Také o žíly je dobré rozumně pečovat

Podle průzkumu Czech Vein Program, 2012, trpí u nás až 70 % populace starší 40 let chronickým žilním onemocněním dolních končetin (CVD) a u 80 % těchto pacientů je přítomen minimálně jeden subjektivní příznak – nejčastěji pocit těžkých nohou, bolest, pocit napětí či otékání nohou. U 60 % jsou již přítomny objektivní projevy, nejčastěji varixy, metličky nebo otoky. Jak se dívá na problematiku žilního onemocnění dolních končetin praktický lékař v první linii?

Zeptali jsme se MUDr. Bohumila Skály, Ph.D., praktického lékaře , jenž o svém povolání říká: „Na medicíně prvního kontaktu mě nejvíc baví, že mám zodpovědnost, kterou jsem dobrovolně přijal."

Je pravda, že na vzniku chronického žilního onemocnění dolních končetin se do značné míry podepisuje životní styl, a že se proto jeho výskyt v posledních letech zvyšuje?

CVD je nejčastější cévní onemocnění vůbec, často je dokonce nazýváno epidemií 21. století, což je jakýmsi nepřímým důkazem, že s dnes převládajícím životním stylem souvisí. Většinou sice přímo neohrožuje nemocné na životě, ale vede často k významnému snížení kvality života. CVD má i socioekonomické souvislosti: často se pojí s dlouhodobou pracovní neschopností, s omezením celé řady pracovních činností, ale i mimopracovních aktivit.

Je CVD jen kosmetický problém, nebo jde o skutečné onemocnění? Co je indikátorem vážnějšího stavu?

Jde o onemocnění, jehož podstatou je zánětlivý proces v endotelu vystýlajícím vnitřní povrch žilní stěny a chlopní. Lidé mnohdy chorobu zpočátku bagatelizují a neřeší od prvních příznaků. Těmi jsou bolesti nohou, hlavně večerní, často doprovázené otoky po celodenním chození či sezení. Pacienti je podceňují, protože je považují za běžné a nepřičítají je možnému onemocnění žilního systému.

Co se může stát, podcení-li pacient první příznaky a nebude se správně léčit?

Příčina vzniku je multifaktoriální a představuje kombinaci vnitřních (genetická predispozice) a zevních vlivů. Pokud se CVD neléčí od samotného počátku, zhoršující se zánět vede ke strukturálním i funkčním změnám na žilní stěně i chlopních, jež se od sebe vzdalují, a rozvíjí se vlastní příčiny onemocnění, reflux, obstrukce nebo obojí v povrchových žilách, v hlubokém žilním systému a v perforátorech. Následkem je neschopnost žil dolních končetin odčerpat zpět k srdci všechnu přiváděnou krev. Vzniká žilní hypertenze s odezvou v makrocirkulaci, mikrocirkulaci a v lymfatických cévách. Klinické projevy mohou být velmi pestré, od drobných teleangiektázií přes retikulární a uzlovité varixy až po rozsáhlé kožní defekty a žilní bércový vřed. Všechny tyto klinické nálezy mohou nebo nemusí být provázené subjektivními potížemi. Rizikové faktory pro vznik varixů dělíme na hlavní, jimiž jsou dědičnost, věk, ženské pohlaví, těhotenství, a vedlejší, kam patří obezita, dieta, obstipace, nošení těsných oděvů, práce ve stoje aj. Terminálním stádiem CVD je bércový žilní vřed se všemi zdravotními, časovými i ekonomickými negativy, která přinášejí dlouhodobé nehojící se otevřené rány a infekční ložiska.

Může pacientovi, který má příznaky CVD, pomoci lékárník?

Lékárník by každopádně měl pacienta správně edukovat, čímž navíc zvýší prestiž svou i své lékárny. Na počátku onemocnění může poradit některý druh venotonika a neopomenout zdůraznit nutnost kompresivní terapie. Tento způsob léčby je při chronické žilní insuficienci účinný a je právem považován za „zlatý standard". Komprese vyvíjí příslušný tlak na končetinu použitím různých materiálů od elastických až po rigidní. Kompresivní terapie tak představuje přímou aplikaci graduovaného tlaku, který koresponduje s hydrostatickým tlakem – dole je nejvyšší a vzhůru klesá. Základním principem kompresivní terapie je podpora, popř. úplná náhrada nedostatečně fungující svalově žilní pumpy. I když jde o léčbu symptomatickou, nelze bez ní očekávat úspěch. Pokud jde o medikamentózní terapii, v systémové léčbě převažují venofarmaka, což jsou venoaktivní látky působící v oblasti makrocirkulace i mikrocirkulace. Mohou příznivě ovlivnit rozvoj CVD na různých úrovních. Venofarmaka mají z obecného hlediska účinek venotonický, antiedematózní, kapilarotonický, protizánětlivý (snižují adhezi a aktivaci leukocytů) a mnohá z nich i účinek lymfotropní. Jejich hlavní indikací jsou subjektivní příznaky a otok.

