



TRITON



Bércový vřed I

prim. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.



Odborná léčba v moderní medicíně

Bércový vřed

Alena Pospíšilová

Tit. list

Vyloučení odpovědnosti vydavatele

Autor i vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace zde obsažené odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých, či nepřímých škod.

Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.

Bércový vřed

Autor:

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.

přednosta dermatovenerologické kliniky FN Brno

Recenzovala:

prim. MUDr. Hana Zelenková, CSc.

kožní oddělení DOST, Svidník

© Alena Pospíšilová, 2004

Cover © Renata Ryšlavá, 2004

Ilustrations © Jiří Hlaváček, 2004

© TRITON, 2004

Vydalo Nakladatelství TRITON, s. r. o.

Vykáňská 5, 100 00 Praha 10, www.triton-books.cz

ISBN 80-7254-469-1

Předmluva

Milí pacienti, vážení čtenáři,

do rukou se vám dostává knížka, která by vám měla alespoň částečně přiblížit onemocnění, jenž vás postihlo a které jste si vy sami – stejně jako další miliony lidí na světě – nevybrali. Tato knížka vás má seznámit s možnými příčinami vzniku bércového vředu, průběhem hojení, současnými léčebnými možnostmi, způsobem ošetřování a preventivními opatřeními, která vycházejí ze soudobých poznatků. Čím více budete vědět o svém onemocnění, tím více můžete svým správným jednáním přispět k uzdravení, případně k prevenci dalšího bércového vředu.

Doufám, že se mi touto cestou podaří dosáhnout toho, abyste pochopili, že léčba bércových vředů není mnohdy jednoduchá. Ve většině případů je dlouhodobá, vyžaduje čas a trpělivost. Vaše onemocnění je výsledkem předcházejících, mnohdy řadu let se rozvíjejících změn a je ovlivněno některými specifickými faktory vašeho organismu. Proto musí být každý případ řešen jednotlivě, s individuálně přizpůsobenou terapií s komplexním přístupem.

Knížka má také za cíl přesvědčit vás, abyste nad svým onemocněním nerezignovali, ale naopak k jeho

léčbě přispěli aktivním přístupem a dodržováním preventivních opatření zabránili jeho opakování.

Jako u všech onemocnění, tak i v tomto případě hraje nemalou roli právě důvěra nemocného k lékaři a jeho spolupráce s ním. Lékař je pro vás hlavním partnerem při řešení všech důležitých otázek týkajících se vašeho zdraví. Jen tak je možno pochopit základní principy hojení bércového vředu, zvládnout obecné zásady jeho ošetřování s využitím dnešních moderních léčebných prostředků a zlepšit kvalitu svého života.

Epidemiologie a socioekonomický dopad

Bércový vřed patří mezi onemocnění, která v poslední době zaznamenávají vzestupnou tendenci výskytu, což nepochybně souvisí s prodlužujícím se věkem obyvatel. Podle dostupných údajů trpí bércovým vředem 0,3–1 % populace produktivního věku, avšak ve věkových skupinách nad 70 roků se jeho prevalence pohybuje mezi 4–5 %. Více jsou postiženy ženy než muži a to v poměru 2:1, podle některých údajů až 3:1. V každé věkové skupině bércový vřed způsobuje určité problémy zdravotní, ekonomické, sociální a psychologické. U mladších nemocných je často provázen dlouhodobou pracovní neschopností, nezpůsobilostí vykonávat dosavadní zaměstnání, případně invaliditou. Ve vyšších věkových skupinách má bércový vřed, kromě dopadů zdravotních a ekonomických s léčbou spojených, specifické problémy v oblasti sociální, neboť tito nemocní se často dostávají do sociální izolace nebo závislosti na pomoci druhých. Mnozí z nich jsou často odkázáni na následnou péči v nemocničních zařízeních určených pro dlouhodobý pobyt. Tyto sociální a ekonomické důsledky, které bércové vředy způsobují, jsou v mnoha zemích

exaktně vyčísleny. Podle statistických údajů ze SRN činí výdaje na léčbu nemocných s bércovými vředy 2–3 miliardy DM (údaje z minulých let, proto vyjádření v DM), v Anglii se tato částka pohybuje kolem 600 milionů liber ročně. Obrovské náklady s léčbou bércových vředů spojené mají pak značný dopad na celý zdravotní systém. Uvedené ekonomické příčiny jsou – mimo jiných – důvodem zvýšeného zájmu o bércové vředy, zejména v posledních letech.

