

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).