

SŁOWO WSTĘPNE



dr hab. n. med. Krzysztof Bojakowski



dr hab. n. med. Tomasz Grzela

Redaktorzy Naukowi monografii

Szanowni Państwo!

Niniejsza monografia „Medycyny po Dyplomie” poświęcona jest problemom niewydolności żyłnej. Jak wiadomo, jest to bardzo powszechne schorzenie, które w początkowych stadiach może być uznawane jedynie za problem kosmetyczny, ale w najbardziej zaawansowanych przypadkach jest ciężkim inwalidztwem, w sposób znaczący ograniczającym jakość życia chorych. Do opracowania niniejszego zeszytu udało nam się zaprosić osoby na co dzień zajmujące się problemami chorych z przewlekłą niewydolnością żylną, ekspertów z tej dziedziny, których wiedza poparta jest wieloletnią praktyką. Dzięki temu przedstawione informacje mają wysoką jakość merytoryczną, a ponadto łączą wiedzę i doświadczenie. Już samo zestawienie autorów – specjalistów chorób wewnętrznych (angiologów), radiologów i chirurgów naczyniowych – wskazuje na rozległość omawianego zagadnienia. Codzienna praktyka kliniczna leczenia przewlekłej niewydolności żyłnej pokazuje bowiem przenikanie się różnych specjalizacji, gdyż opieka nad takim chorym wymaga od zajmującego się nim lekarza wiedzy i umiejętności z zakresu różnych dziedzin.

Ostatnie lata w terapii przewlekłej niewydolności żyłnej to głównie istotny rozwój małoinwazyjnych metod przeszłonnych, stosowanych zarówno w leczeniu zmian kosmetycznych, jak i w zabiegach obejmujących duże żyły. Klasyczna chirurgia leczenia niewydolności żyłnej mimo stopniowego ograniczania nadal ma bardzo duże znaczenie – istotnie zależy od zaawansowania objawów, ale i od dostępności metod małoinwazyjnych. Leczenie farmakologiczne i kompresjoterapia są kolejnymi ważnymi elementami postępowania, a opublikowane ostatnio badania i zalecenia w sposób istotny systematyzują dostępną wiedzę. Wraz z postępem obserwuje się modyfikacje dotychczasowych i opracowywanie nowych metod terapeutycznych oraz wprowadzanie nowych wyrobów medycznych przeznaczonych do leczenia patologii żylnych. Są to zarówno metody przeszłonej ablacji żył powierzchownych, jak i stenty do leczenia patologii żył głębokich. Kompleksowe leczenie przewlekłej niewydolności żyłnej w praktyce klinicznej wymaga także nowych metod obrazowania – wykorzystywanego do dokładnej oceny patologii i dobrej wizualizacji w czasie wykonywanego zabiegu. Dokładne uwidocznienie zmian jest bardzo istotnym elementem leczenia chorych z przewlekłą niewydolnością żylną. Umożliwia ono bowiem ustalenie prawidłowego rozpoznania, właściwą kwalifikację obserwowanych zaburzeń i wykonanie skutecznego zabiegu. Oprócz coraz dokładniejszej ultrasonografii przeszłonej ważną rolę odgrywają przede wszystkim angiografie rezonansu magnetycznego i ultrasonografia wewnątrznaczyniowa.

W monografii zawarto najważniejsze zagadnienia związane z przewlekłą niewydolnością żylną – od objawów i diagnostyki klinicznej, obrazowej, postępowania zachowawczego (profilaktyki i leczenia farmakologicznego) do leczenia zabiegowego (małoinwazyjnych przeszłonnych zabiegów ablacyjnych czy wewnątrznaczyniowego udrożnienia żył głębokich i operacji klasycznych). Przedstawiamy też różne stadia zaawansowania choroby, jej typowe i nietypowe postacie.

