REFERÁTOVÝ VÝBĚR®

z dermato venerologie

ODBORNÝ DVOUMĚSÍČNÍK
ROČNÍK 64
6/2022

Available on the Google Play

Download on the App Store

7 KREDITŮ ČLK
PRO AUTORY ČLÁNKŮ

VICHY LABORATOIRES

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

@referatovyvyber

www.referatovyvyber.cz

VYCHÁZÍ POD ZÁŠTITOU ČESKÉ DERMATOVENEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

CENA: 57 KČ

OPDIVO (nivolumab) + YERVOY (ipilimumab)

OBJEVENO PRO ŽIVOT

Maligní melanom | Renální karcinom | Nemalobuněčný karcinom plic* | Maligní mezoteliom pleury | Kolorektální karcinom | Skvamózní karcinom jícnu

Detailní informace k jednotlivým indikacím naleznete ve zkrácených informacích o přípravku, které jsou uvedeny níže, nebo na www.sukl.cz

*V kombinaci s chemoterapií

ZKRÁCENÉ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: OPDIVO 10 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok. Složení: Nivolumabum 10 mg v 1 ml koncentrátu. **Indikace*:** Melanom: v monoterapii/kombinaci s ipilimumabem u pokročilého (neresekovatelného nebo metastazujícího) melanomu u dospělých. Adjuvantní léčba melanomu: monoterapie k adjuvantní léčbě dospělých s melanomem s postižením lymfatických uzlin nebo metastázami po kompletní resekci. Nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC): monoterapie lokálně pokročilého nebo metastazujícího NSCLC po předchozí chemoterapii u dospělých; v kombinaci s ipilimumabem a 2 cykly chemoterapie na bázi platiny v první linii u dospělých bez EGFR nebo ALK. Maligní mezoteliom pleury (MPM): v kombinaci s ipilimumabem k léčbě neresekovatelného MPM u nepředléčených dospělých. Renální karcinom (RCC): monoterapie pokročilého RCC po předchozí terapii u dospělých; v kombinaci s ipilimumabem terapie pokročilého RCC v první linii u dospělých se středním nebo vysokým rizikem; v kombinaci s kabozantinibem terapie pokročilého RCC v první linii u dospělých. Klasický Hodgkinův lymfom (cHL): monoterapie recidivujícího nebo refrakterního cHL po autologní transplantaci kmenových buněk (ASCT) a léčbě brentuximab vedotinem. Skvamózní karcinom hlavy a krku (SCCHN): monoterapie rekurentního nebo metastazujícího SCCHN progredujícího při nebo po léčbě platinovými deriváty u dospělých. Kolorektální karcinom s fenotypem dMMR/MSI-H (dMMR/MSI-H CRC): v kombinaci s ipilimumabem terapie dMMR/MSI-H CRC po kombinovane chemoterapii na bázi fluorpyrimidinu u dospělých. Uroteliální karcinom (UC): monoterapie lokálně pokročilého neresekovatelného nebo metastazujícího UC u dospělých po selhání léčby platinovými deriváty. Adjuvantní léčba uroteliálního karcinomu: monoterapie k adjuvantní léčbě dospělých s uroteliálním karcinomem postihujícím svalovinu (MIUC) s expresí PD-L1 na nádorových buňkách ≥ 1 %. Skvamózní karcinom jícnu (ESCC): monoterapie neresekovatelného pokročilého, rekurentního nebo metastazujícího ESCC u dospělých po předchozí kombinované chemoterapii na bázi fluorpyrimidinu a platiny, v kombinaci s ipilimumabem nebo chemoterapii na bázi fluorpyrimidinu a platiny k léčbě v první linii u dospělých s neresekovatelným pokročilým, rekurentním nebo metastazujícím ESCC s expresí PD-L1 na nádorových buňkách ≥ 1 %. Adjuvantní léčba karcinomu jícnu nebo gastroezofageální junkce (EC nebo GEJC): monoterapie k adjuvantní léčbě dospělých s EC nebo GEJC po předchozí neoadjuvantní chemoradioterapii. Adenokarcinom žaludku, gastroezofageální junkce (GEJ) nebo jícnu: v kombinaci s chemoterapií na bázi fluorpyrimidinu a platiny k léčbě v první linii u dospělých s HER2-negativním pokročilým nebo metastazujícím adenokarcinomem žaludku, GEJ nebo jícnu, jejichž nádory exprimují PD-L1 s kombinovaným pozitivním skóre (CPS) ≥ 5. **Dávkování a způsob podání*:** Monoterapie: buď 240 mg i.v. infuzi (30 min) každé 2 týdny (všechny indikace) nebo 480 mg i.v. infuzi (60 min) každé 4 týdny (pouze indikace melanom, renální karcinom a MIUC), u adjuvantní léčby EC nebo GEJC 240 mg i.v. infuzi (30 min) každé 2 týdny nebo 480 mg i.v. infuzi (30 min) každé 4 týdny po dobu prvních 16 týdnů a následně 480 mg i.v. infuzi (30 min) každé 4 týdny. Kombinace s ipilimumabem: ***Melanom:*** 1 mg/kg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) s ipilimumabem 3 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab i.v. infuzi 240 mg (30 min) každé 2 týdny nebo 480 mg každé (60 min) 4 týdny, první dávka za 3 týdny (240 mg) resp. 6 týdnů (480 mg), a pak dále každé 2 týdny, resp. 4 týdny. ***dMMR/MSI-H CRC:*** 3 mg/kg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab i.v. infuzi 240 mg (30 min) každé 2 týdny. ***ESCC:*** 3 mg/kg nivolumabu každé 2 týdny, resp. 360 mg nivolumabu každé 3 týdny i.v. infuzi (30 min) s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každých 6 týdnů. Kombinace s kabozantinibem: ***RCC:*** 240 mg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) každé 2 týdny nebo 480 mg nivolumabu i.v. infuzi (60 min) každé 4 týdny s kabozantinibem 40 mg perorálně každý den. Kombinace s ipilimumabem a chemoterapií: ***NSCLC:*** 360 mg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každých 6 týdnů a 2 cykly chemoterapie na bázi platiny každé 3 týdny. Kombinace s chemoterapií ***ESCC:*** 240 mg každé 2 týdny nebo 480 mg každé 4 týdny i.v. infuzi (30 min) s chemoterapií na bázi fluorpyrimidinu a platiny. ***Adenokarcinom žaludku, GEJ nebo jícnu:*** 360 mg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny s chemoterapií na bázi fluorpyrimidinu a platiny nebo 240 mg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) každé 2 týdny s chemoterapií na bázi fluorpyrimidinu a platiny. Léčba vždy pokračuje, dokud je pozorován klinický přínos nebo dokud ji pacient snáší, u adjuvantní léčby po dobu max.12 měsíců a u léčby NSCLC v kombinaci, MPM v kombinaci, adenokarcinomu žaludku, GEJ nebo jícnu v kombinaci a RCC v kombinaci s kabozantinibem po dobu max. 24 měsíců. Léčba kabozantinibem pokračuje do progrese nebo nepřijatelné toxicity. Další podrobnosti dávkování viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Nivolumab je spojen s imunitně podmíněnými nežádoucími účinky. Pacienti mají být průběžně sledováni (min. 5 měsíců po poslední dávce). Podle závažnosti NÚ se nivolumab vysadí a podají se kortikosteroidy. Po zlepšení se dávka kortikosteroidů sníženě postupně po dobu min. 1 měsíce. V případě závažných, opakujících se nebo život ohrožujících imunitně podmíněných NÚ musí být nivolumab trvale vysazen. U pacientů s výchozím ECOG ≥ 2, s aktivními mozkovými metastázami, autoimunním onemocněním, symptomatickým intersticiálním plicním onemocněním a u pacientů, kteří již užívali systémová imunosupresiva, je třeba přípravek používat jen s opatrností. **Interakce:** Nivolumab je humánní monoklonální protilátka, která není metabolizována cytochromem P450 (CYP) ani jinými enzymy metabolizujícími léky. Je třeba se vyhnout podávání systémových kortikosteroidů nebo jiných imunosupresiv na počátku a před zahájením léčby. Lze je nicméně použít k léčbě imunitně podmíněných nežádoucích účinků. **Těhotenství a kojení:** Nivolumab se nedoporučuje během těhotenství a fertilním ženám, které nepoužívají účinnou antikoncepci, pokud klinický přínos nepřevyšuje možné riziko. Není známo, zda se nivolumab vylučuje do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky*:** *Velmi časté:* infekce horních cest dýchacích. snížená chuť k jídlu. bolest hlavy, periferní neuropatie, dyspnoe, kašel, průjem. zvracení, nauzea, bolest břicha, zácpa, vyrážka, svědění, únava, horečka, otok, lymfopenie, hyperglykemie, anemie, hyponatremie, hypoalbuminemie, zvýšení AST, ALT, alkalické fosfatázy, lipázy, amylázy, kreatininu, hyperkalemie, hypokalcemie, leukopenie, hypomagnesemie, neutropenie trombocytopenie, hypokalemie, hypoglykemie, hyperkalcemie; u kombinace s ipilimumabem, příp. chemoterapií dále i pneumonie, hypotyreóza, hypertyreóza, závrať, hypertenze, kolitida, suchá kůže, artralgie, muskuloskeletální bolest, zvýšený celkový bilirubin a zvýšené transaminázy; u kombinace s kabozantinibem dále i dysgeusie, dysfonie. stomatitida, dyspepsie. syndrom palmoplantární erytrodysestezie, svalové spasmy, proteinurie, hypofosfatemie, hypermagnezemie, hypernatremie a snížená tělesná hmotnost. Další podrobnosti k NÚ, zvláště imunitně podmíněným, viz SPC. **Předávkování:** Pacienti musí být pečlivě monitorováni s ohledem na příznaky nežádoucích účinků a zahájena vhodná symptomatická léčba. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb EEIG, Dublin. Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/15/1014/001-004. **Datum poslední revize textu:** září 2022. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění v těchto indikacích: pokročilý maligní melanom v monoterapii, v kombinaci s ipilimumabem a v adjuvanci, pokročilý renální karcinom v monoterapii i kombinaci s ipilimumabem, nemalobuněčný karcinom plic v monoterapii i v kombinaci s ipilimumabem a chemoterapii, klasický Hodgkinův lymfom, skvamózní karcinom hlavy a krku, skvamózní karcinom jícnu v monoterapii, maligní mezoteliom pleury v kombinaci s ipilimumabem. kolorektální karcinom v kombinaci s ipilimumabem a karcinom jícnu nebo CEJ v adjuvanci.

Název přípravku: YERVOY 5 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok. Složení: Ipilimumabum 5 mg v 1 ml koncentrátu. **Terapeutické indikace*:** Melanom: monoterapie pokročilého (neresekovatelného nebo metastazujícího) melanomu u dospělých a dospívajících ve věku 12 let a starších; v kombinaci s nivolumabem léčba pokročilého (neresekovatelného nebo metastazujícího) melanomu u dospělých. Nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC): v kombinaci s nivolumabem a 2 cykly chemoterapie na bázi platiny léčba metastazujícího NSCLC v první linii u dospělých bez EGFR nebo ALK. Maligní mezoteliom pleury (MPM): v kombinaci s nivolumabem k léčbě neresekovatelného MPM u nepředléčených dospělých. Renální karcinom (RCC): v kombinaci s nivolumabem terapie pokročilého RCC v první linii u dospělých se středním nebo vysokým rizikem. Kolorektální karcinom s fenotypem dMMR/MSI-H (dMMR/MSI-H CRC): v kombinaci s nivolumabem terapie dMMR/MSI-H CRC po kombinované chemoterapii na bázi fluorpyrimidinu u dospělých. Skvamózní karcinom jícnu (ESCC): v kombinaci s nivolumabem k léčbě v první linii u dospělých s neresekovatelným pokročilým, rekurentním nebo metastazujícím ESCC s expresí PD-L1 na nádorových buňkách ≥ 1 %. **Dávkování a způsob podání*:** ***Melanom:*** *Monoterapie:* Indukční režim: 3 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny, celkem 4 dávky. Celý indukční režim (4 dávky) je třeba dodržet dle tolerance, bez ohledu na vzhled nových lézí nebo růst existujících lézí. *Kombinace s nivolumabem:* 3 mg/kg ipilimumabu i.v. infuzi (30 min) s 1 mg/kg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab v monoterapii i.v. infuzi 240 mg (30 min) každé 2 týdny nebo 480 mg (60 min) každé 4 týdny, první dávka za 3 týdny (240 mg) resp. 6 týdnů (480 mg), a pak dále každé 2 týdny, resp. 4 týdny. **NSCLC:** 1 mg/kg ipilimumabu i.v. infuzi (30 min) každých 6 týdnů v kombinaci s nivolumabem 360 mg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny a 2 cykly chemcterapie na bázi platiny každé 3 týdny. **ESCC:** 1 mg/kg ipilimumabu každých 6 týdnů i.v. infuzi (30 min) s nivolumabem 3 mg/kg každé 2 týdny i.v. infuzi (30 min), resp. 360 mg každé 3 týdny. **MPM:** 1 mg/kg ipilimumabu i.v. infuzi (30 min) každých 6 týdnů s nivolumabem 360 mg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny. **RCC:** 1 mg/kg ipilimumabu i.v. infuzi (30 min) s nivolumabem 3 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab i.v. infuzi 240 mg (30 min) každé 2 týdny nebo 480 mg (60 min) každé 4 týdny, první dávka za 3 týdny (240 mg) resp. 6 týdnů (480 mg), a pak dále každé 2 týdny, resp. 4 týdny. **dMMR/MSI-H CRC:** 3 mg/kg nivolumabu i.v. infuzi (30 min) s ipilimumabem 1 mg/kg i.v. infuzi (30 min) každé 3 týdny u prvních 4 dávek, dále nivolumab i.v. infuzi 240 mg (30 min) každé 2 týdny. U kombinované léčby léčba pokračuje, dokud je pozorován klinický přínos nebo dokud ji pacient snáší, u NSCLC, MPM a ESCC po dobu max. 24 měsíců. Další podrobnosti viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Imunitně podmíněné nežádoucí účinky, které mohou být závažné nebo život ohrožující, se mohou týkat GIT, jater, kůže, nervové. endokrinní nebo jiné orgánové soustavy. Pokud není identifikována jiná etiologie. je nutno průjem, zvýšenou frekvenci stolic, krvavou stolici, zvýšení jaterních testů, vyrážku a endokrinopatii považovat za zánětlivé a související s ipilimumabem. U pacientů se závažnou aktivní autoimunitní chorobou, kde je dalšími imunitní aktivace potenciálně bezprostředně život ohrožující, se přípravek nemá podávat. **Interakce:** Ipilimumab je lidská monoklonální protilátka, která není metabolizována cytochromem P450 (CYP) ani jinými enzymy metabolizujícími léky Je třeba se vyhnout podávání systémových kort kosteroidů nebo jiných imunosupresiv na počátku a před zahájením léčby. Lze je nicméně použít k léčbě imunitně podmíněných nežádoucích účinků). Použití antikoagulancií zvyšuje riziko GIT krvácení; pacienti se souběžnou léčbou antikoagulanci musí být pečlivě monitorováni. Těhotenství a kojení. Ipilimumab se nedoporučuje podávat během těhotenství a fertilním ženám, které nepoužívají účinnou antikoncepci. Není známo, zda se ipilimumab vylučuje do lidského mléka. **Nežádoucí účinky*:** *Velmi časté:* snížená chuť k jídlu, průjem, zvracení, nauzea, vyrážka, pruritus, únava. reakce v místě injekce, pyrexie, v kombinaci s nivolumabem, příp. chemoterapií dále i infekce horních cest dýchacích, pneumonie, hypotyreóza, hypertyreóza, bolest hlavy, závrať, hypertenze, dyspnoe, kašel, kolitida, bolest břicha. zácpa, suchá kůže, artralgie, muskuloskeletální bolest, otok, horečka, zvýšení AST, ALT, celkového bilirubinu, alkalické fosfatázy, lipázy, amylázy, kreatininu, dále hyperglykémie, hypoglykémia, lymfopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, anemie, hypokalcemie, hyperkalemie, hypokalemie, hypomagnezemie, hyponatremie, hyperkalcemie. Další nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Pacienti musí být pečlivě monitorováni s ohledem na případné nežádoucích účinků a zahájena vhodná symptomatická léčba **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Dublin, Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/11/698/C01-2. **Datum poslední revize textu:** září 2022. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění v těchto indikacích: pokročilý maligní melanom v monoterapii i kombinaci s nivolumabem, pokročilý renální karcinom v kombinaci s nivolumabem, nemalobuněčný karcinom plic v kombinaci s nivolumabem a chemoterapií, maligní mezoteliom pleury v kombinaci s nivolumabem a kolorektální karcinom v kombinaci s nivolumabem.

Výdej těchto léčivých přípravků je vázán na lékařský předpis. Dříve, než je předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění příslušného Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o těchto přípravcích jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) http://ema.europa.eu nebo jsou dostupné u zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Bristol-Myers Squibb spol. s r. o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4, tel.: +420 221016111, www.bms.com/cz.

* Všimněte si, prosím, změn v Souhrnu údajů o přípravku

Reference: Opdivo® (nivolumab), Souhrn údajů o přípravku, 2022; Yervoy® (ipilimumab), Souhrn údajů o přípravku, 2022.

Bristol Myers Squibb™

7356-CZ-2200227

KDY JE LÉKAŘ VZDĚLANÝ

■ Pan Štístko si dnes pospíšil. Přicházím právě, když už stačí jen nastartovat infuzní pumpu a Opdivo začne proudit do žilního systému, aby účinně zabránilo melanomovým buňkám navozovat apoptózu u buněk imunitního systému a ty pak mohly pohodlně bojovat s metastázami jeho melanomu. A u našeho pacienta to už dlouhodobě funguje.

■ „Jak se vlastně mladí lékaři po škole vzdělávají? Chodí na nějaké konference nebo je to už všechno naučili ve škole?“ ptá se pan Štístko zvědavě. To by bylo vynikající, kdyby bylo specializační vzdělávání omezeno jen na krátkou dobu po fakultě a každý se mohl při dostatečném objemu znalostí věnovat svému oboru. Ve všech oborech je dnes ale lékařů málo a akreditační komise napříč specializacemi si lámou hlavu, jak na jedné straně naplnit požadavky jednotného evropského pracovního trhu, kde je délka popromočního vzdělávání nenulová, tedy relativně dlouhá, a na druhé straně vyhovět potřebám terénu, kdy bylo potřeba, aby si ideálně hned po škole lékař koupil praxi a stal se ambulantním kardiologem, dermatovenerologem, chirurgem nebo očním specialistou.

■ Délka základního kmene včetně různých kurzů je legislativně zakotvena časově i rámcovým obsahem pro všechny odbornosti, takže není překvapením, že patolog musí načerpat dvouměsíční znalosti i na pracovišti anesteziologie a resuscitace – možná kvůli tomu, co kdyby… Úvahy o modifikacích aktuálně probíhají i v akreditační komisi pro dermatovenerologii, ale zatím nebylo dostatečně otevřeno téma specializačních kurzů.