Léčbou bércových vředů se v současné době, kromě kožních lékařů, zabývá stále více dalších specialistů – chirurgové, plastičtí chirurgové, internisté, geriatři, flebologové, angiologové, diabetologové a další.

Současný zdravotní systém prochází řadou reform, kdy na jedné straně se některá pracoviště redukuje, na druhé straně vznikají nové specializace a společnosti. Mezi nové společnosti patří také komunity a společnosti pro léčbu rány, v jejichž ohnisku zájmu jsou kromě jiných ran i bércové vředy. Přesto mají stále významné místo v léčbě bércových vředů praktičtí lékaři a sestry domácí péče, kteří se denně s pacienty setkávají.

Definice bércového vředu

Bércový vřed je definován jako ztráta kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko do tkání podkožních. Jde tedy o porušení integrity kůže, které se může stát vstupní bránou infekce do organismu. To pak komplikuje další průběh onemocnění. Z obecného pohledu se bércový vřed řadí mezi rány, neboť dochází k porušení anatomické struktury a funkce tkáně. Proto se stále častěji, zejména v posledních letech, setkáváme v pojednáních o bércovém vředu s pojmem rána.

Bércový vřed je **rána chronická**, lokalizovaná na dolních končetinách. Hojí se výstavbou nové tkáně, s anatomickou strukturou a obnovenou funkcí (hojení „per secundam“). Doba hojení je zpravidla delší než 6 týdnů, individuálně podmíněná příčinou onemocnění a rozsahem poškozené tkáně.

Podle stupně závažnosti poškození tkáně se rozlišují chronické rány:

- se ztrátou pokožky a škály (epidermis a corium),
- se ztrátou pokožky, škály a podkožní tkáně (epidermis, corium, tela subcutanea),
- se ztrátou celé struktury kůže, nekrózou (odúmrťím tkáně), s poškozením svaloviny, obnažením svalových šlach, kloubních pouzder, případně kostí.

Příčina bércového vředu

Určení příčiny (etiologie) bércového vředu je základním předpokladem správné diagnózy a úspěšné léčby. Často pouhé zhodnocení bércového vředu pohledem (aspekci), jeho lokalizace, velikost, charakter spodiny, kožní změny v okolí mnoho napoví o příčině, vývoji a prognóze onemocnění.

V současné době existuje řada klasifikačních schémat zaměřených na příčinu onemocnění, žádné z nich však není naprosto dokonalé, aby mohlo vystihnout symptomový komplex, kterým bércové vředy jsou. Všechna schémata se však v základním členění shodují. Na základě dostupných poznatků a literárních pramenů jsem se pokusila – pro snazší pochopení – rozdělit bércové vředy podle vyvolávajících faktorů do následujících skupin:

Bércové vředy zapříčiněné zevními vlivy, mezi které patří:

1. fyzikální inzulty (poranění, teplo, chlad, tlak, rtg záření, sebepoškození),
2. chemické příčiny (kyseliny, louhy, léky, umělá hnojiva, rostlinné extrakty),
3. infekční onemocnění (růže/erysipel/, chronický zá-
nět kostí/osteomyelitis/, hluboká plísňová onemoc-

nění/mykózy/, uhlák/anthrax/, záškrt/diphtheria/, kožní formy tuberkulózy, syfilis III. stádia a další).

