom celosvetovo stúpa, európskym lídrom je dlhé roky Fínsko, počet prípadov stúpa aj na Slovensku. Hantavírusy sú RNA vírusy patriace do čeľade Bunyviridae, prenášané najmä hlodavcami, ktoré vylučujú vírus v moči, slinách a výkaloch. Niektoré sa považujú za nepatogénne, zatiaľ čo iné izoláty môžu u ľudí vyvolať odlišné závažné syndrómy, ako sú kardiopulmonálny syndróm, hemoragická horúčka s renálnym syndrómom, ako aj ťažkú akútnu hepatitídu. Popísané sú aj prípady, kedy hantavírusová infekcia spustila akútnu exacerbáciu autoimunitného ochorenia pečene.

**Pacienti a metódy:** Prezentujeme prípad dovtedy zdravej 6-ročnej pacientky s pozitívnu cestovateľskou anamnézou a náhle vzniknutým iktorom, pôvodne preložený na našu kliniku po vylúčení infekčných príčin hepatopatie, so suponovanou autoimunitnou hepatitídou. U pacientky bol preukázaný hantavírus so suspektným toxickým poškodením pečene liekmi.

**Záver:** Pri akútnych hepatitídach neznámej etiológie je potrebné myslieť aj na možné exotické patogény, ako je hantavírus.

## VARIA

### RECENTNÍ KONTROVERZE V OBLASTI PGHAN

Bronský J.

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

Přednáška přehledně shrnuje recentní kontroverzní témata, která resonovala oblastí dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy v posledních několika letech. Bude zmíněna problematika dostupnosti léčiv a přístrojové techniky pro dětské pacienty a legislativní překážky v této oblasti na evropské úrovni, dále problematika použití probiotik v neonatologické



pěči v indikaci prevence nekrotizující enterokolitidy a přínos Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) v komunikaci těchto témat s regulačními agenturami v Evropě i Spojených státech. V neposlední řadě bude zmíněna i problematika nových doporučení WHO pro výživu kojenců a batolat a jejich aplikovatelnosti na běžnou populaci v rozvinutých zemích. Zmíněno bude i vyjádření řady významných světových odborných společností včetně ESPGHAN k této problematice.

## CHRONICKÁ PANKREATITIDA U DĚTÍ A JEJÍ KOMPLIKACE

**Dědič T.**

*Pediatrická klinika, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha, Česká republika*

Chronická pankreatitida je vzácné onemocnění v dětském věku. Incidence je nejasná, ale velmi pravděpodobně je tato klinická jednotka poddiagnostikovaná. Mezi nejčastější onemocnění vedoucí k chronické pankreatitidě je cystická fibróza, geneticky podmíněné pankreatitidy, vývojové anomálie pankreatu, úrazy pankreatu, toxické léze a jiná vzácná metabolická či genetická onemocnění. Mezi hlavní klinické příznaky patří neprosívání, chronická bolest břicha, nechutenství, nauzea a zvracení. K diagnostice chronické pankreatitidy je nutná zobrazovací metoda (ultrazvuk, CT, Magnetická rezonance, ERCP či endosonografi - EUS). U většiny pacientů se rozvine exokrinní pankreatická insuficience, která vyžaduje substituční léčbu pankreatickými enzymy. V důsledku chronických zánětlivých změn vznikají striktury ductu, kalcifikace v parenchymu pankreatu či pankreatikolithisa. Na podkladě obstrukce výhodných cest mohou vzniknout pseudocysty pankreatu, i píštěle. V tomto sdělení bych se rád zabýval endoskopickými terapeutickými možnostmi - ERCP, EUS. Ať co se týká - správného načasování ERCP či EUS? Jak snížit incidenci vzniku pankreatitidy post ERCP? Možnosti terapie v případě pankreatikolithiasis?

