



ABSTRAKTA

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER

42. dny praktické
a nemocniční pediatrie

15.–16. května 2026

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s Dětskou klinikou FN a LF UP v Olomouci, Šancí Olomouc, o. p. s.
Mediální partner: časopis Pediatrie pro praxi

KONGRES PEDIATRŮ
A DĚTSKÝCH SESTER



42.

dny praktické
a nemocniční pediatrie

15.–16. 5. 2026
OLOMOUC

 **SOLEN**
let s vámi



Komplexní podpora organismu při oslabené imunitě, nachlazení i dysbalanci střevního mikrobiomu



STOPKAŠEL od 1 roku zdravotnický prostředek*

- Jedinečná směs 5 bylinných extraktů a **beta-glukanů** pro děti již od 1 roku.
- Jeden sirup na **suchý i vlhký kašel** s cílenou podporou **imunity** a příjemnou chutí.



NEOBabiotics doplňek stravy

- Unikátní komplex **tří probiotických kmenů** pro podporu správného **vývoje střevního mikrobiomu**.
- Pro děti již od narození.



STOPKAŠEL od 3 let zdravotnický prostředek*

- Originální multibylinný sirup s unikátním **extraktem z boswellie**, který významně zvyšuje a rozšiřuje účinnost klasických bylin.
- Jeden sirup na **suchý i vlhký kašel** usnadňuje léčbu i spolupráci pacienta.



Laktobacily JACK LAKTOBACILÁK doplňek stravy

- Pro každodenní **podporu imunity a střevního mikrobiomu** v podobě chutných žvýkacích tablet pro předškoláky a školáky.
- Obsahuje probiotika, vitaminy D3, C, selen, prebiotikum inulin a digestivum fenylkl.

Fytoterapie má dnes významné místo v léčbě infekcí horních cest dýchacích i v podpoře imunity a rovnováhy střevního mikrobiomu.

Je dobře tolerována, lze ji kombinovat s léčivými a pokud je nasazena ihned v začátku, **může mít významný vliv na celkový průběh léčby.**

www.simply-you.eu

PROGRAM – pátek 15. května 2026 / LÉKAŘI

9.00 ZAHÁJENÍ

9.05–10.05 VYZVANÉ PŘEDNÁŠKY

odborný garant prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

- **Dlouhodobé výsledky intervenční léčby vrozených srdečních vad v dětství** – prof. MUDr. Václav Chaloupecký, CSc. (25' + 5')
- **Precizní medicína v pediatrii: Jak genetika posouvá hranice diagnostiky a terapie vzácných nemocí** – doc. MUDr. Josef Srovnal, Ph.D. (25' + 5')

10.05–10.35 PŘESTÁVKA

10.35–11.35 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Optimalizace příjmu hořčíku a vitamínu B6 u dětí: význam pro zdraví a vývoj** – Štorková A. (15')
(Přednáška podpořena společností Opella Healthcare Czech s. r. o.)
- **Vosoritide: naděje pro děti s achondroplazií** – Šumník Z. (20')
(Přednáška podpořena společností Biomarin Europe Ltd.)
- **Co je nového v asthma a alergiích** – Slisz T. (15')
(Přednáška podpořena společností Immunoglukan s. r. o.)

11.35–12.40 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

12.40–14.00 DĚTSKÁ INFEKTOLOGIE

odborný garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

- **Naše zkušenosti s epidemií virové hepatitidy A** – Kovandová A. (15' + 5')
- **Méně obvyklí původci aseptických meningitid** – Kukrálová L. (15' + 5')
- **Infekce HIV aktuálně a specifika v pediatrii** – Kubiska M. (15' + 5')
- **Chřipková epidemie 2025/2026 a dětský pacient** – Sedláček D. (15' + 5')

14.00–14.30 PŘESTÁVKA

14.30–15.30 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- **Přírodní podpora imunity dětí v sezóně respiračních infekcí** – Balner T. (15')
(Přednáška podpořena společností Simply You Pharmaceuticals a.s.)
- **Hemangiomy – diferenciální diagnostika a léčba** – Václavíková V. (20')
(Přednáška podpořena společností Pierre Fabre s. r. o.)
- **Cesta ke zmírnění kumulativní zátěže dětí s atopickou dermatitidou pomocí dupilumabu** – Horažďovský J. (15')
(Přednáška podpořena společností Sanofi s. r. o.)

15.30–15.50 ADENOTOMIE V RÁMCI JEDNODENNÍ CHIRURGIE VE FN OLMOUC Z POHLEDU ORL A PEDIATRA

- MUDr. Zuzana Mateášiková (10')
- MUDr. et Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D. (10')

15.50–16.10 PŘESTÁVKA

16.10–17.40 ALERGO-IMUNOLOGICKÝ BLOK

odborný garant prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

- **Současný pohled na volbu dokrmu u novorozence** – Látalová V. (15')
- **Eozinofilní ezofagitida – praktický přehled pro pediatrickou praxi** – Čerňanová K., Látalová V., Karásková E., Kopřiva F. (15')
(Přednáška podpořena společností Sanofi s. r. o.)
- **Bronchiální obstrukce u dětí – orientace v akutních stavech** – Dvořák D., Kopřiva F. (15')
- **„CF v době modulátorové...“** – Zápalka M. (15')
- **Význam alergenové imunoterapie v léčbě respiračních alergií** – Látalová V. (15')

17.40 PŘEDPOKLÁDANÝ ZÁVĚR PRVNÍHO DNE KONGRESU

PROGRAM – pátek 15. května 2026 / SESTRY

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

9.00–10.40 NEONATOLOGIE DNES A ZÍTRA

garantka Mgr. et Mgr. Věra Dostalíková

- **Family centered care: Péče zaměřená na rodinu** – Hálek J. (20')
- **Předčasné propuštění novorozence** – Rellová J. (20')
- **Péče o novorozence ve FN Olomouc** – Nerudová N. E. (20')
- **Etika v neonatologii** – Dostalíková V. (30')
- **Návaznost péče o děti s vývojovým rizikem z perinatálních příčin** – Navrátilová P. (10')

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–13.10 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTI VE VYBRANÝCH CHIRURGICKÝCH OBORECH

garantka Bc. Hana Dědochová

- **Perioperační podání tekutin per os** – Vinkler M. (20')
- **Chlapec od přehrady** – Coufalová J., Svěchovská K., Hlávková M. (20')
- **Mezi empatií a frustrací** – Daňková Danielová B., Meščanová J. (20')
- **Specifika ošetrovatelské péče u dětí s orofaciálními rozštěpy** – Středanská M. (20')
- **Co se může stát v nemocnici a doma** – Krausová M. (20')
- **Dětské popáleniny: kazuistika a zkušenosti z praxe** – Otrubová V. (20')

13.10–14.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

14.00–15.10 **IP** SYNERGIE V PEDIATRII – CO NÁM CHCETE ŘÍCT... NA CO SE CHCEME ZEPTAT

garantka Mgr. Světlana Kašubová

- **Kriticky nemocné dítě aneb kdy volat lékaře a co dělat?** – Rohanová M., Přivřel Z. (30')
- **Péče o i. v. vstupy** – Douglas M., Táborská P., Galková M., Komárková S. (20')
- **Když léková forma pláče** – Voláková J. (20')

15.10–15.40 PŘESTÁVKA

15.40–16.10 SYMPOZIA

- **Co je nového v asthma a alergiích** – Slisz T. (15')
(Přednáška podpořena společností Imunoglukan s. r. o.)
- **RSV infekce se týká všech kojenců** – Pekárková M. (15')
(Přednáška podpořena společností Sanofi s. r. o.)

16.10–17.10 PSYCHOSOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

garantka Eva Hůlková

- **Hlas dítěte a advokacie v paliativní péči** – Šaňáková Š., Kalianko R. (30')
- **Změna (Ostružná 2026)** – Hůlková E. (15')
- **Specifika doprovázení křesťanských rodin** – Medková P., Vojáková V. (15')

17.10 PŘEDPOKLÁDANÝ ZÁVĚR PROGRAMU SESTERSKÉ SEKCE

PROGRAM – sobota 16. května 2026 / LÉKAŘI

9.00–10.15 VYBRANÉ KAZUISTIKY Z PRAXE

odborná garantka prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.

- **Polyartikulární JIA u batolete – čím nás může pacientka/rodina překvapit?** – Čimborová O., Dendisová T., Duranziová A., Ďuranová T., Majc P., Bouchalová K., Mihál V., Šubová D. (15')
- **Když se ITP a AIHA vyvinou do jiné nemoci** – Gronych D. (15')
- **Sjögrenova nemoc: od nenápadných projevů až po těžký systémový zánět** – Bouchalová K. (15')
- **XLH – vzácné onemocnění, pro které máme léčbu** – Frydrychová L., Bouchalová K., Flögelová H. (15')
(Přednáška podpořena společností Swixx Biopharma s. r. o.)
- **Komplikovaná legionelová pneumonie** – Valenta J. (15')

10.15–10.35 PŘESTÁVKA

10.35–11.35 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- **Výsledky léčby giant névů** – Zálešák B. (15')
- **Specifika hodnocení postnatálního růstu u předčasně narozených novorozenců a dětí s fetální růstovou restrikcí** – Wita M. (15')
- **Duševní onemocnění dětí – od diagnózy ke kauzalitě, léčbě a vizi** – Grambal A. (20')

11.35–12.00 PŘESTÁVKA

12.00–13.20 ANTIBIOTICKÁ TERAPIE V AMBULANTNÍ PRAXI: PŘEHLED A MOTOLSKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY

odborný garant MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

- **Základy racionální antibiotické terapie v ambulanci** – Trojánek M. (15' + 5')
- **Jak předepisujeme antibiotika v primární péči?** – Wagner L. (15' + 5')
- **Doporučený postup antibiotické léčby u dětských pacientů** – Štefan M. (15' + 5')
- **Antibiotická preskripce na dětském urgentním příjmu: zkušenosti z praxe** – Müllerová-Dissou J. (15' + 5')

13.20 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

TIRÁŽ

KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER 42. dny praktické a nemocniční pediatrie

15.–16. května 2026 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Dětskou klinikou FN a LF UP v Olomouci, Šancí Olomouc, o. p. s.

Mediální partner

časopis *Pediatric pro praxi*

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Organizační zajištění: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Kolbingerová, 773 779 632, kolbingerova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch a satelitních symposií: Daniela Stojanovská, 721 603 709, stojanovska@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Aneta Dřešová, deresova@solen.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 11 kredity pro lékaře.



Vydavatel: Solen, s. r. o., IČ 25553933

Tisk: Trifox, s. r. o., Šumperk

ISSN 1803-5892

ISBN 978-80-7471-576-1

Programový výbor

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSC.
doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.
prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.
Mgr. Světlana Kašubová

LÉKAŘSKÁ SEKCE / PÁTEK

Vyzvané přednášky

odborný garant prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

pátek / 15. května 2026 / 9.05–10.05 hod.

Dlouhodobé výsledky intervenční léčby vrozených srdečních vad v dětství

prof. MUDr. Václav Chaloupecký, CSc.

Dětské kardiocentrum, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

V přednášce budou shrnuty časné a dlouhodobé výsledky intervenční léčby vrozených srdečních vad (VSV) v Dětském kardiocentru. V letech 1977–2024 bylo provedeno u 19 120 dětí celkem 7 027 intervenčních srdečních katetrizací a 17 182 kardiochirurgických operací. Časná pooperační úmrtnost se v posledních 20 letech pohybuje kolem 1 %.