Bércové vředy způsobené vnitřními příčinami, mezi které patří:

1. žilní poruchy (křečové žíly, zánět hlubokých žil),
2. tepenné poruchy (zúžení a uzávěr cév),
3. poruchy mízního systému (vrozené defekty mízních cév, primární a sekundární lymfedém/otok mízního původu/),
4. krevní poruchy (různé druhy anémií, zvýšený počet krevních destiček),
5. poruchy výměny látkové (cukrovka/diabetes mellitus/, dna/arthritis urica/, chronické selhávání ledvin, poruchy příštítných tělísek a další),
6. poruchy nervového systému (roztoušená skleróza/sclerosis multiplex/, obrna/poliomyelitis/, mnohočetné postižení nervových provazců/polyneuropatie/),
7. onemocnění autoimunní (zánět cév/vasculitis/, revmatický zánět kloubů/arthritis rheumatica/, tuhnutí kůže/sclerodermia diffusa/, onemocnění postihující vazivovou tkáň/systémový lupus erythematosus/, zánět kůže s rozpadem/pyoderma gangraenosum/),
8. benigní a maligní kožní nádory, metastázy vnitřních malignit do kůže,

9. smíšené příčiny (žilní a tepenné, žilní a diabetické a další).

Z nastíněného přehledu vyplývá, že příčina bérco-
vých vředů může být rozmanitá, v mnoha případech
kombinovaná a v průběhu onemocnění může někter-
rá z příčin střídavě dominovat. Příkladem toho jsou
např. ulcerace (vředy) se smíšenou příčinou venózní
a tepennou, nebo s kombinovanou komponentou te-
pennou a nervovou, uplatňující se při vzniku diabe-
tických vředů a další. Uvádí se, že na každém desátém
bércovém vředu se podílí současně několik příčin,
ale žádná z nich není dominantní. V procentuálním
vyjádření však tvoří největší část etiologického spek-
tra (příčina onemocnění) ulcerace žilního původu
(57–85 %), podstatně menší podíl (5–20 %) tvoří
ulcerace tepenného původu, za nimi pak následují
ulcerace na diabetickém podkladě (5–10 %) a zbyva-
jící část (5 %) má příčinu jinou (tab. č. 1).

Tabulka č. 1

Nejčastější příčina bércového vředu	
PŘÍČINA	VÝSKYT v %
• žilní	57–85 %
• tepenná	5–20 %
• diabetická	5–10 %
• ostatní	5 %

Bércevé vředy žilního původu

Je všeobecně známo, že bércevé vředy žilního původu jsou výsledným stavem chronické žilní nedostačnosti.

Onemocnění žilního systému dolních končetin patří k celosvětově nejrozšířenějším zdravotním poruchám. Podle různých statistik se žilní onemocnění, s různým stupněm závažnosti, vyskytuje u 10–60 % populace, přičemž ženy jsou postiženy 2–3× častěji než muži. K získání exaktních údajů byla provedena řada epidemiologických studií, jejichž výsledky se liší podle věkových skupin, pohlaví, výběrem zaměstnání apod. (graf č. 1).

Graf č. 1: Onemocnění žilního systému v populaci podle stupně závažnosti.



Vezmeme-li v úvahu, že v průměru 30 % populace trpí zřetelnou varikozitou (křečovými žilami), pak 20 % z tohoto počtu má projevy chronické žilní nedostatečnosti.

Anatomie a funkce žil dolních končetin

Než budeme podrobněji hovořit o chronické žilní nedostatečnosti a bércovém vředu žilního původu, dovoluji mi několik poznámek k anatomii a funkci žil dolních končetin.

Podle anatomických kritérií se žilní systém člení na oblast:

- hlubokých (subfasciálních) žil,
- povrchových (suprafasciálních) žil,
- systém spojovacích žil (perforátorů).

Hluboké žíly jsou uloženy v kosterním svalstvu a mají především funkci transportní, neboť zajišťují návrat krve k srdci, která prostřednictvím jemných vlásečnic (kapilár) předala kyslík a potřebné živiny tkáňovým buňkám a přijala kysličník uhličitý a další nepotřebné odpadní produkty výměny látkové. Při zpětném transportu krve do pravé síně srdeční je žilní systém i za fyziologických podmínek u zdravého jedince přetížen, neboť člověk „homo sapiens“, na

rozdíl od svých vývojových předchůdců – mimo jiné somatické a funkční změny – zaujal vzpřímenou polohu při chůzi. Žilní krev při návratu k srdci musí překonat vysoký hydrostatický tlak, který vzniká v žilách dolních končetin, ve vzpřímené poloze těla.