## MCA, AKTIVACE MASTOCYTŮ – KRITICKÝ POHLED ALERGOLOGA

**Fuchs M.**

*Immunoflow, Immunoflow, s. r. o., Praha, Česká republika*

Žírná buňky (mastocyt, MC) má na svém povrchu několik set receptorů, prakticky každý z nich může po navázání svého ligandu spustit proces mastocytární aktivity (degranulace). Aktivaci MC dochází k uvolnění mnoho desítek známých mediátorů MC (histamin, leukotrieny, prostaglandiny, chemokiny, interleukiny, tryptázy a mnoho dalších). Kvalifikovaný odhad počtu MC střevní sliznice je 1011. Nejznámější aktivací žírných buněk střevní submukózy je alergická reakce zprostředkovaná vazbou alergen-IgE protilátka na mastocytární vysokoafinní receptor pro IgE (FcεRI), jde o imunopatologickou reakci typickou pro IgE zprostředkovanou potravinovou alergii. Autor prezentace se však chystá zabývat výhradně nealergickou aktivací mastocytů (mast cells activation, MCA), která při generalizaci může přerůst do MCAS (mast cells activation syndrome). Vzácnou MCAS můžeme starší terminologií chápat jako idiopatická anafylaxe. Pacientů s domnělou MCA a MCAS znepokojivě přibývá nejen v alergologických, ale i gastroenterologických ambulancích. Dilem jsou za tento neutěšený stav odpovědné sociální sítě. Autor prezentace se pokusí rozpor mezi přáním pacientů a realitou pochopit a tak i smysluplně vysvětlit gastroenterologickým posluchačům.

## CHOROBA ŠTEPU PROTI HOSTITEĽOVI GASTROINTESTINÁLNEHO TRAKTU PO ALOGÉNNEJ TRANSPLANTÁCII KRVOTVORNÝCH BUNIEK A JEJ KOMPLIKÁCIE

Adamčáková J.<sup>1</sup>, Sýkora T.<sup>1</sup>, Székýová D.<sup>2</sup>, Hornová J.<sup>3</sup>, Babál P.<sup>4</sup>, Dóczyová D.<sup>1</sup>, Füssiová M.<sup>1</sup>, Švec P.<sup>1</sup>, Kolenová A.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Transplantačná jednotka kostnej drene KDHaO, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia, Slovensko

<sup>2</sup>Detská klinika LFUK a NÚDCH; Gastroenterologické centrum Junior, Národný ústav detských chorôb; Gastroenterologické centrum Junior, Bratislava, Slovakia, Slovensko

<sup>3</sup>Detská klinika LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia, Slovensko

<sup>4</sup>Ústav patologickej anatómie, LFUK a UNB, Bratislava, Slovakia, Slovensko

<sup>5</sup>Klinika detskej hematológie a onkológie LFUK a NÚDCH, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovakia, Slovensko