Dlouhodobá prognóza byla hodnocena u 13 348 dětí narozených s VSV v letech 1978–2020, u kterých bylo provedeno ve stejném časovém období celkem 14 408 kardiochirurgických operací a 4 565 intervenčních srdečních katetrizací. Pravděpodobnost přežití za 10, 20, 30 a 40 let po 1. intervenci byla ve skupině 4 419 jedinců s komplexními VSV 84,8 %, 82,5 %, 79,4 % a 77,7 % a ve skupině 8 929 jedinců s jinými VSV 96,2 %, 95,1 %, 93,9 % a 91,9 % (HR 3,8; CI 3,4–4,3; $p < 0,001$). K 31. 12. 2020 žilo v České republice po kardiovaskulární intervenci v Dětském kardiocentru celkem 5 915 dětí a 6 263 dospělých, z nichž komplexní VSV mělo 1 868 (31,6 %) dětí a 1 796 (28,7 %) dospělých.

Závěr: v souvislosti s výbornými výsledky léčby VSV u dětí přibývají v České republice dospělí po kardiovaskulárních intervencích komplexních vrozených srdečních vad. Dispenzarizace a sledování těchto jedinců ve specializovaných centrech pro dospělé s vrozenou srdeční vadou jsou nezbytné.

Precizní medicína v pediatrii: Jak genetika posouvá hranice diagnostiky a terapie vzácných nemocí

doc. MUDr. Josef Srovnal, Ph.D.

Ústav lékařské genetiky, Lékařská fakulta Univerzity Palackého

a Fakultní nemocnice Olomouc

Ústav molekulární a translační medicíny, Lékařská fakulta Univerzity Palackého

a Fakultní nemocnice Olomouc

Pokroky v molekulární genetice a genomice zásadně mění diagnostiku i léčbu řady pediatrických onemocnění. Moderní technologie, jako cílené panelové, celoexomové a celogenomové sekvenování, dnes umožňují identifikovat příčinu řady dříve nevysvětlitelných klinických stavů, zejména neurovývojových poruch, vrozených vad, metabolických onemocnění, poruch krvetvorby či primárních imunodeficiencí. Včasné genetické vyšetření může zásadně ovlivnit prognózu dítěte, umožnit zahájení kauzální či cílené terapie a nastavit specifický režimový či dietní postup.

Přednáška představí praktické situace, ve kterých by měl pediatr na genetickou etiologii onemocnění pomýšlet, a nabídne doporučení, jak správně indikovat genetická vyšetření tak, aby byla maximalizována jejich diagnostická výtěžnost. Zaměří se na interpretaci nálezů, komunikaci s rodinami a význam multidisciplinární spolupráce. Současně budou diskutovány moderní terapeutické možnosti, včetně enzymové substituce, nízkomolekulárních léčiv, RNA-terapie a dostupných genových terapií, které již vstupují do klinické praxe.

Cílem je poskytnout pediatriům přehled srozumitelných a prakticky využitelných informací, které jim usnadní orientaci v rychle se rozvíjející oblasti precizní genomické medicíny a podpoří rychlejší cestu jejich pacientů k přesné diagnóze a cílené léčbě.

1. Úvod: Proč dnes genetika zásadně mění pediatrii

- Exploze poznatků – genomické technologie, bioinformatika, nové léčebné modalitty.
- Vzrůstající dostupnost celogenomových a celoexomových vyšetření.
- Dopad na běžnou praxi pediatra: časnější diagnózy, personalizovaná péče, prevence komplikací.

2. Kdy myslet na genetické onemocnění v primární péči

- Varovné signály:
 - Dysmorfické rysy, malformace, růstové odchylky.
 - Neurovývojová zpoždění, epilepsie, autismus.
 - Opakované nevysvětlitelné infekce (imunodeficiency).
 - Metabolické krize, selhání prospívání.
 - Rodinná anamnéza: časná úmrtí, opakované potraty, výskyt vzácných chorob.
- Praktická doporučení: kdy odeslat na klinickou genetiku.

3. Moderní diagnostické technologie – co pediatr potřebuje vědět

a) Molekulární analýzy

- **Cílené genové panely** – první volba u klinicky definovaných jednotek (např. epilepsie, kardiomyopatie, primární imunodeficiency).
- **Celoexomové sekvenování (WES)** – vyšší diagnostický výtěžek, vhodné u nespecifických fenotypů.
- **Celogenomové sekvenování (WGS)** – detekce strukturálních variant, CNV, intronových a regulačních mutací.
- **Mitochondriální sekvenování** a problematika heteroplazmie.

b) Cytogenetika a genomika

- **Array-CGH / SNP array** – mikrolečiční a mikroduplikační syndromy.
- Karyotyp – stále význam u velkých chromozomových aberací.

c) Funkční diagnostika

- Metabolické testy, enzymové aktivity, transkriptomika u vybraných onemocnění.
- Validace variant nejasného významu (VUS) – proč někdy trvá stanovení diagnózy.

d) Praktické aspekty odběru a indikace

- Jaký materiál a kdy odeslat (krev, sliny, fibroblasty).
- Důležitost fenotypizace – kvalitní žádanka zvyšuje diagnostikovanost.
- Časová náročnost a limity metod.

4. Jak interpretovat genetické nálezy – co říci rodičům

- Výsledky: patogenní varianta vs. VUS vs. benigní nález.
- Penetrance a variabilní exprese.
- Rozdíl mezi prenatalní, preimplantační a postnatální genetikou.
- Etické aspekty: náhodné nálezy, genetické testování sourozenců.

5. Terapeutické pokroky – co je reálně dostupné pro pediatrické pacienty

a) Přesná (targeted) léčba podle molekulární příčiny

- **Enzymová substituční terapie** (např. Gaucher, Pompe, Fabry, MPS).
- **Substrátová inhibiční terapie.**
- **Malé molekuly** modifikující funkci proteinu (např. CFTR modulátory u cystické fibrózy).
- **RNA terapie** (antisense oligo – např. nusinersen u SMA).
- **Léčba podle genotypu u epilepsií** (SCN1A, GLUT1).

b) Genová a buněčná terapie

- Principy AAV a lentivirových terapií.
- Schválené terapie: SMA (onasemnogene abeparvovec), některé imunodeficience, dědičné retinopatie.
- Reálné limity: cena, dostupnost, dlouhodobé výsledky.

c) Dietní a režimová opatření u metabolických onemocnění

- Ketogenní dieta, fenylketonurie, defekty beta-oxidace.
- Význam compliance a monitoringu.

6. Role pediatra po stanovení genetické diagnózy

- Koordinace multidisciplinární péče.
- Screening komplikací (kardiologické, renální, neurologické, endokrinologické).
- Dlouhodobé sledování vývoje dítěte.
- Edukace rodiny, sociální a psychologická podpora.

7. Genetické testování v budoucnosti

- Newborn genomic screening – možné scénáře.
- Polygenové skóre a personalizovaná prevence (zatím experimentální).
- Integrace genomiky do běžné pediatrické praxe.

8. Praktické kazuistiky

- Kazuistika 1: dítě s nespecifickým neurovývojovým opožděním → diagnostika WES → cílená terapie.
- Kazuistika 2: recidivující infekce → panel primárních imunodeficiencí → genová léčba.
- Kazuistika 3: metabolická dekompenzace → urgentní diagnostika → dietní opatření.

9. Shrnutí pro praxi

- Myslet na genetickou etiologii dříve.
- Indikovat správné testy a kvalitní žádanky.
- Pochopit, že genetický nálezn může znamenat léčbu, prognózu i prevenci.
- Genetik je partner pediatra, nikoliv „konečná stanice“.

Aktuality v pediatrii

pátek / 15. května 2026 / 10.35–11.35 hod.

Optimalizace příjmu hořčíku a vitamínu B6 u dětí: význam pro zdraví a vývoj

Ing. Mgr. Anna Štorková

Nutriční terapeutka

Adekvátní příjem hořčíku je jedním z významných faktorů ovlivňujících zdravotní stav a vývoj dětského organismu. Tato esenciální minerální látka se podílí jako kofaktor na stovkách enzymatických reakcí – uplatňuje se například v regulaci nervosvalové činnosti, metabolismu sacharidů nebo v rámci udržení kostní integrity. V období růstu má jeho dostatečný přísun význam mimo jiné pro rozvoj kognitivních funkcí.

Riziko jeho nedostatečného příjmu je zvýšené zejména u dětí s poruchami příjmu potravy (včetně ARFID). Dále také u jedinců s ADHD či poruchami autistického spektra, kde se často vyskytuje selektivní stravování. Například vhodně zvolená kombinace hořčíku s omega-3 mastnými kyselinami a zinkem může přispět ke zlepšení pozornosti a spánkového režimu.

Nicméně účinný přístup vyžaduje komplexní a mezioborovou spolupráci, především propojení cílené nutriční intervence s pediatrickou péčí. Nedílnou součástí je také edukace celé rodiny, jelikož rodinné prostředí zásadně ovlivňuje vznik a formování stravovacích návyků dítěte.

Před zahájením případné suplementace je nezbytné provést komplexní zhodnocení zdravotního a nutričního stavu dítěte, zahrnující detailní anamnézu, analýzu jídelníčku i posouzení fyzického a mentálního vývoje. Klíčová je nejen spolupráce mezi jednotlivými odborníky, ale také aktivní zapojení rodičů do celého procesu péče.

Co je nového v asthma a alergiích

MUDr. Tomáš Slisz

Imunologie a alergologie, klinika Gennet, Praha

Přednáška shrnuje nejnovější poznatky v oblasti astmatu a alergických onemocnění se zaměřením na pediatrickou populaci a jejich praktickou implementaci do klinické praxe. Vychází z aktuálních doporučení včetně Global Initiative for Asthma 2025 a recentních studií posledních let. V oblasti astmatu bude diskutován posun v diagnostice, zejména zavedení jasně definovaných klinických kritérií u dětí ≤ 5 let, racionální využití biomarkerů a moderní terapeutické strategie klasické i biologické léčby. V části věnované alergologii budou shrnuty novinky v časné diagnostice alergických onemocnění, význam molekulární alergologie (component-resolved diagnostics), vývoj v alergenové imunoterapii včetně sublinguálních forem a možnosti prevence alergií v dětském věku. Diskutován bude rovněž vliv environmentálních faktorů, změny klimatu a expozice alergenům na vývoj a kontrolu onemocnění. Cílem přednášky je poskytnout pediatrům přehled aktuálních trendů s důrazem na jejich praktické využití, vedoucí ke zlepšení kontroly onemocnění, snížení rizika exacerbací a optimalizaci dlouhodobé prognózy dětských pacientů.

Dětská infektoologie

odborný garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

pátek / 15. května 2026 / 12.40–14.00 hod.

Naše zkušenosti s epidemií virové hepatitidy A

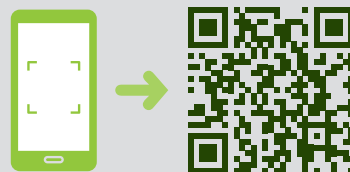
MUDr. Alena Kovandová

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN Plzeň a LF v Plzni UK







Hepatitida A představuje v České republice stále aktuální zdravotnický problém. Její význam opět narůstá od roku 2024, kdy byl zachycen první výrazný vzestup počtu nakažených v ČR. Od té doby probíhá současná epidemie hepatitidy A. Tato skutečnost se rovněž dotkla i naší kliniky, zaznamenali jsme nárůst počtu pacientů s touto diagnózou. V roce 2024 bylo na naší klinice hospitalizováno celkem 12 pacientů (z toho 1 dítě). V roce 2025 vzrostl počet na 73 hospitalizovaných (z toho 14 dětí).

U dětí hepatitida A probíhá zpravidla lehce, s nenápadnými převážně gastrointestinálními příznaky. Ikterická forma se vyvine jen u 10 % nemocných. Nicméně i mezi dětskou populací jsme zachytili těžší případy hepatitidy A, které budeme demonstrovat na jednotlivých kazuistikách. U jednoho nezletilého jsme zaznamenali relaps a protrahovaný průběh hepatitidy A současně s reaktivací EBV infekce.

