

# OSTRAVSKÝ PEDIATRICKÝ DEN aneb nejen řepa se má tahat společně

9. 12. 2023, Clarion Congress Hotel Ostrava



Česká pediatriká společnost ČLS JEP

Fakultní nemocnice Ostrava - Klinika dětského lékařství

Městská nemocnice Ostrava, p. o. - Dětské oddělení

Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s. - Dětské oddělení

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky

Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

## SBORNÍK ABSTRAKTŮ

ARKON  
PRODUKCE



**NEMOCNICE!!!**  
MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA

**Nemocnice AGEL**  
Ostrava-Vítkovice



## SBORNÍK ABSTRAKTŮ KONFERENCE OSTRAVSKÝ PEDIATRICKÝ DEN

Příspěvky ve sborníku abstraktů byly předneseny v rámci konference **Ostravský pediatrický den**, 9. 12. 2023 v Ostravě.

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, autorskými korekturami ani korekturami organizačního výboru. Redakce nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

Organizační zajištění konference, vydavatel:

Ing. Šárka Martiníková Marenová

U Chatek 1444/1C

725 25 Ostrava 25

Tel.: +420 774 889 264

E-mail: martinikova@arkon-produkce.cz

**[www.ostravskypediatrickyden.cz](http://www.ostravskypediatrickyden.cz)**

1. vydání

Ostrava 2023

ISBN 978-80-908589-3-0

Děkujeme partnerům a vystavovatelům za podporu.  
Bez jejich pomoci bychom nemohli konferenci pořádat.

## GENERÁLNÍ PARTNER



## HLAVNÍ PARTNER



## PODPORA KONFERENCE



**ODBORNÝ PROGRAM LÉKAŘSKÁ SEKCE**

07.30 – 17.00 Registrace

**08.30 – 09.40 I. BLOK  
KAZUISTIKY S NEUROLOGICKOU PROBLEMATIKOU**

- |                                                  |        |
|--------------------------------------------------|--------|
| 1. <b>Když ani řízek nechutná</b>                | 15 min |
| K. Slamečková, B. Lisníková                      |        |
| 2. <b>Mami, mě bolí hlava</b>                    | 15 min |
| A. Nogolová                                      |        |
| 3. <b>Malá vada na kráse?</b>                    | 15 min |
| S. Gistingarová                                  |        |
| 4. <b>Gastroenteritida – pediatrická rutina?</b> | 15 min |
| A. Vopasek                                       |        |

09.40 – 10.10 Přestávka

**10.10 – 11.45 II. BLOK  
CILIOPATIE, POLYCYSTÓZY LEDVIN A VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU**

- |                                                                                           |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5. <b>Cilie aneb Zimmermanovský příběh</b>                                                | 20 min |
| J. Gut, Česká Lípa                                                                        |        |
| 6. <b>Polycystická onemocnění ledvin v ČR a SR</b>                                        | 15 min |
| T. Seeman                                                                                 |        |
| 7. <b>Třetí nejčastější příčinou ADPKD je heterozygotní mutace varianty v IFT140 genu</b> | 15 min |
| T. Šuláková, T. Seeman                                                                    |        |
| 8. <b>ARPKD</b>                                                                           | 20 min |
| G. Hrčková, Bratislava                                                                    |        |
| 9. <b>Co by měl vědět praktický lékař o problematice XLH</b>                              | 15 min |
| T. Šuláková                                                                               |        |
| <b>Podpořeno společností Swixx Biopharma s.r.o.</b>                                       |        |

11.45 – 12.45 Oběd

**12.45 – 14.05 III. BLOK  
ORL A AKUTNÍ STAVY V PEDIATRII**

- |                                                                                              |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 10. <b>Záněty očí – komplikace akutních rinosinusitid. Diagnostický a léčebný management</b> | 15 min |
| L. Čábalová a kol.                                                                           |        |
| 11. <b>Respirační papilomatóza u dětí – problém nebo ne?</b>                                 | 15 min |
| P. Kántor a kol.                                                                             |        |
| 12. <b>Vaskulitida u dětí</b>                                                                | 15 min |
| V. Legerský                                                                                  |        |
| 13. <b>Hemolytický uremický syndrom</b>                                                      | 15 min |
| M. Ducháčková                                                                                |        |
| 14. <b>Aktuální poznatky užití probiotik v pediatrii</b>                                     | 10 min |
| <b>Podpořeno společností Alpen Pharma CZ, s.r.o.</b>                                         |        |

