



ABSTRAKTA

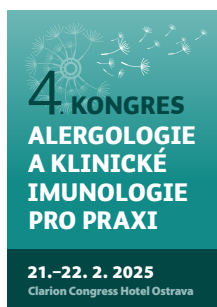
4. KONGRES ALERGOLOGIE A KLINICKÉ IMUNOLOGIE PRO PRAXI (LÉKAŘI)

21.–22. 2. 2025

Clarion Congress Hotel, Ostrava

Pořadatel: SOLEN, s.r.o., ve spolupráci
s Oddělením alergologie a klinické imunologie FN Ostrava





POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNER

ZENTIVA

PARTNEŘI



PROGRAM – pátek 21. února 2025

14.00–14.20 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc. – prezident kongresu
MUDr. Jiří Havrlant – ředitel FN Ostrava
doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D. – děkan LF Ostravské univerzity

14.20–15.25 ÚVODNÍ PŘEDNÁŠKY

Předsedající: doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

- Covid skončil? Na co se máme připravit nyní? – Maďar R.
- Mikrobiom dýchacích cest – přítel, nebo nepřítel? – Kolář M.
- K čemu jsou alergologovi a klinickému imunologovi cytokiny? – Stříž I.

15.25–16.30 BRONCHIÁLNÍ ASTMA – SPOUŠTĚČE

Předsedající: prim. MUDr. Irena Krčmová, CSc.

- EAACI recentní doporučení o polutantech interiérů ve vztahu k bronchiálnímu astmatu – Krčmová I.
- Bronchiální astma a alergie na zvířata – Nevrlka J.
- Alergie na plísň – Pešák S.
- Alergeny a spouštěče u profesionálního bronchiálního astmatu a alergické rinitidy – Boušová K., Fajfrová J.

16.30–17.00 PŘESTÁVKA

17.00–17.40 BLOK ZAHRANIČNÍCH HOSTŮ

Předsedající: doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

- Telemedicina v alergologii a imunologii – již za dveřmi? – Gawlik R. (Katowice, Polsko)
- Vzácnější pylové alergen – chudák pacient – Hrubisko M. (Bratislava, Slovensko)

17.40–18.00 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI SCHWABE CZECH s. r. o.

- Možnosti ovlivnění nespecifické imunity rostlinnými léčivy – Vranová V.

18.00–19.00 IMUNODEFICITNÍ STAVY

Předsedající: doc. MUDr. Tomáš Milota, Ph.D.

- Idiopatická CD4+ T lymfopenie – Hlaváčková E.
- Gastrointestinální postižení u vrozených poruch imunity – Chovancová Z.
- Plicní manifestace primárních protilátkových imunodeficiencí – Milota T.

19.30 VEČEŘE

Sesterská sekce

15.30–17.40 SESTRY PRACUJÍCÍ V ALERGOLOGII A KLINICKÉ IMUNOLOGII

Předsedající: Mgr. Jana Kačorová, Ph.D., Jaroslava Šimoníčková, PhDr. Andrea Polanská, MBA

- Oddělení alergologie a klinické imunologie ve FN Ostrava – po 5 letech od svého vzniku – Kačorová J.
- Rozsah péče o pacienta na Oddělení alergologie a klinické imunologie ve FN Olomouc – Henebergová D.
- Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně – Centrum pro diagnostiku a terapii Hereditárního angioedému – Horáková H.
- Humánní autogenní vakcíny a jejich využití – Sárová I., Dudová M., Boháčková K.
- Duševní zdraví v kontextu povolání sestry – Hosáková J.
- Kočky a jejich vliv na naše zdraví – Byrtusová M.
- Ze života blanokřídlého hmyzu – Kozelská R.
- Možnosti zrychlené alergenové imunoterapie u vosy a včely na OAKI FN Ostrava – Kačorová J.

17.40–18.05 WORKSHOP

- Ošetrovatelský management při imunoglobulinové léčbě v oboru alergologie a klinické imunologie – Henebergová D.

PROGRAM – sobota 22. února 2025

8.00–9.00 ALERGIE NA LÉKY

Předsedající: MUDr. Tomáš Balner

- **Hypersenzitivní reakce na lokální anestetika** – Baroš J.
- **Existuje alergie na léky proti alergii?** – Sedláčková L.
- **Rýma, kožní testy s betalaktamy a překvapení** – Balner T.
- **De-labelling PNC alergie – projekt MU + FN Brno** – Nevrlka J.

9.00–10.00 POTRAVINOVÉ ALERGIE

Předsedající: MUDr. Mgr. Veronika Solařová

- **Čím dokrmit novorozence – pohled alergologa** – Látalová V.
- **Mléčné a jiné žebříky v praxi** – Hrnčířová D.
- **Tropomyosin. Co od něj můžeme čekat?** – Solařová V.
- **Fermentované potraviny a imunita aneb co naše babičky uměly a na co my jsme zapomněli** – Kopřiva F.

10.00–10.30 PŘESTÁVKA

10.30–11.10 HOT TOPIC V ALERGOLOGII – Čáp P., Bystroň J.

11.10–11.30 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI GLAXOSMITHKLINE, s. r. o.

- **Pacient s HES a revmatoidní artritidou – jeden nebo 2 problémy?** – Bystroň J.

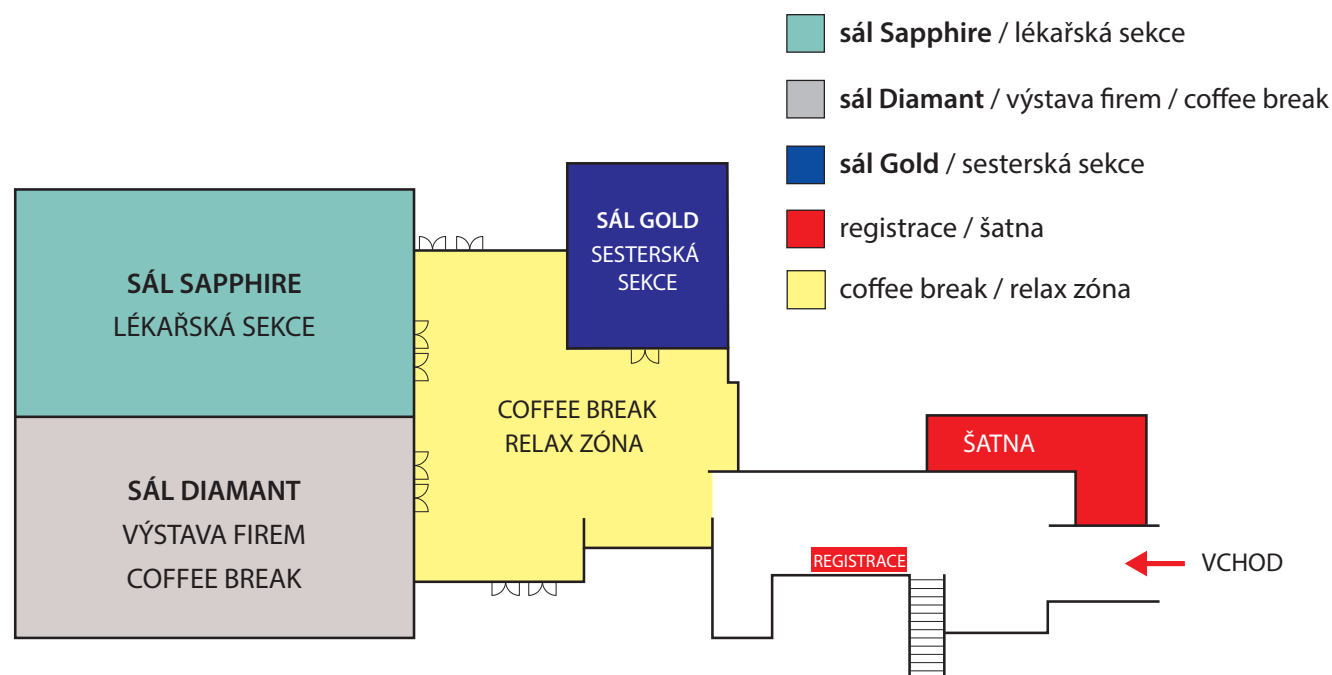
11.30–12.40 ALERGENOVÁ IMUNOTERAPIE – HODNOCENÍ EFEKTU AIT

Předsedající: MUDr. Mgr. Jiří Nevrlka

- **Hodnocení AIT – přehled** – Nevrlka J.
- **Hodnocení AIT – pomůže nám laboratoř?** – Mlčák Potyszová D.
- **Hodnocení AIT – pomohou nám nazální provokační testy?** – Herknerová M.
- **Hodnocení AIT – pomohou nám mobilní aplikace?** – Balner T.

