

29. UŽÍVANIE DROG – PRÍČINA VERSUS DÔSLEDOK

Pergerová M.

NZZ – ambulancia klinickej psychológie, Nitra

Zdravý a plynulý psychosociálny vývin, keď všetko ide hladko, plynule, idealisticky je často nereálny pre tlaky súčasného sveta komerčne, výkonovo orientovaného na jednotlivca, skupinu a rodinu. Zabúda sa na dušu dieťaťa, ktorá pod oblečením, účesmi a úsmevmi, plače stráda, prípadne psychosomatizuje, trávi čas v ambulanciách pediatriov a iných špecialistov, lebo návšteva psychiatra alebo psychológa je stigmou. Riešenie hľadá dieťa u rovesníkov a krok ku droge je už len o vlásočiek pred nami. Sú drogy príčina alebo dôsledok? Výchova detí je jedna z najťažších úloh v živote. Kedy potrebujeme pomoc? Kedy je potrebná návšteva psychológa?

30. DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA. AKTUÁLNE PROBLÉMY

Bratský L.

Detická fakultná nemocnica Košice, Oddelenie detskej neurológie

Pacienti s DMO tvoria nehomogénnu skupinu pacientov. Je to dané rôznou etiológiou vzniku tohto syndrómu a pestrým klinickým obrazom, v ktorom dominuje triáda základných prejavov: poruchy hybnosti, psychomotorická retardácia a epilepsia. Akýkoľvek rizikový faktor v priebehu vývoja nezrelého centrálného nervového systému môže ohroziť jeho vývoj a funkčnosť a viesť k vzniku syndrómu DMO. Klinický obraz a formy DMO závisia od štádia vývoja CNS, v ktorom pôsobila noxa, ktorá postihuje vývojovo najmladšie a teda najvulnerabilnejšie časti vyvíjajúceho sa mozgu. Epilepsia sa vyskytuje u detí so syndrómom DMO častejšie ako u ostatných detí s inak intaktným CNS. Najčastejšie je pri kvadru-, tri-, menej hemiparetickej forme DMO, kde často záchvaty limitujú pacienta viac ako samotná hemiparéza. Pri diparetickej forme je výsky epilepsie menej častý. Epilepsia u detí s DMO má v klinickom obraze často výskyt viacerých typov záchvatov, ktoré sa môžu v priebehu ochorenia vyskytovať v rôznej frekvencii a intenzite a klinický obraz sa môže v čase meniť. Neurologické vyšetrenie u dieťaťa indikuje neonatológ a praktický lekár pre deti. Berie do úvahy anamnézu, klinický obraz, odlišnosti správania, pohybového vzorca a event. psychomotorický vývoj. Detský neurológ na základe neurologického vyšetrenia rozhodne o ďalšom diagnostickom postupe a vyberá liečbu. Diagnostický proces by sme mohli zjednodušiť rozdelením na zisťovanie anamnézy, fyzikálne vyšetrenie, neurovizuálne vyšetrenia, elektrofyziologické vyšetrenia, laboratorné vyšetrenia, genetické, psychologické, pedopsychiatrické, oftalmologické, ORL vrátane foniatrického a logopedického, ortopedické, neurochirurgické, rehabilitačné. Pred začatím liečby je potrebné dôkladné vyšetrenie dieťaťa, analýza možných príčin, zváženie prognózy a možnosti úpravy stavu. Liečba je vždy komplexná a dlhodobá. Sem patrí medikamentózna terapia, fyzioterapia, rehabilitácia a edukácia pacienta. Jej náplňou je zlepšiť hybnosť pacienta, napomôcť napredovaniu mentálneho vývoja a kompenzovať prípadné epileptické záchvaty. V súčasnosti pribúdajú terapeutické postupy aj paramedicínske a nemedicínske. V podstate možno terapeutické postupy u detí s DMO rozdeliť nasledovne: terapia registrovaná a schválená Ministerstvom zdravotníctva SR (MZ) a Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ŠÚKL), metódy neregistrované a neschválené MZ a ŠÚKL. Všetci si musíme uvedomiť, že lekár, ktorýkoľvek odborník, môže navrhovať len terapeutické postupy, ktoré sú registrované a schválené. Detská mozgová obrna nie je progresívne ochorenie. Pokiaľ vylúčime iné ochorenie – metabolickú poruchu, degeneratívny proces, stav po neuroinfekcii, epilepsiu a nie sú všeobecné kontraindikácie očkovania, nie je dôvod na to, aby dieťa nebolo očkované. Epilepsia je kontraindikáciou očkovanie proti pertusis. Použitie acelulárnej vakcíny je potrebné zvážiť individuálne. Starostlivosť o deti s DMO je komplexná, multidisciplinárna a dlhodobá. Pacienti s detskou mozgovou obrnou, ktorí sú chodiaci, majú len ľahké postihnutie, dožívajú sa pomerne vysokého veku.

