

# Chronické žilové ochorenie

**Choroby žíl dolných končatín patria medzi najčastejšie chronické stavy vo vyspelých krajinách. Chronické venózne ochorenie (CHVO) zasahuje až 70% dospelaj populácie. Predstavuje nielen závažný medicínsky, ale aj ekonomický problém.**

Podľa epidemiologických štúdií až 15% pacientov s CHVO bolo v dôsledku ochorenia práceneschopných, a u 12% z nich bola doba trvania práceneschopnosti viac ako 1 mesiac.

Symptómy, ako pálenie, štipkanie, svrbenie, mravčenie, opúchanie, nepokojné nohy, kŕče, významne znižujú kvalitu života.

Mnohé klinické štúdie potvrdili, že chronické žilové ochorenia spôsobujú pacientom výrazné obmedzenia v spôsobe života, viac ako polovica pacientov má problém odhaliť si dolné končatiny (napr. nechodí na kúpalisko, ženy nenosia sukňu), pričom so zvyšujúcou sa závažnosťou ochorenia stúpa aj počet osôb, ktorým choroba znemožňuje niektoré denné činnosti či aktivity. Pribeh ochorenia má niekoľko štádií. Na začiatku sú často len ťažkosti bez viditeľných známkov. Postupne sa u pacientov vytvárajú „metličky“, kŕčové žily (vakovito rozšírené povrchové žily), kožné zmeny, zápaly kože, zápaly žíl. Riziko hlbkovej žilovej trombózy je u pacientov s varixami asi 3-násobne vyššie ako pri zdravej populácii. Posledným a veľmi nepríjemným štádiom ochorenia je vred predkolenia, ktorý sa vyskytuje asi u 1–2% seniorov. Nepríjemnou komplikáciou je aj ruptúra varixu a hemoragia.

## Rizikové faktory

Medzi všeobecné rizikové faktory vzniku a rozvoja primárneho CHVO patrí vek, obezita, ženské pohlavie, gravidita, práca v stoji a v sede, nosenie sťahujúceho šatstva (korzety), sedavý spôsob života, nedostatok vlákniny v potrave, spojený s obštipáciou, nevhodná obuv.

## Tabuľka 1. Štádiá a symptómy chronického venózneho ochorenia.

### 0 ŠTÁDIUM

– bolesťivosť, pocit opúchania, pocit „ťažkých nôh“, kŕče (bez viditeľných znakov)

### 1 ŠTÁDIUM

– teleangiektáze – rozšírenie drobných koncových ciev alebo rozšírenie retikulárných (sietových) žíl ± symptómy

### 2 ŠTÁDIUM

– kŕčové žily ± symptómy

### 3 ŠTÁDIUM

– opuch ± symptómy

### 4 ŠTÁDIUM

– zmeny na koži pripisované ochoreniu žíl, napr. pigmentácia, ekzém a lipodermatoskleróza ± symptómy

### 5 ŠTÁDIUM

– trofické zmeny na koži so zahojeným vredom predkolenia žilového pôvodu ± symptómy

### 6 ŠTÁDIUM

– trofické zmeny na koži uvedené v triede 4 s aktívnym vredom predkolenia žilového pôvodu ± symptómy

Veľmi silným rizikovým faktorom je genetika. Ak jeden z našich rodičov má CHVO, je pravdepodobnosť prejavu sa ochorenia asi 60%. Ak ochorením trpia obidvaja rodičia, pravdepodobnosť je viac ako 90%.

