

Rýma, kašel, rýma, kašel aneb první rok ve školce

MUDr. Karolína Doležalová

Poliklinika Codum, Alergologicko-imunologická ordinace, Praha

Autorka prezentuje kazuistiku dívky, u které po zahájení docházky do mateřské školy došlo k prudkému nárůstu nemocnosti. Na základě této kazuistiky polemizuje nad nutností odborného vyšetření u všech opakovaně nemocných dětí. V teoretické části jsou definovány pojmy recidivující respirační infekty, fyziologická nemocnost, indikace imunologického odběru.

Klíčová slova: recidivující respirační infekty, fyziologická nemocnost, imunodeficit.

Never ending common cold in the first year of kindergarten attendance

The author presents a case study of a girl, who after starting her kindergarten attendance, has been indicated a sharp increase in morbidity. Based on this case study the author argues against the necessity of expert examination of all repeatedly sick children. In the theoretical part is defined the term recidivous respiratory infection, physiological morbidity and immunological test indication.

Key words: recidivous respiratory infection, physiological morbidity and immunological test indication.

Pediatr. praxi 2015; 16(6): 411–414

Úvod

K napsání tohoto článku jsem byla požádána po přednesení příspěvku se stejným názvem na Festivalu kazuistik v Luhačovicích. Od té doby jsem si lámala hlavu, jak toto sdělení pojmut. O otázce primárních a sekundárních imunodeficitů, o indikaci bakteriální imunomodulace, o roli Imunoglukanu P4H® atd. je napsáno mnoho kvalitnějších článků. Tento článek je spíš podnětem k zamyšlení a diskuzi. Mimo jiné proto, že náklady na vyšetření dětským alergologem a kompletní imunologická laboratoř jsou velmi nákladné. Pro ilustraci uvádím ceny jednotlivých laboratorních testů, které jsou i přes vysokou cenu velmi často indikovány zbytečně (vstupní vyšetření alergologem 1 000 Kč, krevní obraz s diferencíálem 90 Kč, sérové imunoglobuliny (Ig A, E, G, M) 1 000 Kč, roztestování podtříd IgG 4 400 Kč, průtoková cytometrie – buněčná imunita 2 000 Kč, IgA sliny 180 Kč, ECP 1 200 Kč, C1 inhibitor funkční test 580 Kč, ANA 1 000 Kč, ENA 2 000 Kč, oxidativní vzplanutí granulocytů 800 Kč, fagocytóza 1 300 Kč, časná aktivace lymfocytů 1 900 Kč, protilátky po očkování 400 Kč) (1). Další pohled je čistě praktický. Objednací doba na alergologii v Praze osciluje mezi 2–4 měsíci dle jednotlivých praxí. Procentuální zastoupení dle diagnóz mezi mými pacienty je následující (55 % recidivující infekty, 20 % průduškové astma, 8 % atopický ekzém a kopřivky, 5 % potravinové alergie, 2 % imunodeficity).

Kazuistika

Dívka, jejíž kazuistiku zde prezentuji, je typická představitelka tzv. fyziologické nemocnosti (2) (obrázek 1). Není ničím výjimečná

Obrázek 1. Fyziologická nemocnost (upraveno podle 2)



a věřím, že obdobných pacientů má pediatricky zaměřený praktický lékař či ambulantní specialista desítky. Ke mně se dostala na doporučení PLDD, na žádance byla uvedena pouze stručná věta: „K vyloučení imunodeficitu.“ Rodinná anamnéza dívky byla nezávažná, otec měl mírné projevy polinózy, matka byla zdráva, 6měsíční sestra byla rovněž zdráva. Dívka se narodila z 1. fyziologické gravidity v termínu, PH 3 510 g/ PD 50 cm, poporodní adaptace byla v normě, kojena byla 10 měsíců, atopický ekzém neměla, očkována byla řádně, bez reakcí. Dívka nebyla hospitalizována ani operována. Nemocnost do 3 let byla jen velmi nízká, prodělala exantema subitum, jinak nestonala. Od 3. roku se objevoval opakovaně katar HCD cca každých 14 dní, 2x měla serózní otitidu. Objektivní nález u dívky odpovídal věku. Provedené laboratorní vyšetření (KO + diferencíální rozpočet, hladiny imunoglobulinů) bylo v normě, spirometrie v normě. Rodičům

byla vysvětlena situace, že imunodeficit neprokazují a že daná situace je velmi častá. Dívce jsem doporučila podporu imunity (vitamin C, Imunoglukan P4H®, racionální životní styl, otužování, sport). Během dalšího roku ve školce se nemocnost postupně snižovala. Při kontrole za další rok (5,5 roku věku) byla dívka v období podzim – zima nemocná pouze 2x (katary horních cest dýchacích). Dívka tedy splňuje kritéria tzv. fyziologické nemocnosti.