12.40 ZAKONČENÍ KONGRESU

Změna programu vyhrazena



VIVAIRE

beklometason+formoterol



• MALÉ
• ČÁSTICE,
• VELKÝ
• DOPAD*

Astma

K pravidelné léčbě astmatu u pacientů, u nichž je vhodné podávání kombinovaného přípravku (inhalačního kortikosteroidu a β_2 -mimetika s dlouhodobým účinkem)

CHOPN

Symptomatická léčba pacientů s těžkou CHOPN¹

DEPOZICE V PLICÍCH - 34 %²

* Velmi jemný aerosol Vivaire účinně proniká do centrálních a periferních plic.

Reference: 1. SPC Vivaire, poslední revize textu 28. 7. 2023. 2. De Backer W et al. Lung deposition of BDP/formoterol HFA pMDI in healthy volunteers, asthmatic, and COPD patients. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv 2010;23:137-148. 3. Nave R, Mueller H. From inhaler to lung: clinical implications of the formulations of ciclesonide and other inhaled corticosteroids. Int J Gen Med. 2013;6:99-107. 4. van den Berge M et al. Treatment of the bronchial tree from beginning to end: targeting small airway inflammation in asthma. Allergy. 2013;68(1):16-26.

Zkrácená informace o přípravku VIVAIRE

Léčivá látka: 1 odměřená dávka (z ventili) obsahuje: 100 mikrogramů beklometason-dipropionátu a 6 mikrogramů dihydrátu formoterol-fumarátu. Roztok k inhalaci v tlakovém obalu. **Indikace:** k pravidelné léčbě astmatu u pacientů, u nichž je vhodné podávání kombinovaného přípravku (inhalačního kortikosteroidu a β_2 -mimetika s dlouhodobým účinkem): u pacientů, kde léčba inhalačními kortikosteroidy a β_2 -mimetiky s rychlým účinkem podle potřeby nedosáhla dostatečné kontroly astmatu, nebo pacientů s již adekvátně kontrolovaným astmatem při podávání inhalačního kortikosteroidu a dlouhodobě působícího β_2 -mimetika. Symptomatická léčba pacientů s těžkou CHOPN (FEV₁ < 50 % předpokládané normální hodnoty) a anamnézou opakovaných exacerbací, kteří mají signifikantní symptomy navzdory pravidelné léčbě dlouhodobě působícími bronchodilátory. **Dávkování:** **Astma:** není určen k počáteční léčbě, dávkování individuální a má být přizpůsobeno závažnosti onemocnění. Beklometason-dipropionát v přípravku Vivaire je charakterizován distribucí velmi malých částic, která má za následek silnější účinek než beklometason-dipropionát v dávkovači, který neobsahuje tyto velmi malé částice. **A. Udržovací a úlevová léčba: Dospělí starší 18 let:** 1 nebo 2 vdechy 2x denně. Maximální denní dávka jsou 4 vdechy. **B. Udržovací a úlevová léčba:** pacientům je potřebné zdůraznit, že je třeba vždy mít přípravek Vivaire k dispozici pro akutní použití. **Dospělí starší 18 let:** 1 vdech 2x denně (jeden vdech ráno a jeden vdech večer). Při zhoršení by měl pacient inhalovat další 1 dávku dle potřeby. Pokud symptomy přetrvávají i po několika minutách po podání, je třeba inhalovat další dávku. Maximálně lze inhalovat 8 dávek denně. Pacienta je třeba upozornit, že musí přípravek Vivaire užívat pravidelně každý den, i když právě nemá příznaky onemocnění. **CHOPN: Dospělí od 18 let:** 2 inhalace 2x denně. **Způsob podání:** k inhalačnímu podání. K zajištění správného podání léčivé přípravky je třeba, aby lékař nebo jiný zdravotnický pracovník pacientovi ukázal, jak správně inhalátor používat. Pacienti, pro něž je obtížné synchronizovat uvolnění dávky a vdechnutí, mohou užít nástavec AeroChamber Plus. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** u pacientů se srdečními arytmiemi, zvláště AV blokem 3. stupně, s tachyarytmiemi, idiopatickou subvalvulární stenózou aorty, hypertrofickou obstruktivní kardiomyopatií, vážnými srdečními onemocněními, zvláště akutním infarktem myokardu, ischemickou chorobou srdeční, městnavou srdeční nedostatečností, okluzními vaskulárním onemocněním, zvláště aterosklerózou, arteriální hypertenzí a aneurysmatem je třeba přípravek používat s opatrností. Zvláštní opatrnost je třeba také u pacientů se známým prodloužením QTc intervalu nebo s podezřením na prodloužený QTc interval, dále u pacientů, kteří trpí tyreotoxikózou, diabetem mellitem, feochromocytomem a neléčenou hypokaliemií. Při léčbě β_2 -agonisty může dojít k závažné hypokaliemii. Inhalace vysokých dávek formoterolu mohou způsobovat zvýšení glykémie. Pokud se u pacienta plánuje anestezie s halogenovanými anestetiky, je třeba zajistit, aby se léčba přípravkem Vivaire ukončila nejméně 12 hodin před začátkem anestezie. Se zvláštní opatrností u pacientů s aktivní nebo latentní formou tuberkulózy, plísňovými nebo virovými infekcemi v dýchacích cestách. Doporučuje se, aby léčba přípravkem Vivaire nebyla ukončena náhle. Pokud se pacientovi zdá léčba neúčinná, je třeba zvýšená lékařská pozornost. Zvýšené užití bronchodilatačních látek kvůli dušnosti znamená zhoršení kontroly astmatu a vyžaduje přezkoumání terapie. Pokud po počátečním podávání přípravku Vivaire nedojde ke zlepšení nebo dojde ke zhoršení stavu, pacienti mají lék dále užívat a mají vyhledat lékaře, který jim

Plicní depozice je ovlivněna velikostí částic **MMAD** (hmotnostní medián aerodynamického průměru částic)^{3,4}



~1,5 μ m

HFA beklometason/formoterol⁴

Fixní kombinace IKS/LABA s velmi malými částicemi.