Choroba štepu proti hostiteľovi (GvHD) je najčastejšia neinfekčná komplikácia po alogénnej transplantácii krvotvorných buniek (TKB). Incidencia akútnej GvHD u detí je cca 50 % a chronickej 6 - 33 % v závislosti od transplantačných modalít a rizikových faktorov. Akútna GvHD vzniká primárne ako následok interakcie medzi bunkami prezentujúcimi antigén príjemcu a zrelými T – lymfocytmi darcu v štepe aj napriek imunosupresívnej profylaxii a postihuje predovšetkým kožu, črevo a pečeň. Akútna GvHD gastrointestinálneho traktu sa prejavuje nechutenstvom, nauzeou alebo vracaním, pri postihnutí čreva v závislosti od stupňa GvHD objemnými hnačkami, často s prímесou čerstvej krvi, bolesťami brucha, s možným rozvojom subilea až ilea. Pri chronickej GvHD dochádza k dysfunkcii všetkých častí imunitného systému s následnou aktiváciou pro-fibrotických dráh, môže postihnúť takmer všetky orgány a svojim charakterom pripomína iné multiorgánové autoimunitné ochorenia. Štandardnou liečbou prvej línie akútnej aj chronickej GvHD sú kortikoidy, na ktoré odpovedá len 30 – 50 % liečených detí. Tzv. steroid-rezistentná GvHD (SR-GvHD) je ťažko liečebne ovplyvniteľná a v prípade črevnej formy má SR-GvHD extrémne nepriaznivú prognózu so 75 % mortalitou. Rozšírenie liečebných možností prinieslo schválenie ruxolitinibu (inhibítora Janusových kináz) Európskou liekovou agentúrou. Prospektívne, otvorené, randomizované multicentrické štúdie 3. fázy preukázali jeho efektívnosť u dospelých (REACH2, REACH3) aj u detských pacientov (REACH4, REACH5) a v aktualizovaných odporúčaníach European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) z r. 2024 je u dospelých pacientov ruxolitinib odporúčaný ako štandard liečby akútnej aj chronickej SR-GvHD. V prípade nedostatočnej odpovede bol popísaný priaznivý efekt kombinácie ruxolitinibu s extrakorporálnou fotoferézou (ECP), príp. použitie mezenchýmových buniek (MSC). Extrémne dôležitú úlohu zohráva obnova črevného mikrobiómu a podpora regenerácie črevnej sliznice. Na TJKD NÚDCH sme prvýkrát použili ruxolitinib v novembri 2020 v rámci štúdie REACH5. Odvtedy sme liečili ruxolitinibom 19 detí, z toho 10 detí s aGvHD, 6 detí s cGvHD, 1 dieťa s potransplantačnou non-GvHD kolitídou a 2 deti s dysreguláciou imunitného systému s protrahovanými horúčkami. V 3 prípadoch sme popri ruxolitinibe realizovali ECP s dobrým efektom, u 5 sme museli pridávať ďalšiu imunosupresívnu liečbu (3x vedolizumab, 2x etanercept), u 2 pacientov sme opakovane realizovali fekálnu transplantáciu mikrobiómu. MSC sme popri ruxolitinibe použili u 11 pacientov s nejasným efektom, keďže boli podávané súčasne s ďalšími liečebnými modalitami. U 4 detí bola

liečba GvHD komplikovaná ťažkou enterokolitídou vyvolanou *Cl. difficile*. Na podporu regenerácie črevnej sliznice po ťažkej črevnej GvHD a protrahovanej infekcii vyvolanej *Cl. difficile* sme u 1 pacienta použili teduglutid. Liečba pacienta s ťažkou formou SR-GIT-GvHD je komplexná a dlhodobá, často sprevádzaná infekčnými komplikáciami v dôsledku imunosupresívnej terapie (vírusové infekcie), narušenia črevného mikrobiómu (infekcie *Cl. difficile*), ale aj závažnými neinfekčnými komplikáciami ako je trombotická mikroangiopatia asociovaná s transplantáciou (TA-TMA).

## VÝŽIVA A INÉ

### PROBIOTIKA V DĚTSKÉ GASTROENTEROLOGII V ROCE 2024

**Nevoral J.**

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

Střevní mikrobiota má významnou roli ve zdraví i nemoci každého jedince. Logická je proto snaha ovlivnit střevní mikrobiotu podáváním probiotik, která v posledních letech poutají celosvětově stále větší pozornost a jsou podávána také dětem k preventivním ale i léčebným účelům. Nicméně klinické výsledky jejich aplikace jsou často protichůdné, což je způsobeno značnou heterogenitou jednotlivých studií. Důsledkem toho je výrazné oslabení důkazů o jejich účinnosti. Tyto skutečnosti potom neumožňují dospět k jednoznačným mezinárodním doporučením k rutinní aplikaci probiotik. Na druhé straně jsou onemocnění s prokázaným preventivním nebo léčebným efektem určitých probiotických kmenů nebo se slibnými výsledky jejich aplikace. V poslední době existuje mnoho důkazů o tom, že účinnost probiotik je specifická ohledně probiotického kmene a nemoci. Také se ukazuje, že určité kombinace specifických kmenů mohou být efektivnější než jednotlivá probiotika.

