

hypertenze nebo diluční hyponatremie. Další možností je použití somatostatinu v bolusové dávce 250–500 µg s následnou kontinuální infuzí 250–500 µg/hod. Somatostatin vede k poklesu HVPg inhibicí sekrece glukagonu. Jeho nevýhodou je krátký poločas s nutností kontinuálního podávání, výhodou srovnatelná účinnost s terlipresinem a jednoznačně výhodnější bezpečnostní profil. Nežádoucí účinky jsou relativně vzácné a nezávažné (hypoglykemie, průjem, návaly horka). Podle limitovaných dat se zdá, že podání inhibitorů protonové pumpy snižuje riziko recidivy varikózního krvácení a v běžné praxi jsou tyto léky obvykle podávány. U rizikových nemocných je vhodné zvážit prevenci jaterní encefalopatie laktulózou a/nebo rifaximinem.

Další modalitou v léčbě akutního krvácení je horní endoskopie, při které je kromě určení zdroje krvácení možná i okamžitá endoskopická léčba. Načasování endoskopie je individuální, obvykle je doporučováno do 12 hodin od přijetí. Klíčová je hemodynamická a interní stabilizace nemocného a podání odpovídající farmakologické léčby před výko-

nem. Individuálně, zejména při riziku aspirace nebo neklidu nemocného, je nutné zvážit různý stupeň analgosedace, nejlépe za asistence anesteziologa. Metodou volby v endoskopické léčbě ezofageálních nebo gastroezofageálních varixů je endoskopická ligace. V případě, že ligace není možná nebo úspěšná, lze použít intravenózní injekční sklerotizaci polidokanolem. Gastrické varixy jsou ošetřovány intravariální aplikací tkáňového lepidla (cyanoakrylát) (14). V případě, že ani po adekvátním endoskopickém ošetření nebylo dosaženo zástavy krvácení z esofageálních varixů nebo došlo k jeho časné recidivě, je indikována mechanická tamponáda. Použití balonkové tamponády (nejčastěji Blakemore-Sengstakenovy sondy) bylo na většině pracovišť nahrazeno zavedením celopovlečeného teflonového Danišova stentu. Další možnou metodou je akutní TIPS, který vede k okamžitému poklesu portosystémového gradientu a tím k zástavě krvácení a snížení rizika jeho recidivy (15).

Podpořeno grantem KNL VR 180310.

LITERATURA

1. Tsochatzidis E A, J Bosch, and A K Burroughs. Liver cirrhosis. *Lancet*, 2014;383(9930):1749-1761.
2. de Franchis R, and V F Baveno. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol*, 2010;53(4):762-768.
3. European Association for the Study of the Liver. Electronic address, e.e.e. and L. European Association for the Study of the, EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*, 2018;69(2):406-460.
4. Rose C F et al. Hepatic encephalopathy: Novel insights into classification, pathophysiology and therapy. *J Hepatol*, 2020;73(6):1526-1547.
5. Cordoba J et al. Characteristics, risk factors, and mortality of cirrhotic patients hospitalized for hepatic encephalopathy with and without acute-on-chronic liver failure (ACLF). *J Hepatol*, 2014;60(2):275-281.
6. Ge P S, B A Runyon. Treatment of Patients with Cirrhosis. *N Engl J Med*, 2016;375(21):2104-2105.
7. Gluud L L, H Vilstrup and M Y Morgan. Non-absorbable disaccharides versus placebo/ no intervention and lactulose versus lactitol for the prevention and treatment of hepatic encephalopathy in people with cirrhosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;(5):CD003044.
8. Cannon M D, P Martin and A F Carrion. Bacterial Infection in Patients with Cirrhosis: Don't Get Bugged to Death. *Dig Dis Sci*, 2020;65(1):31-37.
9. Mattos A A et al. Spontaneous bacterial peritonitis and extraperitoneal infections in patients with cirrhosis. *Ann Hepatol*, 2020;19(5):451-457.
10. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Fluorochinolonová antibiotika – omezení používání potvrzeno. Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. Copyright © 2018 [cit. 09. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/fluorochinolonova-antibiotika-omezeni-pouzivani-potvrzeno>
11. European medicines agency. Disabling and potentially permanent side effects lead to suspension or restrictions of quinolone and fluoroquinolone antibiotics. European medicines agency [online]. Copyright © 2019 [cit. 09. 12. 2021]. Dostupné z: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/quinolone-fluoroquinolone-article-31-referral-disabling-potentially-permanent-side-effects-lead_en.pdf
12. Bonkat G. EAU guidelines on urological infections. European association of urology [online]. Copyright © 2021 [cit. 09. 12. 2021]. Dostupné z: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/>
13. de Franchis R, Baveno VIF: Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015;63(3):743-752.
14. Karstensen JG, Ebigbo A, Bhat P et al. Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open* 2020;8(7):E990-E997.
15. Fejfar T, Vaňásek T, Brůha R et al. Léčba krvácení v důsledku portální hypertenze při jaterní cirhóze - aktualizace doporučených postupů ČHS ČLS JEP. *Gastroenterol Hepatol* 2017;71(2):105-116.

Pro věrné čtenáře

Součástí Vnitřního lékařství 1/2022 je navíc suppelementum
Zaznělo na XXVIII. kongresu ČIS ČLS JEP.

Navazuje na hlavní téma tohoto čísla a najdete v něm přehledná shrnutí několika zajímavých bloků z podzimního kongresu České internistické společnosti v Brně.

Věříme, že pro vás připomenutí této významné internistické akce bude přínosné.