sdělit, jak dále postupovat. Nemá se používat jako první přípravek k léčbě astmatu. Pacientům je třeba doporučit, aby měli vždy k dispozici svůj rychle účinkující bronchodilátor k léčbě akutních záchvatů astmatu. Pacientům je nutné připomenout, aby užívali přípravek Vivaire denně dle předpisu, i když se u nich akutně příznaky neobjevují. Vivaire by měl být užíván v nejnižší účinné dávce. Při léčbě každým inhalačním kortikosteroidem se mohou objevit celkové nežádoucí účinky, zvláště při vysokých dávkách užívaných po dlouhou dobu. Dlouhodobé léčení u pacientů vysokými dávkami inhalačních kortikosteroidů může vést ke snížení funkce nadledvin a akutní nadledvinové krizi. Pacienti, kteří jsou převáděni z perorální léčby na inhalační léčbu kortikosteroidy, mohou mít po určitou dobu zvýšené riziko snížené adrenální rezervy. U pacientů s CHOPN, kterým byly podávány inhalační glukokortikoidy, byl pozorován vyšší výskyt pneumonie. Pacienta je třeba upozornit, že po inhalaci přípravku si má vypláchnout ústa vodou nebo si vyklátat, případně si vyčistit zuby kartáčkem, aby minimalizoval riziko orofaryngeální kandidové infekce. Obsahuje 7 mg alkoholu (ethanolu) v jedné dávce (58,14 mg). Při systémovém i lokálním použití kortikosteroidů může být hlášena porucha zraku. **Interakce:** možnost systémových účinků při souběžném užívání silných inhibitorů CYP3A (např. ritonaviru, kobicistatu) nelze vyloučit, a proto je nutná zvýšená opatrnost. Pacienti s astmatem by neměli užívat přípravky obsahující betablokátory (včetně očních kapek). Pokud je ze závažného důvodu užívají, je tím účinek formoterolu snížen nebo zcela anulován. Naopak současně užívání jiných beta adrenerních léčivých přípravků může mít aditivní účinek. Současná léčba s chinidinem, disopyramidem, prokainamidem, fenothiazinem, antihistaminiky, inhibitory monoaminooxidázy a tricyklickými antidepresivy může prodloužit QTc interval a zvýšit riziko komorových arytmií. Přidání L-dopy, L-thyroxinu, oxytocinu a alkoholu může zhoršit nežádoucí účinky β_2 -sympatomimetik na srdce. Současná léčba s inhibitory monoaminooxidázy včetně léků s podobnými vlastnostmi, jako je furazolidon a prokarbazin, mohou navodit zvýšení krevního tlaku. U pacientů, kteří dostávají narkózu halogenovanými uhlovodíky, je zvýšené riziko arytmií. Současné léčení xantinnými deriváty, steroidy nebo diuretiky může potencovat možný hypokalemičtý účinek β_2 -agonistů. U pacientů, kteří jsou léčeni digitálními glykosidy může hypokalemie zvýšit citlivost vůči arytmiím. Přípravek Vivaire obsahuje malé množství etanolu. U zvláště citlivých pacientů, kteří užívají disulfiram nebo metronidazol, je tedy teoretický potenciál pro vznik interakcí. **Těhotenství a kojení:** v průběhu těhotenství se smí použít pouze v případě, že očekávaný přínos léčby převyšuje možná rizika. O podávání kojícím ženám by se mělo uvažovat pouze v případě, že očekávaný přínos převyšuje možná rizika. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** pravděpodobně nemá žádný vliv. **Nežádoucí účinky:** časté: faryngitida, orální kandidóza, pneumonie (u pacientů s CHOPN), bolest hlavy, dysfonie. **Velikost balení:** jedna tlaková nádoba, která poskytuje 120 dávek ekvivalentních 9,3 g inhalačního roztoku. **Podmínky uchování:** před vydejením pacientovi: uchovávejte ve svislé poloze v chladničce (2-8 °C) maximálně po dobu 18 měsíců. Po vydeji: uchovávejte při teplotě do 25 °C po dobu maximálně 3 měsíců. Nádoba obsahuje sláčený roztok. Nevystavujte teplotám vyšším než 50 °C. Nepropíchněte nádobku. **Registrační číslo:** 14/421/20-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum poslední revize textu:** 28. 7. 2023. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis a je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním nebo výdejem přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou obdržíte na adrese: Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Určeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení

U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, tel.: (+420) 267 241 111, www.zentiva.cz

ZENTIVA

Bronchiální astma – spouštěče

Předsedající: prim. MUDr. Irena Krčmová, CSc.

pátek / 21. února 2025 / 15.25–16.30

EAACI recentní doporučení o polutantech interiéru ve vztahu k bronchiálnímu astmatu

Krčmová I., Novosad J.

ÚKIA, FN a LF UK Hradec Králové

Evropská akademie pro alergologii a klinickou imunologii vydala recentně k diskuzi „Doporučení o vlivu látek znečišťujících vnitřní ovzduší na riziko rozvoje astmatu nebo důsledky související s astmatem“ (EAACI Guidelines on Environmental Science for Allergy and Asthma). K hodnocení vlivu interiéru je využit systém GRADE, do kterého jsou vzaty znečišťující látky a vlivy (vlhkost a plísně, čisticí prostředky, těkavé organické sloučeniny a pesticidy) na riziko nově vzniklého astmatu a na následky související s astmatem. Doporučení komplexně posuzuje synergii mezi vnitřními znečišťujícími látkami a dalšími složkami interiéru, jako jsou alergen, viry, endotoxiny (exposom) na základě dostupných důkazů. Několik tisíc nových chemikálií bylo zavedeno do moderního života, aniž bychom plně chápali jejich toxické účinky na zdraví a cesty, jak tyto účinky zmírnit. Možná agresivita nových podnětů překonává adaptační mechanismy organismů. Probíhají výzkumné projekty ohledně vlivu expozice „industriálnímu“ prostředí na respirační epitel a rozvoj astmatu. Nedávno zavedená „hypotéza epitelální bariéry“ uvádí příčinné souvislosti mezi environmentálními změnami a iniciací epitelálního poškození zánětu. Mezi spouštěči astmatu hraje významnou roli expozice v interiérech, protože lidé tráví více než 80 až 90 % svého času uvnitř budov.

V dokumentu EAACI jsou diskutovány těkavé organické sloučeniny (zejména byl uveden benzen, formaldehyd), insekticidy a vnitřní pesticidy, čisticí prostředky jak v domácnostech, tak na pracovištích. Vlivy pro nekonzistentnost důkazů jsou hodnoceny s určitou opatrností. Autoři dokumentu si jsou vědomi toho, že na řadu expozic se vůbec nevztahují zvláštní doporučení. Patří mezi ně vnitřní alergen, endotoxiny a skupina znečišťujících látek vzbuzujících obavy, jako je azbest, ftaláty, mikroplasty, perfluorované uhlovodíky, UV filtry, syntetické vůně, parabeny, siloxany, zbytky léků. Směsné zdroje oxidu uhelnatého, oxidu siřičitého, oxidu dusičitého, ozónu a emise pevných částic z tepelných zdrojů (sporáky, krby, topidla) jsou taktéž uváděny jako rizikové podněty v interiéru. Do dokumentu nebyla zahrnuta expozice vedlejším produktům chlóru v krytých bazénech, což je prokázáný rizikový faktor pro rozvoj alergií a astmatu.

Obecně lze uvést, že pro řadu skupin polutantů byla nalezena nízká jistota důkazů pro souvislosti mezi vnitřní expozicí heterogenním znečišťujícím látkám a zvýšeným rizikem nového výskytu či zhoršení astmatu. Pouze u expozice plísním byla uvedena střední jistota důkazů pro nově vzniklé astma. Doporučení EAACI dokumentu je přínosné jako racionální podnět směrem k možné úpravě interiéru u astmatických pacientů.

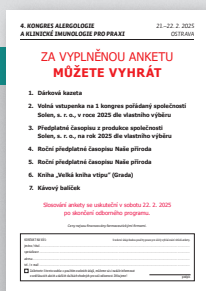
Bronchiální astma a alergie na zvířata

Nevrlka J.

FÚ LF MU Brno, ÚLM + KNPT FN Brno Bohunice

Alergické astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které postihuje více než 300 milionů lidí po celém světě (Global Asthma Network, 2022). Mezi nejčastější alergen, které mohou přispívat k rozvoji astmatu, patří zvířecí alergen, jako jsou epitelové buňky, srst, sliny nebo moč domácích zvířat. Expozice těmto alergenům je častá zejména ve vyspělých zemích, kde je až 60 % domácností spojeno s chovem domácích zvířat (Pawankar et al., 2021).

Zvířecí alergen jsou jednou z hlavních příčin exacerbace alergického astmatu, zejména u pacientů, kteří mají přímý kontakt s domácími mazlíčky, jako jsou kočky, psi nebo hlodavci. Zvířecí alergen interagují s imunitním systémem prostřednictvím vazby na specifické IgE protilátky na povrchu žírných buněk a bazofilů. Tato vazba vede k uvolnění mediátorů, jako je histamin, prostaglandiny



ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu.

