

Text doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Centrum alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Specifika a odlišnosti dětské alergologické péče

K dětem nemůžeme přistupovat jako k miniaturám dospělých, na jejich růst a vývoj působí vlivy prenatální i postnatální, mají své odlišnosti ve zdraví i v nemoci. Specializovaná péče o alergiky je v České republice soustředěna do rukou odborníků s atestací z oboru alergologie a klinické imunologie.

I když tito specialisté mohou pečovat o nemocné v celém rozsahu lidského věku, určitá část lékařů se věnuje především dětským alergikům. Není to jenom proto, že výchova pediatrů měla u nás donedávna svou tradici (fakulta dětského lékařství byla zrušena až po sametové revoluci), ale také proto, že zvláště péče o kojence, batolata a děti předškolní má specifika a odlišnosti. Kvůli neustále trvajícím nárůstu výskytu alergických nemocí v populaci se s alergiky můžeme setkat na každém kroku. Zvláště v dětském a dorostovém věku je tento trend alarmující. Konkrétní čísla dokumentující vývoj prevalence alergie, astmatu a alergické rýmy u dětí a mladistvých v České republice v posledních letech jsou uvedena v tabulce na straně 73 (údaje publikované J. Kratěnovou ze Státního zdravotního ústavu v Praze).

Úloha praktického lékaře

Nezastupitelnou roli v časně diagnostice alergie i v další základní péči o alergiky sehraává praktický lékař pro děti a dorost. Je to on, kdo zná rodinná i osobní data potřebná pro posouzení rizika vzniku alergie. Je všeobecně známo, že rozvoj alergické senzibilizace je podmíněn dědičností a způsobem života matky včetně jejího životního prostředí. I postnatálně pokračuje tato senzibilizace vlivem kontaktu s alergeny potravinovými, roztočovými, pylovými, zvířecími a dalšími. Praktický lékař by měl rozpoznat první symptomy alergie. Za významně rizikového jedince je třeba považovat takové dítě, jehož některý z rodičů nebo sourozenců je alergikem. Trpí-li oba rodiče tímž alergickým onemocněním, stoupá riziko vzniku alergie u jejich dítěte až na 70 procent (v běžné nealergické populaci je toto riziko mezi 5 až 15 procenty). Dotaz na výskyt alergie u členů rodiny by měl být proto vždy zařazen do seznamu anamnestických otázek při jakémkoli kontaktu lékaře s pacientem. Prvními klinickými projevy exist-

tence alergické senzibilizace u malých dětí bývá výskyt atopického ekzému nebo příznaky nesnášenlivosti nějaké složky potravy, nejčastěji bílkoviny kravského mléka nebo vaječného bílku. Záchvatovitý kašel bez vazby na respirační infekci, provokovaný námahou, pláčem nebo inhalací chladného vzduchu může svědčit o přítomnosti astmatické hyperreaktivní dýchacích cest. V těchto situacích by měl být vždy malý pacient odeslán k odbornému lékaři k dalšímu vyšetření.

Alergologické vyšetření v každém věku

Základem diagnostiky – a pro alergologii to platí ještě více – je anamnéza. U kojenců, batolat a dětí předškolních se vždy jedná o informace získané od třetí osoby, většinou rodičů. Pouze podrobný a opakovaně i při dalších návštěvách prováděný rozbor odpovědí na širokou paletu kladených otázek umožní z nich složit mozaiku a vytvořit si tak obrázek o všech souvislostech. Od nich se pak odvíjí plán diagnostického postupu.

Vždy je zapotřebí vycházet z toho, že alergie je systémové onemocnění, které se může projevovat jenom na jednom nebo více orgánech, proto musíme vyšetřované dítě posuzovat kom-

Lékař se *vždy musí zeptat* dítěte či jeho rodičů, jestli se alergie vyskytují v rodině

plexně. Kožní alergenové testy je možné provádět v každém věku, i u kojenců a batolat. Bodovací tzv. prick testy jsou jednoduché, téměř nebolestivé, nenáročné a bez většího rizika. Platí zde stejné kontraindikace jako u dospělých. Pouze vzhledem k malé ploše kůže předloktí musí být počet i výběr testovaných alergenů redukován stejně jako posouzení stupně positivity testu.