### CELIAKIE – BEZGLUTENOVÁ DIETA U DĚTÍ : NOVÉ DOPORUČENÉ POSTUPY ESPGHAN 2024

**Véghová – Velgáňová M., Karásková E., Špenerová M., Drápalová R., Geryk M., Volejníková J.**

*Dětská klinika, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní Nemocnice Olomouc, Česká republika*

Celiakie je chronické autoimunitní onemocnění, jedinou efektivní léčbou je celoživotní bezlepková (bezglutenová) dieta. U bezlepkové diety je zvýšené riziko deficitu Fe, Ca, Mg, folátu, vitamínu D a vlákniny. Naopak hrozí nadbytečný příjem sacharidů. Vhodné složení jídelníčku dokáže zlepšit nutriční kvalitu bezlepkové diety. Guidelines ESPGHAN 2024 odráží nové regulace Evropské Unie pro definici bezglutenových potravin a uvádí způsoby detekce a minimalizace rizika křížové kontaminace lepke. Expozice potravin s obsahem ovsu je povolena od 6 měsíců po zahájení bezglutenové diety v maximální dávce 20-25 g/den. Faktory pozitivně a negativně ovlivňující adherenci k bezglutenové dietě výrazně působí na kvalitu života pacientů. Sdělení prezentuje nové doporučené postupy k podpoře compliance a minimalizaci rizika komplikací u dětí s celiakií.

Podpořeno granty: IGA\_LF\_2024\_040; MH CZ – DRO (FNOL, 00098892)

## ZAVÁDĚNÍ LEPKU DO JÍDELNÍČKU DETÍ A RIZIKO ROZVOJE CELIAKIE

El-Lababidi N.

*Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu, 1. LFUK a VFN v Praze, Česká republika*

V letošním roce vydala Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN – European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) aktualizaci svého stanoviska ohledně zavádění lepku do jídelníčku dětí.

Souvislost mezi konzumací lepku v těhotenství a rizikem rozvoje celiakie (CeD – Coeliac disease) je nejasná. Zdá se, že není spojitost mezi příjmem lepku kojící matky a zvýšeným rizikem rozvoje CeD. Ochranný efekt kojení, ať už výlučného nebo částečného, na snížení rizika rozvoje CeD u dětí, se známým nebo neidentifikovaným genetickým rizikem, nebyl dosud prokázán.

Načasování zavádění lepku do jídelníčku dítěte nesouvisí s kojením nebo odstavením dítěte od prsu, ale je prokázáno vyšší riziko rozvoje CeD při jeho zavádění před dovršením 17 týdnů věku. Za ideální se jeví zavádění lepku mezi 17. týdnem a 12. měsícem věku dítěte. Nezdá se, že by druh podaného lepku souvisel s rizikem rozvoje CeD. Na druhou stranu se objevují důkazy, které naznačují, že množství konzumovaného lepku může souviset s rizikem rozvoje onemocnění. Některé studie navrhují souvislost vysokého příjmu lepku v prvních 3 až 5 letech věku dítěte a zvýšeného rizika rozvoje CeD. Studie jsou však různorodé s odlišnými objemy podaného lepku a jejich závěry jsou nejednoznačné až protichůdné. Nelze zatím definovat pojem „vysoký přísun“ lepku a nelze formulovat jednoznačné doporučení. Podobně neexistují data ohledně dopadu příjmu vysokého objemu lepku u HLA disponovaných dětí s rizikem rozvoje CeD.

## RIZIKO VÝSKYTU DEFICITU VYBRANÝCH MIKRONUTRIENTŮ U DĚTÍ S CELIAKIÍ: ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

Šimová S.<sup>1,2</sup>, El-Lababidi N.<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN v Praze*

*<sup>2</sup>1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika*

**Úvod:** Celiakie je nejčastější primární malabsorpční syndrom v dětském věku. Oficiální stanovisko ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) doporučuje, mimo jiného, u těchto pacientů hodnocení krevního obrazu, metabolismu železa, kyseliny listovou a hladinu vitaminů B12 a D. Tato studie hodnotí zkušenosti jednoho centra s abnormitami v těchto parametrech u dětských celiaků.

