

FARMAKOTERAPEUTICKÁ REVUE

6/2020

REPRINT

Dokáže včasná léčba oddálit progresi chronického žilního onemocnění?

*Can early treatment delay the progression
of chronic venous disease?*

Júlia Černohorská



Farmakoter Revue 2020;5(6):617–623

CURRENT
MEDIA

Dokáže včasná léčba oddálit progresi chronického žilního onemocnění?

Can early treatment delay the progression of chronic venous disease?

MUDr. Júlia Černošková, Ph.D.

Dermal Centre, s.r.o., Mělník

SOUHRN

Dvě ženy, matka a dcera. Obě ženy žijí s chronickým žilním onemocněním už mnoho let. Obě mají za sebou dvě těhotenství. Každá má jiné subjektivní potíže i jiné klinické známky. Obě dostaly stejné informace o rizikových faktorech vedoucích k progresi onemocnění žil. Jak se k tomu postavily? Jakou roli hrála v jejich životě pozdní diagnostika, léčba a pochopení podstaty nemoci? Na jejich příběhu bych ráda poukázala na skutečnosti, které mohou vést k progresi žilního onemocnění. A to ve světle jejich životních rozhodnutí, konání v minulosti a přístupu k nemoci v současnosti.

Klíčová slova: chronické žilní onemocnění, venofarmaka, rizikové faktory

Černošková J. Dokáže včasná léčba oddálit progresi chronického žilního onemocnění?
Farmakoter Revue 2020;5(6):617–623.

SUMMARY

Two women, mother and daughter. Both women have been living with chronic venous disease for many years. Both women were two times pregnant. Each of them has different subjective difficulties and clinical signs. Both received the same information about risk factors leading to the progression of venous disease. How did they react to this? Which role did late diagnosis, treatment and understanding of the nature of the disease play in their lives? In their story, I would like to point out facts that can lead to the progression of venous disease. This is in the light of their life decisions, past actions and approach to the disease today.

Key words: chronic venous disease, venoactive drugs, risk factors

Černošková J. Can early treatment delay the progression of chronic venous disease?
Farmakoter Revue 2020;5(6):617–623.

ÚVOD

Vzhledem k tomu, že chronické žilní onemocnění (chronic venous disease, CVD) patří celosvětově mezi velmi rozšířená onemocnění řadící se k civilizačním nemocem, a také vzhledem k časným projevům už u mladší generace, vzniká naléhavá potřeba zlepšit chápání základ-

ních příčin vzniku CVD a identifikovat rizikové skupiny pacientů.

Rizikový faktor (RF) je takový faktor jedince, populace nebo prostředí, který zvyšuje riziko vzniku, rozvoje nebo nepříznivého průběhu choroby. Rizikové faktory jsou buď vrozené, nebo získané, ale z klinického hlediska má větší význam

dělení na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Tolik definice podle wikiskripta.eu.

Chronické žilní onemocnění je vážné, ale často podceňované onemocnění.¹⁻³ Za hlavní rizikové faktory progresu CVD z hlediska neovlivnitelných faktorů jsou považovány vyšší věk, pozitivní rodinná anamnéza (zatím nebyla nalezena odpo-

vidající genetická mutace) a pohlaví, a z hlediska ovlivnitelných faktorů životní styl, zejména obezita (za rizikový se považuje index tělesné hmotnosti [body mass index, BMI] vyšší než 30 kg/m²), práce vestoje, snížená pohybová aktivita, počet porodů a souběžně probíhající onemocnění.¹⁻⁵ Autoři článku o genetických a kongenitálních aspektech rozvoje primárních varixů v této souvislosti udávají, že dědičnost obezity se odhaduje až na 80 %, a proto by varixy mohly být spojeny s distální mutací těchto genetických determinantů.⁶ Jejich cílem bylo shromáždit studie z celého světa, zaměřené zejména na zkoumání role genetiky v rozvoji CVD. „Současné důkazy naznačují silnou souvislost křečových žil s pozitivní rodinnou anamnézou. I když je zřejmé, že v etiologii nemoci jsou zahrnuty kritické genetické komponenty.“⁶ Podle Flourové existují genové polymorfismy a biomarkery, které identifikují pacienty s vysokým rizikem progresu k ulceraci a které se mohou lišit podle etnických skupin.⁵ K rizikovým faktorům predikujícím vznik bércevého vředu žilní etiologie patří zejména kožní změny, prodělaná hluboká žilní trombóza, vyšší BMI, přítomnost refluxu, kouření a snížená hybnost kotníku.^{2,5,7} Hormonální antikoncepce nebo substituční léčba podle některých studií riziko varixů nezvyšují.^{3,4}

