

ZÁNĚTLIVÁ ŽILNÍ ONEMOCNĚNÍ DOLNÍCH KONČETIN

Pplk. MUDr. T. SUCHÝ

Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav JEP, Hradec Králové

Záněty a trombózy žil dolních končetin patří k častým chorobám v lékařské terénní i nemocniční praxi, civilní i vojenské. Přesto, že jde o časté onemocnění, jemuž je věnována nemalá pozornost v domácí i cizojazyčné literatuře, dochází při jeho diagnostice i léčení mnohdy k závažným chybám, které znamenají pro nemocného nejednou dlouhodobou morbiditu a někdy i trvalou invaliditu, či dokonce úmrtí.

Cílem tohoto sdělení je podat stručný přehled nynějších literárních i našich vlastních názorů na diagnostiku a léčení jednotlivých typů zánětlivých a trombotických žilních onemocnění dolních končetin s poukazem na některé chyby, ke kterým v této oblasti dosud nejčastěji dochází.

Je všeobecně známo, že jak diagnóza, tak i léčení zvláště hlubokých žilních zánětů je neobyčejně svízelné. Vzhledem k tomu, že je kladen důraz na časnost diagnózy i léčení, soustřeďuje se pozornost na propracování vyšetřovacích metod, umožňujících časné vyhledání a objektivizaci iniciálních forem hlubokých žilních trombóz. V tomto směru přinesla poslední desetiletí značný pokrok, a to zavedením a zdokonalením nových vyšetřovacích metod. Je to především vyhledávací (screeningová) metoda sledování žilního průtoku na dolních končetinách ultrazvukovým průtokoměrem (ultrasound flowmeter), použitelná, žel, jen pro detekci trombózy v žilách většího průměru. Velmi cenná a přesná je metoda scintigrafická: intravenózně podaný lidský fibrinogen, značkováný ¹²⁵I po vyvázání v žilním trombu nám umožňuje scintigrafickou detekci tohoto trombu s objektivizací jeho lokalizace a velikosti; opakovanou scintigrafií v určitých intervalech získáváme představu i o narůstání či zmenšování trombu. Další exaktní metodou vyšetření hlubokého žilního řečiště a objektivního průkazu trombózy je flebografie, a to jak antegrádní, tak i retrográdní, která nás informuje zcela spolehlivě a neměla by chybět před žádným chirurgickým zákrokem pro hlubokou flebotrombózu, ani před rozhodnutím o trombotické léčbě [Mavor 22, 23].

Mnoho nového se objevilo i na poli terapeutickém, jak bude podrobněji uvedeno u léčby hlubokých flebotrombóz.

Nomenklatura a klasifikace

Ukazuje se, že zánětlivé jevy a trombóza v žilním lumen vzájemně v obou směrech na sebe navazují, vzniklý trombus vyvolává již za několik hodin reaktivní zánět ve stěně žilní, který vede k fixaci dosud volného a snadno se

uvolňujícího a embolizujícího trombu; naopak, zánět v okolí žíly nebo přímo zánět žilní stěny vede k tvorbě trombu v lumen, který je však od začátku pevně fixován ke stěně žilní. Z tohoto důvodu nelze mluvit o čisté trombóze či flebitidě, nýbrž, jak to navrhli Ochsner a DeBakey, mluvíme o flebotrombóze, převažuje-li trombotická složka, a o tromboflebitidě, převažuje-li zánětlivá složka. Přitom za objektivní známky zánětu pokládáme horečku, leukocytózu a zvýšenou FW s lokálními projevy zánětu, evidentními zvláště u povrchných afekcí. Fontaine nazývá flebotrombózy, u nichž při chudém klinickém obrazu dominuje embolizační schopnost emboligenními flebotrombózami.

Daleko důležitější je však dělení žilních zánětů a trombóz na povrchové a hluboké; zatímco povrchové tromboflebitidy se jeví jako onemocnění nezávažná, většinou nevyžadující klid na lůžku a neohrožující život pacienta embolizací, hluboké flebotrombózy jsou závažná onemocnění pro hrozící, často letální embolizace a pro své následky ve formě posttrombotického syndromu.

