

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Kombinovaná farmakoterapie noční enurézy

Enuresis nocturna (EN) je poměrně častá v dětském věku. Její incidence je asi 15–20 % v populaci 5letých dětí, 7–10 % u 7letých, 5 % u 10letých a 2–3 % v období 12–14 r. života. Mnozí z těchto pacientů bývají složitě vyšetřováni, panuje i určitý nesoulad v tom, kdo tyto děti ošetřuje: dětský lékař (dětský nefrolog) versus dětský urolog. Nefarmakologická léčba EN obvykle zahrnuje: motivované pochvaly, různá alarmová zařízení detekující pomočení, aktivní ovládání mikce (gymnastika močového měchýře a pánevního dna), hypnózu. Hlavní skupinu farmak používaných v terapii EN reprezentují tricyklická antidepresiva (TA, zlepšení je udáváno ve 40–70 % případů), menší efekt (10–50 %) je popisován při použití anticholinergik (ACH).

Na pracovišti japonských autorů zhodnotili léčbu nekomplikované monosymptomatické EN u 22 dětí (věkové rozmezí 6–12 roků, 14 chlapců). EN byla definována jako 3 „mokrých noci“ v týdnu v předchozích 3 měsících a případný „suchý interval“ nebyl delší jak 6 měsíců. Žádný z pacientů hodnoceného souboru nepreferoval použití alarmu jako nefarmakologické opatření v léčbě EN a v minulosti byla u nich EN neúspěšně léčena monoterapií (buď podáváním TA nebo ACH). Vstupní kritéria byla současně taková, že ze studie byli vyloučeni pacienti s denní enurézou, s neurogenním močovým měchýřem, s infekcí močových cest a s abnormálními laboratorními parametry při vyšetření krve a moči. O průběhu EN vedli záznamy rodiče dětí. A to tak, že nejprve v průběhu 1 měsíce (kontrolní období) byla zjištěna vstupní data/frekvence pomočování (děti byly bez jakékoliv medikace); následovalo období 6 měsíců, kdy byla podávána léčba a poté období 3 měsíců, kdy byla farmakoterapie ukončena. Ze skupiny TA byl používán amitriptylin/imipramin, ze skupiny ACH pak oxybutinin/propiverin. Efekt podávané farmakoterapie byl hodnocen jako srovnání počtu „mokrých nocí“ za jeden týden při podávané léčbě a v periodě (kontrolní období), kdy léčba podávána nebyla. Jako příznivý efekt bylo přitom hodnoceno to, že při farmakoterapii EN došlo k 50 % snížení počtu „mokrých nocí“.

Při použití uvedené kombinované léčby EN došlo v hodnocené skupině dětí ke snížení „mokrých nocí“ z 6,1 na 1,7 (jsou uvedeny průměrné hodnoty) a příznivý efekt terapie byl pozorován u 20 pacientů (90,9 %). K relapsu EN v období 3 měsíců po skončené farmakoterapii došlo u 60 % pacientů. Autoři srovnáním literárních údajů uzavírali, že kombinovaná farmakoterapie monosymptomatické nekomplikované EN má větší předpoklad pozitivního efektu (tj. redukci EN) než v případech, kdy TA nebo ACH jsou použita jako monoterapie.

Kaneko K, et al. *Pediatr Nephrol* 2001; 16: 662–664.
doc. MUDr. Z. Doležel, CSc.

Antipyretický efekt acetaminofenu: srovnání účinku dvou druhů dávkování

Autoři hodnocené studie (dvojitě slepé, randomizované, s paralelními skupinami nemocných) srovnávali antipyretický efekt acetaminofenu (A) při dvou typech iniciálního dávkování: první kalkulace vycházela z „nasyčovací“ dávky 30 mg/kg, druhá pak z dávky „udržovací“ 15 mg/kg. Celkově bylo do hodnocení zahrnuto 121 febrilních dětí (rektální teplota v rozmezí 39–40°C, věk 4 měsíce – 9 roků, tělesná hmotnost 4–26 kg). Dvašedesáti dětem byl podán A v dávce 15 mg/kg (skupina I.), a 59 dětem pak v dávce 30 mg/kg (skupina II.).

Ke snížení tělesné teploty pod 38,5°C došlo rychleji ve skupině II. než ve skupině I. (110 ± 94 minut, resp. 139 ± 113 minut). K maximálnímu snížení horečky došlo také ve skupině II. oproti skupině I. (2,3 ± 0,7°C, resp. 1,7 ± 0,6°C). Délka poklesu horečky (měřeno opět v rektu) po podání A byla významně delší ve skupině II. než ve skupině I. (250 ± 92 minut, resp. 185 ± 121 minut). Nežádoucí účinky podaného A byly zaznamenány u 6 dětí skupiny II. a u 5 dětí skupiny I. Jednalo se vždy o hypertermii/hypotermii/zvracení. Statistická významnost hodnocených nežádoucích účinků mezi oběma skupinami febrilních dětí nebyla prokázána. Autoři zjištěné výsledky uzavírali tak, že dávka A 30 mg/kg má účinnější antipyretický efekt než dávka 15 mg/kg.

Pozn. překladatele: označení acetaminophen je frekventněji používáno v anglo-americké literatuře, v našich podmínkách je častěji používán termín paracetamol. Anglo-americká doporučení udávají dávku acetaminofenu 10–15 mg/kg/dávku; toto množství je možno podle léčebného efektu opakovat á 4–6 hod, nemá být překročena dávka 2,6 g/24 hod. Běžná doporučení v ČR udávají dávku paracetamolu u dětí zcela stejně, maximální dávka je udávána 60 mg/kg/24 hod. Některé literární zdroje v ČR však udávají úvodní dávku paracetamolu 20 mg/kg, poté 15 mg/kg/dávku, á 4–6 hod, maximální dávka 4 g/24 hod. Pro běžnou pediatriickou praxi a farmakoterapii horečky v domácnosti se lze tedy řídit výše uvedenými rozmezími, nezbytné je však řádně poučit rodiče, aby příp. nekombovali jednotlivé preparáty s obsahem paracetamolu. V takovém případě dochází snadno k jeho kumulaci v organizmu a zvyšuje se riziko intoxikace. Dítě s horečkou musí mít zvýšený příjem tekutin (každé zvýšení tělesné teploty nad 37°C představuje zvýšení nezbytného množství vody o 12%).

Tréluyer JM, et al. *Pediatrics* 2001; 108: s. 997.
doc. MUDr. Z. Doležel, CSc.