

Současné možnosti léčby chronické žilní nemoci pohledem žilního chirurga



aneb Co by si mohl praktický lékař přečíst,
než odešle pacienta k chirurgovi

Tento materiál je určen pro lékaře
a byl připraven ve spolupráci se společností Servier



OBSAH

Úvodní slovo	2
Máte před sebou pacienta s problémy s žilami dolních končetin?	3
Co je žilní hypertenze, chronická žilní nemoc a chronická žilní nedostatečnost?	4
Kdo může tímto onemocněním trpět?	5
Co jsou křečové žíly?	5
Co je žilní bolest?	6
Je každá bolest dolních končetin způsobena nemocí žil?	6
Otoky nohou	7
Změny na kůži bérců	8
Léčba chronické žilní nemoci	9
1. Režimová opatření	9
2. Farmakoterapie	10
3. Kompresní terapie	10
4. Invazivní a miniinvazivní metody	11
Literatura	16

Úvodní slovo

Chronická žilní nemoc a v pokročilejších stádiích pak žilní nedostatečnost dolních končetin je jedním z nejrozšířenějších cévních onemocnění vůbec a jistě lze právem zařadit mezi civilizační choroby se vším, co k tomu patří. Tedy s rozsáhlými socio-ekonomicko-zdravotními dopady.

Ne vždy se však daří tuto nemoc správně diagnostikovat a případně i léčit. Přitom správně a včas indikovaná léčba mnohdy dokáže zamezit rozvoji pokročilých stadií, případně zmírnit jejich dopady.

Tato brožura si klade za cíl vhodně informovat odbornou veřejnost o příznacích, diagnostice a léčbě chronické žilní nemoci a navíc posloužit i jako manuál k diferenciální diagnostice prvního kontaktu.



- › Zástupce primáře Oddělení cévní a plastické chirurgie, Pardubická nemocnice, NPK, a.s.
- › Flebolog, cévní chirurg v soukromé praxi; www.medivasc.cz, Pardubice a www.cevni-rychnov.cz, Rychnov nad Kněžnou

Máte před sebou pacienta s problémy s žilami dolních končetin?



Ne každý z uvedených příznaků musí být způsoben právě onemocněním žil dolních končetin.

Co je žilní hypertenze, chronická žilní nemoc a chronická žilní nedostatečnost?

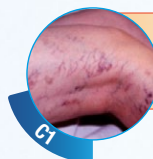
Obecně se při chronické žilní nemoci (CVD, z anglického chronic venous disease) jedná o stav, kdy z různého důvodu dochází ke zhoršení nebo selhání funkce chlopní hlubokých nebo povrchových žil. Ve svých pokročilejších stádiích krev z dolních končetin není pak dobře směřována k srdci a působením gravitace městná v žilním systému pánve a dolních končetin (odtud žilní hypertenze). To ve svém důsledku vede k zánětlivé reakci žilní stěny, což se klinicky projeví bolestmi končetin, vznikem otoků, křečových žil. V důsledku destrukce kapilární cirkulace a hypoxie tkání (v těch "městná" odkysličená krev) tyto změny mohou vést až ke vzniku defektů kůže bérce (tzv. bércovému vředu). Postupem času se příznaky a projevy zhoršují tím, jak se přetlak žilní krve přenáší na níže položené části systému při destrukci chlopní. Tyto změny se mohou z povrchových žil přenést do žil hlubokých, kde již mnohdy nejsme schopni účinně léčebně zasáhnout. O chronické žilní nedostatečnosti hovoříme od stadia C3 (včetně) výše, kdy skutečně již poškozené žíly dolních končetin neplní správně svoji funkci pro návrat krve z končetin směrem k srdci.