Zdá se, že z praktického hlediska je nejužitečnější následující rozdělení zánětlivých žilních onemocnění dolních končetin, kterého se budeme v dalším textu přidržovat

A. Povrchové tromboflebitidy:

1. Thrombophlebitis varicosa
2. Thrombophlebitis venae saphenae
3. Thrombophlebitis migrans

B. Hluboké tromboflebitidy:

4. Phlebothrombosis pedis (cruris) incipiens
5. Phlebothrombosis cruris profunda
6. Phlebothrombosis iliofemoralis seu Phlegmasia alba (coerulea) dolens

Klinika, diagnóza a léčení povrchových tromboflebitid

1. Thrombophlebitis varicosa. Je nejčastějším typem flebitidy, postihuje jeden nebo více varikózních uzlů, které jsou tuhé, bolestivé a zarudlé. Postihuje varikózní žíly u primárních varixů, ale i varikózní kolaterály u posttrombotického syndromu. Dost často recidivuje. Diagnóza je snadná, prognóza onemocnění dobrá, zánět ustupuje po několika dnech, takže nikdy nedochází k embolizaci.

Léčení: důkladná elastická bandáž; klid na lůžku je kontraindikován (!), aby nedošlo k šíření zánětu do hlubokých žil. Osvědčil se Ke-

tazon perorálně. Varikózní flebitida tříselných kolaterál u posttrombotického syndromu pro časté recidivy vyžaduje antikoagulační léčbu, nejlépe Pelentanem. Z důvodů preventivních je nutná asanace infekčních fokusů, jako jsou např. interdigitální mykózy. Jde-li o trombózaný varikózní konvolut, je vhodná chirurgická exstirpace celého konvolutu, která výrazně zkrátí délku léčení. K doléčení je vhodný Heparoid unguentum, který urychluje resorpci zánětlivého infiltrátu. Nejčastější chybou je uložení pacienta na lůžko, zvláště na delší dobu, neboť obleněním žilního toku vleže vznikají podmínky k narůstání trombu.

2. Thrombophlebitis v. saphenae magnae seu parvae. Flebitida postihuje různě dlouhý úsek velké nebo malé safény. Jeví se jako bolestivý, tuhý zarudlý pruh v průběhu kmene safény s otokem okolí, horečkou, zvýšenou FW a leukocytózou. Prognóza onemocnění je dobrá, embolizace se vyskytuje vzácně, může se však rozšířit, zvláště při klidu na lůžku, ústím safény do hlubokých žil.

Léčení: opět vystačíme s důkladnou bandáží, Ketazonem per os, při větších bolestech i intramuskulárně. Klid na lůžku je nutný jen v případě velké bolestivosti. Při výrazném zánětu jsou indikována antibiotika, elevace končetiny, priesnitzké zábaly. Je-li flebitida rozsáhlá, zejména blízko ústí safény, je na místě antikoagulační léčba (Heparin zároveň s Pelentanem, po nástupu účinku Pelentanu — za 36 hodin — Heparin vysadit). Jakmile odezní největší bolestivost a horečky, nemocného necháme po několika dnech (2—3 dnech) s důkladnou bandáží chodit, abychom zabránili šíření zánětu do hlubokých žil.

Po zklidnění varikózní flebitidy i flebitidy velké či malé safény je žádoucí chirurgické léčení varixů dolních končetin.

Little je toho názoru, že tromboflebitidy velké safény s lokalizací na stehně jsou pro nebezpečí šíření do hlubokých žil a pro případnou možnost embolizace indikovány k urgentnímu operačnímu výkonu tak, jako flebotrombózy hlubokých žil.

3. Thrombophlebitis migrans je charakteristická pro thrombangiitis obliterans (morbus Buerger), proto nesmí být přehlédnuta či bagatelizována. Jeví se jako krátký, jeden až několik centimetrů dlouhý infiltrát v průběhu žíly na bérce, stehně, ale hlavně na dorsu či plosce nohy, který po několika dnech mizí a přeskačuje na jiné místo.

Léčení: Nemocného je nutno předat do péče angiologa. Je nezbytná excize flebitického ložiska a jeho histologické vyšetření k ověření diagnózy.