Povrchové žíly odvádějí krev z kůže a podkoží, mají velkou akumulační schopnost a mohou tak regulovat objem.

Spojovací žíly, kterých je na dolních končetinách asi 150, vzájemně spojují oba předcházející systémy.

Hluboké, povrchové a spojovací žíly mají dvojčípé chlopně, které pracují jako ventily, zabraňují zpětnému toku krve a dovolují proudění krve pouze jedním směrem – k srdci a z povrchových žil do hlubokých.

Návrat žilní krve do pravé poloviny srdce – proti působení gravitace – zabezpečuje řada pomocných mechanismů:

- síla svalového stahu levé komory srdeční
- nasávací síla pravé síně srdeční
- negativní nitrohruční tlak
- svalová aktivita lýtka
- neporušené, domykavé chlopně a další.

Mezi nejdůležitější podpůrné mechanismy patří poslední dva jmenované, souhrnně označované jako **svalově-žilní pumpa**.

Při pohybu dolních končetin jsou žíly při každé svalové kontrakci stlačovány, zatímco při relaxaci se rozšiřují. Střídavý tlakový a nasávací účinek svalové pumpy doplňuje funkce kloubů, především hlezenního a kolenního, která zajišťuje, aby tlak při svalové kontrakci (stažení) působil směrem dovnitř. Vzájemnou souhrou těchto mechanismů žilní tlak v končetinách při chůzi klesá. Je-li zpětný transport krve k srdci narušen, žilní tlak klesá pomaleji, v žilním řečišti se rozvíjí přetlak, který se promítá až do vlásečnic. Proudění krve se zpomaluje, případně krev stagnuje, což vede k poruchám výměny látkové zejména v kůži a v podkoží. Takto navozený stav s městnáním krve v dolních končetinách se označuje jako chronická žilní nedostatečnost.

Chronická žilní nedostatečnost

Chronická žilní nedostatečnost vyjadřuje patofyziologický stav, při kterém jsou porušeny mechanismy žilního návratu krve k srdci, dochází k městnání krve v žilách dolních končetin, ke zvýšení žilního tlaku – k rozvoji žilní hypertenze.

Tyto funkční poruchy jsou způsobeny především nedomykavostí chlopní v hlubokém žilním systému, spojovacích žilách, případně v povrchovém žilním sy-

stému nebo kombinací poruch předcházejících. Kromě nedomykavosti chlopní se na vzniku chronické žilní nedostatečnosti podílí více než v 50 % případů proces obstrukční povahy způsobený zánětem hlubokých žil (flebotrombózou) (tab. č. 2).

Tabulka č. 2

Příčiny zvýšeného žilního tlaku v dolních končetinách	
1.	nedomykavost chlopní v povrchových a/nebo spojovacích žilách
2.	nedomykavost chlopní v hlubokých žilách (nejčastěji způsobená zánětem žil)
3.	překážka v průtoku krve hlubokými žilami
4.	porucha svalové funkce lýtky

K rozvoji chronické žilní nedostatečnosti přispívá řada rizikových faktorů:

- výskyt žilních onemocnění v rodině
- dědičná dispozice ke ztrátě elasticity žilní stěny
- zánětlivá onemocnění žil
- opakovaná těhotenství
- hormonální antikoncepce
- životní styl
- nedostatek pohybu
- kouření
- dlouhodobé stání a sezení
- nošení těžkých břemen
- omezená hybnost kloubů dolních končetin

- nesprávná výživa
- nadváha, obezita
- nevhodná obuv

Podle způsobu vzniku se rozlišuje chronická žilní nedostatečnost primární a sekundární.

Primární chronická žilní nedostatečnost se vyvíjí na podkladě dlouhotrvajících primárních křečových žil (varixů). I když v současné době existuje řada teorií zabývajících se vznikem varixů, je obtížné dát odpověď na otázku, proč u některých jedinců vznikají a u jiných nikoliv. Nejčastěji je uváděna teorie o sníženém počtu chlopní a geneticky podmíněné alteraci (chorobné změně) žilní stěny. Častější výskyt varixů u žen se vysvětluje působením hormonů. Na vzniku varixů se však může podílet řada dalších faktorů.

