

Moderní terapie chronického žilního onemocnění – co je nového?

MUDr. Robert Vlachovský, Ph.D.¹, MUDr. Jan Novák, Ph.D.²

¹Il. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

²Il. interní klinika FN u sv. Anny v Brně a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Chronické žilní onemocnění (CVD – chronic venous disease) představuje jedno z civilizačních onemocnění s rostoucí prevalencí v populaci. Patofyziologicky vzniká na podkladě chronického zánětu žilní stěny, její remodelace a následné žilní hypertenze. CVD je charakterizováno souborem rozličných klinických projevů, a vzhledem k jeho progresivnímu charakteru je účelné začít s adekvátní léčbou co nejdříve. Mezi základní pilíře léčby patří režimová opatření, dobře vedená a dlouhodobá konzervativní léčba (komprese, ověřená venofarmaka) a v indikovaných případech chirurgický zásah. Velké změny nastaly v posledních letech jak v přístupu k pacientům, tak i k vlastní léčbě, a to především v oblasti nitrožilní chirurgie, načasování zahájení konzervativní léčby, nebo u léčby pacientů s aktivními bércovými vředy. Pouze společným úsilím lékařů různých odborností a pacientů s CVD, především jejich edukací a motivací k dodržování doporučených léčebných postupů, dokážeme snížit procento neléčených pacientů, oddálit progresi onemocnění a dosáhnout výborných výsledků při intervenční léčbě.

Klíčová slova: křečové žíly, chronické žilní onemocnění, operace žil, nitrožilní intervence, konzervativní léčba, venofarmaka.

Modern therapy of chronic venous disease – what's new?

Chronic venous disease (CVD) is a civilization disease with increasing prevalence in the general population. It arises due to chronic venous wall inflammation and remodeling, resulting in venous hypertension. Clinical features of CVD are highly variable, and given its progressive nature, it is reasonable to initiate adequate treatment as soon as possible. The cornerstones of the best medical therapy for CVD include regimen measures, well-managed and long-term conservative treatment (compression, effective venoactive drugs), and, in indicated cases, surgical intervention. Significant changes have occurred in recent years in the approach to patients and to the treatment itself, especially in the field of intravenous surgery, the timing of conservative treatment initiation, or in the care of patients with active venous ulcers. Only through the joint efforts of physicians of different specialties and CVD patients, especially by educating and motivating them to follow the recommended treatment procedures, can we reduce the percentage of untreated patients, slow down disease progression, and achieve excellent results in the intervention treatment.

Key words: varicose veins, chronic venous disease, varicose veins surgery, endovenous procedures, conservative treatment, venoactive drugs.

Úvod

Chronické žilní onemocnění (CVD) představuje jakékoliv chronické funkční či morfologické postižení žilního systému, které se u pacientů projevuje buď v podobě subjektivních potíží, nebo objektivně zjištěných příznaků. CVD je v populaci široce

rozšířeno (ve věku nad 40 let postihuje dle různých prací až 30 až 70 % populace), ale poměrně často není vůbec nebo správně diagnostikováno, a zůstává proto i neléčeno. Onemocnění má nízkou mortalitu, ale vysokou morbiditu a velmi nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména v pokročilých stádiích. Jako klasické rizikové faktory jsou označovány vyšší věk, přítomnost CVD v rodině, ženské pohlaví, vícečetná těhotenství, obezita nebo hormonální terapie (1). V posledních letech došlo v přístupu k diagnostice a léčbě CVD k některým změnám, které reflektují i poslední aktualizace dolo-

žích stádiích. Jako klasické rizikové faktory jsou označovány vyšší věk, přítomnost CVD v rodině, ženské pohlaví, vícečetná těhotenství, obezita nebo hormonální terapie (1). V posledních letech došlo v přístupu k diagnostice a léčbě CVD k některým změnám, které reflektují i poslední aktualizace dolo-



MUDr. Robert Vlachovský, Ph.D.

