

22. konference dětské pneumologie 2024

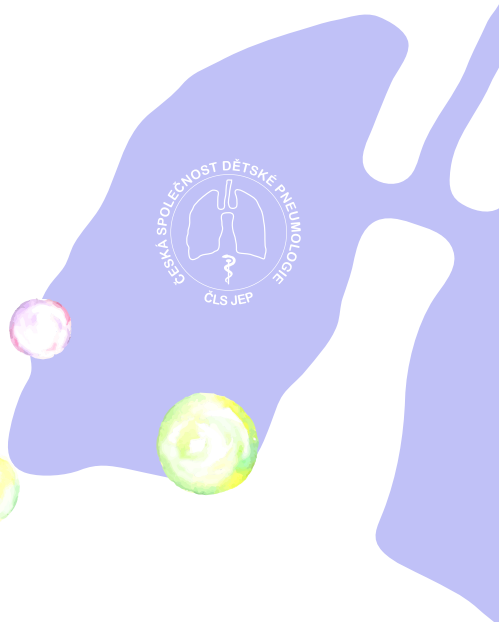
pořadatel
Česká společnost dětské pneumologie
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

13. dubna 2024 ● Praha



program
abstrakta

www.detskapneumologie.cz





Milé kolegyně, milí kolegové,

jsme moc rádi, že se společně opět setkáváme na tradiční konferenci „Dětská pneumologie“.

Program 22. konference byl připraven v multidisciplinárním duchu. Dva hlavní bloky vyzvaných přednášek se tentokrát zaměří na poruchy dýchání ve spánku a na multidisciplinární přístup k chronickému kašli.

V dětské pneumologii je poruchám dýchání věnována čím dál větší pozornost. Tentokrát se chceme zaměřit specificky na obstrukční spánkovou apnoe. V posledních letech se významně zlepšily možnosti diagnostiky a s technologickým pokrokem se zlepšily i možnosti léčby. U řady dětí a mladistvých jsou příznaky této poruchy podceněny a diagnóza bývá stanovena zbytečně pozdě. Je nepochybné, že péče o tyto pacienty vyžaduje standardizovaný multidisciplinární přístup a musí být koordinována zkušeným specializovaným týmem.

Ve druhém hlavním odborném bloku se vracíme k jednomu z témat, které nás stále významně zaměstnává. Kašel je dlouhodobě nejčastějším příznakem, se kterým se rodiče na ordinace dětských pneumologů obracejí. Nejčastěji jde sice o kašel asociovaný s virovými infekcemi, a i jeho často dlouhodobější průběh a pomalejší ústup lze připsat přetrvávajícímu působení infekčního agens, vždy je ale třeba vyloučit závažnější patologii. V tomto bloku se proto zaměříme na současné doporučené postupy v diagnostice kašle i na možné léčebné postupy, které se odvíjejí od jeho příčin.

Oba tradiční bloky Varií jsou tentokrát hodně naplněny Vašimi příspěvky. Je to vždy významná možnost výměny zkušeností a příležitost k diskusi nad tématy z praxe.

Obohacením programu je letos účast zahraničního hosta. Profesor Paul Aurora z Great Ormond Street Hospital v Londýně přednese příspěvek na téma Obliterující bronchiolitis – současný přístup.

Významnou součástí naší konference je i možnost osobních setkání a my všichni se na tato setkání těšíme.

Děkujeme za podporu našim firemním sponzorům, kteří budou na konferenci vystavovat a budou k dispozici pro konzultace. Věnujte, prosím, pozornost jejich stánkům a využijte této příležitosti pro získání nových informací.

Doufám, že si letošní konferenci užijete a že bude opět příjemnou možností k setkání a sdílení odborných novinek a zkušeností.

Dovolte mi, abych Vám jménem výboru ČSDP poděkoval za dlouhodobou podporu naší společné odborné společnosti. Těšíme se na další spolupráci.

Jménem výboru ČSDP

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc.
předseda

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

13. dubna 2024
Hotel DAP
Vítězné nám. 684/4
Praha 6 – Dejvice

POŘADATEL

Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP



ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR KONFERENCE

prof. MUDr. Petr Pohunek, CSC., FCCP

předseda společnosti

MUDr. Václav Koucký, Ph.D.

místopředseda společnosti

MUDr. Tereza Doušová, Ph.D.

pokladník společnosti

MUDr. Jana Tuková, Ph.D.

vědecká sekretářka společnosti

OHODNOCENÍ

Vzdělávací akce je akreditována Českou lékařskou komorou a pořádána dle stavovského předpisu ČLK číslo 16.

ID akce: 115598

Pasivní účast: 6 kreditů

Hlavní autor přednášky: 7 kreditů

Spoluautor přednášky: 5 kreditů

CERTIFIKÁTY

Kredity získané za aktivní i pasivní účast budou členům ČLK připsány na jejich členské účty ve Vzdělávacím portálu ČLK (www.vzdelavanilekaru.cz).

Certifikáty budou účastníkům rozeslány e-mailem po skončení konference.

REGISTRAČNÍ HODINY

Sobota 13. dubna 8.00–17.30

VÝSTAVA

Výstava odborných firem bude po dobu konání konference umístěna ve foyer před konferenčním sálem.

