

BÉRCOVÝ VŘED

MUDr. Blanka Žuffová-Kunčová

Kožní oddělení Vojenské nemocnice, Olomouc

Autorka článku shrnuje základní informace o diagnóze „ulcus cruris“. Uvádí definici onemocnění a základní statistická data o výskytu nemoci v populaci. Zabývá se klasifikací onemocnění dle etiologie a klinického obrazu. Podrobněji rozebírá řadu faktorů místních i systémových, které hojení chronické ulcerace ovlivňují s důrazem na multidisciplinární přístup k léčbě chronické rány. V závěru se zaměřuje na diagnostiku bércového vředu v ambulanci praktického lékaře.

Klíčová slova: ulcus cruris, klasifikace, etiologie, faktory ovlivňující hojení, diagnóza „ulcus cruris“ v ambulanci praktického lékaře.

Med. Pro Praxi 2007; 5: 228–232

V posledních desetiletích došlo ve většině zemí Evropy a Severní Ameriky k prudkému zvýšení životní úrovně. S vyšším životním standardem se výrazně zlepšila i výživa, hygiena a zdravotní péče u většiny obyvatel. Důsledkem těchto jevů jsou změny demografického složení obyvatelstva a zvýšení průměrného věku populace. Nemoci spojené dříve s vysokým věkem se objevují i u populace produktivního věku. Mezi tato onemocnění patří i bércové vředy – ulcera cruris.

Ve věkové skupině nad 80 let se bércové vředy vyskytují u 4–5 % lidí. V populaci produktivního věku je prevalence ulcerací 1%. Ženy jsou postiženy častěji, a to v poměru 2:1, s přibývajícím věkem se tento poměr snižuje. Ulcerace jsou onemocněním chronickým, s častými recidivami a dlouhou dobou léčby a představují pro pacienty v produktivním věku významné snížení pracovní výkonnosti a kvality života. Neukáznenost pacientů, nedodržování léčebných a preventivních opatření průběh onemocnění ještě zhoršuje a prodlužuje. Léčba je nákladná, náročná na čas i materiál a vyžaduje kvalifikovaný zdravotnický personál. To vše činí z tohoto onemocnění závažný léčebný ale i sociální a ekonomický problém v mnoha průmyslově vyspělých zemích.

Bércový vřed – ulcus cruris má řadu definicí dle jednotlivých autorů. Nejčastěji je ale definován jako **chronická rána zasahující různě hluboko do tkáně, jejíž léčba trvá déle než 6 týdnů. Vzniká následkem závažných trofických změn tkáně poškozené předchozím onemocněním, nejčastěji vaskulárním.** Nejvíce postiženou bývá oblast nohy a bérce. Příčiny bércových vředů jsou různé a mohou se i kombinovat. Z těchto důvodů je **určení etiologie bércového vředu základním a nejdůležitějším předpokladem úspěšné léčby.** Ta musí být vždy komplexní a pro zvýšení její efektivity je vhodné klasifikovat ulceraci i dle klinického vzhledu.

Klasifikace **dle etiologie** rozděluje primárně příčiny ulcerací na příčiny zevní a vnitřní.

Příčiny zevní:

fyzikální inzulty – defekty posttraumatické, dekubitální, aktinické, termické, chladové, artefakty,

chemické příčiny – kyseliny, louhy, rostlinné látky, **infekční onemocnění** – erysipel, ecthyma, TBC, hluboké mykózy, syfilis, aktinomykóza, vzácně lepra, leishmanióza, diftérie, antrax.

Příčiny vnitřní:

venózní poruchy – tvoří 60 až 80 % všech ulcerací varikózní a posttrombotické,

arteriální poruchy – obliterující arterioskleróza, endarteritis obliterans, livedo reticularis, atrophie blanche, hypertenze, arteriovenózní anastomózy,

hematologická onemocnění – anémie, dysproteinemie, trombocytopenie,

lymfatické poruchy – lymfatická dysplazie, sekundární pozánětlivý lymfédém,

neuropatické ulcerace – polyneuropatie, sclerosis multiplex, poliomyelitida, syringomyelie, Wernerův syndrom,

metabolická onemocnění – diabetes mellitus, hyperurikémie, hyperparatyroidismus, chronická renální insuficience,

autoimunitní onemocnění – vaskulitidy, sklerodermie, systémový lupus erythematosus, pyoderma gangrenósum, nodózní polyarteritida, antifosfolipidový syndrom, Wegenerova granulomatóza, **v rámci neoplazií** – basaliom, spinaliom, melanom, morbus Bowen, sarkom (i Kaposiho) metastázy jiných tumorů,

genetické defekty – Klippel-Trenaunayův syndrom.