Anketu najdete na našem stánku Solen

a za její vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

a leukotrieny, což způsobuje typické příznaky alergické reakce, včetně bronchokonstrikce, zánětu a produkce hlenu. Opakovaná expozice těmto alergenům může vést k chronickému zánětu dýchacích cest, remodelaci bronchiálních struktur a nevratným změnám plicní funkce (O'Hehir et al., 2018).

Studie ukazují, že až 30 % pacientů s alergickým astmatem je senzibilizováno na alespoň jeden zvířecí alergen (Kim et al., 2020). Expozice těmto alergenům v raném dětství může mít zásadní vliv na vývoj imunitního systému. Například longitudinální studie provedená ve Švédsku ukázala, že děti žijící v domácnostech se psy měly zvýšené riziko rozvoje astmatu o 20 % ve srovnání s těmi, které nebyly těmto alergenům vystaveny (Fall et al., 2015). Zajímavým poznatkem je role mikrobiomu v modulaci alergických reakcí; výzkumy naznačují, že expozice různorodým mikrobiálním prostředím může naopak snížit riziko alergií spojených se zvířaty (Fujimura et al., 2016).

Standardní určení zvířete jako příčinného alergenu zahrnuje kombinaci vyhodnocení klinických příznaků a objektivizačních testů (SPT kožní prick testy a/nebo stanovení specifického IgE). K dispozici však máme i tzv. komponentovou diagnostiku (CRD), která umožňuje identifikaci jednotlivých molekulárních komponent alergenů a přispívá tak k přesnějšímu určení zdroje senzibilizace, jeho klinického významu a možností indikace alergenové imunoterapie (Hemmer et al., 2021). Bylo tak například zjištěno, že zvýšené riziko těžšího průběhu astmatu mají pacienti (poly)senzibilizovaní na lipocaliny psa (Can f1, Can f2, Can f4 a Can f6) (Käck U et al., 2022), přičemž některé z nich jsou typicky spojené se zkříženou reaktivitou s dalšími srstnatými zvířaty (např. Can f6 psa s Fel d4 kočky a Equ c1 koně) (Matricardi PM et al. 2016). Dále se například můžeme setkat s monosenzibilizací na (pro astma opět rizikový) alergen psa Can f5, který odpovídá prostatickému kalikreinu. U takto postižených alergiků by tak přicházel v úvahu jako bezpečný kontakt omezený na feny (Schoos AM et al., 2017).

Jedinou léčbou, která může změnit přirozený průběh alergických onemocnění, je alergenová imunoterapie (AIT). Tato terapie zahrnuje opakované podávání zvyšujících se dávek specifického alergenu s cílem indukovat toleranci imunitního systému. U pacientů s alergickým astmatem způsobeným zvířecími alergeny se ukázala AIT jako obecně účinná při snižování příznaků, potřeby medikace a rizika exacerbací (metaanalýza Calderón et al., 2017). Je třeba říci, že mnohé studie stran AIT zvířecím alergenem a ovlivnění AB dávají neuspokojivé výsledky (např. Haugaard et Dahl, 1992). Je však třeba zdůraznit, že jde vesměs o starší práce z dnešního pohledu ne vždy uspokojivého protokolu a nevyužívající dnes dostupné komponentní diagnostiky, která usnadňuje výběr dobrých respondérů pro AIT terapii. Ta je u koček spojena s dominancí alergenu Fel d1 a u psa s alergenem Can f1, resp. také Can f2 a/nebo Can f5. V každém případě je pro další klinický i RWE výzkum účinků AIT při alergii na zvířata pole otevřené.

Podpořeno ze státního rozpočtu prostřednictvím MŠMT projektem VVI CZECRIN (LM2023049).

Alergie na plísně

Pešák S.¹, Löschnerová J.², Thon V.³

¹ÚKIA LF MU a FN u sv. Anny, Brno

²LK FN u sv. Anny, Brno

³RECETOX MU a AKIMED, Brno

Slovem plísně bývají obecně označovány houby, které vytvářejí jemné vláknité povlaky na různých organických materiálech, ze kterých jako heterotrofní organismy čerpají uhlík. Jejich hyfy a spory lze pozorovat pouze mikroskopem. Proto jsou označovány jako houby mikroskopické neboli mikromycety. Alergeny hub jsou obsaženy jak v hyfách, tak ve sporách, kde se vyskytují v několikanásobně větším množství. Na vrcholu sezony převyšují množství pylových zrn a jsou tak nejpočetnějšími organickými částicemi v ovzduší. Spory hub většinou dosahují velikosti 3–8 µm. Vzhledem ke svým aerobiologickým vlastnostem jsou schopny transportu na velké vzdálenosti, s dlouhou perzistencí v ovzduší. U vnímavých osob exponovaných houbám může po různé dlouhé době senzibilizace dojít k projevům alergických onemocnění – nejčastěji rýmy a astmatu. Senzibilizace houbovými alergeny nalézáme přibližně u 20–30 % atopiků, až u 80 % astmatiků a klinické projevy přecitlivělosti se manifestují u 3–10 % světové populace. S respiračními alergickými projevy je asociováno přes

80 druhů hub a v současné době bylo popsáno již přes 110 jejich jednotlivých alergenů. Příspěvek podává ucelený pohled na problematiku přecitlivělosti na plísň, včetně možností diagnostiky, léčby a pokroků ve výzkumu patogeneze.

Alergeny a spouštěče u profesionálního bronchiálního astmatu a alergické rinitidy

Boušová K.¹, Fajfrová J.^{1,2}

¹Klinika pracovního lékařství, FN Hradec Králové a Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

²Katedra vojenského vnitřního lékařství a vojenské hygieny, Vojenská lékařská fakulta UO, Hradec Králové

Asthma bronchiale (AB) a alergickou rinitidu (AR) lze za určitých podmínek definovaných v nařízení vlády č. 290/1995 Sb., v platném znění, uznat za nemoc z povolání. Ještě na přelomu tisíciletí platilo, že příčinou 5 % nově zjištěného alergického astmatu je některý alergen, resp. spouštěč v pracovním prostředí. V posledních 15 letech však zaznamenáváme výrazný pokles jednak šetřených podezření na nemoc z povolání, jednak uznaných případů profesního astmatu a rinitidy.

Důvodem je nejen úbytek těch odvětví ekonomické činnosti, v nichž se významné alergeny vyskytují typicky (zemědělská a potravinářská výroba, textilní výroba aj.), ale také nárůst výrobních činností s výskytem obtížně definovatelných a testovatelných chemických látek, které ztěžují možnosti diagnostiky. Jako nejčastější alergeny bývaly v minulosti zjišťovány mouka („pekařské astma“), zemědělské alergeny rostlinného i živočišného původu a textilní prach. V novém tisíciletí se v souladu s celoevropským trendem dostaly i v České republice do popředí chemické látky, a to především diizokyanáty, dále ropné produkty, lepidla, tmely a další. Až v pořadí dalším, avšak stále relativně významným alergenem, zůstává mouka.

V České republice bývalo v 90. letech minulého století uznáváno ročně 70–100 případů nových onemocnění profesionálním AB a AR, v letech 2010–2019 45–80 případů a v letech 2020–2023 již pouze 20–40 případů ročně. Profesionalitu AB a AR v ČR posuzují a potvrzují tzv. střediska pro uznávání nemocí z povolání, což jsou zpravidla kliniky/oddělení/centra pracovního lékařství v krajských/fakultních nemocnicích. K vyšetření odesílají pacienti přednostně praktičtí lékaři, dále alergologové, pneumologové či otorinolaryngologové, a to s již potvrzenou diagnózou astmatu či rinitidy. V rámci vyšetření na pracovním lékařství je detailně odebrána pracovní anamnéza, zhodnocen celkový zdravotní stav, podle možností provedeno testování s podezřelými alergeny – látkami z pracoviště, vyhodnocena příčinná souvislost vzniku onemocnění s pracovním prostředím, vyžádáno závazné vyjádření hygienika práce a poté event. uznána nemoc z povolání.