**Metodika:** Retrospektivní analýza prospektivně sbíraných dat u dětí s celiakií vyšetřenými mezi 11/2016 a 6/2024. Do souboru byli zahrnuti pacienti se změřeným krevním obrazem, feritinem, kyselinou listovou, vitaminem B12 a/nebo vitaminem D. U jednotlivých kategorií byl hodnocen medián, směrodatná odchylka a procento insuficientních nebo deficitních hodnot. Hodnoty byly také metodou ANOVA porovnány mezi kohortami diagnostikovanými s pomocí biopsie nebo bez ní. Hodnota  $P \leq 0,05$  byla považována za statisticky významnou. Diagnóza byla stanovena v souladu s doporučenými postupy ESPGHAN.

**Výsledky:** Do souboru bylo zahrnuto 211 probandů s mediánem věku při diagnóze 7,16±3,70 let. Ženy činily 59,3 % ze souboru. Poměr žen k mužům byl 1,5:1. Non-biopsy diagnostická kritéria splňovalo 67,3 % dětí. Hemoglobin (HGB) byl změřen v 732 vzorcích, feritin v 592, kyselina listová v 577, vitamin B12 v 512 a calcidiol v 637. Anémie, definována jak HGB...

## VÝŽIVA U PACIENTŮ S CF – AKTUÁLNÍ DOPORUČENÍ

**Schwarz J.**

*Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni, Dětská klinika, Fakultní nemocnice Plzeň, Česká republika*

V roce 2024 byla vydána nová výživová doporučení pro pacienty s cystickou fibrózou, která vychází z konsenzu odborných společností ESPEN, ESPHGAN a ECF (doi: 10.1016/j.clnu.2023.12.017). Protože rozsah přednášky neumožňuje podrobně prezentovat všech 86 doporučení a 11 prohlášení, zaměřili jsme se na nejdůležitější změny, které odráží nejen pokroky v terapii modulatory chloridových kanálů a transplantaci, ale i rozšíření kapitol přidružených onemocnění (CFLD, CFRD, onemocnění kostí).

## REFEEDING SYNDROM – CO JE NOVÉHO?

**Drápalová R.<sup>1</sup>**

*Dětská klinika FN Olomouc, Olomouc, Česká republika*

Přednáška shrnuje současné poznatky o refeeding syndromu. V úvodu je uvedena krátká kazuistika pacientky s ulcerózní kolitidou a mentální anorexií, která po zahájení realimentace rozvinula protrahovaný refeeding syndrom. Refeeding syndrom je soubor metabolických a elektrolytových změn, které vznikají u malnutričních pacientů, u nichž je obnoven nebo výrazně navýšen přísun živin. Charakteristická je hypofosfatemie, která může být provázená hypokalemií a hypomagnesemií. Jsou přítomny komplexní změny v metabolismu základních živin, poruchy sodíkové a vodní rovnováhy. U většiny pacientů lze prokázat deficity stopových prvků a vitaminů, především thiaminu. Tyto změny mohou vést k závažným kardiálním, neuromuskulárním či respiračním klinickým projevům. Mezi rizikové skupiny v pediatrii patří především pacienti s poruchami příjmu potravy, s onkologickým onemocněním, s malabsorbčními stavy, dále pacienti s výrazným neurologickým deficitem nebo pacienti po velkých operačních výkonech. Jednoznačně rizikovou skupinou jsou hospitalizovaní pacienti, především děti dlouhodobě hospitalizované a děti na jednotkách intenzivní péče. Zásadní pro prevenci a léčbu je vytipování rizikových pacientů. Pro tyto účely vznikla řada skórovacích systémů, ne všechny jsou však vhodné pro pediatrickou populaci. U pacienta v riziku refeeding syndromu dlouhé roky platí přístup „start low, go slow“, tedy začínat energetický příjem nízkými dávkami a postupně jej navyšovat. V posledních letech přibývá prací, které potvrzují bezpečnost agresivnějšího přístupu s vyšším úvodním kalorickým příjmem, za předpokladu důsledné monitorace iontů, vitálních funkcí, stavu hydratace. Příliš opatrná realimentace může vést k prodloužení doby léčby a přináší také svá rizika. Trendem posledních let je snaha o lepší stratifikaci pacientů podle míry rizika a individuální přístup v nutriční péči.