Klasifikace ulcerací **dle klinického vzhledu** odpovídá přibližně fázím hojení a je důležitá při výběru vhodného lokálního prostředku z širokého spektra nyní dostupných moderních krycích materiálů. Každý materiál je vždy indikován pro určitou fázi (vzhled rány).

Rána tzv. **černá** (nekrotická) a rána **žlutá** s fibrinovými povlaky, exsudací a známkami infekce odpovídají zhruba fázi zánětlivé. Vzhled rány **červené** je dán červenými granulacemi na spodině defektu ve fázi granulační. Rána **růžová**

Obrázek 1. Ulcera cruris venózní etiologie s flebolymfédémem



Obrázek 2. Ulcus cruris arteriální etiologie



Obrázek 3. Ulcus pedis při diabetu



je obrazem postupující epitelizace ve fázi reepitelizace.

Proces hojení chronické rány klade na organismus pacienta vysoké nároky a to hlavně v oblasti procesů regenerace a reparace na úrovni buněčné a tkáňové. Je ovlivněn řadou lokálních i systémových faktorů, které mohou hojení negativně ovlivnit.

Z místních faktorů je rozhodující krevní zásobení, rozsah, hloubka a lokalizace postižené oblasti. Při poruše prokrvení dochází k deficitu kyslíku, který je jedním z nejdůležitějších faktorů hojení.

Další místní faktory, které je nutno brát v úvahu, jsou: přítomnost infekce, cizí tělesa v ráně, dehydratace tkáně, výkyvy teploty, nadměrná exsudace, přítomnost nekrotických fibrinových povlaků na spodině defektu, macerace okolí, ale i eventuální projevy kontaktní alergie v okolí.

Systémové faktory ovlivňují hojení chronické rány na úrovni celého organismu. Rozhodujícím faktorem je vždy základní příčina onemocnění, často spojená s přídatnými chorobami a celkovou infekcí. Mezi častá doprovodná onemocnění zvláště u starších pacientů patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, respirační onemocnění, diabetes mellitus, nádorová onemocnění, choroby pojiva a autoimunitní poruchy. S těmito chorobami úzce souvisí i vliv různých farmak, která negativně ovlivňují průběh hojení. Jsou to především cytostatika, imunosupresiva, antiflogistika, antikoagulantia a cytotoxické léky. Do této skupiny lze počítat i vliv alkoholu a eventuální abúzus drog.

S přibývajícím věkem pacienta se snižuje schopnost buněčné reparace, což zpomaluje hojení rány, které je zároveň i méně kvalitní. U starších pacientů se zároveň často setkáváme s poruchami výživy, a to buď ve smyslu kachexie nebo častěji obezity. Proto je nutné vždy myslet na přísun základních živin, především bílkovin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Hypoproteinémie výrazně snižuje obrannou schopnost organismu, zvláště schopnost fagocytózy, prodlužuje syntézu kolagenu, proteoglykanů, inhibuje angiogenezi.

Nedostatek vitamínu C, který se jako kofaktor účastní syntézy kolagenu, se projeví tvorbou abnormálního kolagenu, mezibuněčné matrix a celkovým oslabením imunity. Karence vitamínů A významně zpomaluje tvorbu kolagenu a epitelizaci rány. Je třeba myslet i na to, že vitamin A antagonizuje negativní vliv steroidů. Nedostatek vitamínu K může způsobovat krvácení z defektu, nedostatek vitamínu B a E zpomaluje zesíťování kolagenu a tvorbu jizvy při zhojení rány.

Z minerálních látek je pro proces hojení důležitý především sodík, draslík, kalcium a hořčík, ze

stopových prvků je to měď a zinek. Podíl zinku na procesu hojení je nutno obzvlášť zdůraznit, protože je významným stimulatorem růstových faktorů a je součástí řady enzymatických pochodů.

Z dalších systémových faktorů je nutno vždy brát v úvahu přítomnost a intenzitu bolesti a s tím spojenou kvalitu spánku. Silná chronická bolest špatně reagující na analgetickou léčbu je často průvodním jevem při nehojících se ulceracích zvláště arteriálního původu. Snížení intenzity bolesti a z kvalitnějšího spánku vede ke zlepšení imunitního stavu organismu a k urychlení procesů hojení.

Nejenom fyzický stav pacienta, ale i jeho psychika hraje významnou roli v hojení chronické rány. Psychologické faktory ovlivňující průběh léčby, dříve nebyly mnohdy vůbec brány v úvahu, ale v poslední době se jejich vliv na hojení stále více zdůrazňuje. Postoj pacienta k hojení rány, jeho vědomosti, porozumění, motivace, compliance a v posledních letech i snaha o dobrou „body image“ – to vše má významný podíl na rychlosti a úspěšnosti léčby chronické ulcerace.