ROZBOR PŘÍPADU 1

Klinický obraz, anamnéza

Pacientka přišla na ambulanci s mohutnými varixy na obou dolních končetinách (DKK). Anamnéza poukázala na tyto skutečnosti: Paní Nada (67 let) po ukončení základního vzdělání studovala na dívčí odborné škole, poté pracovala na poště. Ve svých 18 letech poprvé otěhotněla. V průběhu těhotenství přibrala 12 kg, od té doby se potýká s nadváhou (současný BMI = 35, tj. střední nadváha, obezita I. stupně). Ve 20 letech pracovala v lesní školce do druhé gravidity. Od 24 let pracovala opět v lesní školce. Podle jejích slov se jednalo o fyzicky velmi namáhavou práci. V 57 letech odešla do starobního důchodu. Do tohoto období udává zejména po práci bolavé a těžké nohy. „Ale kdo to v té době neměl? Nikdo to neřešil. Tehdy se o tom tolik nevědělo,“ říká paní Nada. Na žádném vyšetření nebyla, žádnou léčbu neužívala. Kolem třicátého roku života se začaly objevovat křečové žíly, postupně na obou dolních končetinách, ale na žádné vyšetření nešla. Ve 37 letech se léčila s menší bérceovou ulcerací žilní

etiologie v oblasti vnitřního kotníku levé dolní končetiny. Aplikovala si doma vyrobené masti, rána se přechodně zahojila, a poté opět otevřela.

Dva roky od začátku vzniku rány prodělala operaci varixů (důvodem k operaci nebyla rána, ale varixy), a to na obou dolních končetinách současně. Kompresní obinadla nosila šest týdnů po operaci. Podle vlastních slov se musela brzy vrátit do práce, nedodržovala klidový režim, bolest tlumila analgetiky, nohy si vázala sama. Na období po operaci vzpomíná jako na „hrozné dny“. V roce 1992 ještě nebyly běžně zavedené moderní přístupy, které se v léčbě CVD používají dnes, a onemocnění žil nebyla obecně věnována dostatečná pozornost. V tomto období také ještě nebyly k dispozici tak podrobné informace o patofyziologii CVD, které máme dnes, ani nebyly k dispozici dostatečné znalosti v oblasti komprese, režimových opatření ani systémové léčby.

Po operaci došlo ke zhojení bércevého vředu a do současnosti nedošlo k jeho recidivě. V roce 2014 byla dcerou přivezena k nám na kožní ambulanci kvůli hyperpigmentacím, kožním změnám v oblasti obou bérců a kvůli obavě z recidivy obtížně se hojící rány. Pacientka udávala občas bolesti a křeče v oblasti lýtek, ale obtíže spíše zlehčovala.

Pacientku jsme poučili o podstatě onemocnění, obeznámili ji s režimovými opatřeními a odeslali ji na vyšetření k cévnímu chirurgovi. Podali jsme léčbu mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakcí (MPFF) Detralex a kompresními punčochami.

Vyšetření u cévního chirurga

Popis duplexní ultrasonografie vpravo i vlevo: Vena femoralis communis volně průchodná, komprimovatelná; vena femoralis superficialis i vena profunda femoris dobře průchodné a plně stlačitelné, s normálním dopplerovským žilním spektrem, bez viditelného staršího či čerstvého trombotického materiálu; chlopně suficientní, vena poplitea průchodná, vena saphena v junkci volně průchodná se suficientními chlopněmi, bez varikózních změn.