Stadia chronické žilní nemoci popisujeme podle CEAP klasifikace, celkem je jich 7:¹



C0s

Stadium bez objektivních projevů, jen se symptomy (žilní bolest, pocit těžkých nohou, pocit oteklých nohou, křeče, pocit napětí v nohách)



C1

Teleangiektázie (tzv. metličky, pavoučci)



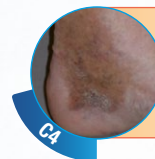
C2

Křečové žíly (varixy)



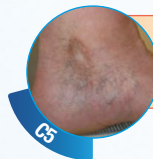
C3

Otoky



C4

Kožní změny v důsledku CVD (změny barvy a kvality kůže bérce a kotníků), např. lipodermatoskleróza



C5

Hojící se nebo zahojený bércový vřed



C6

Aktivní (otevřený) bércový vřed

Každé ze stadií může být doprovázeno také typickými subjektivními symptomy pacienta. Toto pak označuje malý index „s“ (např. C0s). Pokud onemocnění probíhá asymptomaticky, připsujeme index „a“ (např. C2a).

Kdo může tímto onemocněním trpět?

Jedná se o jednu z chronických a trvale progredujících civilizačních chorob. Prevalence CVD v populaci se dnes udává až 60 %¹, přičemž ženy jsou postiženy častěji než muži a to ve stádiích C2-3, kdežto ve stádiích C4-6 není mezi pohlavími rozdíl.² Stadium chronické žilní nedostatečnosti pak postihuje až 5 % populace, přičemž 1 % dospělé populace žije ve stadiu C5 a 6 – tedy prodělalo (prodělává) bércový vřed.³ Primární varixy se rozvíjejí díky neodstatečnosti chlopní v povrchových žilách. Je známo, že u 2/3 pacientů chronická žilní nemoc začíná právě insuficiencí v povrchovém žilním systému.⁴ Existuje i dědičná a vrozená predispozice k této nemoci. Ve větším riziku jsou lidé setrvávající delší dobu (např. v zaměstnání) vstoje nebo vsedě, obézní nemocní, gravidní ženy nebo po porodu apod. Rozšířenou skupinu pacientů s CVD tvoří lidé, u kterých se varixy a další symptomy rozvinou sekundárně po trombózách hlubokých žil dolních končetin.

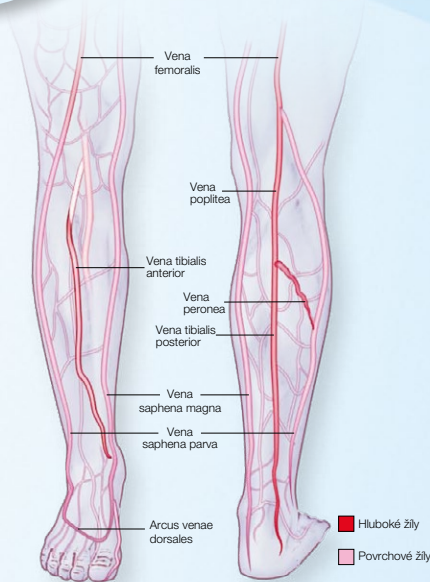
Co jsou křečové žíly?

Jako varixy označujeme nad povrch kůže vystupující rozšířené povrchové žíly, které díky změnám jejich stěny a chlopní ztrácejí schopnost plnit svoji funkci, tedy návrat krve z dolních končetin směrem k srdci.³



► Žilní systém dolních končetin

je rozdělen do dvou velkých systémů, z nichž jeden koresponduje s povrchovými žilami (malá a velká saféna) a druhý zahrnuje hluboké žíly (femorální, lýtkové a popliteální žíly). Mezi systémy je uložena fascie, která hluboký a povrchový žilní systém od sebe odděluje.



Co je žilní bolest?

Jedná se o bolest v lýtkách, nártách, jiných částech dolní končetiny nebo přímo v rozšířených povrchových žilách končetin. Objevuje se typicky po celodenní námaze večer nebo v noci. Někdy je popisována jako „neklidné nohy“ a může bránit nemocnému v usnutí nebo jej budit.