Nelze zapomenout i na způsob života pacienta, jeho zaměstnání, pohybové aktivity, kulturní zvyky, stav domácího prostředí a dostupnost zdravotní péče, finanční situaci (možnost vyšších doplateků za léčebné přípravy) a eventuální životní stresy – to vše je během léčby nutné aktivně zjišťovat a počítat s vlivem těchto faktorů na průběh onemocnění.

Polyetiologie onemocnění „ulcus cruris“ a velké množství místních a celkových faktorů, které ovlivňují průběh a hojení chronické rány, vyžaduje nutně multidisciplinární spolupráci při léčbě – jen tak může být terapie úspěšná a ekonomická. Proto i v České republice vznikla Společnost pro léčbu chronické rány, která garantuje multidisciplinární a komplexní přístup k léčbě a definuje základní obecné principy komplexní péče o nemocné s chronickou ulcerací. Na prvním místě je vždy určení etiologie rány, poté identifikace faktorů prolongujících hojení, vytvoření optimálního lokálního prostředí (moderní krytí), aplikace systémové a chirurgické léčby, využití moderní fyzikální terapie a podpůrná intervence (prevence, odstranění rizikových faktorů, sledování po zhojení).

Závěr

Pacient s nehojící se ulcerací přichází nejčastěji s tímto problémem poprvé za svým praktickým lékařem. Proto se obvodní lékař stává prvním odborníkem, který určí směr léčby a další vývoj onemocnění.

Nevhodná, zastaralá a špatně vedená léčba bez multidisciplinárního přístupu a bez zajištěné spolu-

Obrázek 4. Rána černá



Obrázek 5. Rána žlutá



Obrázek 6. Rána červená



Obrázek 7. Rány červené a růžové



práce nemocného vede k velmi těžkému a nevratnému poškození pacienta, které hluboce zasahuje do jeho života i do života celé jeho rodiny. To je nutno mít na paměti vždy, když diagnózu „ulcus cruris“ stanovujeme a zahajujeme léčbu.

MUDr. Blanka Žuffová-Kunčová

Kožní oddělení Vojenské nemocnice, Olomouc
Sušilovo nám. 5, 77 111 Olomouc
e-mail: zuffova.b@seznam.cz

Doporučené postupy pro praktické lékaře

- cíleně se ptát na rodinnou zátěž, přítomnost diabetu, hyperlipoproteinémie, prodělané operace, záněty žil, abúzus kouření a na současnou medikaci pacienta,
- pečlivé fyzikální vyšetření, při kterém si všímáme stavu a barvy kůže, adnex, přítomnosti kalusů, ragád, bul, zánětlivých lézí, jizev, edémů a ortopedických abnormit v oblasti dolních končetin. Palpujeme tepny, žíly, sledujeme kožní teplotu a citlivost, přítomnost zvětšených uzlin ve třísech. Orientačně můžeme provést fukční polohovou zkoušku a ptáme se na klaudikační vzdálenost,
- dále je vhodné provést základní laboratorní vyšetření (glykémie, albumin, celková bílkovina, FW, CRP, krevní obraz), i když tato bývají často negativní. Tato vyšetření nám ale mohou pomoci určit a vyloučit některé faktory prolongující dobu onemocnění,
- v současné době jsou pro etiologii onemocnění rozhodující vyšetření přístrojová – dopplerovské vyšetření tepen a žil, CT angiografie (s použitím kontrastní látky), eventuálně vyšetření tepen a žil magnetickou rezonancí (bez použití kontrastní látky),
- pokud defekt i přes léčbu trvá více než 2–3 měsíce, je vhodné pacienta předat k dalšímu léčení na pracoviště specializované k léčbě chronických ran. Již při zahájení léčby používáme dostupné moderní obvazové materiály.

Literatura

1. Braun-Falco O, Plevig G, Wolf H. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta 2001.
2. Bém R, Jirkovská A, Fejfarová V. Neuropatické defekty – diagnostika a léčba. Diagnóza 2005; 1: 3–5.
3. Jung EG, Moll I. Dermatologie. Stuttgart: G. Thieme Verlag 2003.
4. Kortig HC, Callies R, Reusch M. Dermatologische Qualitätssicherung: Leitlinien und Empfehlungen. München: W. Zuckschwerdt Verlag. 2003.
5. Pospíšilová A. Etiologie a diferenciální diagnostika bérkových vředů. Trendy v medicíně 2000; 4: 4–7.
6. Pospíšilová A. Komplexní pojetí léčby chronických ran. Čes. -slov. Derm. 2005; 2: 82–86.
7. Resl V. Hojení chronických ran. Praha: Grada Publishing 1997.
8. Tošenovský P. Arteriální, žilní a neuropatické defekty. Diagnóza 2005; 1: 3–5.
9. Vohradníková O, Perušičová J. Kožní projevy při diabetes mellitus Praha: Maxdorf Jessenius 1996.