■ Tyto kurzy jsou společné pro všechny kmeny a dnes se stále více prosazuje názor, že do specializačního vzdělávání v rámci kmene nepatří. Jedná se o vzdělávání, které by měli absolvovat všichni lékaři, proto by mělo toto vzdělání být absolvováno a jeho znalost přezkoušena už v rámci studia na lékařských fakultách.

■ Kvalita výuky lékařské první pomoci se za posledních deset let spolu se vznikem simulačních center výrazně zlepšila. A v lůžkových zdravotnických zařízeních probíhá pravidelně školení veškerého zdravotnického personálu, tedy i mladých lékařů v poskytování první pomoci a kardiopulmonální resuscitace. Základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace jsou součástí výuky na lékařských fakultách. Ale pokud vůbec, tak by mohly být s ohledem na její dynamiku oprášeny až před atestací, nikoliv v rámci kmene.

■ Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí se řadě z nás jeví jako zbytečná. Může být součástí jednotlivých oborů, kterých se možnost této prevence týká. Nyní je musí absolvovat

i radiologové, patologové, mikrobiologové – tedy obory, které jak s preparáty, na které vzniká závislost, tak s pacienty, kterých se tato problematika dotýká, nepřijdou do styku. Přezkušování z radiační ochrany u těch lékařů, kterých se to týká, probíhá pravidelně v rámci zdravotnických zařízení, ve kterých pracují, a pro mikrobiology, psychiatry a ostatní obory, kteří se zářením přijdou do styku pouze jako pacienti, je tento kurz bez přínosu.

■ Co se týče tzv. koleček, systém dvouměsíčních praxí na chirurgii a v oboru vnitřní lékařství by měl v intenzivní podobě zůstat zachován, nebo možná i trochu zkrácen. Otázkou totiž je, zda ponechat v jednotlivých oborech dva měsíce, nebo by stačila doba kratší, třeba 1 jeden měsíc. Co se týče oboru anesteziologie a intenzivní medicína, měl by být součástí této praxe i pobyt nebo především pobyt na urgentním příjmu nemocnice. Tam se mladí lékaři spíše setkají s akutními stavy.

■ Tak jsme si to s panem Štístkem důkladně probrali, Opdivo mu dokapalo a může vyrazit domů. A já na akreditační komisi, kde budeme hledat řešení, jak to našim mladým kolegům po škole ulehčit.

Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Předseda ČDS ČLS JEP, z.s.

saypha®

Přirozený a mladistvý vzhled

MEDAPREX

Oficiální výhradní distributor pro ČR: Medaprex, s.r.o., www.annabrandejs.cz
Oficiálny výhradný distribútor pre SR: Medaprex SK, s.r.o., www.annabrandejs.sk

Obsah

1 **ÚVOD**
Kdy je lékař vzdělaný
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

6 **Břišní katastrofa u extrémně obézní pacientky**
MUDr. Laura Kvasnicová

15 **Lokální terapie dekubitů 2. stupně na patách**
Mgr. Markéta Koutná, Ph.D.

22 **Péče zaměřená na člověka v léčbě ran**
MUDr. Jan Stryja, Ph.D.

28 **Nekrotizující infekce měkkých tkání**
MUDr. Robert Ston

38 **VĚDOMOSTNÍ TEST**

42 **Úloha antihistaminik v léčbě akné**
MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

46 **ZÁPIS**

INZERCE

TITULNÍ FOTO: © MILLAF/123RF
OSTATNÍ FOTO: **NENÍ-LI UVEDENO JINAK, JE AUTOREM FOTOGRAFIÍ AUTOR ČLÁNKU**

Referátový výběr z dermatovenerologie

ŠÉFREDAKTOR
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA

ODBORNÉ RECENZE A KONZULTACE
Prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.
MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.

REDAKCE
PhDr. Jarmila Drhlíková
602 229 255, czechopress@czechopress.cz
Jari Sheller
724 918 215, jarisheller@gmail.com
Mgr. Hana Kvapilová
608 238 077, kvapilova.hana@seznam.cz
Asistentka
724 116 414, office@czechopress.cz

REDAKČNÍ RADA
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Prof. MUDr. Mária Šimaljaková, Ph.D. MHA, MPH
Prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.
Prof. MUDr. Martin Péč, Ph.D.
Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Doc. MUDr. Eliška Dastychová, CSc.
As. MUDr. Libuše Mardešićová
Prim. MUDr. Slavomír Urbanček, Ph.D.
MUDr. Marta Hašková
JUDr. Jan Mach

DO ČÍSLA PŘISPĚLI
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
MUDr. Jan Stryja, Ph.D.
MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.
MUDr. Laura Kvasnicová
MUDr. Robert Ston
Mgr. Markéta Koutná, Ph.D.

LAYOUT A GRAFICKÁ ÚPRAVA
Bc. Michaela Croft

ADRESA REDAKCE
FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Dermatovenerologická klinika
Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA
Přednosta kliniky
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

VYDÁVÁ
CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4
Tel: 602 229 255, fax: 272 941 824
E-mail: czechopress@czechopress.cz

STATUTÁRNÍ ZÁSTUPCE
PhDr. Jarmila Drhlíková – jednatelka

OBJEDNÁVKY PŘEDPLATNÉHO A INZERCI PŘIJÍMÁ
CZECHOPRESS AGENCY, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4
Tel.: 602 229 255, fax: 272 941 824
E-mail: czechopress@czechopress.cz
E-mail: referatovy.vyber@czechopress.cz

MK ČR E 13665
ISSN 1213-9106 (Print), ISSN 1803-778X (Online)
Číslo 6/2022, Ročník 64
Excerpováno v Bibliographia medica Čechoslovaca
Časopis je indexován v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik Rady pro výzkum, vývoj a inovace Úřadu vlády ČR

DISTRIBUCE
Czechopress Agency, s.r.o.

CENA: 57 Kč

ZA ODBORNOU SPRÁVNOST PŘÍSPĚVKŮ ODPOVÍDAJÍ AUTOŘI ČLÁNKŮ.

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

č. 1 DERMOKOSMETICKÁ ZNAČKA
DOPORUČOVANÁ DERMATOLOGY
V ČESKÉ REPUBLICE*

LIPIKAR
BALZÁM AP+M

PRO SUCHOU POKOŽKU/
POKOŽKU SE SKLONEM K ATOPII

TROJÍ ÚČINNOST

OKAMŽITÉ ZKLIDNĚNÍ
ZMÍRNĚNÍ POCITU SVĚDĚNÍ
ODDÁLENÍ AKUTNÍHO VYSUŠENÍ

RYCHLE SE VSTŘEBÁVÁ, A TÍM USNADŇUJE A URYCHLUJE KAŽDODENNÍ APLIKACI.

NEMASTNÝ, NELEPIVÝ FINIŠ.

BEZ PARFÉMU.

I PRO NOVOROZENCE

*Studie provedená společností IQVIA, listopad-prosinec 2021, Česká republika, 90 dermatologů odpovídalo na otázku: Kterou dermokosmetickou řadu (značku) přípravků doporučujete svým pacientům celkově nejčastěji?

KAZUISTIKA

BŘIŠNÍ KATASTROFA U EXTRÉMNĚ OBÉZNÍ PACIENTKY

Kvasnicová, L.[1], Berková, A.[1], Kašpar, M., Vystrčilová, T.[1], Chovanec, Z.[1], Veverková, L.[1], Penka, I.[1], Červeňák, V.[2], Mazúr, A.[3]

[1] I. chirurgická klinika, FN u sv. Anny a LF MU v Brně

[2] Klinika zobrazovacích metod, FN u sv. Anny a LF MU v Brně

[3] Anesteziologicko-resuscitační klinika, FN u sv. Anny a LF MU v Brně

SOUHRN: **Správně diagnostikovat akutní břicho u morbidně obézního pacienta je mnohdy velmi komplikováno velkým množstvím podkožní tukové tkáně, které brání vyšetření břicha. Mladá pacientka s extrémní obezitou, s BMI 88 kg/m^2, bez dalších významných komorbidit, měla difuzní bolesti celého břicha a výraznou elevaci zánětlivých markerů. Prostý snímek břicha a ultrasonografie nebyly pro extrémní obezitu výtěžné. CT vyšetření nebylo možné pro extrémní obezitu provést. Příčinou břišní katastrofy byla sterkorální peritonitida při perforaci gangrenózního kolon a terminálního ilea v multilokulární objemné ventrální herniaci. Pacientka s multiorgánovým selháním v pooperačním období podstoupila 16 chirurgických revizí. Po 66 dnech péče byla předána k rekonvalescenci a rehabilitaci na standardní oddělení. Břišní katastrofa u extrémně obézních i přes omezené diagnostické možnosti vyžaduje včasnou chirurgickou intervenci a speciální perioperační i pooperační péči. I přes veškerou možnou terapii je spojena s vysokou úmrtností. Cílem tohoto sdělení je popsat případ extrémně obézní pacientky s břišní katastrofou a diskutovat o specifících terapie těchto vysoce rizikových pacientů.**

KLÍČOVÁ SLOVA: obezita – břišní katastrofa – sepse – laparostoma – frozen abdomen

SUMMARY: **Abdominal disaster in an extremely obese patient.** The correct diagnosis of acute abdomen in a morbidly obese patient is often complicated by the large amount of subcutaneous adipose tissue that hinders the abdominal examination. A young female patient with extreme obesity, with a BMI of 88 kg/m^2 and no other significant comorbidities, presented with diffuse abdominal pain and marked elevation of inflammatory markers. A plain abdominal radiograph and ultrasonography were not conclusive for the extreme obesity. For the same reason it was impossible to perform a CT scan. The cause of the abdominal catastrophe was stercoral peritonitis due to the perforation of gangrenous colon and terminal ileum in a multilocular large ventral hernia. The patient underwent 16 surgical revisions and the postoperative period was complicated by a multiorgan failure. After 66 days of intensive care, she was transferred to a standard ward for recovery and rehabilitation. Abdominal catastrophe in the extremely obese patients, despite limited diagnostic possibilities, requires early surgical intervention and special perioperative and postoperative care. Despite all available therapies, it is associated with high mortality. The aim of this case report is to describe the case of an extremely obese patient with abdominal catastrophe and to discuss specific therapies for these high-risk patients.

KEY WORDS: obesity – abdominal catastrophe – sepsis – laparostoma – frozen abdomen

„Abdominální střevní katastrofa komplikovaná abdominální sepsí vyžaduje urgentní chirurgický výkon v rámci „damage control surgery“.

ÚVOD

Břišní katastrofa je definovaná jako stav bezprostředně ohrožující život nemocného. Nejčastější příčinou jsou pokročilé ileózní stavy, mezenteriální ischemie, akutní pankreatitida, komplikace IBD (Crohnovy nemoci, ulcerózní kolitidy) a nitrobřišní trauma. Abdominální kompartment syndrom, který spolu s nitrobřišní sepsí tvoří nejzávažnější komplikace, se také podílí na rozvoji břišní katastrofy. Extrémně obézní pacienti jsou, už během operace, ale hlavně v pooperačním období, vysoce rizikoví. Peroperační a pooperační mortalita může u těchto pacientů dosáhnout až 20 %.[1,2,3] Pacienti s BMI nad 65 kg/m^2 jsou klasifikováni jako „triple“ obesity neboli mega-obézní pacienti. V této populaci je akutní břicho spojené s vysokou mortalitou.[4] Život nemocného nebývá bezprostředně ohrožen jen primárním onemocněním, ale i sepsí, systémovou reakcí se všemi jejími důsledky, a nakonec i multiorgánovým selháním.

KAZUISTIKA

Morbidně obézní pacientka, ročník 1973, s BMI 88,58 (výška 168 cm, váha 250 kg), byla na naši kliniku I. chirurgie FNuSA přijata pro ileózní stav při objemné inkarcerované ventrální hernii, která byla obsahem kožního převisu. Pacientka byla v rámci osobní anamnézy sledována pouze na dermatologii pro eryzipel bérců a IgA lineární dermatózu, jiné onemocnění neudávala. Nepodstoupila ani žádné operační výkony.

Na ambulanci bylo obézní břicho s kožním převisem difuzně bolestivé, ale špatně vyšetřitelné pro extrémní obezitu, na kůži břicha již byly patrné trofické defekty a počínající flegmona (viz obr. 1). Peristaltika nebyla slyšitelná. RTG snímek břicha byl velmi orientačně hodnotitelný pro habitus pacientky. Nebylo patrné pneumoperitoneum a byly přítomné ojedinělé hladinky v hraničně širokých tenkých kličkách v levém epigastriu a mezogastriu. Sonografické vyšetření břicha a objemné ventrální kýly bylo taktéž obtížně proveditelné při obezitě a omezené mobilitě pacientky. Laboratorně byly hodnoty leukocytů 13,3 10^9/l, hemoglobinu 132 g/l a CRP 345,2 mg/l, amylázy byly v normě – 0,36 μkat/l. Pacientka byla indikována k akutní operační revizi. Perioperačním nálezem byla sterkorální peritonitida, multilokulární objemná herniace, která obsahovala gangrenózní cékum, kolon ascendens a 30 cm terminálního ilea. Kolon již bylo perforované (viz obr. 2). Kýlní vak byl z velké části nekrotický a břišní stěna měla již flegmonózní změny.

Vzhledem k nálezu byla provedena pravostranná hemikolektomie s resekcí gangrenózně změněného terminálního ilea, konstrukce terminální ileostomie a laváž dutiny břišní. Následně i nekrektomie, debridement a laváž objemné dutiny kožního převisu po herniaci. Pro nález generalizované sterkorální peritonitidy byl indikován second look po 48 hodinách. Z tohoto důvodu a také jako prevence břišního kompartment syndromu byla dutina břišní dočasně uzavřená pomoci syntetického uzávěru – Synkrytu. Do dutiny po ventrální herniaci v kožním převisu byly aplikovány roušky s antiseptikem (viz obr. 3).

Obr. 1 Trofické defekty a počínající flegmóna břišní stěny

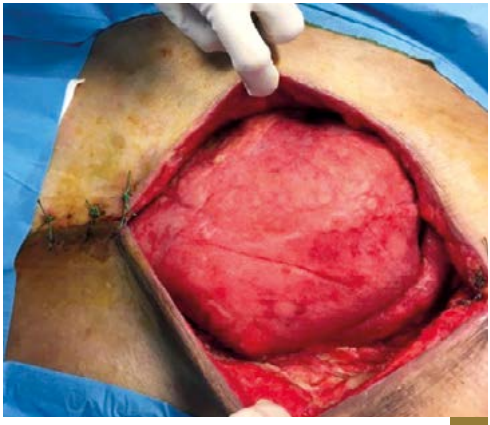
Obr. 2 Nekrotické kolon s perforací

Během výkonu byla pacientka oběhově nestabilní s rozvojem oxygenačních potíží a hypotenze, s nutností podpory oběhu katecholaminy. Po výkonu byla proto přeložena na anesteziologickou kliniku (ARK) k intenzivní péči a stabilizaci stavu. V průběhu hospitalizace nadále přetrvával septický šokový stav s akutním renálním selháním, s anurií a nutností hemodialýzy. Výsledkem mikrobiologického vyšetření perioperačního stěru z dutiny břišní byla Escherichia coli a Bacteroides fragilis, stěr z nekrotického kožního převisu identifikoval Pseudomonas aeruginosa a Morganella morganii, oboje s citlivostí na ceftazidim; dalším nálezem byla Candida albicans citlivá na flukonazol. Dle citlivosti byla nasazena antibiotická a antimykotická terapie, která byla s dobrým efektem. Po 48 hodinách byla provedena plánovaná second look revize. Střevní kličky byly paretické, ale vitální, pro známky akutní akalkulózní cholecystitidy s gangrenózně změněnou stěnou žlučníku byla provedena cholecystektomie. Pro progredující nekrózu kožního krytu a podkoží byla provedena rozsáhlá nekrektomie kožního převisu, který pak bylo možné sešít adaptační suturou v jedné vrstvě.

Obr. 3 Objemná dutina kožního převisu po ventrální herniaci

V dalším průběhu byly provedeny opakované revize na lůžku ARK. Postupně byly odstraňovány nekrotické hmoty kůže a podkoží z objemného kožního převisu. Po dobu 1 týdne byly nutné revize od den, poté s odstupem 2–3 dnů, kdy byla dutina břišní a defekt stěny ošetřen řízeným podtlakovým systémem (negative pressure wound therapy – NPWT). U pacientky byla hospitalizace dále komplikována rozvojem fibrilací síní. Byla zahájena kontinuální intravenózní antiarytmická terapie amiodaronem

Obr. 4a Stav břišní stěny po 2. revizi



Obr. 4b Frozen abdomen

a následně přidány i betablokátory, které měly jen sporný efekt. Proto, po vyloučení trombu v oušku levé síně pomocí transesophageálního ECHA, byla provedena úspěšná elektrická kardioverze, po které byl už stabilně u pacientky přítomen sinusový rytmus. Zánětlivé parametry měly klesající tendenci a ventilační podpora byla postupně snižována. Po čase byla pacientka postupně vzbuzena do kvalitního vědomí a dekanylována bez nutnosti suplementace kyslíku. Nakonec byl uzavřen i kanál po trachestomii.

Celkem bylo provedeno 16 chirurgických revizí dutiny břišní včetně primárního výkonu, u pravidelných revizí byla vždy provedena laváž, nekrektomie okrajů kožního převisu a výměna podtlakového

Obr. 4c Stav po terapii podtlakovým systémem a opakovaných revizích

systému ve snaze o postupnou suturu defektu (viz obr. 4 a,b,c).

Dalším cílem terapie byla mobilizace a dietní zátěž pacientky a její převedení z totální parenterální, kombinované parenterální až na plnou enterální a perorální výživu. Průběh hospitalizace byl dále komplikován exacerbací IgA dermatitidy a rozvojem katetrové sepse, která byla zaléčena cílenou antibiotickou terapií s dobrým efektem.

U pacientky ale nadále trvalo renální selhání s nutnosti pravidelné hemodialýzy. Po 66 dnech hospitalizace a intenzivní péči byla pacientka oběhově stabilní, zvládala realimentaci perorální stravou a byla částečně mobilní. V celkově dobrém stavu byla přeložena k rekonvalescenci na standardní oddělení okresní nemocnice. Po 14 měsících od primární operace přichází na kontrolu opět na naše pracoviště. Pacientka je plně mobilní, s aktuální váhou 150 kg, bez potíží s péčí o ileostomii, ale i přes všechny peripetie si přeje destomizaci a rekonstrukci břišní stěny. Aktuální výsledek opakovaných operacích je na obr. 5.