14.05 – 14.35 Přestávka

### 14.35 – 16.40 IV. BLOK OBEZITA A PLDD

- |                                                                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 15. <b>Příspěvek k laboratorní diagnostice střevních parazitů</b>         | 10 min           |
| H. Bílková Fránková                                                       |                  |
| <b>Podpořeno společností Laboratoře AGEL, a.s.</b>                        |                  |
| 16. <b>β – glukany – minulost, přítomnost a budoucnost</b>                | 30 min           |
| V. Větvička, The University of Louisville , Kentucky                      |                  |
| 17. <b>Farmakoterapie dětské obezity: mýty a fakta</b>                    | 15 min           |
| J. Boženský                                                               |                  |
| 18. <b>Řešení nočního pomočování u dětí: zkušenosti z praxe</b>           | 15 min           |
| J. Geržová                                                                |                  |
| 19. <b>Nejčastější dotazy PLDD k poskytování péče v jejich ordinacích</b> | 30 min           |
| I. Hülleová                                                               |                  |
| 20. <b>Ptejte se infektologa, co Vás zajímá</b>                           | 15 min           |
| P. Širůček                                                                |                  |
| 16.40                                                                     | Závěr konference |

### ODBORNÝ PROGRAM SESTERSKÁ SEKCE

#### 10.15 – 11.15 BLOK I.

- |                                                             |        |
|-------------------------------------------------------------|--------|
| 1. <b>Není foukání jako foukání</b>                         | 10 min |
| M. Lassáková                                                |        |
| 2. <b>Hyperbaroxie v dětském věku</b>                       | 10 min |
| H. Szabová, M. Cmorjáková                                   |        |
| 3. <b>"Baby friendly" řešení hypoglykémie u novorozence</b> | 10 min |
| Z. Hlubková, B. Hložanková, R. Trojanová                    |        |
| 4. <b>Od rozštěpu k úsměvu</b>                              | 10 min |
| K. Tesaříková                                               |        |
| 5. <b>Příčiny hematurie u malých dětí</b>                   | 10 min |
| P. Holasová                                                 |        |

11.15 – 11.45 Přestávka

#### 11.45 – 12.45 BLOK II.

- |                                                   |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 6. <b>Picky eater – vybíravý jedlík</b>           | 10 min |
| B. Lokajová                                       |        |
| 7. <b>Přes balvany ke hvězdám</b>                 | 10 min |
| V. Wolffová, I. Jenknerová                        |        |
| 8. <b>Záškrť</b>                                  | 10 min |
| J. Coufalová, M. Hlávková                         |        |
| 9. <b>PRES syndrom – příběh Katherinky</b>        | 10 min |
| H. Činčilová                                      |        |
| 10. <b>Alkohol(y) u dětí, zajímavé kazuistiky</b> | 10 min |
| H. Neiserová                                      |        |

12.45 – 13.45 Oběd

## OBSAH

### I. BLOK KAZUISTIKY S NEUROLOGICKOU PROBLEMATIKOU

<b>Když ani řízek nechutná</b> K. Slámečková, B. Lisníková	str. 1
<b>Mami, mě bolí hlava</b> A. Nogolová	str. 1
<b>Malá vada na kráse?</b> S. Gistingerová	str. 1
<b>Gastroenteritida – pediatrická rutina?</b> A. Vopasek	str. 1

### II. BLOK CILIOPATIE, POLYCYSTÓZY LEDVIN A VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU

<b>Třetí nejčastější příčinou ADPKD je heterozygotní mutace varianty v IFT140 genu</b> T. Šuláková, T. Seeman	str. 3
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

### IV. BLOK OBEZITA A PLDD

<b>β – glukany – minulost, přítomnost a budoucnost</b> V. Větvička	str. 5
<b>Farmakoterapie dětské obezity: mýty a fakta</b> J. Boženský	str. 5
<b>Řešení nočního pomočování u dětí: zkušenosti z praxe</b> J. Geržová	str. 6

## ODBORNÝ PROGRAM SESTERSKÁ SEKCE

### BLOK I.

**Není foukání jako foukání**

M. Lassáková

str. 8

**Hyperbaroxie v dětském věku**

H. Szabová, M. Cmorjáková

str. 8

**Od rozštěpu k úsměvu**

K. Tesaříková

str. 9

**Příčiny hematurie u malých dětí**

P. Holasová

str. 9

### BLOK II.

**Picky eater – vybíravý jedlík**

B. Lokajová

str. 11

**BLOK I.**

**KAZUISTIKY S NEUROLOGICKOU PROBLEMATIKOU**



## **KDYŽ ANI ŘÍZEK NECHUTNÁ**

Slámečková K., Lisníková B.