Sekundární žilní nedostatečnost se vyskytuje daleko častěji. Vzniká po předcházejícím zánětu hlubokých žil, který způsobuje jejich úplnou nebo částečnou neprůchodnost, nedomykavost chlopní, či vzájemné kombinace těchto poruch. Důsledkem výše uvedených změn krev v hlubokých žilách stagnuje, dochází k nedomykavosti chlopní v žilách spojovacích, kterými krev proudí opačným směrem – do povrchových žil. V povrchovém žilním systému městnání krve zesiluje, vzniká žilní hypertenze, kterou

neovlivní ani neporušená svalová aktivita dolních končetin a proto se označuje jako „ambulatorní žilní hypertenze“. Fixovaná žilní hypertenze vede k trvalým změnám v kapilárách (vlásečnicích), mizních kapilárách a okolní tkáni, která je postupně destruuována.

Tyto změny v žilním oběhu jsou provázeny pestrými kožními projevy, včetně bércevého vředu a řadou subjektivních příznaků.

Subjektivní projevy (symptomy) jsou většinou podmíněny závažností poruch v oběhovém systému. Výjimečně mohou být jedinci s chronickou žilní nedostatečností bez symptomů, ale na druhé straně mohou být subjektivní obtíže velmi výrazné, zvláště v případě bércevého vředu. Pro většinu projevů chronické žilní nedostatečnosti je příznačné, že se zlepšují při elevaci (ve zvýšené poloze) končetin, při pohybu a po přiložení kompresivních obinadel nebo punčoch. Naopak se zhoršují při dlouhodobém stání nebo sezení.

Mezi nejčastěji uváděné subjektivní obtíže patří bolest a napětí nohou. Bolesti jsou velmi variabilní, od nepatrných až po silnou bolest u bércevého vředu. Pocit napětí je obvykle podmíněn otokem žilního původu (flebedémem), případně kombinací žilní a mizní příčiny (flebolymfedémem).

Z ostatních symptomů nemocní často uvádějí: pocit těžkých, unavených nohou, svědění, pálení, štípání, noční křeče, případně jiné.

Klinické projevy chronické žilní nedostatečnosti

Mezi klinické projevy chronické žilní nedostatečnosti patří:

Varixy (křečové žíly)

Podle klinického obrazu se varixy dělí do následujících skupin:

- kmenové varixy – modravě prosvítající, různě široké a stočené varikózní městky v průběhu velké a malé žíly (v. saphena magna a v. saphena parva), případně jejich větví
- retikulární varixy – rozšířené žíly menšího průsvitu cca 4 mm, kůží prosvítající, vytvářející síťovitou kresbu
- metličkovité varixy – jemné, prosvítající žilky o průměru 1 mm, lokalizované ponejvíce na zevních stranách stehen.

Rozšířená žilní kresba při okrajích plosky

(corona phlebectatica paraplantaris)

Projevuje se často jako první příznak modrofialově prosvítajícími žilkami – metličkovitými varixy při okrajích nohy. Většinou nezpůsobuje subjektivní obtíže, ale je jevem kosmeticky rušivým.

Otok (edém, flebedém)

Otoky dolních končetin jsou obvykle další známkou chronické žilní nedostatečnosti. Objevují se v dolních částech končetin, tzn. kolem kotníků, mohou však postihnout celý bérec. Nejvýraznější jsou večer a po námaze. Zpočátku jsou reverzibilní, přes noc mizí, později je jejich výskyt trvalý.

Pigmentace (dermatitis purpurica et pigmentosa)

Jsou to skvrny světle až temně hnědé barvy, způsobené ukládáním železitého pigmentu (hemosideru) v kůži, uvolněného z červených krvinek, které se dostávají do okolní tkáně v důsledku zvýšené propustnosti žilní stěny. Zpočátku mají tyto projevy vzhled červených teček, které se postupně barví žlutohnědě až hnědočerně. V průběhu onemocnění mohou splývat do větších plošných ložisek. Nejčastěji se vyskytují v dolní třetině bérce.

Dermatitida ze stázy (stasis dermatitis)

Dermatitida ze stázy (z městnání krve) se projevuje plošným zarudnutím, často provázeným mokváním, šupinatěním a tvorbou jantarově zbarvených stroupků. Postižená kůže je citlivá, na dotek bolestivá.