## PEG-J – MENŠÍ ZÁTĚŽ PRO PACIENTY NEBO NE?

Zárubová K., Hradský O., Lerchová T., Čopová I., Kazeka D., Bronský J.

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

PEG-J (perkutánní endoskopická gastrostomie se sondou zavedenou do jejuny) představuje alternativu pro pacienty, kteří jsou indikováni k provedení chirurgického výkonu – fundoplikace s gastrostomií, např. u gastroezofageálního refluxního onemocnění rezistentního k farmakologické terapii. Současně lze PEG-J využít pro pacienty s intolerancí prepylorického krmení a také u pacientů s obstrukcí v oblasti duodena (pokud je možno zavést jejunální sondu).

PEG-J lze zavést jako nový enterální vstup nebo jím nahradit již zavedený klasický PEG. Jejunální sonda se zavádí pod endoskopickou kontrolou, při nejistotě ověřujeme po výkonu její polohu i radiologicky. Mezi nejčastější komplikace u pacientů s PEG-J patří dislokace jejunální sondy nebo její obstrukce.

V našem sdělení prezentujeme více než 6 let zkušeností s touto variantou enterální výživy u komplikovaných diagnóz, celkově je v souboru zahrnuto 68 pacientů. Je zde také uveden přehled indikací k zavedení PEG-J, komplikací, doby do výměny jejunální sondy a počtu pacientů, u kterých bylo možno přejít zpět ke krmení do žaludku.

## HISTAMINOVÁ INTOLERANCE – KRITICKÝ POHLED ALERGOLOGA

Fuchs M.

*Immunoflow, Immunoflow s r.o., Praha, Česká republika*

Histaminová intolerance (HI, HIT) není diagnóza, ale variabilní soubor příznaků v souvislosti s konzumací většího množství histaminu. Výstižnější název HI by měl být proto enterální histaminóza nebo ještě lépe hypersenzitivita na potravinový histamin. Jde o neschopnost degradace exogenního histaminu z důvodu zhoršené aktivity diaminooxidázy (DAO), což ve svém důsledku vede k příznakům z histaminového nadbytku. O diagnostice této metabolické poruchy rozhodují výhradně klinická kritéria spolu s prokazatelným efektem nízkohistaminové diety. Biomarkery nemají pro HI dostatečnou specifitu ani senzitivitu. Funkční i absolutní deficit DAO může být způsoben faktory genetickými, farmakologickými anebo širokou heterogenní skupinou primárních enteropatií (sekundární HI). Prezentace nabízí kritický pohled z vysoce specializované alergologické ambulance, kde řešení pravých a častěji falešných HI je na denním pořádku.

*Abstrakty nepřešli jazykovou korektúrou.  
Za obsah abstraktov zodpovedajú autori.*







# Nová generácia biosimilárneho adalimumabu.

**Yuflyma**<sup>®</sup>  
adalimumab

**31 denná  
stabilita**  
pri izbovej  
teplote  
až 25 °C<sup>1</sup>

**Vyššia  
koncentrácia  
=  
nižší injekčný  
objem**



**Bez  
citrátov<sup>1</sup>**

**Bez latexu  
pre alergických  
pacientov<sup>1</sup>**

## Vyvinuté s ohľadom na pacientov.

### Skrátená informácia o lieku:

**Yuflyma 40 mg a 80 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke, Yuflyma 40 mg a 80 mg injekčný roztok v naplnenom pere**