Príčina primárnych kŕčových žíl nie je jednoznačne známa, sekundárne varixy vznikajú najčastejšie v dôsledku prekonanej hlbkovej venózne trombózy, malformácie alebo agenézy chlopni hlbkových žíl, vaskulárných dysplázií, kongenitálnych alebo získaných arteriovenózných fistúl, nádoru alebo úrazu (najčastejšie pri bodnom či strelnom poranení). V prípade prekážky žilového odtoku v hlbkových žilách (najčastejšie v dôsledku hlbkovej flebotrombózy), predstavujú sekundárne varixy často vlastne kolaterálny obeh. Sekundárne potrombotické ochorenie žíl je získané chronické zápalové ochorenie, ktoré zasahuje predovšetkým hlbkovej žilový systém, prejavuje sa obštrukciou aj refluxom v hlbkových žilách, rýchlo progreduje do vzniku vred predkolenia, teda najzávažnejšieho klinického štádia ochorenia. Ak pacient trpí zároveň obezitou, liečba je často torpidná.

## Diagnostika

V súčasnosti zlatým štandardom v diagnostike CHVO je vaskulárny ultrazvuk, ktorým možno presne diagnostikovať stav a funkčnosť jednotlivých častí žilového systému, ako aj vylúčiť hlbkovú žilovú trombózu, prípadne iné patologické situácie. Ultrazvuk umožňuje presne stanoviť reflux alebo obštrukciu. Toto vyšetrenie je nutné realizovať aj v prípade invazívneho ošetrenia „metličiek“ – vo verejnosti vnímané ako kozmetický problém v snahe dosiahnuť čo najlepší výsledok a minimalizovať možné komplikácie. Ultrazvuk je mandatórny aj pri realizácii miniinvazívnej liečby varixov. Mal by ho vykonávať skúsený alebo v tejto problematike dobre zaškolený odborník.

Aktuálne sa do popredia detailnejšej diagnostiky dostáva vo svete takzvaná augmentovaná realita. Sú to rôzne svetelné zariadenia využívajúce infračervené svetlo, ktoré preniká do hĺbky kože 10 až 15mm. Svetlo sa rôzne absorbuje v kožnom tkanive a hemoglobínom v žilách. Takto možno detailne zobrazit vaskulaturu pacienta.

## Liečba

Liečba CHVO je komplexná a celoživotná. Okrem správnej životosprávy a fyzikálnej liečby sa používajú nasledovné spôsoby terapie – konzervatívna (kompresívna, medikamentózna) a invazívna (miniinvazívna a chirurgická).

Kompresívna liečba predstavuje základný kameň v prevencii aj liečbe CHVO. Kompresívna liečba pomocou elastických obvazov

alebo kompresívnych pančúch (podkolenky, stehnové pančuchy, pančuchové nohavice) nahrádza nedostatočnosť svalovej pumpy lýtkových svalov, obmedzuje preplňovanie povrchového venózneho systému, zrýchľuje krvný prietok v končatine, a tým aj transport odpadových produktov metabolizmu, ktorých hromadenie v spojivovom tkanive prispieva k progresii CHVO. U pacientov táto možnosť liečby nie je často obľúbená. Ako dôvody udávajú nepohodlnosť, estetiku, problematické navliekanie. Spoločnosti produkujúce kompresívnu liečbu však zdokonaľujú materiály a prinášajú stále komfortnejšie a aj módnejšie produkty. Samotné navliekanie možno uľahčiť zdravotnými navliekačmi (zdravotná pomôcka) a správnu technikou.

Venofarmaká (venoaktívne látky, venotoniká, venoprotektíva) účinkujú na niekoľkých úrovniach. Oplyvňujú makrocirkuláciu (napr. zvyšujú venózne tonus, znižujú distenzabilitu venózneho stený), ale aj mikrocirkuláciu (znižujú hromadenie a následnú aktiváciu leukocytov, znižujú tvorbu niektorých prozápalových mediátorov, znižujú kapilárnu hyperpermeabilitu, znižujú fragilitu kapilár, znižujú viskozitu krvi) a lymfatický odtok.