Jak vypadá léčba subjektivních příznaků?

Ač se to zdá nepravděpodobné, subjektivní symptomy, tedy tíha v dolních končetinách, bolest, pálení, noční křeče, neklidné nohy a další, se objevují často již v nejranějších fázích CVD – při zánětlivé reakci chlopní a žilní stěny. A právě v této době lze farmakologickou léčbou zabránit progresi žilního onemocnění, vzniku otoků a destruktivním kožním změnám, které jsou následkem zánětlivé kaskády v oblasti mikrocirkulace. Lze tak zpomalit

EDUKAFARM farmi news LA RIVISTA DEL FARMACISTA PER IL FARMACISTA

vznik bércového vředu a zlepšit kvalitu života. V současné době je na trhu poměrně velká nabídka venofarmak. Na základě kvalitních kontrolovaných studií byly v minulosti důkazy o zmíněných účincích prokázány u hydroxyethylrutosidu (*Venoruton*) a v současné době největším množstvím publikovaných dat a studií vyniká mikronizovaný diosmin hesperidin (*Detralex*), jehož účinek u nemocných s chronickou žilní insuficiencí byl hodnocen v mnoha komparativních i nekomparativních studiích. Byla v nich prokázána úleva od subjektivních symptomů, zmírnění progrese žilního onemocnění a rychlejší hojení bércového vředu. Detralex je jediné venofarmakum s nejvyšším stupněm doporučení č. 1 (konkrétně 1B) pro léčbu všech stadií CVD dle nejnovějších Guidelines publikovaných v International Angiology v roce 2015.[1]

Je role lékárníka tím, co jste uvedl, vyčerpána?

Lékárník by samozřejmě měl upozornit pacienta na nutnost režimových opatření: důležitý je pohyb, chůze alespoň půl hodiny denně, vynechání silových sportů a naopak preference aerobní aktivity.

Měl by pacientovi také pomoci s orientací na poli venofarmak. Přípravky této skupiny mohou být rostlinného původu (aescin, rutosidy, diosmin, ruscus a hesperidin), semisyntetické (tribenosid, troxerutin) nebo syntetické (calcium dobesilas, diethylamin, heptaminol). K nejrozšířenějším venofarmakům patří flavonoidy (bioflavonoidy), rutin, oxerutin a troxerutin. Tato léčiva zlepšují žilní a lymfatický návrat zvyšováním žilního a lymfatického tonu. Snižují tak žilní hypertenzi a mají pozitivní vliv na průtok krve mikrocirkulací. Dále snižují viskozitu krve, agregaci erytrocytů, adhezi leukocytů a permeabilitu kapilár, zvyšují fibrinolytickou aktivitu krve a působí membranoprotektivně. V posledních letech byla venofarmaka podrobena laboratornímu zkoumání a četným kontrolovaným klinickým studiím, které jejich účinky potvrdily. Indikací k medikamentózní terapii by měla být přítomnost subjektivních příznaků, progrese kožních projevů CVD nebo flebedém. Lékárník by měl pacienta poučit o rozdílu mezi doplňky stravy a léčivými přípravky (v tomto případě venofarmaky) a vybídnout jej k návštěvě lékaře, který by jeho stav zhodnotil.

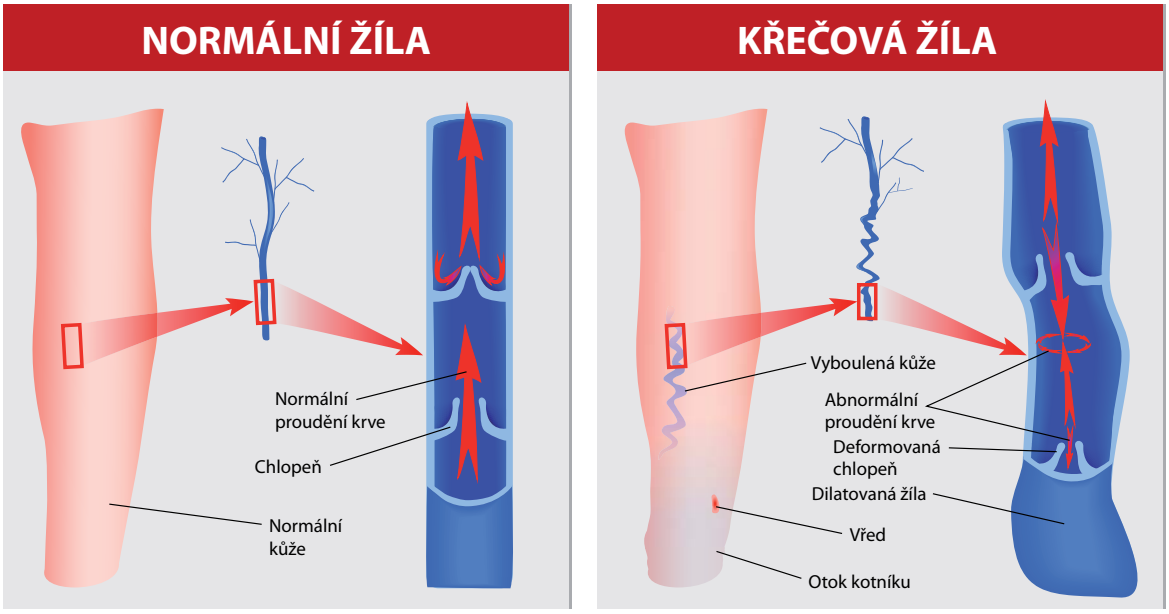
Jaké jsou hlavní zásady užívání venofarmak?