I za první 4 měsíce roku 2026 je hepatitida A častá hospitalizační diagnóza na naší klinice. Dochází k jejímu šíření mezi rizikovou skupinu narkomanů, což se bohužel týká i adolescentů a mladých dospělých. Jeden dospělý pacient v roce 2026 u nás na hepatitidu A zemřel.



POD TÍMTO QR KÓDEM NAJDETE

-  **Sborník abstrakt** v digitální podobě
-  **Anketu** k on-line vyplnění
-  **Formulář pro dotazy přednášejícím**
-  **Program konference, Další vzdělávací akce...**
-  **Handouty**
-  **Vybrané prezentace přednášek**



DOBRÝ ANDĚL

BUĎTE s námi
DOBRÝM
ANDĚLEMPři odchodu
z této akce
vraťte
visačkuza 1 visačku
SOLEN věnuje 10 Kčnadaci www.dobryandel.czKaždá vrácená visačka
je recyklována a opět použita
Více informací o tomto projektu
najdete na www.solen.czV roce 2025 jsme díky vám
přispěli částkou 30 000 Kč
nadaci Dobry andel.

Méně obvyklí původci aseptických meningitid

MUDr. Lenka Kukrálová

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN Plzeň

Formou krátkých kazuistik předkládáme několik méně častých původců aseptických meningitid.

První kazuistika je věnována 20leté dívce, která byla přeložena z městské nemocnice pro prokázanou aseptickou meningitidu doprovázenou EP paroxysmem, kdy vstupně běžným laboratorním vyšetřením krve a mozkomíšního moku nebyla etiologie objasněna. Následně bylo provedeno kompletní sérologické vyšetření s výsledkem suspektně probíhající epidemické parotitidy, dívka byla ale kompletně bez typických příznaků svědčících pro parotitis epidemica. Proto doplněno vyšetření přímého průkazu viru z likvoru metodou PCR s pozitivním výsledkem. Hospitalizace dívky se dále nekomplikovala, došlo k plné úzdavě. Aseptická meningitida při příušnicích je známou komplikací, většinou se rozvíjí za 7–10 dnů po vzniku otoku první slinné žlázy, vzácně jako první příznak, či naopak až po vymizení otoku příušních žláz. Čistě parotitická meningitida bez jiných klinických projevů příušnic je raritní.

Druhá kazuistika se zabývá tříletou dívkou, která byla přijata pro náhle vzniklou periferní parézu lícního nervu vpravo, současně makulózní splývající exantém na končetinách. Likvorový nález odpovídal aseptické meningitidě. V diferenciální diagnostice byla jako první zvažována neuroborelióza, proto indikována antibiotická terapie cefalosporinem 3. generace, nicméně nedošlo k očekávanému efektu léčby, navíc dostupnými metodami vyšetření likvoru a periferní krve nebyla etiologie lymeské boreliózy spolehlivě potvrzena. Doplněno kompletní sérologické vyšetření, kde bylo vysloveno podezření na onemocnění *erythema infectiosum*, metodou PCR v likvoru byla následně tato etiologie potvrzena, antibiotická terapie byla ukončena. U dívky po proběhlé rehabilitaci došlo s odstupem 4 týdnů ke kompletní regresi parézy lícního nervu. Periferní paréza n. facialis v rámci parvovirové infekce je popisována jako velmi raritní a jsou popsány jednotky případů.

Ve třetí kazuistice se zabýváme případem 18letého chlapce, který byl přijat pro vysoké horečky a pozitivní meningeální jevy, v anamnéze rodina doplnila podstatný údaj o pobytu ve volné přírodě (vodácký kurz). Laboratorně při přijetí dominovaly vysoké zánětlivé parametry, mírná hepatopatie, ale likvorový nález odpovídal aseptické meningitidě. Léčen empiricky cefalosporinem 3. generace, krátce kortikoterapie, symptomatická léčba. Běžným vyšetřením likvoru nebyla etiologie objasněna, ale s ohledem na pobyt ve volné přírodě pomýšleno na leptospirózu. Na zavedené léčbě pacient klinicky i laboratorně zlepšen, došlo k plné úzdavě, bez neurologického deficitu. Etiologie byla potvrzena zpětně až po 7 týdnech od začátku onemocnění, a to sérologickým vyšetřením s průkazem protilátek proti *Leptospira canicola*. Vždy je nutné pomýšlet na leptospirózu u pacienta, který pobýval ve volné přírodě a má horečnaté onemocnění s meningeálními příznaky s laboratorním postižením jater a ledvin.

Poslední kazuistika se věnuje raritní herpetické meningoencefalitidě (původce HSV-1) u dosud zdravého 14letého chlapce s náhlým nástupem příznaků a následnými závažnými komplikacemi včetně rozvoje epilepsie. Mezi hlavní příznaky patří vysoké horečky, bolesti hlavy, meningeální dráždění, poruchy chování, řeči, ložiskové příznaky, čichové a chuťové halucinace. Nutná je cílená antivirová léčba do 5 dnů od prvních příznaků, kdy je poté šance na přežití až 90 %. Toto onemocnění je zatíženo vysokou pravděpodobností pozdních komplikací, mezi které patří poruchy paměti, jazykové obtíže, frontální poškození s poruchami chování, hemiparézy, epilepsie, krvácení do mozku, kognitivní retardace.

Infekce HIV aktuálně a specifika v pediatrii

MUDr. Miroslav Kubiska

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN Plzeň a LF v Plzni UK

Současná epidemiologická situace v České republice vykazuje v posledních letech vzestupný trend v počtu nově diagnostikovaných případů HIV. Podle dat Státního zdravotního ústavu k tomuto nárůstu přispívá zejména zvýšená migrace z oblastí s vyšší prevalencí a přetrvávající rizikové chování v klíčových populacích, především u mužů majících sex s muži. Ačkoliv Česko zůstává zemí s relativně nízkým výskytem infekce, rostoucí incidence a vysoký podíl pozdních záchytů (tzv. late presenters) zdůrazňují naléhavou potřebu posílení dostupnosti testování a moderní preventivní osvěty napříč všemi věkovými skupinami.

Specifickou a vysoce sledovanou skupinu představuje dětská populace, kde je management infekce výrazně odlišný od dospělých pacientů. Klíčovým faktorem je včasné zahájení antiretrovirové terapie bez ohledu na imunologické parametry, aby se předešlo nevratnému poškození vyvíjejícího se imunitního systému a podpořil se zdravý růst i neurokognitivní vývoj dítěte. Výběr léčebného režimu se u dětí řídí přísnými kritérii založenými na aktuální tělesné hmotnosti a věku, přičemž jsou upřednostňovány lékové formy s vysokou genetickou bariérou vůči rezistenci.

Od roku 1990 se v České republice narodilo více než 300 dětí matkám žijícím s HIV. Jen u několika dětí byl zaznamenán vertikální přenos HIV. Vždy šlo o nesledovanou graviditu bez potřebné zdravotnické péče.

Sdělení shrnuje aktuální epidemiologickou situaci infekce HIV a specifika dispenzarizace dětské populace s důrazem na praktické zkušenosti.

Chřipková epidemie 2025/2026 a dětský pacient

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny FN a LF v Plzni UK

Každoročně v zimních měsících probíhá v zemích střední Evropy chřipková epidemie. V ČR probíhá ve dvou vlnách (prosinec, únor-březen) a onemocní při ní až 2 miliony obyvatel, z nichž až 2 000 osob chřipce podlehnou. Lidská onemocnění jsou vyvolána chřipkovými ortomyxoviry A nebo B, které nemocní šíří kapénkami. Chřipkové viry jsou nestabilní, často vznikají bodové mutace (drift), někdy i rozsáhlejší výměny genetického materiálu, původem od zvířecích chřipkových virů (shift) za vzniku nového typu viru. Onemocnění probíhá pod obrazem akutního postižení dýchacích cest, někdy i jiných orgánů. Začíná horečkou, celkovou schváceností, suchým dráždivým kašlem, cefaleou, artralgiemi, myalgiemi, ale nebývá přítomna rýma. V chřipkové sezóně se však setkáváme i s dalšími respiračními viry, např. rhinoviry, koronaviry, RSV, metapneumoviry, adenoviry a dalšími, jejichž klinické projevy se mohou chřipce podobat, proto se taková onemocnění označují jako influenza-like illnesses (ILI). Pro rychlou diagnostiku chřipky A, B, RSV a covid-19 lze v laryngeálních či nazofaryngeálních výtěrech prokazovat antigeny (imunochromatografickými testy), případně virové genomy pomocí PCR. K léčbě chřipky se kromě symptomatické terapie užívají s úspěchem inhibitory neuraminidázy. Průběhy chřipky u dětí mohou být závažné, avšak nejtěžší průběhy a komplikace se objevují u dospělých s chronickým onemocněním dýchacích cest, kardiovaskulárního systému, metabolickými chorobami a poruchami imunity. K nejdůležitějším protiepidemickým opatřením patří každoroční očkování nově připravenou vakcínou spolu s obecnými postupy, jako je zvýšená osobní hygiena, užívání jednorázových pomůcek (ústenky, respirátory, kapesníky) a omezení účasti na hromadných akcích. Každoroční očkování rizikových osob, jejich rodinných příslušníků, ale i ošetřujícího personálu je nejdůležitějším opatřením, umožňujícím kontrolu šíření chřipky v populaci. V sezóně 2025/26 bylo ve FN Plzeň s diagnózou chřipka hospitalizováno celkem 268 osob ve věku pět dnů až 95 let. Děti do 19 let bylo hospitalizováno celkem 60 (22,4%). Délka

hospitalizace se pohybovala od jednoho do 47 dnů. Na JIP bylo léčeno 11 dětí. Oseltamivir byl indikován u 6 dětí, převážně hospitalizovaných na Klinice infekčních nemocí a cestovní medicíny. Budou diskutovány vybrané klinické případy onemocnění.

Adenotomie v rámci jednodenní chirurgie ve FN Olomouc z pohledu ORL a pediatra

pátek / 15. května 2026 / 15.30–15.50 hod.

Adenotomie v rámci jednodenní chirurgie ve FN Olomouc z pohledu ORL a pediatra

MUDr. Zuzana Mateášiková¹, doc. MUDr. Richard Salzman, Ph.D.¹,
MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D.²

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Olomouc, LF Univerzity Palackého v Olomouci

²Dětská klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci

Adenotomie (AT) je chirurgické odstranění adenoidní vegetace (nosní mandle) z klenby nosohltanu, nejčastěji prováděné u dětí ve věku 3–7 let. Mezi hlavní indikace patří chrápání, nosní obstrukce, recidivující infekce horních cest dýchacích a středouší, spánková apnoe a poruchy sluchu. Výkon se standardně provádí v celkové anestezii.

AT lze realizovat ve dvou režimech – v režimu běžné hospitalizace (BH), kdy je pacient sledován po operaci přes noc, nebo v režimu jednodenní chirurgie (JCH), kdy je pacient přijat v den operace a při nekomplikovaném průběhu propuštěn domů ještě tentýž den. Podmínkou JCH je odpovídající výběr pacienta a časová dostupnost zdravotnického zařízení. Tento přístup přináší snížení stresu pacienta i jeho rodiny a vede ke snížení nákladů na zdravotní péči.

Cílem přednášky je prezentovat zkušenosti s prováděním adenotomie v režimu jednodenní chirurgie ve FNOL z pohledu otorinolaryngologa i pediatra. Důraz bude kladen na indikační kritéria, perioperační péči a pooperační sledování, včetně správné edukace rodičů a mezioborové spolupráce.

Součástí sdělení bude také analýza operací krčních a nosních mandlí u dětí na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku FN Olomouc v průběhu let s cíleným zaměřením na problematiku jednodenní chirurgie. Prezentováno bude porovnání obou režimů z hlediska bezpečnosti a efektivity.