Mamy szczerą nadzieję, że przekazana wiedza okaże się Państwu pomocna.

dr hab. n. med. Krzysztof Bojakowski
dr hab. n. med. Tomasz Grzela

Epidemiologia i objawy przewlekłej niewydolności żyłnej

- Najważniejszym czynnikiem ryzyka przewlekłej niewydolności żyłnej jest wiek, a patologia ta ma cechy choroby cywilizacyjnej
- Najczęstszymi objawami przedmiotowymi schorzenia są: teleangiektazje, żyły siatkowate i żylaki kończyn dolnych
- Objawy przewlekłej niewydolności żyłnej najczęściej podawane są zgodnie z powszechnie przyjętą i szeroko stosowaną klasyfikacją CEAP



**dr n. med. Radosław
Krupiński¹**



**lek. Joanna Borecka-
-Sobczak²**

¹Oddział Chirurgii Naczyniowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

²Poradnia Flebologiczna w Gdańsku

Epidemiologia

Uwagi ogólne

Przewlekła niewydolność żylna (PNŻ; chronic venous insufficiency; według nowszej terminologii przewlekła choroba żylna [chronic venous disease]) jest schorzeniem szeroko rozpowszechnionym. Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach wysoko rozwiniętych dotyczy około połowy dorosłej populacji. Stanowi codzienny problem terapeutyczny lekarzy różnych specjalności, a w szczególności lekarzy pierwszego kontaktu, chirurgów naczyniowych i flebologów. Według różnych danych aż u 80% populacji można stwierdzić teleangiektazje i żyły siatkowate, u 20-64% żyłaki kończyn dolnych, a u 1-2% owrzodzenia żyłne¹.

Najbardziej rozpoznawalną postacią przewlekłej choroby żylną są żyłaki kończyn dolnych. Objawy przewlekłej niewydolności żylną zostały dokładnie zdefiniowane i usystematyzowane w klasyfikacji CEAP, stworzonej w 1994 r. i poprawionej w 2004 r. przez American Venous Forum². Ostatnie duże badania epidemiologiczne dotyczące występowania przewlekłej niewydolności żylną w populacji polskiej pochodzą z opublikowanego w 2003 r. badania przeprowadzonego pod kierownictwem prof. Arkadiusza Jawienia³. Badaniem objęto 40 095 dorosłych zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu, w tym 6404 mężczyzn (16%) i 33 691 kobiet (84%). Objawy przewlekłej niewydolności żylną stwierdzono u prawie połowy dorosłych Polaków (49%), częściej u kobiet (50,99%) niż u mężczyzn (38,33%). Jednoczesne występowanie objawów przewlekłej niewydolności żylną na obu kończynach dolnych potwierdzono w 41,4% przypadków. Częstość występowania poszczególnych rodzajów patologii żylną na kończynach prawych i lewych była podobna. Biorąc pod uwagę występowanie poszczególnych postaci przewlekłej niewydolności żylną, stwierdzono: żyłaki u 21,8% badanych, teleangiektazje u 16,5%, obrzęk i zmiany skórne u 4,5%, wygojone lub aktywne owrzodzenie żyłne u 1,5%. Pacjentom zadawano pytania o objawy podmiotowe PNŻ, takie jak: ciężkość nóg, kurcze, bóle kończyn dolnych, obrzęki kończyn dolnych, nasilanie się objawów w ciągu dnia, w pozycji stojącej oraz w lecie. Następnie objawy zgłaszane w badaniu podmiotowym porównywano do objawów stwierdzanych w badaniu przedmiotowym. Wykazano, że nie występuje pełna zgodność pomiędzy objawami obserwowanymi w badaniu przedmiotowym a tymi zgłaszanymi przez pacjenta. Wybrane wyniki badań w tym zakresie przedstawiono w tabeli 1. Na jej podstawie można stwierdzić, że objawy podmiotowe występujące w przewlekłej niewydolności żylną mogą pojawiać się także u pacjentów bez objawów niewydolności żylną w badaniu przedmiotowym, są więc po części niespecyficzne, choć u chorych z PNŻ występują znacznie częściej.

