

a u různých populací. Nejvyšší je v zemích Západu. Rozdíl je však nejvíce dán tím, zda do CHŽO zahrnujeme jen varikózní žíly, nebo i retikulární žíly, pavoučkovité a metličkovité veneektázie. Diagnostika se sjednocuje a upřesňuje při použití klasifikace chronických žilních chorob CEAP (5, 6, 7). I tak přechody mezi jednotlivými kategoriemi nejsou jednoznačné. Podle jednoho z velkých přehledů z poslední doby je výskyt nemocných v klinickém stadiu C0 9 %, C1 (teleangiektázie, retikulární varixy) 26 %, C2 (varixy) 19 %, C3 (otok při CHŽO) 38 %, C4 (trofické žilní změny) 4 %, C5 (zhojený ulkus) 1 % a C6 (ulcus) 0,42 % (8). Stadia C3–6 jsou projevem chronické žilní insuficience (CHŽI). Odhaduje se, že v západních zemích péče o nemocné s CHŽO spotřebuje až 2 % nákladů na zdravotní péči (9).

Většina chronických chorob se v průběhu doby zhoršuje. CHŽO někteří lékaři i pacienti podceňují, jiní se příliš obávají vzniku bércového vředu. Studie, které se zabývaly vývojem onemocnění, jsou relativně vzácné. Widmerova Basilejská studie z roku 1978 u 1441 zaměstnanců chemického průmyslu ukázala po 11 letech progresi varixů u 1/3 a u pacientů s kmenovými varixy progresi do CHŽI dokonce u 1/2. Bonnská studie z r. 2010 prokázala po 6,6 letech progresi varixů (C2) do CHŽI u 31 % (10). Edinburghská studie (10) prokázala progresi onemocnění po 13 letech u 57,8 % nemocných a u 334 pacientů s kmenovými varixy vznik kožních změn při CHŽI u 31,9 %.

V naší ambulantní praxi tak závažnou progresi CHŽO nepozorujeme, a proto jsme se rozhodli analyzovat stav našich pacientů.

Soubor pacientů a metoda

Vybrali jsme zdravotnickou dokumentaci našich pacientů s CHŽO, kteří neprodělali trombózu žil dolních končetin (DK) a které máme v evidenci 10 a více let. Klinický stav jsme hodnotili podle CEAP klasifikace a použili jen klinickou část ve verzi z r. 2002. Za zhoršení jsme považovali zhoršení třídy C klinické klasifikace. Zjišťovali jsme přítomnost varixů DK v rodině a zda již nemocní prodělali sklerotizace nebo operace žil včetně endovenózních intervencí. Všichni pacienti prodělali vyšetření žil pomocí duplexní sonografie (Philips En Visor, později Mindray DC-8). Nemocné jsme vyšetřovali vleže. Regurgitaci

v povrchových žilách jsme považovali za pozitivní, pokud byl delší než 1 s u proximálních žil a 0,5 u žil na bérkách. U části nemocných bylo provedeno fotopletyzografické vyšetření (D-PPG) výkonnosti žilně svalové pumpy a použili jsme jen čas opětného plnění žil po cvičení (To). Klinické a sonografické vyšetření bylo provedeno u všech nemocných i při posledním vyšetření u nás.

Soubor našich pacientů s chronickým žilním onemocněním ukazuje tabulka 1.

Nemocným bylo doporučeno léčení odpovídající současným poznatkům. Ne všichni pacienti se tím řídili. Z venofarmak nejčastěji užívali Detralex® (mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce). Jen někteří nemocní chodili na kontroly pravidelně.

Statistické zpracování provedl Mgr. M. Komarec z Biofyzikálního ústavu 1. LF UK Praha. Korelační matice je podle Pearsona, test rozdílů provedl pomocí t-testu (pro intervalově proměnné) a pomocí chi-kvadrátu (pro kategoričké proměnné).

Výsledky

Klinický stav našich pacientů při vstupním vyšetření ukazuje tabulka 2. Většinu pacientů tvořily ženy (79 %). Většina nemocných (82 %) byla v klinických třídách C1 a C2.

Korelace mezi studovanými parametry ukazuje korelační matice (Pearson), viz tabulka 3.

Z uvedených výsledků vyjímáme některé. Starší pacienti mají méně často stadium C1 a častěji stadium C4, častěji mají regurgitaci v žilách a nižší výkonnost žilněsvalové pumpy hodnocenou časem (s) To. Pacienti s vyšší hmotností mají méně často stadium C1, častěji stadium C4 a častěji je přítomna regurgitace. Operace žil v anamnéze je méně častá u pacientů s klinickým stadiem C1 a častější u pacientů ve stadiu C4 a mají menší výkonnost žilně svalové pumpy (menší, kratší To).

V naší skupině pacientů s CHŽO jsou nemocní, kteří byli u nás vyšetřeni po 10 a více letech. Průměrná doba sledování byla 12,9 let, rozmezí 10–28 let. Horní hranice je dána začátkem používání elektronické dokumentace. Během sledování podstoupilo sklerotizaci žil 20 pacientů a operaci žil 14 pacientů. Výskyt regurgitace v povrchových žilách se zvýšil z 43,1 % na 53,2 %. Progresi onemocnění jsme prokázali u 40 pacientů, tj. u 25 %. Jeden pacient v třídě C4 se dostavil na kontrolu po 10 letech s drobným kožním defektem 3 × 3 mm. Podrobnější údaje ukazuje tabulka 4.

Při porovnání pacientů, u kterých došlo k progresi onemocnění (přestup do vyšší klinické kategorie), s pacienty, kteří zůstali ve stejné kategorii onemocnění, jsme zjistili jen malé rozdíly, které nedosáhly statistické významnosti. Například progresie byla spíše u pacientů starších a ve stadiu C1. U nemocných s progresí byla regurgitace v žilách přítomna u 51,2 % oproti 40,5 % u nemocných bez progresie onemocnění.

Diskuze

U 90 pacientů čekajících na operaci žil pozorovali zhoršení klinické třídy u 11,2 % již po 19 měsících (11). V Bonnské studii u nemocných v klinické třídě C2 pozorovali vznik CHŽI u 31 % již po 6,6 letech

Tab. 1. Soubor pacientů s chronickým žilním onemocněním

	Počet	Průměr nebo %	SD	Min.	Max.
Věk (roky)	160	53,99	15,16	18	82
Muži		20,6 %			
Ženy		79,4 %			
Varixy v rodinné anamnéze		48,75 %			
Osobní anamnéza: sklerotizace operace varixů		6,3 %			
		10,6 %			
Hmotnost (kg)	102	77,84	15,00	48,00	125,00
Výška (cm)	102	170,00	9,6	147,00	198,00
BMI	102	26,88	4,71	18,00	40,40