Il. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno
robert.vlachovsky@fnusa.cz

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2023;20(5):275-281

Článek přijat redakcí: 17. 7. 2023

Článek přijat k publikaci: 23. 10. 2023

ručení mezinárodních i národních odborných společností (2–5).

Symptomatologie a žilní bolest

Pacienti s CVD představují velice heterogenní skupinu. Příznaky jsou velmi různorodé a vzájemně se překrývající, přičemž subjektivně vnímaná intenzita obtíží velmi často nekoreluje se závažností a stupněm klinicky zjištěného postižení. Symptomy jsou často sezónně závislé (typicky horší v letních měsících), mění se v průběhu dne (horší po celodenním stání), u žen jsou mnohdy závislé na menstruačním cyklu. Nejčastějšími z nich jsou pocity napětí, tíhy, pálení a svědění nohou, či pocit otoku – komplexně jsou v poslední době označovány relativně novým termínem žilní bolest. Typické pro žilní bolest je také to, že pacienti své subjektivní stesky jen málokdy označí za bolest jako takovou. Mediátorem uvedených nepříjemných pocitů v končetinách jsou však nociceptory (receptory bolesti) uložené v perivaskulární tkáni nebo přímo ve stěnách žil. Tyto jsou aktivovány zánětlivými mediátory, přičemž spouštěčem zánětlivých mechanismů je místní hypoxie, která vede k aktivaci endoteliálních buněk s následnou syntézou a uvolňováním prozánětlivých mediátorů (6). Tímto mechanismem se vysvětluje vznik žilní bolesti a její časný nástup jako prvního symptomu CVD, přičemž morfoloický nálezy (jak klinicky viditelný na kůži pacienta, tak ultrazvukem vyšetřitelný na žilním systému) může být zcela normální. Zánětlivá afekce, která primárně postihuje žilní chlopně, však postupně vede k remodelaci chlopní i cévní stěny a vede ke vzniku refluxu s následným zvýšením žilního tlaku – takto postupně rozvinutá žilní hypertenze je pak patofyziologickou spojnici dalších projevů chronického žilního onemocnění, počínaje otokem, pokračující kožními změnami a konče bérčovými vředy.

CVD a kardiovaskulární nemoci

V roce 2021 byla publikována rozsáhlá epidemiologická studie Univerzity J. Gutenberga v Německu, která popsala nové a zajímavé souvislosti mezi CVD a kar-

diovaskulárními nemocemi. Tato práce zahrnovala soubor více jak 12 000 jedinců sledovaných po dobu 5 let, a soustředila se na hledání souvztáhnosti obou jednotek, přičemž jako patofyziologický podklad těchto vztahů udává chronický zánět působící alteraci funkce endotelu a kapilárního řečiště, jako spojnici mezi tepenným a žilním řečištěm. Průřezová analýza obecné populace ve věku mezi 40–80 lety potvrdila vysokou prevalenci CVD, a sice u 36,5 % vyšetřených (u jedinců nad 70 let však i více než 60 %). Hlavními rizikovými faktory pro rozvoj pokročilých stadií CVD byl věk, ženské pohlaví, kouření, a dále přítomnost arteriální hypertenze, obezity nebo jakéhokoliv jiného kardiovaskulárního onemocnění. Přítomnost CVD byla spojena s predikcí zvýšené 10leté mortality, a to i u osob bez manifestního kardiovaskulárního onemocnění. V průběhu let sledování bylo následně ověřeno, že pokročilá stadia onemocnění (od stadia otoku a dále) jsou silným prediktorem celkové mortality, bez ohledu na klinický profil nemocného (tj. bez ohledu na již známé rizikové faktory) a souběžnou medikaci (7). Výsledky studie lze interpretovat i opačným směrem a to tak, že u pacientů s CVD bychom mohli, dle přítomnosti dalších rizikových faktorů, provádět další došetření stran případného přítomného kardiovaskulárního onemocnění, např. provést měření krevního tlaku.