Tab. 1

BMI klasifikace [7,8]

BMI KLASIFIKACE KATEGORIE	BMI (kg/m^2)
TĚŽKÁ PODVÁHA	< 16,5
PODVÁHA	< 18,5
NORMÁLNÍ HMOTNOST	18,5–24,9
NADVÁHA	25–29,9
OBEZITA	> 30
I.stupeň	30–34,9
II.stupeň	35–39,9
III.stupeň	> 40
MORBIDNÍ OBEZITA	40–49,9
SUPERMORBIDNÍ OBEZITA	50–59,9
EXTRÉMNĚ MORBIDNÍ OBEZITA	60–64,9
"TRIPLE OBESITY" MEGAOBEZITA	> 65

DISKUZE

Polovina dospělých v České republice má vyšší než normální hmotnost a tento podíl se nedaří, dle Českého statistického úřadu, snižovat. Počet obézních osob od počátku 90. let dokonce stoupá. Dle výsledku Státního zdravotního ústavu z roku 2017, jsou choroby spojené s obezitou druhou nejčastější příčinou úmrtí.[5,6]

Index tělesné hmotnosti, neboli BMI, udává hmotnost osoby v kilogramech, dělenou výškou vyšetřované osoby v metrech na druhou. BMI klasifikace, kterou uvádí tabulka 1, je běžně užívanou a doporučovanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO).[7]

Naše pacientka patřila stran obezity do nejrizikovější skupiny – „triple obesity" s BMI 88. Klinické vyšetření bylo pro extrémní obezitu velmi omezené, prostý snímek břicha a UZ nebyly výtěžně. Pacientka měla známky flegmóny břišní stěny, elevaci zánětlivých markerů a pro přítomnost ventrální herniace bylo velké podezření na inkarceraci kýly. CT vyšetření nebylo možné provést, protože maximální nosnost přístroje na našem pracovišti je 200 kg. Jak se uvádí v literatuře, je vyšetření břicha u obézního pacienta velmi svízelnou situací pro vyšetřujícího chirurga i radiologa a existují jen ojedinělé kazuistiky náhlých příhod břišních u extrémně obézních pacientů.[4,9,10] Nejsou zde myšleni pacienti, kteří mají náhlou příhodu břišní jako komplikaci bariatrické operace. Klinické příznaky a fyzikální vyšetření mohou být atypické, zákeřné, což často vede k prodlevě terapie se špatnými výsledky a vysokou mortalitou. Dle zkušenosti bariatrických chirurgů je tachykardie považována za varovný signál časných pooperačních komplikací.

Pozdní komplikace náhlých příhod břišních u extrémně obézních pacientů jsou spojeny s hemodynamickou nestabilitou, respiračním selháním a renální insuficiencí.[11] Naše pacientka byla indikována k akutní operační revizi, perioperačním nálezem byla sterkorální peritonitida, ischemie a perforace pravého kolon a terminálního ilea. I přes přítomnou perforaci kolon nebylo na RTG snímku pneumoperitoneum patrné (viz obr. 6). Byla provedena pravostranná hemikolektomie s resekcí terminálního ilea, vyvedena terminální ileostomie a laváž dutiny břišní v rámci „damage control" chirurgického výkonu.

Pacientka po 14 měsících od akutní operace

Obr. 5

Abdominální střevní katastrofy jsou charakteristické významným rozvratem vnitřního prostředí v důsledku ztráty funkční a anatomické kapacity střeva. Jedná se o vážné, složité a dlouhou dobu trvající. případy, které doprovázejí mnohé komplikace a významně se podílejí na morbiditě i mortalitě pacientů. Kromě primárního chirurgického výkonu musí další péče zvládnout komplikace, mezi které běžně patří: pokračující sepse, problémy s výživou, komplikace týkající se stomie, zejména u orálně založených stomií nebo výskyt střevních fistulací s vysokým odpadem. Většina septických

Prostý snímek břicha a plic u extrémně obézní pacientky

Obr. 6

SYSTÉM KLASIFIKACE OPEN ABDOMEN		
1	**1A**	Čistý Open Abdomen bez adhezí mezi střevem a břišní stěnou nebo fixace (lateralizace břišní stěny).
	1B	Kontaminovaný Open Abdomen bez adhezí/fixace.
	1C	Open Abdomen s přítomným enterickým leakem, bez adhezí/fixace.
2	**2A**	Čistý Open Abdomen s rozvíjejícími se adhezemi/fixací.
	2B	Kontaminovaný Open Abdomen s rozvíjejícími se adhezemi/fixací.
	2C	Přítomný enterický leak – Enteric leak a rozvíjející se adheze/fixace.
3	**3A**	Čistý Frozen Abdomen
	3B	Kontaminovaný Frozen Abdomen
4		Enteroatmosférická píštěl Frozen Abdomen

Tab. 2 Aktuální klasifikace „open abdomen“ [17]

náhlých příhod břišních s klinickým obrazem abdominální katastrofy vyžaduje opakovanou chirurgickou intervenci plánovanou nebo „on demand“ relaparotomii.[12] Nezbytností je řešení nekrotizující fasciitidy a v neposlední řadě komplexní řešení rozsáhlých defektů břišní stěny. Peritonitida nevylučuje možnost založení střevní anastomózy, ale nedoporučuje se v případě sterkorální peritonitidy, u pacientů hemodynamicky nestabilních během operace a při špatné vitalitě střeva.[13]

Vzhledem k nálezu sterkorální peritonitidy, plánované opětovné revizi, laváži dutiny břišní a prevenci břišního kompartmentu jsme museli u naší pacientky zvolit dočasný uzávěr dutiny břišní pomoci Synkrytu. Stejný postup doporučuje WSES (World Society of Emergency Surgery) v guidelines z roku 2020, kde u nestabilních pacientů (prožívajících těžkou sepsi nebo septický šok) doporučuje ponechat „open abdomen” jako prevenci syndromu břišního kompartmentu. Po stabilizaci pacienta je třeba se pokusit o časné definitivní uzavření břicha. Pokud nelze dosáhnout definitivního uzavření fascie, je schůdnou možností uzavření břicha pomocí sutury podkoží a kůže. S odstupem času po stabilizaci stavu a vyhojení je pak možné zvolit rekonstrukční výkon břišní stěny s implantací syntetické nebo biologické síťky.[14]

Dle dostupné literatury jsou plánované relaparotomie pro nitrobřišní infekci spojené 17,3–54,5% letalitou.[15,16,17] Pro nehojící se ránu bylo nutné provádět opakované revize dutiny břišní pomocí terapie řízeným podtlakovým systémem (negative pressure wound therapy – NPWT) na lůžku ARK. Celkově pacientka podstoupila 16 revizí a postupnou resuturu podkoží a kůže, protože fascie již byla lateralizovaná v důsledku objemné ventrální herniace. Dočasný uzávěr břišní stěny bez podtlakové terapie, který byl zvolen u prvních revizí naší pacientky, je dle Einava et al. spojen s vyšší mírou intraabdominální infekce a eviscerace. Naproti tomu podtlakový systém sice zlepšuje rychlost hojení a možnost uzávěru dutiny břišní, ale je rizikový pro tvorbu enterálních fistulací.[18] Je nutné si uvědomit, že se stoupajícím počtem revizí je sanace dutiny břišní komplikovanější, až prakticky nemožná. Již po prvním týdnu trvajícího „open abdomen" a po výrazné exsudaci, nastává tvorba granulací včetně pevných adhezí, kdy se střevní kličky formují do tzv. „viscerálního bloku“. Po dvou týdnech dochází k epitelizaci a střevní kličky již není možné bezpečně oddělit při preparaci. Dutina břišní se tak stane kompletně nepřístupnou a vzniká tzv. „frozen abdomen“. Pokud je laparostoma ponecháno déle, dochází k lateralizaci fascie a následné uzavření dutiny břišní bývá obtížné.[13,17] Aktualizovaná klasifikace „open abdomen” je shrnuta přehledně v tab. 2.

Prevence deteriorace stupně klasifikace je velice důležitá pro prognózu pacienta. Klasifikační systém je také využíván jako nástroj k zdůraznění indikace k včasnému uzávěru „open abdomen" a prevenci progrese do složitějšího stupně s vyšším rizikem komplikací. Kruciální zůstává včasná indikace k provedení primárního chirurgického výkonu, který je stále základním iniciálním postupem v léčení břišních katastrof.

Následná komplexní péče u extrémně rizikových pacientů je prognosticky významná.[12] Stabilizování nemocného je nezbytnou podmínkou pro další léčbu a eventuální chirurgické řešení abdominální katastrofy.[19] Pacienti jsou ohroženi ztrátou tekutin, bílkovin a minerálů, katabolickým stavem, ztrátou břišní stěny a vznikem enteroatmosférických píštělí.

U dlouhotrvajícího „open abdomen" se riziko vzniku fistulací pohybuje až kolem 15 %. [20,21] Pacienti jsou také ohroženi střevním selháním, které u nich může přetrvávat týdny až měsíce následkem dalších komplikací. V akutní fázi je tedy snaha minimalizovat důsledky těžkého katabolismu a terapie je zaměřena na podporu selhávajících orgánů.

Dokonalá nutriční péče společně s hydratací je také nezbytnou podmínkou léčby abdominální katastrofy. Během katabolického stavu nemocný může ztrácet až 200 g bílkovin za 24 hodin, což odpovídá ztrátě jednoho kg tělesné svaloviny.[19] Průběh hospitalizace u naší pacientky byl komplikován respirační insuficiencí s nutnosti dlouhodobé UPV se založením tracheostomie, septickým stavem, exacerbací IgA dermatitidy, renálním selháním s nutností pravidelné hemodialýzy a katetrovou sepsí. Při nastavené intenzivní terapii měly zánětlivé parametry klesající tendenci a ventilační podpora byla u pacientky postupně snižována. Postupně docházelo k úpravě stavu, a po 66 dnech hospitalizace byla pacientka oběhově stabilní, zvládala realimentaci perorální stravou, byla částečně mobilní a schopna překladu na standardní oddělení. Po 14 měsících přichází pacientka ke kontrole s přáním destomizace a rekonstrukce břišní stěny. Pacientka je plně mobilní, toleruje perorální příjem stravy, je v trvalém, pravidelném dialyzačním programu. K rekonstrukčnímu výkonu je indikována jen malá část pacientů, kteří prodělají břišní katastrofu.

Před operací je nutné komplexní posouzení stavu pacienta včetně nutričních parametrů a přidružených komorbidit. Většinou se jedná o pacienty se stomií, objemnou břišní kýlou, se střevními fistulacemi a pacienty závislé na domácí parenterální výživě. Obecně se doporučuje rekonstrukční výkon odložit o 6–12 měsíců od posledního výkonu.[22] Naše pacientka i přesto, že zhubla 100 kg, je stále dle klasifikace BMI supermorbidně obézní. S BMI 53 nadále proto zůstává pro další chirurgický výkon velmi riziková.

ZÁVĚR

Diagnostikovat náhlou příhodu břišní u extrémně obézních pacientů je velmi obtížné. S nárůstem počtu obézních pacientů lze předpokládat, že se s nimi budeme setkávat pravidelně. Abdominální střevní katastrofa komplikovaná abdominální sepsí vyžaduje urgentní chirurgický výkon v rámci „damage control surgery". Terapie techniky „open abdomen" prošla několika úpravami, včetně klasifikace. I přes intenzivní terapii představují tyto stavy stále významné riziko úmrtí pacienta.

MUDr. Laura Kvasnicová
I. chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně
Pekařská 664/53, 602 00 Brno
laura.kvasnicova@gmail.com

1. Schröder, T., Nolte, M., Kox, W.J. et al. Anästhesie bei extremer Adipositas [Anesthesia in extreme obesity]. Herz 2001;26(3):222–8. doi: 10.1007/pl00002024. PMID: 11413802.
2. De Jong, A., Verzilli, D., Geniez, M. et al. Pourquoi le patient obèse morbide est-il un patient à risque anesthésique élevé? [Why is the morbidly obese patient at high risk of anesthetic complications?]. Presse Med 2018;47(5):453–463. doi: 10.1016/j.lpm.2018.01.016.
3. Küpper, S., Karvellas, C.J., Khadaroo, R.G. at el. Acute Care and Emergency Surgery (ACES) Group. Increased health services use by severely obese patients undergoing emergency surgery: a retrospective cohort study. Can J Surg 2015;58(1):41–7. doi: 10.1503/cjs.003914.
4. Bigolin, A.V., Rinaldi, N., Menguer, R., et al. Case Report: Are We Prepared to Manage Acute Abdomen in the Super-Obese Patient? J Obes Overweig 2017;3(1):105. doi: 10.15744/2455-7633.3.105.
5. Český statistický úřad. Jak jsou na tom Češi s chudobou, obezitou či sportováním? 2017 [online] [cit. 2022-07-15] Dostupné z: www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/jak-jsou-na-tom-cesi-s-chudobou-obezitou-ci-sportovanim.
6. Puklová, V. Výskyt nadváhy a obezity. Státní zdravotní ústav Praha. 2018 [online] [cit. 2022-07-15] Dostupné z: www.szu.cz/uploads/documents/chzp/info_listy/Vyskyt_nadvahy_a_obezity_2018.
7. Weir, C.B., Jan, A. BMI Classification Percentile And Cut Off Points. [Updated 2021 Jun 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/.
8. De Cesare, A., Cangemi, B., Fiori, E. et al. Early and long-term clinical outcomes of bilio-intestinal diversion in morbidly obese patients. Surg Today 2014;44(8):1424-33. doi: 10.1007/s00595-014-0856-x. Epub 2014 Feb 12. PMID: 24519396.
9. Sauvain, M.O., Tschirky, S., Patak, M.A. et al. Acute appendicitis in overweight patients: the role of preoperative imaging. Patient Saf Surg 2016;10(13). https://doi.org/10.1186/s13037-016-0102-0.
10. Zuluaga, A., Mejía, J., López, J., et al. Acute Abdominal Pain in Obese and Overweight Patients: A Different Clinical Scenario? A Prospective Study with MDCT Evaluation in an Urban Adult Population. Rev. Colomb. Radiol 2017; 28(1): 4600-8.
11. De Simone, B., Birindelli, A., Ansaloni, L., et al. Emergency repair of complicated abdominal wall hernias: WSES guidelines. Hernia 2020;24, 359–368. doi: 10.1007/s10029-019-02021-8.
12. Vyhnánek, F. Abdominální katastrofa – pohled chirurga Rozhl. Chir 2010;89(6):356–360.
13. Jech, Z. 2018 Střevo jako příčina břišní katastrofy. In: Lukaš K, Hoch J. at el. Nemoci střev 1ed. Praha: Grada, 2018, pp. 673– 677.
14. De Simone, B., Ansaloni, L., Sartelli, M. et al. The Operative management in Bariatric Acute abdomen (OBA) Survey: long-term complications of bariatric surgery and the emergency surgeon's point of view. World J Emerg Surg 2020;15(2). doi.org/10.1186/s13017-019-0281-y.
15. van Hensbroek, P.B., Wind, J., Dijkgraaf, M.G. et al. Temporary closure of the open abdomen: a systematic review on delayed primary fascikl closure in patiens with an open abdomen. World J. Surg 2009;33:199–207.
16. Rozycki, G.S., Tremblay, L., Feliciano, D.V. et al. Three hundred consecutive emergent celiotomies in general surgery patiens. Ann. Surg 2002;235(5):681–689.
17. Björck, M., Kirkpatrick, A.W., Cheatham, M. et al. Amended Classification of the open abdomen. Scand J Surg 2016;105(1):5–10. doi: 10.1177/1457496916631853. Epub 2016 Feb 29. PMID: 26929286.
18. Einav, S., Zimmerman, F.S., Tankel, J. et al. Management of the patient with the open abdomen. Curr Opin Crit Care 2021;27(6):726–732. doi: 10.1097/MCC.0000000000000879. PMID: 34561356.
19. Sobotka, L., Maňák, J., Vyroubal, P. et al. Komplexní léčba abdominálních katastrof. Interní Med 2008;10(6):291–294.
20. Barker, D.E., Kaufman, H.J., Smith, L.A. et al. Vacuum pack technique of temporary abdominal closure: a 7year experience with 112 patients. J Trauma 2000;48:201–6.
21. Teixeira, P.G., Salim, A., Inaba, K. et al. A prospective look at the current state of open abdomens. Am Surg 2008;74:891–7.
22. Anastasiu, M., Şurlin, V., Beuran, M. The Management of the open abdomen – A Literature Review. Chirurgia (Bucur) 2021;116(6):645–656. doi: 10.21614/chirurgia.116.6.645.

KAZUISTIKA

LOKÁLNÍ TERAPIE DEKUBITŮ 2. STUPNĚ NA PATÁCH

Koutná, M.[1], Kasíková, T.[2]
[1] Geriatrická klinika 1. LF UK
[2] Všeobecná fakultní nemocnice Praha 2

SOUHRN: **Vezikuly (puchýře) na patách se vyskytují jako důsledek dekubitů 2. stupně v klinické praxi poměrně často. Přispívá k tomu tzv. triáda s váhou nohy, minimálním podkožím a tvarem paty. Stále nepanuje shoda mezi zdravotnickými odborníky v řešení lokální terapie vezikul. Literatura doporučuje dvě, respektive tři varianty přístupu s možností ponechání krytu nebo naopak s odstraněním puchýře a možností ovlivnění spodiny rány. Jedním z faktorů, který v rozhodování ovlivní výběr lokální terapie, je cévní nález dolních končetin na základě anamnézy, fyzikálního a angiologického vyšetření. V závěru je popisována kazuistika pacienta s dekubity 2. stupně na patách, kde byly použity jako komparace obě varianty lokálního přístupu v řešení tlakových lézí.**

KLÍČOVÁ SLOVA: vezikula – puchýř – pata – dekubitus 2. stupně – lokální terapie

SUMMARY: **Local therapy of the second degree decubitus on the both heels.** The Vesicles (the blisters) on the heels occur quite often as a consequence of a second – degree pressure ulcers in a clinical practice. The so-called a triad with a weight of the foot, with a minimal subcutaneous tissue and a shape of the heel contributes to this.. There is still no concensus among the medical professionals on the solution of a local therapy for the vesicles. The literatura recommends two or three options of the approach with the possibility of affecting the bed of the wound. One of the factors that will influece the choice of a local therapy in the decision – making process in the vascular findings of the lower extremities based on an anamnesis, a physical and an angiological examination. In the conclusion, the case report of a patient with 2nd degree decubitus on the heels is described, where both variants of the local approach in the treatment of pressure lesions were used a comparison.

KEY WORDS: vesicle – blister – heel – second degree dekubitus – local therapy

„Vezikula je hodnocena jako projev onemocnění nebo jako důsledek působení fyzikální či jiné noxy. Může být definována jako ohraničené epidermální vyvýšení, obvykle obsahující čirou, serózní tekutinu.“

ÚVOD

Vezikula (mezi laiky, ale i zdravotnickými odborníky často prezentována jako puchýř) se vyskytuje v klinické praxi poměrně často. Je hodnocena jako projev onemocnění nebo jako důsledek působení fyzikální či jiné noxy. Vezikula může být definována jako ohraničené epidermální vyvýšení, obvykle obsahující čirou, serózní tekutinu. Infikovaný nález se projevuje zakaleným, purulentním či jinak zbarveným exsudátem (pustuly, bully). Mezi komplikace lze zařadit i hemoragický exsudát nebo koagulum uvnitř vezikuly. Názory zdravotnických odborníků na způsob lokální léčby vezikul se všeobecně odlišují. Jednoznačný závěr v přístupu k lokálnímu nálezu puchýře nenacházíme ani v literatuře. [5,6,7] Jak bude předloženo v následujícím textu, způsob lokální léčby ovlivňuje hlavně etiologie nálezu, ale i další faktory. Spektrum možných příčin s výsledným nálezem vezikul předkládá tabulka č. 1. Tento příspěvek se nezabývá diagnostikou puchýřnatých onemocnění.