REGISTRAČNÍ POPLATEK

Registrační poplatek zahrnuje účast na odborném programu a doprovodné výstavě firem, konferenční materiály, občerstvení během kávových přestávek, oběd a 21 % DPH.

SEKRETARIÁT KONFERENCE

AMCA, spol. s r. o.

Academic and Medical Conference Agency

Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2

t: +420 731 496 060

e: amca@amca.cz

www.amca.cz



ZLATÝ PARTNER



BRONZOVÍ PARTNEŘI



PARTNER



VYSTAVOVATELÉ



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



ODBORNÝ PROGRAM

9.00–9.15

Zahájení a informace z ČSDP

P. Pohunek, předseda ČSDP ČLS JEP

9.15–10.45

Mezioborový pohled na dlouhodobý kašel u dětí

Moderátoři: J. Paukert, T. Svobodová

1. Diferenciální diagnostika chronického kašle u dětí – pohled pneumologa
V. Koucký, Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
2. Pohled ORL lékaře na dlouhodobý kašel u dětí
J. Vydrová, Poliklinika ambulantních specialistů Medico, Praha
3. Habituační a psychogenní kašel – diagnostika a možnosti léčby
P. Pohunek, Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
4. Farmakoterapie kašle u dětí
F. Kopřiva, Dětská klinika FN Olomouc, Olomouc
5. Pomůcky pro dechovou rehabilitaci – doporučení pro praxi
A. Kolářová, J. Plešková, A. Irving, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Diskuse

10.45–11.15

Kávnová přestávka

11.15–12.15

Varia I

Moderátoři: P. Koťátko, K. Doležalová

6. Vše se snad v dobré obrátí
*J. Micherová¹, P. Dobiášová¹, J. Malý¹, J. Náhlavský¹, T. Matějek¹, V. Koucký²,
¹Dětská klinika LF UK v Hradci Králové a FN Hradec Králové, ²Pediatrická klinika
2. LF UK a FN Motol, Praha*
7. Aktuality v péči o děti s tuberkulózou
*K. Doležalová¹, M. Koziar Vašáková², P. Pohunek³, ¹Pediatrická klinika 1. LF UK
a FTN, Praha, ²Pneumologická klinika 1. LF UK a FTN, Praha, ³Pediatrická klinika
2. LF UK a FN Motol, Praha*
8. Symptomatologie plicní tuberkulózy v dětském věku
L. Bača, K. Doležalová, Pediatrická klinika 1. LF UK a FTN, Praha
9. Kazuistika: Kulovité zastínění na rentgenovém snímku hrudníku u 6letého
chlapce s horečkou
K. Popková, P. Tinka, O. Rybniček, Pediatrická klinika FN Brno a LF MUNI, Brno

10. Plnění přání dětem s život ohrožujícím onemocněním jako součást komplexní péče
A. Nasková, Zlatá rybka, z.ú., Praha

12.15–12.30 Přednáška ve spolupráci se společností Vertex Pharmaceuticals (Czech Republic) s. r. o.
Moderátor: M. Kreslová

11. Aktuální příležitosti a výzvy při léčbě CFTR modulátory u dětí
B. Jeřábková, Klinika dětských infekčních nemocí FN Brno

12.30–13.50 *Přestávka na oběd*

13.50 – 14.10 Zahraniční host
Moderátor: V. Koucký

12. Bronchiolitis obliterans – current approach
P. Aurora, Paediatric Pulmonology, Great Ormond Street Hospital, London, UK

14.10–15.40 Syndrom obstrukční spánkové apnoe – multidisciplinární přístup
Moderátorky: J. Tuková, T. Doušová

13. Proč a jak diagnostikovat obstrukční spánkovou apnoe
I. Příhodová, Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN, Praha
14. Diagnostika a léčba spánkové apnoe z pohledu ORL lékaře
M. Ondrová, Ambulance ORL pro poruchy dýchání ve spánku, Brno
15. Diagnostika a léčba spánkové apnoe z pohledu ortodontistky
Z. Marínčák Vranková, Ortodontické oddělení, Stomatologická klinika FN u sv. Anny, Brno
16. Diagnostika a léčba spánkové apnoe pohledem dětského pneumologa
J. Tuková, KPDPM 1. LF UK a VFN, Praha
17. Historické a současné chirurgické postupy OSA u dětí (vč. kazuistiky)
J. Kraus^{1,2}, K. Bubáková¹, T. Haasová³, Z. Jeřábková^{1,3}, ¹Otorinolaryngologická klinika 3. LF UK, FNKV, Praha, ²Spánkové centrum FTN, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, FTN, Praha, ³Spánková laboratoř Benešov, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie, Benešov

Diskuse

15.40–16.00 *Kávová přestávka*

18. Plicní resekce novorozenců

K. Křížová¹, B. Kučerová², B. Prosová², M. Kynčl², J. Šnajdauf¹, M. Rygl¹, ¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, ²Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