Vlevo: safenofemorální junkce s refluxem o velikosti 8 mm, dilatace excentrická, distální bod na bérce.

Vpravo: safenofemorální junkce o velikosti 7 mm, distální bod na bérce, na stehně i dilatace nad 2 cm.

Léčba

Na základě tohoto nálezu byla indikována pěnová sklerotizace pod ultrazvu-

kovou kontrolou a následně doporučena kapalinná skleroterapie retikulárních žil a mikrovarixů. Pěnová skleroterapie po domluvě s pacientkou byla cévním chirurgem provedena na levé dolní končetině, bezprostředně po zákroku byla zavedena adekvátní komprese stehenními kompresními punčochami II. kompresní třídy a pacientka byla poučena o režimových opatřeních, nutnosti redukce hmotnosti, o pravidelné elevaci končetin i o péči o kůži a byla doporučena pěnová skleroterapie i na pravé dolní končetině. Pacientka snesla zákrok velmi dobře, subjektivně došlo ke zlepšení obtíží, snížení bolestivosti v oblasti levého bérce, odstranění občasných nočních křečí. Skleroterapii metliček a retikulárních varixů ani pěnovou sklerotizaci na pravé dolní končetině zatím nepodstoupila.

V současnosti nosí kompresi intermitentně, pouze při bolestech, v letním období ji nenosí vůbec. Od roku 2014 užívá každý den Detralex 500 mg, dvě tablety 1× denně. V průběhu této léčby vyzkoušela i doplňky stravy zaměřené na léčbu varixů, ale pro jejich nedostatečný účinek a návrat bolestivosti v lýtkách, nočních křečí a občasných otoků v oblasti kotníku se vrátila k užívání původního venofarmaka Detralex. Pacientka je aktivní, pracuje doma na větším hospodářství. Svůj den popisuje takto: „Jsem celý den na nohou, na sebe nemám čas.“

Pacientka se od roku 1994 léčí pro hyperlipidemii, od roku 2006 pro hypertenzi (syndrom bílého pláště) a v roce 2016 jí byl diagnostikován diabetes mellitus. Z pohledu rodinné anamnézy neguje výskyt varixů u svých rodičů, o prarodičích nemá bližší informace, nikdy neprodělala erysipel ani trombózu. Alergie neguje. Pravidelně užívá Betamed 20 mg 1× denně půl tablety, Mertenil 20 mg jedenkrát denně jednu tabletu, Anopyrin 100 mg 1× denně jednu tabletu, telmisartan 40 mg 1× denně půl tablety, Metformin Teva XR 1 000 mg, 2× denně jednu tabletu, Elicea 10 mg 1× denně jednu tabletu, Detralex 500 mg, dvě tablety 1× denně (2–0–0).

Klinicky má nyní pacientka mohutné varixy na obou DKK (**obr. 1**), horší nález je na levé dolní končetině (kožní změny ve smyslu hyperpigmentací, stasis dermatitis, jizva po zhojeném bérceovém vředu, místy atrophia alba), na obou DKK je přítomna corona phlebectatica paraplantaris. Kožní nález odpovídá chronickým těžkým hemodynamickým změnám na obou DKK. V roce 2016 byla odeslána na kontrolní cévní vyšetření,



Obr. 1 Fotografická dokumentace k případu 1

Zdroj: archiv autorů

na které se nedostavila, a od té doby nechodí ani na pravidelné kontroly na kožní ambulanci.