Fyziologická nemocnost – definice

Fyziologická nemocnost je charakterizována mírným průběhem infekcí lokalizovaných převážně v horních cestách dýchacích, dobrou odpovědí na symptomatickou terapii a sezónním průběhem. Naše dívka před odesláním na specializované pracoviště navštívila 19x svoji praktickou dětskou lékařku (preventivní prohlídky, očkování...) (obrázek 2). Za těchto 19 návštěv ani jednou nevykazovala žádný z varovných

příznaků. Dívka nesplňovala indikaci k imunologickému vyšetření ani jinému odbornému vyšetření (tabulka 1).

Role PLDD v problematice opakovaně nemocného dítěte

PLDD má v této situaci obrovskou výhodu, že dítě zná víceméně od narození ve zdraví i nemoci. Pro určení diagnózy fyziologická nemocnost je odbornost PLDD naprosto kompetentní. Jaká vyšetření může PLDD udělat ve své ordinaci? Za dostatečné je považováno vyšetření krevního obrazu s diferenciálem a imunoglobulinů (cca 1 000 Kč) (4). Pokud vidíme fyziologické hodnoty u vyšetřovaných parametrů u dítěte s dosud normálním vývojem, máme prostor počkat, jak se situace bude vyvíjet. Velmi pravděpodobně se nemocnost bez větších intervencí upraví sama. U dítěte s opakovanými rýmami a záněty středouší by se nemělo zapomínat na vyšetření zvětšených adenoidních vegetací.

Recidivující respirační infekty – definice

Recidivující respirační infekty patří mezi nejčastější onemocnění, s kterými se setkáváme v dětském věku. Obvykle se vyskytují ve dvou rizikových životních etapách. Jednou z nich je věk mezi 6 a 12 měsíci, což je způsobeno tím, že dítě již spotřebovalo potřebné ochranné imunitní látky přenesené placentou od matky a jeho vlastní tvorba ještě není dostatečná. Další rizikovou etapou je období zařazení do kolektivního zařízení, v našich podmínkách 3. rok a začátek docházky do mateřské školy. Děti mívají opakovaně rýmy, sinusitidy, záněty středouší, faryngitidy, tonsilitidy, laryngotracheitidy. Nejčastějším etiologickým agens bývají viry (adenoviry, rhinoviry, Coxsackie). Z bakterií se uplatňují streptokoky, *Haemophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis* a další. Choroba většinou probíhá mírně, s dobrou odpovědí na symptomatickou terapii a rychlou úpravou zdravotního stavu. Je nápadná sezónnost obtíží, kdy maximum jejich výskytu vidíme od října do dubna.

Definice RRI podle Italské skupiny (Gruppo di Studio di Immunologia della Società Italiana di Pediatria, 1988) (5). Pro diagnózu RRI musí platit alespoň jedno z následujících kritérií:

- 6 a více respiračních infekcí za rok
- 1 a více respiračních infekcí za měsíc v období od září do dubna
- 3 a více respiračních infekcí za rok včetně infekcí dolních cest dýchacích

Obrázek 2. Vyloučení varovných příznaků díky důkladné znalosti anamnézy dítěte z jeho 19 návštěv v ordinaci



Tabulka 1. Indikace imunologického vyšetření (podle 8)

- 8 a více infekcí dýchacího systému v průběhu 12 měsíců
- 2 a více pneumonií v průběhu 12 měsíců
- 2 a více těžkých infekcí (např. meningitida, sepse)
- rozsáhlá kvasinková infekce kůže a sliznic u dítěte staršího než 1 rok
- opakované hluboké kožní abscesy a infekce měkkých tkání
- neobvykle těžký průběh infekcí
- infekce v neobvyklé lokalitě
- neprosplivání, chronický průjem
- výskyt vrozené poruchy imunity v rodině

Tabulka 2. Možnosti ovlivnění imunitního systému v dětském věku (podle 8)

