Patofizjologia i leczenie przewlekłej niewydolności żylnej

Żylaki kończyn stanowią chorobę społeczną ze względu na częste powikłania zakrzepowe, wymagające długiego leczenia i powodujące trwałe inwalidztwo. Są również uznanym czynnikiem ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej.

dr n. med. Adam Płoński
Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantacji
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Przewlekła niewydolność żylna jest określana jako utrwalone zaburzenie odpływu krwi żyłami kończyn dolnych. Pojęcie to dotyczy zarówno żył powierzchownych, jak i głębokich. Charakteryzuje się ona podwyższonym ciśnieniem w układzie żylnym, nie zmniejszającym się po uruchomieniu pompy mięśniowej.

Najczęściej omawianą i najlepiej zbadaną postacią kliniczną przewlekłej niewydolności żylnej są żylaki kończyn dolnych. Mianem tym określa się każde trwałe poszerzenie żył układu powierzchownego, przyjmujące postać balonowatych rozdęć, wydłużeń żył często o krętym przebiegu, a także teleangiektazje (pajączki naczyniowe) i żyły siateczkowate.

Uwzględniając etiopatogenezę rozróżnia się żylaki pierwotne, występujące przy prawidłowym stanie żył głębokich, oraz wtórne, które są powikłaniem niewydolności żył głębokich, przeszywających bądź przetok tętniczo-żylnych.

Żylaki pierwotne są zdecydowanie najczęściej występującą chorobą wrodzoną układu żylnego kończyn dolnych. Częste, rodzinne występowanie tej choroby wskazuje na istotny wpływ czynników genetycznych na powstanie i rozwój żylaków. Nie należy jednak zapominać o czynnikach środowiskowych wpływających na ekspresję czynnika genetycznego, takich jak: rodzaj wykonywanej pracy, przebyte ciąże, leczenie hormonalne, otyłość czy też aktywność fizyczną.

W krajach uprzemysłowionych częstość występowania przewlekłej choroby żylnej według różnych autorów wynosi 10,4–23,0% wśród dorosłych mężczyzn oraz 29,5–39,0% wśród dorosłych kobiet. Częstość żylaków kończyn dolnych wzrasta z wiekiem i w grupie chorych 60–70-letnich obejmuje 30–60% badanych. Powszechność występowania, a przede wszystkim powikłania są znacznym problemem leczniczym i ekonomicznym. Żylaki kończyn są od dawna uznane za istotny czynnik ryzyka żylnej choroby zakrzepowo- zatorowej.

Pomimo wielu badań nad patofizjologią żylaków kończyn jak dotąd nie wyjaśniono całkowicie ich etiologii. Powszechnie uważa się, że żylaki kończyn powstają w następstwie zaburzenia równowagi między ciśnieniem krwi w żyle a wytrzymałością jej ściany. Istotą choroby jest ścieńczenie i poszerzenie ściany żylnej oraz niewydolność zastawek żylnych, ale kolejność występowania tych zmian nie jest w pełni poznana.

Dolegliwości jakie mogą towarzyszyć żylakom to: obrzęki kończyn, kurcze mięśni, uczucie ciężkości nóg, swędzenie, pieczenie, mrowienie oraz ogólna bolesność kończyn dolnych. Najczęściej pojawiają się w późniejszych stadiach choroby, a pacjenci zgłaszający się w początkowych stadiach chorobowych, jeszcze przed wystąpieniem opisanych objawów, kierują się raczej względami estetycznymi.

Diagnostyka

Aby prawidłowo rozpoznać PNŻ

W celu zaplanowania indywidualnego leczenia dla każdego chorego powinno być wykonane szczegółowe badanie kliniczne, uzupełnione o nieinwazyjne, obrazowe badania diagnostyczne. Konieczne jest zebranie wywiadu, ze zwróceniem szczególnej uwagi na: uczulenia na leki, stan czynnościowy układu krążenia i oddechowego, moment wystąpienia objawów choroby żył, czas trwania i nasilenie objawów oraz stosowane wcześniej sposoby leczenia.

Rozpoznanie żylaków kończyn dolnych

Rozpoznanie żylaków jest oczywiste już w momencie oglądania. Choroba obejmuje: żylaki podskórne, poszerzenia niebieskich żył siatkowatych oraz śródskórne pajączki żylne. Każdy z wymienionych typów zmienionych patologicznie żył może występować osobno lub w połączeniu z innymi. Nawet przy braku widocznych żylaków podskórnych refluks w ujściu odpiszczelowo-udowym bądź w obrębie żyły odpiszczelowej może stanowić ukryty czynnik sprzyjający rozwojowi zmian żylakowatych. Tymczasem zachowanie prawidłowej czynności zastawek żylnych w ujściu nie zapobiega refluksowi w żyle odpiszczelowej, który może stanowić następstwo niewydolności żyły przeszywającej w obrębie uda.