Závěr případu 1

Paní Nada měla klinické známky CVD ve 30 letech života (stadium C3), kterému zřejmě předcházely známky počátečního stadia C0s (bolesti nohou, těžké nohy; tyto obtíže v klidu vymizí, jde o tzv. stadium transitorního refluxu). Na angiologickém vyšetření v té době nebyla, neměla žádnou léčbu. K řádné diagnostice, vyšetření pacientky a zavedení adekvátní léčby došlo až po 22 letech od operace varixů. Je to dáno i tím, že pacientka nenavštěvovala žádného lékaře, neměla potřebu žilní onemocnění řešit, nepátrala po možné léčbě. Až dceřiny obavy z recidivy bércevého vředu ji přivedly na kožní ambulanci a následně k cévnímu chirurgovi. I když byla pacientka poučena o rizikových faktorech vedoucích k progresi onemocnění, kromě pravidelného užívání MPFF (nasazeného až desítky let

od prvních příznaků) a občasného nošení komprese není schopna ve svém životě udělat další změny. Tento přístup je v souladu s průzkumem o adherenci pacientů k léčbě CVD, který proběhl v České republice v roce 2014. Průzkum probíhal tři měsíce na vzorku téměř 8 000 pacientů. Nejvyšší, až 90% compliance, vykazovali pacienti s farmakoterapií, o 30 % méně jich mělo dobrou adherenci k dodržování režimových opatření a pouze 30 % pacientů bylo ochotno nosit celoročně nějakou formu komprese (přičemž tento parametr nebyl ovlivněn letním obdobím).⁸ Na tomto místě stojí za to připomenout jedinečné postavení MPFF (Detralex) mezi ostatními venofarmaky. V současné době patří MPFF mezi nejlépe prozkoumaná venofarmaka s jednoznačně doloženou účinností v léčbě CVD, ulcus cruris venosum a hemoroidálního onemocnění. Silné doporučení podle nejnovějších mezinárodních doporučení se opírá o velkou řadu klinických a experimentálních studií a z nich provedených metaanalýz.⁹

