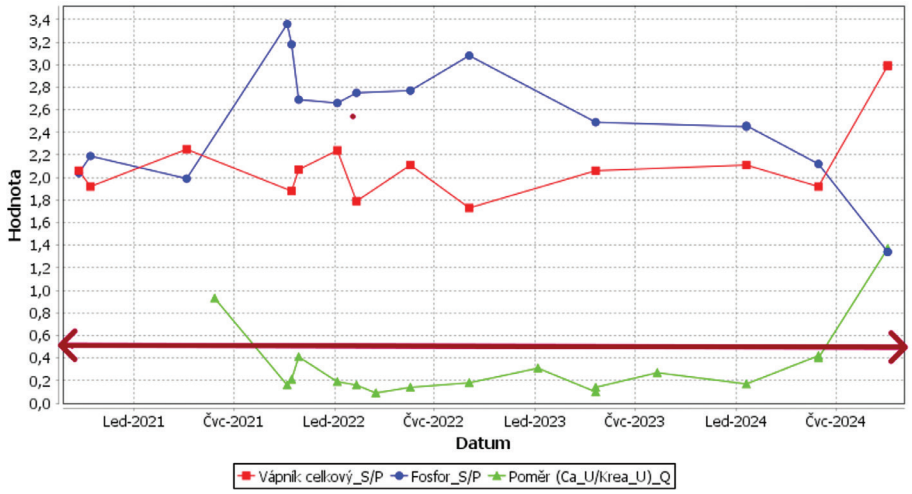
hypoparatyreóze. Byla zahájena antihypertenzní terapie kombinací blokátoru kalciových kanálů a inhibitoru angiotenzin konvertujícího enzymu. Při této léčbě došlo k úpravě krevního tlaku pod 50. percentil (potvrzeno ABPM i domácím měřením) a k postupné regresi hypertrofie levé komory. Na základě konzultace s nefrologem a endokrinologem byla následně upravena terapie hypoparatyreózy, pacient přešel ze substituce kalcitriolem (Rocaltrol) na alfakalcidiol, byla zvýšena dávka perorálního vápníku a hořčíku, nasazena thiazidová diuretika, dietní režim s omezením příjmu fosforu a přidán nekalciový vazač fosfátů (sevelamer). Tato opatření však v průběhu léčby byla úspěšná pouze přechodně.

Vzhledem k limitovanému efektu konvenční léčby byla zvažována možnost podání rekombinantního parathormonu. Po konzultaci s Pediatrickou klinikou FN Motol však tato léčba nebyla indikována s ohledem na věk dítěte, základní diagnózu a nález zvýšené kostní denzity. Při denzitometrickém vyšetření metodou DXA (Z-skóre 1,4 v bederní oblasti) se potvrdilo, že denzita byla nadprůměrná ve srovnání pro daný věk. Bylo doporučeno významně navýšit substituci alfakalcidiolu. Po navýšení však opětovně došlo k těžké hyperkalciurii i s odrazem v oblasti distální části urotraktu (Obr. 3) a dávka alfakalcidiolu proto musela být znovu upravena směrem dolů. S vývojem onemocnění byla u pacienta pozorována stacionární mírná hyperglykemie při vyšetření nalačno, současně s pozitivitou autoprotilátek proti Langerhansovým ostrůvkům. V rámci prevence rozvoje onemocnění diabetes mellitus typ 1, byla s úvahou možnost podání monoklonální humanizované anti CD3 protilátky. Prozatím však léčba nebyla zahájená.

Rodina byla poučena o možných projevech hormonálních selhání, o zásadách podávání stresové dávky hydrokortizonu dle doporučených postupů (14, 15) a o potřebě akutního lékařského vyšetření při horečnatých stavech, poruše vědomí, křečích, zvracení nebo úrazech. Obdržela pohotovostní kartu a informační materiály.

Pacient je sledován v odborných ambulancích dětské endokrinologie (co 2 až 3 měsíce), nefrologie a gastroenterologie (po 6 měsících). Sleduje se iontogram, glykemie, PTH,

Graf 2. *Vývoj kalciurie, kalcemie a fosfatemie v průběhu léčby*



Tmavě červená šipka ukazuje hranice kalcium/kreatininového indexu v moči k věku (0,56 mmol/mol kreatininu)

Obr. 1. *Algoritmus léčby chronické hypoparatyreózy (11)*