Alergo-imunologický blok

odborný garant prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

pátek / 15. května 2026 / 16.10–17.40 hod.

Současný pohled na volbu dokrmu u novorozence

MUDr. Vendula Látalová

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Mateřské mléko je díky optimálnímu zastoupení makro- a mikro-živin zlatým standardem výživy novorozence. V naprosté většině novorozeneckých oddělení je věnována velká pozornost podpoře kojení, především aktivitou laktačních poradkyň, aby co nejvíce novorozenců bylo propouštěno do domácího prostředí výlučně kojených. Při nedostatku

mateřského mléka lze novorozenci na nezbytně dlouhou dobu nabídnout dárcovské mateřské mléko ošetřené pasterizací (dostupné obvykle ve větších nemocnicích) nebo počáteční mléčnou formuli. V případě deletrvujících potíží s laktací a při nutnosti dokrmu i v domácím prostředí bývá výběr mléčné formule často ponechán na rodičích.

U dětí se zvýšeným rizikem alergie (např. při výskytu atopického ekzému, alergické rinitidy či astmatu u rodičů nebo sourozenců) bylo v minulosti doporučováno podávání hydrolyzovaných formulí. V současnosti sledujeme odklon od rutinního podávání částečně či extenzivně hydrolyzovaných mléčných formulí v prevenci alergických onemocnění, a to pro nedostatek důkazů podporujících jejich dlouhodobý benefit.

Pokud je u novorozence časně zavedena mléčná formule (v prvních dnech života) a dítě není dále výlučně kojené, je vhodné pokračovat v pravidelné expozici bílkovině kravského mléka a tím podpořit orální toleranci.

Eozinofilní ezofagitida – praktický přehled pro pediatrickou praxi

MUDr. Kateřina Čerňanová, MUDr. Vendula Látalová,

doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D., prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

Eozinofilní ezofagitida (EoE) je chronické, progresivní, zánětlivé, neinfekční onemocnění jícnu charakterizované přítomností eozinofilů ve sliznici jícnu. Za rizikové faktory rozvoje EoE se považuje přítomnost atopického onemocnění (atopický ekzém, astma bronchiale, potravinové alergie, alergická rýma), anamnéza atřezie jícnu a mužské pohlaví. Klinicky se toto onemocnění manifestuje ezofageální dysfunkcí, čímž rozumíme pocity obtížného polykání, pocity vážnutí sousta nebo regurgitací, nejzávažnějším příznakem je pak úplné uvíznutí sousta v jícnu, které vyžaduje endoskopickou extrakci. U kojenců a batolat jsou příznaky méně specifické, převažuje neklid způsobený bolestí v epigastriu, odmítání stravy, neprospívání, ublinkávání až zvracení po jídle. Včasně podezření na toto onemocnění následované stanovením diagnózy EoE pomůže změnit průběh tohoto zánětlivého onemocnění a předejít tak rozvoji komplikací. Chronický zánět přítomný ve stěně jícnu, není-li kontrolován léčbou, vede totiž k zánětlivé remodelaci stěny jícnu, její fibrotizaci, může vést až ke vzniku léčbou těžko ovlivnitelných striktur jícnu.

Samotná etiologie onemocnění není zcela objasněna, nevyjasněný je také přirozený vývoj onemocnění ve smyslu délky trvání léčbou navozené remise. Po roce 2000 pozorujeme výrazný nárůst incidence tohoto onemocnění, což je zapříčiněno i větším povědomím o této diagnóze a zlepšením její diagnostiky. Incidence se udává 5–20 nových případů na 100 000 obyvatel ročně. EoE se může manifestovat v jakémkoli věku – od kojenců až po dospělé. Vyšší výskyt EoE se popisuje ve věkových skupinách 5–14 let a následně u dospělých kolem 4. decenia. U chlapců je onemocnění až 3× častější než u dívek.

Klíčovým vyšetřením v diagnostice EoE je endoskopie jícnu s odběrem alespoň 6 vzorků ze dvou etází jícnu a jejich následné histologické vyšetření. Diagnózu EoE potvrzuje přítomnost alespoň 15 eozinofilů na jedno zorné pole alespoň v jednom vzorku sliznice jícnu, zároveň při absenci jiných příčin ezofageální eozinofilie.

V léčbě EoE jsou používány tři hlavní léčebné modality. Patří mezi ně inhibitory protonové pumpy, topické kortikosteroidy nebo eliminační dieta. Pro nejzávažnější formy EoE nereagující na výše zmíněné léčebné možnosti je vyhrazena možnost použití biologické léčby, konkrétně monoklonální protilátka dupilumab. Efektivní dlouhodobá léčba snižuje rozvoj komplikací. Léčba EoE bude podrobněji diskutována v přednášce.

Eozinofilní ezofagitida je onemocnění vyžadující mezioborovou spolupráci při péči o pacienta, konkrétně spolupráci gastroenterologa, alergologa-imunologa a histopatologa. Je-li volbou léčby eliminační dieta, je vhodná spolupráce i s nutričním terapeutem, u menších dětí je třeba důsledně sledovat jejich prospívání a předcházet možnému nedostatku jednotlivých nutrientů. Toto onemocnění může mít také negativní psychosociální dopad na běžný život



ANKETA

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků konference a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen.

Na závěr kongresu proběhne losování tištěné i on-line formy ankety. Vyhrát můžete zajímavé ceny.

Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými firmami.

pacientů a jejich rodin. Nezbytně nutné je také řízené předání pacientů s EoE do péče gastroenterologa a alergologa pro dospělé, což napomáhá zlepšení kontroly nad příznaky EoE, adherenci k terapii i snížení výskytu komplikací tohoto onemocnění.

Bronchiální obstrukce u dětí – orientace v akutních stavech

MUDr. Denis Dvořák, prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika FNOL a LF UP, Olomouc

Akutní bronchiální obstrukce je jednou z nejčastějších příčin akutního ošetření v dětském věku, zejména u astmatických exacerbací a sezóně respiračních infekcí jako RS viry.

Sdělení shrnuje aktuální doporučení k indikaci bronchodilatancí, systémových kortikosteroidů a podpůrné léčby u dětí s akutní obstrukcí napříč věkovými kategoriemi.

Základem terapie je časná inhalace krátkodobě působícího beta2-agonisty s možnou eskalací o anticholinergikum, při současném podání systémových kortikosteroidů u středně těžkých a těžkých exacerbací. Rozhodování ovlivňuje věk dítěte, možný atopický terén, rodinná anamnéza atopických onemocnění. Péče o akutní bronchiální obstrukci dobře shrnují doporučení pro léčbu astmatu mezinárodní doporučení GINA.

Pro další přístup je důležité rozlišovat diferencí specifických věkových kategoriích diferencíální diagnostiku. V kojeneckém věku se jedná o bronchiolitidu vs. pískoty při virových infekcích. V batolecím a předškolním věku časně projevy astmatu vs. zmíněné pískoty při virových infekcích.

„CF v době modulátorové...“

MUDr. Martin Zápalka, Ph.D.

Centrum cystické fibrózy FN a LF UP Olomouc

Nástup nových cílených léků k léčbě cystické fibrózy znamenal významný posun v péči o naše pacienty s touto diagnózou. Nejen tím, že se zcela změnila prognóza quoad vitam nově narozených dětí s touto nemocí, ale tato inovativní léčba ovlivnila rovněž velmi výrazně život našich pacientů i v jiných věkových kategoriích.

V ČR v současné době nejvíce využíváme kombinaci elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI) – preparáty Kaftrio a Kalydeco granulát a tablety. V letošním roce je nově k dispozici preparát s obsahem upravených molekul deutivacaftor/tezacaftor/vanzacaftor – Alyftrek tbl., u kterého nyní probíhá schvalovací řízení ke stanovení úhrady v ČR. Vlastní léčba cystické fibrózy CF modulátory je velmi nákladná (většinou formou tzv. paragrafu 16), a proto je také soustředěna pouze do pěti center CF v rámci České republiky.

S nástupem této terapie se ovšem objevila nová fakta, která nám změnila i pohled na vlastní podstatu nemoci – CFTR gen. Jedna z otázek, která vyvstala v souvislosti s nasazenou léčbou ETI je, proč stejná dávka léků u stejné kombinace mutací vede u jiného pacienta k rozdílným léčebným výsledkům (kontrolní potní test). Byly nalezeny tzv. komplexní mutace, kdy je genetický defekt ovlivněn i polohou dalších genů CFTR v pozici trans- nebo cis-. Tím je vlastní modulační efekt těchto léků fenotypickými změnami konformace chloridových kanálů v jednotlivých buňkách modifikován, takže každý jedinec se stejnými mutacemi může mít rozdílnou efektivitu stejné terapie.

S rozšířením CF modulační terapie u dětí se změnila také dříve standardní doporučení léčby. Co se týče výživy dětí s CF, je u prospívajících dětí s normálními hodnotami BMI a percentilů výšky a váhy na terapii ETI, preferována racionální strava odpovídající věku, zaručující optimální růst a vývoj dětského organismu než strava vysokoenergetická. Samozřejmě nadále zůstává v platnosti doporučení pravidelných kontrol vitaminů rozpustných v tucích a většinou i nadále pankreatická substitute. Současně probíhají studie (např. CFSTORM), které se zaměřují na standardy inhalační léčby u CF. Je potvrzena možnost úpravy dříve používané pravidelné

inhalační terapie, ať už snížení počtu doporučených inhalací solného roztoku za den, nebo i přímo ukončení léčby některými mukolytiky (např. Pulmozyme inh.) apod.

CF modulační léky patří mezi tzv. malé molekuly dobře pronikající do většiny kompartmentů lidského těla, včetně CNS. Mezi známé nežádoucí účinky, které již známe z preklinických studií, patří především riziko hepatopatie, rozvoje katarakty v dětském věku, nově se ale objevují zprávy i o změnách v psychickém stavu pacienta (popsáno vyšší riziko anxiózních poruch, depresí), ale také hypertenze, ledvinné postižení a další. Všechny tyto parametry je nutno nyní u dětí pravidelně sledovat v rámci prospektivního sledování pacientů na léčbě ETI.

CF modulační terapie má také riziko farmakologicky významných interakcí. Mezi léky, kde je nutno upravovat dávkování CF modulátorů ETI, je i např. klaritromycin, obecně všechny makrolidová antibiotika, ale také antimykotika a jiné – zde je nutno denní dávku ETI podle typu interakce upravit.

V současné době jsou CF modulátory indikovány pro všechny mutace genu CF vyjma mutací 1. třídy – u těchto mutací se totiž netvoří žádný protein v rámci CFTR genu, není tedy tvořen funkční chloridový kanálek, takže léky, které nyní využíváme, nemají farmakoterapeutické místo, kde by se navázaly – tyto typy mutací jsou tedy stále bez této modulační medikace. Nadále ale pokračuje výzkum i na základě genové terapie, která snad časem bude, jakožto kauzální, skutečně dostupná pro všechny naše pacienty s cystickou fibrózou.

Význam alergenové imunoterapie v léčbě respiračních alergií

MUDr. Vendula Látalová

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Alergenová imunoterapie (AIT) představuje jedinou kauzální léčebnou modalitu u alergických onemocnění, která je schopna ovlivnit přirozený průběh choroby. U dětské populace nachází své uplatnění zejména v terapii alergické rinitidy, konjunktivitidy a alergického astmatu s prokázanou IgE-mediovanou senzibilizací.

Mechanismus účinku AIT spočívá v indukci imunologické tolerance vůči specifickému alergenu, a to prostřednictvím modulace T-lymfocytární odpovědi, zvýšení produkce regulačních T-buněk a posunu od Th2 k Th1 imunitní odpovědi. Klinické studie prokazují, že AIT vede ke snížení symptomů, spotřeby farmakoterapie a zlepšení kvality života dětských pacientů. Dlouhodobý efekt přetrvává i po ukončení léčby a může přispět k prevenci rozvoje astmatu u dětí s alergickou rinitidou.