19. Kongenitální hrudní malformace – mimoplicní sekvestrace – case report

L. Kalichová¹, L. Mareček², O. Rybníček¹, ¹Pediatrická klinika LF MUNI a FN Brno, ²KDCHOT LF MUNI a FN Brno

20. Kongenitální hrudní malformace – mimoplicní sekvestrace – case report – z pohledu dětského chirurga

L. Mareček¹, L. Kalichová², O. Rybníček², O. Marek¹, J. Tůma¹, ¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno, ²Pediatrická Klinika LF MUNI a FN Brno

21. NUT-midline plicní karcinom – vzácný, poddiagnostikovaný typ nádoru

A. Kerekes¹, M. Sova¹, P. Múdry², M. Bratová¹, P. Vysloužil³, M. Charvátová⁴, L. Křen⁵, ¹Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN Brno, ²Klinika dětské onkologie, FN Brno, ³Chirurgická klinika, FN Brno, ⁴Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno, ⁵Ústav patologie, FN Brno

22. Adenotomie u dětí v jednodenní péči

P. Janoušek, ORL ambulance ALFA MEDICA, s.r.o., Praha

17.00

Zakončení konference

ABSTRAKTA

Abstrakta neprošla jazykovou ani autorskou korekturou.

Symptomatologie plicní tuberkulózy v dětském věku

L. Bača, K. Doležalová

Plicní ambulance a Středisko péče pro děti s tuberkulózou a mykobakteriózami, Pediatrická klinika 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Úvod

Anamnéza obtíží a klinický obraz patří k základním nástrojům diferenciální diagnostiky. Z literatury je známo, že symptomatologie plicní tuberkulózy v dětském a dospělém věku je odlišná. Naše sdělení se zaměřuje na popis symptomů u dětí a z toho vyplývajícího doporučení pro klinickou praxi.

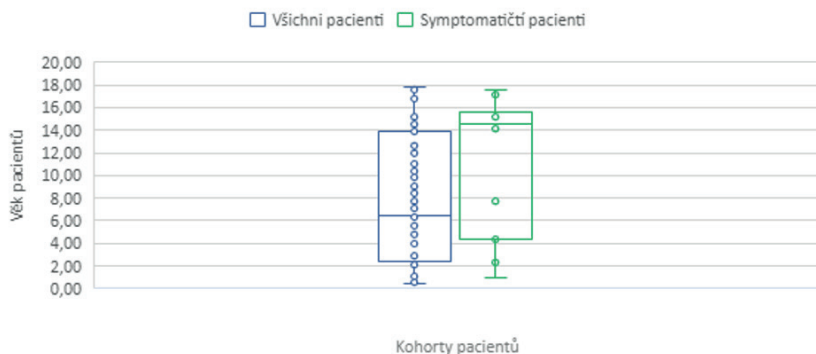
Metodika

Formou retrospektivní studie hodnotíme klinické projevy dětských pacientů s plicní formou tuberkulózy v ČR v letech 2020-2023. Následně, formou kazuistického sdělení prezentujeme případ 15leté dívky s rozpadovou formou plicní tuberkulózy.

Výsledky

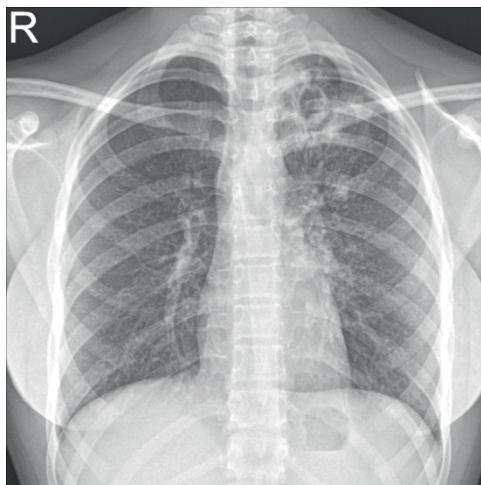
Ve sledovaném období čtyř let (2020-2023) bylo v ČR diagnostikováno 62 případů plicní tuberkulózy v dětském věku. 14 dětí (22,5 %) mělo klinické projevy tuberkulózy (další 3 děti měly manifestní periferní lymfadenopatii a současně i asymptomatické plicní postižení). Průměrný věk celé kohorty byl 7,5 let (0,5 – 17,5), medián 6,5 let. Průměrný věk symptomatických pacientů byl 11,4 let (1,0 – 17,0), medián 14,5 let. Nejčastějším symptomem byl kašel (85,7 %), dále následovala zvýšená tělesná teplota (21,4 %), bolest na hrudi (14,3 %), úbytek na hmotnosti (14,3 %), nejméně častými příznaky byla dušnost, hemoptýza a zvýšené noční pocení (7,1 %).

Věkové rozložení pacientů



Závěr

Většina případů plicní tuberkulózy v dětském věku je provázena absencí symptomů. Vzhledem k tomu je zásadní vyšetření (i zcela asymptomatických) dětí po kontaktu s tuberkulózou. V případě rizikové anamnézy by výborný klinický stav dítěte neměl vést k vyloučení tuberkulózní etiologie z naší diferenciálně diagnostické úvahy.