Flebotrombózy hlubokých žil

Zatímco záněty povrchových žil s výjimkou migrující flebitidy mají dobrou prognózu, při správné léčbě záhy odeznívají a můžeme je pokládat za lehká onemocnění, jeví se hluboké

flebotrombózy jako onemocnění nesmírně závažná. Závažná za prvé proto, že mohou ohrožit v akutním stadiu život nemocného často smrtelnou embolií plicnice; za druhé, závažná pro své pozdní následky v podobě postflebitického (posttrombotického) syndromu, který invalidizuje a trýzní pacienty všemi svými projevy: otoky dolních končetin, pigmentacemi, induracemi, ekzémy a v konečné instanci bérčovými vředy — po celý jejich život. Neléčená nebo špatně léčená iliofemorální flebotrombóza zanechává trvalé následky ve formě posttrombotického syndromu různého stupně až u 95 % nemocných (Voborová 31). De Weese uvádí výskyt posttrombotického syndromu po konzervativní léčbě u 80—90 % všech postižených.

Klinický obraz a diagnóza hlubokých flebotrombóz

Diagnóza je snadná, jsou-li postiženy velké žilní kmeny, avšak rozpoznání počínající trombózy je o to obtížnější, o co je z hlediska včasné léčby důležitější.

Počínající hluboké flebotrombózy dolních končetin se projevují **subjektivně** jako pocit tíhy, únavy, napětí a bolesti v končetině, převážně lokalizované do oblasti plosky nohy a lýtky.

Z **celkových** příznaků jsou cenné zvýšená teplota a rychlejší puls, než by odpovídal této vyšší teplotě.

Mezi klasické **místní** příznaky patří:

- pohmatová bolestivost, která je příznakem nejčastějším, je lokalizována uprostřed plosky před kostí patní — při trombóze hlubokých žil plosky (tzv. plantární znaménko); obdobně je hodnotitelná palpační bolestivost za vnitřním kotníkem (postižení v. tibialis posterior), zejména pak ale bolestivost v průběhu hlubokých žil bérce, tj. od Achillovy šlachy až do podkolenní jamky;
- lehký perimaleolární či bércový otok, zjiitelný jen při pečlivém měření obvodů lýtky a nad kotníky;
- snížení kožní teploty proti druhé končetině, měřené kožním teploměrem;
- rozšíření a prominence podkožních žil na přední ploše bérce;
- Homansovo znamení — bolestivost v lýtku při dorzální flexi nohy;
- Löwenbergovo znamení — bolest v lýtku při nafouknutí tonometrické manžety na bérce pod kolenem již při tlaku 100 mm Hg, zatímco u zdravé nohy se objevuje nepřijemný tlak a bolest v lýtku až nad 150 mm Hg.

Jak se trombóza šíří proximálně, bývá diagnóza snazší, přibývá otoků, objevuje se bolest podél popliteální a femorální žíly, stoupá teplota. Typický obraz iliofemorální flebotrombózy s difúzním otokem končetiny, rozšířenými a prominujícími povrchními žilami, typickými barevnými změnami, bolestivostí pod vazem tříselným a ve stehně a v bérce, všeobecně známý

pod pojmem phlegmasia alba dolens či phlegmasia coerulea dolens, s typickým cyanotickým zbarvením kůže, lze diagnostikovat takřka na první pohled. Je to však stav, který vzniká buď rozšířením trombózy z hlubokých žil bérce (podle Mavora tímto způsobem vzniká jen $\frac{1}{10}$ všech ileofemorálních flebotrombóz), nebo přímo z pánve, který znamená vysoký stupeň ohrožení pro život nemocného i pro stav končetiny, a bylo by žádoucí, abychom tento závažný obraz viděli co nejméně. Podle Stallworthe je tato forma při konzervativní léčbě zatížena celkovou mortalitou v 31,9 %.

O tom, jak je diagnóza počínajících hlubokých flebotrombóz obtížná, nás nejlépe přesvědčí práce Haegera (10), který podrobně vyšetřil 72 pacientů přijatých pro podezření z hluboké flebotrombózy a porovnal klinickou symptomatologii s flebografickými nálezy. Pacienty rozdělil podle počtu pozitivních klasických příznaků a znamení na „suspektní“ s 1–3 příznaky a „vysoce suspektní“ s více než 4 pozitivními příznaky. Porovnáním s flebografickými nálezy zjistil, že ve skupině „suspektních“ flebotrombóz byl flebografický nálezní pozitivní jen u 34 % případů, zatímco ve skupině „vysoce suspektních“ byla flebograficky prokázána trombóza žilní v 55 %, ostatní flebografické nálezy byly zcela normální. Vyhodnocením symptomatologie celé sestavy vznikla následující tabulka častosti výskytu jednotlivých příznaků a zkoušek u skutečné a u mylně diagnostikované trombózy (tabulka 1). Haeger z uvedené práce vyvozuje, že nelze spolehlivě

botrombózy u 30 % pacientů po operacích (Mavor 23).