V pediatrické praxi využíváme k léčbě respiračních alergií především sublingvální alergenovou imunoterapii, a to pro dobrý bezpečnostní profil a snadnou aplikaci v domácím prostředí. Indikace k zahájení léčby musí být pečlivě zvážena s ohledem na věk dítěte, typ alergenu, závažnost obtíží a adherenci pacienta i rodiny.

Specifická alergenová imunoterapie představuje efektivní a bezpečnou léčebnou strategii v dětské alergologii. Při správné indikaci a vedení léčby může významně ovlivnit prognózu onemocnění a snížit dlouhodobou zátěž alergickými chorobami.

SESTERSKÁ SEKCE / PÁTEK

Neonatologie dnes a zítra

garantka Mgr. et Mgr. Věra Dostálíková

pátek / 15. května 2026 / 9.00–10.40 hod.

Family centered care: Péče zaměřená na rodinu

MUDr. Jan Hálek, Ph.D.

Novorozenecká JIRP a Dětská klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Péče zaměřená na rodinu (Family-Centered Care, FCC) představuje zásadní posun od tradičního paternalistického modelu k **partnerství mezi zdravotnickým týmem, pacientem a jeho rodinou**. Tento přístup stojí na respektu (každý je jiný), na otevřeném sdílení informací a zapojení rodičů do rozhodování.

Přítomnost a aktivní role rodiče může být terapeutickým prvkem, nikoliv překážkou v práci zdravotníků.

FCC prokazatelně snižuje stres u dětí a rodičů, zkracuje dobu hospitalizace a zvyšuje satisfakci zdravotníků.

Zavádění principů FCC není jednoduché, naráží na mnoho bariér (ostatně jako jakákoliv změna).

FCC není „nadstandard“, ale standard kvality péče 21. století: vede k lepším klinickým výsledkům a bezpečnějšímu prostředí pro malé pacienty.

Předčasné propuštění novorozence

Jana Rellová, DiS.

Novorozenecká JIRP, Fakultní nemocnice Olomouc

Předčasné propuštění, dvě obyčejná slova, která vzbuzují obrovské emoce napříč světem neonatologů a často i pediatriů. Podívejme se na něj podrobněji a různými úhly pohledu. Zkusme najít jeho rizika i výhody jak pro rodiče, tak i pro nás zdravotníky. Objevme potřeby i strachy na obou stranách. A snad až prozkoumáme tuto možnost ze všech stran, snad nás bude tohle slovní spojení nechávat v naprostém klidu a plné respektu. Nakonec totiž respekt a pochopení jsou přesně to, co u nás rodiče našich dětí hledají.

Péče o novorozence ve FN Olomouc

Mgr. et Bc. Naomi Ella Nerudová

Novorozenecká JIRP, Fakultní nemocnice Olomouc

Ve Fakultní nemocnici Olomouc se snažíme reflektovat nejnovější doporučení v péči o novorozence. Obzvláště si zakládáme na postupech podpořených praxí založenou na důkazech, konceptu péče zaměřené na rodinu a citlivém přístupu se zohledněním individuálních potřeb rodičů i dětí. Ačkoliv takový způsob péče pochopitelně klade vyšší nároky na personál, ráda bych vám ukázala, v kolika ohledech všechny zúčastněné strany obohacuje. Každý den nám přináší nové výzvy a připomíná, že se stále máme kam posouvat. V přednášce nabízím nejen inspiraci, ale i podněty pro vzájemné sdílení zkušeností. Koneckonců, všichni máme stejný cíl a krásné poslání – zajistit bezpečný a laskavý příchod na svět novému člověku.

„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENU

SOLENE MEDICAL EDUCATION

Etika v neonatologii

Mgr. et Mgr. Věra Dostalíková

Novorozenecká JIRP, Fakultní nemocnice Olomouc

Etická dilemata jsou nedílnou součástí každodenní praxe na novorozenecké jednotce intenzivní péče (JIP), kde se zdravotničtí pracovníci pohybují na hranici možností moderní medicíny, právního rámce a lidských hodnot. Prezentace se zaměřuje zejména na dilemata spojená se zahájením a nezahájením intenzivní péče, problematiku limitace a ukončení léčby, rozhodování v situacích závažných vrozených vývojových vad či extrémní nezralosti novorozence a otázky komunikace s rodiči v krizových situacích. Zdůrazněna bude nutnost postupovat v souladu s platnou legislativou České republiky, respektovat roli rodičů jako zákonných zástupců dítěte, zohlednit nejlepší zájmy novorozence a současně uplatňovat základní principy biomedicínské etiky – beneficenci, nonmaleficenci, autonomie (zastoupenou rodiči jako zákonnými zástupci) a spravedlnost. Závěr prezentace přináší kazuistiky z klinické praxe, na nichž budou ilustrovány konkrétní etické problémy a možnosti jejich řešení. Diskutována bude rovněž potřeba mezioborové spolupráce, etických konzilií a podpory personálu při zvládání morální zátěže.

Návaznost péče o děti s vývojovým rizikem z perinatálních příčin

Petra Navrátilová, DiS.

Společnost pro ranou péči, pobočka pro zrak Olomouc

Přednáška se zaměřuje na problematiku včasné podpory rodin dětí s neonatologickou zátěží prostřednictvím služby rané péče.

Účastníci se seznámí s možnostmi podpory Společnosti pro ranou péči, pobočka pro zrak Olomouc, u dětí předčasně narozených či s vývojovým perinatálním ohrožením či výraznější komplikací kolem porodu.

Přednáška představí konkrétní formy podpory pro dítě i rodinu, možnosti včasné stimulace zraku a význam koordinace mezi neonatologií, pediatrií a odbornými poradci rané péče.

Důraz je kladen na mezioborovou spolupráci, včasnost zásahu a dobrou orientaci rodiny v systému péče.

Ošetřovatelská péče o děti ve vybraných chirurgických oborech

garantka Bc. Hana Dědochová

pátek / 15. května 2026 / 11.10–13.10 hod.

Perioperační podání tekutin per os

MUDr. Marek Vinkler

ARO, Fakultní nemocnice Olomouc

Aktuální doporučení týkající se perioperačního příjmu tekutin per os. Praktický postup využíván v podmínkách Dětské kliniky Fakultní nemocnice Olomouc. Představení studie Eurofast z roku 2025.

Chlapec od přehrady

Bc. Jitka Coufalová, Bc. Katina Svěchovská, Mgr. Michaela Hlávková

Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče, Klinika dětského lékařství,
Fakultní nemocnice Ostrava

Polytrauma definujeme jako současně vzniklé poranění nejméně dvou tělesných systémů, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožují pacienta selháním jeho základních životních funkcí. V České republice (ČR) je ročně registrováno 1 500 až 2 000 těžkých polytraumat a z toho děti tvoří zhruba 10–15 %, to znamená, že přibližně 150–250 dětí ročně utrpí zranění ohrožující život.

V posledních desetiletích počet smrtelných nehod u dětí a dospívajících klesl. Nicméně trauma zůstává významnou příčinou úmrtí dětí a dospívajících ve vyspělých zemích, a to i přes významný pokrok v prevenci a péči. Specifikem dětského věku není jen anatomie, ale i dynamika mechanismu úrazu, která se zásadně mění, jak dítě roste a osamostatňuje se. V ČR ročně na následky úrazu zemře přibližně 100–120 dětí a typy úrazů kopírují psychomotorický vývoj např. u kojenců do 1 roku, to jsou pády z výšky (postel, přebalovací pult), u školáků to jsou dopravní nehody, sportovní úrazy (pády z výšek, cyklisté) a u adolescentů to jsou řidiči motocyklů, skokani do neznámé vody aj.

V ČR jsou úrazy stále nejčastější příčinou úmrtí dětí a dospívajících. Díky prevenci (helmy, chrániče různých částí těla, autosedačky) a špičkové péči v traumacentrech má křivka úmrtnosti klesající tendenci, ale i přes veškeré úsilí ne vždy dojde k záchraně dětského života.

Tato prezentace představí tři náročná témata v péči o takové dítě. Jedná se o samotnou lékařskou a ošetřovatelskou intervenci u chlapce v traumacentru FN Ostrava na oddělení OPRIP, diagnostiku smrti mozku a následné eticko-právní aspekty dárcovství orgánů.

Mezi empatií a frustrací

Mgr. Barbora Daňková Danielová, Bc. Jana Meščanová

Dětská klinika, FN Olomouc

Případ chlapce po sebevražedném pokusu. Prezentace popisuje náročnou péči dětských sester o chlapce, který se pokusil o sebevraždu. Péče byla z pohledu týmu velmi náročná i přes výbornou spolupráci rodiny. Tento případ ilustruje konflikt mezi profesionální empatií a emočním vyhořením pečovateli při práci s nekooperativními pacienty v pediatrii.

Specifika ošetřovatelské péče u dětí s orofaciálními rozštěpy

Martina Středanská

Oddělení plastické chirurgie, KDCHOT, FN Brno

Moderní medicína dává možnost díky moderním technologiím, prenatalní diagnostice a zkvalitnění péče přežít dětem, které by v minulosti neměly šanci na přežití.

Péče o tyto pacienty je multidisciplinární, systematická a dlouhodobá, proto v naší nemocnici funguje od roku 2019 tým v rámci Rozštěpového centra.

Téma orofaciálních rozštěpů je v dnešní době stále aktuální a nemělo by zůstat tabu jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost.

Přednáška se zaměřuje na nejčastěji operované rozštěpové vady obličeje, jejich operační řešení, pooperační péči, doporučenou stravu a harmonogram kontrol u dalších specialistů.

Co se může stát v nemocnici a doma

Ing. Marie Krausová

Klinika popálenin a plastické chirurgie, FN Brno

Tato práce se zabývá ošetřením popáleniny, která vznikla při vyšetření v magnetické rezonanci a druhá po paravazálním podání infúze.

Zmíním možnosti terapie a bezpečnostních opatření, která sice mohou být dodržena, ale k selhání lidského faktoru může dojít mimo nemocnici.

Dále uvedu pár příkladů úrazů z domácnosti a kauzu týraného dítěte.

Cílem přednášky je upozornit na nebezpečí, které může vzniknout při běžném životě.

Výsledky z praxe ukázaly, že vyšší čas strávený s dětmi je vždy rizikový a mnohé situace jsou opravdu nepředvídatelné.

Naopak proti tomu stojí kauza zanedbaného dítěte, které muselo být odebráno z péče rodičů.

Dětské popáleniny: kazuistika a zkušenosti z praxe

Mgr. Veronika Otrubová

Ústav zdravotnických věd, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Přednáška je zaměřena na problematiku popáleninového traumatu u dětských pacientů se zaměřením na specifika ošetrovatelské péče. V úvodu jsou stručně představeny nejčastější příčiny vzniku popálenin u dětí, zejména opaření horkou tekutinou, kontakt s horkými předměty a úrazy elektrickým proudem. Dále je popsána klasifikace popálenin podle hloubky a rozsahu postižení a specifika ošetrovatelské péče, která ovlivňují průběh poranění i léčby. Součástí přednášky jsou také základní zásady první pomoci a význam včasného a správného ošetření v přednemocniční péči.

Hlavní část přednášky tvoří kazuistika chlapce s rozsáhlým popáleninovým traumatem o rozsahu 50 % TBSA, stupně IIb–III. Je popsán vznik úrazu, přijetí pacienta a průběh intenzivní léčby během hospitalizace. Pozornost je věnována také roli ošetrovatelského personálu, monitoraci pacienta, péči o popáleninové rány a prevenci komplikací. V závěru je zmíněno sledování pacienta po propuštění, včetně dlouhodobé péče, rehabilitace a psychologické podpory. Přednáška zároveň zdůrazňuje význam prevence popálenin v dětském věku a edukace rodičů.

