

KONZERVATIVNÍ AMBULANTNÍ LÉČBA SYMPTOMŮ CHRONICKÉ ŽILNÍ INSUFICIENCE

MUDr. Dalibor Musil, Ph.D.

II. interní klinika FN a LF Olomouc

Chronickou žilní insuficienci lze léčit konzervativně a chirurgicky. Oporou konzervativní léčby jsou venofarmaka a kompresivní punčochy, které rychle a účinně zbavují pacienta jeho subjektivních potíží a otoků. Krátkodobá čtyřtýdenní studie na malém souboru deseti pacientů prokázala účinnost vícesložkového venofarmaka (troxerutin + heptaminol + ginkgo biloba) podávaného spolu s nošením kompresivních punčoch při léčbě otoků, bolesti, křečí, pocitů tíhy, svědění a pálení dolních končetin (DKK) postižených prokázanou chronickou žilní insuficiencí. Během léčby se otoky objevovaly pouze u dvou pacientů, kteří nebyli schopni pro lokální nesnášenlivost nosit kompresivní punčochy po celý den. U sledovaných pacientů došlo k vymizení nebo k výraznému ústupu subjektivních potíží, i když čtyři týdny po zahájení léčby většina nemocných stále ještě udávala občasné bolesti DKK, vesměs však mírné, které se objevovaly po větší námaze.

Úvod

Venofarmaka (venotonika, venotropní látky) jsou široce užívána v léčbě různých subjektivních potíží (bolesti, křeče, bodání, svědění, pálení, pocitů tíhy a diskomfortu) a otoků dolních končetin, které provázejí chronickou žilní insuficienci (CHŽI) již v počátečních klinických stadiích (C_0 a C_1). Velkým přínosem farmakoterapie je rychlý ústup potíží a zvýšení kvality života.

V symptomatické léčbě CHŽI lze, kromě režimových opatření, použít pouze venofarmaka, výhodná je ale jejich kombinace s kompresivními punčochami. Ne všechna venofarmaka jsou však v terapii jednotlivých symptomů stejně účinná. Výborný efekt některých venofarmak při léčbě otoků byl prokázán dobře uspořádanými, placebem kontrolovanými studiemi, při objektivním měření otoků. Také zde je výhodné kombinovat farmakoterapii s účinnou kompresivní léčbou (tlak punčochy v oblasti kotníku 35 mmHg).

Cíl práce a soubor nemocných

V naší ambulanci jsme sledovali účinek vícesložkového venofarmaka (troxerutin + heptaminol + ginkgo biloba) podávaného spolu s nošením kompresivních punčoch na některé subjektivní potíže a otoky DKK u nemocných s prokázanou CHŽI. Do krátké, jednoduše uspořádané, prospektivní studie bylo zahrnuto celkem 10 pacientů odeslaných praktickými lékaři v průběhu jednoho měsíce do cévní ambulance pro různé subjektivní potíže v souvislosti s CHŽI. Zahrnuti byli pouze pacienti s prokázanou CHŽI všech věkových kategorií. Při vstupním vyšetření byla odebrána anamnéza se zaměřením na žilní onemocnění, bylo provedeno fyzikální vyšetření a barevná duplexní ultrasonografie žil na postižené dolní končetině. Diagnóza CHŽI byla stanovena, pokud nemocný splňoval alespoň dvě z následujících tří kritérií:

1. anamnestická kritéria CHŽI – pocitů tíhy a napětí v dolních končetinách, zejména odpoledne a navečer, bolestivost, pálení a svědění, noční křeče, pocit otoku nebo skutečné otoky dolních končetin
2. klinická kritéria CHŽI – průkaz venektázií, retikulárních a/nebo uzlovitých varixů, otoků, lipodermatosklerózy, hyperpigmentace a zhojených či floridních bérco-vých vředů na dolních končetinách

3. ultrazvuková kritéria CHŽI – průkaz dilatace, vinutí a zejména refluxu v hlavních kmenech povrchových žil (velká a malá safena), průkaz refluxu a/nebo obstrukce v hlubokém žilním systému, průkaz dilatace a refluxu v oblasti perforátorů.