Je každá bolest dolních končetin způsobena nemocí žil?

Každou bolest dolních končetin je nutno důkladně vyšetřit – zprvu v ambulanci praktického lékaře.

Existují určitá vodítka, která mohou pomoci v případech potřeby pacienta nasměrovat do péče vhodného odborníka:

Bolest křečovitá (únava svalů) v lýtku, stehni nebo hýždí při chůzi, která odezní po zastavení a znovu se objeví při chůzi (pokaždé po přibližně stejném intervalu). Může být způsobena poškozením tepen dolních končetin. V tom případě by pacient měl vyhledat specialistu v oboru **angiologie nebo cévní chirurgie**.

Bolest v kyčli, v třísele, v zevní ploše stehna typicky se horšící při chůzi (např. do schodů, ze schodů, vstání ze sedu) může být způsobena kloubním postižením a je tedy vhodné nechat pacienta vyšetřit v ambulanci **ortopeda**.

Palčivá až ostrá bolest v zevní nebo přední ploše stehna mnohdy až po kotník (někdy vyzařující od zad z beder) může být způsobena postižením bederní páteře a je k dovyšetření **neurologem, ortopedem nebo neurochirurgem**.

Palčivá, brnivá bolest v prstech nebo nártu nohou, často typicky oboustranná a s pocitem ponožek na nohách (obzvláště u pacientů s diabetem, po chemoterapii aj.) může být tzv. neuropatická (z postižení drobných nervů nohou) a je k dovyšetření **neurologem**.

Klidová noční bolest v prstech nohou, plosce nebo nártu, pro kterou musí pacient v noci svěšovat nohu z postele. Pokud se na noze kdekoliv od kotníku dolů tvoří defekt a noha pod kotníkem je chladná, bledá nebo modrá až fialová, může se jednat o závažné nedokrevní nohy s ohrožením její vitality a je nutné pacienta co nejdříve odkázat na specialistu v odbornosti **angiologie, diabetologie/podiatrie (u diabetiků) nebo cévní chirurgie**.

Otoky nohou:

Ne každé otoky dolních končetin jsou způsobeny žilní hypertenzí, ale pokud jsou doprovázeny křečovými žilami nebo žilní bolestí (viz výše), může se jednat o **projev chronické žilní insuficience (stadium C3)**. Obzvláště typické pro žilní otok je jeho rozvíjející se manifestace během dne: ráno otok není vyjádřen (alespoň v počátku choroby), zhoršuje se během dne a nejhorší bývá večer. Jistě je na místě pečlivé vyšetření v ordinaci praktického lékaře, případně jiného specialisty (otoky dolních končetin se vyskytují i u chorob srdce, ledvin, revmatických chorob apod.). Akutní, asymetrický, bolestivý otok končetiny (někdy doprovázený i zvýšenou teplotou) může být způsoben **flebotrombózou** hlubokých žil a je indikován k urychlenému sonografickému vyšetření a klinickému vyšetření **angiologem nebo internistou**. Pokud je zároveň vyjádřena i symptomatologie napovídající na **plicní embolii** (dušnost, pohrudniční bolest, synkopa – i anamnesticky v těsném předchodí), pak je indikováno vyšetření přímo **kardiologem**.

Diferenciální diagnostika otoků dolních končetin souvisejících s venolymfatickou insuficiencí⁴

	Lymfedém	Flebedém	Lipedém
Stemmerovo znamení	+	–	–
Pitting test	+	+	–
Hyperpigmentace	–	+	–
Otok dorsa nohy	+	–	–
Symetrie	–	–	+
Tuhost podkoží	+	±	–
Ústup po elevaci	±	+	±
Hematomy	–	±	+
Palpační bolestivost	–	–	+
Postihuje jen ženy	–	–	+



Změny na kůži bérců:

Mohou být různého rozsahu - od barevných změn (zhnědnutí) až po ztrátu kožního krytu (tedy rozvoj bércevého vředu) různé hloubky a velikosti. Jedná se již většinou o pokročilý stav chronické žilní nemoci se stadii C4 – C6, kdy hovoříme již o chronické žilní nedostatečnosti (CVI z anglického chronic venous insufficiency) a je vhodné vyšetření **dermatologem**, který případně pacienta nechá podle potřeby dovyšetřit angiologem nebo cévním chirurgem. Každý pacient, u kterého se podaří zahojit bércevé vřed, by měl být prezentován cévnímu chirurgovi, protože u lidí, kde jsme schopni provést redukci žilní hypertenze operací na povrchovém žilním systému, můžeme touto operací redukovat riziko rekurence bércevého vředu až o 40 %.



Léčba chronické žilní nemoci:

Nutné je vždy vyloučit jiné závažnější onemocnění (srdce, ledviny, metabolické poruchy, revmatologické poruchy aj.). V případě zjevné žilní etiologie je pak základem dokonalé klinické vyšetření. Dnes se již standardně provádí vyšetření stavu hlubokých a povrchových žil ultrazvukem, které společně s klinickým vyšetřením určí strategii další léčby.

Ve fázi žilní bolesti a otoků dolních končetin bez zjevných varixů se nejčastěji jedná o **režimová opatření** (zejména cviky), **farmakoterapii** a **kompresní terapii**. Dále se nabízí celá škála fyzioterapeutických postupů především k redukci žilního až lymfatického otoku, jako jsou lymfodrenážní procedury (mechanické, manuální), nebo obecně přístrojové procedury k redukci venostatického otoku (intermitentní kompresní terapie), vakuum-kompresní terapie aj. a to především u nemocných s projevy chronické žilní nedostatečnosti (stadia C3-6).⁵

V případě varixů dolních končetin dnes existuje celá škála postupů od sklerotizace, přes **miniinvasivní terapie** (laser, radiofrekvenční terapie, mechanicko-chemická ablace, “žilní lepidlo” aj.) až po **klasické chirurgické metody**.

Ve fázi kožních změn se kombinují výše uvedené metody s intenzivní **lokální terapií** a ošetřováním defektů.

1. Režimová opatření:

- ▶ Vhodná obuv, vyhýbat se teplu, polohování končetin do výše, střídání vlahé a studené sprchy, pravidelné cvičení.
- ▶ Speciální cviky pomáhají posílit svalovou pumpu a obnovit návrat stagnující krve z dolních končetin zpět k srdci. Provádět je může pacient kdykoli během dne, vždy pak večer v klidu před usnutím. Cviky pro posílení žilního oběhu jsou k dispozici na webových stránkách www.zilniporadna.cz. Nabízí je mobilní aplikace **Bolí vás nohy** (zdarma ke stažení pro iOS i Android prostřednictvím Google play nebo App Store) nebo na požádání ve formě letáčků u zástupců společnosti Servier, která se významně podílí na edukaci pacientů s žilním onemocněním.





2. Farmakoterapie:

k tlumení žilní bolesti a otoku omezením zánětlivé aktivity v žilní stěně a na poškozené chlopni.

- ▶ Indikována ve všech stádiích chronické žilní nemoci k úlevě od subjektivních stesků (žilní bolest, pocit těžkých nohou) a otoků.
- ▶ Indikována jako doplňková terapie v rámci komplexního přístupu k léčbě bércového vředu.
- ▶ Nejsilnější doporučení v mezinárodních i národních doporučeních pro léčbu všech stádií CVD získala mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce MPFF®^{6,7}

3. Kompresní terapie:

pomocí speciálních punčoch (třída komprese II) nebo elastických obinadel k omezení otoků končetin, nutná ve fázi otoků a bércových vředů (u bércových ulcerací spíše kompresní terapie s užitím obinadel). Kompresní terapie třídy svěru dva (CC II) je jednoznačně indikována jako jedna z modalit léčby bércového vředu.³

