

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 bérce vředy), 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 bérce vřadů.

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 stadiu 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