Za profesní lze astma či rinitidu uznat pouze tehdy, je-li jako primární nebo převažující příčina stanovena noxa z pracovního prostředí; v minulosti zjištěné astma, u něhož došlo ke zhoršení vlivem práce, nelze uznat za nemoc z povolání.

Satelitní sympozium společnosti Schwabe Czech s. r. o.

pátek / 21. února 2025 / 17.40–18.00

Možnosti ovlivnění nespecifické imunity rostlinnými léčivy

Vranová V.

Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta, Masarykova univerzita Brno

Onemocnění horních cest dýchacích patří k nejčastějším infekčním onemocněním. V léčbě se tradičně uplatňují různé druhy a formy léčiv s obsahem rostlinných extraktů a silic, zejména pro jejich mukoaktivní působení. Méně známý je antivirový a imunomodulační účinek rostlinných drog. Rostlinná léčiva se uplatňují zejména v posílení nespecifické imunity, např. aktivují NK buňky,

stejně jako fagocytární buňky; studie prokázaly inhibici neuraminidázy a hemaglutininů, stejně jako ovlivnění syntézy interferonů a prozánětlivých cytokinů. Velmi zajímavé jsou poznatky o zvýšení imunomodulačního účinku vitamínu D působením extraktu z *Pelargonium sidoides* pomocí indukce exprese receptorů tohoto vitamínu. Studie prokázaly efekt včasného nasazení extraktu z rostlinných léčiv na snížení spotřeby antibiotik a zkrácení doby onemocnění.

Imunodeficitní stavy

Předsedající: doc. MUDr. Tomáš Milota, Ph.D.

pátek / 21. února 2025 / 18.00–19.00

Idiopatická CD4+ T lymfocytopenie

Hlaváčková E.

Ústav klinické imunologie a alergologie, FN u svaté Anny v Brně a LF MU Brno

Idiopatická CD4+ T lymfocytopenie (ICL) je vzácný syndrom s různorodou klinickou manifestací. Jedná se o diagnózu *per exlusione*, kdy musí být vyloučena jasně definovaná příčina T lymfocytopenie. Onemocnění se vyskytuje celosvětově, postihuje rovnoměrně ženy i muže. V průměru bývá diagnostikováno kolem čtyřicátého roku věku, postižení mohou být již dětské pacienti. Genetická podstata syndromu není známa.

Diagnostická kritéria zahrnují záchyt poklesu CD3+CD4+ T lymfocytů pod 300 buněk na μ l nebo relativní počet CD3+CD4+ T lymfocytů nižší než 20% z celkového lymfocytárního počtu měřeno dvakrát minimálně v rozmezí šesti týdnů při vyloučení jiného onemocnění nebo léčby, která by mohla vést k danému výsledku. V laboratorních nálezech se CD3+CD4+ T lymfocytopenie u pacientů vyskytuje izolovaně nebo je zaznamenána spolu s poklesem T CD3+CD8+T, B CD19+B nebo NK CD16/56+NK lymfocytů.

Jako ICL se vstupně mohou manifestovat pacienti s definovanými vrozenými poruchami imunity jako *NFKB1*, *PI3KD*, *FAS*, *IL2RG*, *DOCK8*, kde genetické vyšetření tyto pacienty z kohorty ICL vyřadí. Široké genetické vyšetření, zahrnující sekvenování nové generace eventuálně celoxomové sekvenování, nevede u pacientů s ICL k objasnění diagnózy.

Klinika může být vstupně němá. Nejčastěji pacienti trpí infekcemi (HPV, VZV) včetně infekcí způsobených oportunními patogeny (*cryptococcus sp.*, nontuberkulózní mycobacteriai, *candida sp.*), autoimunitními projevy a jsou v riziku maligního zvratu.

U pacientů je doporučena antibiotická a antimykotická profylaxe při poklesu CD3+CD4+ T lymfocytů pod 200 buněk na μ l. Experimentálně bývá využívána terapie IL2 a IL7. Život ohrožující stavy jsou indikovány k alogenní transplantaci hematopoetických buněk, která však je často u ICL doprovázena závažnými komplikacemi.

Syndrom ICL je vzácným onemocněním s nejistou prognózou vyžadujícím multioborovou péči. Sledování a léčba pacienta by měla být koordinována imunologem a vedena specializovaným centrem, které má s léčbou pacientů s ICL zkušenost.

Gastrointestinální postižení u vrozených poruch imunity

Chovancová Z.

Ústav klinické imunologie a alergologie FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Vrozené poruchy imunitního systému (IEI) dnes představují více než 555 definovaných onemocnění charakterizovaných poruchami humorálních nebo buněčných mechanismů včetně jejich kombinací. Základní klinickou manifestací většiny IEI je zvýšená náchylnost k infekcím, která bývá často doprovázena projevy dysregulace funkce imunitního systému, což se manifestuje asociací IEI s rozvojem autoimunitních, autoinflamatorních, maligních nebo alergických onemocnění.

Střevní lymfatická tkáň (GALT) je největším lymfatickým orgánem lidského těla a disponuje různými mechanismy imunitní regulace. Proto dysregulace imunitního systému může vést k široké škále gastroin-

testinálních příznaků. Výskyt gastrointestinálního postižení se v závislosti na imunitním defektu pohybuje mezi 5–50%. Mezi velmi časté příznaky postižení gastrointestinálního traktu u pacientů s IEL patří chronické nebo opakující se průjemy doprovázené často příznaky malabsorpce. Mezi etiologická agens infekčních průjmů patří nejčastěji *Gardia lamblia*, *Salmonella* spp., *Campylobacter jejuni*, *Cryptosporidium parvum*, ale také cytomegaloviry, noroviry, rotaviry nebo enteroviry. Mezi další příznaky postižení gastrointestinálního traktu u pacientů s IEL patří tvorba granulomů, přítomnost lymfoidní nodulární hyperplazie, atrofická gastritida, zánětlivá střevní onemocnění podobající se Crohnově chorobě nebo ulcerózní kolitidě, postižení jater nebo rozvoj maligního postižení včetně střevních forem lymfomů a další.

Anamnestická data ohledně opakovaných infekčních komplikací, klinické a/nebo histologické rysy, které nejsou typické pro běžný průběh gastrointestinálního onemocnění nebo špatná odpověď na standardní terapii by měly vést k imunologickému vyšetření. Včasná diagnostika a léčba mohou zabránit nevratnému poškození tkání a úmrtnosti. Díky komplikovanému vztahu mezi tolerancí potravinových antigenů a aktivní imunitní odpovědí jsou gastrointestinální projevy u pacientů s IEL často obtížně léčitelné a spojené s významnou morbiditou a mortalitou. Ve většině případů ani imunoglobulinová substituční léčba nebo antibiotická profylaxe nezvrátí a nezabrání rozvoji gastrointestinálního postižení, proto je nutné k jejich léčbě využívat další imunomodulační léčbu.

Plicní manifestace primárních protilátkových imunodeficiencí

Milota T., Smetanová J., Šercl A.

Ústav imunologie, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a FN v Motole, Praha

Primární protilátkové imunodeficiency (PAD) patří k nejčastějším vrozeným poruchám imunity. PAD jsou charakterizované nízkou hladinou imunoglobulinů, narušenou tvorbou specifických protilátek a dysregulací imunitního systému. Klinicky se manifestují především bakteriálními respiračními infekty a širokou škálou neinfekčních komplikací. Ty zahrnují především lymfoproliferativní, autoimunitní a granulomatózní projevy spolu se zvýšeným rizikem nádorových onemocnění. V této prezentaci se zaměřujeme především na výskyt, patofyziologii a léčbu plicních projevů PAD jako jsou bronchiektázie a intersticiální plicní postižení. Přehled je doplněn o výsledky z průřezové prospektivní multicentrické studie, do které bylo zahrnuto celkem 89 pacientů s diagnózou běžného variabilního imunodeficitu z 6 národních referenčních center pro léčbu PAD. Studie byla zaměřena na zhodnocení strukturálních změn pomocí počítačové tomografie s vysokým rozlišením (HRCT), vyšetření plicních funkcí (bodypletysmografie) a určení rizikových faktorů.