U pacientů s projevy chronické žilní insuficience nebo s poruchami funkce mikrocirkulace bývá na místě trvalé, časově neomezené užívání. Jde totiž o onemocnění chronické, progredující, jež tuto léčbu vyžaduje.

Jakou roli hrají v prevenci a léčbě potravinové doplňky?

Široká dostupnost doplňků stravy svědčí o tom, že jsou primárně určeny pro zdravé lidi, např. pro prevenci či podporu jinak zdravého žilního systému. V žádném případě neléčí nemoc. Při hodnocení léčivý přípravek versus potravinový doplněk je nutné vycházet z legislativy. Zatímco za léčivý přípravek je považována látka nebo kombinace látek 1) působící terapeuticky či preventivně v případě onemocnění, 2) podávaná za účelem obnovy či ovlivnění fyziologických funkcí, 3) podávaná za účelem stanovení diagnózy (zákon č. 378/2007 Sb.), doplňky stravy jsou jen potraviny – byť s vysokým obsahem látek s nutričním nebo fyziologickým účinkem. Vyrábí se kvůli doplnění běžné stravy spotřebitele na úroveň příznivě ovlivňující zdravotní stav a podávají se v malých odměřených množstvích (zákon č. 110/1997 Sb.). Připusťme, že hranice mezi „léčebně-preventivními" účinky léčivých přípravků a účinky „příznivě ovlivňujícími zdravotní stav" doplňků stravy není zcela ostrá. Z uvedených legislativních definic však jednoznačně vyplývá, že pro léčení existujícího patologického stavu je určen léčivý přípravek, zatímco doplňky stravy jsou určeny pro jinak „zdravou" populaci. Je tedy nutné vždy na tento aspekt pacienta upozornit. Je rovněž třeba, aby o tom, zda a jaké doplňky pacient bere, byl informován jeho ošetřující lékař. Lékárník by pak měl mít jasnou informaci od pacienta, jaké léky užívá, a co tedy může pro jeho zdraví „doplnit" z nabídky doplňků stravy.

Rozhovor vedl PhDr. Pavel Taněv



zdroj: depositphotos.com

Z pohledu farmaceuta

Léková forma, farmakokinetika a doplňky stravy

PharmDr. Vladimír Végh

Na rozdíl od odborníků veřejnost často přehlíží, že na účinku daného farmaceutického produktu se nepodílí jen skutečný obsah dané účinné látky, ale také její zpracování – léková forma. Stejný deklarovaný obsah neznamená stejnou účinnost. V oblasti venofarmak je např. zajímavé, že v kontextu plošného „boomu generik" nejsou na trhu navzdory neexistenci patentové ochrany, dlouhodobým klinickým zkušenostem a aktuálním odborným doporučením přítomna generika mikronizovaného diosminu – pouze doplňky stravy. Cena bioekvivalenční studie a „generické registrace" není (ve srovnání s celkovými marketingovými náklady) až tak závratně vysoká. Dosažení terapeutické ekvivalence tu evidentně není jen otázkou množství účinné látky, ale také jejího zpracování – v tomto případě nastavení parametrů mikronizace, které není tak jednoduše kopírovatelné. K farmakokinetice doplňků stravy s mikronizovaným diosminem nemáme už vůbec žádné informace. O jakékoliv terapeutické ekvivalenci doplňků stravy s mikronizovaným diosminem ve vztahu k léčivým přípravkům tak lze mít kromě legislativních výhrad také významné odborné pochybnosti.

LITERATURA

1. Perrin M, Nicolaides A. The Updated International Guidelines on 'The Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs' and the Place of Veno-active Drugs. Int Angiol. 2013;32 (suppl 1):106-107