Mikrobiální ekzém

Mikrobiální ekzém je častou komplikací dermatitidy ze stázy. Kromě červených pupínků uspořádaných do skupinek se toto onemocnění prozradí přítomností neštoviček se žlutavým nebo šedobílým obsahem. Způsobuje nepříjemné svědění.

Kontaktní alergický ekzém

Kontaktní alergický ekzém je projevem přecitlivělosti kůže na nejrůznější masti, krémy a obklady, kterými se kůže ošetřuje, nebo na obvazový materiál. Mokvající kůže s porušenou bariérou se stává snáze přecitlivělou nežli neporušený kožní povrch. Ekzém tohoto typu se vyznačuje sytě červenými pupínky, případně drobnými puchýřky s tendencí k mokvání.

Šupinatá kůže se zesílenou rohovou vrstvou (hyperkeratóza)

Tento stav, projevující se tvorbou ztlustělých šupin, je reakcí kůže na chronickou žilní nedostatečnost. Relativně malé fyzikální inzulty mohou narušit rovnováhu, ve které se kůže nachází. K těmto vlivům patří např. dlouhotrvající otok, který dráždí pokožku ke zvýšenému rohovatění.

Tuhá kůže (dermatoskleróza)

Dermatoskleróza vzniká vazivovou přeměnou původně měkkého otoku. Projevuje se plošným, zpočátku bolestivým ztuhnutím kůže a podkoží v dolní třetině bérce, v krajině nad vnitřním kotníkem. Lesklá, skleroticky změněná kůže dodává lýtku vzhled obrácené lahve od šampaňského vína.

Bradavčité výrůstky (papilomatóza)

Papilomatóza je rovněž odezvou na přetrvávající otok. Jedná se o zbytnění pokožky a škáry s přestavbou vaziva. Na kůži bérce a nártů se tvoří bradavčité výrůstky, které mohou dosáhnout gigantických rozměrů. Mezi hustými výrůstky se rohovina působením bakterií rozkládá a je příčinou nepříjemného zápachu.

Bílá atrofie (atrophia alba)

Bílá atrofie se objevuje asi u 33 % nemocných s chronickou žilní nedostatečností a je vždy výrazem závažného postižení žilního systému. Nejčastěji v krajině kotníků se spontánně tvoří lesklé, perleťovitě zbarvené, nepravidelně tvarované jizvičky s tenkou kůží, s drobnými prosvítajícími cévkami, s červeným nebo pigmentovaným lemem. Tyto okrsky mají tendenci k bolestivému rozpadu.

Bércový vřed (ulcus cruris)

Bércový vřed žilního původu je výsledkem poruch výměny látkové v kůži a podkoží, vzniklých na podkladě chronické žilní nedostatečnosti při primárních varixech nebo u posttrombotického syndromu.

Podle těchto dvou příčin se rozlišují:

- bércové vředy varikózní (ulcus cruris varicosum) při primárních křečových žilách
- bércové vředy posttrombotické (ulcus cruris post-tromboticum) po proběhlém zánětu hlubokých žil.

Výše uvedené bércové vředy se od sebe poněkud liší svým vzhledem – klinickým obrazem.

Bércové vředy při primárních varixech jsou obvykle menší velikosti, mělké spodiny, hladkých okrajů, mnohdy vícečetné. Vyskytují se většinou v dolní třetině bérce, často v krajině kotníku. Oblast vnitřního a vnějšího kotníku bývá postižena v poměru 84:30. Na postižené končetině nacházíme různě vinuté, modravě prosvítající žíly a kožní změny způsobené městnáním žilní krve. Patří k nim: otoky, zpočátku měkké, později tuhé, vazivově změněné, rozšířená žilní kresba při okrajích nohy („corona phlebectatica paraplantaris“), temně hnědé pigmentace v okolí vředu nebo kdekoliv v různém rozsahu na bérce, suchá olupující se kůže, tenká nebo naopak ztlustělá kůže (atrofické a hyperplastické změny), mokvání, ekzémové projevy.