Alergie na léky

Předsedající: MUDr. Tomáš Balner

sobota / 22. února 2025 / 8.00–9.00

Hypersenzitivní reakce na lokální anestetika

Baroš J., Pešák S.

Ústav klinické imunologie a alergologie Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
a Masarykovy univerzity v Brně

Lokální anestetika (LA) patří mezi nejčastěji testované léky v alergologických ambulancích z důvodu podezření na lékovou hypersenzitivní reakci. Skutečné alergické reakce na lokální anestetika jsou nicméně nesmírně vzácné. Podobně jako u jiných lékových skupin se i v případě LA setkáváme s nadužíváním pojmu „alergie“ se všemi negativními důsledky pro pacienta. Úkolem alergologa je odlišit reakce alergické od daleko čtenějších reakcí nealergických a dle toho zvolit bezpečný lék pro potřeby příští aplikace. V rámci diagnostiky kromě pečlivě odebrané anamnézy využíváme zejména kožní a expoziční testy. Laboratorní vyšetření (např. specifické IgE či test aktivace bazofilů) má

omezenou výpovědní hodnotu. Na našem pracovišti máme dlouholeté zkušenosti s komplexním testováním pacientů s podezřením na hypersenzitivní reakci po lokálních anestetikách. Naše poznatky potvrzují velmi nízký výskyt „pravých“ alergických reakcí. K definitivnímu potvrzení tolerance konkrétního léčiva ze skupiny LA běžně užíváme lékové provokační testy, které při zachování indikací a kontraindikací představují bezpečné vyšetření, na základě kterého můžeme pacientovi umožnit podstoupit plánovaný lékařský zákrok, při kterém bude lokální anestetikum použito.

Existuje alergie na léky proti alergii?

Sedláčková L.

Alergologie a klinická imunologie, Gennet, s. r. o., Praha

Každý lék může vyvolat nežádoucí účinky. Většina souvisí s farmakologickým účinkem, je předvídatelná a popsána v souhrnu údajů o přípravku (SPC). Menší část tvoří hypersenzitivní reakce, tedy nežádoucí účinky, které buď mají imunologický mechanismus (lékové alergie) nebo svým klinickým obrazem připomínají alergické reakce (lékové hypersenzitivní reakce). Přestože léky užívané k terapii alergií různým mechanismem tlumí alergické projevy, mohou vzácně alergické reakce samy vyvolat. Prezentace se zaměří na nejčastěji užívané anti-alergika: kortikosteroidy a antihistaminika. Přehled bude doplněn kazuistikami.

Rýma, kožní testy s betalaktamy a překvapení

Balner T.

Oddělení alergologie a klinické imunologie, FN Ostrava

Kožní testy s betalaktamovými antibiotiky představují důležitou součást diagnostiky alergie na tato léčiva. Jsou považovány za poměrně bezpečnou metodu, zejména u pacientů s anamnézou lehkých reakcí na betalaktamová antibiotika. Nicméně u pacientů s anamnézou těžké anafylaxe mohou vzácně samy vyvolat systémovou reakci. Proto je nezbytné před provedením testů znát přesnou podobu a závažnost předchozí alergické reakce. Kožní testy zahrnují prick testy a intradermální testy s časným odečtem pro diagnostiku IgE mediované alergie, případně s pozdním odečtem pro diagnostiku T-lymfocytárně zprostředkovaných reakcí.

Kazuistika popisuje případ pacientky, která byla došetřována pro rýmu a svědění obličeje s podezřením na inhalační alergii. V průběhu alergologického vyšetření byla nečekaně odhalena závažná alergie na betalaktamová antibiotika. Kazuistika zdůrazňuje důležitost opatrnosti při provádění kožních testů, zejména u pacientů s nejasnou anamnézou alergických reakcí, a nutnost připravenosti na možné závažné reakce i při diagnostických procedurách.

De-labelling PNC alergie – projekt MU + FN Brno

Nevrlka J.¹, Zdražilová-Dubská L.²

¹FÚ LF MU Brno, ÚLM + KNPT FN Brno Bohunice

²ÚLM FN Brno Bohunice, LF MU Brno

Alergie na penicilinová antibiotika (dále PNC alergie) je nejčastěji udávanou lékovou alergií, se kterou se setkáme v anamnéze a/nebo dokumentaci. Literatura udává pro Evropu a severní Ameriku „postižení“ i více než 10 % populace. Nicméně i prevalenční číslo 5,6 % ze zhodnocení údajů ve zdravotnických registrech NHS ve Spojeném království lze považovat za velmi vysoké (West EM et al., 2019).

Spolehlivost údaje o PNC alergii je nízká, protože je obvykle založen na nekritickém posouzení potíží, které vznikly v době podávání antibiotika a nesouvisí (často jen zdánlivě) přímo s infekční chorobou. Zda jde skutečně o PNC alergii není až na výjimky objektivizováno. V obavě z možnosti vyvolání závažné nežádoucí reakce nejsou PNC (a obvykle i ostatní betalaktamová) antibiotika dále recipována. Recentně pak často ani nelze zjistit nějaké podrobnosti k předmětné „alergické“ atace. Z četných studií je zřejmé, že údaj o PNC alergii je validní u méně než 10 % pacientů (např. Macy E

et Ngor EW, 2013; Blumenthal KG et al., 2019). A contrario více než 90 % pacientů je zbytečně léčeno antibiotiky druhé volby, která mají někdy nižší účinnost, vyšší riziko vedlejších nežádoucích účinků a často vyšší cenu. O důsledcích pro vznik antibiotické rezistence na zbytečně nadměrně indikovaná zásobní ATB ani nemluvě. Proto je současným trendem snaha zlepšit účelnou farmakoterapii ověřením údaje o PNC alergii a provedením jeho případné revize (tzv. de-labelling).

Principy vyšetřování lékových hypersenzitivních reakcí určují společná doporučení WAO/EAACI/ACAAI/AAAAI (tj. Světové zdravotnické organizace + evropské a obou amerických odborných alergologických společností, Demoly P et al., 2014, Romano A et al., 2020 a další EAACI position papers). Tyto principy reflektují i doporučené postupy ČSAKI (České společnosti pro alergologii a klinickou imunologii), resp. její Pracovní skupiny pro lékové alergie (Sedláčková L, 2013 a další). Základem vyšetřování je důkladná a podrobná anamnéza, následují laboratorní a kožní testy, a nakonec přímé lékové provokační testy (dále DPT). Takto designované vyšetřování prováděné specialisty v oboru alergologie však naráží celosvětově na jejich nízké počty. V rámci ČR pak mimo specializovaná tzv. léková centra na jejich obvykle nízké zkušenosti a nedostatečné zázemí pro tuto specifickou činnost.

Řešením neuspokojivé situace jsou pokusy stanovit algoritmy umožňující již na základě posouzení anamnézy stratifikovat pacienty na riziko opakování a potenciální sílu nežádoucí reakce (např. Tucker MH et al., 2017; Reichel A et al., 2020). Zatímco vysoce riziková pacienta by byli odesláni jako dosud na alergologii, resp. do specializovaných lékových center. Pacienti s nízkým rizikem by mohli být podrobeni přímo provokačnímu testu podáním PNC ATB i mimo alergologická pracoviště, a to bez odpovídajících předběžných neprovokačních testů. V roce 2022 byly zveřejněny v tomto smyslu i první oficiální národní guidelines (britské „BSACI guideline for the set-up of penicillin allergy de-labelling services by non-allergists working in hospital setting“ – Savic L et al., 2022).