Alergie se objevuje *různě a v různém věku*. Její projevy

V některých situacích je třeba provedení kožních testů posunout na později a pouze vyšetřit hladinu alergen-specifických protilátek IgE. Je tomu tak především u případů, kdy alergické onemocnění je aktivní (kožní testy nelze např. provést u generalizovaného atopického ekzému, při velkém riziku vzniku anafylaxe, u dušného dítěte), nebo když není možné vysadit léčbu antihistaminiky (riziko vzniku falešně negativní reakce). Nelze však klást rovnítko mezi výsledkem kožních testů a výsledkem vyšetření IgE. Kožní test ukazuje na biologickou reaktivitu jedince vůči testovanému alergenovi, množství IgE je pouze odrazem jeho sérové koncentrace, nic neříká o jeho přítomnosti ve sliznicích, v kůži apod. Výše hladiny se musí posuzovat s ohledem na věk dítěte a vyšetřovaný alergen. Zatímco např. trojnásobné zvýšení normální hladiny specifického IgE proti roztočům domácího prachu u jednorozhodného dítěte je klinicky významné, takto stejné zvýšená hladina protilátek proti bílkovině kravského mléka u dítěte mléko normálně tolerující neznamena průkaz alergie.

Další diagnostický postup se odvíjí od charakteru potíží, často ve spolupráci s dalšími odborníky oboru ORL, dermatologie, oftalmologie, event. pneumologie. Každý alergik by také měl mít alespoň jednou za život provedeno základní imunologické vyšetření.

V posledních dvaceti letech mluvíme *o komplexním přístupu* v péči o dětské pacienty

Celoživotní stav

Každý člověk s genetickou predispozicí stát se alergikem, pokud tvoří alergické protilátky (ale nemusí mít klinické projevy alergie), je označován jako atopik. Atopie má polygenní základ, v němž se jednotlivé geny uplatňují individuálně a variabilně. Některé z nich jsou označovány jako spící geny. Záleží pak na různých okolnostech, za kterých dojde k jejich aktivaci a ke vzniku onemocnění. Významnou roli zde hrají vlivy prostředí, například respirační infekce, alergeny, tabákový kouř, výživové faktory, polutanty a další.

Alergie je tedy výsledkem interakce genů a podnětů prostředí, její symptomatologie může být odlišná. U někoho je prvním projevem alergie atopický ekzém, u jiného alergie potravinová. V dalším vývoji se může stát, že tyto první klinické symptomy vymizí a přítomnost alergie se projeví jinak, například jako bronchiální astma nebo alergická rýma či alergická konjunktivitida. V dospělosti může tento jedinec reagovat například šokovou reakcí na hmyzí bodnutí. V průběhu života jsme často svědky

přechodu jedněch projevů alergie v jiné, vznikají předem neodhadnutelné kombinace onemocnění či jejich vyhasnutí. Tento děj je označován jako alergický, eventuálně atopický pochod. Je dokladem toho, že alergie je celoživotně trvající systémový stav s možností různých lokalizovaných orgánových projevů. U dítěte s atopickým ekzémem je až 50procentní riziko, že se u něj někdy později vyvine astma. Alergická rýma je rizikem pro vznik astmatu v 35–40 procentech a astma je rizikem pro vznik alergické rýmy ve 30 procentech. A právě specialista oboru alergologie a klinická imunologie pečující o děti stojí u počátku tohoto pochodu. Jeho úlohou je včas jeho vznik odhalit a pokusit se jej úspěšně terapeuticky i preventivně ovlivňovat.