Práce s autistickým pacientem je specifická a více než na subjektivní popis pacienta se musíme spolehnout na jeho rodiče, jejich úsudek. Důvěra rodičům je nezbytná jak při odběru anamnézy, tak při diagnosticko-terapeutických postupech v dané situaci. Jinak tomu nebylo ani v případě pacienta prezentovaného v této kazuistice. Zároveň nás tento případ přiměl zamyslet se více nad potřebami autistických pacientů a podle toho jejich pobyt v nemocnici přizpůsobit.

## **MAMI, MĚ BOLÍ HLAVA**

Nogolová A.

*Městská nemocnice Ostrava, p. o.*

Bolest hlavy je častou potíží, která dítě přivádí k vyšetření lékařem. Tenzními bolestmi hlavy trpí až 20 % adolescentů. Bolest hlavy bychom neměli v naší praxi nikdy podcenit. Může být příznakem vážného onemocnění, současně také výrazně ovlivňuje kvalitu života daného jedince. U každého dítěte s bolestí je nutno velmi podrobně zhodnotit anamnézu a okolnosti vzniku potíží. Diferenciální diagnostika je široká. Klíčové je odlišit primární a sekundární bolesti hlavy, které se zásadně liší terapeutickým přístupem. Z vyšetření provádíme odběry krve, monitoraci krevního tlaku, zhodnocení interního a neurologického nálezu. Cíleně je nutné vyšetřit držení a hybnost celé páteře s akcentem na krční oblast. Musíme zhodnotit vztahy v rodině a v okolí, snažíme se odhalit možné neurotizující faktory. V dalším algoritmu je vyšetření oční, ORL a další. V terapii u akutní bolesti využíváme převážně analgetika, u potíží chronických je nutné důkladné zhodnocení, využití alternativních a preventivních opatření.

## **MALÁ VADA NA KRÁSE?**

Gistingerová S., Nogolová A.

*Městská nemocnice Ostrava, p. o.*

V tomto sdělení prezentujeme kazuistiku novorozence, který se narodil s tumorosním útvarem na pravé paži, ale jinak se klinicky jevil jako fyziologický novorozenec. Až v průběhu hospitalizace se při rutinním UZ vyšetření zjistila závažná patologie.

V kazuistice je popsán průběh hospitalizace s vývojem klinického stavu, s výsledky všech následných vyšetření a vývoj symptomatologie v čase během ambulantního sledování.

## **GASTROENTERITIDA – PEDIATRICKÁ RUTINA?**

Vopasek A.

*Městská nemocnice Ostrava, p. o.*

Deficit ornititranskarbamoylázy (OTC) je nejčastější dědičná porucha močovinového cyklu. Vzniká důsledkem nefunkčního enzymu ornititranskarbamoylázy, který katalyzuje přeměnu ornitinu a karbamoylfosfátu na citrulin. V tomto případě dochází ke hromadění toxického amoniaku a metabolitů před enzymatickým blokem, které jsou příčinou klinické manifestace onemocnění. Nejčastěji se projevuje v novorozeneckém věku, výjimkou však nejsou i pacienti dospělí. Prezentujeme kazuistiku 14letého chlapce dispenzarizovaného neurologem pro ADHD, který byl hospitalizován pro dehydrataci a kvantitativní poruchu vědomí při suspektní akutní gastroenteritidě. Následná metabolická vyšetření však prokázala právě výše zmiňovanou metabolickou poruchu.

## **BLOK II.**

# **CILIOPATIE, POLYCYSTÓZY LEDVIN A VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU**

## TŘETÍ NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINOU ADPKD JE HETEROZYGOTNÍ MUTACE VARIANTY V IFT140 GENU

Seeman T., Bosáková A., Šuláková T., Bosáková A., <sup>1</sup>Indráková J., <sup>1</sup>Grečmalová D.