Z výše uvedených zdrojů vychází i společný projekt MU Brno a FN Brno Bohunice pro posuzování údajů o PNC alergii a jejich další ověřování a případný PNC de-labelling vytvořený pro naše lokální podmínky. Projekt vychází ze stratifikace rizik na základě údajů z anamnézy a dokumentace pacienta a rozdělení pacientů do 4 skupin. První skupina s historií pouze tzv. podprahových projevů po podání PNC ATB by nebyla už podrobována dalším testům a „diagnóza PNC alergie“ by byla přímo revidována. Druhá skupina s nízkoprahovými projevy by byla bez dalšího podrobena DPT. Třetí skupina se středně-prahovými příznaky by byla nejprve podrobena jednoduchým neprovokačním testům (SPT – kožním prick testům a/nebo sIgE – specifickému IgE) a DPT by následovalo při jejich negativitě. A konečně čtvrtá skupina s vysokým rizikem by byla referována jako dosud k plnému vyšetření cestou alergologů lékového centra. Úvodní „anamnestickou“ stratifikaci by prováděl lékař nealergolog, případně i kvalifikovaný nelékařský zdravotnický pracovník. Validnímu vyhodnocení v první linii by měl napomoci odpovídající SW a možnost konzultace případných nejasných obrazů nebo výsledků se spolupracujícím alergologem.

*Vytvořeno ve spolupráci s LF MU prostřednictvím projektu CZECRIN (LM2023049),
podpořeného ze státního rozpočtu prostřednictvím MŠMT.*

Potravinové alergie

Předsedající: MUDr. Mgr. Veronika Solařová

sobota / 22. února 2025 / 9.00–10.00

Čím dokrmit novorozence – pohled alergologa

Látalová V.

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Mateřské mléko je díky optimálnímu zastoupení makronutrientů a mikronutrientů zlatým standardem výživy novorozence. V naprosté většině novorozeneckých oddělení je věnována velká pozornost podpoře kojení, především aktivitou laktčních poradkyň, aby co nejvíce novorozenců bylo propouš-



DOBRÝ ANDĚL

**BUĎTE s námi
DOBRÝM
ANDĚLEM**

**Vraťte, prosím,
při odchodu z této
akce visačku.**



**Za každou visačku
věnuje SOLEN 10 Kč
nadaci Dobrý anděl.**

Vrácené visačky jsou recyklovány
a opět použity

www.dobryandel.cz

**V roce 2024 jsme díky vám
přispěli částkou 30 000 Kč
na provoz Dětského centra Topolany.**

těno do domácího prostředí výlučně kojených. Při nedostatku mateřského mléka lze novorozenci na nezbytně dlouhou dobu nabídnout dárcovské mateřské mléko ošetřené pasterizací (dostupné obvykle ve větších nemocnicích) nebo počáteční mléčnou formuli. V případech déletrvajících potíží s laktací a při nutnosti dokrmu i v domácím prostředí bývá výběr mléčné formule často ponechán na rodičích. Data z odborných publikací však naznačují, že u dětí s vysokým rizikem rozvoje alergického onemocnění je vhodné volit mléčnou formuli s určitým stupněm hydrolyzy. Z hlediska rizika vzniku alergie na bílkovinu kravského mléka je otázkou i ukončení mléčného dokrmu po několika týdnech podávání.

Tropomyosin. Co od něj můžeme čekat?

Solařová V.

AlergoCentrum, s. r. o., Šumperk

Tropomyosin a troponin jsou regulační proteiny svalů. Zaměříme se na tropomyosin a jeho alergenní potenciál. Nachází se ve svalovině obratlových i bezobratlých živočichů. Tento spirálový dimer má mnoho izoform a pouze některé z nich mohou způsobit alergické reakce. Zaměříme se na tropomyosin u bezobratlých, u kterých je tato bílkovina považována za panalergen a je hlavní příčinou zkřížené reaktivity mezi koryši, měkkýši, roztoči, šváby a jedlým hmyzem. Alergie způsobená tropomyosinem byla v našich zemích ještě nedávno raritou. Jinou zkušenost mají alergologové v Asii. Senzibilizační profil pacientů má geografické zákonitosti. Způsob života, možnosti cestování a migrace obyvatel ovlivňuje výskyt těchto nežádoucích reakcí.

Tropomyosin je primární alergenní molekula měkkýšů a koryšů. Způsobuje celoživotní alergii a bývá příčinou vážných alergických reakcí v dětské i dospělé populaci. Tato vysoce termostabilní bílkovina se nachází také v dalších organismech, například v těle roztočů domácího prachu (Der p10), švába (Bla g7), v sledovém červu *Anisakis simplex* (Ani s 3) atd. Co od tropomyosinu můžeme čekat? K pochopení problematiky charakteru a závažnosti alergických a zkřížených reakcí nám pomůže znalost taxonomického dělení živočichů, kteří tropomyosin obsahují. Ke stanovení přesné diagnózy a předpovědi rizika nám poslouží přesná molekulární diagnostika (precision allergy molecular diagnosis). V příspěvku zazní kazuistika malé pacientky s alergií na krevety a zajímavé informace z několika vědeckých prací.

Alergenová imunoterapie – hodnocení efektu AIT

Předsedající: MUDr. Mgr. Jiří Nevrlka

sobota / 22. února 2025 / 11.30–12.40

Hodnocení AIT – přehled

Nevrlka J.

FÚ LF MU Brno, ÚLM + KNPT FN Brno Bohunice

Specifická alergenová imunoterapie (AIT) představuje vysoce účinnou metodu léčby zejména respiračních alergií. Její úspěšnost však není univerzální a existují non-respondéři, kde z nejrůznějších důvodů není AIT léčba úspěšná. V zájmu pacienta i zdravotního systému je včas tuto skutečnost zjistit a „marnou“ terapii zbytečně neprodlužovat.

Hodnocení efektu AIT se opírá především o klinický stav pacienta, který můžeme vyjádřit ve třech souvisejících kategoriích: tíže (symptomatologie) choroby, potřeba protialergické medicíny a kvalita života pacienta. V případě bronchiálního astmatu zahrnujeme do hodnocení také srovnání plicních funkcí (spirometrie) a biomarkery FeNO. Bohužel se (zatím) v praxi nemůžeme spolehnout na nepřímé laboratorní biomarkery, které tak mají jen pomocný význam a často se proto v praxi ani nestanovují. Naopak velmi dobrý obraz o efektu AIT a o stavu alergické reaktivity pacienta by přinášely provokační testy (nazální, konjunktivální, bronchiální) a expoziční alergenové testy (Allergen exposure chambers, AEC), které však nejsou pro běžnou praxi metodicky a přístrojově dostupné a jejich použití se tak omezuje spíše jen na klinické studie. Orientační

přehled dostupných metod a jejich výhod i limitů podává například dokument EAACI z roku 2023 (Standardization of clinical outcomes used in allergen immunotherapy in allergic asthma: An EAACI position paper, Kaapen J et al., 2023).

Klinické hodnocení tíže alergické rýmy a jejího vývoje, resp. efektu AIT, se v praxi často děje „orientačně“ či lépe řečeno expertním posouzením lékaře na základě ad hoc sdělovaných údajů ze strany pacienta. Tato metoda může uspět, pokud je rozdíl mezi stavem před AIT a za AIT léčby jasně markantní. V mnoha případech tomu ale takto není. Pro tyto případy a dobrou přenositelnost výsledků je vhodné použít standardizované parametry. Vyjít můžeme zejména z dokumentu EAACI z roku 2014 (Recommendations for the standardization of clinical outcomes used in allergen immunotherapy trials for allergic rhinoconjunctivitis: an EAACI Position Paper, Pfaar O et al. 2014). Dokument jako primární hodnotící cíl stanovuje kombinované skóre příznakové a lékové (CSMS), jako sekundární cíle použití vizuální analogové škály (VAS), počítání tzv. dobrých a špatných dnů nebo využití různých validovaných příznakových dotazníků. V dalším stupni navrhuje využít validovaných hodnocení spokojenosti pacienta a kvality jeho života (např. Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, RQLQ nebo Patient Benefit Index Allergic Rhinitis, PBI-AR) a jsou-li dostupné, provokační testy alergenem. Představeny budou praktické zkušenosti v rámci mé alergologické praxe.

Podpořeno ze státního rozpočtu prostřednictvím MŠMT projektem VVI CZECRIN (LM2023049).