- ▶ Dočasná součást léčby po miniinvazivních nebo klasických zákrocích na žilách dolních končetin.
- ▶ Jednoznačně indikována u pacientů léčených pro hlubokou žilní flebotrombózu, minimálně po dobu 2 let od diagnózy, kdy dokáže redukovat riziko vzniku závažného posttrombotického syndromu.⁸



4. Invazivní a miniinvazivní metody:

ve fázi varixů od tzv. metliček až po klasické křečové žily. Vhodný typ léčby lze stanovit až po vyšetření cévním chirurgem. Riziko recidivy (a to zřejmě nezávisle na použité metodě, i když zde ještě stále chybí dostatečná evidence) se pohybuje kolem 20 %, přičemž endovasální (miniinvazivní) metody a chirurgické „klasické“ metody jsou si v dlouhodobém i krátkodobém efektu rovnocenné.⁹

TRANSKUTÁNNÍ LASEROVÉ METODY:

- › V případě tzv. „metliček“ nebo „pavoučků“ (stadium C1, teleangiektázie).
- › Transkutánní ošetření těchto drobných intradermálních žilek laserovým světlem.
- › Metoda hrazená klientem.
- › V centrech laserové medicíny, estetické medicíny.
- › Riziko: vznik depigmentací v okolí ošetřených lézí.

SKLEROTIZACE:

- › V případě rozsáhlejších metličkových varixů nebo klasických velkých (retikulárních) varixů.
- › Ve formě tekuté nebo pěnové sklerotizace, pěnová je užitečná i pro ošetření insuficientních perforátorů, kmenů velkých povrchových žil a pro větší retikulární varixy.
- › Metoda na některých pracovištích hrazená klientem (především složitější typy sklerotizací), někdy lze omezeně provést jako hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- › Ambulantní, injekční léčba.
- › Často vhodná pro pokročilé formy chronické žilní nemoci tam, kde řez by mohl být nebezpečný (u C4 a výše).
- › Riziko: hyperpigmentace, nekróza kůže, matting (rozsev dalších perifernějších metliček) – rizika jsou eliminovatelná správným provedením a následnou péčí po zákroku.

TRANSKUTÁNNÍ RADIOFREKVENČNÍ OŠETŘENÍ:

- › U C1, tj. teleangiektázií.
- › Ambulantní.
- › Metoda hrazená klientem.



ENDOVENÓZNÍ ABLACE:

- ▶ K léčbě varixů od stadia 2 výše.
- ▶ Jedná se o poškození nesmáčivé výstelky povrchové žíly pomocí fyzikálního, chemického inzultu nebo jejich kombinací.
- ▶ Po tomto zákroku žíla trombotizuje a/nebo kolabuje, následně se vyhojí jizevnatou tkání a zaniká jako céva, včetně dopadů na cirkulaci krve v končetině v případě její předchozí insuficience.
- ▶ Provádí se vpichem, kdy se pod sonografickou kontrolou kanyluje velká nebo malá saféna a/nebo jejich subfasciální větve. Pomocí Seldingerovy metody se do této intervenované žíly zavede jednorázový pracovní katetr. Sonografickou perioperační kontrolou je zároveň zajištěno, že i v místě napojení povrchové žíly na hlubokou je metoda bezpečná (je eliminováno riziko poškození hlubokých žil) i bez řezu v tříse nebo podkolenní jamce.
- ▶ Odpadá řez v tříse a stripping velké nebo malé safény z povrchového žilního systému dolní končetiny; jednotlivé varixy pak lze ponechat (při vyřešení příčiny žilní hypertenze „oplasknou“), flebektomovat (vyjmout) z drobných incizí nebo sklerotizovat – a to v jednom sezení nebo ve dvou dobách.
- ▶ Je nutná kratší doba nošení kompresních punčoch nežli po „klasické“ operaci.



