

## ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

### Rizikové faktory ledvinového poškození a významné proteinurie u Schönlein-Henochovy purpury (SHP)

SHP je nejčastější vaskulitidou dětského věku. Domínujícími symptomy jsou: purpura (netrombocytopenická), abdominální bolest, gastrointestinální krvácení, artritida a poškození ledvin. I když klinický průběh SHP je ve většině případů nekomplikovaný (komplikovanější bývá přitom udáván průběh u mužského pohlaví), dlouhodobá prognóza těchto dětí je limitována zejména stupněm ledvinového postižení. Některá literární data udávají, že 1–7 % dětí po překonané SHP s renálním poškozením dospívá do stadia chronického selhání ledvin.

Japonští autoři provedli retrospektivní analýzu 134 dětí (71 chlapců) s SHP. Diagnóza onemocnění byla stanovena na základě:

- a) přítomnosti purpury
- b) artritidy, která byla definována jako přítomnost otoku kloubů/edému periartikulárních měkkých tkání
- c) bolesti břicha s pozitivním průkazem okultního krvácení/makroskopické přítomnosti krve ve stolici
- d) renálního postižení asociovaného s mikro-/makroskopickou hematurii provázenou/neprovázenou proteinurií.

U části pacientů (129) byla stanovena ještě aktivita faktoru XIII, jeho pokles pod 80 % byl považován za abnormální. U 120 dětí hodnoceného souboru byla dále stanovena sérová koncentrace IgA, hodnoty vyšší než 300 mg/dl byly považovány za zvýšené. U 25 dětí (19 %) bylo v terapii použito kortikoidů, u 31 dětí (23 %) byl aplikován koncentrát f. XIII.

Následně byla provedena rozsáhlá statistická analýza celého souboru dětí, která hodnotila význam všech faktorů asociovaných s:

1. postižením ledvin
2. přítomností výrazné ( $>0,1 \text{ g/m}^2$ )/těžké ( $>1 \text{ g/m}^2$ ) proteinurie.

Těmito faktory byly: mužské pohlaví, věk při začátku SHP, věk  $\geq 4$  roky, těžká abdominální symptomatologie, těžká artritida, perzistující purpura ( $>1$  měsíc), aktivita f. XIII, pokles aktivity f. XIII  $<80\%$ , sérová koncentrace IgA, podávání kortikosteroidů a podávání koncentráty f. XIII. Poškození ledvin bylo přitom prokázáno u 65 dětí (49 %), z nich u 97 % došlo k tomuto poškození v průběhu tří měsíců od akutní fáze SHP. Celkem 26 dětí (19 %) hodnoceného souboru mělo výraznou/těžkou proteinurii.

Na základě zjištěných údajů autoři uzavírali, že výrazná přítomnost abdominálních příznaků, přetrvávající purpura a věk dítěte  $>4$  roky jsou významnými rizikovými faktory pro poškození ledvin v průběhu SHP. Také spojitost perzistující purpury a snížení aktivity f. XIII je rizikové pro rozvoj renálního postižení. Všechny děti s SHP provázenou uvedenými riziky by proto měly být pečlivě klinicky sledovány a to zejména v období prvních tří měsíců od začátku onemocnění.

Sano, H. et al., *Eur J Pediatr*, 2002, 161: 196–201.  
doc. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.

### Preventivní podávání antibiotik u dětí s rizikem infekce močových cest (IMC)

U dětí je časté, že po proběhlé IMC bývají používána různá schémata zajišťovací léčby. Jejím základním smyslem je prevence další IMC; přitom jsou nejčastěji používány nízké dávky kotrimoxazolu/trimetopimu/nitrofurantoinu. Pediatrické studie hodnotící efekt této zajišťovací léčby jsou však ojedinělé a doporučení ve smyslu evidence-based medicine prozatím chybí.

Autoři předložené práce hodnotili soubor 66 dětí s IMC (58 dívek, prům. věk  $2,8 \pm 2,5$  r., věk. rozmezí 0–6,4 r.; 8 chlapců, prům. věk  $0,7 \pm 1,4$  r., věk. rozmezí 0,1–4,1 r.); děti byly sledovány v období  $3,7 \pm 2,2$  roků (rozmezí 0,92–9,83 roků). Indikacemi pro zajišťovací léčbu byly: pyelonefritida (PN) s vesikoureterálním refluxem (VUR), PN bez VUR, izolovaný VUR bez PN, refluxová nefropatie, urosepsy, opakované cystitidy s VUR, opakované cystitidy bez VUR. K zajišťovací léčbě byl použit u dětí (ve věku  $>6$  týdnů do dvou měsíce věku) kotrimoxazol (1–2 mg/kg/trimetoprim) nebo nitrofurantoin (1–2 mg/kg), u mladších dětí pak bylo použito nízkých dávek amoxicilinu nebo cefalexinu (dávkování neuvedeno).

V průběhu sledovaného období nedošlo u 33 dívek a u 5 chlapců k opakování IMC, u 25 dívek a 3 chlapců se však IMC znovu objevila. Statistické vyhodnocení analyzovaného souboru dětí pak prokázalo, že během zajišťovací léčby a v průběhu celého sledování měly zvýšené riziko opakování IMC ty děti, u nichž byla prokázána některá abnormita uropoetického traktu. Zejména pak dysfunkce močového měchýře, VUR III. a vyššího stupně a anomálie ledvin. Nižší stupně VUR a obstipace nebyly asociovány s rizikem opakování IMC. Celkově autoři svoji práci považují jako pomocnou – „startovací“ k realizaci podobně zaměřených pediatrických studií tak, aby bylo možno učinit definitivní závěry, u kterých dětí je zajišťovací léčba zcela nezbytná.

**Pozn. překladatele:** v kontextu výše uvedené práce je vhodné upozornit na dodržování opatření, která byla v ČR nedávno publikována (*Vox pediatrics*, 2, 2002, č. 4 – Zásady racionální antibiotické léčby infekcí močových cest).

Hellerstein S et al., *Pediatr Nephrol*, Online First Publication (<http://www.link.springer.de/link/service/journals/00467>)  
doc. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.