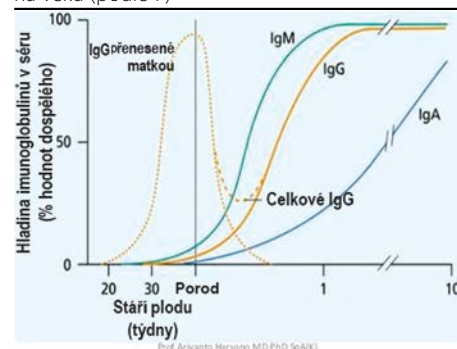
- **Biologicky aktivní polysacharidy (Imunoglukan P4H)** účinek Imunoglukanu prokázán Česko-slovenskou multicentrickou studií v r. 2005. Testováno 215 dětí. Referováno zlepšení u 71,2%). Mechanismus účinku beta-glukanů na imunitní systém je komplexní; jedná se o celou řadu paralelně probíhajících mechanismů, kterými beta-glukany aktivují především nespecifickou aktivitu.
- **Bakteriální imunomodulátory** (vazba na předpis, vhodné detilnější vyšetření imunity)
- **Prebiotika a probiotika**
- **Echinacea** (vliv pouze při akutních KHCD, dlouhodobý preventivní vliv nebyl prokázán)
- **Vitaminy C, A, E** (vhodné synergické působení s imunoglukany)

Německá autorka Ania Carolina Muntau uvádí jako horní hranici fyziologické nemocnosti 6–8 respiračních infekcí za rok (6).

Diskuze

Naše kazuistika je příběh s dobrým koncem. Obdobně pozitivní konec vídám u většiny pacientů s touto problematikou. Je to dáno jednak nárůstem hladiny imunoglobulinů (graf 1) a dále tím, že se dítě časem promoří „školovou“ mikrobiologickou flórou. Tato informace by měla být pro rodiče klíčová. Lékař by měl vyjádřit porozumění s náročností jejich situace a nijak ji nebagatelizovat. Ze své praxe mám zkušenost, že důkladný edukační pohovor přinese více užitku než nákladné laboratorní testy. Já sama rodičům obvykle říkám, že první rok ve školce je většinou jedna velká nemoc s drobnými epizodami zdraví. Ale jejich dítě nemá narušenou imunitu.

Graf 1. Vývoj hladiny imunoglobulinů v závislosti na věku (podle 7)



Situace se v čase jistě zlepší. Rodiče mohou situaci ovlivnit zdravým způsobem života (racionální stravování, otužování, sport, přímořský či horský pobyt) a podáváním léčebných prostředků na podporu imunity (tabulka 2). Všechny tyto kroky můžou množství infekcí snížit, ale rozhodujícím faktorem je čas. Dítě z „rým a kašlů“ vyroste.

Závěr

S problematikou opakovaně nemocného dítěte se setkává praktický dětský lékař i pediatricky zaměřený specialista oboru alergologie, imunologie, pneumologie, ORL. Nicméně absolutně nejvíc se s nemocným dítětem setkává jeho rodič. Tento rodič pak atakuje svého pediatra a skrz něj nebo přímo na vlastní pěst další specialisty. Na základě důkladné anamnézy, fyzikálního vyšetření a dvou jednoduchých laboratorních testů můžeme rodiče upokojit vysvětlením, že stav jejich dítěte je zcela běžný a upraví se sám.

Literatura

1. Zaokrouhleno podle ceníku laboratoře Synlab, www.synlab.cz/fileadmin/standortseiten/synlab_cz/ceniky/20150501_ceniky/15074TM_SYNLAB_cenik_biochemie.pdf.
2. Jeseňák M, Rennerová Z, Bánovčin P. Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u dětí, *Mladá fronta* 2012: 49.
3. Krejssek J, Kopecký O. Klinická imunologie. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004: 941.
4. Jeseňák M, Rennerová Z, Bánovčin P. Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u dětí, *Mladá fronta* 2012: 55.
5. Gruppo di studio di Immunologia della società Italiana di Pediatria. Le infezioni ricorrenti nel bambino: definizione ed approccio diagnostico. *Riv Immunol Allergol Pediatr*. 1988; 2: 127–134.
6. Muntau AC. *Pediatric*, Grada 2014: 328.
7. Harsono A. <http://www.slideshare.net/ariyantoharsono/immune-deficiencies-in-children-an-overview>.
8. Jeseňák M, Rennerová Z. Imunita dětí v předškolním věku. InDesign, s.r.o., Nové Zámky, 2010.

Článek doručen redakci: 27. 8. 2015

Článek přijat k publikaci: 30. 9. 2015

MUDr. Karolína Doležalová

Poliklinika Codum, Alergologicko-imunologická ordinace, Praha
Soukalova 3 355/3, 143 01 Praha 4
J.Karolina@seznam.cz

