

**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   | +              | +    | +                 |                   | +                     |                               |
| únavu                 | +              |      | +                 |                   |                       |                               |
| 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 assessment, development and evaluation)

| indikace     | substance                                 | doporučení | průkaz účinku | síla důkazu |
|--------------|-------------------------------------------|------------|---------------|-------------|
| symptomy CVD | MPFF                                      | silné      | střední       | 1B          |
|              | nemikroniz. diosmin<br>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 bércových 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 bércových 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.