Význam časně diagnostiky a zahájení léčby

V praxi je poměrně podceňována informovanost široké lékařské veřejnosti o možnostech časně diagnostiky a významu časně prevence. CVD má velmi různé subjektivní příznaky, terapeutické přístupy se u různých medicínských odborností až překvapivě významně liší, a navíc v různých zemích se touto problematikou zabývají různé odbornosti s různou intenzitou (chirurgie, dermatologie, angiologie...). Flebologie jako samostatná specializace pak ve většině zemí neexistuje. Řadou lékařů i pacientů mohou být (a také jsou) příznaky podceňovány, často jsou bagatelizovány na kosmetický problém, a navíc je velmi obtížné predikovat rychlost rozvoje onemocnění u konkrétního pacienta.

Z výsledků průzkumu v ambulancích všeobecných praktických lékařů vyplývá, že osm z deseti pacientů má některý ze subjektivních příznaků CVD, nejčastěji pocit těžkých a oteklých nohou, bolesti a noční křeče. Objektivní nálezy má pak šest z deseti pacientů, nejčastěji viditelné varixy a intermitentní otoky. Neléčeno (většinou nediodagnostikováno) zůstává asi 25 % pacientů v ordinacích praktických lékařů, což je poměrně vysoké číslo (8). V této skupině nediodagnostikovaných nemocných má jistě význam tyto pacienty zachytit a začít závčas léčit, a to zpočátku konzervativně, a následně zvážit v indikovaných případech i chirurgickou intervenci.

Klasifikace klinických projevů

V praxi se nejčastěji využívá obecně známá CEAP klasifikace (klinicko-etiology-anatomico-patofyziologická klasifikace, z anglického clinical-ethiology-anatomy-pathophysiology classification), která rozděluje onemocnění do několika kategorií. Klinická složka (C – clinical) má sedm základních stupňů, C0 je vyhrazena pro nemocné bez viditelných známek onemocnění, C1–C2 představují méně závažnou formu onemocnění, a C3–C6 je kategorie nemocných, kteří mají již otoky a kožní změny (hyperpigmentace, stasis dermatitis, bílá atrofie, hyperkeratóza, ekzém, dermatoskleróza, či corona phlebectatica paraplantaris), případně vyléčený (C5) nebo aktivní (C6) bérčový vřed. V souhrnu se pokročilá stadia (C3 a vyšší) označují pojmem chronická žilní insuficience (CVI). C1 kategorie je spojena především s intradermálními varikozitami (teleangiektázie s průměrem do 1 mm, tzv. metličky nebo mikrovarixy) a subdermálními varikozitami (dilatované podkožní žilky do 3 mm v průměru). C2 kategorie je vyhrazena pro pacienty s kmenovými varixy nebo s varixy jejich větví (Obr. 1). Kategorie C3 je pak popisem situace u pacientů, u nichž je objektivním nálezem otok. V časných stadiích se objevuje otok perimaleolárně a má reverzibilní charakter, nejvíce bývá vyjádřen večer, po nočním odpočinku mizí. Postupně se však propaguje i směrem proximálním a stává se trvalým. Celodenní otoky jsou již známkou významně porušené

Obr. 1. Typický pacient ve stadiu C2 dle CEAP klasifikace, u něhož jsou viditelné kmenové varikozity nebo jejich větve, otok není zásadněji vyjádřen



Obr. 3. Pacientka s tranzitorním refluxem ve VSM, s jen minimálně vyjádřenými objektivními známkami CVD



Obr. 2 AB. Pacient ve stadiu C4 s otokem a kožními změnami



žilní hemodynamiky. Tabulka 1 představuje klasifikaci CEAP, která prošla v roce 2020 revizí. Pro klinickou praxi jsou nejdůležitější změny v nově vytvořených kategoriích C2r (rekurentní varixy) a C6r (rekurentní bérčový vřed), a kategorie C4 (Obr. 2 AB) se nově dělí na C4a (pigmentace nebo ekzém), C4b (lipodermatoskleróza nebo atrofie) a C4c (corona phlebectatica paraplantaris) (9).