Prevence a léčení hlubokých flebotrombóz

Prevence je zaměřena proti všem třem hlavním příčinám zánětlivých a trombotických stavů, známých od r. 1856 pod pojmem Virchowovy trias: proti městnání krve v žilách dolních končetin, proti poškození žilní stěny a proti zvýšené srážlivosti krevní.

Proti městnání krve v žilách dolních končetin používáme elevace dolních končetin a jejich bandáže, cvičení na lůžku, časněho vstávání z lůžka a chůzi. Při cvičení na lůžku je neúčinnější především flexe v nártním kloubu, která zapojením svalové žilní pumpy bérce zvyšuje žilní proud více než 4krát (Krčilek 16), ještě účinnější je činnost této pumpy při chůzi, proto pacienty necháváme vstávat z lůžka a chodit co nejdříve, jakmile to jejich stav dovolí. Bandáž dolních končetin, má-li být účinná, musí být lékařem pečlivě přiložena, denně kontrolována a upravována, její komprese musí dosahovat určitého tlaku, cca 80–110 mm Hg (Luža 20).

Poškození žilní stěny jak mechanickému, tak chemickému bráníme tím, že se snažíme o fyziologické operování, jemným zacházením se žilami vyloučíme jejich pohmoždění. Vyhýbáme se podávání hypertonických roztoků do žil dolních končetin a safenofemorální fleboklysu omezujeme na nekratší nutnou dobu, dáváme přednost parenterálnímu přívodu do v. subclavia. Na tomto místě je nutno se zmínit i o sklerotizaci varixů. Používání moderních, selektivně působících sklerotizačních látek (v minimálních množstvích nejvýše 2 až 3 ml), vyvolávajících chemickou flebitidu jen v místě podání do varikózní žíly zejména v rukou erudovaného flebologa nepředstavuje pro hluboké žíly žádné nebezpečí (Horáková 13, Sigg 30). Avšak používání velkého množství hypertonického sklerotizačního roztoku při tzv. Moszkowiczově operaci hrubě poškozuje nejen povrchní, ale i hluboký žilní systém a má za následek časté hluboké flebotrombózy s následnou chronickou žilní insuficiencí. Tato operace je dnes všeobecně zavržena a odsouzena a neměla by se již nikde provádět ani v žádné ze svých modifikací (Firt 7).

Proti zvýšené krevní srážlivosti jsou zaměřena opatření zamezující hemokonzentraci a hyperkoagulačním stavům. Proto je nezbytně nutné dbát o dostatečnou hydrataci nemocných, sledovat hodnoty hematokritu, krevní obraz, diurézu a trombocyty. Jako účinné preventivní opatření u hospitalizovaných nemocných se v tomto směru osvědčily infúze Dextranu, který brání aglutinaci trombocytů jako spouštěcí fázi tvorby koagula. O příznivém účinku Dextranu bylo již mnoho napsáno (Bryant 4, Lambie 17) a i naše vlastní zkušenosti tento fakt plně potvrzují. O preventivním podávání antikoagulantů u ohrožených nemocných se dosud vedou

Tabulka 1

Příznaky a zkoušky u skutečné a mylně diagnostikované trombózy dolní končetiny (dle K. Haegera)

Příznaky a testy	Skutečná trombóza %	Mylná diagnóza %
Bolest v lýtku	90	97
Palpační bolestivost lýtky	84	74
Jednostranný perimaleolární edém	76	76
Jednostranný bérceový edém	42	32
Snížení kožní teploty	42	38
Rozšíření povrchových žil	33	18
Pozitivní Homansův příznak	33	21
Pozitivní Löwenbergova zkouška	20	15

stanovit diagnózu pouze z klinických známek, jsou-li vůbec jaké přítomny. Často chybí jakákoliv známka, jde o tzv. „němé trombózy“ (silent thrombosis), které se projeví buď embolií nebo jsou diagnostikovány náhodně, při pitvě či cíleným vyšetřováním. Tak např. Haeger flebografickým vyšetřením nemocných se zloženinou tibie našel tyto „němé trombózy“ ve 44 % případů, Kakkar pomocí fibrinogenu značkování 125I zjistil hluboké bérceové fle-

spory, otázka není ještě jednoznačně rozhodnuta (Krčílek 16).