Synergie v pediatrii – Co nám chcete říct ... na co se chceme zeptat

garantka Mgr. Světlana Kašubová

pátek / 15. května 2026 / 14.00–15.10 hod.

Kriticky nemocné dítě aneb kdy volat lékaře a co dělat?

MUDr. Marie Rohanová, MUDr. Zdeněk Přivřel

Dětská klinika, FN Olomouc

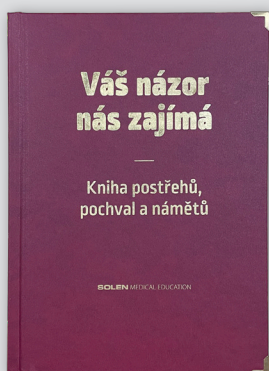
Rozpoznání kriticky nemocného dítěte je klíčovou dovedností zdravotnických pracovníků. Dětský organismus má odlišné fyziologické reakce než dospělý a zhoršení stavu může nastat velmi rychle, proto je nutné znát varovné příznaky a systematický postup vyšetření, který může při včasné intervenci zabránit selhání vitálních funkcí.



**HLASOVÁNÍ
V BLOKU
SYNERGIE
V PEDIATRII...**



**NASKENUJTE
A MŮŽETE
HLASOVAT.**



Zastavte se u našeho SOLEN stánku a napište nám prosím své postřehy, pochvaly či náměty.



Děkujeme, že nám pomáháte dělat odborné akce smysluplnější.

SOLEN MEDICAL EDUCATION

Péče o i. v. vstupy

Mgr. Martina Douglas, Bc. Petra Táborská, Mária Galková, Simona Komárková
Klinika kardiovaskulární a transplantační chirurgie, FNOL

Infuzní terapie je nedílnou součástí léčebného procesu u řady onemocnění. Aby tato léčba probíhala bezpečně, je nutné pacientovi zajistit vhodný žilní vstup, který bude zohledňovat následující parametry: stav žilního řečiště, charakteristiku podávaných léčiv, délku terapie, prostředí, ve kterém bude léčba probíhat a přání pacienta. Celosvětovým trendem organizací (Gavecelt, WOCOVA, AVA, SPPK), které se věnují vaskulárním vstupům, je ochrana cévního systému pacientů zavedením správného vstupu, ve správný čas, kompetentním personálem a vysoce profesionální následnou péčí o tyto katetry.

Cílem sdělení je podělit se o nové informace, zkušenosti a produkty, týkající se žilních vstupů.

Když léková forma pláče

PharmDr. Jindřiška Voláková

Oddělení klinické farmacie FN Olomouc

Podávání léčiv u pediatrických pacientů je často komplikováno nedostupností vhodných lékových forem nebo sil určených pro dětskou populaci, specifickou situací představuje také podávání léčiv do enterálních sond. V klinické praxi proto nutně dochází k nestandardní manipulaci s lékovými formami – k drcení tablet, otevírání tobolek, rozpouštění či suspendování pevných lékových forem apod. Tyto postupy mohou v některých případech významně ovlivnit výsledný efekt i bezpečnost farmakoterapie a při podání sondou mohou vést k technickým problémům při aplikaci (okluze sondy).

Sdělení se zaměří na hlavní farmaceutické a klinické aspekty manipulace s lékovými formami při enterálním podávání léčiv. Diskutovány budou základní skupiny léčiv, u kterých je nestandardní úprava lékové formy problematická či riziková – např. lékové formy s řízeným uvolňováním, enterosolventní formy včetně inhibitorů protonové pumpy, měkké želatinové tobolky s tekutým obsahem, léčiva s vysokou sorpcí na povrchy sond. Zároveň budou nastíněna řešení a alternativy, které lze v klinické praxi využít.

Sympozia

pátek / 15. května 2026 / 15.40–16.10 hod.

Co je nového v asthma a alergiích

MUDr. Tomáš Slisz

Imunologie a alergologie, klinika Gennet, Praha

Přednáška shrnuje nejnovější poznatky v oblasti astmatu a alergických onemocnění se zaměřením na pediatrickou populaci a jejich praktickou implementaci do klinické praxe. Vychází z aktuálních doporučení včetně Global Initiative for Asthma 2025 a recentních studií posledních let. V oblasti astmatu bude diskutován posun v diagnostice, zejména zavedení jasně definovaných klinických kritérií u dětí ≤ 5 let, racionální využití biomarkerů a moderní terapeutické strategie klasické i biologické léčby. V části věnované alergologii budou shrnuty novinky v časně diagnostice alergických onemocnění, význam molekulární alergologie (component-resolved diagnostics), vývoj v alergenové imunoterapii včetně sublinguálních forem a možnosti prevence alergií v dětském věku. Diskutován bude rovněž vliv environmentálních faktorů, změny klimatu a expozice alergenům na vývoj a kontrolu onemocnění. Cílem přednášky je poskytnout pediatrům přehled

aktuálních trendů s důrazem na jejich praktické využití, vedoucí ke zlepšení kontroly onemocnění, snížení rizika exacerbací a optimalizaci dlouhodobé prognózy dětských pacientů.

Psychosociální a spirituální aspekty paliativní péče

garantka Eva Hůlková

pátek / 15. května 2026 / 16.10–17.10 hod.

Hlas dítěte a advokacie v paliativní péči

Mgr. Šárka Šaňáková, Ph.D.¹, Mgr. Roman Kalianko²

¹Ústav ošetřovatelství, FZV UP Olomouc

²Berlička, z. s., Olomouc; Podpůrný a paliativní tým FN Olomouc

Příspěvek otevírá téma hlasu dítěte v pediatrické paliativní péči v situacích, kdy rozhodování o léčbě a péči zasahuje celou rodinu a nebývá snadné ani pro odborníky. Vedle právního a etického rámce se zaměřuje také na každodenní realitu, v níž se možnosti participace dítěte setkávají s nejistotou, emocemi, obavami a limity konkrétní situace. Prostřednictvím skutečného příběhu ukazuje, že hledání toho, co je v nejlepším zájmu dítěte, není pouze otázkou pravidel, ale také citlivého naslouchání, vztahu a odvahy vést obtížné rozhovory. Sdílená zkušenost přibližuje, jak složité může být vyvažování hlasu dítěte, role rodičů a odpovědnosti zdravotníků i dalších pomáhajících profesí. Příspěvek tak nabízí nejen odborný pohled na advokacii dítěte, ale i prostor pro hlubší zamyšlení nad tím, co v praxi znamená dítě skutečně slyšet.

Změna (Ostružná 2026)

Eva Hůlková

Dětská klinika, FN Olomouc

Cílem sdělení je identifikovat a popsat hlavní směry a rozměry změn, které pozůstalí rodiče reflektují. Vychází z autentických výpovědí rodičů, kteří prošli procesem doprovázení a následnou ztrátou dítěte, a to jak v rámci individuálních konzultací, tak při skupinových setkáních.

Specifika doprovázení křesťanských rodin

Mgr. Pavla Medková, Mgr. Vendula Vojáková

Dětská klinika, FN Olomouc

Vliv víry na odžívání ztráty dítěte. Zamyšlení nad funkcí víry v paliativní péči.

LÉKAŘSKÁ SEKCE / SOBOTA

Vybrané kazuistiky z praxe

odborná garantka prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.
sobota / 16. května 2026 / 9.00–10.15 hod.

Polyartikulární JIA u batolete – čím nás může pacientka/rodina překvapit?

MUC. Olga Čimborová, MUC. Terezie Dendisová, MUC. Alena Duranziová,
MUC. Tatiana Ďuranová, MUC. Patrik Majc, prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.,
prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., RNDr. Dana Šubová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Juvenilní idiopatická artritida (JIA) je chronické autoimunitní onemocnění, které vzniká u dětí před 16. rokem věku. Polyartikulární forma postihuje pět a více kloubů během prvních šesti měsíců od začátku onemocnění.

Metody: Popisujeme případ 2,5leté dívky s časným nástupem polyartikulární JIA, u které bylo postiženo více než 20 kloubů. Diagnostický postup zahrnoval anamnézu, klinické vyšetření, laboratorní screening a vyloučení jiných onemocnění. U pacientky byla indikována biologická léčba s cílem navodit klidový stav onemocnění.

Výsledky: První příznaky (bolesti a otoky kolen a hlezen) se objevily dle rodičů v létě 2025, přičemž diagnóza byla stanovena s odstupem dvou měsíců. Fyzikální nález ukázal výrazné otoky drobných kloubů rukou, omezenou hybnost zápěstí, postižení kloubů DKK a neschopnost chůze (dítě se pouze plazilo). Laboratorně byla zjištěna vysoká zánětlivá aktivita (CRP 76,7 mg/l, FW 128/h), anémie (Hb 99 g/l), pozitivita ANA, HLA-B27 a pozitivní test T-SPOT. Terapeuticky byla ihned zahájena aplikace NSAIDs, po vyloučení infekce atypickými patogeny, boreliemi a streptokoky podány intraartikulární kortikosteroidy (i. a. KS) a byl iniciován methotrexát. První podání biologické léčby (adalimumab) bylo o dva měsíce oddáleno z důvodu nutnosti absolvování chemoprophylaxe proti *M. tuberculosis* po pozitivním T-SPOT testu. Po dvou týdnech intenzivní léčby NSAIDs, i. a. KS, methotrexátem a fyzioterapie, došlo k výraznému zlepšení a pacientka opět začala samostatně chodit, byť patologicky o široké bázi. Celková délka hospitalizace byla 23 dnů. V průběhu ambulantní péče zaznamenáváme výraznou non-compliance rodiny, celkový stav dívky se zlepšuje.

Závěr: Kazuistika ukazuje, že iniciace léčby pomocí biologické terapie (bDMARDs) u polyartikulární JIA odpovídá moderním trendům, které překonávají konvenční léčbu. Batolecí věk je typický pro nástup JIA. Zdůrazňujeme význam včasného stanovení diagnózy pro dosažení remise. Případ rovněž upozorňuje na komplikace, které mohou do terapeutického plánu vnést neočekávané laboratorní nálezy (pozitivita T-SPOT), vyžadující mezioborovou spolupráci a dočasnou úpravu léčebného postupu. Zároveň zdůrazňuje významnost spolupráce a porozumění mezi rodiči a lékařem.

Když se ITP a AIHA vyvinou do jiné nemoci

MUDr. David Gronych, prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Trombocytopenie v dětském a adolescentním věku jsou klinicky významným nálezem s diferenciativně diagnosticky různorodou etiologií. Lze je rozdělit na vrozené a získané, přičemž nejčastějšími příčinami získaných trombocytopenií jsou imunitní trombocytopenická purpura (ITP), postinfekční trombocytopenie a polékové trombocytopenie. Méně často se vyskytují autoimunitní příčiny nebo trombocytopenie při mikroangiopatických hemolytických anémiích.

Předkládáme kazuistiku 14leté pacientky, odeslané PLDD pro těžkou trombocytopenii a lehkou mikrocytární anémii. Klinicky dominovaly hematomy po pádu a petechie na dolních končetinách. Na hematologickém oddělení byly vyloučeny infekční příčiny a pacientka byla léčena jako ITP methylprednisolonem v dávce 1,2 mg/kg/den. Hladina trombocytů se zvýšila a pacientka byla propuštěna k ambulantnímu sledování u dětského hematologa.

Pro opětovný pokles hladin trombocytů byla pacientka znovu hospitalizována. Vzhledem k vysokému titru ANA protilátek byl kontaktován dětský revmatolog s dotazem, jaká imunologická vyšetření u pacientky doplnit před podáním intravenózních imunoglobulinů (IVIG). Při prvním klinickém revmatologickém vyšetření pacientka dle ACR kritérií splňovala klasifikační kritéria pro systémový lupus erythematoses (SLE). Byla zaznamenána silná pozitivita ANA (1 : 1 280), pozitivní ENA protilátky (podtyp Sm/RNP), snížení C4 složky komplementu, pozitivní Coombsův test, vysoká sedimentace erytrocytů při normální hladině CRP. Klinicky mimo hematologické projevy byly přítomny artralgie, otoky prstů horních končetin a zvýšené vypadávání vlasů.