Časné zahájení konzervativní léčby

Smyslem a cílem konzervativní léčby CVD je prevence vzniku a fixace žilní hypertenze a odstranění jejích symptomů, a má své místo ve všech stádiích onemocnění. Je základem léčby, který by měl předcházet intervenčnímu zákroku a následně intervenční léčbu doplňovat, u řady pacientů v méně pokročilém stadiu CVD je metodou často jedinou. Mezi základní tři pilíře konzervativní léčby patří režimová opatření, kompresivní léčba (nošení zdravotních kompresních punčoch s adekvátní kompresí – nejčastěji je používána II. kompresní třída) a medikamentózní léčba ověřenými venofarmaky.

Důležitá je spolupráce s pacientem a jeho edukace o vhodných režimových opatřeních, ideálně i jejich opakovaný nácvik v rámci kontrol, buď lékařem nebo proškolenou sestrou. Doporučujeme dostatek pravidelné fyzické aktivity a cvičení (turistika, běh, plavání, běžky, cyklistika...), předcházení dlouhodobému

stání a sezení, polohování končetin (elevace při odpočinku, podložení v noci...), chladnou nebo vlažnou sprchu navečer, redukci hmotnosti u obézních jedinců a řadu dalších opatření (10, 11).

Nošení kompresních punčoch je jednoduchou a velmi účinnou metodou, která zmírňuje otoky a kožní změny, ulevuje od symptomů a způsobuje zlepšení parametrů mikrocirkulace, problémem však může být nízká compliance pacienta. Někdy je lepší slevit na nižší než optimální třídu komprese a s pacienty probrat možnosti rozsahu komprese a využití navlékacích pomůcek a méně typické formy uchycení. Kontraindikací kompresivní léčby je pokročilá srdeční insuficience (NYHA III-IV), kotníkový tlak pod 60 mmHg, závažná diabetická neuro- a mikroangiopatie, či kontaktní alergie. Nejnovější data ukazují na bezpečnost kompresní léčby i u definované podskupiny pacientů s ICHDK, přičemž posouzení dlouhodobé tolerance nošení punčoch u těchto pacientů je úkolem pro další studie (12). V posledních letech se u motivovaných pacientů v C6 stadiu stále více využívají neelastické kompresní systémy na suchý zip umožňující nastavitelnou a měřitelnou kompresi na lýtku, které redukuje exsudaci a snižují dobu hojení bérčových ulcerací.

Posledním pilířem konzervativní léčby je nasazení medikamentózní léčby venofarmaky. V současnosti, v kontextu nových dat a lepšího pochopení patofyziologie žilní bolesti jako časného symptomu CVD, je dle aktuálních doporučení vhodné nasadit účinné a ověřené venofarmakum již ve stádiu C0s (tam, kde nejsou objektivní známky žilního onemocnění) a léčbu užívat dlouhodobě, respektive celoživotně, a nikoliv cyklicky, jak bývalo doporučováno dříve. Faktem podporujícím včasné nasazení venofarmak jsou studie poukazující na jejich význam v eradikaci tzv. tranzitorního (přechodného) refluxu – jedná se o reflux na žilních chlopních zjištělný pomocí ultrazvuku až po celodenní námaze, přičemž tento reflux se vyskytuje až u dvou třetin pacientů ve stadiu C0s (Obr. 3). U predisponovaných jedinců vyvolává tranzitorní reflux poruchy žilního návratu a udržuje zánětlivou reakci, která je zodpovědná za

symptomy CVD. V průběhu času se tyto změny na žilních chlopních a stěnách stávají ireverzibilními a přechodný reflux se stává trvalým. Dle výše zmíněné práce pak ověřené venofarmakum (ve studii využita mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce, MPFF) dokáže redukovat tranzitorní reflux až u 85 % pacientů ve stadiu C0s již po dvou měsících léčby (13).

S výhodou se podávání venofarmak kombinuje s kompresivní terapií, nebo ji i střídá v období, kdy je její nošení nepříjemné (například v letních měsících). Léčba venofarmaky může představovat i jediný použitelný způsob terapie, za situace, kdy chirurgická intervence není indikována (vysoká rizikovost pacienta), pacient si ji nepřeje (volba pacienta), a také v situacích, kdy současné závažné komorbiditativy neumožňují aplikovat kompresní léčbu.