*Klinika Dětského lékařství, FN Ostrava*

<sup>1</sup>*Ústav klinické a molekulární patologie a lékařské genetiky FN Ostrava*

**Úvod:** Autozomálně dominantní polycystické onemocnění ledvin (ADPKD) je nejčastější dědičná choroba ledvin, která je způsobena mutacemi zejména dvou genů: PKD1 (cca 85% pacientů) a PKD2 (cca 10%). ADPKD způsobená mutacemi jiných genů je velmi vzácná.

**Kazuistika:** U 6leté dívky vyšetřované pro bolesti břicha byl při UZ břicha zjištěn cystický útvar horní části pravé ledviny. Pro suspekci na tumorozní útvar byla odeslána na dětskou onkologii a urologii, kde byl stav hodnocen jako cystický nefrom a provedena heminefrektomie horní cysticky změněné části pravé ledviny. Histologické vyšetření nebylo průkazné. Bylo doporučeno genetické vyšetření. U matky byly sonograficky zjištěny cysty ledvin (až 70 mm) a jater, DNA analýza genů PKD1 a PKD2 však patogenní mutaci/variantu nenalezla, příčina patologického útvaru v ledvinách zůstala nejasná. Od roku 2016 byly zjištěny další geny, jejichž varianty velmi vzácně (<5% případů) způsobují ADPKD (GANAB, DNAJB11, BICC1, IFT140). O 9 let později bylo provedeno sekvenování nové generace (NGS) panelem 484 genů pro onemocnění ledvin a ciliopatií a byla nalezena na chromozomu 16 v oblasti 16p13 heterozygotní delece, která zahrnuje exon 13 genu IFT140. Stejná delece byla zjištěna i u její matky polycystozou ledvin a jater. V současnosti 14 letá dívka má mírný sonografický nález (kolem 15 cyst, max. velikosti 10 mm), normální glomerulární filtraci (101 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), lehkou proteinurii (24 mg/mmol krea) a mírnou hypertenzi léčenou ACE-inhibitorem. Závěr: Varianty/delece genu pro IFT140 jsou velmi vzácnou příčinou ADPKD, je však na ně potřeba myslet u všech dětí s automezomálně dominantní formou PKD a asymetickým/atypickým cystickým postižením ledvin nebo negativním nálezem při DNA analýze dvou nejčastějších genů PKD1 a PKD2.

**BLOK IV.**

**OBEZITA A PLDD**

**B-GLUKANY – MINULOST, PŘÍTOMNOST A BUDOUCNOST**

Větvička V.

*The University of Louisville, Kentucky*

Betaglukany patří do skupiny fyziologicky aktivních látek souhrnně nazývaných imunomodulátory a v přírodě tvoří vysoce konzervované strukturální složky buněčné stěny kvasinek, hub a mořských řas. V posledních letech se betaglukany dostávají na špičku zájmů jak výzkumníků, tak lékařů. Hlavním důvodem je samozřejmě jejich biologická aktivita. Jedny z prvních byly zkoumány jeho účinky při infekcích. Následovaly úspěchy při léčbě rakoviny a dnes se prokázaly významné účinky u stimulace imunitního systému, snižování hladiny cholesterolu, snížení stresu a léčby popálenin.

Betaglukany jsou v současné době klinicky testovány doslova na celém světě, stranou nezůstává ani Česká republika. V rámci spolupráce Zdravotního ústavu v Ústí nad Labem a sanatoria EDEL se podařilo uskutečnit celou řadu dvojité zaslepených klinických testů. Sledovali jsme změny v hladině protilátek ve slinách dětí na začátku a na konci pobytu. Prakticky stejnou dynamiku změn nacházíme u hodnot salivárního IgA, IgM a IgG, kde jsou hodnoty u všech souborů při vstupním vyšetření na stejné úrovni, ale u suplementovaného souboru došlo k jejich statisticky vysoce významnému vzestupu, zatímco u placebo skupiny došlo k jejich statisticky významnému poklesu. V průběhu pobytu dále docházelo k celkovému zlepšení fyzické kondice dětí a v závěrečném testování ke statisticky významnému zlepšení hodnot 6MWT. Na základě našich výsledků lze betaglukan doporučit i podpůrné léčbě chorob snižujících aktivitu imunitního systému.

**FARMAKOTERAPIE DĚTSKÉ OBEZITY: MÝTY A FAKTA**

Boženský J.