Pacientka byla po stanovení diagnózy SLE léčena pulsy methylprednisolonu, IVIG a hydroxychlorochinem. Současně dostala opakovaně romiplostin. Jako kortikoid šetřící lék byl zvolen azathioprin. Při této léčbě došlo k úpravě hladin trombocytů i hemoglobinu. Při poslední revmatologické kontrole byla pacientka ve velmi dobrém celkovém stavu, laboratorně byla přítomna lehká mikrocytární anémie, hladiny bilirubinu i haptoglobinu byly normální, avšak trvala pozitivita Coombsova testu. Kazuistika ukazuje, že při kombinaci ITP a hemolytické anémie (Evansův syndrom) je nutné do diferenciální diagnostiky zahrnout SLE.

Sjögrenova nemoc: od nenápadných projevů až po těžký systémový zánět

prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D., MUDr. Zuzana Klobouková,
MUDr. David Gronych, MUC. Soňa Gáborová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Sjögrenova nemoc (dříve nazývaná Sjögrenův syndrom) představuje extrémně vzácné onemocnění dětského věku, které může mít velmi heterogenní manifestaci i průběh.

Metody: Popisujeme případy dvou dívek, léčených pro autoimunitní onemocnění, u kterých jsme diagnostikovali sekundární Sjögrenovu nemoc.

Výsledky: První pacientka byla sledovaná pro vzácnou benigní kostní nemoc (idiopatickou juvenilní osteoporózu), autoimunitní thyroditidu a eozinofilní ezofagitidu. Při revmatologické kontrole uvedla nevýrazné „sicca“ projevy a laboratoř ukázala podezření na další autoimunitu – Sjögrenovu nemoc. U druhé pacientky byly „sicca“ projevy přítomny při diagnóze systémového lupusu erythematoses (SLE). U první pacientky byl do léčby přidán hydroxychlorochin, u druhé pacientky je tento lék základní součástí komplexní léčby SLE. Kritéria Sjögrenovy nemoci a diagnostický postup budou krátce shrnuty ve sdělení. Obě pacientky byly při poslední revmatologické kontrole v dobrém klinickém stavu, druhá z nich je bohužel obézní.

Závěr: Kazuistiky ukazují význam pečlivé anamnézy u pacientů s nově diagnostikovaným autoimunitním onemocněním, tak u dětí dlouhodobě sledovaných. Rovněž upozorňujeme na nutnost mezioborové spolupráce. Časně stanovení diagnózy společně s efektivní terapií Sjögrenovy nemoci jsou cestou k dobré prognóze dětských pacientů. Naopak non-compliance rodiny vše komplikuje.

Podpořeno granty MH CZ – DRO (FNOI, 00098892) a IGA_LF_2025_030.

**SUPER,
UŽ MÁM PŘEDPLACENO.**

A DOSTALA JSEM NAVÍC:

- 20% SLEVU NA KONGRESY*
- 6x ČASOPIS PEDIATRIE PRO PRAXI
- TEMATICKÁ SUPPLEMENTA
- PŘÍSTUP DO ARCHIVU ON-LINE ČLÁNKŮ



**ALE KDE
A JAK?**

ČASOPIS

**Pediatrie
pro praxi**

**CENA PŘEDPLATNÉHO
NA ROK 2026 ~~1 900 Kč~~**

**KONGRESOVÁ
SLEVA 20%
1 520 Kč
POUZE
PO DOBU KONÁNÍ KONGRESU
NA STÁNKU SOLEN**

* platí pro kongresy uvedené v seznamu →



XLH – vzácné onemocnění, pro které máme léčbu

MUDr. Lenka Frydrychová, prof. MUDr. Kateřina Bouchalová, Ph.D.,
MUDr. Hana Flögelová, Ph.D.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

X-vázaná hypofosfatemická rachitida (XLH) je vzácné onemocnění spojené s poruchou renální a střevní absorpce fosfátů, zvýšenou degradací 25-hydroxyvitaminu D a poruchou jeho přeměny na aktivní formu. Těmito mechanismy vede k chronické hypofosfatemii. Dochází k defektní mineralizaci kostí a vzniku deformit, především dolních končetin, opoždění motorického vývoje, zpomalení růstu, méně často se projeví kraniosynostózou, zhoršením sluchu. Způsobuje i bolesti, zubní komplikace – bez léčby dochází k progresi skeletálních změn a rozvoji dlouhodobých komplikací.

Prezentujeme pacientku sledovanou od novorozeneckého věku, narozenou do rodiny, kde matka má geneticky potvrzenou XLH. Navzdory zahájené konvenční terapii docházelo k progresi rachitických změn, proto byla od podzimu 2025 zahájena cílená biologická léčba.

V klinické praxi pediatra je zásadní rozpoznání příznaků XLH, protože se jedná o onemocnění, které lze dnes účinně ovlivnit. Včasná diagnostika a správná indikace léčby jsou klíčové pro prevenci nevratných změn.

Komplikovaná legionelová pneumonie

MUDr. Jan Valenta

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice

Kazuistika popisuje případ pneumonie u 4měsíčního kojence, kde průběh byl komplikován rozsáhlou zánětlivou konsolidací plicní tkáně s rozpadovými ložisky. Etiologicky prokázána *Legionella pneumophila* kmen sg3 dobře citlivý na makrolidy. Přesto celková doba ATB léčby trvala 28 dní pro nelepšící se nález při opakovaných zobrazeních plic. Klinický stav dítěte byl brzy po zahájení léčby dobrý, zcela nekoreloval s patologickým obrazem na RTG snímcích, kde přes adekvátní léčbu pokračoval zánět a rozvoj nekrotizace. Kmen Legionelly zodpovědný za onemocnění byl vykultivován z vodovodního řádu v domácnosti dítěte. Voda přesto vyhovovala hygienické normě (*L. pneumophila* do 10KTJ/100 ml). Nikdo další z rodiny se nenakazil. Anamnesticky v měsíci věku prodělalo dítě pertussi s lehkým průběhem. Tato zátěž zřejmě vedla k onemocnění Legionellou s tak závažným postižením plicní tkáně. Úvaha, že by roli hrála vrozená porucha imunity, se nepotvrdila. Nebyl prokázán deficit v humorální ani buněčné imunitě. Zánětlivá ložiska se postupně při konzervativní léčbě zhojila ad integrum.

Mezioborová spolupráce

sobota / 16. května 2026 / 10.35–11.35 hod.

Výsledky léčby giant névů

MUDr. Bohumil Zálešák, Ph.D. a kol.

Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc

Gigantické kongenitální nevocelulární névy představují zvýšené riziko vzniku melanomu a stigmatizují takto postiženého jedince po celou dobu života.

Negativně tak ovlivňují jeho psychosociální vývoj a integraci do kolektivu.

Je nanejvýš žádoucí vyřešit tento stav před začátkem školní docházky. Z mnoho možných terapeutických postupů, opakovaná tkáňová expanze je schopna zajistit superiorní funkční a estetický výsledek.

Autoři prezentují středně a dlouhodobé výsledky léčby těchto stavů pomocí opakované tkáňové expanze.

Specifika hodnocení postnatálního růstu u předčasně narozených novorozenců a dětí s fetální růstovou restrikcí

MUDr. Martin Wita

Novorozenecké oddělení FN Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Hodnocení růstu patří mezi klíčové aspekty péče o předčasně narozené novorozence a novorozence s intrauterinní růstovou restrikcí (FGR). Tyto dvě skupiny dětí mají odlišnou růstovou dynamiku i metabolické potřeby, a jejich růst se zároveň významně liší od růstu donošených novorozenců. Interpretace růstových parametrů v postnatálním období proto vyžaduje specifický přístup a znalost limitů běžně používaných nástrojů.

Cílem přednášky je poukázat na hlavní rozdíly v růstové dynamice těchto novorozenců a představit dostupné nástroje pro hodnocení růstu. Autor se zaměří na praktické možnosti sledování růstu, včetně využití různých růstových křivek a dalších hodnotících ukazatelů, a bude diskutovat jejich výhody i limity v klinické praxi.

Zvláštní pozornost bude věnována tomu, jak může interpretace růstových parametrů ovlivnit klinická rozhodnutí – například frekvenci laboratorních vyšetření nebo nastavení enterální výživy. Nevhodně nastavený nutriční příjem, ať již nedostatečný nebo nadměrný, může vést k metabolickým komplikacím s potenciálními dlouhodobými důsledky. Interpretace růstových dat představuje důležitý nástroj pro individualizaci nutriční péče a optimalizaci dlouhodobých zdravotních výsledků těchto rizikových novorozenců.

Antibiotická terapie v ambulantní praxi: přehled a motolské doporučené postupy

odborný garant MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

sobota / 16. května 2026 / 12.00–13.20 hod.

Antibiotická terapie v ambulantní praxi: přehled a motolské doporučené postupy

MUDr. Marek Štefan, MBA¹, MUDr. Jitka Müllerová Dissou, MBA²,

Ing. Ladislav Wagner, MHA³, MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.¹

¹Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Oddělení urgentního příjmu a LPS dětí FN Motol, Praha

³Kancelář zdravotního pojištění, Praha

Narůstající rezistence bakterií vůči antibiotikům představuje globální hrozbu pro moderní medicínu – WHO ji označuje za prioritní problém veřejného zdraví. V roce 2019 vedla antimikrobiální rezistence k přibližně 1,27 milionu úmrtí a na dalších téměř 5 milionů úmrtí se podílela. Prognózy varují, že do roku 2050 by mohla způsobit až 10 milionů úmrtí ročně. Nejde o akutní epidemii, ale o „tichou pandemii“, která vyžaduje systematická opatření a změnu preskripčních zvyklostí. Ambulantní preskripce významně přispívá k celkové spotřebě antibiotik a pro zlepšení jejich racionálního užívání je potřeba posuzovat nejen množství předepsaných léků, ale i jejich kvalitu a vhodnost.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2017 vypracovala tzv. klasifikaci AWaRe (Access–Watch–Reserve). Tato klasifikace má dvojí cíl: pomoci lékařům vybírat antibiotika s nejlepší klinickou efektivitou a zároveň podporovat předepisování tzv. ekologických antibiotik s nižším rizikem rozvoje a šíření rezistence. Antibiotika ze skupiny **Access** jsou určena jako první volba pro běžné komunitní infekce – mají úzké spektrum účinku a nižší riziko vyvolání rezistence. Do této skupiny patří fenoxymetylpenicilin, flukloxacilin, amoxicilin, amoxicilin/klavulanát, cefadroxil (cefalosporiny pouze 1. generace), kotrimoxazol, doxycyklin, metronidazol, klindamycin, nitrofurantoin či pivmecilinam. Skupina **Watch** zahrnuje antibiotika, která by

se měla podávat pouze u vybraných specifických infekcí a náleží mezi ně např. cefalosporiny 2. generace – cefuroxim, cefprozil, azitromycin, klaritromycin a další makrolidy, ciprofloxacín či jiné fluorochinolony, fosfomycin. Při nesprávném užívání nesou vyšší riziko rozvoje rezistence. **Rezervní antibiotika** (Reserve) jsou „poslední možností“ a mají být podávána jen v situacích, kdy selhaly ostatní terapie a v empirické ambulantní léčbě se neužívají. WHO doporučuje, aby alespoň 60% veškeré spotřeby tvořila antibiotika ze skupiny Access; tato antibiotika pokrývají většinu komunitních patogenů a mají relativně nižší potenciál vyvolat rezistenci. V České republice se bohužel však setkáváme s častým nevhodným užíváním právě rizikových antibiotik ze skupiny **Watch**, zejména cefalosporinů II. generace, makrolidů, azitromycinu či vybraných fluorochinolonů.