Účinnost většiny venofarmak dostupných na našem trhu byla ve velkých studiích dokázána jen omezeně, většinou s průkazem efektu na subjektivní příznaky, nikoliv s pozitivním ovlivněním objektivně měřitelných parametrů (například otoků). Mezi jednotlivými preparáty je mnohdy propastný rozdíl z hlediska kvality průkazu jejich efektivity a úrovně doporučení. Venofarmaka jsou přípravky většinou rostlinného původu, často vícekomponentní. Po zavedení terapie venofarmaky je nutno sledovat reakci pacienta na léčbu, a dle odezvy případně léčbu upravit. Přes rozdílné chemické složení je mechanismus jejich účinku podobný a týká se především korekce distenze a patologické permeability žilní stěny (redukce otoku), protizánětlivého účinku (zlepšení trofiky tkání, urychlení hojení) a zlepšení lymfodrenáže (redukce otoku). Klinická efektivita není u všech účinných látek obsažených v tabulce 2 doložena na stejné úrovni, nejlepší postavení v tomto směru má MPFF (preparát u nás dostupný jako Detralex) a přípravek obsahující extrakt z *ruscus aculeatus* spolu s hesperidinem a kyselinou askorbovou (u nás dostupný jako Cyclo3Fort). MPFF obsahuje kromě mikronizovaného diosminu i další flavonoidní frakce se synergickými účinky (isorhoifolin, linarin, diosmetin...), přičemž každá z nich přispívá k jeho klinické účinnosti (14, 15).

Pro výběr přípravku pro léčbu konkrétního pacienta může sloužit přehled síly důkazů o účinnosti jednotlivých substancí, zpracovaný

systémem GRADE a uvedený v tabulce 3, převzaté z mezinárodních doporučených postupů, týkajících se péče o pacienty s CVD. Nejvyšší ohodnocení v tabulce se týká MPFF a dosahuje stupně 1 B, ostatní venofarmaka mají třídu nižší. Nežádoucí účinky venofarmak nejsou časté ani závažné, uvádějí se asi u 5 % léčených osob a nejčastěji jde o bolesti hlavy a menší dyspeptické potíže (16–19).

Chirurgie povrchového žilního systému – evoluce endovenózních metod

V posledních 15 letech jsme svědky dramatického rozvoje endovenózních intervencí na povrchových žilách, a to jak metod termálních (laser, radiofrekvence), tak netermálních (žilní lepidlo, mechanochemická ablace), své místo si i nadále drží „klasická“ či „otevřená“ cévní chirurgie. Pacienti podstupující endovenózní ošetření křečových žil by toto měli absolvovat ambulantní formou, a v lokální (tzv. tumescenční) anestezii. Z krátkodobého hlediska jsou benefity nitrožilních metod vedle ambulantního provedení především v délce rekonvalescence, která je u nich podstatně kratší než u otevřené operace varixů. Stupeň recidiv je z dlouhodobého hlediska a dle výsledků studií v minimálně 5letém sledování u obou typů výkonů (nitrožilních i chirurgických) identický. Rozhodnutí o druhu terapie by mělo záviset, vedle anatomických, hemodynamických a klinických kritérií, také na očekávání pacienta – mluvíme o tzv. „terapii na míru“. Velkou roli hraje princip sdíleného rozhodování, kdy lékař informuje o možnostech invazivní léčby, a pacient následně návrh akceptuje nebo neguje. Ve zkratce lze nová doporučení zjednodušit tak, že u pacientů s insuficiencí vena saphena magna (VSM) vyžadujících intervenci je metodou první volby endovenózní termální ablace (laser, radiofrekvence), která má přednost před klasickou chirurgií nebo pěnovou sklerotizací. Je-li preferována netermální technika, mělo by být zváženo ošetření pomocí kyanoakrylátového lepidla, a může být provedena také mechanochemická ablace. U pacientů s insuficiencí kmene safén s průměrem pod 6 mm může být zvážena sonograficky navigovaná pěnová skleroterapie nebo katétrem aplikovaná pěnová skleroterapie.