*Dětské oddělení, Nemocnice Agel, Ostrava Vítkovice*

Obezita nabyla na přelomu tisíciletí charakteru celosvětové epidemie a stává se závažným celospolečenským problémem. Prevalence a incidence obezity stoupá hlavně v důsledku sedavého způsobu života, stravy s nesprávným složením a nadměrnou kalorickou hodnotou. Česká republika se řadí s ohledem na prevalenci obezity na jedno z předních míst v Evropě. Data ukazují, že od počátku 90. let u nás pravidelně narůstá počet obézních dětí a dospívajících. Zatímco v roce 1991 bylo obézních tři procenta dětí do 18 let, v roce 2021 bylo obézních přes 16 procent dětí. To znamená, že se za čtvrtstoletí epidemie obezity u nás podle dat, které v ČR máme, její výskyt výrazně zvýšil. Bohužel se obezita posouvá do stále nižších věkových skupin, stále dříve se objevují první známky metabolického syndromu a častěji v ambulancích vidíme děti se závažnou formou obezity, pro které je jednou z možností řešení obezity nasazení medikamentózní terapie. Dětský věk je z hlediska možnosti použití farmakologické terapie stále jistou kontraindikací, kdy existují obavy se závažného ovlivnění jejich vývoje či výskytů nežádoucích reakcí. S prohlubujícím se problémem nárůstu obézních dětí, ale i počtem závažných forem s výrazným metabolickým rizikem, se ukazuje potřeba řešit tyto formy obezity s použitím i vhodné farmakologické terapie. Tuto terapii bychom mohli a měli podávat indikovaným obézním dětem a dospívajícím, abychom touto léčbou předcházeli rozvoji závažných kardiometabolických onemocnění. Autor ve svém sdělení popisuje aktuální možnosti medikamentózní terapie závažných forem obezity v dětském věku.

## **ŘEŠENÍ NOČNÍHO POMOČOVÁNÍ U DĚTÍ: ZKUŠENOSTI Z PRAXE**

Geržová J.

*Dětské oddělení/dětská nefrologická ambulance Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice*

Noční pomočování je velmi častým problémem dětského věku, se kterým se ve své praxi setká každý pediatr. Nejedná se o zdravotně závažné onemocnění, ale pomočování dítě stresuje a omezuje jeho aktivity. Proto je doporučeno tuto problematiku od určitého věku dítěte řešit.

Úvodem je zmíněna definice, výskyt, patofyziologie a diagnostika nočního pomočování. Následně jsou popsány možnosti, jak tuto pediatrickou problematiku optimálně řešit dle současných obecných doporučení, i s využitím individuálního přístupu k dítěti a jeho rodině. Závěrem jsou shrnuty poznatky a zkušenosti k řešení tohoto tématu získané při dlouholeté praxi v dětské nefrologické ambulanci.

**SESTERSKÁ SEKCE**

**BLOK I.**

**NENÍ FOUKÁNÍ JAKO FOUKÁNÍ**

Lassáková M.

*Dětské lékařství, Městská nemocnice Ostrava p. o.*

Astma bronchiale a recidivující infekce dýchacích cest patří mezi nejčastější diagnózy, které v dětské plicní ambulanci sledujeme. Ze základních vyšetření plicních funkcí využíváme spirometrii a stanovení frakce oxidu dusnatého ve vydechaném vzduchu. Jejich výsledky umožňují zjistit, zda je onemocnění kompenzováno, je potřeba úprava medikace anebo odhalí, zda pacienti medikaci užívají. Sdělení seznámí účastníky s provedením těchto vyšetření a nastíní způsoby a možnosti terapie.

**HYPERBAROXIE V DĚTSKÉM VĚKU**

Szabová H., Cmorjáková M.

*Dětské lékařství, Městská nemocnice Ostrava, p. o.*

Hyperbarická oxygenoterapie je neinvazivní metoda léčby, která spočívá v inhalaci 100 % kyslíku, za podmínek vyššího tlaku, než je tlak atmosférický. Léčba probíhá ve třech fázích:

1. Komprese-dochází k postupnému navyšování tlaku
2. Izokompresa-udržování stálého tlaku, inhalace 100 % kyslíku
3. Dekompresa-postupné snižování tlaku na tlak atmosférický

Hyperbarická komora v Ostravě byla vybudována v roce 1965, děti se zde začaly léčit o 10 let později. Děti indikované k léčbě hyperbarickou oxygenoterapií jsou hospitalizované na dětské JIP nebo standardních odděleních, dle závažnosti stavu. Péče o tyto pacienty vyžaduje multioborovou spolupráci a je komplexní. Velká část dětí mívá závažný neurologický deficit. Tyto děti často mají poruchu vnímání, komunikace, hybnosti, nejsou schopny sebeobsluhy. Přítomnost rodičů během hospitalizace je samozřejmostí. Rodiče jsou aktivně zapojováni do ošetřování a rehabilitace. Každé dítě má stanoven individuální harmonogram dne, který dodržuje veškerý zdravotnický personál i rodiče. Ošetřovatelská péče pobíhá metodou bazální stimulace.