Další naší preventivní a terapeutickou snahou má být zastížení hlubokých žilních trombóz v iniciálních stadiích a jejich léčení dříve než dojde k jejich rozšíření na iliofemorální žílu s její plnou okluzí a k embolizaci. Diagnostikovanou hlubokou žilní trombózu nebo podezření na ni musíme pokládat za naléhavou, život ohrožující příhodu, kterou musíme neodkladně hospitalizovat a energicky léčit.

Dnešní moderní léčba hlubokých flebotrombóz rozeznává tři hlavní účinné způsoby:

1. žilní trombektomií,
2. trombolytickou léčbu,
3. antikoagulační léčbu.

Žilní trombektomie od doby, kdy ji v r. 1948 popsal Leriche, byla ve spojitosti s celkovým prudkým rozvojem cévní chirurgie tak propracována a rozšířena, že zatlačila dosavadní suverénní antikoagulační metodu do pozadí a v léčení čerstvých iliofemorálních flebotrombóz se stala metodou volby. K největším kladům této metody patří to, že okamžitě obnovuje průchodnost žil, šetří chlopně a funkční zdatnost žil, brání dalšímu šíření trombózy, snižuje nebezpečí embolie plicnice, zmenšuje na minimum možnost následného vývoje posttrombotického syndromu. Principem žilní trombektomie je odstranění trombu z celého trombózaného žilního úseku z flebotomie na femorální či ilické žíle nejčastěji Fogartyho balonkovým katétrem. Operační technika a postup jsou podrobně popsány v literatuře (Fischer 6, Fogarty 9, Nahodil 26, Senn 29). Převážnou většinou autorů je vyžadována časná trombektomie nejdéle do 7 dnů (Fogarty, Fontaine, Mahorner, Smith) či do 10 dnů (Senn 29). Hluboké flebotrombózy starší 7 dnů jsou pokládány za kontraindikaci k trombektomii (Smith). Mavor (22, 23) rozlišuje trombektomie u neokludujících flebotrombóz, kde jsou výsledky po trombektomii vynikající ve 100 % případů a u okludujících flebotrombóz, kde se daří kompletní trombektomie celkově v 64 %, ale u operovaných do 48 hodin jsou výsledky příznivé v 75 %. Vyhledky na úplnou trombektomii jsou pochybné po 72 hod. od vzniku úplné žilní okluze, proto radí operovat do 48 hod. Časné retrombózy zaznamenal po úplné trombektomii ve 12 %, po neúplné trombektomii však již ve 40 %. Výskyt peroperačních plicních embolií je mizivý — 1,2—1,8 %, zatímco u konzervativně léčených hlubokých flebotrombóz je vyšší — 11,5 % (Fontaine 6). Peroperačně a nejméně 7 dní po operaci (Knox 14) musí být pacient heparinizován, nejlépe cestou safénofemorálního katétru zavedeného peroperačně, který může být využit i k provedení pooperační flebografie (Mavor 22, 23). Na tuto heparinizaci s výhodou lze navázat dlouhodobou pelentanizací nejméně na půl roku. Peroperačně i pooperačně, alespoň 5 dní, je žádoucí podávat současně s heparinizací i nízkomolekulární Dextran.

Kontraindikace trombektomie: žádné absolutní kontraindikace nejsou; mezi relativní patří malignity, akutní interkurentní onemocnění, extrémní obezita, lokální infekce v inguině, bezcenná končetina (např. plegie), trombóza starší 7 dní (Mavor 22, 23).

Trombolytická léčba patří k neúčinnějším, neboť trombus je rozpuštěn. Je vhodná pro iliofemorální trombózy ne starší než 5 dnů. Avšak vysoká cena používané streptokinázy, jakož i jiná úskalí této léčby brání tomu, aby trombolytická léčba mohla být zařazena mezi běžné léčebné metody.

Ježto trombektomie přes své nesporné výhody a velmi dobré výsledky u iliofemorálních flebotrombóz není proveditelná na všech pracovištích pro nedostatek potřebného instrumentária a angiochirurgické erudice a nehodí se pro bérce a plantární iniciální formy hlubokých flebotrombóz, zůstává pro tyto případy nadále metodou volby dosud nejznámější, avšak, žel, ne všude a správně používaná antikoagulační léčba.