Atopický ekzém

Atopický ekzém se ve svém raném vzniku nejčastěji objevuje mezi třetím a šestým měsícem života dítěte, většinou první výsev bývá na obličeji (tváře, čelo), postupně může dojít ke generalizaci. Zpočátku bývá výsev častěji akutní, postupně se postižení kůže „stahuje“ do predilekčních míst (jamky loketní, podkolenní, zápěstí, krk) a průběh bývá subakutní nebo chronický. Jen někdy se prokáže etiologická souvislost s alergií (například potravin, zvířecí nebo roztočové alergenů).

Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit jiné typy dermatitid. Lokální léčba by měla být vždy vedena dermatology, je nutno velmi uvážlivě indikovat terapii steroidy, existují omezení pro užití lokálních imunomodulátorů (pimecrolimus, tacrolimus). Asi u 50 procent dětí trpících atopickým ekzémem v kojeneckém věku jejich onemocnění ve věku předškolním

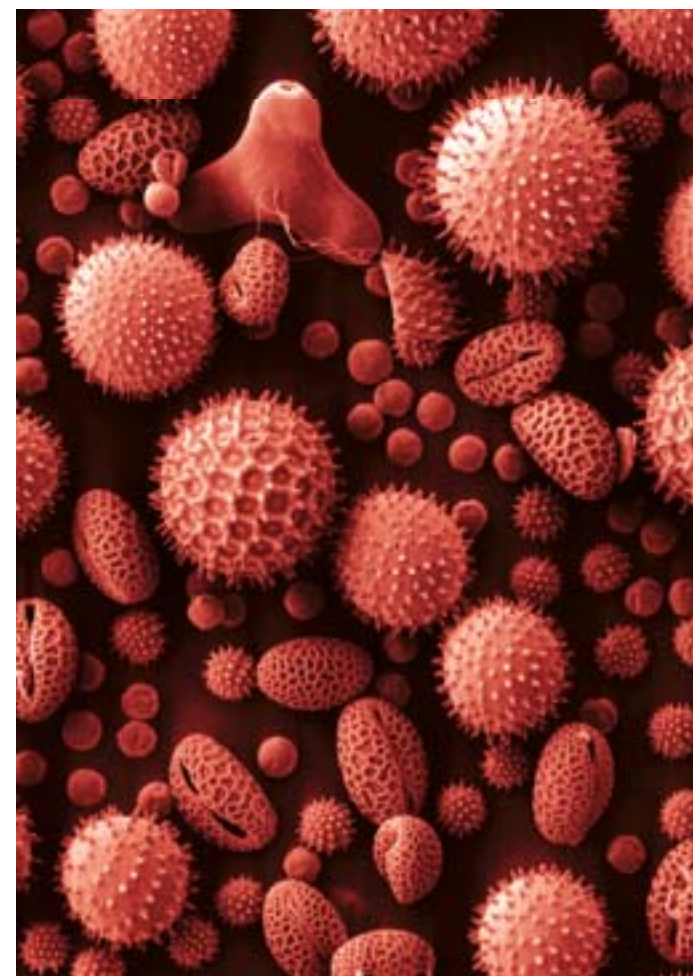
vymizí, u poloviny z těchto uzdravených však někdy později vznikne jiná alergóza, nejčastěji astma.

Dětské astma

Dětské astma se liší od astmatu dospělých ve svém vzniku, v klinických projevech, v diagnostice i terapii. Tyto odlišnosti jsou více vyznačeny především v raném dětském věku. Charakteristika eozinofilního zánětu, probíhajícího v bronchiální stěně, je stejná ve všech věkových kategoriích, pouze v dospělosti má více znaků chronicity a ireverzibility. Alergie hraje hlavní roli při vzniku dětského astmatu, zvláště významnou účast má přecitlivělost na alergeny domácího prostředí. Spouštěcím mechanismem potíží u kojenců a batolat je často respirační infekce.