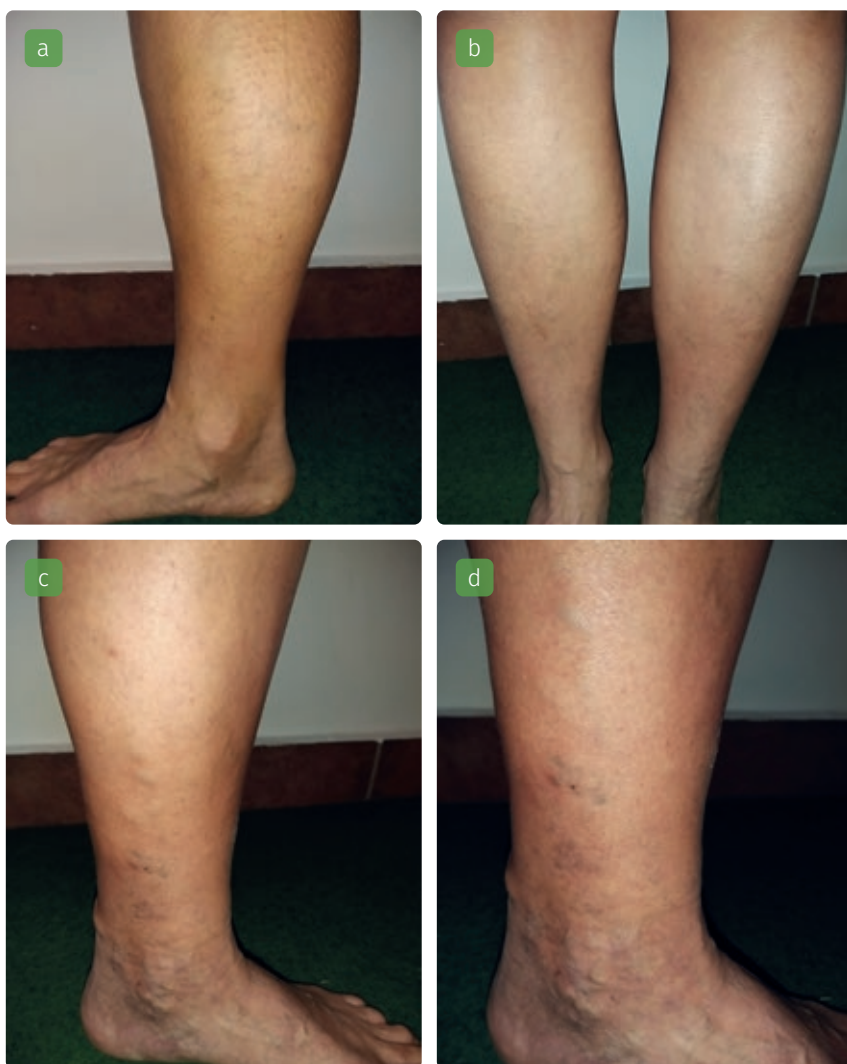
ROZBOR PŘÍPADU 2

Klinický obraz, anamnéza

Paní Lenka (narozena 1974) je mladší dcera paní Nadi. Po ukončení základního vzdělání se vyučila prodavačkou, poté se rekvalifikovala na kadeřnici. Oběma profesím se dlouhodobě věnovala. Osm let pracovala jako prodavačka, poté přešla do kadeřnictví, kde pracuje dodnes. Ve svých 30 letech byla poprvé gravidní, dva roky poté otěhotněla podruhé. Oba porody proběhly přirozenou cestou a byly bez komplikací. Již od období puberty udává pocity těžkých nohou, večer občas oteká lýtka, zejména po dlouhém stání. Tomuto jevu se věnoval ve své studii prof. Tsoukanov, který v roce 2014 vyšetřil pacientky s CVD ráno a ve večerních hodinách. Z jeho studie vyplynulo, že pacienti s CVD na jeho úplném začátku procházejí obdobím transitorního refluxu, kdy sice chybí klinické známky, ale pacienti již mají subjektivní obtíže.¹⁰ Tato studie přinesla také průlomové informace o vlivu venofarmak na léčbu CVD. Profesor Tsoukanov ponechal pacientky s refluxem pouze na léčbě s MPFF, bez kompresivní terapie. Po dvou měsících došlo ke snížení refluxu až u 85 % pacientek. Z toho vyplývá, že včasné zavedení léčby onemocnění žil má velký smysl a dokáže oddálit progresi onemocnění. V případě paní Lenky nedošlo při prvních potížích k podrobnému vyšetření žilního systému ani k zavedení léčby systémové, ani kompresivní. Dokonce ani přesto, že měly otoky a bolestivost DKK zhoršující se tendenci a posléze se objevily i křečové žíly a mikrovarixy, pacientka své obtíže nepovažovala za důležité, a jak sama uvádí: „v té době se to takto nebralo, křečové žíly mělo mnoho žen.“

Léčba

Vzhledem ke kožním změnám, které viděla u své matky, podstoupila paní Lenka ve věku 33–35 let čtyřikrát kapalinovou sklerotizaci na obou DKK, na ultrazvukovém vyšetření prý nebyla. Zajímala se o preventivní opatření, proto od první gravidity nosí pravidelně stehenní kompresní punčochy II. kompresní třídy, a to i v letním období, užívá Detralex 500 mg, dvě tablety 1× denně. Je aktivní, pravidelně sportuje, udržuje si stabilní hmotnost, snaží se stravovat zdravě. Její BMI je 22. Od 16–18 let užívala hormonální antikoncepci, nyní má zavedené nitroděložní tělíčko. V roce 2013 navštívila naši kožní ambulanci a na základě kožního nálezu byla odeslána na ultrazvukové vyšetření



Obr. 2 Fotografická dokumentace k případu 2

Zdroj: archiv autorky

s tímto závěrem: Hluboký žilný systém je volně průchodný od kotníků po třísla, nejsou jasné známky insuficience chlopní.

