

nout ani očekávání pacienta od plánovaného zákroku, neboť vnímání přínosu léčby se může výrazně lišit, a větší zapojování pacienta do rozhodování o léčbě je prospěšné a je nově zdůrazňováno i v aktuálních guidelines.

Celkově je tedy volba léčebné strategie výsledkem komplexního klinického zhodnocení, vyžadujícího často mezioborovou spolupráci a individualizovaný přístup.

Co potřebuje mít cévní chirurg v ultrazvukovém vyšetření před operací?

Ultrazvukové vyšetření před cévní operací by mělo obsahovat podrobné informace přesahující pouhé potvrzení průchodnosti hlubokého žilního systému. Je nezbytné detailně popsat zdroj refluxu (junkce, perforátory), jeho průběh (hlavní nebo akcesorní kmeny) a distální bod insuficience. V případě zvažování endovenózní terapie je důležité uvést rozměry postižené žíly, její vzdálenost od povrchu kůže a případně zhodnotit přítomnost pozánětlivých změn, které mohou být kontraindikací pro endovenózní řešení. Takový komplexní ultrazvukový nálezn umožňuje optimální plánování chirurgického zákroku a zvyšuje bezpečnost a účinnost léčby.

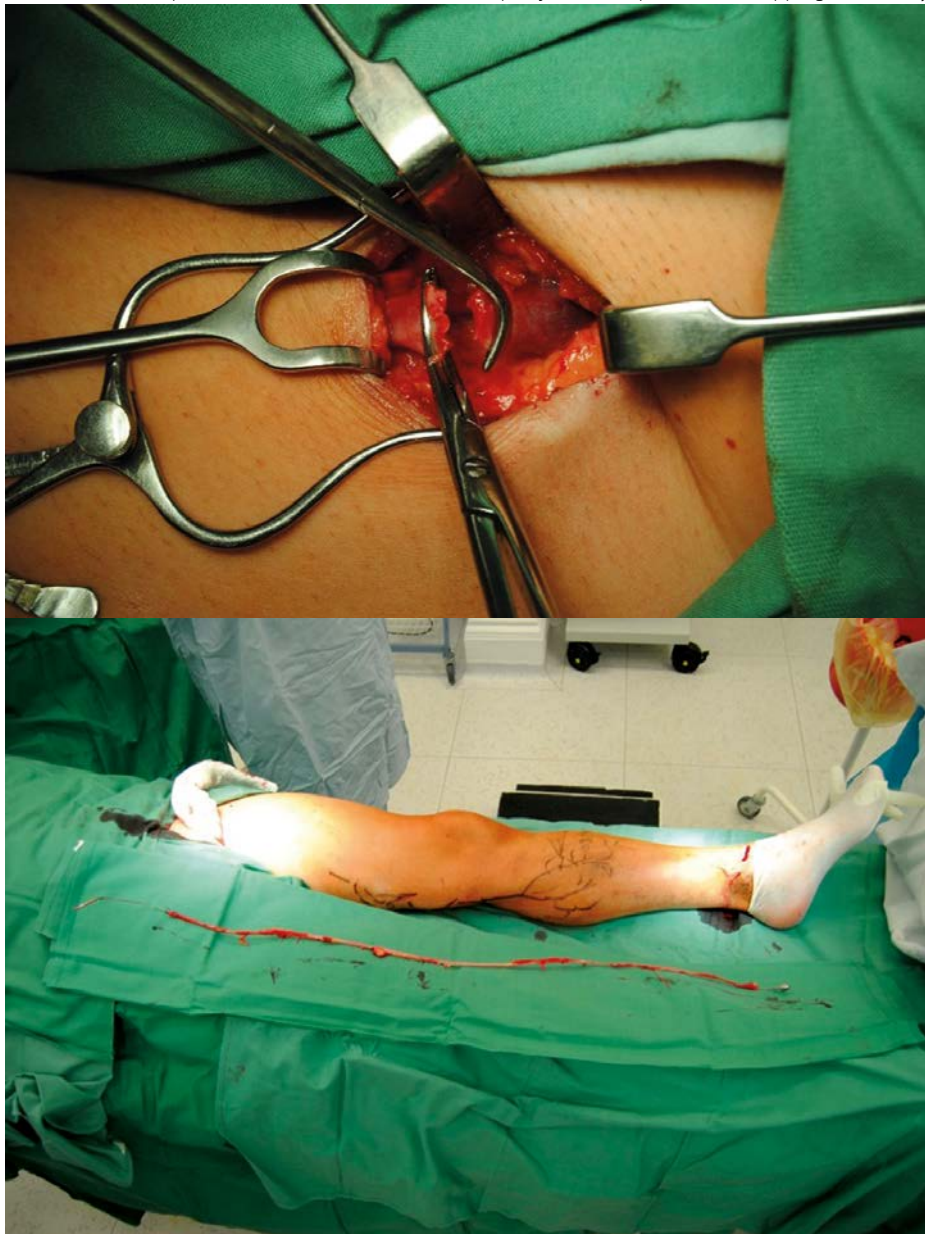
Jaké jsou indikace?

V souladu s aktuálními doporučeními, která byla v posledních letech revidována, zůstává intervenční léčba indikována od stadia C2 dle klasifikace CEAP, tj. při přítomnosti viditelných kmenových varixů. Ve stadiu C3, charakterizovaném otokem, již převažuje symptomatologie, která jasně podporuje intervenční přístup. Významný přínos intervenční léčby je však zejména u pacientů v pokročilejších stadiích chronického žilního onemocnění, tedy ve stadiích C4 až C6. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že přístup založený na vyčkávání s cílem dosažení spontánního zhojení například žilních ulcerací již není považován za optimální. Naopak v případě prokázané žilní etiologie vředu by měla být časná chirurgická intervence vnímána jako aktivní součást komplexní léčby s cílem podpořit a urychlit hojení.

Druhy intervence a anestezie

V souladu s mezinárodními doporučeními jsou v současnosti endovenózní techniky

Obr. 1. Klasická operace varixů. Přerušená velká saféna pod junkú, stav po totálním strippingu velké sféry



považovány za metodu první volby při léčbě insuficience velké safény (VSM), pokud pacient sám nepreferuje klasický chirurgický přístup. I když v některých zemích, včetně České republiky, dosud přetrvává převaha klasických operací, očekává se, že se poměr v budoucnu změní ve prospěch miniinvasivních metod. Endovenózní výkon by měl být ideálně prováděn ambulantně, s využitím lokální anestezie, která kromě analgetického účinku umožňuje efektivnější ošetření cílové žíly (komprese a vasospasmus), zajišťuje ochranu okolních struktur před termickým poškozením a přispívá k rychlé mobilizaci pacienta. Tumescenční anestezie, aplikovaná pod ultrazvukovou kontrolou, představuje preferovanou metodu anestezie při pro-

vádění termálních endovenózních ablací. Celkově tak přispívá ke zvýšení bezpečnosti a efektivity výkonu. Naproti tomu klasická chirurgická léčba vyžaduje zpravidla celkovou nebo svodnou anestezii a delší dobu rekonvalescence.

Komprese po intervenci

Otázka délky a významu kompresivní terapie po intervenčních výkonech zůstává do jisté míry překvapivě předmětem diskuse a může se lišit podle zvyklostí jednotlivých pracovišť. Obecně je však doporučováno zachovat pooperační kompresi trvale přes den i noc alespoň po dobu dvou týdnů, přičemž zejména po klasické chirurgické léčbě bývá kompresivní terapie celkem běžně apli-