Náš soubor tvořilo devět žen ve věku 26 až 70 let (věkový průměr 49,6 roku) a jeden muž (59 let). Sledované subjektivní potíže (bolesti, křeče, pocitů tíhy, svědění a pálení dolních končetin) a otok, měřený v oblasti kotníku 10 cm od podložky, jsme před léčbou kvantifikovali na základě anamnézy a objektivního nálezu pomocí jednoduché stupnice, která byla nemocným předkládána k vyplnění (zakroužkování) jako jednoduchý dotazník. Pro kvantifikaci subjektivního pocitu bolesti DKK nemocný zakroužkoval číslo na lineární stupnici od 0 do 10, kde číslo 0 označovalo nepřítomnost bolesti a číslo 10 nesnesitelnou bolest. Otoky, křeče, pocitů tíhy, pálení a svědění dolních končetin byly kvantifikovány jednoduchou stupnicí 0 až III: 0 – žádné, I – mírné, II – střední, III – výrazné symptomy.

Po vyšetření, potvrzení diagnózy CHŽI a kvantifikaci symptomů a otoků byla nemocným nasazena terapie kombinovaným venofarmakem v dávce jedna kapsle dvakrát denně, současně s kompresivní punčochou (kompresivní třída II – 35 mmHg), která byla u devíti nemocných stehenní a u jednoho pacienta lýtková. Pacientům byla doporučena režimová opatření, případně redukce tělesné hmotnosti. Na kontrolu byli pozváni za čtyři týdny, kdy jsme subjektivní potíže a otok opět kvantifikovali.

Výsledky

Výsledky naší práce lze jednoduše shrnout do dvou přehledných tabulek. Tabulka číslo 1 ukazuje výskyt a závažnost jednotlivých sledovaných symptomů před léčbou, tabulka číslo 2 stejné symptomy po čtyřtýdenní léčbě režimovými opatřeními, venofarmakem a kompresivní punčochou.

Diskuze

Kombinovaná léčba venofarmakem a kompresivní punčochou měla na subjektivní potíže a otoky, vznikající ve spojitosti s CHŽI, velmi dobrý vliv. Ukazuje se, že komprese je nevyhnutná pro všechny pacienty s CHŽI v jakémkoliv kli-

Tabulka 1. Kvantifikace otoku a subjektivních potíží před léčbou

věk (roky)/ pohlaví	otok	subjektivní potíže			
		bolesti	křeče	tíha	svědění/ pálení
36/ž	0	4	I	0	0
28/ž	II	4	II	II	0
67/ž	0	9–10	0	III	I
57/ž	I	5	II	0	0
53/ž	0	5	II	II	I
33/ž	0	6–7	0	II	0
70/ž	II	5	II	I	0
59/m	II	7–8	III	II	0
26/ž	0	4	0	II	0
67/ž	I	6	II	II	0

Tabulka 2. Kvantifikace otoku a subjektivních potíží po čtyřech týdnech léčby

věk (roky)/ pohlaví	otok	subjektivní potíže			
		bolesti	křeče	tíha	svědění/ pálení
36/ž	0	1	0	0	0
28/ž	0	2	0	0	0
67/ž	0	5	0	I	0
57/ž	0	2	I	0	0
53/ž	0	1	0	0	I
33/ž	0	3	0	0	0
70/ž	I	1	I	0	0
59/m	I	2	I	I	0
26/ž	0	1	0	I	0
67/ž	0	3	I	II	0

nickém stadiu (C_0 – C_6) v kombinaci se všemi ostatními způsoby léčby. Kompresce zvyšuje žilní návrat zmenšením žilního průsvitu, snížením kapilární filtrace a zlepšením lymfatické drenáže. Také venofarmaka zlepšují žilní návrat několika mechanismy – zvýšením žilního tonu, snížením propustnosti stěny kapilár, snížením viskozity krve a přilnavosti leukocytů a zlepšením lymfatické drenáže.

Otoky vymizely téměř u všech nemocných. Objevovaly se pouze u dvou pacientů (70letá žena a 59letý muž), kteří

nebyli schopni pro lokální nesnášenlivost nosit kompresivní punčochy po celý den. Tito nemocní popisovali mírný perimaleolární nebo pretibiální otok v odpoledních a večerních hodinách, ale ve srovnání se stavem před léčbou byl otok menší (tabulky 1 a 2).