Na další vyšetření se dostavila až o šest let později pro mikrovarixy na obou DKK. Podstoupila kapalinovou skleroterapii a vzhledem ke klinickému nálezu – menší varix v oblasti vnitřního kotníku vlevo – byla odeslána ke konzultaci s cévním chirurgem, který doporučil pěnovou skleroterapii pouze na levé dolní končetině. Pacientka má v plánu doporučený zákrok podstoupit. Celkově došlo ke zlepšení subjektivních obtíží, ale i klinického nálezu na obou DKK (**obr. 2**).

POROVNÁNÍ PŘÍPADU 1 A 2

Při sepisování tohoto článku mě napadlo jako zajímavé porovnat případy obou žen a vypíchnout zajímavé souvislosti s BMI, životosprávou, vnímáním subjektivních obtíží, objevením se klinických projevů, nebo také se životním stylem a počátky léčby (viz **tab. 1** a **graf 1**).

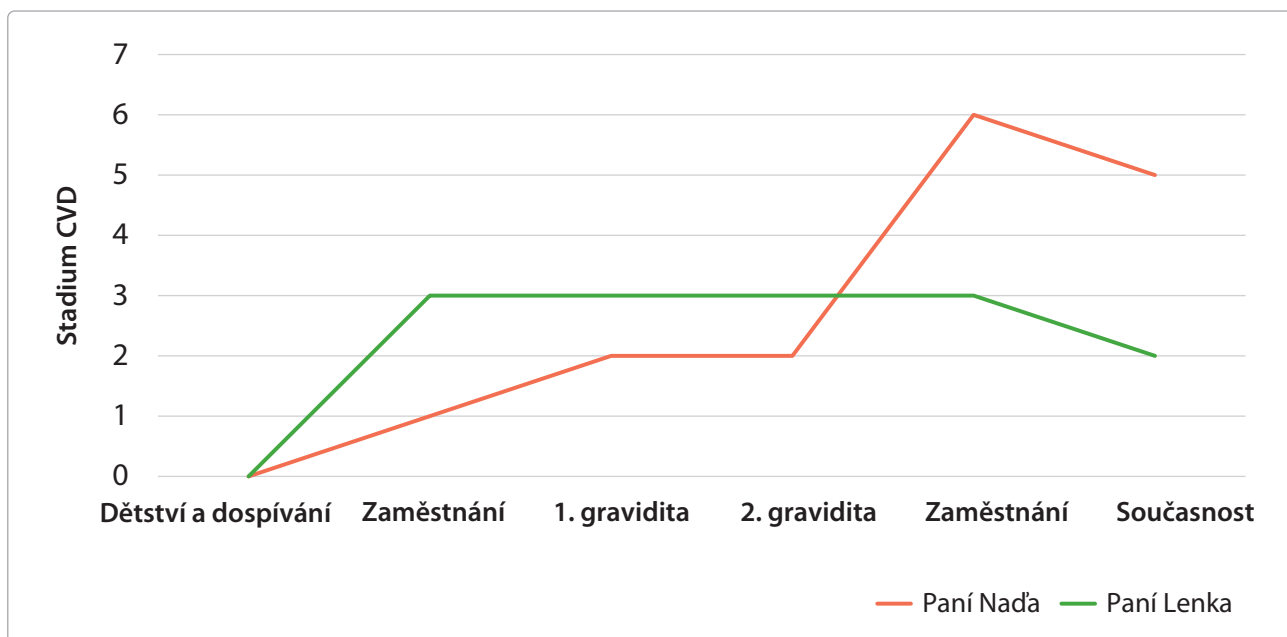
Paní Lenka klade důraz na prevenci, udržování stabilní hmotnosti, věnuje se pravidelným sportovním aktivitám, pravidelně nosí kompresi a užívá Detralex. Paní Naďa se nevěnuje preventivním opatřením, podle vlastních slov „na sebe nemá čas a asi by už někam měla zajít“, na doporučené kontroly na angiologické ambulanci ani k cévnímu chirurgovi nechodí, doporučenou kompresi spíše nenosí, pravidelně užívá pouze venofarmakum a žilní onemocnění spíše podceňuje.