Tab. 1. Revidovaná klasifikace CEAP

C (klinická klasifikace)	
C0	bez viditelných nebo palpovatelných známek CVD
C1	teleangiektázie a/nebo retikulární varixy
C2	varixy
C2r	recidivující varixy
C3	otok dolních končetin
C4	kožní změny
C4a	hyperpigmentace nebo ekzém
C4b	lipodermatoskleróza nebo atrophie blanche
C4c	corona phlebectatica paraplantis
C5	zhojený žilní bérkový vřed
C6	nezhhojený žilní bérkový vřed
C6r	recidivující žilní bérkový vřed
E (etiologická klasifikace)	
Ec	kongenitální
Ep	primární
Es	sekundární (intravenózní Esi, extravenózní Ese)
A (anatomická klasifikace)	
As	povrchové žíly
Ad	hluboké žíly
Ap	perforátory
An	nezjištěno
P (patofyziologická klasifikace)	
Pr	reflux
Po	obstrukce
Pr,o	reflux a obstrukce
Pn	nezjištěno

Pacienti s bérkovou ulcerací žilní etiologie

Hojení bérkových ulcerací je i za optimálních podmínek dlouhodobý proces a jsou proto stále hledány možnosti, jak jeho průběh ovlivnit. Stran chirurgického přístupu nyní platí proaktivní přístup, tedy to, že čím dříve budeme intervenovat, tím lepší budeme mít výsledky – už neplatí přístup „vyčkávaní“ na zhojení. Britská studie ESCHAR hodnotila ve 4letém období vliv kombinace kompresivní terapie s chirurgickou korekcí refluxu v povrchovém žilním systému na zhojení a případné recidivy bérkového vředu v porovnání se samotnou kompresivní terapií. Z výsledků vyplynulo, že kombinace kompresivní terapie a chirurgického řešení refluxu v povrchovém žilním systému v porovnání se samotnou kompresivní terapií sice nezvyšuje pravděpodobnost zhojení bérkového vředu, ale významně snižuje riziko recidivy, a také naznačuje rychlejší zhojení vředu při přidání chirurgické léčby ke kompresivní terapii (20).

INZERCE

Tab. 2. Přehled hlavních účinků venoaktivních látek na symptomy CVD

symptom	ruscus extrakt	MPFF	calcium dobesilat	extrakt z kaštanu	hydroxy-ethylrutosidy	vitis vinifera (zrnka hroznů)
bolest	+	+	+	+	+	+
pocit těžkých nohou	+	+	+		+	
únav	+		+			
pocit oteklých nohou	+	+				
křeče	+	+	+			
parestézie	+	+	+			
svědění			+	+	+	
otok dolních končetin	+	+	+	+	+	+

Tab. 3. Souhrn doporučení, průkazu účinku a síly důkazů pro podávání venofarmak dle systému GRADE (Grading of recommendations assesment, development and evaluation)

indikace	substance	doporučení	průkaz účinku	síla důkazu
symptomy CVD	MPFF	silné	střední	1B
	nemikroniz. diosmin syntetický diosmin	slabé	slabý	2C
	rutosidy	slabé	střední	2B
	extrakt z vinných listů	slabé	střední	2B
	calcium dobesilat	slabé	střední	2B
	extrakt z kaštanu	slabé	střední	2B
	ruscus extrakt	slabé	střední	2B
	jiné látky	slabé	slabý	2C

Zcela suverénní pozici má v medikamentózní léčbě C6 pacientů nadále MPFF a tato role se opírá o metaanalýzu kontrolovaných klinických studií porovnávajících průběh hojení při obvyklé lokální a kompresní léčbě se situací, kdy je navíc podávána tato medikace. Ukázalo se, že rychlost hojení bérceových vředů byla významně lepší a počet úplně zhojených ulcerací byl po 6 měsících o více než třetinu vyšší, než u osob bez MPFF (21, 22). V aktuálních doporučeních je ještě v případě adjuvantní farmakoterapie zmiňován sulodexid a pentoxifylin.