Venofarmaká sú veľmi účinné predovšetkým pri úlave od subjektívnych príznakov žilového ochorenia, ako je pocit ťažkých nôh, únava, kŕče, bolesti a opuchy dolných končatín. Oplyvnenie subjektívnych ťažkostí a ich protipuchové pôsobenie sa dokázalo v mnohých klinických štúdiách. Viaceré klinické štúdie potvrdzujú ich význam pri zabránení progresie ochorenia. Preparáty obsahujúce mikronizovanú purifikovanú flavonoidnú frakciu (MPFF) a mikronizovaný diosmín majú najsilnejšiu medicínsku dôkazov.

Na druhej strane však pri užívaní venofarmák, podobne ako pri nosení kompresívnych pančúch, nemožno očakávať vymiznutie varixov. Vo svetle európskych odporúčaní pre liečbu CHVO sa preferuje invazívna liečba pred konzervatívnu, a to z dôvodu zlepšenia kvality života, úlavy od ťažkostí a z kozmetického hľadiska.

## Invazívna liečba

Na odstránenie varixov sa v súčasnosti používa stále rozšírená konvenčná chirurgická metóda strippingu - extirpáciou kmeňových varixov cez niekoľko rezov. Táto liečba prebieha ústavnu cestou v celkovej alebo spinálnej anestéze. Spravidla je sprevádzaná niekoľko týždňovou pracovnou neschopnosťou do zhojenia operovanej končatiny.

Aktuálne sa preferujú pri nekomplikovaných varixoch miniinvazívne spôsoby ošetrenia, pre

kratší čas rekonvalescencie, rýchly návrat do práce, väčší komfort pacientov, nižšie riziko komplikácií, a to najmä hlbková žilová trombóza, resp. pľúcna embólia. Vykonávajú sa v lokálnej anestéze a pre zavedenie pracovného katétra je potrebný vpich. Existuje celá paleta miniinvazívnych katérových techník. Všeobecne akceptovane je delenie do dvoch hlavných skupín na termálne a netermálne metódy. Medzi termálne patria endovenózne laser, rádiovlnová, mikrovlnné vlnenie a iné. Pri práci využívajú tepelnú energiu na ošetrovanie postihnutej žily.

Do druhej veľkej skupiny netermálnych metód patria biologické lepidlo, pri ktorom dochádza pri ošetrovaní reálne k zlepeniu žily. Druhým predstaviteľom je tzv. MOCA – mechanická ablácia chemicky asistovaná, pri ktorej sa postihnutý úsek ošetrí zvnútra kombinovaným účinkom mechanického poškodenia a chemicky pôsobiacej sklerotizačnej látky. Netermálne techniky sa vykonávajú skôr v špecifických situáciách.

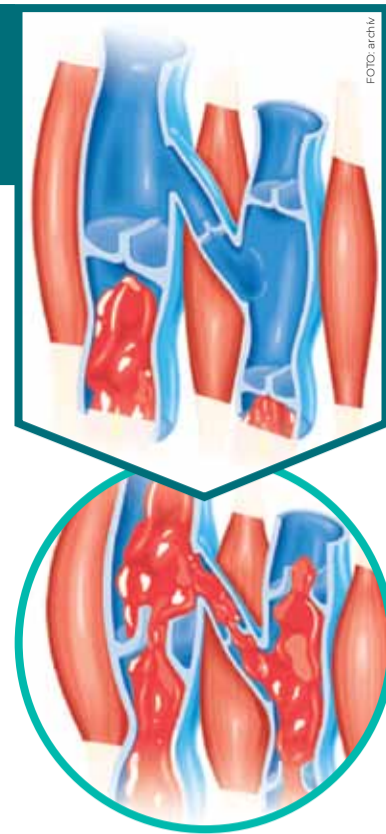
Pri týchto procedúrach sa znížením nefunkčnej žily zabráni patologickému refluxu, a tým sa odstráni žilová hypertenzia v povrchovom žilovom systéme dolných končatín.