Za posledních 5 let se v hyperbarické komoře léčilo 60 dětí. Nejčastější diagnózy byly úrazy s postižením mozku a ORL diagnózy. V menší míře pak tonutí, intoxikace CO a onkologické diagnózy. Nejčastěji bylo ordinováno 10 sezení v hyperbarické komoře. Menší počet sezení byl u intoxikací CO a v případech předčasně ukončené léčby. Předčasně ukončená léčba bývala nejčastěji pro akutní respirační onemocnění nebo otitidu.

Účinek léčby hyperbarickou oxygenoterapií byl u 3/5 pozitivní, 1/5 částečný a 1/5 bez efektu, především u dětí s těžkým postižením mozku. Toto jsou výstupy bezprostředně po ukončení hospitalizace na dětském oddělení. Účinek hyperbarické oxygenoterapie se projevuje i s odstupem času. Proto je pro tyto pacienty důležitá následná kvalitní rehabilitace a péče.

Závěrem lze říci, že hyperbarická oxygenoterapie má pozitivní vliv na léčbu u dětí s kraniotraumaty i onkologickými onemocněními. Nezastupitelná je při intoxikacích CO.



**OD ROZŠTĚPU K ÚSMĚVU**

Tesaříková K.

Rozštěpy rtu a patra se řadí mezi nejčastější vrozené vývojové vady. Postihuje jednoho z 600-700 novorozenců, častěji se jedná o chlapce. Rozštěp se vyskytuje nejčastěji jako izolovaná vada, bez přítomnosti dalšího postižení či v rámci dalšího syndromu. Nejedná se ale pouze o kosmetickou vadu, kterou vyřeší dvě nebo tři plastické operace. Přítomnost rozštěpu lze již zjistit prenatálně a zde také začíná multioborová spolupráce a péče o rodinu s budoucím rozštěpovým pacientem, která je nutná až do dospělosti.

**PŘÍČINY HEMATURIE U MALÝCH DĚTÍ**

Holasová P.

Hematurie je jedno z nejčastějších onemocnění močového ústrojí u dětí. Jakýkoli případ hematurie u nich vyžaduje důkladné vyhodnocení lékařem za účelem zjištění konkrétní příčiny a poskytnutí vhodné léčby s ohledem na jedinečnou fyziologii dítěte. Příčinou hematurie u malých dětí může být i urolithiáza, kdy správnou diagnostiku hematurie je nutné dodržovat doporučené postupy odběrů a sběrů moči.

**SESTERSKÁ SEKCE**

**BLOK II.**

## **PICKY EATER – VYBÍRAVÝ JEDLÍK**

Lokajová B.

Pojem „picky eaters“ nemá český ekvivalent, lze jej volně přeložit jako vybíravý jedlík. Jedná se o specifickou poruchu příjmu potravy především v batolecím a předškolním věku. Tyto děti mají velmi silné preference některých druhů jídla, mají omezený výběr přijímaných potravin, jedí malé porce a odmítají nové potraviny. Příčina této vybíravosti není jednoznačně dosud objasněna, ale jistou úlohu hraje již dieta těhotné ženy a kojící matky, přístupy ke stravování v rodině a další specifické faktory. U těchto dětí je nutný komplexní přístup celého pediatrického týmu ve spolupráci s rodinou k nastavení správných stravovacích návyků.



Garantovaná  
čistota  
betaglukanu  
min. 80 %

# Betaglukan

SENIMED



nyní v exkluzivním  
dárkovém balení

## Betaglуканы s vitamíny na podporu imunity pro celou rodinu

Doplňky stravy. Dbejte na vyváženou stravu a zdravý životní styl. Doplnky z řady Betaglukan jsou k dostání ve vašich lékárnách. Více informací naleznete na [www.senimed.cz](http://www.senimed.cz).