



komplikací (7). První známky dyslipidemie se obvykle vyvinou po 2–3 týdnech podávání a v této době je vhodné zkontrolovat lipidogram a při zjištěných změnách reagovat podle příslušných doporučení České společnosti pro aterosklerózu.

Tendence k tromboembolickým komplikacím

Kortikosteroidy způsobují svým vlivem na tromboxan a prostacykliny, na agregabilitu trombocytů a na vazodilatační a vazokonstrikční tendence překlopení rovnováhy krvácivosti a srážlivosti na stranu hemokoagulace. Léčba kortikosteroidy je tedy významným rizikovým faktorem tromboembolických komplikací v žilním i tepenném systému (10). Zvýšení rizika lze očekávat po několika málo dnech podávání, je tedy vhodné při ambulantním podání poučit nemocného o obecných principech prevence trombózy, jako je dostatečný příjem tekutin, pohybový režim apod. Při podání za hospitalizace je při zvýšeném riziku vhodná antitrombotická profylaxe nízkomolekulárním heparinem.

Imunomodulační/imunosupresivní efekt

Dosud známými mechanismy tohoto účinku je ovlivnění produkce cytokinů, involuce tymu, aktivace apoptózy T-lymfocytů a inhibice jejich proliferace, ovlivnění migrace makrofágů do zasažených periferních tkání, uvolnění mediátorů zánětu – metabolitů kyseliny arachidonové.

Ovlivnění imunitní reakce je zejména u chorob autoagresivního charakteru velmi žádoucím efektem, tento efekt ovšem musíme stejně tak očekávat jako nežádoucí u podání z ostatních indikací. Zejména redukce počtu i funkce lymfocytů vede ke zvýšenému výskytu bakteriálních, ale i virových a mykotických infekcí. Dalším mechanismem zprostředkujícím imunosupresivní efekt je inhibice fagocytózy a snížení syntézy prosta-

glandinů. V krevním obraze můžeme pozorovat vzestup počtu granulocytů a naopak pokles relativního i absolutního počtu lymfocytů (7, 8).

Pro nemocné léčené dlouhodobě kortikosteroidy je vhodná aplikace pravidel chování při epidemiích – tedy vyhýbat se pobytu v rizikových místech, jako jsou kina, divadla, čekárny zdravotnických zařízení. Zejména je rizikový blízký kontakt s lidmi aktuálně prodávajícími akutní infekci. Z hlediska nespecifické podpory organismu je vhodná dieta bohatá na vitamin C a další antioxidanty a dle základního onemocnění i přiměřené otužování.

Specifickou kapitolou je očkování nemocných na dlouhodobé terapii kortikoidy. Podle aktuálního doporučení je očkování neživými vakcínami bez omezení. Vzhledem k možnému dramatickému průběhu a závažným komplikacím je doporučováno očkování proti chřipce, i když protilátková odpověď může být snižena. V případě živých vakcín je rozhodování o jejich podání závislé na denní dávce kortikosteroidu resp. délce podávání. Podání živé vakcíny je kontraindikováno při dávce přesahující 1 mg/kg/den, resp. nad 10 mg déle než 1 měsíc. Vakcinaci těchto nemocných je možno zvažovat nejdříve za 3 měsíce po ukončení léčby (9).

Ovlivnění kůže a vaziva

Schopnosti kortikosteroidů redukovat fibroplastické procesy se léčebně využívá například u plicních fibrotizujících procesů a systémových chorob pojiva. Efekt jejich podávání se však projevuje systémově a vede zejména k redukci až atrofii podkožního vaziva se vznikem strií, zhoršenému hojení ran, k redukci funkce podkožních obranných mechanismů a vzniku těžkého akné, zejména při podávání vyšších dávek dlouhodobě. Témuž mechanismu je přičítána i křehkost kapilár a vznik krvácivých projevů v podobě petechií, ekchymóz až sufuzí (13). Obrazem kožních změn při