Aktuality v péči o děti s tuberkulózou

K. Doležalová¹, M. Koziar Vašáková², P. Pohunek³

¹Pediatrická klinika 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

²Pneumologická klinika 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

³Pediatrická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol, Praha

Úvod

Autoři prezentují nová doporučení pro diagnostiku a léčbu tuberkulózy (TB) dětí a dorostu, která vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) (WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 5: management of tuberculosis in children and adolescents). Dále se věnují epidemiologii TB v ČR a ve světě. V závěru prezentace je na příkladu mikroepidemie TB v romské komunitě demonstrován význam aktivní depistáže kontaktů a včasné preventivní léčby.

Výsledky

1. Hlavní změny v doporučeném postupu se týkají zejména zkrácení léčby nekomplikované TB u dětí ve věku 3-16 let na 4 měsíce. Dále jsou zde nově definované skupiny na léčbu rezistentní (drug resistant – DR) TB a nová strategie její léčby, jejíž součástí je podávání bedaquilinu a delamanidu. Nové je také zavedení TB preventivní terapie u kontaktů s DR-TB.
2. Celosvětově onemocní tuberkulózou (TB) ročně cca 10 miliónů lidí, z toho 1,2 miliónu dětí. Světová zdravotnická organizace (WHO) dlouhodobě hledá nové strategie pro optimální léčbu dětských a dorostových pacientů.

3. TB v České republice zůstává vzácným onemocněním s incidencí 3,6/100 000 v roce 2022. Dětská TB odráží trend dospělé TB. Mezi roky 2010-2020 byl trend klesající. Ani změna očkovací strategie v roce 2010 tento trend nezměnila. Od roku 2021 pozorujeme mírný nárůst dětských pacientů s TB. V roce 2023 onemocnělo TB 29 dětí.
4. Aktivní depistáž kontaktů je v našich podmínkách velmi účinným pilířem kontroly nad TB. V retrospektivní analýze popisujeme šíření TB od pacienta, který zemřel na plicní tuberkulózu v romské komunitě v České republice. Z celkového počtu 39 zkoumaných osob byla TB zjištěna u 8 osob a TB infekce u 6 osob. Vyšetření kontaktů v této skupině přineslo 36 % pozitivních nálezů vyžadujících léčbu.

Závěr

TB zůstává onemocněním, se kterým se může dětský pneumolog nebo pediatr setkávat ve své praxi. Pro správnou diagnostiku a léčbu je potřeba znát aktuální trendy a doporučení.

Adenotomie u dětí v jednodenní péči

P. Janoušek

ORL ambulance ALFA MEDICA, s.r.o., Praha

Úvod

Adenotomie je operační zákrok s minimální nebo malou ztrátou krve. U pacientů ASA I, II s nízkým rizikem komplikací. Jedná se o jeden z nejčastějších operačních zákroků („malých operačních výkonů“) u dětí. V současnosti je u vybraných pacientů legislativně podložené provedení zákroku v rámci režimu jednodenní péče. V rámci prezentace jsou představena kritéria pro provádění adenotomie v rámci jednodenní péče doporučená výborem České odborné společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP.

Dokument

Dokument je v současnosti připomínkován odbornými společnostmi – Česká pediatrická společnost ČLS JEP a ČSARIM. Jsou v něm definovány vstupní podmínky pro provedení zákroku – připravenost pacienta, vybavení pracoviště personální a věcné. Dále je popsán průběh režimu provádění adenotomie se zaměřením na odborná, technická a ošetřovatelská specifika. Podrobně je rozebrán průběh pooperační péče, včetně postupů k zajištění následné péče v případě výskytu komplikací. Dokument je sestaven s odkazy na stávající legislativu, a to včetně návaznosti na systém zajištění neodkladné péče. Součástí sdělení jsou též aktuální indikace adenotomie u vybraných diagnóz a jednotlivé techniky operačního výkonu.

Závěr

Adenotomie u dětí je sice běžný, ale nikoli banální zákrok. S ohledem na možnost výskytu krvácení do dýchacích cest v pooperačním období se může jednat až o komplikace fatální.

Provádění zákroku v rámci jednodenní péče je na jedné straně významným posunem k zefektivnění poskytování zdravotních služeb jak ve smyslu komfortu pacienta (absenze hospitalizace, kontinuální doprovod pečující osoby ve zdravotnickém zařízení, domácí pooperační péče), tak pro zdravotní systém (zkrácení objednacích lhůt, decentralizace

sítě pracovišť, ekonomická výhodnost atd...). Na druhé straně vyžaduje stanovení, dodržování a kontrolu definovaných postupů včetně spolupráce všech zúčastněných tak, aby byly při výskytu komplikací dopady na zdraví pacientů minimalizovány, respektive byly srovnatelné s provedením zákroku v hospitalizační péči.

Kongenitální hrudní malformace – mimoplicní sekvestrace – case report

L. Kalichová¹, L. Mareček², O. Rybníček¹

¹PeK LF MUNI a FN Brno

²KDCHOT LF MUNI a FN Brno

Předkládáme kazuistiku 6letého chlapce s prenatálně zjištěným plicním sekvestrem. Pacient je od narození sledovaný v pneumologické ambulanci, klinicky je bez potíží, opakovaně bylo provedeno vyšetření CT (angio), popis byl však nejednoznačný, závěry jednotlivých vyšetření se lišily. Po konzultaci s chirurgem bylo přistoupeno k thorakoskopickému řešení ve věku 6 let, součástí kazuistiky je i videozáznam průběhu operace.