a) Termické metody: laserová, radiofrekvenční, párou:



Pro:

- ▶ Dnes považovány za metodu volby při léčbě varixů dolních končetin.³
- ▶ Minimálně invazivní.
- ▶ Minimálně bolestivé až nebolestivé metody. Mnohdy zcela bez řezu.
- ▶ Odpadá řez v tříslé a hematoma na vnitřní straně stehna po strippingu velké safény.
- ▶ Často bez nutnosti jakékoliv anestezie, nebo proveditelné pouze v lokální anestezii a/nebo analgosedaci.
- ▶ Mnozí specialisté provádějí jako ambulantní výkon nebo v rámci jednodenní chirurgie.
- ▶ Ve většině případů bez nutnosti pracovní neschopnosti pacienta, případně maximálně po dobu 3 dnů.
- ▶ Vhodné i pro pacienty s pokročilými stadii chronické žilní insuficience (C4–C5).
- ▶ Ideální pro pacienty s vysokým rizikem anestezie.
- ▶ Kombinovatelné s dalšími miniinvazivními metodami (sklerotizace, miniflebektomie aj.).



Proti:

- ▶ Teoretické riziko termického poškození okolních struktur, např. hlubokého žilního systému, nervových struktur či kůže. Při správně prováděné metodě zkušeným chirurgem je ale toto riziko minimální.
- ▶ Z výše uvedených důvodů je nutnost provádění tzv. tumescence, tedy ochrany okolí ošetřované žíly pomocí injekční aplikace chlazeného roztoku pod kontrolou ultrazvuku.
- ▶ Metoda hrazená klientem (ceny jsou hodně odlišné mezi regiony a provádějícími specialisty, je vhodné vyhledat si vhodného a vyhovujícího specialistu například na internetu).

- ▶ Sonografická perioperační kontrola správné polohy radiofrekvenčního katetru ve kmeni velké safény mimo lumen stehenní žíly.



b) Mechanicko-chemická metoda:



Pro:

- › Minimálně invazivní.
- › Minimálně bolestivá až nebolestivá metoda.
- › Odpadá řez v tříslu a hematoma na vnitřní straně stehna, který doprovází stripping velké safény.
- › Zcela bez řezu.
- › Většinou prováděn jako ambulantní výkon.
- › Jednoznačně proveditelná v lokální anestezii, nebo dokonce i bez ní.
- › Ve většině případů bez nutnosti pracovní neschopnosti pacienta.
- › Odpadá riziko termického poranění okolních struktur.
- › Odpadá nutnost tumescentní anestezie.
- › Vhodná i pro pacienty s pokročilými stadii chronické žilní insuficience (C4–C5).
- › Ideální i pro pacienty s vysokým rizikem anestezie. Není nutné vysazovat chronickou léčbu jako je např. Warfarin a jiné protisrážlivé léky.
- › Kombinovatelná s dalšími miniinvazivními metodami (sklerotizace, miniflebektomie).



Proti:

- › Metoda hrazená klientem.
- › Riziko alergické reakce na podávané agens.
- › Riziko neurologických a/nebo oftalmologických komplikací přechodného rázu.



c) Chemická metoda s užitím tkáňového lepidla:

Již plně ověřená metoda. Zatím nejmodernější typ léčby. Výhody i nevýhody jsou stejné jako u mechanicko-chemické ablace, ale po výkonu není nutné nosit kompresní punčochy.



Pro:

- › Minimálně invazivní a nebolestivá metoda.
- › Bez řezu v třísele a hematomu ve stehni.
- › Většinou jako ambulantní výkon nebo v rámci jednodenní chirurgie.
- › Výhody stejné jako u mechanicko-chemické ablace.
- › Jediná metoda, kde není nutné po výkonu nosit kompresní punčochy.