Porównanie wyników badań polskich i ich odpowiedników z innych krajów europejskich przedstawia się następująco:

- Francja⁴ – badanie epidemiologiczne objęło 2000 osób. Żyłaki kończyn dolnych stwierdzono u 30,1% mężczyzn i 50,5% kobiet, a zmiany skórne odpowiednio u 5,4% mężczyzn i 2,8% kobiet
- Belgia i Luksemburg⁵ – 406 lekarzy rodzinnych zbadało łącznie 6009 pacjentów, oceniając ich pod kątem występowania objawów przewlekłej niewydolności żylną

określonych według klasyfikacji CEAP i czynników ryzyka tej choroby. Średni wiek badanego wyniósł 53,4 roku. 67,5% badanych to kobiety, 32,5% – mężczyźni. Stwierdzono, że 61,3% pacjentów miało objawy przewlekłej niewydolności żylną od C1 do C6. 64,7% badanych zgłaszało objawy przewlekłej niewydolności żylną, takie jak: uczucie ciężkich nóg, ból, obrzęki, kurcze kończyn dolnych

- The Edinburgh Vein Study⁶ przeprowadzono z udziałem 880 uczestników poddanych 13-letniej obserwacji. Przeciętna częstość występowania żyłaków kończyn dolnych wynosiła 18,2%. Częstość występowania żyłaków kończyn dolnych u mężczyzn i kobiet była podobna.
- Rosja⁷ – do badania włączono 703 uczestników, w tym 443 kobiety i 260 mężczyzn. Chorobę w stopniu zaawansowania C1 stwierdzono u 34,3% badanych, C2 u 21,3%, C3 u 4,5%, C4 u 2,6%, C5 u 1%, C6 u 0,1%
- Niemcy⁸ – w badaniu wzięło udział 3072 uczestników w wieku od 18 do 79 lat, w tym 1350 mężczyzn i 1722 kobiety. U 9,6% badanych zmiany oceniono jako C0, u 59,0% jako C1, u 14,3% jako C2, u 13,5% jako C3, u 2,9% jako C4 i u 0,7% jako C5-C6.

Przytoczone powyżej badania epidemiologiczne wykazały też, że procentowe występowanie zmian na kończynach dolnych określonych według skali CEAP jest różne w zależności od badanej populacji.

Czynniki ryzyka

Badania epidemiologiczne wskazują także na występowanie czynników ryzyka przewlekłej niewydolności żylną. Należą do nich: wiek, płeć, otyłość, dodatni wywiad rodzinny, liczba przebytych ciąż, a ponadto menopauza, stosowanie antykoncepcji hormonalnej, wywiad zakrzepicy żylną, obecność refluku w żyłach kończyn dolnych, zaparcia, płaskostopie i zamieszkanie w zurbanizowanych obszarach miejskich.

Bardzo ciekawa i nowatorska publikacja na ten temat pochodzi z roku 2018⁹. Badanie objęło ok. 500 000 osób zarejestrowanych w 21 centrach UK Biobank, w wieku 40-69 lat. Jego wyniki sugerują, że istnieją określone geny mogące odpowiadać za rozwój przewlekłej niewydolności żylną.

Wiek

Jest to najistotniejszy czynnik ryzyka PNŻ, co potwierdzają wyniki wielu badań epidemiologicznych. W Edinburgh Vein Study⁵ częstość występowania żyłaków kończyn dolnych u osób w wieku 18-34 lata wynosiła 9,0% i stale wzrastała z wiekiem, osiągając 25,7% u badanych w wieku 55-64 lata. Taką samą zależność wykazano we francuskim badaniu epidemiologicznym³, w którym żyłaki kończyn dolnych u osób w wieku 18-30 lat stwierdzono u niespełna 40% badanych, a u osób >80 r.ż. już u ok. 70%.