NUT-midline plicní karcinom – vzácný, poddiagnostikovaný typ nádoru

A. Kerekes¹, M. Sova¹, P. Múdry², M. Bratová¹, P. Vysloužil³, M. Charvátová⁴, L. Křen⁵

¹Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN Brno

²Klinika dětské onkologie, FN Brno

³Chirurgická klinika, FN Brno

⁴Klinika radiologie a nukleární medicíny, FN Brno

⁵Ústav patologie, FN Brno

Kazuistika

20letý student práv byl vyšetřen pro progredující námahovou dušnost a bolesti pod levou lopatkou. Po komplexní diagnostice (CT, PET, bronchoskopie, VATS biopsie) byla diagnóza histologicky potvrzena: nález nízce diferencované malignity, metodou FISH prokázána translokace NUTM1. Iničiální léčba chemoterapií VDC/IE byla s výborným efektem, po parciální regresi byla indikována lobektomie. 7 měsíců po iničiální diagnóze došlo k lokoregionálnímu relapsu onemocnění, byla nutná endoskopická rekanalizace a implantace Y-stentu. Tato paliativní intervence významně zlepšila kvalitu života pacienta. V 2. linii byla podána metronomická léčba COMBAT a RT 33 Gy. 11 měsíců po dg. došlo k metastatické progresi a pod obrazem generalizace do kostní dřene a respirační insuficience pacient umírá.

Diskuse

NUT-midline karcinom je vzácný typ malignity vycházející ze středočárových struktur (hlava, krk, mediastinum), vyskytuje se i v paranasálních dutinách a plicích. Jedná se o vzácné, poddiagnostikované onemocnění se závažnou prognózou. Celosvětově je popsáno přibližně 310 případů (věk 0-82 let, medián 30). Histologická diagnostika bývá problematická, NUT-midline karcinom může být zaměněn za spinocelulární karcinom, sarkom, lymfom. Klíčovým krokem diagnostiky je průkaz NUTM1 translokace metodou IHC, FISH nebo NGS. Translokace vede k trvalé aktivaci histon-acetyl-transferázy EP300. Vzhledem k vzácnému výskytu není stanovena standardní léčba: u lokalizova-

ných onemocnění se doporučuje kompletní chirurgická resekce, radioterapie, u pokročilých forem chemoterapie, imunoterapie. NUT-midline karcinom má prognózu velmi nepříznivou, medián přežití je 6-9 měsíců. Novou nadějí mohou být inhibitory histon-deacetyláz nebo BET-inhibitory.

Doporučený postup k využití a indikaci dechových pomůcek a trenažerů používaných v rámci respirační fyzioterapie

A. Kolářová, J. Plešková, A. Irving
Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Respirační fyzioterapie představuje dnes již neodlučitelnou součást léčby širokého spektra dětských i dospělých pacientů s dechovými obtížemi. Pacienti profitující z těchto cílených technik se velmi různí – od chronických pacientů s primárními či sekundárními respiračními chorobami ve stabilním klinickém stavu až po pacienty na ARO či JIP v akutním ohrožení životních funkcí.

Součástí respirační fyzioterapie je značné množství technik – jednou z jejích částí je i využívání specifických **dechových pomůcek**. Vzhledem k velkému množství těchto aparátů a trenažerů, které jsou na trhu dostupné, však může být mnohdy výzvou pomůcky správně indikovat a následně používat. V rámci tohoto příspěvku bude představen nově vytvořený doporučený postup, jehož součástí je přehledný souhrn pomůcek dostupných na českém trhu, vysvětlení jejich základního principu fungování a stručné uvedení jejich indikací a možných kontraindikací. Souhrn by tak měl zjednodušit orientaci v dostupných dechových pomůckách lékařským i nelékařským odborníkům.

Doporučený postup zahrnuje jak pomůcky **výdechové**, sloužící například k usnadnění očisty dýchacích cest, zvýšení síly a vytrvalosti výdechových svalů, či odstranění atelektáz, tak **nádechové**, přinášející benefity při náviku techniky inhalace, koordinace nádechových svalů v rámci dechového stereotypu, zlepšení mobility hrudního koše či posílení nádechových svalů.

V rámci doporučeného postupu představíme následující pomůcky:

Výdechové trenažéry:

PEP systém kontinuální (TheraPEP, Threshold PEP, Pari PEP S-System, EMST75 Lite)

PEP systém oscilační (Pari O-PEP, Aerobika, Acapella, RC Cornet, Shaker)

Silové výdechové trenažéry (EMST150, EMST75 Lite)

Nádechové trenažéry

Koordinační nádechové trenažéry (CliniFlo, Coach)

Silové nádechové trenažéry (POWERBreathe, EMST150 / EMST75 Lite s inspiračním adaptérem, ThresholdIMT)

Pozn.: PEP = positive expiratory pressure, pozitivní výdechový přetlak

Historické a současné chirurgické postupy OSA u dětí (včetně kazuistiky)