U sledovaných pacientů jsme pozorovali vymizení nebo výrazný ústup všech subjektivních potíží (bolesti, křeče, pocity tíhy, svědění a pálení DKK), i když čtyři týdny po zahájení léčby většina nemocných stále ještě udávala občasné bolesti DKK, kromě jedné nemocné vesměs však mírné, kdy hodnocení na lineární stupnici kvantifikující subjektivní pocit bolesti nepřesahovalo číslo 3 (tabulka 2). Bolesti se objevovaly po větší námaze (fyzická práce, dlouhé stání a/nebo sezení), v teplém prostředí nebo v závislosti na hormonálních vlivech (menstruace). Na výsledek této krátkodobé léčby mělo nesporně, kromě farmakoterapie a komprese, významný vliv také dodržování režimových opatření (životní styl, obuv, pohyb, cvičení, dieta, kouření). Protože sledovaný soubor nemocných byl malý, nebyly získané údaje zpracovány statisticky.

Závěr

U všech nemocných s CHŽI jsou nutná dlouhodobá, nejlépe celoživotní, režimová opatření, která musí ovlivnit rizikové faktory. Jde zejména o dietu a s ní související nadváhu či obezitu a pravidelnost vyprazdňování, dále kouření, dlouhé stání či sezení a pohybový režim nemocného. Počáteční lehká stadia CHŽI lze léčit pouze konzervativně, kombinací farmakologické a kompresivní léčby. Nemocní s výrazným refluxem v safenofemorální či safenopopliteální junkci, organickými změnami na obou safenách (dilatace, vinutý průběh, afunkční chlopně), podmiňujícími těžký reflux, který nejlépe prokážeme barevnou duplexní ultrasonografií a žilním, bérčovým vředem, jsou indikováni ke sklerotizaci nebo ještě lépe k operačnímu řešení. Zatímco skleroterapie by měla být vyhrazena k odstraňování teleangiektázií, drobných retikulárních varixů (1–3 mm) a zbytkových varixů po operaci, je chirurgický přístup stále považován za léčbu první volby u velkých uzlovitých varixů kmene velké a malé safeny.

Literatura

1. Almgren B, Ericsson I. Valvular incompetence in superficial, deep and perforator veins of limbs with varicose veins. *Acta Chir Scand* 1990; 1: 69–74.
2. Kistner RL. Definitive diagnosis and definitive treatment in chronic venous disease. A concept whose time has come. *J Vasc Surg* 1996; 24: 703–710.
3. Lagattolla N, et al. Regarding hemodynamic assessment of femoropopliteal venous reflux in patients with primary varicose veins. Letter to the Editor. *J Vasc Surg* 1998; 2: 388.
4. Mercer KG, Scott DJA, Berridge DC. Preoperative duplex imaging is required before all operations for primary veins. *Brit J Surg* 1998; 85: 1495–1497.
5. Musil D, Herman J. Chronická žilní insuficience – ambulantní sledování rizikových faktorů. *Vnitřní lékařství* 2003; 11.
6. Musil D, Herman J. Anatomické a hemodynamické změny na žilním řečišti dolních končetin postižených chronickou žilní insuficiencí. *Vnitřní lékařství* 2003; 49: 7.

7. Raju S, Fredricks R. Evaluation of methods for detecting venous reflux. *Arch Surg* 1990; 125: 1463–1467.
8. Ruckley CV. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Phlebology* Springer 1995; 2 (Suppl 1): 1107–1109.
9. Somjen GM, et al. Duplex ultrasound examination of the acutely painful and swollen leg. *Dermatol Surg* 1996; 22: 383–387.
10. Tong Y, Royle J. Duplex ultrasound assessment of the venous status of the swollen leg. *Aust A Z J Surg* 1995; 65: 784–786.
11. Welch HJ, et al. Duplex assessment of venous reflux and chronic venous insufficiency: the significance of deep venous reflux. *J Vasc Surg* 1996; 24: 755–762.