Przedmiotowe badanie układu żylnego rozpoczyna się u chorego w pozycji stojącej. Chorą kończynę należy dokładnie zbadać, poszukując żylaków podskórnych, żył siatkowatych, śródskórnych pajączków żylnych, cech zapalenia skóry spowodowanego zastojem krwi oraz owrzodzeń żylnych. Leczenia nie można planować jedynie w oparciu o badanie przedmiotowe, jednakże jest ono niezbędne w jego ukierunkowaniu. Badanie należy poszerzyć o próby „żylakowe", które choć czasochłonne dają dość dokładny obraz stanu układu żylnego, zarówno powierzchownego jak i głębokiego.

Podstawowe znaczenie mają nieinwazyjne badania ultrasonograficzne za pomocą głowicy dopplerowskiej fali ciągłej oraz metodą podwójnego obrazowania. Trudno sobie wyobrazić właściwe leczenie żylaków bez zastosowania chociażby jednej z tych metod. Niedrogie badanie z użyciem głowicy fali ciągłej jest zwykle wystarczające dla doświadczonego chirurga, aczkolwiek trzeba pamiętać, że fala ciągła uwidacznia wszelkie struktury położone w obrębie wiązki fali ultradźwiękowej, nie pozwalając na wyodrębnienie w ten sposób badanej żyły. Badanie techniką podwójnego obrazowania pozwala na określenie głębokości położenia oraz rozmiarów badanej żyły, a także określenie stopnia refluksu żylnego, stając się obecnie „złotym standardem" w diagnostyce niewydolności żylnej.

Flebografia wstępująca i zstępująca jest badaniem, które umożliwia ocenę stopnia niedrożności, refluksu oraz dokładnej lokalizacji niewydolnych perforatorów. Jednakże inwazyjność tej metody, a także możliwe odczyny uczuleniowe na środki cieniujące powodują, iż badanie to jest wykonywane rzadko i tylko wobec wyraźnych wskazań, gdy badanie USG color duplex nie jest jednoznaczne. W ośrodkach specjalistycznych można poszerzyć diagnostykę o pletyzmografię i fotopletyzmografię, jednak badania te nie są zbyt często wykonywane.

Przed rozpoczęciem leczenia trzeba koniecznie uzgodnić z pacjentem jego życzenia i oczekiwania oraz możliwe do osiągnięcia cele terapeutyczne. Trzeba przedstawić choremu wszystkie dostępne możliwości i ewentualne następstwa leczenia, uwzględniając konieczność obserwacji, stosowanie pończochy elastycznej, ryzyko żylaków resztkowych bądź nawrotowych, blizn, reakcji alergicznych, owrzodzeń skóry, zakrzepicy, przebarwień oraz angiogenezy.

Leczenie zachowawcze PNŻ

Mimo tego, że żylaki kończyn dolnych są znane i leczone od setek lat, to ze względu na częste występowanie oraz nawrotowy charakter, naukowcy i lekarze próbują znaleźć optymalną metodę profilaktyki oraz leczenia tej dolegliwości.

Leczenie kompresyjne powoduje redukcję refluksu żylnego w układzie powierzchownym, a jeżeli jest on odpowiednio silny, także jego zmniejszenie z niewydolnych perforatorów oraz układu głębokiego. Wpływa to na poprawienie wydajności pompy mięśniowej. Warunkiem powodzenia takiego postępowania jest odpowiednie dobranie stopnia ucisku, a także rozmiaru wyrobów uciskowych.

Leczenie farmakologiczne jest bardzo ważną składową leczenia zachowawczego przewlekłej niewydolności żylnej i obecnie nie ma wątpliwości co do wskazań i korzyści płynących z zastosowania tego typu postępowania u osób z chorobami układu żylnego. Celem właściwego leczenia farmakologicznego jest:poprawa i zwiększenie opróżniania żył, oddziaływanie na ściany naczyń i tkankę śródmiąższową, przywrócenie równowagi metabolicznej,zmniejszenie gotowości zakrzepowej w układzie żylnym, ograniczenie niszczenia komórek.

Wśród leków stosowanych w przewlekłej niewydolności żylnej można wyróżnić grupę leków o działaniu flebotropowym oraz drugą grupę, umownie nazwaną lekami o działaniu objawowym, do których należą m.in. leki

moczopędne i niesteroidowe leki przeciwzapalne.