Tab. 1 Porovnání pacientek

	Paní Naďa	Paní Lenka
Věk	67 let	46 let
První klinické projevy CVD	Ve 30 letech (spíše dříve)	V 16 letech
Rodinná anamnéza CVD	V rodině neguje	Matka CVD
BMI	35	22
Přidružená onemocnění	Od roku 2016 DM na PAD, HT	Intolerance lepků
Hormonální antikoncepce	Nikdy	Ano
Počet gravidit	2	2
Pohyb/sport	Pracuje na zahradě	Pravidelně sportuje
Operace varixů	U obou DKK – roku 1992	Nikdy
Skleroterapie	Pěnová	Kapalinová
Režimová opatření	Spíše nedodržuje	Dodržuje
Kompresivní léčba	Nosí nepravidelně	Nosí pravidelně
Venofarmakum	Užívá Detralex (od 61 let)	Užívá Detralex (od 31 let)

CVD – chronické žilní onemocnění, chronic venous disease; DM – diabetes mellitus; DKK – dolní končetiny; HT – hypertenze; PAD – perorální anti-diabetika

Zdroj: archiv autorky



Graf 1 Orientační znázornění vývoje CVD u obou pacientek

CVD – chronické žilní onemocnění, chronic venous disease

Zdroj: archiv autorky

Jsou to dvě ženy, obě s onemocněním žil, se specifickými rizikovými faktory, nyní každá v jiném stadiu CVD (popisná klasifikace clinical-etiology-anatomy-patophysiology, CEAP **tab. 2**)¹¹ a každá s jiným přístupem k léčbě a dodržování režimových opatření. Příběh obou žen poukazuje na to, že CVD bylo dlouhodobě podceňované i lékaři, protože u obou žen došlo ke zpoždění jak správné diagnostiky a podchycení prvních příznaků CVD, tak i k nasazení vhodné léčby zpomalující progresi tohoto chronického a progresivního onemocnění.

Na prozkoumání významu rizikových faktorů a dodržování preventivních opatření se zaměřil i kolektiv Dr. Kostase v pětiletém sledování 73 pacientů. Z výsledků vyplynulo, že incidence progresse CVD byla významně nižší u pacientů, kteří nebyli před provedením operace křečových žil obézní a během studie se obézními nestali. Také zjistil, že pacienti, kteří neměli zavedenou kompresivní léčbu nebo ji přestali používat, měli významně vyšší výskyt progresse CVD ve srovnání s těmi, kteří zahájili kompresi během studie nebo ji už měli zavedenou předtím. Nejpřekvapivější ale bylo zjištění, že i když byli pacienti informováni o rizikových faktorech, ve většině případů nebyli ochotni změnit svůj životní styl.⁸

ZÁVĚR

Chronické žilní onemocnění má progresivní charakter. Na příběhu pacientek je u tohoto onemocnění doložena

Tab. 2 Klasifikace podle CEAP Consensus Statement

Stadium klinické klasifikace	Klinické známky CVD
C0	Žádné viditelné nebo hmatné známky žilního onemocnění
C0s	Subjektivní potíže vyvolané žilním onemocněním, tzv. hypostatická flebopatie
C1	Teleangiektazie a/nebo retikulární varixy
C2	Varikózní žíly
C3	Otoky DK, varixy
C4	Kožní změny vyvolané žilním onemocněním
C4a	a) hyperpigmentace, stasis dermatitis, ekzém
C4b	b) liodermatosclerosis, atrophia blanche
C5	Kožní změny + vyhojený žilní ulcerus cruris
C6	Kožní změny + aktivní žilní ulcerus cruris

CEAP – klasifikace clinical-etiology-anatomy-patophysiology; CVD – chronické žilní onemocnění, chronic venous disease