Tabulka č. 1 zobrazuje různé lokální i systémové příčiny, kdy v klinické praxi dochází ke vzniku vezikul v různých lokalitách lidského těla. Specifickou lokalitou se stává oblast pat. Je druhou, nejvíce zastoupenou lokalizací dekubitů po křížové oblasti. [4, 8] Z tohoto důvodu se autorky rozhodly zaměřit právě se na tuto oblast. Pata je nejčastějším anatomickým místem vzniku dekubitů a rovněž se zde nachází i závažnější klinické nálezy. Přispívá k tomu i anatomický tvar se zadním výběžkem paty, který je vystaven intenzivnímu tlaku i v případě použití tlak snižující pomůcky. Kalkaneus je největší kost na chodidle, ale s nejmenším povrchem a s velkou hmotností chodidla. Mezi patní kostí

Obr. 1 Levá pata po sejmutí puchýře

Obr. 2 Nález na obou patách dolních končetiny při příjmu pacienta

a kůží je vzdálenost pouze 3,8 mm.[4] Jako další rizikový faktor můžeme jmenovat avaskulární tuk a ztenčení kůže u seniorů. Protože pata je pokryta malým množstvím podkožní tkáně, je mechanické zatížení přenášeno přímo na kost [2,3] popsal toto specifikum jako triádu (váha nohy, minimální podkoží a tvar paty). Průtok krve do paty je relativně nízký. Arteria tibialis posterior a peronea arteria magna mnohdy nemohou dostatečně zásobit patní kost. Existují důkazy, že hyperextenze kolena při nevhodné poloze pacienta v lůžku, může způsobit obstrukci popliteální žíly, což by mohlo pacienty predisponovat k hluboké žilní trombóze. Další zhoršený cévní nález typu vasokonstrikce podporují léky, hypovolémie nebo bolest pacienta.[1] Při posuzování nálezu na patách je důležité zhodnotit a vyšetřit cévní zásobení paty a odlišit onemocnění tepen nebo žilní onemocnění.[8]

V prevenci vzniku poškození a podpoře krevního oběhu literatura často předkládá podložení lýtek pěnovým polštářem tak, aby se váha rozložila podél lýtek, aniž by došlo k zatížení Achillovy šlachy nebo popliteální žíly, tzv. plovoucí lýtka.[3]

Mezinárodní klasifikační systémy Evropského poradního panelu pro otázky dekubitů, Národního poradního panelu pro otázky dekubitů, Pan Pacifické aliance pro léčbu dekubitů (EPUAP/NPIAP/PPPIA) popisují dekubitus 2. stupně jako ztrátu částečné hloubky dermis projevující se jako mělký vřed. Kromě ztráty dermis se dekubitus může projevovat jako neporušený nebo otevřený puchýř naplněný serózní tekutinou.[3]

Stále přetrvává diskuse mezi odborníky ohledně dalšího postupu řešení vezikul na patách.[8]

Tab. 1 Příčiny vzniku vezikul v různých lokalitách těla

PŘÍČINY VZNIKU VEZIKUL V RŮZNÝCH LOKALITÁCH TĚLA			
LOKÁLNÍ FAKTORY	fyzikální	tlak smyk tření	imobilita pacienta, tlak obinadla, nevhodná manipulace s pacientem působení vyšetřovacích pomůcek aj.
	chemické	teplo chlad antiseptika	zahřívání akrálních partií (ruce, nohy) chlazení pacienta při febriliích lokální alergická reakce
SYSTÉMOVÉ FAKTORY	imunitní reakce	medicinální med chemické látky antibiotika	alergická reakce
	sepse	katecholaminy	ischemie
	ICHDK		ischemie
	hypoalbuminemie flebedém lymfedém	otok	malnutrice poloha pacienta

Obr. 3 Známky epitelizace z okolí na levé dolní končetině

Obr. 4 Nález na obou patách po 10 dnech

Literatura [5] předkládá tři varianty řešení vezikul při dekubitech 2. stupně. **První přístup** navrhuje ponechání vezikuly bez jakékoli intervence tzn. bez incize a vypuštění obsahu. **Druhá varianta** doporučuje incizi puchýře s odsátím obsahu a bez výrazného porušení kožního krytu. **Třetí možnost** rozvíjí první dva přístupy s tím, že po incizi puchýře a punkci obsahu, sterilním chirurgickým způsobem dojde k odstranění kožního krytu.

Jak bylo zmíněno výše, situace číslo 1 a 2 bez odstranění kožního krytu v podstatě brání hodnocení

Obr. 5 Nález na patě levé dolní končetiny po 3 týdnech

Obr. 6 Nález na patě pravé dolní končetiny po 3 týdnech

Obr. 7 Débridement krytu puchýře na patě pravé dolní končetiny

nálezu pod vezikulou. Objem exsudátu ve vezikule působí tlakem na spodinu rány a může vytvořit další poškození. Současně se ale předpokládá, že kožní kryt spontánně praskne například při mobilitě, při ošetření nebo vlivem krytí.[6] Pokud je při hodnocení nalezen hemoragický exsudát, tuhý obsah, je přítomen zápach a další nálezy charakteristické pro komplikaci hojení, je vhodné kožní kryt odstranit. Následně je možné lokální terapií ovlivnit nález (antiseptika a další terapeutická krytí).

Výhody a nevýhody jednotlivých přístupů

Ponechání puchýře bez odstranění krytu přináší pozitiva ve smyslu udržení vlhkého prostředí a vytvoření bariéry proti infekci. Přítomnost cytokinů a růstových faktorů v tekutině puchýřů může podpořit hojení ulcerace. Mezi negativní stránky je možné uvést prodloužení zánětlivé fáze i samotné doby hojení rány.

Druhá, respektive třetí varianta nabízí punkci exsudátu s následným odstraněním krytu puchýře. Mezi výhody patří zmírnění tlaku vlivem exsudátu a zhodnocení spodiny rány. Do negativ je možné zařadit pouze zvýšené riziko infekce při odkrytí ulcerace.[5] Současně ale při odkryté spodině je možné včas reagovat na všechny změny v ráně a na její projevy.

KAZUISTIKA

Pacient s dekubity druhého stupně na patách obou dolních končetin

Muž, 93 let, byl přijat k hospitalizaci na Geriatrickou kliniku k léčebnému pobytu stavu po enterorhagii při diverkulóze. V danou dobu je pacient bez krvácení. Během příjmu byly zjištěny dekubity 2. stupně na obou patách s vezikulou. Pacient komunikuje, je částečně mobilní, vyhoví v oblasti základních potřeb i v rámci změny polohy. Objektivní nález v podstatě totožných dekubitů na patách s vezikulami inspiruje možné porovnání dvou variant lokální terapie. Pro dekubitus na patě levé dolní končetiny byla zvolena varianta číslo 3 s odstraněním puchýře. Uprostřed, na spodině rány, byla po chirurgickém débridementu nalezena nekróza bez demarkace (obr. č. 1). U dekubitu na patě pravé dolní končetiny byla provedena varianta č. 2 s punkcí a odsátím serózního exsudátu, kožní kryt byl ponechán (obr. č. 2). Na obě rány bylo aplikováno antiseptické krytí s povidone jodem (Inadine) a intervalem převazu po 48–72 hodinách. Po 7 dnech jsou pozorovány na levé patě známky epitelizace z okolí (obr. č. 3). Po 10 dnech (obr. č. 4) sledujeme na levé patě progresi vývoje hojení z okolí i pozitivní změny nekrotické spodiny. Na patě pravé dolní končetiny, bez odstranění puchýře, se kožní kryt vlivem terapeutického krytí s vysoušením mění do tmavého koloritu. Obrázek číslo 5 zobrazuje situaci na levé patě po třech týdnech. Došlo ke zmenšení rozsahu původního puchýře více než o 50 %, pokračuje autolytický débridement nekrotické spo-

Obr. 8 Nález na pravé dolní končetině po odstranění krytu puchýře po 3 týdnech

diny. Během jednoho měsíce od začátku lokální terapie byl nález na obou patách ovlivněn dvěma urgentními, i když krátkodobými, předklady pacienta pro opakované enterorhagie. Terapeutické materiály během překladu na jiné pracoviště zůstaly nezměněny. Nález na patě pravé dolní končetiny po opakovaném přijetí pacienta zpět na Geriatrickou kliniku má vzhled „escharu" bez exsudace s klidným okolím (obr. č. 6). Proto jsme se rozhodli k odstranění krytu puchýře (obr. č. 7). Obrázek č. 8 zobrazuje nález po odstranění krytu. Na spodině nacházíme z 80 % epitelizaci, pouze uprostřed ještě zůstává čisté granulující ložisko. Další sledování vývoje ulcerací nebylo možné provádět pro dimisi pacienta do sociálního zdravotnického zařízení s doporučením další lokální péče. Bylo vhodné zvolit lokální terapii, která by pro dané zdravotnické zařízení byla dostupná a nevyžadovala zásadní změny. Na čistou, pravou patu, bylo doporučeno neadherentní krytí (Adaptic) a na levou patu s nekrotickou spodinou uprostřed dekubitu bylo zvoleno krytí s aktivním uhlím a se stříbrem (Actisorb Plus).

DISKUZE

Přestože ulcerace pacienta před dimisí nebyly plně zhojeny, přesto byla možnost zhodnotit postup s výsledky u obou typů lokální léčby vezikul. Při příjmu pacienta, během prvního vyšetření vezikul na patách se lokální nález zdál totožný, exsudát v puchýři znemožnil kvalitní zhodnocení nálezu. Spíše náhodou byla zvolena u paty levé dolní končetiny varianta č. 3 s odstraněním krytu vezikuly a s následným nálezem nekrotické spodiny. Výběr lokální terapie během hospitalizace byl ovlivněn dvěma překlady pacienta na jiné pracoviště, kdy antiseptické materiály zůstaly nezměněny. Ty sice způsobily větší vysoušení krytu puchýře pravé paty, avšak nezhoršily nález. Pokud by pacient pobýval po celou dobu léčby na Geriatrické klinice, lokální terapie obou pat by se přizpůsobila konkrétního nálezu (polymery, hydrokoloidy aj.). Na druhé straně je nutné zdůraznit, že jakékoli poškození, nejen v akrálních částech končetin, se suspektním zhoršeným krevním zásobením, vyžaduje materiály s tendencí k vysoušení. Tato situace se však

netýkala zmíněného pacienta. Mezi faktory, které mohly negativně ovlivnit rychlost hojení patřil věk, recidivující akutní krvácení, ale i další komorbidity pacienta.

Prohlášení o střetu zájmů: Autor v souvislosti s tématem práce v posledních 12 měsících nespolupracoval s žádnou farmaceutickou firmou.

ZÁVĚR

Rozhodnutí o zvolení typu lokální terapie vezikul na patách v důsledku dekubitu 2. stupně je individuální. Nelze jednoznačně doporučit jeden nebo druhý způsob lokálního přístupu. Postup ovlivňuje celkové vyšetření pacienta, zhodnocení nálezu, vzhled vezikul, cévní zásobení na základě angiologického vyšetření dolních končetin, spolupráce nemocného, mobilita či imobilita pacienta. Při odstranění vezikuly může pacient zpočátku vnímat bolest zvláště při chůzi a je nutné zvolit krytí snižující tlak i citlivost, například polymerová krytí. Současně je u chodícího pacienta nutné řešit dostačující fixaci, aby krytí zůstalo v léčené zátěžové lokalitě a neposouvalo se při chůzi. U imobilního pacienta je možné se koncentrovat na urychlení hojení při odstranění vezikuly s možností ovlivnění lokální terapie podle aktuálního nálezu na spodině rány.

Mgr. Markéta Koutná, Ph.D.
Geriatrická klinika, 1. LF UK
Londýnská 15, 120 00 Praha 2
Marketa.Koutna@vfn.cz

LITERATURA

1. Black, J. Preventing pressure ulcers occuring on the heel. Wounds International. 2012. 3 (3), p. 1-4. ISSN 2044-0057
2. Gefen, A. The biomechanics of heel ulcers. Tissue Viability. 2010. 19(4), p.124-31 DOI: 10.1016/j.jtv.2010.06.003
3. Klinický doporučený postup „Prevence a léčba dekubitů". Adoptovaný doporučený postup European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Portál Dekubity.eu. www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2021/09/33-dekubity-final.pdf [citace dne 6-1-2023]
4. McGrath, G., Aynge, G. Pathway to prevent pressure ulcers in the UK. Wounds International [online]. 2020, 11(2), p. 28-31 [cit. 2023-01-06]. ISSN 20440049. Dostupné z: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=143369200&scope=siteG
5. Michailidid, L., May, K., Wraight, P. Blister management guidelines: collecting the evidence. Wound Practice [online]. 2013, 21(1), 16-22 [cit. 2023-01-06]. ISSN 18376304. Dostupné z: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=87011505&scope=site
6. Read, S. Treatment of a heel blister caused by pressure and friction. British journal of Nursing. 2001. 10 (1), p. 13-19. ISSN 0966-0461. Published Online:27 Sep 2013https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.1.5397
7. Rivolo, M. The evidence for treating pressure injury located on the patient's heel. Journal of Community Nursing [online]. 2016, 30 (3), p. 54-58 [cit. 2023-01-07]. ISSN 20595417. Dostupné z: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=116136288&scope=site
8. Rivolo, M., Dionisi, S., Olivari, D., Ciprandi, G., Crucianelli, S., Marcadelli, S, Zortea, RR., Bellini, F., Martinato, M., Gabrielli, A., Pomponio, G. Heel Pressure Injuries: Consensus-Based Recommendations for Assessment and Management. Adv Wound Care (New Rochelle). 2020, 9(6), p. 332-347. doi: 10.1089/wound.2019.1042. Epub 2019 Oct 21. PMID: 32286202; PMCID: PMC7155923.

PÉČE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA V LÉČBĚ RAN

Stryja, J. Nemocnice Agel Třinec-Podlesí, a.s.

SOUHRN: **Vztah lékař – pacient prošel v novodobé historii České republiky výrazným posunem od paternalistického po partnerský. Kromě potřeby harmonizace s etickým kodexem „Práva pacientů“ platným v ČR od roku 1992 je cílem této změny zlepšení výsledků léčby v důsledku efektivnější vzájemné komunikace a spolupráce pacienta na léčebném procesu. Jednou z forem interpersonální komunikace a rovnocenného vztahu lékař – pacient je „péče zaměřená na člověka“ (Person centred care, PCC). Princip PCC počítá s individualizací péče, s aktivním poslechem a komunikací s pacientem, s poznáním jeho preferencí, názorů a celé osobnosti jako celku. Prostřednictvím společného sdílení cílů léčby a společného rozhodovacího procesu se zdravotník snaží směřovat léčbu tam, kde bude odpovídat pacientovým potřebám a zároveň povede ke zlepšení kvality jeho života.**

KLÍČOVÁ SLOVA: péče zaměřená na člověka – adherence – konkordance

SUMMARY: **Person-centred care in wound management.** A big shift from paternalistic to partnership footing between physician and patient is currently evident in the Czech Republic. The goals of this transition are the need for harmonization of the everyday practice with the “Patient rights” ethical code valid in the Czech Republic from 1992, and treatment-results improvement regarding to more effective communication and better patient’s collaboration within the curative process. Person centred care is a form of interpersonal communication and equal relationship between physician and a patient. PCC principle is based on the care individualisation, active listening and communication, recognizing patient opinion and preferences, finding patient’s personality out as a whole. Joint treatment goal-sharing and decision-making process help healthcare professional to adjust the treatment to patient’s needs and to improve the quality of patient’s life.

KEY WORDS: person centred care – adherence – concordance

> **Vztah lékař – pacient prošel v novodobé historii České republiky výrazným posunem od paternalistického po partnerský.**

ÚVOD

Při léčbě pacientů s nehojící se ránou v praxi čelíme řadě problémů. Lze je zobecnit a rozdělit do několika skupin: **odborné** (dostupnost odborných ambulancí a specialistů zaměřených na péči o nehojící se rány), **legislativní** (otázky kompetencí,

omezení preskripce dle vyjmenovaných odbornostní, požadavky na likvidaci odpadů vzniklých v souvislosti s poskytováním péče mimo zdravotnická zařízení), **ekonomické** (výše úhrad za zdravotní výkony, léčivé přípravky či zdravotnické prostředky), **komunikační a interpersonální** bariéry. V léčbě pacientů s nehojící se ránou se často poukazuje na její nedostatečnou efektivitu v důsledku „chabé ochoty pacientů spolupracovat na léčbě a dodržování režimových opatření". Článek se zaměřuje na otázky, jak kvalitativně i kvantitativně zlepšit vztah mezi zdravotníkem a pacientem a využít možnosti, které současná medicína a komunikační platformy nabízejí. Vycházíme zejména z celosvětového trendu v medicíně, který zdůrazňuje individuální empatický přístup k nemocnému s jeho aktivním zapojením do rozhodovacího procesu.[1]

Již ve tvrzení, že pacienti nejsou dostatečně ochotni dodržovat léčebná a režimová opatření, je patrný názorový střet „klasického" a „moderního PCC" pohledu na problematiku vztahu a komunikace s nemocným, protože v sobě obsahuje konzervativní pohled nemoci znalého lékaře, který kárá nemocného, jenž se zcela nepodřídil doporučením a omezením potřebným ke stabilizaci a léčbě konkrétního onemocnění. *Princip PCC (person centred care, péče zaměřená na člověka) je naopak založený na vytvoření a posílení správně fungujícího vztahu mezi nemocným, zdravotníkem (ve smyslu toho, kdo poskytuje péči) a dalších osob, které ovlivňují pacientovu zkušenost a prožívání (rodina, spolupracovníci atd.)*. PCC počítá do značné míry s individualizací péče, s aktivním poslechem a komunikací s pacientem, s poznáním jeho preferencí, názorů a celé osobnosti jako celku. Prostřednictvím společného sdílení cílů léčby a společného rozhodovacího procesu se zdravotník snaží směřovat léčbu tam, kde bude odpovídat pacientovým potřebám a zároveň povede ke zlepšení kvality jeho života. Ke zvládnutí této problematiky je potřebné v mysli laiků i odborné veřejnosti provést názorový posun od patriarchálního myšlení k otevřenému rovnocennému vztahu lékař – pacient, posílení role pacienta, zvýšení zodpovědnosti pacientů za vlastní léčbu až po změny v systému úhrad za péči, který v současnosti funguje především výkonově.