Motolské doporučené postupy pro dětský i dospělý urgentní příjem a lékařskou pohotovostní službu využívají principů AWaRe klasifikace antibiotik. Byly vytvořeny jako konsenzus odborníků z oborů infekčního lékařství, klinické mikrobiologie, farmacie a klinických oborů. Postupy vychází z doporučení Subkomise pro antibiotickou politiku (SKAP ČLS JEP). Jejich přidanou hodnotou je nabídnout lékařům alternativní přípravky ze skupiny Access v případě nedostupnosti léku první volby nebo při alergii na penicilinová antibiotika.

Pro zlepšení kvality preskripce je také nezbytné, aby se lékaři orientovali ve svých vlastních preskripčních zvyklostech. Kancelář zdravotního pojištění (KZP) proto z dat zdravotních pojišťoven a SÚKL vytvořila databázi indikátorů, která umožňuje každému lékaři porovnat jeho spotřebu antibiotik s průměrem okresu i celé České republiky. Ukazatele vycházejí z mezinárodně uznávaných kritérií správné preskripce a usnadňují individuální sebereflexi a plánování zlepšení.

Seminář má za **cíl** seznámit lékaře se **základními pravidly racionální antibiotické terapie, představit motolské doporučené postupy** pro empirickou léčbu ambulantních pacientů a **nástroje pro analýzu vlastní preskripce.**

ANTIBIOTICKÁ TERAPIE NA DĚTSKÉ LPS

Autoři: MUDr. Marek Štefan, MBA, MUDr. Milan Trojánek, Ph.D., PharmDr. Jindřich Havránek, PharmDr. Markéta Petrželová, Mgr. Jitka Gambacorta, Mgr. Markéta Kulakowská, PharmDr. Šárka Nováková, PharmDr. Dagmar Dolinská, Mgr. Antónia Modráková, PharmDr. Alena Valko, MUDr. Jitka Dissou, MBA

AWaRE KLASIFIKACE ANTIBIOTIK

„Méně riziková“ ATB

Kategorie „Access“ v AWaRe klasifikaci

- Penicilin-V (fenoxymethylpenicilin)
- Flukloxacilin
- Amoxicilin
- Amoxicilin/klavulanát
- Pivmecilinam
- Cefadroxil
- Klindamycin
- Kotrimoxazol
- Metronidazol
- Nitrofurantoin
- Doxycyklin

„Rizikovější“ ATB

Kategorie „Watch“ v AWaRe klasifikaci

- Azithromycin
- Klarithromycin
- Spiramycin
- Roxithromycin
- Cefuroxim
- Cefprozil
- Rifampicin
- Fosfomycin

AKUTNÍ TONZILITIDA

ATB 1. volby

Penicilin-V Do 40 kg: 25-30 tisíc IU/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 1-1,5 MIU á 8 hod.

Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Prokain PNC* 25-50 tisíc IU/kg i.m. á 24 hod.
*pokud indikován vzhledem ke stavu a je možná každodenní aplikace

Amoxicilin* Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.
*ne při inf. mononukleóze Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin klavulanát* Do 40 kg (susp. 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.
*ne při inf. mononukleóze až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Klindamycin Do 18 kg: 8 mg/kg á 8 hod.
Nad 18 kg: 150 mg á 8 hod.
Nad 40 kg: 300 mg á 8 hod.

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Spiramycin* Nad 40 kg: 3 MIU á 12 hod.
*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Délka léčby

5-10 dní

AKUTNÍ OTITIS MEDIA NEBO AKUTNÍ SINUSITIDA

ATB 1. volby

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Amoxicilin/klavulanát* Do 40 kg (susp. 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

*Při nelepšení stavu po 48 hod. léčby amoxicilínem

NEBO při závažnějším/recidivujícím průběhu jako ATB první volby
NEBO při anamnéze léčby amoxicilínem v posledních 30 dnech
NEBO při současné hnisavé konjunktivitidě

Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Cefuroxim* Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

*Alternativa amoxicilínu/klavulanátu

Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Spiramycin* Nad 40 kg: 3 MIU á 12 hod.
*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Délka léčby

Otitis media 5 dní (dětí do 2 let 10 dní)
Sinusitida 5-7 dní

AKUTNÍ BAKTERIÁLNÍ PNEUMONIE

ATB 1. volby

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin/klavulanát Do 40 kg (susp. 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

Alternativa při alergii na ATB 1. volby či při podezření na atypickou pneumonii, seřazené od nevhodnějších

Doxycyklin Do 45 kg a nad 8 let: 2,2 mg/kg á 12 hod.
Nad 45 kg: 100 mg á 12 hod.

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Spiramycin* Nad 40 kg: 3 MIU á 12 hod.
*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Délka léčby

7 dní

IMPETIGO NEBO FLEGMÓNA (NEZNÁMÉ ETIOLOGIE NEBO S. AUREUS)

ATB první volby

Amoxicilin/klavulanát Do 40 kg: 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Flukloxacilin* Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.
*alternativa amoxicilinu/klavulanátu

Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Klindamycin Do 18 kg: 8 mg/kg á 8 hod.
Nad 18 kg: 150 mg á 8 hod.
Nad 40 kg: 300 mg á 8 hod.

Délka léčby

5-7 dní

ERYTHEMA MIGRANS (1. FÁZE LYMESKÉ BORRELIÓZY)

ATB 1. volby, řazeno od nevhodnějších

Penicilin V Do 40 kg: 25-30 tisíc IU/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 1-1,5 MIU á 8 hod.

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Doxycyklin Do 45 kg a nad 8 let: 2,2 mg/kg á 12 hod.
Nad 45 kg: 100 mg á 12 hod.

Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Azithromycin Do 45 kg: 10 mg/kg á 12 hod. 1. den,
10 mg/kg á 24 hod. 2.-5. den
Nad 45 kg: 500 mg á 12 hod. 1. den,
500 mg á 24 hod. 2.-5. den

Délka léčby

10 dní (azithromycin 5 dní)

AKUTNÍ CYSTITIDA

ATB 1. volby

Nitrofurantoin Do 7 let: 1,25-1,75 mg/kg á 6 hod.
Nad 7 let, 29-42 kg: 50 mg á 6 hod.
Nad 7 let, nad 42 kg: 50 mg á 6 hod. nebo 100 mg á 8 hod.

Pivmecilinam* Nad 6 let a do 40 kg: 7,5 mg/kg á 8 hod.
*není-li nitrofurantoin Nad 40 kg: 200 mg á 8 hod.

Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Kotrimoxazol* Od 6 týdnů do 12 let: 3 mg/kg trimethoprimu a
15 mg/kg sulfamethoxazolu á 12 hod.

*trimethoprim/sulfamethoxazol Nad 12 let: 960 mg á 12 hod.

Délka léčby

3-7 dní

AKUTNÍ PYELONEFRITIDA

ATB 1. volby

Amoxicilin/klavulanát Do 40 kg: 45 mg/6,4 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Kotrimoxazol* Od 6 týdnů do 12 let: 3 mg/kg trimethoprimu a
15 mg/kg sulfamethoxazolu á 12 hod.

*trimethoprim/sulfamethoxazol Nad 12 let: 960 mg á 12 hod.

Délka léčby

10 dní

IMPETIGO NEBO ERYSIPEL (ETIOLOGIE S. PYOGENES)

ATB 1. volby

Penicilin-V Do 40 kg: 25-30 tisíc IU/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 1-1,5 MIU á 8 hod.

Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Prokain PNC* 25-50 tisíc IU/kg i.m. á 24 hod.
*pokud indikováno vzhledem ke stavu a je možná každodenní aplikace

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin klavulanát Do 40 kg: 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

Alternativa při alergii na ATB 1. volby

Klindamycin Do 18 kg: 8 mg/kg á 8 hod.
Nad 18 kg: 150 mg á 8 hod.
Nad 40 kg: 300 mg á 8 hod.

Délka léčby

5-7 dní

KONGRES PEDIATRŮ
A DĚTSKÝCH SESTER



42.

dny praktické
a nemocniční pediatrie

15.–16. 5. 2026
OLOMOUC

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

PARTNEŘI

AIDIAN

Angelini
Pharma

B:OMARIN[®]

Dr Konrad[™]
DERMATOLOGY

ewopharma⁺
since 1959

glenmark
A new way for a new world

GOLDIM
– ZAL.1992 –

Imunoglukan P4H[®]

KLOSTERFRAU
HEALTHCARE GROUP

MD
MARK DISTRI

MEDEVIO

MediClinic⁺

**MORAVSKOSLEZSKÉ DĚTSKÉ
SANATORIUM METYLOVICE**

**MR
DIAGNO-
STIC
+**

NATUREVIA

Nestlé
HealthScience

ODBORNE A SRDCEM
**OLIVOVÁ
DĚTSKÁ
LÉČEBNA**
POMÁHÁME DĚTEM

on♥COS
cosmetica specialistica

Opella.

OPTOSENSE

Pierre Fabre

reckitt

sanofi

SimplyYou
Pharmaceuticals

**Společnost
pro ranou péči**

Swixx BioPharma
Modern Medicines for All

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Pediatric
pro praxi**

GRADA[®]

maxdorf
pediatric & vision

GALEN

**NAKLADATELSTVÍ
TRITON**

VÝHODY PRO LÉKAŘE DO 35 LET

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



40%



Odborné časopisy
se slevou 40 %

1.

zdarma

První kongres
po ukončení studia **zdarma**

40%



Zvýhodněné
registrační **poplatky**
na většinu kongresů

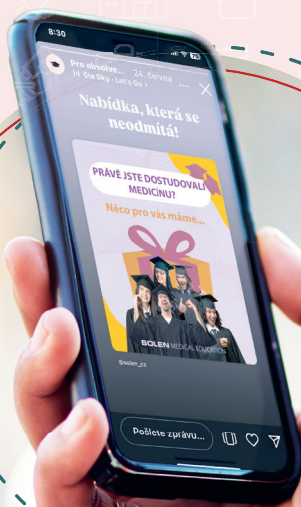
Využijte své výhody na www.solen.cz

Vzděláváme, inspirujeme a propojujeme zdravotníky už čtvrt století.

Odborné informace pro vaši praxi – také na Instagramu!

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

- 📷 **Zajímavosti z odborných akcí**
- 📷 **Odemčené články a podcasty**
- 📷 **Klinické kvízy napříč obory**
- 📷 **Soutěže o předplatné a registrace na kongresy**



Sledujte
[@solen_cz](https://www.instagram.com/solen_cz)

**Rychle
Přehledně
Pro lékaře**



Vzděláváme, inspirujeme a propojujeme zdravotníky už čtvrt století.

Imunoglukan[®]

P4H

25

LET
CHRÁNÍME
VAŠI RODINU

Doplňky stravy a kosmetické přípravky
pro celou rodinu



Doplňky stravy

Doplňek stravy
se sladidly

Kosmetický přípravek

Pro pravidelné trénování imunity¹

- dlouhodobá podpora imunitního systému v průběhu celého roku
- v období zvýšených nároků na organismus
- vhodné při fyzickém a psychickém stresu
- při rekonvalescenci, po hospitalizaci, při/po antibiotikách
- jednoduché dávkování 1x denně

Imunoglukan[®] + Zinek + Kyselina hyaluronová + Vitamin E

- jemně vysušuje pokožku a zmírňuje podráždění
- vytváří ochrannou vrstvu na kůži
- aplikace 2 až 3x denně, případně dle potřeby
- pro celou rodinu

¹Vitamin C, vitamin D a zinek přispívají k normální funkci imunitního systému

Imunoglukan[®] P4H

www.imunoglukan.com