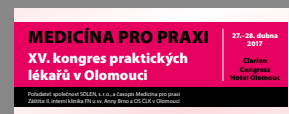


Zaznělo na IV. kongrese praktických lékařů, Plzeň, 24.–25. listopadu 2017:



Onemocnění způsobená poruchami fosfokalciového metabolismu

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Na IV. ročníku Kongresu praktických lékařů, který se uskutečnil ve dnech 24.–25. 11. 2017 v Plzni přednesl prof. Broulík zajímavou přednášku o poruchách kalciumfosfátového metabolismu u starší populace z pohledu zejména primární péče. Vzhledem k prodloužení střední délky života a růstu zastoupení geriatrických pacientů v našich ambulancích jde o téma, které se dotýká každého z nás. Poruchy kalciumfosfátového metabolismu, zejména deficit vitamínu D a kalcia, nacházíme u 90 % pacientů starších sedmdesáti let. Jde tedy o velmi početnou skupinu pacientů, z nichž je naprostá většina léčena a sledována v ambulancích primární péče. Právě na praktických lékařích tak leží ono břímě zajištění správného managementu těchto pacientů s cílem zabránění rozvoje následných komplikací poruch kalciumfosfátového metabolismu – tedy osteopenie a osteoporózy (a s osteoporózou spojených patologických fraktur skeletu, které významně snižují kvalitu a v řadě případů i délku života našich seniorů).

Fyziologické stárnutí je provázáno řadou přirozených involučních dějů, které postihují všechny orgánové soustavy a často jsou podmíněny multifaktoriálními činiteli. Jedním z těchto dějů je i rozvoj sarkopenie. Jde o závažný děj, v jehož důsledku dochází k úbytku svalové síly, což je spojeno s vyšším výskytem bolestí kloubů a svalů a s významně zvýšeným rizikem pádů. A proč sarkopenii zmiňujeme v souvislosti s poruchami kalciumfosfátového metabolismu? Oním pojítkem těchto dějů je vitamin D. Ve stáří kůže ztrácí svou funkci syntézy vitamínu D. Zatímco mladý člověk po insulaci dokáže nasyntetizovat dostačující množství vitamínu D, pacienti nad 70 let tuto schopnost de facto ztrácí. Vitamin D se v těle účastní celé řady dějů, a kromě své asi nejznámější funkce – kontroly kalcemie, má rovněž velký význam pro svalovou sílu – při deficitu vitamínu D dochází k rozvoji myopatie a progresi

sarkopenie. Bohužel nejen funkce kůže ve stáří „vážne“. Rovněž i ve střevě dochází k involučním dějům a geriatrickí pacienti, vedle snížené syntézy vitamínu D v kůži, trpí i nižším vstřebáváním vitamínu D ve střevě. Kromě nižšího vstřebávání vitamínu D dochází ve stáří ve střevě rovněž ke snížení vstřebávání kalcia. Kombinace hypovitaminózy D a sníženého přísunu exogenního kalcia pak vede k reaktivnímu navýšení hladiny parathormonu a v jeho důsledku ke zvýšenému kostnímu obratu, zejména osteoresorpci, a po delším čase k rozvoji osteopenie až osteoporózy.

Shrneme-li tedy výše uvedené, snížená dostupnost vitamínu D a kalcia ve stáří vede u pacientů k rozvoji nežádoucích kostních i svalových změn. Klinicky se pak toto manifestuje bolestmi svalů, bolestmi zad či svalovou slabostí. U těchto pacientů nacházíme poruchy chůze, rovnováhy a častější výskyt pádů. Snížení pohybu pacienta

pak druhotně vede k dalšímu úbytku svalové hmoty, navýšení kostního obratu a zvýšení kalcieurie a další progresi zmiňovaných patologických dějů. Jak tedy těmto změnám předcházet či jak je snížit, pokud už u pacienta nastaly? Zcela zásadní je navýšení přísunu vitamínu D a kalcia (což je ostatně i základním pilířem v léčbě již rozvinuté osteoporózy). Z potravin bohatých na vitamin D lze doporučit mořské ryby, nicméně jejich konzumace je v naší populaci zanedbatelná, a proto nezbyvá než vitamin D a kalcium substituovat. Běžně doporučujeme denní přísun 500–1 000 mg kalcia a alespoň 800 I.U. vitamínu D – dle klinických studií vede tato dávka k redukci relativního rizika vzniku patologických zlomenin skeletu o celých 33 %. Navíc jde o dávku vitamínu D bezpečnou a díky řadě dostupných preparátů na trhu o dávku snadno dávkovatelnou (například 1x týdně aplikace 14



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Pavel Rutar, pavel.rutar@homolka.cz

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, 150 30 Praha

Cit. zkr: Med. praxi 2018; 15(1): 57–58

kapek preparátu Vigantol – 1 kapka Vigantolu obsahuje 500 I.U. vitamínu D). Na trhu rovněž existuje řada kombinovaných preparátů kalcia a vitamínu D.

U koho a kdy tedy zahájit substituci vitamínem D a kalcíem? A jaký smysl má laboratorní monitorace této terapie? Paušálně, tedy jako preventivní podání, se doporučuje podávat vitamin D všem pacientům nad 70 let. U mladších pacientů pak v případě, že se u nich vyskytnou rizikové faktory vzniku osteoporózy nebo jim již byla osteopenie či osteoporóza diagnostikována. Laboratorní stanovení kalcidiolu není při substituci vitamínem D běžně nutné. Finanční nákladnost tohoto vyšetře-

ní je značná a je tedy indikováno zejména u pacientů, u nichž existují rizikové faktory pro selhání podávané substituce (např. u pacientů s malnutricí – celiaků či pacientů po resekčních střevních výkonech apod., u těchto pacientů v některých případech užíváme dokonce až padesátinásobné dávky běžně doporučené pro zbylou populaci). Dále je doporučeno kontrolovat hladinu vitamínu D u pacientů, u nichž na terapii nenastane očekávaná klinická odpověď či u pacientů chronicky užívajících kortikoterapii či antikonvulziva.

Závěrem lze tedy shrnout, že paušálním podáváním 500–1 000 mg kalcia a alespoň 800 I.U. vitamínu D denně u pacientů nad 70 let vý-

znamně redukuje vývoj sarkopenie a osteopenie/osteoporózy. Zachování dobré kvality muskuloskeletální soustavy s sebou prokazatelně nese i významné snížení rizika pádů a vzniku patologických zlomenin (až o třetinu) a má tedy významný příznivý vliv na kvalitu a často i na délku života našich pacientů. Doporučená dávka vitamínu D, alespoň 800 I.U. denně, je dávkou bezpečnou a dobře tolerovanou, v rámci zlepšení adherence pacienta k terapii ji lze jednoduše aplikovat i jednou týdně (např. 14 kapek přípravku Vigantol). Finančně nákladná monitorace hladin vitamínu D je indikována jen u vybraných skupin pacientů, u naprosté většiny pacientů není nutná.