Formy vztahu lékař (zdravotník) – pacient

Vztah lékař – pacient prošel v novodobé historii České republiky výrazným posunem od paternalistického po partnerský. Kromě potřeby harmonizace s etickým kodexem **„Práva pacientů"**,[2] platným v České republice od roku 1992. je cílem této změny zlepšení výsledků léčby v důsledku efektivnější vzájemné komunikace a spolupráce pacienta na léčbě. Klasickou ukázkou paternalistického vztahu lékař – pacient je tzv. *compliance*, která je volně překládána jako dodržování pokynů a příkazů, vyhovění nebo soulad. Křivohlavý [3] definuje compliance jako *„ochotu vyhovět tomu, co druhý člověk ode mne žádá, být povolný k tomu, co ode mne druhý člověk chce, poddat se jeho vůli, vyhovět mu, a tím nastolit určitou harmonii mezi jeho vůlí a mým chováním"*. Pacientovi je přisuzována pasivní role, tj. pouze akceptování a dodržování pokynů zdravotníků. Termín *non-compliance* je používán k označení nedodržování stanoveného léčebného režimu, nespolupráce při léčbě. Mezi pozitivní faktory ovlivňující compliance pacienta Křivohlavý [3] řadí například důvěru pacienta v pozitivní výsledek lékařem stanovené léčby, empatický a partnerský přístup zdravotníka k pacientovi, schopnost lékaře aktivně naslouchat pacientovi, dobré komunikační dovednosti lékaře i pacienta, sociální oporu pacienta v jeho zázemí, situace, kdy pacient chápe svou nemoc jako vážnou. Jako negativní faktory hodnotí zejména vliv kulturního a etnického prostředí, kdy není důležité akceptovat rady lékaře, „vyhýbací strategii" pacienta při zvládání nemoci, přechodné odeznění příznaků nemoci, dlouhé hledání lékařské péče a dlouhou objednací dobu, komplikovanou léčbu nebo léčbu, která působí velké a nepříjemné změny pacientova životního stylu.

Termín *adherence* (dodržování léčby, zastávání, lpění) je v klinické praxi používán pro případy, kdy se chování nemocného shoduje s radou či doporučením zdravotnického pracovníka. Křivohlavý [3] definici doplňuje o označení *„pevně se držet, věrně respektovat, ba dokonce lpět na tom, co mi bylo přikázáno."* Pojem zahrnuje současně respektování určitého léčebného postupu, předpokládá aktivní spolupráci ze strany pacienta a jeho zapojení do terapie. *Non-adherence* je považována za selhání schopnosti navázat spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem vystihuje tzv. *konkordance* neboli shoda. Vyjadřuje maximální míru oboustranné spolupráce mezi pacientem a lékařem. Požaduje aktivní účast a podíl obou zúčastněných. Pacient se stává rovnocenným partnerem pro lékaře, je mu dán prostor pro vyjádření vlastních názorů a obě strany se musí vzájemně respektovat.

Podmínky pro tvorbu správného vztahu mezi lékařem a pacientem studovala i Zacharová a kol.,[4] která mezi relevantními faktory zmiňuje především vlastní zkušenosti pacienta z předchozí léčby, aktuální psychický stav pacienta, první dojem ze setkání pacienta s lékařem, dodržování společenských pravidel chování a aktivní naslouchání lékaře pacientovi. Negativně může budování partnerského terapeutického vztahu ovlivnit i časová tíseň při vyšetření, nedostatečné komunikační schopnosti lékaře, osobnost lékaře i pacienta, negativní, nedostatečná informovanost pacienta o své nemoci atd. (Mohapl [5]).

Principy péče zaměřené na člověka

Principy péče zaměřené na člověka jsou založeny na změně chápání vztahu pacient/zdravotník/zdravotnický systém, kdy s ohledem na potřebu zlepšení konkordance pacienta, tj. posílení rovnoprávného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem a většího zapojení pacienta do rozhodovacího procesu k navržené terapii, je nutné především zohlednit individualizované potřeby pacienta a cíle a metody léčby a péče modifikovat tak, aby byly v souladu s principy tzv. péče zaměřené na pacienta (PCC). Dostupná literatura není v terminologii jednotná a používá jak označení „patient centred care" (péče zaměřená na pacienta), tak „person centred care" (péče zaměřená na pacienta). Evropská asociace managementu ran (EWMA) provedla v roce 2019 dotazníkové šetření s cílem sjednotit terminologii a vyzvala účastníky sekce věnované PCC na konferenci EWMA v Gothenburgu ke hlasování o akceptovatelném termínu. Sekce se účastnili jak zdravotníci, tak pacienti. Většina hlasujících preferovala pojem péče zaměřená na člověka, který se tak stal i oficiálním termínem projektu EWMA a připravovaného pozičního dokumentu.[6]

Péče zaměřená na člověka spočívá ve vytvoření a posílení správně fungujícího vztahu mezi nemocným, zdravotníkem a dalšími osobami, které ovlivňují pacientovu zkušenost a prožívání, jako jsou například rodina, přátelé a spolupracovníci. **Princip PCC počítá s individualizací péče, s aktivním poslechem a komunikací s pacientem, s poznáním jeho preferencí, názorů a celé osobnosti jako celku. Prostřednictvím společného sdílení cílů léčby a společného rozhodovacího procesu se pak zdravotník snaží směřovat léčbu tam, kde bude odpovídat pacientovým potřebám a zároveň povede ke zlepšení kvality jeho života.** Z komplexního pojetí péče vyplývá, že PCC přístup zahrnuje všechny zdravotníky i sektory napříč zdravotnickým systémem, kteří se podílejí na léčebném procesu, včetně sektorů akutní lůžkové péče, následné i ambulantní péče. Přijetí zásad PCC přístupu je přínosné jak pro pacienta, tak pro zdravotnický systém: přístup může zlepšit zapojení pacienta do léčebného procesu a tím zlepšit výsledky léčby, zvýšit ochotu pacienta spolupracovat a dodržovat léčebný režim, zvýšit zapojení pacienta do rozhodovacího procesu k navržené terapii a omezit kontraproduktivní formy komunikace. Naplnění PCC vztahu vyžaduje existenci určitých předpokladů jak ze strany zdravotníka,

tak pacienta. Zdravotnici by měli být vybaveni dostatkem motivace, empatie, znalostí a komunikačních dovedností. U pacientů se předpokládá schopnost přijmout spoluzodpovědnost za léčbu, ochota aktivně se na ní podílet a větší samostatnost při rozhodování o sobě samém.

Medicína založená na důkazech a PCC v léčbě ran

Evropská asociace wound managementu (EWMA) vydala v roce 2021 systematické review [6] s doporučeními pro praxi zaměřenými na populaci pacientů s nehojící se ránou. Metaanalýza byla cílena na intervence vycházející z principů PCC a jejich význam pro klinickou praxi. Jednotlivé nástroje PCC přístupu se mohou lišit s ohledem na věk, sociální status, vzdělání či komorbidity pacienta. Publikované klinické studie prokázaly efektivitu PCC v porovnání s konvenčními stereotypy vztahu lékař – pacient. Do review bylo zařazeno celkem 17 klinických studií, které zahrnovaly 3 149 pacientů a 36 zdravotníků. Klinická sledování byla zaměřena na tři oblasti: edukace zdravotníků, edukace pacientů a telemedicína. Na poli edukace zdravotníků bylo potvrzeno, že vzdělávání vedlo ke zlepšení znalostí i sebedůvěry zdravotníků týkající se diagnostiky, vlastního ošetření i posuzování zdravotního stavu pacienta. Také pacienti byli více spokojeni s léčbou a lépe porozuměli tomu, jak se o ránu starat mimo zdravotnická zařízení. Kapitola edukace pacientů přinesla výsledky randomizované kontrolované studie z Austrálie [7] s 52% snížením rizika vzniku dekubitu v intervenované skupině pacientů v porovnání s kontrolní skupinou (n=1 598). Intervence spočívala v sledování videonahrávek, studiu brožur a plakátů zaměřených na udržení pohyblivosti a efektivní polohování, na časnou diagnostiku kožních změn, na stravu a výživu. Klinické studie zkoumající populaci pacientů s bércovým vředem žilní etiologie odhalily signifikantní zlepšení znalostí o léčbě bércového vředu a zevní kompresivní terapii, zvýšení kvality života pacientů, snížení intenzity bolesti, zlepšení hojení vředů v intervenované skupině pacientů.[8,9,10] Intervence zahrnovaly individuální pohovor s pacientem s využitím brožury, nácvik cviků zlepšujících činnost žilní svalové pumpy a následné telefonické konzultace. Klinické studie zařazené do sekce telemedicína potvrdily, že PCC intervence (edukace v prevenci vzniku ulcerací, individualizované poskytování komplexní léčby pacientům, individualizované léčebné plány, letáky, videonahrávky, videokonference, telefonické

konzultace a osobní návštěvy doma u pacienta) mohou signifikantně zlepšit výsledky léčby (kvalita života probanda, plocha vředů, ranná bolest) pacientů s bércovým vředem.[11, 12]

Základní pravidla PCC v praxi

Jak tedy můžeme ovlivnit naše pacienty a zdravotníky, aby se k PCC stavěli konstruktivně a vzájemně spolupracovali? Zdravotník by měl zjistit, zda se pacient již dříve účastnil spolurozhodování na svém léčebném režimu, zda ho dodržoval, a jaké měl potíže při jeho plnění. Je potřebné zvolit takový léčebný plán, aby pacientovi dlouhodobě vyhovoval. Pacienta je nutné seznámit s povahou jeho onemocnění, navrženým léčebným plánem, prodiskutovat cíle léčby a zjistit, co by jeho realizaci mohlo ohrozit. Mezi další zásady patří následující:

- při rozhovoru s pacientem není vhodné klást otázky uzavřené (odpověď ano či ne)
- pokládejte otázky otevřené, kdy necháváte pacientovi volnost v odpovědi
- pacientovi aktivně naslouchejte
- pro dobré zapamatování je důležité opakování podaných informací. Položením vhodných otázek byste se měli ujistit, že nemocný radám a informacím porozuměl
- zaměřte se na zvláštnosti a potenciální rizikové body léčebného plánu, seznamte pacienta s nemocí, léčbou, s možnostmi spolupráce a následky, pokud by léčebný režim nedodržoval
- motivujte pacienta k aktivnímu přístupu k léčbě a přijetí spoluzodpovědnosti za léčbu
- dbejte na jednomyslnost vyřčených doporučení v rámci terapeutického týmu
- kontrolujte dodržování stanovené léčby a dosažení cílů při každé návštěvě
- objektivizujte účinek použitých léčebných postupů
- vysvětlete pacientovi, co vše bude nutné udělat do příští kontroly pro zlepšení zdravotního stavu a jak budete pacienta kontrolovat

Pečlivě vedený rozhovor pomůže odhalit non-concordanci pacienta a její příčiny, následně se můžeme pokusit o změnu léčebného plánu.

DISKUZE

Teoretičtí i kliničtí pracovníci se shodují, že k vytvoření kvalitního vztahu mezi lékařem a pacientem je zapotřebí dostatek času. Časové hledisko je často zmiňováno i v souvislosti s provozem ambulantních zdravotnických zařízení, která jsou ekonomickými faktory i poptávkou po jejich službách tlačena do tzv. „vysokoprůtočného“ režimu s vysokými počty ošetřených pacientů. Paternalistický způsob léčby (často nazýván „medicína mlčení“) je zatížen tím, že se vztah důvěry mezi lékařem a pacientem buduje při každé návštěvě znovu od začátku. Nejčastějším důvodem je nedostatek vůle a času pro komunikaci. Ve výsledku pak dosažení alespoň základního stupně důvěry a vzájemného porozumění zabere daleko více času než v případě PCC, kdy na něm pracují obě strany průběžně, aktivně a efektivně.

Péče zaměřená na člověka bezesporu vyžaduje (v porovnání s konvenčním paternalistickým vztahem) jiný způsob komunikace i stanovování cílů léčby a je časově náročnější. Na druhou stranu je prokázáno, že PCC je efektivní jak v prevenci, tak v léčbě pacientů s nehojící se ránou. Z rozhovorů s pacienty a reprezentanty pacientských organizací v České republice je patrný jednoznačný zájem pacientů o kvalitní komunikaci a partnerský vztah mezi pacientem a zdravotníkem. Je otázkou, jaké procento pacientů i zdravotníků je na PCC připraveno (zejména neochotou pacientů převzít na sebe část odpovědnosti za léčbu a nepřipraveností klinik vzdát se části svého podílu na rozhodovacím procesu).

PCC přístup nabízí řadu možností a prostředků, jak dosáhnout očekávaných změn v chování a jednání zdravotníků i pacientů. Mezi jeho pilíře patří motivace obou zúčastněných stran, kontinuální vzdělávání

využívající aktivní i pasivní techniky edukace, mediální kampaně a iniciativy, které pomohou nasměrovat zájem společnosti adekvátním směrem. Tyto aktivity jsou do značné míry ovlivněny také společenskou poptávkou, typem zdravotního systému, kulturními odlišnostmi a prioritami specifickými pro každou společnost. Je proto velmi obtížné slepě přejímat způsoby implementace PCC ze zahraničí a je potřebné pracovat s technikami, které je schopna akceptovat česká společnost.

ZÁVĚR

PCC přístup je součástí medicíny 21. století. Pro implementaci PCC modelu je důležité vzdělávání zdravotníků a pacientů, včetně ochoty obou stran aktivně se podílet na budování vzájemného funkčního vztahu. Implementace PCC je ovlivněna místními/národními kulturními specifiky, nastavením zdravotního systému a schopností či ochotou pacienta být součástí tohoto přístupu. K většímu zapojení pacientů mohou přispět veřejné iniciativy a mediální kampaně informující o PCC přístupu.

MUDr. Jan Stryja, Ph.D.
Nemocnice Agel Třinec-Podlesí, a.s.
Konská 453, 739 61 Třinec
jan.stryja@atlas.cz

LITERATURA

1. Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Lu, M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Expect. 2018;21:429–440. https://doi.org/10.1111/hex.12640.
2. https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr
3. Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0650-4.
4. Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J. Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení. 1.vyd. Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
5. Mohapl, P. Vybrané kapitoly z klinické psychologie II. 2.vyd. Olomouc: Rektorát UP Olomouc, 1990. 110 s.
6. Gethin et al. Evidence for person-centred care in chronic wound care: A systematic review and recommendations for practice, J Wound Care. 2020; 29(9):Sup9.
7. Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J. et al. The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. Int J Nurs Stud. 2016; 64: 63–71. https://doi. org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.015.
8. Finlayson, K., Edwards, H., Courtney, M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. J Clin Nurs. 2010; 19(9–10): 1289–1297. https:// doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03151.x.
9. Domingues, E.A.R., Kaizer, U.A.O., Lima, M.H.M. Effectiveness of the strategies of an orientation programme for the lifestyle and wound-healing process in patients with venous ulcer: A randomised controlled trial. Int Wound J. 2018; 15(5): 798–806. https://doi. org/10.1111/iwj.12930.
10. Kelechi, T., Mueller, M., Spencer, C. et al. The effect of a nurse-directed intervention to reduce pain and improve behavioral and physical outcomes in patients with critically colonized/infected chronic leg ulcers. J Wound Ostomy Continence Nurs 2014; 41(2): 111–121. https://doi.org/10.1097/won.0000000000000009.
11. Tulleners, R., Brain, D., Lee, X. et al. Health benefits of an innovative model of care for chronic wounds patients in Queensland. Int Wound J 2019; 16(2): 334–342. https://doi.org/10.1111/iwj.13033.
12. Li, J., Gu, L., Guo, Y. An educational intervention on foot self-care behaviour among diabetic retinopathy patients with visual disability and their primary caregivers. J Clin Nurs 2019; 28(13–14): 2506– 2516. https://doi.org/10.1111/jocn.14810.

KAZUISTIKA

NEKROTIZUJÍCÍ INFEKCE MĚKKÝCH TKÁNÍ

Ston, R.[1], Jakeš, T.[1], Stonová, C.[2].
[1]Chirurgické oddělení Nemocnice Na Františku, Praha 1
[2]Klinika popáleninové medicíny, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10

SOUHRN: **Hluboké nekrotizující infekce měkkých tkání (deep necrotizing soft tissue infections) jsou závažné, život ohrožující afekce. Chirurgický debridement je nedílnou součástí terapie a jeho podcenění či nedostatečná razance významně zhoršuje výsledky léčby. Autoři dokumentují případ mladého muže bez významnějšího předchorobí se zhmožděním měkkých tkání bérce po dopravní nehod ě s rozvojem septického šoku na podkladě progredující fasciitidy způsobené Streptococcus pyogenes a předkládají řešení stavu v multidisciplinárním týmu. Chirurgický debridement je do značné míry závislý na osobní zkušenosti chirurga s těmito afekcemi a hlavním kritériem debridementu je včasná nekrektomie do makroskopicky zdravé tkáně. Závažnost těchto infekcí může být při postižení hlubokých struktur velmi lehce podceněna, což vede k nedostatečné sanaci fokusu. Agresívní přístup v nekrektomii, byť za cenu vzniku velkých defektů, může zachránit pacientům život, délku a funkci končetiny.**

KLÍČOVÁ SLOVA: hluboká nekrotizující infekce měkkých tkání – časná chirurgická nekrektomie a debridement

SUMMARY: **Necrotizing soft tissue infection – a case report.** Deep necrotizing soft tissue infections are serious, life-threatening conditions. Surgical debridement is an integral part of therapy, and its underestimation or lack of thoroughness significantly worsens treatment outcomes. The authors present the case of an otherwise healthy young man with no significant comorbidities presenting with a contusion of the soft tissues of the lower leg after a motor vehicle accident. Post initial treatment, the subsequent development of septic shock can be explained to be caused by progressive fasciitis elicited by Streptococcus Pyogenes. The authors present the method of treatment of this condition via a multidisciplinary team approach. Surgical debridement is largely dependent on the surgeon's personal experiences with these conditions, and the main criterion for debridement is early necrectomy to macroscopically healthy tissue. The seriousness of these infections can be very easily underestimated when deep structures are involved, leading to insufficient revision of the initial focus. An aggressive approach to necrectomy, even at the cost of creating large defects, can save patients' lives as well as the length and function of the limb.

KEY WORDS: deep necrotizing soft tissue infection – early surgical necrectomy and debridement

„Léčba NSTI je založena na intenzivní antibiotické terapii a radikálním odstranění nekrotické tkáně."

ÚVOD

Infekce měkkých tkání jsou zánětlivá onemocnění postihující kůži, podkoží, fascie a svaly. Dělit je lze v závislosti na počtu vyvolávajících mikrobiálních agens, a to na infekce polymikrobiální – Typ I (vyvolané větším počtem bakterií) a infekce monomikrobiální Typ II (vyvolané jednou bakterií – nejčastěji streptokoky, stafylokoky včetně MRSA, enterokoky, E. Coli , Proteus sp., či anaerobními bakteriemi) a některé vzácnější typy.[1] (Tab. 1)

Další dělení podporované WSES (World Society of Emergency Surgery) [2] je dělení na infekce v místě chirurgického řezu (SSI – surgical site infection), na infekce bez přítomnosti nekróz (nonNSTI – non-necrotizing soft tissue infections) a na infekce nekrotizující (NSTI – necrotizing soft tissue infection), které jsou z hlediska mortality a morbidity nejzávažnější a které si historicky vysloužily díky své závažnosti často samostatné názvy, jako např. Fourniérova gangréna (polymikrobiální infekce v oblasti genitálií), nekrotizující fasciitida nebo plynatá sněť (končetinová infekce způsobená anaerobními bakteriemi). (Tab. 2)

Hospitaliazce JIP, nekróza bérce cirkulární, stp parciální nekrektomii v ambulantním provozu před přijetím na lůžko, patrné nekrózy na stehně, cirkulární nekrózy na bérci

Obr. 1

Obr. 1a

Všechny druhy výše uvedených infekcí lze dále dle doporučení WSES dělit dle hloubky postižení na povrchové infekce kůže a podkoží (eryzipel, impetigo, celulitis, lymfangoitis) a hluboké infekce postihující fascie a svalová vlákna. Podle ohraničení šíření pak rozlišujeme formu abscedující (ohraničenou) a flegmonózní (neohraničenou).