<sup>1</sup> Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

**Názov lieku:** Yuflyma 40 mg alebo 80 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke soli inj 2x0,4 ml/40 mg alebo 2x0,8 ml/80 mg (striek.inj.napl.skl.+kryt ihly), Yuflyma 40 mg alebo 80 mg injekčný roztok v naplnenom pere soli inj 2x0,4 ml/40 mg alebo 2x0,8 ml/80 mg (pero napl.skl.). **Zloženie:** Každá 0,4 ml jednodávková naplnená injekčná striekačka/naplnené jednodávkové pero obsahuje 40 mg adalimumabu. Každá 0,8 ml jednodávková naplnená injekčná striekačka/naplnené jednodávkové pero obsahuje 80 mg adalimumabu. **Indikácie:** 40 mg: Reumatoidná artritída, juvenilná idiopatická artritída, axiálna spondylartritída, psoriatická artritída, psoriáza, ložisková psoriáza u pediatrických pacientov, hidradenitis suppurativa, Crohnova choroba, Crohnova choroba u pediatrických pacientov, ulcerózna kolitída, ulcerózna kolitída u pediatrických pacientov, uveitída, uveitída u pediatrických pacientov. 80 mg: Reumatoidná artritída, psoriáza, hidradenitis suppurativa, Crohnova choroba, Crohnova choroba u pediatrických pacientov, ulcerózna kolitída, ulcerózna kolitída u pediatrických pacientov, uveitída, uveitída u pediatrických pacientov. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Doporučená udržiavacia dávka v najčastejších indikáciách je 40 mg s.c. každý 2. týždeň. Pri nedostatočnej odpovedi na liečbu môže byť prospešné zvýšenie dávkovania na 40 mg každý týždeň alebo 80 mg každý 2. týždeň. Pri niektorých indikáciách (nešpecifické zápaly čreva, psoriáza, hidradenitis suppurativa a uveitída) je odporúčaná úvodná dávka 80 mg alebo 160 mg s.c., a potom sa pokračuje udržiavacou dávkou. Ďalšie podrobnosti vrátane dávkovania u pediatrickej populácii a u zvláštnych skupín pacientov sú uvedené v SPC. **Osobitné skupiny pacientov:** Starší ľudia: Nie je potrebná úprava dávky. Porucha funkcie obličiek a/alebo pečene: Adalimumab nebol študovaný u tejto populácie pacientov. Nemôžu sa urobiť žiadne odporúčania pre dávkovanie. **Pediatrická populácia:** Nie je možné podať Yuflymu pediatrickým pacientom, ktorí potrebujú menej ako plnú 40 mg dávku. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorkoľvek pomocnú látku, aktívna tuberkulóza alebo iné závažné infekcie, ako je sepsa a oportúnne infekcie, stredne ťažké až ťažké srdcové zlyhanie (NYHA trieda III/IV). **Osobitné upozorenia a opatrenia pre používanie:** Aby sa zlepšila (do) sledovateľnosť biologického lieku, má sa zoznamiteľne zaznamenať názov a číslo šarže podaného lieku. Pacienti používajúci antagonistov TNF sú náchylní na vznik závažných infekcií, vrátane sepsy, oportúnnych infekcií (invazívnych plesní, parazitov), tuberkulózy, listeriózy, legionelózy, pneumocystózy a ďalších. U pacientov, ktorí sú chronickými nositeľmi vírusu, môže dôjsť k reaktivácii hepatitídy B. Adalimumab môže v zriedkavých prípadoch spôsobiť demyelinizačné ochorenie CNS, imunosupresiu, malígne ochorenie, bolo tiež pozorované zhoršenie kongestívneho srdcového zlyhanía a zvýšenej mortality v súvislosti s nim. **Liekové a iné interakcie:** Pri podávaní adalimumabu v kombinácii s methotrexátom bola v porovnaní s monoterapiou tvorba protilátok nižšia. Liek sa nedoporučuje kombinovať s anakinrou a abataceptom. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie infekcie dýchacích ciest (vrátane infekcií horných a dolných dýchacích ciest, pneumónie, sinusitídy, faryngitídy, nazofaryngitídy a pneumónie vyvolanej vírusom herpes), leukopénia (vrátane neutropénie a agranulocytózy), anémia, zvýšenie lipidov, bolesť brucha, bolesť brucha, nauzea a vracanie, zvýšenie pečeneých enzýmov, vyrážka, muskuloskeletálna bolesť, reakcie v mieste vpichu a ďalšie vid' platné SPC. **Špeciálne upozorenia na uchovávanie:** Uchovávať v chladničke (2 °C – 8 °C). Chrániť pred mrazom. Uchovávať naplnenú injekčnú striekačku alebo naplnené pero v krabíčke, aby bol liek chránený pred svetlom. Jednotlivé naplnené injekčné striekačky alebo perá lieku Yuflyma sa môže skladovať pri teplote do maximálne 25 °C po dobu až 31 dní. **Balenie:** 0,4 ml x 2 naplnené injekčné striekačky alebo 2 naplnené perá. **Spôsob výdaja lieku:** Väzany na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. **Registračné čísla:** EU/1/20/1513/006, EU/1/20/1513/010, EU/1/20/1513/015 a EU/1/20/1513/014. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Celltrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest Váci út 1–3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko. **Dátum schválenia súhrnu charakteristických vlastností lieku:** 11. 2. 2021. **Podrobné informácie o lieku:** sú dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (SUKL) <http://www.sukl.sk>. **Skrátená informácia o lieku bola pripravená v:** 6/2023. **Držiteľ v SR zastupuje:** Celltrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest, Váci út 1–3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko.