Diagnostické možnosti jsou v tomto věku omezené, často je obtížné rozlišení mezi astmatem a recidivujícími obstrukčními bronchitidami. Funkční vyšetření plic je většinou proveditelné až u dětí nad čtyři roky věku. Vyšetření koncentrace oxidu dusnatého ve vydechaném vzduchu, dávající obraz

se navíc mohou proměňovat.



o aktivitě eozinofilního zánětu v dýchacích cestách, absolvují úspěšně až děti starší 5–6 let. I léčebné postupy mají své limity, výběr antiastmatik a také inhalačních systémů je částečně omezen, zvláště u dětí velmi raných věkových kategorií. Dávkované aerosoly jsou podávány výhradně přes inhalační nástavec (spacer). Riziko systémového účinku inhalačních steroidů je někdy zbytečně zveličováno. Významné místo v léčbě zaujímají antileukotrieny a alergenová imunoterapie. Těžké formy obtížně léčitelného alergického astmatu je nyní možno nově i u dětí léčit anti-IgE protilátkami.

Alergie na potraviny

Prvními projevy alergie na potraviny bývá v raném věku alergie na bílkovinu kravského mléka (ta ale většinou v několika dalších letech vyhasne), v populaci přibývá i dětí alergických na vaječný bílek, arašídů, mořské plody a exotické ovoce. Potravinová alergie u dětí se projevuje symptomy zažívacími (bolesti břicha, zvracení, průjem) nebo jako orální alergický syndrom (pálení v ústech, otok jazyka, rtů, pocit stahu v krku), jindy příznaky

kožními (exantém, urtikárie, angioedém), respiračními (kašel, dušnost) či anafylaxií. Zatímco u dospělých narůstá četnost anafylaktických reakcí na léčivé přípravky a hmyzí jed, u dětí je první příčinou anafylaxe alergie potravinová.

Alergická rýma

Alergická rýma bývala dříve onemocněním vyskytujícím se především u dospělých, děti jí trpěly méně a až ve věku školním. Dnes jsme svědky posunu prvních projevů už do věku batolecího a předškolního. Rozšiřuje se délka pylové sezony (od února do listopadu), se zvyšujícím se výskytem chovu domácích zvířat přibývá případů onemocnění i touto formou alergie. Alergenová imunoterapie je zvláště u dětí významnou součástí komplexní antialergické léčby, využívá se především ve formě sublinguální aplikační formy. Je nejen léčebným postupem, ale i důležitým preventivním opatřením. Je prokázáno, že brání rozvoji dalších projevů alergie i vzniku senzibilizace vůči jiným alergenům.

Co říci závěrem

O systematické odborné alergologické pediatričské péči lze hovořit až od padesátých let minulého století, kdy na Švejcáro- vě I. dětské klinice v Praze bylo založeno dětské alergologické oddělení. Diagnostika a léčba alergií odpovídala tehdejší úrovni poznatků teoretických i možností praktických.

V dalších deseti až patnácti letech došlo k rozvoji vyšetřovací i léčebných postupů a přibýlo i lékařů-pediatrů s nástavbovou specializací v oboru. Současně ale také trvale narůstala prevalence astmatu a alergií v populaci.

V posledních dvaceti letech však už můžeme mluvit o komplexním přístupu k péči o dětské alergiky. Souvisí to nejen s poznáním zánětlivé podstaty alergických dějů, ale i s dalším rozvojem moderní diagnostiky i léčby. K tomu přispěly i další aktivity jako vznik různých patientských sdružení a existence laických časopisů a periodik, propagace zábavných forem rehabilitace dechu hrou na zobcovou flétnu, pořádání ozdravných klimatických pobytů. I přes stále trvající nárůst prevalence, který postihuje více dětí než dospělé, se astma a alergie v současnosti staly chorobami ambulantními. ■

Prevalence alergie, alergické rýmy a astmatu u dětí a mladistvých v České republice (N=7075, věk: 5, 9, 13, 17 let, pro rok 1996 pouze věkové skupiny 5, 9, 13 let)

	1996	2001	2006
Alergie	16,9%	24,7%	31,8%
Alergická rýma	5,7%	13,7%	16,1%
Asthma bronchiale	3,3%	6,7%	8,2%