Zdroj: upraveno podle citace 3 a 11

i genetická zátěž a v obou případech bagatelizování počátečních stadií. To bylo zřejmě dáno dobou a slabou znalostí hlubší problematiky CVD v té době. Dnes víme, že chronické žilní onemocnění je soubor mnoha současně probíhajících dějů, které nelze vnímat izolovaně. Chronické žilní onemocnění je nutné léčit od počátku, a to již ve fázi transitorního refluxu. Tento přístup dokáže ovlivnit prognózu CVD a oddálit progresi do vyšších stadií, jak je patrné i z uvedených kazuistik. Z dosavadních poznatků o patofyziologii CVD vyplývá, že již v počátečním období CVD začíná vznikat v žilních stěnách chronický

zánět. Ten vede k nevratným změnám na žilních chlopních a v žilní stěně. To vede k hypertenzi, prohloubení zánětu, poškození chlopní a vzniku trvalého refluxu, což s sebou nese kožní změny, viditelné varixy, trvalé otoky a později bérkové vředy. Proto by neměla být léčba žilního onemocnění podceňovaná, ale v každém případě by měla být včasná, kombinovaná, dlouhodobá a opírající se o tři základní pilíře: komprese, preskripce ověřených léků, režimová opatření. Naprostou samozřejmostí by mělo být komplexní vyšetření pacienta, jeho odeslání na angiologické vyšetření a multioborová spolupráce.

LITERATURA

1. Bayona G, Ramírez M, Ulloa JH, et al. Clinical characteristics, symptoms, and quality of life evolution in outpatients with chronic venous disease treated medically or with endovascular procedures: results from the ALIADO and ALIVIO programs. *Phlebology* 2019;26:26–30.
2. Robertson L, Lee AJ, Gallagher K, et al. Risk factors for chronic ulceration in patients with varicose veins: A case control study. *J Vasc Surg* 2009;49:1490–1898.
3. Kostas TI, Ioannou CV, Drygiannakis I, et al. Chronic venous disease progression and modification of predisposing factors. *J Vasc Surg* 2010;51:900–907.
4. Karetová D, Chochola M, et al. *Vaskulární medicína*. Praha: Maxdorf, 2018:340–351.
5. Flour M. Factors to identify patients at risk progression of chronic venous disease: have we progressed? *Phlebology* 2012;19:68–78.
6. Anwar MA, Georgiadis KA, Shalhoub J, et al. A review of familial, genetic, and congenital aspects of primary varicose vein disease. *Circ Cardiovasc Genet* 2012;5:460–466.
7. Nitecki S, Kantarovsky A, Portnoy I, et al. The contemporary treatment of varicose veins (strangle, strip, grill or poison). *Isr Med Assoc J* 2006;8:411–415.
8. Suchopár J, Prokeš M. Léčebné metody užívané u nemocných s chronickým žilním onemocněním a adherence pacientů k těmto metodám v běžné klinické praxi v ČR. *Practicus* 2015;7:12–17.
9. Karetová D, Suchopár J, Bultas J. Diosmin/hesperidin – spolupracující tandem nebo je diosmin klíčový a hesperidin jen neúčinnou příměsí? *Vnitř Lék* 2020;66:98–104.
10. Tsoukanov YT, Tsoukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders but without visible signs (COs), and its correction with MPFF treatment. *Phlebology* 2015;22:18–24.
11. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg* 2014;40:1248–1952.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1
v mezinárodních i NOVÝCH
národních doporučeních^{1,2}



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

SLOŽENÍ*: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: *Venolymfatická insuficience*: 2 tablety denně. *Hemoroidální onemocnění*: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečnicku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. Hladina sodíku: bez sodíku**. **INTERAKCE***. **FERTILITA***. **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /dětí nelze vyloučit. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: *Časté*: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. *Vzácné*: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. *Méně časté*: kolitida. *Frekvence neznámá*: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***. **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI***: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. Datum revize textu: 7. 8. 2021. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

*Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

** Všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Detralex

1. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2018 June; 37(3):181-254. 2. Karetová D. a spol. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře - chronická žilní onemocnění. Novelizace 2021. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. SVL ČLS JEP. 2021.