U závažnejších foriem je podľa závažnosti poškodenia dĺžka života 10 až 20 rokov. Príčinou môže byť interkurentné ochorenie, vážny respiračný infekť alebo nekompenzovateľný status epilepticus.

31. VPLYV NEPRIAZNIVÝCH ŽIVOTNÝCH PODMIENOK NA ZDRAVIE RÓMSKÝCH DETÍ

Pochová D., Koval' J.

Klinika pediatrie FNsP J.A. Reimana Prešov

Autori sa venujú problematike zdravotného stavu detí, ktoré žijú v zlom životnom prostredí. Prešovský región zaostáva hlavne v oblasti sociálno-ekonomickej. V regióne rastie počet sociálne slabých skupín obyvateľstva, vzrastá počet detí ohrozených prostredím. Náš región je špecifický najvyššou koncentráciou Rómov, ktorí žijú v segregovaných osadách a sídelných útvaroch obce. Práve rómske obyvateľstvo, ktoré žije v týchto podmienkach najviac zaostáva, a práve deti žijúce v tomto prostredí sú najviac ohrozené. Hlavným cieľom a obsahom tejto prezentácie je pripomenúť špecifické vlastnosti Prešovského regiónu. Popisujeme základné rizikové faktory, ktoré vplyvajú na zdravotný stav rómskych detí ako aj negatívny vplyv rizikových faktorov na morbiditu a mortalitu rómskych detí a ich následné hospitalizácie. Zmapovanie zdravotného stavu, chorobnosti, úmrtnosti detí a objasnenie vplyvu jednotlivých rizikových faktorov ovplyvňujúcich zdravý vývin dieťaťa v detskej populácii nám umožňuje navrhnúť niektoré opatrenia k riešeniu tejto vážnej problematiky a nájsť spoločné riešenia uvedeného problému.

Kľúčové slová: deti ohrozené prostredím, pôrodnosť, dojčenecká úmrtnosť, chorobnosť, hospitalizácie.

32. KÚPEĽNÁ LIEČBA DETÍ A DORASTU

Gallus J.

Nitra

Kúpeľná starostlivosť z verejného zdravotného poistenia, podmienky a realizácia v súlade s platnou legislatívou – zákon č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov (zákon č. 661/2007 Z.z.). Možnosti a postup lekára pre deti a dorast pri navrhovaní kúpeľnej starostlivosti pre jednotlivé indikačné skupiny. Rozdiely poskytovania liečby do a nad 18. rok života. Prírodné liečebné kúpele na Slovensku a ich ponuka.

SEKCIA SESTIER

1. ETICKÉ ASPEKTY INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI O NOVORODENCOV

Boroňová J.

Katedra manažmentu a jazykov, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Základ etických postojov v neonatológii tvorí ochrana slabého, bezmocného, bezbranného, ale i nechceného alebo poškodeného dieťaťa. Pred úplne nové problémy nás tiež stavia obrovský pokrok a rozvoj vedecko-technických poznatkov a ich využitie.

Zavedenie intenzívnej starostlivosti a použitie mechanickej ventilácie u novorodencov s respiračným zlyhaním predstavujú v starostlivosti o novorodencov určitý medzník, pretože umožňujú zachovanie dýchania, pokiaľ vyvolávajúca príčina neustúpi spontánne alebo vplyvom liečebných zásahov. Mechanická ventilácia určite predlžuje život a často doslova zachraňuje život chorých novorodencov, ktorí by ináč zomreli. Tu sa ale dostávame k jadru etických postojov, kedy mechanickú ventiláciu začať a kedy ju ukončiť. Pre odpoveď na otázku, kedy je možné zastaviť mechanickú ventiláciu, sa ponúkajú tri etické postoje, dva extrémne, jeden kompromisný.