J. Kraus^{1,2}, K. Bubáková¹, T. Haasová³, Z. Jeřábková^{1,3}

¹Otorinolaryngologická klinika 3. LF UK, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

²Spánkové centrum FTN, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

³Spánková laboratoř Benešov, Oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov

Úvod

Adeno-tonzilektomie je metodou volby u dětské OSA. Zároveň adenotomie a tonsilektomie je jedním z nejčastějších operačních výkonů v otorinolaryngologii a je to operace, kterou většina lékařů v oboru začíná. Bývá proto často značně podceňována a to i přesto, že komplikace s ní spojené, ač naštěstí vzácné, mohou být fatální. Je to též výkon, jehož provedení se v průběhu let výrazně změnilo, jak po stránce anestezie, zajištění dýchacích cest, kontroly operačního pole, tak i vlastních operačních technik. Problematika obstrukční spánkové apnoe se také poměrně značně liší u dětí a dospělých pacientů a to v oblasti diagnostiky, ale zejména léčby. Existuje však přesná věková nebo jiná hranice, kdy použít kritéria pro děti a kdy naopak pro dospělé?

Metodika

Autoři představují vývoj chirurgické léčby OSA (adenotomie – tonsilektomie), včetně historických materiálů a současný postup provedení lege artis. Příspěvek zahrnuje historii operačního výkonu, indikace k operaci, předoperační vyšetření, anestezii a zajištění dýchacích cest, tradiční a moderní operační techniky, pooperační péči, rizika výkonu, komplikace a jejich řešení. Zároveň na kazuistice dospívajícího chlapce s těžkou obstrukční spánkovou apnoí autoři demonstrují tuto problematiku a nutnost individuálního přístupu, kdy s různou mírou vyspělosti a vývoje pacienta můžeme nalézt typické aspekty OSA jak dětské, tak i dospělé.

Závěr

Adeno-tonzilektomie je stále optimálním řešením dětské OSA a patří do rukou zkušených ORL lékařů se zkušenostmi v péči o dětské pacienty a na pracoviště náležitě personálně a technicky vybavená. Volba optimálního přístupu z hlediska diagnostického i terapeutického u dospívajících s OSA může být velmi obtížná. Přibývá adultních forem OSA v pediatrické populaci (epidemie obezity). Léčba pacientů musí být přísně individuální. Dle nálezu se může dobře uplatňovat přetlaková ventilační léčba i chirurgická terapie, případně i kombinace obou. Přesná hranice OSA dětského věku a dospělých prakticky neexistuje.

Plicní resekce v novorozeneckém věku

K. Křížová¹, B. Kučerová², B. Prosová², M. Kynčl², J. Šnajdauf¹, M. Rygl¹

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

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

Úvod

Ve většině případů je u pacientů s diagnostikovanou vrozenou malformací plic indikována elektivní plicní resekce v dětském věku a je dobře tolerována. Incidence vrozených plicních vad, které vyžadují urgentní chirurgickou intervenci v novorozeneckém věku je nízká.

Metodika

Retrospektivní studie pacientů s vrozenou plicní malformací po resekci plic v novorozeneckém období operovaných od ledna 2013 do prosince 2022 na Klinice dětské chirurgie FN Motol.

Výsledky

V letech 2013–2022 bylo operováno z důvodu vrozené plicní malformace 89 pacientů, 21 z nich podstoupilo plicní resekci v novorozeneckém věku. Průměrný věk v době operace byl 9,6 dní. U 71 % pacientů byla plicní malformace diagnostikována v prenatálním období. Symptomy, které vedly k chirurgickému výkonu, byly: tachypnoe, dyspnoe, desaturace, grunting, bradykardie a akutní respirační insuficience s nutností intubace. Postnatálně bylo v 19 % provedeno zobrazení pouze pomocí RTG, v 81 % bylo doplněno CT vyšetření. Chirurgické výkony zahrnovaly 8 lobektomií a 1 pulmonektomii vpravo, 8 lobektomií a jednu pulmonektomii vlevo. Ve dvou případech byl odstraněn extralobární sekvestr a jednou byla provedena resekce hamartomu. Histologické nálezy resekátů odhalily CPAM u 12 pacientů, plicní emfyzém u 3, hybridní léze u 3, sekvestr u 1 a jeden hamartom. Průměrná délka UPV po operaci byla 6,2 dní, průměrná doba zavedení hrudního drénu byla 6,8 dní. V pooperačním období se vyskytly komplikace u 48 % pacientů. Mortalita souboru byla 14 % (3 pacienti).

Závěr

V případě vážných symptomů je nutné provést urgentní chirurgický výkon i v novorozeneckém věku. Vzhledem k nízké incidenci výskytu plicních vad, které vyžadují urgentní chirurgickou intervenci v novorozeneckém věku, je nutné pacienty soustředit do terciálních center.