Z předchozího přehledu vyplývá, že nejzávažnější, život ohrožující infekce jsou ty, které se šíří neohraničeně, jsou hluboké a způsobují nekrózu tkáně – **D-NSTI** (deep necrotizing soft tissue infection). Mortalita těchto infekcí stále dostahuje 30 %.[1,3]

Z patofyziologického hlediska dochází u NSTI k produkci bakteriálních toxinů s následnou aktivací zánětlivých cytokinů.[4] Ty v místě infekce způsobují strukturální změny cévní stěny vedoucí ke vzniku drobných trombóz a následně k ischemizaci tkání. Vzniká tedy další vhodné prostředí pro bakteriémii s uvolněním dalších toxických látek včetně aktivace dalších mediátorů zánětlivé odpovědi. Navíc nekrotická tkáň je velmi špatně prostupná pro ATB látky, a tak se stává trvalým zdrojem infekce. Razantní a včasná chirurgická léčba je v takových případech tedy nezbytná.[5,6,7]

Diagnóza NSTI bývá často velmi obtížná. Klinické příznaky mohou být identické jako u nekomplikovaných infekcí měkkých tkání (rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa), nebo můžou zcela chybět.

Bulózní změny kůže šířící se po stehně jako varovný příznak

Obr. 2

Obr. 3 Hospitaliazce JIP, stp částečné nekrektomii na lůžku JIP

Obr. 4 Hospitaliazce JIP, stp částečné nekrektomii na lůžku JIP

Alarmující je vždy nesnesitelná pacientova bolest při zdánlivě klidném lokálním nálezu. Důležité je vždy palpační vyšetření postižené oblasti, které odhalí rozvíjející se podkožní emfyzém jakožto varovný příznak závažné infekce.

U seniorů, nebo u imunokompromitovaných pacientů, nemusí být systémové příznaky zánětu zpočátku vyjádřeny; pacienti mohou být například přijímáni na interní oddělení s dekompenzovanou hyperglykemií, a stejně tak lokální příznaky pokročilejší známky NSTI, zahrnující necitlivost kůže, krvácení, bulózní změny či krepitaci měkkých tkání indukující plyn, nemusí být zpočátku při zběžném vyšetření patrné. Avšak právě časné rozpoznání komplikované infekce je kruciální pro zahájení adekvátní terapie a intervenci chirurga. Nezbytné je také sledování rizikových faktorů, mezi které patří věk, kardiopulmonální nebo hepatorenální onemocnění, diabetes mellitus, obezita, arteriovenozní či lymfatická insuficience, immunosuprese či anamnéza traumatu.

K urychlení diagnostiky byl vyvinut skórovací systém LRINEC – Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis, zahrnující CRP, leukocytózu, hemoglobin, natrémii, hladinu kreatininu a glukózy. Senzitivita testu při skóre 8 dosahuje 93 %, nicméně pro nízkou specifitu nebyl v praxi široce implementován.[2]

Obr. 5 Stp avulzi – ventrální pohled

Obr. 6 Stp avulzi – mediální pohled na LDK

Obr. 7 Stp avulzi – laterální pohled na LDK

Léčba NSTI je založena na intenzivní antibiotické terapii a radikálním odstranění nekrotické tkáně. Zpravidla je přítomno vícero bakteriálních agens, a tak iniciální léčba zahrnuje vysoké dávky empiricky zvolených širokospektrých antibiotik. Primárně by mělo být cíleno na grampozitivní, gramnegativní a anaerobní bakterie. Cílem antibiotické léčby je usmrcení patogenů a snížení produkce bakteriálních toxinů.[2]

Dle IDSA (Infectious diasesase socitey of America) je nejčastěji doporučena kombinace potencovaných penicilinů s klindamycinem. Tuto kombinaci můžeme doplnit ještě o metronidazol pokrývající anaerobní patogeny. Dle studií bylo zjištěno, že podání klindamycinu významně snižuje produkci toxinů, čímž snižuje riziko rozvoje syndromu toxického šoku.[2,3,5] Vhodné je parenterální podávání minimálně po dobu 48–72 hodin, event. déle,

Obr. 8 Stp avulzi – pohled na dorzální stranu LDK

v závislosti na přetrvávání systémových příznaků. V případě alergie na danou antibiotickou kombinaci můžeme pak v terapii využít vankomycin, aminoglykosidy, flourochinolony či cefalosporiny III.–IV. generace. Následná antibiotická léčba by měla být vždy cílená dle výsledků kultivačního vyšetření

Obr. 9 Stp autotranplantaci – laterální pohled

Obr. 10 Stp autotranplantaci – ventrální pohled

a postupně deeskalována při dobré klinické odpovědi.

I přes intenzivní antibiotickou terapii má v léčbě NSTI chirurgické ošetření nezastupitelnou roli. Chirurgická intervence by měla být provedena co nejdříve, avšak neexistuje přesné doporučení stran načasování a rozsahu výkonu; toto se řídí nejčastěji individuální zkušeností zasahujícího chirurga s danou problematikou. Odložení chirurgického ošetření zvyšuje četnost výkonů k sanaci infekčního ložiska a s tím související ztrátu funkční tkáně. Prodlužuje se celková doba hospitalizace a finanční náklady s ní spojené. Byla také prokázána vyšší mortalita při odložení operace o více jak 12 hodin od přijetí pacienta.[3,8,9,10]

Cílem chirurgického ošetření je odstranění veškeré nekrotické tkáně, avšak rozsah debridementu je vždy závislý na úvážení a zkušenostech operatéra. Opětovné ošetření by mělo být provedeno do 24–48 hodin ke zhodnocení stavu rány a event. k doplnění další nezbytné nekrektomie. Na končetinách může být septickým kritickým stavem vynuceno provedení vysoké amputace, které jsou sice potenciálně život zachraňující, nicméně kvalitu života výrazně snižují.

DISKUZE

Nekrotizující infekce kůže a měkkých tkání jsou závažná onemocnění s vysokou mortalitou a morbiditou. Závažnost těchto onemocnění tkví v jejich možné rychlé progresi s alterací celkového stavu a v možném podcenění diagnózy při absenci lokálních projevů infektu. Toto může vést k prodlevě zahájení celkové i lokální terapie. Léčba zahrnuje podávání kombinace širokospektrých antibiotik, spolu s chirurgickým ošetřením, které

Obr. 11 Stp autotranplantaci – mediální pohled

Obr. 12 Poslední kontrola – zhojeno – laterální pohled

často rozhoduje o dalším osudu pacienta. Chirurgický výkon by měl být proveden časně od přijetí k hospitalizaci, s dostatečnou radikalitou, tzn. odstraněním veškeré nekrotické tkáně. Problematické bývá právě pozdní a nedostatečné chirurgické ošetření, které vede k celkově delší hospitalizaci a nutnosti opakovaných chirurgických výkonů. Následkem jsou pak u přeživších rozsáhlé defekty a jizvení, popř. vynucené končetinové amputace; obojí vede k výraznému snížení kvality jejich života. Na závažnost infekce upozorní spíše alarmující celkové příznaky (septický stav, septický šok), než samotný vizuální vjem ošetřovaného defektu, který v nezkušených očích může být bagatelizován a podhodnocen; na závažnost infekce upozorní i nově se tvořící a rychle se šířící kožní eflorencence v dosud zdravé tkáni.

KAZUISTIKA

39letý pacient přichází 9 dní po autonehodě se zhmožděním levého bérce k primárnímu ošetření pro zvyšující se bolestivost LDK.

Dle objektivního nálezu: febrilie 38,5 °C, lokálně na LDK, na stehně, resorbující se hematom, mediálně defekt 18 x 12 cm, povrchová nekróza, dále defekt na bérci, kde je téměř cirkulární nekróza se silným zápachem (obr. 1, 2).

Obr. 13 Poslední kontrola – mediální pohled

TYP I POLYMIKROBIÁLNÍ	Peptostreptococcus, Enterobacteriaceae, Bacteroides sp., jiné aerobní a anaerobní Gram-negativní bakterie (bakteriální synergismus)
TYP II MONOBIKROBIÁLNÍ	Streptococcus pyogenes (sk. A, vzácněji sk. C, G), Staphylococcus aureus (MRSA,MSSA), Clostridium sp. (zejména Cl. perfringens, septicum), Vibrio fulnificus (z mořské vody), Candida sp.

Tab. 1 Základní rozdělení NSTI dle mikrobiologického vyšetření

Laboratorně: leukocytóza 26,71, CRP 243,6, hyponatermie, hypochloridémie.

Zobrazovací vyšetření: RTG vyšetření DKK bez patologie, UZ bez známek žilní či tepenné trombózy, výrazný edém podkoží.

Osobní a rodinná anamnéza: nevýznamná, pacient bez chronické medikace. Pacient při přijetí hypotenzní, rychle progredující septický stav, tachykardie, přijat na JIP, nasazena širokospektrá antibiotika (Unasyn, Dalacin, Gentamicin), pro zhoršující se oběhové parametry a známky septického šoku nutná podpora vazopresory.

Chirurgické ošetření

V den přijetí (0. den): chirurgem doporučen konzervativní postup.

1. den hospitalizce: provedena nekrektomie na lůžku v rozsahu 15 x 25 cm v analgosedaci, večer téhož dne provedena další nekrektomie v oblasti lýtka v rozsahu 20 x 50 cm, opět na lůžku JIP, v analgosedaci, přetrvávající leukocytóza 26.9, CRP 181, kultivačně nález Streptococcus pyogenes (obr. 3, 4).

2. den hospitaliazce: mírný pokles leukocytózy 22.7, CRP 227, pro další progresi nekrotických

Obr. 14 Poslední kontrola – dorzální pohled

TYP INFEKCE	SSI (surgical site infection)	Non NSTI (non necrotizing soft-tissue infection)	NSTI (necrotizing soft-tissue infection)
HLOUBKA	Povrchové	Hluboké	
OHRANIČENÍ	Absces	Flegmona	
BAKTERIE	Monomikrobiální	Polymikrobiální	

Dělení infekcí měkkých tkání – volně dle WSES, přičemž všechny kombinace jsou navzájem možné

Tab. 2

změn a přítomnost nových nekróz na stehně a přetrvávající oběhovou nestabilitu indikován k nekrektomii v celkové anestezii na operačním sále, provedena epifasciální nekrektomie (avulze nekrotické trombotizované kůže a podkoží in toto od fascie), epifasciálně nález typické řídké kalné tekutiny, připomínající „špinavou vodu z nádobí“, která rozsahem kopíruje kožní změny; celkový rozsah nekrektomie byl spočítán na 14 % TBSA (obr. 5, 6, 7, 8). Plochy kryty materiálem COM 30 namočeným v roztoku Octenisept.

Poslední kontrola – odběrová plocha na zádech – zhojeno, místy patrno hypertrofické jizvení odběrové plochy

Obr. 15

3. den hospitaliazce: pokles leukocytózy 19.2, pokles CRP 177.

4. den hospitalizace: převaz v celkové anestezii, plocha po nekrektomii klidná, bez známek retence a bez další progrese, ojedinělé nekrózy fascie bérce, které jsou odstraněny

6. pooperační den: stěr z ploch již bez nálezu Streptokokové infekce, pacient bez podpory katecholaminy, stabilní, přeložen vzhledem k rozsahu ploch na Kliniku popáleninové medicíny k definitivnímu krytí defektů.

8. den: provedena dermoepidermální autotransplantace meshovanými štěpy (obr. 9,10,11) na Klinice popáleninové medicíny.

28. den: propuštěn do ambulantního ošetření.

Kontrola za 5 měsíců od primární nekrektomie: defekty kryté autotransplantáty zhojené. Reziduální defekt v oblasti Achilovy šlachy, hypertrofické jizvy na odběrové ploše (záda) (obr. 12, 13, 14, 15).

ZÁVĚR

Pacientovi se podařilo zachránit život, délku a funkci postižené dolní končetiny. Avšak vzhledem k úvodnímu zaváhání chirurga v prvním kontaktu a následně k nedostatečné nekrektomii na lůžku v analgosedaci bylo při další rychlé progresi onemocnění nutné provedení podstatně rozsáhlejší nekrektomie, která zasahovala až na stehno. Následně bylo nutné pacienta přeložit na specializovanou kliniku vzhledem k velikosti transplantovaného defektu. Trvalým následkem onemocnění a navazující léčby jsou rozsáhlé jizevnaté plochy, takové jaké známe z léčby hlubokých popálenin. Bohužel, vzhledem k absenci pacientovy compliance stran péče o odběrovou plochu, jsou výsledkem hypertrofické jizvy v odběrových plochách na zádech. Lze se pouze domnívat, že razantnější přístup v úvodních hodinách od přijetí ve shodě s výše uvedenými doporučeními by vedl ke vzniku menšího defektu a tím podstatně menšího jizvení, s největší pravděpodobností by odběrová plocha byla lokalizována na levém stehně.

MUDr. Robert Ston
Nemocnice Na Františku
Na Františku 847/8, 110 00 Praha 1
ston@nnfp.cz

LITERATURA

1. Peetermans, M., de Prost, N., Eckmann, C., Norrby-Teglund, A., Skrede, S., de Waele, J.J. Necrotizing skin and soft-tissue infections in the intensive care unit. Clinical Microbiology and Infection. July 05, 2019. DOI:https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.06.031.
2. Sartelli, M., Malangoni, M.A., May, A.K., et al. World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for management of skin and soft tissue infections. World J Emerg Surg. 2014;9(1):57. doi:10.1186/1749-7922-9-57.
3. Trond Bruun1, Eivind Rath1, Martin Bruun Madsen2, Oddvar Oppegaard1, Michael Nekludov3, Per Arnell4, Ylva Karlsson5, Anshu Babbar6, Francois Bergey7, Andreas Itzek6, Ole Hyldegaard8, Anna Norrby-Teglund9 and Steinar Skrede1,10; for the INFECT Study Group: Risk Factors and Predictors of Mortality in Streptococcal Necrotizing Soft-tissue Infections: A Multicenter Prospective Study. Clin Infect Dis. 2021 Jan 15; 72(2): 293–300. Published online 2020 Jan 10. doi: 10.1093/cid/ciaa027
4. Tessier, J.M., Sanders, J., Sartelli, M. et al. Necrotizing soft tissue infections: A focused review of pathophysiology, diagnosis, optative management, antimicrobial therapy and pediatrics. Surg Infect (Larchmt). 2020;21(2):81–93. doi:10.1089/sur.2019.219.
5. Gatti, M, Gasparini, L.E., Laratta, M. et al. Intensive multidisciplinary management in critical care patiens affected by severe necrotizing soft tissue infections: a cooperative method to improve the efficacy of treatment. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2019;38(6):1153–1162. doi:10.1007/ s10096-019-03521-2.
6. Sartelli, M., Guirao, X., Hardcastle, T.C. et al. 2018 WSES/SIS-E konsensus conference: recommendations for the management of skin and soft-tissue infections. World J Emerg Surg. 2018;13:58. doi:10.1186/ s13017-018-0219-9.
7. Yasutaka Tanaka, Takashi Mato, Hirotomo KatoNecrotizing Soft-Tissue Infection of the Trunk Resulting From Wound Caused by a Centipede: A Case Report. Am J Case Rep. 2022; 23: e937869-1–e937869-4.Published online 2022 Nov 9. doi: 10.12659/AJCR.937869.
8. Zhen Cui1, Shuai Lu2, Ying Bai1, Xu Sun2 Peng Tian3, Ying Liu4, Lu Mao5, Xieyuan Jiang. Necrotizing soft tissue infection: clinical characteristics, diagnosis and management of 32 cases in Beijing. J Int Med Res. 2021 May; 49(5): 03000605211018442. Published online 2021 May 26. doi: 10.1177/03000605211018442.
9. Ulrych, J., Adámková, V., Gürlich, R., Kolář, M., Lahoda-Brodská, H., Třeška, V., Veverková, L. Současná diagnostika a léčba chirurgických infekcí kůže a měkkých tkání Souhrnné sdělení. Rozhl Chir. 2022;101:300–311. doi:10.33699/PIS.2022.101.7.300–311.
10. Kalyanakrishnan Ramakrishnan 1, Robert C Salinas 1, Nelson Ivan Agudelo Higuita. Skin and Soft Tissue Infections.Am Fam Physician. 2015;92(6):474–483. PMID: 26371732
11. Bonne, S., Kadri, S.S. Evaluation and Management of Necrotizing Soft Tissue. InfectionsInfect Dis Clin North Am. 2017 Sep; 31(3): 497–511. doi: 10.1016/j.idc.2017.05.011

FotoFinder®
Setting the Pace in Skin Imaging Worldwide

medical tech

ŽÁDNÉ ZNAMÉNKO UŽ VÁM NEUNIKNE.