Leki flebotropowe

Główne wskazania do stosowania leków flebotropowych obejmują zaburzenia czynnościowe układu żylnego kończyn dolnych (bóle, uczucie ciężkości i zmęczenia, kurcze nocne) oraz zapobieganie i leczenie obrzęków podudzi. Wpływają one na zmiany w obrębie naczyń włosowatych, przywracając ich normalną przepuszczalność, prowadząc do zmniejszenia ilości płynu śródmiąższowego, poprawy drenażu chłonnego i w ten sposób zmniejszenia obrzęku limfatyczno-żylnego i dynamicznego przepełnienia układu chłonnego w zaawansowanych stadiach przewlekłej niewydolności żylnej. Leki flebotropowe powinny być stosowane nie zamiast, lecz jako uzupełnienie leczenia bezpośredniego. Ich oddziaływanie na mikrokrążenie powoduje zapobieganie lub zmniejszenie powstawania obrzęków oraz odczynów zapalnych, jak również towarzyszących im dolegliwości bólowych. Jednak jest to leczenie wspomagające, nie może więc zastąpić innych metod leczenia przewlekłej niewydolności żylnej. Stąd należy je zalecać po dokładnej ocenie stanu układu żylnego oraz według ściśle określonych wskazań.

Leki flebotropowe ze względów praktycznych można podzielić na dwie grupy: preparaty naturalne i syntetyczne. Większość leków flebotropowych jest pochodzenia roślinnego. Składają się one z czystych substancji, wyciągów roślinnych, syntetycznych cząsteczek wzorowanych na naturalnych molekułach, z połączenia kilku aktywnych substancji lub z wyciągów roślinnych o budowie niedokładnie poznanej. Należą do nich: benzopireny, benzopirony (kumaryny, eskuletyn, dikumarol), benzopirony (flawonoidy),flawony i flawonole (diosmina, rutyna), flawany i flawanole (hesperydyna); saponiny: escyna, wyciągi z kasztanowca, wyciągi z innych roślin.

Terapia

Sposoby postępowania w leczeniu zachowawczym PNŻ

Celem zachowawczego leczenia przewlekłej niewydolności żylnej jest zmniejszenie ciśnienia w układzie żylnym kończyny, eliminacja obrzęków i stanów zapalnych oraz poprawienie działania pompy mięśniowej. W leczeniu tym wykorzystuje się pięć sposobów postępowania, które nie są dla siebie alternatywą, lecz mogą, a często powinny, być stosowane razem:

- leczenie uciskowe
- ćwiczenia fizyczne
- drenaż ułożeniowy
- leczenie farmakologiczne
- skleroterapia

Diosmina

Naturalny bioflawonoid wyizolowany z owoców cytrusowych, obecnie otrzymywany syntetycznie. Działa ochronnie na naczynia krwionośne oraz zwiększa tonus żylny przez wydłużenie działania noradrenaliny w ścianie żyły. Przywraca naczyniom włosowatym prawidłową przepuszczalność poprzez hamowanie uwalniania mediatorów zapalenia (prostaglandyny i wolne rodniki), zwalczając tym samym odczyn zapalny, zmniejsza obrzęki i chroni mikrokrążenie. Hamuje patologiczną aktywację i adhezję leukocytów do ścian naczyń. Zwiększa przepływ limfatyczny. Diosmina jest najlepiej zbadanym lekiem flebotropowym pochodzenia roślinnego.Mikronizacja postaci leku sprawia, że poprawia się jego wchłanialność, przez co efekt kliniczny leku jest lepszy.

Leki syntetyczne

Do produktów syntetycznych należy tribenozyd i dobesylan wapnia. Dobesylan wapnia zmniejsza przepuszczalność włośniczek, działa antagonistycznie w stosunku do endogennej histaminy, serotoniny, bradykininy. Usprawnia obwodowe krążenie żylne i zapobiega zastojowi krwi. Ma działanie zmniejszające przepuszczalność kapilar oraz lepkość krwi, zwiększa także drenaż limfatyczny.

Większość leków flebotropowych jest dobrze tolerowana i może wywoływać tylko niewielkie skutki uboczne. Przewlekła niewydolność żylna w 80% przypadków jest podatna na leczenie zachowawcze, dlatego stosowanie terapii farmakologicznej w wypadku tej jednostki chorobowej jest w pełni uzasadnione. U części chorych leczenie to należy wspomóc leczeniem chirurgicznym lub skleroterapią.

Piśmiennictwo u autora

Reklama
junior page
LEKAM