Kongenitální hrudní malformace – mimoplicní sekvestrace – case report – z pohledu dětského chirurga

L. Mareček¹, L. Kalichová², O. Rybníček², O. Marek¹, J. Tůma¹

¹Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MUNI a FN Brno

²Pediatrická Klinika LF MUNI a FN Brno

Předkládáme kazuistiku 6letého chlapce s prenatálně zjištěným plicním sekvestrem. Chlapec byl po domluvě ošetřujícího pneumologa s chirurgem přijat v březnu 2024 na Kliniku dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno k plánované thorakoskopii. V celkové anestezii byla za selektivní levostranné intubace provedena pravostranná thorakoskopie a resekce paravertebrálně uloženého extralobárního plicního sekvestru. Pooperační péče probíhala bez obtíží a pacient byl propuštěn domů 3. pooperační den.

Vše se snad v dobré obrátí

J. Micherová¹, P. Dobiášová¹, J. Malý¹, J. Náhlovský¹, T. Matějek¹, V. Koucký²

¹Dětská klinika LF UK v Hradci Králové a FN Hradec Králové

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

Kazuistika chlapce se vzácným Chitayat syndromem (de novo vzniklá mutace c.266A>G v genu ERF), s chronickým globálním respiračním selháním při pravděpodobně těžké bronchomalacii s manifestací ihned po narození. Toho času je dítě na domácí umělé plicní ventilaci s náročným ventilačním režimem, s nízkými nároky na oxygenoterapii s výhledem na další zlepšování v čase. Doprovodným příznakem syndromu je ulnární deviace II. prstů rukou a hallux valgus bilaterálně.

Plnění přání dětem s život ohrožujícím onemocněním jako součást komplexní péče

A. Nasková

Zlatá rybka, z.ú., Praha

Zlatá rybka plní přání dětem od 5 do 18 let, které mají život ohrožující onemocnění, nebo onemocnění s nejistou prognózou. Od roku 2015 splnila přes 1200 přání.

Důležitou roli v procesu plnění přání mají od počátku procesu odborníci, kteří mají dítě a jeho rodinu v péči. Lékaři, sestry, psychologové, herní terapeuti, pracovníci patientských organizací...ti všichni berou možnost splnění velkého přání do svého repertoáru nástrojů (nejen) v paliativní péči. Posláním Rybky je zlepšovat kvalitu života nemocných dětí a umožnit jim, společně s jejich nejbližšími, prožít chvíle radosti. www.zlatarybka.cz

Diagnostika a léčba spánkové apnoe z pohledu ORL lékaře

M. Ondrová

Ambulance ORL pro poruchy dýchání ve spánku, Brno

Úvod

Dětská spánková apnoe je silně poddiagnostikovaná. Vyšetření ideálně probíhá ve spánkové laboratoři nebo u specialisty somnologa. Primárně doporučuje pediatr u indikovaných pacientů specializované vyšetření při podezření na spánkovou apnoe.

Metodika

Při anamnestických údajích, že dítě pravidelně chrápe, má neklidný spánek s atypickou polohou hlavy, objevuje se enuresis nocturna, je po ránu špatně probudné, unavené, přes den je naopak hyperaktivní, nesoustředěné nebo je silně obézní, vzniká podezření na přítomnost spánkové apnoe. Diagnózu podporuje nález hypertrofie patrových tonzil, hypertrofie nosní tonzily, ale většinou nebývá častější nemocnost dítěte nebo recidivující tonzilitidy. Jsou onemocnění spojená se zvýšeným rizikem rozvoje spánkové apnoe, např. kraniofaciální abnormity (Pierre-Robinův syndrom), neurologická onemocnění (nervosvalové onemocnění, DMO, epilepsie), genetické syndromy (syndrom Prader-Willi, achondroplazie, M. Down) nebo mukopolysaridóza či EER. Anomální velikost nebo tvar čelistí významně ovlivňuje rozvoj obstrukční spánkové apnoe. Při výrazné obezitě bývá přítomna spánková apnoe

Vyšetření

Jedním z vyšetření je stanovení míry obstrukce horních cest dýchacích při hypertrofii patrových tonzil nebo adenoidní vegetaci u ORL lékaře. Objektivizací poruchy dýchání ve spánku může být i videonahrávka dítěte během spánku, noční oxymetrie, ambulantní spánkový screening nebo ambulantní polygrafie. Zlatým standardem je noční videopoly-somnografie ve spánkovém centru.

Apnoe v dětském věku trvá minimálně po dobu dvou dechových cyklů a tíže se hodnotí podle počtu dechových událostí za hodinu spánku (AHI – apnoicko/hypopnoický index). Středně těžká a těžká spánková apnoe (tj. od hodnoty AHI 5/hod a více) by měla být léčena.

Závěr

Až 85 % poruch dýchání ve spánku u dětí je léčeno chirurgicky. Nejčastěji je indikována oboustranná tonzilotomie nebo tonzilektomie, většinou současně s odstraněním zvětšené nosohltanové tonzily (adenoidektomie). Při potvrzené spánkové apnoe se výkony na patrových tonzilách a adenoidní tkáni provádí v jedné době v celkové anestezii za hospitalizace na specializovaném pracovišti. Rozsah výkonu doporučuje ORL lékař, nejlépe somnolog. Nedílnou součástí úspěšné léčby je i komplexní řešení komorbidit.