Antikoagulační léčba brání narůstání trombu, zmenšuje nebezpečí plicní embolie 10—20krát, je-li zahájena včas, dochází často ke zhojení ad integrum, bez vzniku posttrombotického syndromu, zkracuje pobyt na lůžku na několik dní, jakož i celkovou délku pracovní neschopnosti nemocných. Léčba má proto být započata co nejdříve. Antikoagulační léčbu zahajujeme heparinem v denní dávce $4 \times 10\,000$ j. v 6hod. intervalech intravenózně, vhodné je podání i v trvalé intravenózní infúzi. U iliofemorálních flebotrombóz aplikujeme heparin po dobu 5—7 dnů, u bérce a plantárních hlubokých trombóz 2—3 dny, poté přecházíme na Pelen-tan. Účinností heparinizace je nutno kontrolovat vyšetřením srážlivosti krevní podle Lee-Whitea, která má být prodloužena 2,5krát proti normální hodnotě, tj. na 16—20 min. (Mahorner 21), či 20—30 min. (Fischer 6). Pečlivým klinickým sledováním pacienta včas odhalíme předávkování, projevující se epistaxí, krvácením z dásní, močových cest, gastrointestinálního traktu či genitálu. Reeve (27) upozorňuje na to, že zpravidla první známkou předávkování heparinu bývají hematomy na hýždích, po kterých je nutno denně pátrat. Dbáme-li kontraindikací léčby heparinem a sledujeme-li hodnoty srážlivosti krevní, je léčba heparinem pro nemocného bezpečná. Účinek heparinu nastupuje ihned a odeznívá — v případě předávkování či potřeby chirurgické intervence — do 4 hod. od poslední dávky nebo je promptně zrušitelný podáním protaminsulfátu. Svým účinkem vede během několika dnů k ústupu subjektivních i objektivních známek trombózy a je z tohoto hlediska chybou, otáčíme-li s jeho nasazením nebo nepodáme-li jej vůbec a léčíme flebotrombózu paliativně antiflogistiky a analgetiky. Ohledy na vyšší cenu heparinu vzhledem k tomu, jaké hodnoty můžeme jeho použitím zachránit, nepřicházejí zde v úvahu.

Na léčbu heparinem navazujeme ještě v do-

bě jeho podáváníí preparáty kumarinovými, obvykle používáme náš Pelentan, jehož účinek dosahuje maxima za 36 hod. po podání. Podáváme jej v běžných dávkách 3, 3, 2, 2 tablety ve dnech po sobě a dále pokračujeme podle hodnot protrombinového času, který má být prodloužený na 20—30 %, tj. více než 2krát a méně než 3krát proti kontrole; udržovací dávka, obvykle 2—3krát půl tablety denně, má být podávána ještě nejméně půl roku po proběhlé flebotrombóze.

Pomocné léky a prostředky v léčbě hlubokých flebotrombóz:

- Klid na lůžku s elevací dolní končetiny je nutný jen po nejkratší nezbytnou dobu, nejdéle 10—14 dní, u bérceových trombóz 2—3 dny. Jakmile ustoupí bolest a otok, přiložíme důkladnou elastickou bandáž od prstů až do třísla a pacienta necháváme chodit. Morris (25) dokonce doporučuje chůzi již 2. den po započetí heparinizace.
- Pyrazolidinové preparáty (Ketazon, Fenylbutazon) používáme pro jejich antiflogistický, analgetický a antipyretický účinek jako pomocných léků, má-li pacient výrazné bolesti, popřípadě zánětlivé příznaky. Samotné k léčbě hlubokých flebotrombóz nestačí, je chybou je používat bez antikoagulancií! Pamatujeme na jejich nepříjemné vedlejší účinky.
- Antibiotika jsou indikována tam, kde jde o septickou flebitidu. Je dobré mít na mysli, že mají spíše tromboplastický účinek, a většina autorů — s výjimkou u septické flebotrombózy — je proti jejich používání. Sama o sobě též k léčbě hlubokých flebotrombóz nestačí.
- Bandáž dolních končetin má preventivní i léčebný význam. Má být přiložena na obě dolní končetiny, neboť je známo, že při manifestní flebotrombóze na jedné končetině probíhá většinou „němá“ trombóza druhé končetiny, která pak bývá vlastním zdrojem embolizace. Má-li být bandáž účinná, musí redukovat žilní průsvit na $\frac{1}{3}$ až $\frac{1}{5}$ původního průsvitu a tím zrychlit krevní proud až o 70 % (Krčilek 16). Prakticky řečeno, při dobře přiložené bandáži mají lehce zmodrat prsty. Obvaz musí být pevný a nepodajný, má sahat od prstů až do potřebné výše dolní končetiny tak, aby souvisle pokrýval celou bandážovou plochu nejméně ve 2 vrstvách. Tlaku má ubývat směrem centripetálním. Obvaz má přikládat sám lékař, denně jej kontrolovat a obnovovat. K dobré bandáži bérce je třeba 2 obinadel 5 m a 10 m dlouhých, 14 cm širokých. Kromě zrychlení krevního proudu působí bandáž fixací trombu a brání jeho uvolnění a embolizaci, zmenšuje i otok končetiny. Samotná bandáž k léčbě hluboké flebotrombózy nestačí, spíše se hodí k prevenci a doléčování. Po proběhlé hluboké flebotrombóze doporučujeme bandážovat končetinu nejméně půl roku.
- Vazodilatancia jsou indikována tam, kde je výrazný přidružený arteriální spasmus; zde se jeví jako vhodná prokainová blokáda bederního sympatiku.
- Tzv. venotonika typu Glyvenolu, Sandoveny či Venorotonu používáme jen jako léků symptomatických, ovlivňujících etáž mikrocirkulace, spíše při doléčování. Příznivě ovlivňují reziduální otoky.
- Analgetika jsou na místě v případech s dominující bolestí; používáme běžných analgetických preparátů.
- Místní léky: určité oprávnění mají v prvních dnech studené či priznické zábaly; masti a mazání jsou dnes při léčení hlubokých flebotrombóz obsolentními léky.
- Cvičení na lůžku a časná chůze je žádoucí co nejdříve po odeznění otoků a bolestí.
- Dextran — o jeho příznivém antikoagulačním působení bylo už pojednáno výše.

Závěr

V informativním sdělení, které zdaleka nevyčerpává složitost zvolené problematiky, jsou na základě vlastních zkušeností i literárních údajů vytyčeny hlavní zásady prevence, diagnostiky a léčení žilních zánětlivých a trombotických onemocnění dolních končetin. Ve stručnosti jsou uvedeny jednotlivé typy žilních zánětů a je podán přehled současných terapeutických možností. V léčení povrchových žilních zánětů většinou vystačíme s důkladnou bandáží dolní končetiny a pyrazolidinovými preparáty (Ketazon). Klid na lůžku je u nich — až na těžší a rozsáhlejší záněty — kontraindikován. Hluboké flebotrombózy dolních končetin jsou závažná a nebezpečná onemocnění, musíme je pokládat za naléhavé, život ohrožující příhody, vyžadující neodkladnou hospitalizaci a energickou léčbu. Hluboké flebotrombózy ohrožují život nemocného v akutním stadiu embolií plicnice, v dalším období po pozdní nebo nedostatečné léčbě vzniklým posttrombotickým syndromem dolních končetin. Existují tři účinné způsoby léčení hlubokých flebotrombóz: žilní trombektomie, která je metodou volby pro čerstvé iliofemorální flebotrombózy, trombolytická léčba a dosud nejznámější léčba antikoagulační. Výsledek léčby je u všech tří metod závislý na časnosti jejich zahájení.

Souhrn

Autor uvádí přehled literárních i vlastních názorů na prevenci, diagnostiku a léčení tromboflebitid dolních končetin s přihlédnutím k současným terapeutickým možnostem. Položen důraz na diagnostiku a léčbu počínajících forem hlubokých flebotrombóz. Výsledky léčby hlubokých flebotrombóz jsou u všech tří účinných metod — žilní trombektomie, trombolytické i antikoagulační léčby — závislé na časnosti jejich zahájení.

