

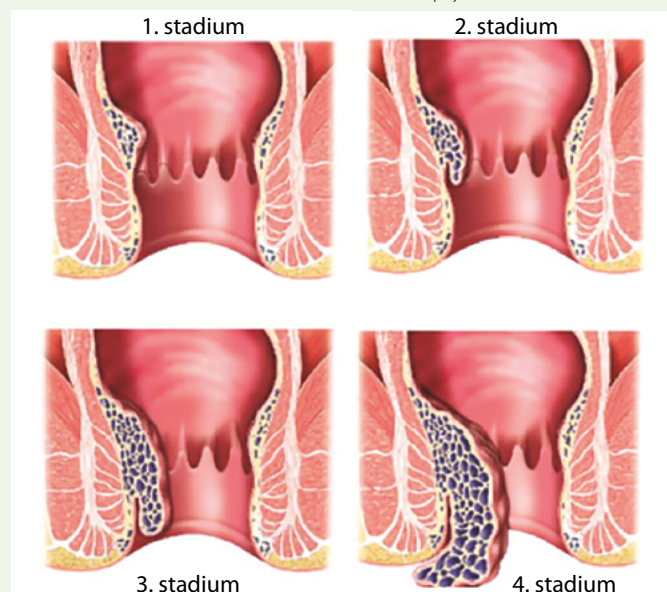
Součástí **režimových opatření** v léčbě CVD je dostatek pohybu, tj. pravidelná fyzická aktivita. Vhodná je chůze (procházky, turistika, chůze do schodů), rekreační gymnastika, jogging, jízda na kole, plavání, běhkování či tanec. Mezi nevhodné sporty patří vzpírání (včetně zvedání a nošení těžkých předmětů, typické např. pro maminky malých dětí), horská cyklistika, tenis, squash, fotbal, hokej, ragby (tj. sporty, kde dochází k prudkým intenzivním kontrakcím lýtkového svalstva). V rámci režimových opatření je třeba se vyvarovat dlouhého stání a sezení. Při sedavém zaměstnání se doporučuje tzv. žilní gymnastika, odpočinek s elevací dolních končetin a sprchování dolních končetin studenou vodou. U obézních jedinců je vhodná redukce tělesné hmotnosti. Pacienti s CVD by měli nosit volné spodní prádlo a ponožky/podkolenky a obuv na nižším podpatku. Omezit by měli pobyt v horkém prostředí (na slunci, v sauně, ve vířivce). Protože projevem CVD mohou být také hemoroidy, doporučuje se udržovat pravidelnou a měkkou stolicí prostřednictvím vhodného jídelníčku s dostatkem vlákniny a tekutin (1).

Hemoroidální onemocnění

Patogeneze, projevy a klasifikace hemoroidálního onemocnění

Při diagnostice a léčbě hemoroidálního onemocnění je možné se řídit podle Doporučeného postupu České lékárnické komory z roku 2014 (9) nebo podle Doporučených postupů pro praktické lékaře z roku 2021 (10). Hemoroidy neboli hemoroidální žilní pleteně jsou fyziologickou anatomickou strukturou nacházející se v konečniku. Doplňují funkci svěrače při udržení kontinence stolice. Pouze když vyvolávají obtíže, jde o hemoroidální onemocnění (HD). V patogenезi HD se uplatňuje nedostatečnost submukózní pojivové tkáně, trvale zvýšený tonus análního svěrače a ztížený odtok žilní krve z oblasti konečniku. Příznaky HD jsou bolest, krvácení, svědění/pálení, pocit vlhké řiti. Charakteristické je střídání období potíží a období klidu (přibližně každé 3 týdny) (10).

Obr. 2. Stadia hemoroidálního onemocnění (11)



Rozlišujeme vnitřní a zevní hemoroidy, častější bývají vnitřní, případně kombinované. HD rozdělujeme do 4 stupňů a i zde platí, že bez účinné léčby onemocnění postupně progreduje. V 1. stadiu jsou hemoroidy v původní anatomické poloze a projevují se pouze občasnými příznaky (kapky krve na toaletním papíru po stolici). Ve 2. stadiu se hemoroidy přechodně objevují u okraje anu při tlačení na stolicí, poté se spontánně vrací. Příznaky zahrnují krvácení, svědění, pocit vlhké řiti či tlaku a výtoky. O 3. stadiu hovoříme v případě výhřezu hemoroidálních uzlů při vyprazdňování, který vyžaduje manuální napravení. Dochází k progresi zánětu, krvácení je méně výrazné, objevuje se špinění. Nejtěžší 4. stadium je charakterizováno trvalým prolapsem hemoroidálních uzlů, které jsou ireponibilní. Pacienti popisují trvalý diskomfort, silné bolesti, krvácení, špinění a známky inkontinence. Ve 4. stadiu se může jednat buď o akutní stav, který je ještě vratný do nižších stadií po podání lokální léčby v kombinaci s venotoniky, nebo jde o chronický problém s fibrotizací vyhrzlé pleteně, kterou je již nutné odstranit chirurgicky (Obr. 2) (11).

Konzervativní léčba HD

Již od prvních projevů HD jsou doporučena venofarmaka, jako je MPFF, diosmin, hesperidin, extrakt z *Ginkgo biloba*, kalcium dobesilát či tribenosid (10). Měla by vždy doplňovat lokální léčbu, trénink vyprazdňování a režimová opatření. Pacienti s HD mají často zácpu, proto by měli věnovat pozornost stravě změkčující stolici.

Systémová léčba HD v podobě **venofarmak** přináší úlevu v akutní fázi, ale je účinná i při chronickém podávání. MPFF prokázala rychlé zmírnění příznaků při akutní hemoroidální atace při dávkování 6 tablet/den první 4 dny, 4 tablety denně následující 3 dny a poté 2 tablety denně. V randomizované dvojité zaslepené placebem kontrolované studii vedla léčba MPFF® již od 2. dne k většímu zmírnění proktitidy a análního diskomfortu, k významnému snížení krvácení z konečniku, bolesti a análního výtoku. Pacienti léčení MPFF® uváděli významné zkrácení a zmírnění závažnosti probíhající hemoroidální ataky v porovnání s předchozími atakami, kdy MPFF® neužívali. Po 7 dnech léčby MPFF® bylo v porovnání s placebem 2x více pacientů bez krvácení, 3x více bez pruritu a 5x více bez bolesti (12).

V **lokální léčbě** lze využít rovněž venofarmaka a vhodné je volit přípravek dle skladby příznaků pacienta. Pokud uvádí krvácení, jsou vhodné přípravky obsahující kromě venofarmak také hemostyptika a adstringencia (polykresulen, vápenatá sůl karboxycelulózy, zásaditý gallan bismutitý, kopolymer HEMA-HAS) nebo dubovou kůru, při svědění nebo bolesti pak přípravky s anestetikem (lidokain, cinchokain), v případě zánětu lze využít antiseptika (manganistan draselný, obsahové látky heřmáнку, řebříčku či měsíčku lékařského), doporučeny jsou také látky podporující reepitelizaci (tuk ze žraločích jater, kvasnicový extrakt, oxid titaničitý, allantoin, panthenol, kyselina hyaluronová), při potížích s vyprazdňováním pomáhají látky s lubrikačním účinkem, jako je glycerol nebo parafin (13, 14).

Potřebná je také **správná aplikace** lokální léčby. Pokud se týká zavádění čípku, uvádí doporučený postup aplikace zdravotnického prostředku s obsahem suklarfátu, že ideální je zavádět čípek na noc, nejlépe po stolici, po koupeli. Nejsnáze se čípek zavádí vleže na boku.