Léčba bérceových žilních ulcerací vyžaduje multidisciplinární péči a holistický přístup k pacientovi. Klíčové je řešení chronické žilní hypertenze a optimalizace všech faktorů, které přispívají k obtížnému hojení rány. Pacient by měl být vždy vyšetřen na angiologické ambulanci a konzultován cévním chirurgem, který by měl v indikovaných případech časné zasáhnout. Samotná péče o ránu žilní etiologie je založena na konceptu hygieny rány, který zahrnuje čtyři základní kroky – očištění rány i jejího okolí, debridement – očištění spodiny rány, oživení okrajů rány a výběr vhodného léčebného materiálu pro vlhké hojení. K základní péči o pacienta patří také snaha o snížení vlivu

základních rizikových faktorů žilní hypertenze, zlepšení mobility pacienta, redukce nadvážky a řešení kvality života pacientů.

Závěr

CVD je progresivní onemocnění, ve většině případů neohrožující končetinu či život pacienta, ale významně zhoršující kvalitu jeho života. Simplifikace na estetický problém není ani správná, ani vhodná a včas zahájenou komplexní léčbou je možno obtíže z velké části ovlivnit. Pokročilá stadia vedou ke skokovému zhoršení kvality života jedince a dle posledních studií i predikují jeho vyšší celkovou mortalitu, přičemž pro společnost s sebou nesou i velkou socioekonomickou zátěž. Komplexní konzervativní léčba CVD má své místo ve všech stadiích tohoto onemocnění a je nutné ji modifikovat dle stadia a rozsahu objektivního postižení, míry subjektivních potíží a postupně se objevujících komorbidit. Pilíři konzervativní terapie jsou režimová opatření, kompresní terapie a ověřená venofarmaka. V případě přítomnosti symptomů a ultrazvukem verifikované insuficience povrchových žil jsou pacienti indikováni k intervenčnímu řešení, a to preferenčně některou z endovenózních metod.

Screening pacientů se děje většinou na úrovni praktických lékařů, kteří jsou schopni zachytit nejranější stadia včas, a léčbu by měli v těchto stadiích proto i co nejdříve zahájit – právě klinická část CEAP klasifikace vychází jen a pouze z klinického vyšetření, a není k ní nezbytné akutně doplňovat ultrazvukové vyšetření. Vzhledem k tomu, že část pacientů je subjektivně zcela asymptomatická, avšak projevy CVD jsou již patrné na kůži dolních končetin, je nutná i potřeba aktivního vyhledávání onemocnění a edukace pacientů o komplexní dlouhodobé léčbě a o dodržování režimových opatření. Naším dlouhodobým cílem by pak mělo být zvýšení povědomí o CVD jak mezi pacienty, tak mezi lékaři primární péče. Ukazuje se, že časná léčba CVD dokáže výrazně oddálit progresi nemoci a zlepšit kvalitu života pacientů, samozřejmě vždy za nezbytné spolupráce pacienta.

Medikamentózně samozřejmě nelze docílit vymizení již rozvinutých varixů, avšak pro použití ověřených venofarmak zbývá značný prostor, jak mimo jiné vyplývá z faktu, že asi čtvrtina symptomatických pacientů není léčena jen proto, že není diagnostikována. Komplexně léčit bychom měli začít co nejdříve, abychom poskytli rychlou a dlouhodobě udržitelnou úlevu od žilních symptomů ve všech stadiích CVD. Základním důvodem pro léčbu a intervenci na křečových žilách by měla být redukce symptomů, stabilizace žilní hypertenze, zlepšení kvality života, a prevence progresu onemocnění.