Vexia

ATBM Master

Spojte se s námi

+420 603 484 004

„PŘIPOJTE SE **S NÁMI**
K CELOSVĚTOVÉMU TÝMU
ODBORNÍKŮ.“

www.medicaltech.cz

Ing. Filip Žampach

VĚDOMOSTNÍ **TEST**

1 Takzvaná triáda ve spojení s patou charakterizuje:
a) váhu nohy, fyzikální cévní vyšetření a tvar nohy
b) váhu nohy, minimální podkoží a tvar paty
c) délku chodidla, minimální podkoží a tvar paty
d) váhu nohy, nález na kůži a tvar paty

2 Mezi výhody při odstranění krytu puchýře náleží:
a) urychlení hojení, přehled o stavu rány, zmírnění tlaku exsudátu
b) časté převazy rány
c) vysoušení rány
d) prevence infekce

3 V klasifikaci obezity dle WHO, označujeme jako „triple obézní"/mega obézní, pacienty s:
a) BMI nad 45 kg/m^2
b) BMI nad 55 kg/m^2
c) BMI nad 60 kg/m^2
d) BMI nad 65 kg/m^2

4 Jakou kombinací antibiotik zahajujeme léčbu NSTI?
a) ciprofloxacin, klidamycin
b) unasyn, klidamycin + event. metronidazol
c) penicilin, cefazolin
d) vankomycin v monoterapii

5 Komunikace s pacientem podle zásad PCC:
a) může být časově náročná, měla by respektovat pacientův věk, socioekonomické zázemí a zdravotní stav
b) má včas odhalit pacienty s rizikem špatné spolupráce na léčbě. U těchto nemocných následně přecházíme na konvenční způsob vztahu lékař – pacient, protože režimová opatření jimi stejně nejsou dodržována
c) je určena především pro lékaře, nelékaři se principy PCC nemusejí řídit
d) je jedinou možnou formou komunikace pro všechny pacienty s nehojící se ránou

6 Péče zaměřená na člověka využívá při budování vztahu mezi zdravotníkem a pacientem:
a) edukaci, motivaci a manipulaci
b) aktivní naslouchání, otevřené otázky, jednoznačná doporučení a zpětnou vazbu
c) různé formy edukace, zejména pak letáky usnadňující pacientovi samostudium
d) především volně dostupné internetové informační zdroje

7 Indikací k ponechání „open abdomen" v managementu abdominální katastrofy není:
a) prevence intraabdominální hypertenze a rozvoje syndromu břišního kompartmentu
b) předpoklad nutnosti SECOND LOOK operace anebo on demand re-laparotomie
c) peroperační nestabilita pacienta a „Damage control surgery"
d) velké množství zkaleného výpotku v dutině břišní

8 Jaká je nejčastější etiologie břišních katastrof?
a) sekundární peritonitida v důsledku komplikací ileózních stavů
b) traumatické poranění břicha
c) primární peritonitida
d) cévní náhlé příhody břišní

9 Infekce měkkých tkání dělíme dle:
a) hloubky a přítomnosti nekróz
b) ohraničení
c) počtu a druhu patogenů
d) všechny odpovědi jsou správné

10 Pro léčbu akné se jako nejlepší jeví kombinace antihistaminika s:
a) perorálními antibiotiky
b) perorální antikoncepcí
c) perorálním izotretinoinem
d) perorálním zinkem

CENA ZA NEJRYCHLEJŠÍ ODPOVĚĎ

MUDr. GREGOR Oldřich
Děčín 1

Správné odpovědi z čísla 5/2022

1 A	2 B	3 D	4 C	5 B
6 A	7 C	8 A	9 C	10 C

VÝHERCI VĚDOMOSTNÍHO TESTU z čísla 5/2022:

MUDr. JAŠKOVÁ Eva
Hněvošice

MUDr. ŠTRINCLOVÁ Jana
Jilemnice

MUDr. ŽÁČKOVÁ Kristýna
Brno

Vyberte jednu nebo více správných odpovědí a zapište je do tabulky. **Tabulku zašlete do 31.3.2023 prostřednictvím elektronického formuláře umístěného na stránkách časopisu www.referatovyvyber.cz a v mobilní aplikaci Referátový výběr** nebo vložte do obálky a odešlete na adresu:

Czechopress Agency, s.r.o.
Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4

Ceny do soutěže 2022 věnuje značka:
La Roche-Posay.

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

RVD 6/2022

Otázka	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Jméno

Korespondenční adresa

Telefon

E-mail

Dá sa vylepšiť to čo je dobré?

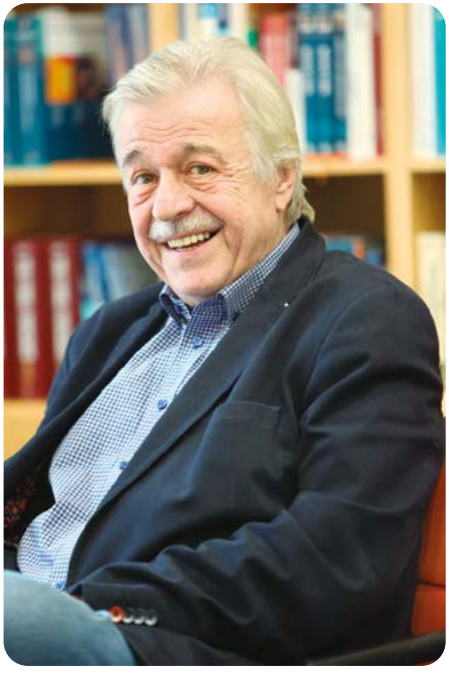
Vraciam sa v spomienkach do roku 1992. S pánom profesorom Pavlom Bartákom sme sa viezli autom z Hradca Králové do Prahy. Pamätám si to dobre, lebo ma zastavili policajti a platil som pokutu, samozrejme za rýchlosť. Myslím, že sme ako typickí chlapi viedli diskusiu o autách, ale po krátkej chvíli sme sa vrátili k odbornej tematike. „Koľko ľudí vlastne trpí suchou kožou na veľkej ploche?“ zamysleli sme sa a začali sme menovať:

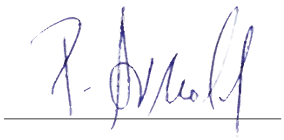
1) Atopickí pacienti
2) Veľká časť psoriatikov
3) Ekzematici
4) Všetci starší, ženy aj muži od 40 – 50 rokov

Musia ich byť milióny!

Ešte raz opakujem. Spomienka je z roku 1992. Vo vtedajšom Československu neboli žiadne prípravky, ktoré by sa dali nanášať na veľké plochy a boli dostatočne premasťujúce. „Niečo také zo Švajčiarska vozím v kufri“ povedal som a začala sa debata o nevyhnutnosti liekovej formy dnes už bežne známej ako LIPOLOTIO. Čas nám dal za pravdu.

O pár rokov neskôr posunul túto tému ešte ďalej môj priateľ a kolega z Francúzska, Dr. Pierre Treffel. So svojim tímom rozvíjal myšlienku riedkeho, ale premasťujúceho lócia. Našiel zloženie, ktoré premasťuje, hydratuje, nedráždi a zaobíde sa bez parfumácie. Čo mňa svojho času nenapadlo, dal ho do veľkého balenia, pretože „kto také niečo potrebuje, potrebuje toho veľa!“ Nedávno sme sa stretli a dohodli sa, že nové lóciá ponúkneme aj dermatológom tu u nás, v Česku a na Slovensku. A to za slušnú cenu.





RNDr. Pavol Arnold
Spiridea s.r.o.
Chairman of the Board

spiridea

Codexial Lipolotio
Codexial Hydrolotio

Lipolotio
- lipofilní emulze

Hydrolotio
- hydrofilní emulze

Velkoplošné xerózy

Inovované Lipolotio & Hydrolotio bez parfemace

Výborně se roztírá a rychle vstřebává

Pro normální, suchou až atopickou kůži

spiridea

Koupíte na www.spiridea.com
Spiridea, s. r. o., Nobelova 28, 831 02 Bratislava 3

Francouzská kvalita

Koupíte v každé dobré lékárně

leden 2023

ÚLOHA ANTIHISTAMINIK V LÉČBĚ AKNÉ

Nevoralová, Z. Kožní oddělní Nemocnice Jihlava

SOUHRN: **V článku jsou popsány dosavadní poznatky o léčbě akné perorálními antihistaminiky. Bylo zjištěno, že antihistaminika hrají důležitou roli v léčbě akné. Jsou to účinné protizánětlivé léky, snižují lipogenezi v sebocytech. Dále redukují nebo předcházejí s izotretinoinem spojeným nežádoucím účinkům na kůži, mají preventivní vliv na subklinické svědění a obličejový otok. Protizánětlivý efekt může zřejmě snížit formování jizev a zlepšit klinické zarudnutí a další symptomy. Antihistaminika tedy zasahují do progrese akné a mohou být novým lékem v léčbě akné.**

KLÍČOVÁ SLOVA: akné – léčba – antihistaminika – izotretinoin

SUMMARY: **The Role of Antihistamines in the Treatment of Acne.** In the article an actual knowledge about acne – treatment with peroral antihistamines is described. It was found antihistamines play an important role in the treatment of acne. They are important anti-inflammatory drugs and reduce a lipogenesis in sebocytes. Besides, they reduce or prevent with an isotretinoin treatment connected side effects and have a preventive influence for a subclinic pruritus and a facial swelling. An anti-inflammatory effect can probably reduce a clinical redness and other symptomes. Antihistamines affect an acne progression and can be a new drug in a treatment of acne.

KEY WORDS: acne – treatment – antihistamines – isotretinoin

„Akné je jednou z nejčastějších kožních chorob. Postihuje zejména adolescenty a mladé osoby."

Akné je jednou z nejčastějších kožních chorob. Postihuje zejména adolescenty a mladé osoby. Dle současných představ je akné výsledkem několika patogenetických faktorů.[1] Jsou to kvantitativní a kvalitativní změny mazu, folikulární retenční hyperkeratóza, změny v mikrobiomu a imunopatologický zánět. Podkladem akné je chronický zánětlivý proces pilosebaceózní jednotky s obturací vývodu mazové žlázy a s rozvojem nezánětlivých a zánětlivých lézí. Dle závažnosti se akné dělí dle Plewiga a Kligmana dle převažujících morf a jejich počtu na **tři základní formy**: *komedonická, papulopustulózní* a *konglobátní* (revidované dělení z roku 2019 [2]).

Léčba akné [3] se řídí závažností projevů, psychickým dopadem choroby na pacienta a kompliancí konkrétní osoby. Téměř u každého pacienta je nutná terapie kombinovaná. Cílem je kauzální postižení všech hlavních etiopatogenetických faktorů akné.

Léčba akné se dělí na léčbu místní, celkovou, fyzikální a chemickou. U závažných forem akné je vždy indikována celková léčba, hlavními zástupci jsou celkově podávaná antibiotika, izotretinoin a u žen kombinovaná hormonální antikoncepce. Perorální terapie může být doplněna terapií lokální. Vždy je nutná správná kosmetika pro aknózní pleť. Ve vývoji jsou stále nové léky. Studují se i účinky léků primárně určených k terapii jiných diagnóz. Úloha histaminu a antihistaminik není příliš diskutovaným tématem. Na evropských kongresech byla tato problematika diskutována profesorem Schallerem na on-line EADV sympóziu v květnu 2021[4] a profesorem Zoubolisem na EADV kongrese v Miláně v září 2022,[5] existují i publikovaná data. Závěry jsou shrnuty v následující části sdělení.

Antihistaminika v léčbě akné

Histamin hraje možnou roli v patogenezi akné, neboť je zánětlivým moderátorem v procesu imunitních reakcí u zánětlivé akné. Cutibacterium acnes mění pH mikroprostředí vlasového folikulu, to je pak optimální pro produkci histaminu nebo histaminu podobných produktů vedoucí ke svědění u pacientů s akné. In vitro studie identifikovaly histaminové receptory a redukci hladin skvalenu antihistaminiky na sebocytech, na kterých byla zkoušena role histaminu v produkci mazu. Antihistaminika jsou antagonisty H1 receptoru, patří k nejvíce užívaným lékům. Protože **zánětlivá reakce** aknózních lézí je zprostředkovaná uvolněním histaminu a leukotrienů, zavedení antihistaminik může efektivně zabránit tvorbě nových lézí akné a signifikantně ovlivnit hojení starších lézí. A protože H1 receptor je exprimován v mazových žlázách (viz výše), antagonisté H1 receptoru signifikantně snižují hladiny skvalenu a tím i **produkci mazu**.[6] Redukcí zánětu a množství mazu mohou mít antihistaminika synergický efekt s izotretinoinem. Tím mohou umožnit redukci jeho dávky, což může vést

ke snížení možných nežádoucích účinků při terapii perorálním izotretinoinem a ke snížení acne flares. Desloratadine je primárním, aktivním metabolitem loratadinu. Starší studie ukázaly, že desloratadine je přibližně 10–20x silnější ve vazbě na na H1 receptor než loratadine *in vitro* a má 2,5–4x vyšší antihistaminovou potenci u zvířat.[7,8] Desloratadine má i signifikantně delší poločas než loratadine.[9] In vitro studie ukázaly, že desloratadine zabraňuje uvolňování nebo vzniku četných zánětlivých mediátorů včetně IL-4, IL-6, IL-8, IL-13, prostaglandinu, leukotrienu, tryptázy a histaminu. [10,11,12] Další jeho výhody jsou bezpečnost a neexistující interakce s izotretinoinem.

Projevy akné může doprovázet **svědění**.[13] To může mít signifikantní vliv na kvalitu života pacientů s akné. Svědění u akné je tedy důležitým léčebným cílem. Zde se nabízí další možnost užití antihistaminik. V řadě studií [14, 15] bylo při léčbě antihistaminiky svědění aknózních morf méně časté.

Důležitá je i otázka **tvorby jizev**. Na základě skutečnosti, že mastocyty hrají centrální roli v remodelaci kůže a fibróze, může být průběh akné komplikován tvorbou jizev.[16] Proto stabilizátory mastocytů, jako je ketotifen a také antagonisté H1 receptorů mají preventivní vliv na vznik jizev.[17]

Dalším zvažovaným účinkem antihistaminik je antianxiózní efekt sedativních antihistaminik. Existuje několik studií prokazujících zlepšení efektu léčby (nižší počet zánětlivých, eventuálně i nezánětlivých lézí), nižší intenzitu nežádoucích účinků léčby perorálním izotretinoinem (snížení erytému, acne flare), snížení svědění a celkově lepší toleranci léčby při kombinované léčbě perorálním izotretinoinem s desloratadinem oproti léčbě perorálním izotretinoinem samotným.[14, 15, 18, 19]) Autorka sama má pozitivní zkušenosti s touto kombinovanou léčbou u 12 pacientů se závažnou formou akné, první výsledky byly předneseny na Česko-slovenských kongresech 2022 (Jasná, Olomouc) a na konferenci Akné a obličejové dermatózy v listopadu 2022 v Brně.

Lze tedy shrnout, že antihistaminika hrají důležitou roli v léčbě acne vulgaris. Jsou to účinné protizánětlivé léky, snižují lipogenezi v sebocytech. Dále redukují nebo předcházejí s izotretinoinem spojeným nežádoucím účinkům na kůži, mají preventivní vliv na subklinické svědění a obličejový otok. Protizánětlivý efekt může zřejmě snížit formování jizev a zlepšit klinické zarudnutí a další symptomy.

Antihistaminika tedy zasahují do progrese akné a mohou být novým lékem v léčbě akné.[20, 21] Navíc, kombinace perorálního izotretinoinu s antihistaminikem by mohla být preferována před léčbou samotným izotretinoinem s cílem zvýšení účinnosti léčby, spokojenosti a tolerance u pacientů. Další studie jsou vhodné.

ZÁVĚR

Antihistaminika mají důležitou roli v léčbě acne vulgaris, neboť zasahují do progrese akné. Mohou být užity u lehkých forem v kombinaci s lokální léčbou, jejich hlavní význam ale zřejmě bude v užití v kombinaci s perorálním izotretinoinem. Zde může zvýšit účinnost léčby a zároveň i snížením možných nežádoucích účinků zvýšit compliance pacientů. Nejvhodnějším antihistaminikem se zatím zdá být desloratadine.

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.
Akné poradna
Kožní oddělení Nemocnice v Jihlavě
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
nevoralovaz@nemji.cz

1. Dréno, B. What is new in the pathophyziology of acne, an overview. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31(Suppl 5):8–12.
2. Plewig, G., Melnik, B., Chen, W. Acne Classification and Disease Burden. In: Plewig G, Melnik B, Chen, W. Plewig and Kligman's Acne and Rosacea. ISBN 978-3-319-49273-5 4rd ed. Springer Natur Switzerland AG 2019:217–218.
3. Nevoralová, Z.: Léčba akné. In: Rulcová, J., Benáková, N. Obličejové dermatózy, 2. přepracované a doplněné vydání. Mladá fronta 2018, ISBN 978-80-2014-4891-0:27–49.
4. Schaller, M. How to manage severe acne with isotretinoin. Acne symposium. On-line EADV Spring Symposium, May 6–7, 2021.
5. Zoubolis, CH., C. Low doses verus standard doses of isotretinoin in moderate-to-severe acne: High doses. Lecture D3T09.1C, 31st EADV Congress Milano, September 7–10, 2022.
6. Pelle, E., McCarthy, J., Seltmann, H. et al. Identification of histamine receptors and reduction of squalene levels by an antihistamine in sebocytes. J Invest Dermatol 2007;128: 1280–1285.
7. Geha, R. S., Meltzer, E. O. Desloratadine: A new, nonsedating, oral antihistamine. J Allergy Clin Immunol 2001;107:751–762.
8. Kreutner, W., Hey, J. A., Anthes, J. et al. Preclinical pharmacology of desloratadine, a selective and nonsedating histamine H1 receptor antagonist. 1st communication: receptor selectivity, antihistaminic activity and antiallergenic effects. Arzneimittelforschung 2000;50: 345–352.
9. Affrime, M., Gupta, S., Banfield, C. et al. A pharmacokinetic profile of desloratadine in healthy adults, including elderly. Clin Pharmacokinet 2002;41(Suppl 1):13–19.
10. Genovese, A., Patella, V., De Crescenzo, G. et al. Loratadine and desethoxylcarbonyl-loratadine inhibit the immunological release of mediators from human Fc epsilon RI+ cells. Clin Exp Allergy 1997;27:559–567.
11. Lippert, U., Kruger-Krasagakes, S., Moller, A. et al. Pharmacological modulation of IL-6 and IL-8 secretion by the H1-antagonist decarboethoxy-loratadine and dexamethasone by human mast and basophilic cell lines. Exp Dermatol 1995;4:272–276.
12. Schroeder, J. T., Schleimer, R. P., Lichtenstein, L. M. et al. Inhibition of cytokine generation and mediator release by human basophils treated with desloratadine. Clin Exp Allergy 2001; 31:1369–1377.
13. Reich, A., Trybucka, K., Tracinska, A. et al. Acne itch: do acne patients suffer from itching? Acta Derm Venereol 2008;88:38–42.
14. Lee, H. E., Chang, I. K., Lee, Y. et al. Antihistamine as an adjuvant treatment of isotretinoin in acne, J Eur Acad Dermatol Venereol 2014;28(12):1654–1660.
15. Thuong, Nguyen Van, Lan, Duong Thi, Hao, Nguyen Trong et al. Efficacy of Oral Isotretinoin in Combination with Desloratadine in the Treatment of Common Vulgaris Acne in Vietnamese Patients, Maced J Med Sci 2019 Jan 30;7(2):217–220.
16. Garbuzenko, E., Nagler, A., Pickholtz, D. et al. Human mast cells stimulate fibroblast proliferation, collagen synthesis and lattice contraction: a direct role for mast cells in skin fibrosis.
17. Yukselen, V., Karaoglu, A. O., Ozutemiz, O. et al. Ketotifen ameliorates development of fibrosis in alkali burns of the esophagus. Pediatr Surg Int 2004;20(6):429–433.
18. Yosef, A., Dawoud, N. M., Gharib, K. Preliminary evaluation of the clinical efficacy of antihistamines as an adjuvant treatment to isotretinoin for acne vulgaris. Journal of the Egyptian Women's Dermatologic Society. 2017;14(1):49–55.
19. Pandey, M., Agrawal, W. Efficacy of Isotretinoin and Antihistamine versus Isotretinoin Alone in the Treatment of Moderate to Severe Acne: A Randomised Control. Kathmandu Univ Med J 2019: 65(1):14–19.
20. Yavari, V. Antihistamines may be used as an “adjuvant” in treatment of all kinds of acne. Med Hypotheses 2006; 66:447–448.
21. Wang, L. Antihistamine: A Useful Medication with Minimal Adverse Drug Reactions to Improve Acne Symptoms and Reduce Sebum Production (2015). School of Physician Assistant Studies. Paper 508.