Hodnocení AIT – pomůže nám laboratoř?

MLčák Potyszová D.

Alergomed, s. r. o., Třinec

Alergenová imunoterapie (AIT) představuje klíčový terapeutický přístup k léčbě alergických onemocnění, jako je alergická rýma a astma. Pro hodnocení její účinnosti se využívají různé biomarkery. Biomarkery v kontextu AIT jsou definovány jako měření, která mohou predikovat klinickou a imunologickou odpověď na léčbu. Mohou pomoci při výběru pacientů, cílené intervenci u těch, kteří budou mít z léčby prospěch a vyloučení těch, u nichž je pravděpodobnost odpovědi na AIT nižší. Rovněž umožňují monitorování účinnosti během léčby. Biomarkery pro AIT mohou usnadnit zavedení personalizované medicíny v oblasti alergologie. Mezi sledované laboratorní parametry patří například protilátky izotypu IgE (celkové IgE, specifické IgE, poměr sIgE/celkové IgE), podtřídy IgG včetně poměru sIgE/IgG4. Mezi dalšími jsou například cytokiny a chemokiny, funkční testy a buněčné markery. Přestože laboratorní parametry poskytují cenné informace o imunologických mechanismech AIT, jejich korelace s klinickým zlepšením není vždy jednoznačná. Je nezbytné kombinovat laboratorní výsledky s pečlivým klinickým hodnocením pro komplexní posouzení účinnosti AIT.

Hodnocení AIT – pomohou nám nazální provokační testy?

Herknerová M.

Anacarde, s. r. o., ordinace alergologie a klinické imunologie Mníšek pod Brdy

Nazální provokační test může být užitečným pomocníkem v hodnocení alergenové imunoterapie – jak dynamiky nástupu účinku, tak ve srovnání jednotlivých forem aplikace imunoterapie stejným alergenem. Doporučuje se provést stupňovitý nazální provokační test ke zhodnocení vlivu imunoterapie na individuální – nazální prahovou dávku alergenu, kdy je dosaženo pozitivního testu. V prezentaci budou předložena současná doporučení pro využití nazálních provokačních testů v hodnocení účinnosti alergenové imunoterapie i limitace tohoto způsobu evaluace. Hlavním problémem, který bohužel znemožňuje širší využití této metody, je špatná až žádná dostupnost standardizovaných alergenů pro nosní provokační testy, což je škoda jak pro lékaře a pacienty, tak pro výrobce alergenové imunoterapie.

Hodnocení AIT – pomohou nám mobilní aplikace?

Balner T.

Oddělení alergologie a klinické imunologie, FN Ostrava

Alergenová imunoterapie, jakožto dlouhodobá strategie léčby alergických onemocnění, vyžaduje kontinuální monitorování symptomů a reakcí na terapii. V dnešní době nabízejí mobilní aplikace nový a efektivní přístup k tomuto monitoringu, potenciálně zvyšující kvalitu a personalizaci péče o pacienta. Přednáška analyzuje jejich výhody v klinické praxi. Aplikace umožňují přesné zaznamenávání symptomů, což podporuje výběr specifické terapie, monitorování alergických symptomů a efekt léčby. Navíc poskytují informace o pylovém zatížení, pomáhají vzdělávat pacienty a zlepšují komunikaci mezi pacientem a lékařem, což může vést k optimalizaci léčby a lepším zdravotním výsledkům. Shromážděná data mohou být dále analyzována pro potřeby výzkumu, přispívající tak k hlubšímu porozumění patogenese alergických onemocnění a k vývoji nových léčebných strategií.

TIRÁŽ

4. kongres alergologie a klinické imunologie pro praxi 21.–22. února 2025 | Clarion Congress Hotel, Ostrava

Pořadatel

SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s Oddělením alergologie a klinické imunologie FN Ostrava

Prezident akce

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Záštit

MUDr. Jiří Havrlant, MHA – ředitel FN Ostrava

doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., MBA, FRCPs – děkan LF Ostravské univerzity

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc

Organizační zajištění: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz

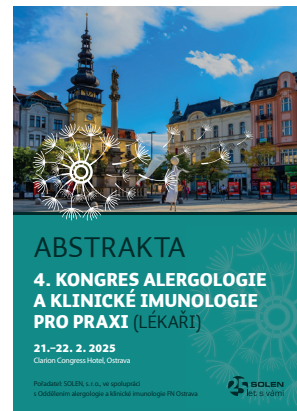
Programové zajištění: Eva Dokoupilová, 777 577 420, dokoupilova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch: Daniela Stojanovská, 721 603 709, stojanovska@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Děřešová, deresova@solen.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 10 kredity pro lékaře. Vzdělávací akce je garantována Českou asociací sester.



ISBN 978-80-7471-526-6

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

Nestibil

BILASTINUM



*Nenechte ho
usnout*

Možné je všechno. I antihistaminikum bez sedativního účinku.

INDIKACE:

- Symptomatická léčba alergické rinokonjunktivitidy (sezónní i celoroční).
- Léčba kopřivky.

Určeno pro dospělé a dospívající od 12 let.¹



**NESEDATIVNÍ
ANTIISTAMINIKUM¹**



**ZLEPŠUJE KVALITU
ŽIVOTA A SPÁNKU¹**



**DVĚ VELIKOSTI BALENÍ
30 A 50 TBL²**

Zkrácená informace o přípravku NESTIBIL

Léčivá látka: 20 mg bilastinu v 1 tabletě. **Indikace:** symptomatická léčba alergické rinokonjunktivitidy (sezónní i celoroční alergické rýmy) a kopřivky. Nestibil 20 mg tablety je indikován u dospělých a dospívajících (od 12 let). **Dávkování:** 20 mg bilastinu 1x denně, perorální podání. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** při středně těžké nebo těžké poruše funkce ledvin se má vyhnout současnému užívání bilastinu a inhibitorů glykoproteinu-P (např. ketokonazol, erythromycin, cyklosporin, ritonavir, diltiazem). **Interakce:** jídlo a grepfruitová šťáva významně snižují perorální biologickou dostupnost bilastinu o 30 %. Podobný účinek mohou mít i jiné ovocné šťávy. Substráty nebo inhibitory OATP1A2, jako ritonavir nebo rifampicin, mohou také snižovat plazmatické koncentrace bilastinu. Psychomotorický výkon po současném požití alkoholu a 20 mg bilastinu 1x denně byl podobný výkonu pozorovanému po požití alkoholu a placeba. **Těhotenství a kojení:** z důvodu prevence se nedoporučuje používat Nestibil během těhotenství. Rozhodnutí o tom, zda pokračovat v kojení / ukončit kojení nebo přerušit léčbu / vyhnout se léčbě přípravkem, musí být učiněno s ohledem na přínos kojení pro dítě a prospěch léčby pro matku. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** léčba dávkou 20 mg neovlivňuje výkon během řízení, individuální reakce se může lišit, proto řízení nebo obsluhování strojů by mělo následovat až po zjištění, jak pacient na bilastin reaguje. **Nežádoucí účinky:** pacienti léčení bilastinem v dávce 20 mg v indikaci alergické rinokonjunktivitidy nebo chronické idiopatické kopřivky hlásili jako nejčastější nežádoucí účinky bolest hlavy, somnolenci, závratě a únavu. Tyto nežádoucí účinky se objevovaly srovnatelně často u pacientů, kteří dostávali placebo. **Velikost balení:** 30 nebo 50 tablet. **Podmínky uchovávání:** žádné zvláštní podmínky. **Registrační číslo:** 24/100/20-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, Dolní Měcholupy, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum poslední revize textu:** 27.9.2024. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním nebo výdejem přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou obdržíte na adrese: Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Reference: 1. SPC přípravku Nestibil, datum poslední revize textu 27. 9. 2024. 2. Ceník Zentiva, k.s., platný od 1. 1. 2025.

Určeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení

U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, tel.: (+420) 267 241 111, www.zentiva.cz

ZENTIVA