V širokej verejnosti prevláda názor, že v rôznych špecifických skupinách, ako sú starší pacienti (oktageriáni a starší), obézni, pacienti užívajúci warfarin alebo nové antikoagulanty, nie sú vhodní k miniinvazívnej ablačnej liečbe. Podľa konsenzu svetových odborníkov práve obézni pacienti by mali byť preferenčne ošetrení endovenózne pred konvenčnou chirurgickou liečbou. Samozrejme, úprava hmotnosti má celkový blahodarný efekt na organizmus. U Oktageriánov a starších pacientov je síce mierne vyšší výskyt trombotických komplikácií, avšak nepredstavujú podľa konsenzu významné riziko. Antikoagulačná liečba neznižuje účinnosť ani bezpečnosť a dokonca konsenzus neodporúča rutinne prerušovať túto liečbu.

Endovenózne techniky sa od svojho zavedenia do klinickej praxe neustále zlepšujú. Vo všeobecnosti sa celosvetovo akceptujú ako vysoko bezpečné a účinné metódy liečby CHVO (samozrejme za predpokladu správnej indikácie a prevedenia). Účinnosť a spoľahlivosť týchto metód je podľa literatúry porovnateľná, ale za zlatý štandard v miniinvazívnej endovenózne liečbe sa považuje termálna ablácia.

## Stratégia zachovania safén

Zatiaľ najlepší materiál, ktorý môžeme použiť ako kondukt pri bypasových cievnych výkonoch je veľká alebo malá saféna. Preto abláciu safén treba zvažovať individuálne. Napriek viacerým svetovým prácam, koncept zachovania safén pri ošetrovaní varixov na dolných končatinách (CHIVA), nie je zatiaľ svetovo rozšírená a široko akceptovaná terapeutická



modalita. Chýba dostatok dát pre medicínu založenú na dôkazoch. Nevýhodou je dlhšia „learning curve“ a ťažšia realizácia v bežnej klinickej praxi. Napriek tomu údajov o jej efektívnosti stále pribúda a je vykonávaná aj nechirurgickými lekármi. Žargónom zo sveta módy možno ablačnú stratégiu prirovnať k „pret á porter“ a stratégiu zachovania safén k „haute couture“. Nekmeňové kŕčové žily, väčšinou povrchovo prebiehajúce, sa ošetrujú tzv. sklerotizáciou alebo miniflebektómiou. Pri sklerotizácii sa do postihnutej žily za ultrazvukovej kontroly alebo použitím predtým uvedenej augmentovanej reality aplikuje cez ihlu pena sklerotizačnej látky, ktorá navodí zápal, a tým v priebehu niekoľkých týždňov vyhojenie nefunkčnej žily, ktorá býva v tomto období zatvrdnutá. Sklerotizácia sa realizuje ambulantne, pracovná neschopnosť nie je nutná.

Pri miniflebektómii sa postihnutá žila v lokálnej anestézii vytiahne cez drobné vpichy pomocou špeciálnych háčikov. Po výkone pacient nosí kompresívnu liečbu. Rovnako sa môže realizovať ambulantne.

Flebektázie - „metličky“, možno odstrániť predtým uvedenou sklerotizáciou alebo čoraz viac do popredia sa dostávajúcou metódou CLaCS. Pri CLaCS (Cryo laser and Cryo sclerotherapy) ide o pôsobenie kožného lasera, pričom sa do žily aplikuje hypertenzný roztok glukózy alebo dextrózy za súčasného pôsobenia chladu. Výhodou tejto techniky je vynikajúci estetický efekt s menším rizikom komplikácií (najmä pigmentácií). Vykonáva sa ambulantne a nie je potrebné po zákroku nosiť kompresívne pančuchy.

## Ako predchádzať CHVO?

Dostatočnou pohybovou aktivitou – pravidelná aspoň 1x do dňa asi 30 minút trvajúca chôdza rýchlosťou 5km/hod. Konzumáciou racionálnej stredomorskej stravy, vyhýbaním sa dlhému státiu a sedeniu, nosením kompresívnych podporných pančúch, udržiavať si optimálnu hmotnosť.

MUDr. Marek Šumaj

Trenčín