Literatura

1. Anichanova, M. D.: Chirurgičeskoje lečenijs ostrogo tromboflebita za poslednije 3 goda. Vest. Chir., 101, 1968, s. 131.
2. Barner, H. B. et al.: Thrombectomy for iliofemoral venous thrombosis. JAMA, 208, 1969, s. 2442.
3. Beličenko, I. A. et al.: Trombozy magistraľnych ven. Kardiologija, 9, 1969, s. 127.
4. Bryant, M. F. et al.: Use of dextran in thrombophlebitis. Am. Surg., 32, 1966, s. 13.
5. Ellis, P. R. et al.: Plication and thrombectomy in the treatment of acute iliofemoral thrombosis. Surg. Gynec. Obstet., 123, 1966, s. 1075.
6. Fischer, J. et al.: Chirurgická léčba iliofemorální trombózy. Čas. Lék. čes., 108, 1969, s. 365.
7. Firt, P. et al.: Kritika tak zvané Moszkowiczowy operace křečových žil. Rozhl. Chir., 36, 1957, s. 393.
8. Flute, P. T.: Deep vein thrombosis. — Medical management. Brit. Med. J., 4, 1969 s. 678.
9. Fogarty, T. J. et al.: Surgical management of phlegmasia cerulea dolens. Arch. Surg., 86, 1963, s. 256.
10. Haeger, K.: Problems of acute deep venous thrombosis. I. The interpretation of signs and symptoms. Angiology, 20, 1969, s. 219.
11. Haimovici, H.: The ischemic forms of venous thrombosis. J. Cardiovasc. Surg., Suppl., 1965, s. 164.
12. Hall, C. M. et al.: Clinical signs in deep vein thrombosis. Brit. J. Surg., 58, 1971, s. 101.
13. Horáková-Nedvídková, M.: Moderní přístup ke sklerotizaci varixů. Čes. Dermatol., 47, 1972, s. 261.
14. Knox, W. G. et al.: Thrombectomy for acute iliofemoral venous thrombosis. Am. J. Surg., 111, 1966, s. 251.
15. Kostin, N. S. et al.: Diagnostika i lečenijs ostrých travmatičeskich trombozov sosudov konečnostej. Chirurgija, 47, 1971, s. 88.
16. Krčilek, A.: Tromboflebitidy a trombózy končetinových žil. 2. vyd., Praha, Avicenum 1971, 167 s.
17. Lambie, J. M. et al.: Dextran 70 in prophylaxis of postoperative venous thrombosis. A controlled trial. Brit. Med. J., 2, 1970, s. 144.
18. Lansing, A. M. et al.: Five-year follow-up study of iliofemoral venous thrombectomy. Ann. Surg., 168, 1968, s. 620.
19. Lebedeva, G. K. et al.: Regionarnaja perfuzija v lečenijs ostrých flebotromboz. Chirurgija, 45, 1969, s. 103.
20. Luža, E.: Náš příspěvek k léčbě bércevého vředu. Prakt. Lék., 52, 1972, s. 804.
21. Mahorner, H.: Thrombectomy for massive venous thrombosis. Mayo Clin. Proc., 40, 1965, s. 809.
22. Mavor, G. E.: Deep vein thrombosis. — Surgical management. Brit. Med. J., 4, 1969, s. 680.
23. Mavor, G.: Deep vein thrombosis. Postgrad. Med. J., 47, 1971, s. 311.
24. Mayzlík, J. et al.: Phlegmasia cerulea dolens v letálním průběhu. Rozhl. Chir., 51, 1972, s. 641.
25. Morris, L. E. et al.: The management and mismanagement of acute venous thrombosis (thrombophlebitis) of the extremities. Angiology, 16, 1965, s. 339.
26. Nahodil, V.: Venosní trombektomie. 1. vyd., Praha, Avicenum 1972, 83 s.
27. Reeve, T. S. et al.: Venous thrombosis. Med. J. Aust., 53, 1966, s. 168.
28. Saveljev, V. S. et al.: Chirurgičeskoje lečenijs ostrých trombozov magistraľnych ven nižnich konečnostej i taza. Vest. Chir., 98, 1967, s. 46.
29. Senn, A.: Die chirurgische Behandlung der Phlebothrombose und ihrer Folgezustände. Langenbecks Arch. Chir., 325, 1969, s. 851.
30. Sigg, K.: Konservative Behandlung venöser Bein-erkrankungen. Med. Klin., 65, 1970, s. 972.
31. Voborová, A.: Varixy dolních končetin, thrombophlebitis, a bércevý vřed. II. část: Thrombophlebitis. Čes. Dermatol., 44, 1969, s. 121.

T. S. Kluky 158, 500 08 Hradec Králové