Bércevé vředy posttrombotické bývají hluboké, rozsáhlé, často cirkulární s podminovanými okraji a s povleklou, mázdřitou spodinou. Kožní změny v okolí bývají výraznější, zejména otok, který se záhy mění v tuhý, sklerotický, tzv. skleredém. Posttrombotické bércevé vředy se rovněž vyskytují nejčastěji v dolní třetině bérce, v oblasti, která se označuje jako „kamašovitá“ zóna a vyznačují se silným mokváním. Jejich hojení bývá podstatně pomalejší než u vředů předcházejících, což souvisí s jejich příčinou.

Subjektivní příznaky u bérceových vředů variují od mírných bolestí až po silnou bolest, která je často zapříčiněna zánětlivými změnami v okolí, rozsahem postižené tkáně a mikroby, které se nacházejí na spodině rány.

Bércevé vředy tepenného (arteriálního) původu

Příčinou bérceových vředů tepenného původu bývá částečný nebo úplný uzávěr cév nejčastěji **příčiny arteriosklerotické**, spojený s poruchou prokrvení. Vzniku těchto ulcerací předcházejí asi u 10 % nemocných bolesti při chůzi, tzv. klaudikační obtíže, zvláště u silných kuřáků, u nemocných trpících vysokým krevním tlakem a cukrovkou. K dalším rizi-

kovým faktorům patří určitá konstituční dispozice, onemocnění ledvin, poruchy metabolismu tuků, strava bohatá na tuky, nesprávný způsob života, nadváha, stres. Muži jsou postiženi až 5× častěji než ženy.

Uzávěrovým procesem mohou být postiženy cévy všech velikostí. Rozsah cévních změn podmiňuje velikost bércových vředů a také rychlost progresu (šíření). Ulcerace mají většinou kruhovitý nebo oválný tvar. Kromě lokalizace na předních, vnitřních a zevních stranách bérců se vyskytují také na nártách, prstech a na patách. Jsou značně bolestivé, zejména v nočních hodinách, kdy končetiny zaujímají vodorovnou polohu a jejich nedokrevnost se tak zvyšuje. Proto je pro pacienty s tepennými bércovými vředy typické, že i v nočních hodinách volí svislou polohu končetin, např. sedí v křesle nebo na posteli.

Cévní uzávěr se v postižené oblasti projeví na kůži nejdříve černohnědým příškwarem odumřelé tkáně (nekrózou) a teprve po jejím odloučení vzniká bércový vřed se žlutými mázdřitými povlaky. Zánětlivé změny, které se odehrávají v nejbližším okolí, jsou příčinou zarudnutí, i když je končetina chladnější. Puls na tepně vinoucí se na hřbetu nohy bývá nehmátný nebo oslabený.

Hojení tepenného bércového vředu je závislé na velikosti uzávěru a průsvitu postižené tepny. Většinou bývá obtížné a zdlouhavé.

Jiným, méně častým druhem bércevého vředu podmíněného cévním uzávěrem, je bérceový vřed při **Buergerově chorobě** (trombangiitis obliterans Buerger). Chronické zánětlivé onemocnění tepenného a žilního systému postihuje převážně muže mezi 40–60 roky. Hlavním projevem u této formy cévního postižení jsou křečovitě bolesti v dolních končetinách a opakující se záněty žil. Tyto okolnosti vedou ke gangréně, nekróze a vředům na prstech nohou a bércích a jsou častou příčinou amputace končetiny.

Tabulka č. 3

Diferenciální diagnostika bércevého vředu žilního a tepenného původu		
	Vřed tepenný	Vřed žilní
anamnéza	bolest při chůzi, noční bolesti	tíha v nohou, únava
lokalizace	prsty, chodidla, bérce	nejčastěji oblast kotníků
spodina	nekrotická, suchá	vlhká, silně mokvající
okolí	zarudlé, cyanotické	pigmentace, otok, ekzém
otok	chybí	častý, příp. induovaný
tep na periférii	chybí	v normě
úlevová poloha	nohy svěšené dolů	poloha vleže, nohy zvednuté

Toto je pouze náhled
elektronické knihy. Zakoupení
její plné verze je možné v
elektronickém obchodě
společnosti eReading.