Referencie: 1. Yuflyma – súhrn charakteristických vlastností lieku, dátum revízie 11. 2. 2021 a <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/yuflyma>.

HEALTHCARE  
CELLTRION

# Oslobod'te pacientov od parenterálnej podpory\*



Revestiv<sup>®</sup> zvyšuje výšku kĺkov  
a hĺbku črevnej žlázy epitelu  
čreva.<sup>1,2</sup>

Po 2,5 roku liečby 60 % pacientov  
dosiahlo redukciiu týždennej  
potreby parenterálnej podpory  
o tri a viac dní a 33 % dosiahlo  
úplnú nezávislosť.<sup>1,2,\*\*</sup>

**Revestiv<sup>®</sup>**  
teduglutide

Revestiv<sup>®</sup> je indikovaný na liečbu pacientov vo veku 4 mesiace korigovaného gestačného veku a viac so syndrómom krátkeho čreva (Short Bowel Syndrome, SBS). Pacienti musia byť stabilizovaní po období črevnej adaptácie po operácii.<sup>1</sup>

Referencie: **1.** SPC Revestiv<sup>®</sup>, 2024. **2.** Schwartz LK, O'Keefe SJD, Fujjoka 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 pivotalnej, 24-týždňovej, dvojito zaslepanej, placebom kontrolovanej štúdiu 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 placebo.



Pred predpísaním lieku si, prosím, preštudujte informáciu o lieku.

Úplnú informáciu o lieku Revestiv<sup>®</sup> nájdete na webovej stránke:

<https://takeda4health.sk/syndrom-kratkeho-creva/o-produkte/syndrom-kratkeho-creva>

Pre jej zobrazenie naskenujte priložený QR kód.

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.  
Svätoplukova II. 18892/2 A, 821 08 Bratislava  
[www.takeda.sk](http://www.takeda.sk), [www.takeda4health.sk](http://www.takeda4health.sk)





## PARTNERSKÝ PROGRAM 2024

ĎAKUJEME TOUTO CESTOU SVOJIM PARTNEROM  
A TEŠIME SA NA SPOLUPRÁCU V ROKU 2024



### ZLATÍ PARTNERI SGS:



Celltrion Healthcare SK



Eli Lilly Slovakia s.r.o.



PRO.MED.CS Praha a.s.

### STRIEBORNÍ PARTNERI SGS:



FERRING Slovakia, s.r.o.



Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.

### BRONZOVÍ PARTNERI SGS:



AbbVie, s.r.o.



PRIHLASOVANIE  
ABSTRAKTOV  
DO 15. 10. 2024

## II. SLOVENSKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

06. - 07. 12. 2024 DoubleTree by Hilton, Košice

Organizátor podujatia: Slovenská gastroenterologická spoločnosť

[www.gastrokongres.sk](http://www.gastrokongres.sk)



save  
the  
date

Pozývame Vás na

XXX. ROČNÍK

## GASTROFÓRUM 2025

22.-24. január 2025 Hotel Patria / Štrbské Pleso

30 rokov

[www.gastroforum.sk](http://www.gastroforum.sk)