Nová doporučení léčby CVD především reflektují obrovské změny v invazivní léčbě tohoto onemocnění (nitrožilní metody) v posledních letech, poukazují na nutnost časné intervence u pacientů se zhojenými nebo aktivními venózními vředy. V případě chirurgické intervence jsou jednoznačně preferovány ambulantní formy ošetření. Endovenózní techniky jsou metodou volby a představují jinou, méně agresivní terapeutickou možnost k metodám klasické chirurgie. Mezi neužívanějšími modalitami (laser a RFA) není rozdíl v účinnosti, nežádoucích účincích, ani stupni recidiv, a to i oproti klasické chirurgii.

LITERATURA

1. Karetová D, Chochola M, et al. Vaskulární medicína. Praha: Maxdorf; 2017.
2. De Maessener M, Kakkos S, Aherne T, et al., European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2022 Feb;63(2):184-267.
3. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Part I (chapters 1-8) *Int Angiol.* 2018 Jun;37(3):181-254.
4. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Part II (chapters 9-18) *Intern Angiol.* 2020. 39(3):175-240.
5. Karetová D, Roztočil K, Vlachovský R, et al. Léčba chronických žilních chorob 2023. Doporučený postup České angiologické společnosti ČLS JEP. 2023 Česká angiologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně.
6. Vital A, Carles D, Serise JM, et al. Evidence for unmyelinated C fibers and inflammatory cells in human varicose saphe nous. *Int J Angiol.* 2010;19:73-7.
7. Karetová D, Bultas J. Chronická žilní nemoc a kardiovaskulární onemocnění. *Med. praxi.* 2023;20(1):17-24.
8. Vojtíšková J. Czech Vein Program – výsledky epidemiologického programu. *Praktická flebologie.* 2012;1:8-13.
9. Lurie F, Passman M, Meisner M, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(3):342-52.
10. Navrátilová Z. Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin. *Dermatol. Praxi.* 2015;9(4):157-61.
11. Černohorská J. Chronické žilní onemocnění – napínávací detektivka pro lékaře, pacienty i farmaceuty. *Prakt. Lékař.* 2016;12(2):54-7.
12. Rother U, Grussler A, Griesbach C, et al. Safety of medical compression stockings in patients with diabetes mellitus or peripheral arterial disease. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2020 Jun;8(1):e001316.
13. Tsoukanov YT, Tsoukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders but without visible signs (C0s), and its correction with MPFF treatment. *Phlebolympology.* 2015;22(1):18-24.
14. Hirmerová J. Farmakologická terapie symptomů chronické žilní insuficience dolních končetin. *Interní Med.* 2018;20(5):227-32.
15. Slonková V. Nová klasifikace venoaktivních léků. *Dermatol. Praxi.* 2016;10(4):178-80.
16. Lenkovic M, Stanic-Zgombic Z, Manestar-Blazic T, et al. Benefit of Daflon 500 mg in the reduction of chronic venous disease-related symptoms. *Phlebolympology.* 2012;19(2):79-83.
17. Allaert FA. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents on malleolar venous edema. *Int Angiol.* 2012 Aug;31(4):310-5.
18. Paysant J, Sansilvestri-Morel P, Bouskela E, et al. Different flavonoids present in the micronized purified flavonoid fraction (Daflon 500 mg) contribute to its anti-hyperpermeability effect in the hamster cheek pouch microcirculation. *Int Angiol.* 2008 Feb;27(1):81-5.
19. Monjotin N, Tenca G. Lymphotonic activity of Ruscus extract, hesperidin methyl chalcone and vitamin C in human lymphatic smooth muscle cells. *Microvasc Res.* 2022 Jan;139:104274.
20. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ.* 2007;335 (7610):83.
21. Roztočil K, Štvrtinová V, Strejček J. Efficacy of a 6-month treatment with Daflon 500 mg in patients with venous leg ulcers associated with chronic venous insufficiency. *Int Angiol.* 2003 Mar;22(1):24-31.
22. Coleridge-Smith P, Lok C, Ramelet AA. Venous leg ulcer: a meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. *Eur J. Vasc Endovasc Surg.* 2005;30:198-208.