Kazuistika: Kulovité zastínění na rentgenovém snímku hrudníku u 6letého chlapce s horečkou

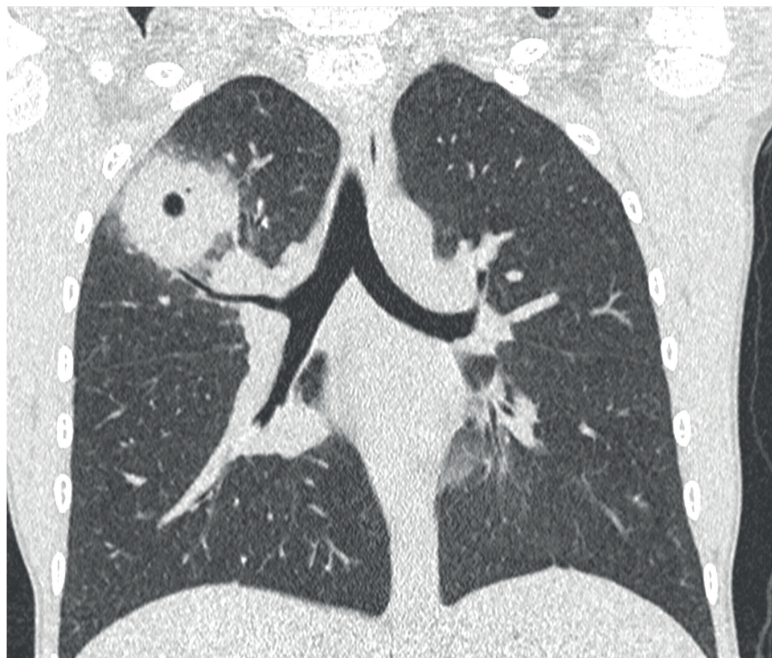
K. Popková^{1, 2}, P. Tinka^{1, 2}, O. Rybníček^{1, 2}

¹Pediatrická klinika, FN Brno

²Lékařská fakulta Masarykova univerzity, Brno

Prezentujeme případ 6letého chlapce s febriliemi a kašlem, došetřovaného pro nález kulovitého zastínění v pravém horním plicním laloku na rentgenovém snímku hrudníku u svého praktického lékaře. Pro atypický nález pacient podstoupil CT vyšetření ve spádové okresní nemocnici, kde bylo ložisko popsáno jako obraz denznější kolekce tekutin s obsahem plynu. Počáteční intravenózní terapie empiricky nasazenými antibiotiky ovlivnila pacientův stav pouze částečně. Klinický obraz včetně laboratorních odběrů se postupně zlepšoval, avšak na kontrolním rentgenovém snímku hrudníku došlo během více jak týdne k patrnému zvětšení ložiska. Diferenciálně diagnosticky se jevily nonbakteriální infekce a neoplazie jako nepravděpodobné. Po změně kombinované širokospektrální antibiotické terapie nakonec postupně dochází k výrazné regresi nálezu. Chlapec

podstoupil magnetickou rezonanci, kde nález imponoval jako pravostranná infikovaná silnostěnná kavita v oblasti S1/2 se zánětlivou reakcí okolního plicního parenchymu. Kontrolní rentgenové snímky hrudníku s odstupem popisují pouze diskrétní reziduum. Pravděpodobná diagnóza je spontánně vyprázdněná infikovaná plicní cysta.



CT snímek plic s obrazem kulovitěho ložiska s denzní kolekcí tekutiny a obsahem plynu

Proč a jak diagnostikovat obstrukční spánkovou apnoe

I. Příhodová

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Obstrukční spánková apnoe (OSA) se vyskytuje až u 4 % dětí, zejména předškolního věku. U obézních dětí výskyt narůstá až na 50 %. Na vzniku OSA se podílejí odchylky struktury a funkce horních cest dýchacích a adenotonsilární hypertrofie. OSA je spojena s rizikem kardiovaskulárního poškození, metabolických změn, kognitivní dysfunkce, poruch chování a nálady, proto je včasná diagnostika a terapie velmi důležitá. K podezření na spánkovou apnoe vede především údaj o chrápání, přerušovaném dýchání, neklidném spánku, noční enuréze a příznacích chronické spánkové deprivace. Na hodnocení těchto údajů jsou založeny dotazníky. Pro přesnou diagnostiku je jako zlatý standard doporučována noční polysomnografie. Vzhledem k její omezené dostupnosti a náročnosti může k diagnostice sloužit také polygrafie nebo noční oxymetrie. Tato vyšetření umožňují základní objektivizaci poruchy dýchání ve spánku a její tíže, která je rozhodující pro výběr terapeutického postupu.

Podpořeno projektem Národní ústav pro neurologický výzkum (Program EXCELES, ID: LX22NPO5107) – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU; výzkumným programem Karlovy univerzity: Cooperatio Neuroscience; projektem Všeobecné fakultní nemocnice v Praze MZ ČR-RVO-VFN64165.

Poznámky

22. konference dětské pneumologie 2024: program a abstrakta

1. vyd.

Vydala AMCA, spol. s r. o., Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2, v roce 2024

Vytiskl DI PRINT, Ivana Jakubcová, Býkovice 7, 679 71 Lysice

ISBN: 978-80-88214-47-2