Zápis ze schůze výboru ČDS dne 1.12.2022 v Praze

Přítomni:	prof. Arenberger, Dr. Benáková, prim. Drlík, doc. Ettler, Dr. Komrsová, doc. Kuklová, doc. Pánková, Dr. Pásková, prim. Selerová, prof. Štork
On-line:	prof. Arenbergerová
Omluveni:	prim. Duchková, Dr. Polášková, prof. Resl
Místo:	Knihovna Dermatovenerologické kliniky VFN, Praha 2
Čas:	10.00–12.10 hod.

– PROGRAM –

A) Projednáno:

Kontrola zápisu ze schůze výboru ČDS konané dne 20.10.2022 – rozeslán e-mailem, připomínkován a schválen.

B) Nově projednáno:

1. Epikutánní testy – používání testovacích haptenů Chemotechnique schváleno v režimu SLP

   Specifický léčebný program (SLP) konečně, po řadě připomínkování SÚKLem a našem vypořádávání, MZ ČR schválilo. Distributorem je firma AV Medical, kontakt níže. Objednávaní hapténů bude možné, jakmile jim SÚKL přidělí kód. Se situací ohledně testů Chemotechnique byli členové sekce dermatoalergologie seznámeni as. Benákovou na své schůzi 25.11.2022. Pozitivní je, že lékaři nemají povinnost hlásit použití neregistrovaného léčivého přípravku (na rozdíl od mimořádného dovozu, kterým jsou distribuovány v ČR testy Allergeaze).

   Musí ale:

a) informovat pacienta o skutečnosti, že pro epikutánní testování budou použity neregistrované léčivé přípravky (formulace např. „Byl/a jsem informován/a, že nyní jsou testy Chemotechnique pro epikutánní testování vedeny v kategorii neregistrovaného léčiva v rámci specifického léčebného programu.“)

b) pacientovi s pozitivní reakcí na konkrétní hapten při epikutánním testování předat písemnou informaci k danému haptenu („pasport“ jako dosud); písemné informace k haptenům jsou na žádost SÚKLu zveřejněny na webu ČDS – https://www.derm.cz/sekce/alergologicka/. Distributor testů: AV Medical CZ s.r.o., Praha, tel.: +420 603 156 548

2. Sjezd SAD

   Prof. Arenberger navštívil sjezd SAD ve dnech 25.–26.11.2022 v Praze a informoval o práci výboru ČDS. Řešila se bonifikace za prevenci a vyšetření dermatoskopem, také problematika vzdělávacího programu v oboru (složení a délka praxe, zejména u lůžka) i sekce podologie, epikutánní testy a nové kódy. SAD napíše otevřený dopis výboru ČDS. Výbor ČDS zformuloval problematické body k jednání.

3. Derma Update 2023

   Naplánován na 23.2.2023 v centru Cubex Praha. Program je ve stadiu příprav.

4. Organizace LOONO (01/2023)

   Dobrovolnická org. LOONO žádá o spolupráci s výborem ČDS v záležitostech prevence sexuálně přenosných onemocnění a reprodukčního zdraví. Výbor ČDS se takové spolupráci nebrání.

5. Nemedicínské switche
   Pracovní zásady zpracovány komisí pro Biorep. Dne 22.11.2022 proběhla na SÚKLu schůzka, kde se hodnotily zásady záměny dle dg. Nutno zohlednit rozhodnutí EMA, že lze originály s biosimiláry zaměňovat – nikoli však lékárník v lékárně, nikoliv již běžící léčbu originálem. Také u některých diagnóz jako hidradenitida, kde je prokázaný vyšší efekt originálu oproti biosimilaru. Prof. Arenberger za výbor zpracuje formální odpověď.

6. Národní screeningové centrum pro záchyt kožních nádorů pomocí telemedicíny v primární péči
   Doc. Rob žádá o podporu telemedicínského projektu screeningu kožních nádorů. Výbor ČDS podpoří po vyřešení právního rámce, zabezpečení, odpovědnosti a nakládání s osobními údaji.

7. UEMS-EBDV
   Mimo jiné provádí verifikace evropských guidelines – nyní probíhá pro aktinické keratózy. Byly vytvořeny i české guidelines pro melanom, které vyjdou knižně a budou představeny na Derma Update 2023.

8. Subkomise pro ATB politiku (SKAP) ČLS JEP
   Zastupováním ČDS v subkomisi pro ATB politiku ČLS JEP byla navržena a zvolena doc. Kuklová.

9. Novela zákona 306/2012 Sb. k předcházení infekčním nemocem a dokumentů fakultativní VPŘ
   Referuje on-line Dr. Zákoucká s SZÚ: Jedná se o dokumenty, které byly z MZ poslány k připomínkování (izolace). Návrh, aby o skupině nemocí povinně léčených rozhodoval lékař (je tabelizováno). Všechny PN by měly být posunuty do skupiny B, tzn. povinně léčených a k hospitalizaci dle rozhodnutí lékaře. Národní program HIV/AIDS je již v téměř definitivním návrhu a půjde na MZ ČR.

10. Indikace lázeňské péče X/4 (Chronické dermatózy nereagující na léčbu)
    Prim. Drlík upozorňuje na diskrepanci při indikaci, resp. úhradě lázeňské léčby u těžkých genodermatóz. Výbor ČDS podá návrh na zlepšení.

11. Žádost ČAS o zvýšení kompetence sester
    Výbor bere na vědomí a bude o této problematice podrobněji jednat.

INZERCE

DERCOS
VICHY
VLASOVÁ PÉČE

DERCOS DS
šampon proti lupům

č. 1 značka doporučovaná českými dermatology proti lupům a vypadávání vlasů*

*Studie IQVIA™, prosinec 2021, Česká republika, 90 dermatologů odpovídalo na otázku: Které z těchto dermokosmetických značek doporučujte nebo předepisujete v následujících indikacích: lupy/alopecie/ztráta vlasů?

12. Léková agenda (Dr. Benáková) – v období 14.9.–20.10.2022

Bereme na vědomí

Xeljanz (tofacitinib) 2. HZ: v indikaci JIA, SÚKL přiznává úhradu

Mavenclad (kladribin): v indikaci RS, SÚKL upravuje úhradová kritéria

Zeposia (ozanimod): SÚKL přiznává úhradu u RS, nepřiznává u UC

Mayzent (siponimod): SÚKL nepřiznává úhradu u RS

Lonquex (filgrastin): léčba neutropenie u onkologické léčby, rozšíření úhrady i pro děti

Ryeqo (hormon. lék): SÚKL přiznává úhradu u závažných děložních myomů, kde nelze použít chirurgickou léčbu

Bez připomínek

Cibinquo (abrocitinib): SÚKL přiznává úhradu u AD dospělých, indikační kritéria obdobná jako u dupilumabu

Bimzelx (bimekizumab): SÚKL přiznává úhradu u psoriázy, úhradová kritéria obdobná jako u ostatních anti IL-17 a anti IL-23 biologik

Vyčkáme reakce ostatních účastníků:

Rinvoq (upadacitinib): SÚKL přiznává úhradu u AD i v kategorii 12–18 let (souhlas). Ale současně stanovuje nižší cenu (rizikové stran dostupnosti, jediný JAK inhibitor pro tuto věkovou kategorii).

Inhibitory interleukinů k terapii psoriázy – všechna biologika mimo anti TNF: SÚKL snižuje úhradu.

13. Telemedicína a teledermatologie

Výbor ČDS vzhledem k narůstajícímu trendu a poptávce po telemedicínských službách se rozhodl ustavit koordinátora pro tuto problematiku – byl jím pověřen doc. Ettler.

14. Odborné akce ČDS na r. 2023

Prozatímní program na webu ČDS obsahuje 31 odborných akcí. Pro získání záštity bude sekretariát ČLS JEP požadovat sepsání smlouvy s pořadateli.

15. Úhradová vyhláška 2023

Přestože došlo k nedohodě, obsahuje navýšení, 8 % za výkony a 10 % na preskripci, také bonifikace hodnoty bodu za celoživotní vzdělávání, rozšíření pracovní doby, objednávací systém a příjem nových pojištěnců. Navýšení v biologické léčbě činí 24 %.

16. Faktura za web ČDS

Výbor ČDS obdržel fakturu za práce na webu ČDS za II. pololetí roku 2022 ve výši 15 600 Kč a schválil její proplacení.

17. Sekretářky výboru ČDS

Výbor ČDS projednal a schválil DPČ pro dvě sekretářky na rok 2023 ve výši 2 000 Kč/měsíčně.

18. Záštita projektu SPAE

Projekt získávání údajů o pacientech týkající se využívání lokální dermatologické léčby byl předložen výboru ČDS a schválen.

19. Noví členové

Nowá, Reptišová, Zichová, Macháčková, Nožičková, Válová, Fialová, Sobotková, Jelínková, Sinecká, Zemková, Bakinec, Schlogerová, Maršíčková, Coufalová, Čechalová, Křenčilová, Solanská, Olejníková.

Ukončení členství: Koudelková, Maxová

Snížení: Minárčíková, Pohanková

20. Různé

První odbornou akcí v roce 2023 jsou již 6.–8.1.2023 25. Lipovské dny.

21. Příští schůze výboru ČDS:

12.1.2023 v Praze

Zapsal: doc. Ettler

Dokument je publikován v souladu se zásadami GDPR.

START | POKRAČOVÁNÍ

ÚČINNÁ ODPOVĚĎ NA ERUPCE PSORIÁZY[1–5]

Účinnější léčba vzplanutí v porovnání s kombinací kalcipotriol/betamethason-dipropionátu v masti a gelu.*

PROAKTIVNÍ LÉČBA ZDÁNLIVĚ SPÍCÍ PSORIÁZY[1, 6]

Více dní v remisi během roku (v porovnání s reaktivní léčbou)[6]

Enstilar® je první lék na lokální léčbu psoriázy, jehož data z klinických studií fáze III porovnávají reaktivní a proaktivní léčbu po dobu 52 týdnů od úvodní léčby vzplanutí.[6]

Enstilar®
kalcipotriol/betamethason-dipropionát

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

Název přípravku: Enstilar 50 mikrogramů/g + 0,5 mg/g kožní pěna. **Složení:** Jeden gram kožní pěny obsahuje calcipotriolum 50 mikrogramů (jako calcipotriolum monohydricum) a betamethasonum 0,5 mg (jako betamethasoni dipropionas). **Indikace:** Topická léčba psoriasis vulgaris u dospělých. **Dávkování:** *Léčba vzplanutí:* Jednou denně na postižená místa. Doporučená délka léčby jsou 4 týdny. *Dlouhodobá udržovací léčba:* Pacienti, kteří reagovali ve 4 týdnech na léčbu přípravkem Enstilar jednou denně, jsou vhodní pro dlouhodobou udržovací léčbu. Přípravek má být aplikován dvakrát týdně ve dvou po sobě nenásledujících dnech na oblasti dříve postižené psoriasis vulgaris. Mezi aplikacemi mají být 2 – 3 dny bez léčby přípravkem. Maximální denní dávka nemá překročit 15 g, tj. jedna 60g nádobka má vystačit na nejméně 4 dny léčby. Pokud jsou používány další topické přípravky s obsahem kalcipotriolu, celková denní dávka kalcipotriolu nemá překročit 15 g. Celková ošetřená plocha těla nemá překročit 30 %. *Porucha funkce ledvin a jater:* Bezpečnost a účinnost u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin nebo těžkými poruchami funkce jater nebyla hodnocena. *Pediatrická populace:* Bezpečnost a účinnost u dětí mladších 18 let nebyla stanovena. V současnosti dostupné údaje u dětí od 12 do 17 let věku jsou uvedeny v bodech 4.8 a 5.1 plné verze souhrnu údajů o přípravku, ale na jejich základě nelze učinit žádná doporučení ohledně dávkování. **Způsob podání:** Kožní. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Erytrodermická a pustulózní psoriáza. Vzhledem k obsahu kalcipotriolu je Enstilar kontraindikován u pacientů se zjištěnými poruchami metabolismu vápníku. Vzhledem k obsahu kortikosteroidu je Enstilar kontraindikován při následujících stavech: virové (např. herpetické infekce nebo varicella) kožní léze, mykotické nebo bakteriální kožní infekce, parazitární infekce, kožní projevy tuberkulózy, periorální dermatitida, atrofická kůže, atrofické strie, fragilita kožních žil, ichthyóza, acne vulgaris, acne rosacea, rosacea, vředy a rány. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Kvůli systémové absorpci se mohou objevit i během topické léčby kortikosteroidy nežádoucí účinky, které byly pozorovány u systémové léčby kortikosteroidy, jako je suprese kůry nadledvin nebo porucha kompenzace diabetu mellitu. Je nutné se vyhnout aplikaci pod okluzivní obvaz, na velké plochy poškozené kůže, na sliznice nebo do kožních záhybů. Nepoužívat na obličej a genitálie. Po každé aplikaci umýt ruce. Může být hlášena porucha zraku. Pokud se u pacienta objeví symptomy, jako je rozmazané vidění nebo jiné poruchy zraku, zvážit odeslání pacienta k očnímu lékaři za účelem vyšetření možných příčin (katarakta, glaukom nebo centrální serózní chorioretinopatie). Při léčbě psoriázy topickými kortikosteroidy existuje po přerušení léčby riziko generalizované pustulózní psoriázy nebo rebound fenoménu. Doporučuje se vyhýbat nadměrné expozici přirozenému nebo umělému slunečnímu záření. Pomocnou látka butylhydroxytoluen může způsobit místní kožní reakce (např. kontaktní dermatitidu), nebo podráždění očí a sliznic. **Interakce:** Žádné studie interakcí nebyly provedeny. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášeným nežádoucím účinkem při léčbě jsou reakce v místě aplikace. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. Extrémně hořlavý aerosol. Tlaková nádobka: může se roztrhnout, pokud je vystavena horku. Chraňte před slunečním zářením. Nevystavujte teplotám nad 50 °C. Nepropichujte nebo nepalte ani po vyprázdnění. Nestříkejte do otevřeného ohně nebo jiného zdroje vznícení. Neuchovávejte v blízkosti vzniku jisker, otevřeného ohně nebo jiného zdroje vznícení. V blízkosti nádobky nekuřte. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Dánsko. **Registrační číslo:** 46/254/16-C **Způsob výdeje a hrazení:** Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 10.09.2020. **Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte plnou verzi souhrnu údajů o přípravku. Reklama na léčivý přípravek.**

Literatura
1. Souhrn údajů o přípravku Enstilar 50 mikrogramů/g + 0,5 mg/g kožní pěna (10.09.2020). **2.** Pink AE *et al. J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;**33**(6):1116–1123.
3. Leonardi C *et al. J Drugs Dermatol* 2015;**14**(12):1468–1477. **4.** Koo J *et al. J Dermatolog Treat* 2016;**27**(2):120–127. **5.** Paul C *et al. J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;**31**:119–26.
6. Lebwohl M et al. J Am Acad Dermatol 2020; doi: 10.1016/j.jaad.2020.09.037

* Posuzované podle dosaženého PGA0/1 skóre ve 4. týdnu léčby pro formu masti. Podle dosaženého skóre PGA0/1 a PASI75 ve 4. týdnu pro Enstilar a v 8. týdnu pro formu gelu (mimo kštici).

LEO

MAT-43094

Jak důležité je pro Adama PASI* 100?

kyntheum®

Brodalumab

ČISTÉ SEBEVĚDOMÍ

Kyntheum zlepšuje kvalitu života a nabízí celkovou úlevu od symptomů. Více než 60 % pacientů dosahuje úplného zhojení kožních projevů.[1,2,3]

Rychlý nástup účinku[4]

Vysoká míra zhojení[5]

Dlouhodobý účinek[5]

Přípravek Kyntheum® je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých pacientů, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu.[2]

PASI* 100 znamená pro Adama mnohem více než jen zdravou kůži[1]

*PASI, index rozsahu a závažnosti psoriázy.

Zkrácená informace o léčivém přípravku

Název léčivého přípravku: Kyntheum® 210 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. **Složení:** Předplněná injekční stříkačka obsahuje brodalumabum 210 mg v 1,5 ml roztoku. Jeden ml roztoku obsahuje brodalumabum 140 mg. **Léková forma:** Injekční roztok (injekce). **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké ložiskové psoriázy u dospělých pacientů, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. **Dávkování:** Doporučená dávka je 210 mg ve formě subkutánní injekce v týdnech 0, 1 a 2, následovaná dávkou 210 mg každé 2 týdny. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku, aktivní Crohnova nemoc a klinicky významné aktivní infekce např. aktivní tuberkulóza. **Zvláštní upozornění:** Případy nových nebo exacerbovaných zánětlivých střevních onemocnění byly hlášeny s inhibitory IL-17, proto se Kyntheum nedoporučuje pacientům se zánětlivým střevním onemocněním. Byly hlášeny případy sebevražedných představ a chování, včetně dokonaných sebevražd. Většina pacientů, u kterých se objevilo sebevražedné chování, měla v anamnéze depresi a/nebo sebevražedné představy a chování. Byly hlášeny vzácné případy anafylaktických reakcí. Přípravek může zvyšovat riziko infekcí. Jestliže se plánuje použít přípravek u pacientů s chronickou infekcí nebo s opakovanou infekcí v anamnéze, je třeba postupovat opatrně. Doporučuje se, aby pacienti v souladu s místními imunizačními předpisy podstoupili všechna potřebná očkování ještě před zahájením léčby přípravkem. **Interakce:** Současně s přípravkem se nesmí podávat živé vakcíny. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu nejméně 12 týdnů po jejím ukončení používat účinnou antikoncepci. Údaje o podávání brodalumabu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Není známo, zda se brodalumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Časté - chřipka, dermatofytózy, bolest hlavy, orofaryngeální bolest, průjem, nauzea, artralgie, myalgie, únava, reakce v místě injekce. Méně časté – kandidózy, neutropenie, konjunktivitida. Vzácné – anafylaktická reakce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek se smí uchovávat v krabičce a při pokojové teplotě (do 25 °C) maximálně po dobu 14 dnů, a to pouze jednou. Jakmile se přípravek vyjme z chladničky a nechá se ohřát na pokojovou teplotu (do 25 °C), musí se použít do 14 dní nebo zlikvidovat. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Dánsko. **Registrační číslo:** EU/1/16/1155/001, EU/1/16/1155/002. **Způsob výdeje a hrazení:** Výdej je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 22. 7. 2020. **Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte plnou verzi souhrnu údajů o přípravku.**

Reklama na léčivý přípravek.

Reference: 1. Strober B, et al. J Am Acad Dermatol 2016;75(1):77–82. **2.** Souhrn údajů o přípravku Kyntheum® (brodalumab), 22. 7. 2020. **3.** Chiricozzi A, et al. Int J Mol Sci 2018;19(1):179. **4.** Blauvelt A, et al. Rapid onset of action in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with brodalumab: A pooled analysis of data from two phase 3 randomized clinical trials (AMAGINE-2 and AMAGINE-3). **5.** Lebwohl M, et al. N Engl J Med 2015;373:1318 –28.

MAT-43170

LEO®

LEO Pharma s.r.o., Lomnického 1705/7, 140 00 Praha 4