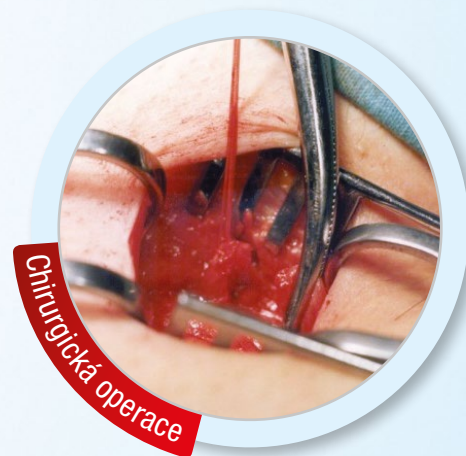


Proti:

- › Metoda hrazená klientem.
- › Po užití lepidla vzniká v těle dlouhodobě umístěný „implantát“ s rizikem autoimunitní reakce.
- › Limitace výkonu více anatomicko-fyziologickými faktory než u endovenózních termických ablací.

„KLASICKÁ“ CHIRURGICKÁ OPERACE:

- › Řešení pomocí chirurgického přetětí a podvazu místa refluxu (tedy příčiny žilní hypertenze) – nejčastěji v třísele, podkolenní jamce nebo v místě insuficientního perforátoru.
- › Po výše uvedeném strippingu se provádí flebektomie (vyjmutí) funkčně nedostatečných varikozních žil.
- › Možno zde zařadit i metodu SEPS (subfasciální endoskopické ošetření perforátorů), která ale v České republice nedošla širšího klinického užití.



„KLASICKÁ“ CHIRURGICKÁ OPERACE:



Pro:

- › Běžně osvojená chirurgickou odbornou veřejností.
- › Větší dostupnost (prakticky na každém oddělení chirurgie).
- › Hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



Proti:

- › Invazivnější.
- › Větší bolestivost.
- › Časté hematomy.
- › Většinou nutnost hospitalizace.
- › Pracovní neschopnost po dobu 6 týdnů.
- › Ne vždy kosmeticky uspokojivý efekt.
- › Obtížná proveditelnost u pokročilejších forem onemocnění (C4, C5).
- › Nutnost nošení kompresních punčoch po dobu minimálně 6 týdnů od výkonu (u miniinvazivních metod mnohdy stačí pouze 2–3 týdny).

Literatura:

1. Robertson L., Evans C., Fowkes F.G., Epidemiology of chronic venous disease., *Phlebology*. 2008; 23: 103-111.
2. Rabe E., Guex J.J., Puskas A., Scuderi A., Fernandez Quesada F., Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program., *Int Angiol*. 2012; 31: 105-115.
3. C. Wittens, A.H. Davies, N. Bækgaard, R. Broholm, A. Cavezzi, S. Chastanet et al., Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49:678-737.
4. Raffetto JD, Khalil RA, Mechanism of varicose vein formation: valve dysfunction and wall dilation. *Phlebology* 2008;23:85-98.
5. Vanscheidt W, Ukat A., Partsch H., Dose-response of compression therapy for chronic venous edema – higher pressures are associated with greater volume reduction: two randomized clinical studies. *J Vasc Surg*. 2009; 49: 395-402.
6. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2018 June; 37(3):181-254.
7. Karetová D. et al. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře – chronické žilní onemocnění. Novelizace 2021. SVL ČLS JEP.
8. Głowiczki P, et al, Society for Vascular Surgery; American Venous Forum: The care of patients with varicose veins and associated chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011;53(5 Suppl):2S-48S.
9. Almeida JI, Atlas of Endovascular Venous Surgery, Elsevier Saunders 2012; 168-181.

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*:** *Venolyfatická 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 nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. 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 /děti 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*

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce



CVD=Chronic Venous Disease

**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

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



Reference: 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. et al. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře – chronické žilní onemocnění. Novelizace 2021. SVL ČLS JEP.