Płeć

Analiza publikacji przedstawiona w jednym z opracowań⁴ wskazuje, że żyłaki kończyn dolnych występują znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn. W pięciu badaniach epidemiologicznych obejmujących 50 974 pacjentów żyłaki kończyn dolnych stwierdzono u 13,9-46,3% kobiet i u 11,4-29,3% mężczyzn. Również w polskim badaniu epidemiologicznym

pod kierownictwem prof. Jawienia żyłki kończyn dolnych występowały u 35,6% kobiet i u 28,1% mężczyzn. W klasach od C4 do C6 nie stwierdzono istotnych różnic między płciami. Przeprowadzono jednak badania, których wyniki nie potwierdzają częstszego występowania przewlekłej niewydolności żyłnej u kobiet. Przykładowo w Edinburgh Vein Study nie stwierdzono różnic między płciami pod względem występowania objawów przewlekłej niewydolności żyłnej. Zatem płeć staje się dyskusyjnym czynnikiem ryzyka PNŻ.

Nadwaga i otyłość

Nadwaga (BMI 25,00–29,99 kg/m²) i otyłość (BMI >30,00 kg/m²) są bezdyskusyjnymi czynnikami ryzyka przewlekłej choroby żyłnej, co potwierdzają wyniki licznych badań^{5,6,8}.

Dodatni wywiad rodzinny

Badania epidemiologiczne wskazują, że dodatni wywiad rodzinny w kierunku leczenia żylaków kończyn dolnych lub zakrzepicy żył głębokich istotnie zwiększa ryzyko zachorowania na którąś z postaci przewlekłej niewydolności żyłnej u pozostałych członków rodziny^{5,8}.

Liczba ciąż

Jest to czynnik istotnie zwiększający ryzyko rozwoju przewlekłej niewydolności żyłnej, co dobrze udokumentowano w wielu badaniach^{3,8}.

Objawy przewlekłej niewydolności żyłnej

Uwagi ogólne

Układ żylny, w przeciwieństwie do tętniczego, jest układem niskociśnieniowym, bardziej podatnym na odkształcenia. Główną funkcją naczyń żylnych jest transportowanie krwi z tkanek do serca¹. Przewlekła choroba żylna wiąże się z zaburzeniem powrotu żylnego i jest to zespół objawów podmiotowych i przedmiotowych, które pojawiają się na skutek przewlekłego zastojów krwi żyłnej w kończynach dolnych.

Objawy przewlekłej niewydolności żyłnej najczęściej podawane są zgodnie z powszechnie przyjętą klasyfikacją CEAP. Została ona opracowana w taki sposób, aby brać pod uwagę nie tylko aspekty kliniczne (C – clinical), lecz także czynniki etiologiczne (E – etiology), anatomiczne (A – anatomy) i patofizjologiczne (P – pathophysiology). CEAP jest szeroko stosowana i uważana za najlepszy z dostępnych systemów klasyfikacji. Każdy z objawów zgłaszany w badaniu przedmiotowym powinien być oceniony jako objawowy lub bezobjawowy w badaniu podmiotowym. Klasyfikację CEAP można stosować w sposób powtarzalny, co umożliwia monitorowanie zmian w obrazie choroby u tego samego pacjenta. Skala ta ma jednak pewne ograniczenia. Mimo że została zmodyfikowana, nadal nie uwzględniono w niej niektórych aspektów choroby, np. występowania otyłości, zmian naczyniowych w okolicy kostki przyśrodkowej (corona phlebectatica), chromania żylnego czy mieszanej choroby tętniczo-żyłnej.

Uzupełnieniem skali CEAP może być Venous Clinical Severity Score (VCSS). Skala ta przedstawia w sposób sumaryczny ilościową ocenę klinicznego zaawansowania PNŻ, co umożliwia oszacowanie zmian związanych z progresją choroby i istotności klinicznej cięższych postaci choroby.

Nie służy ona natomiast do przedstawienia szczegółowego opisu zmian stwierdzanych u poszczególnych chorych. Uwzględnia 10 elementów ocenianych w skali od 0 (objaw nieobecny) do 3 (ciężka postać); w sumie można przydzielić 30 punktów¹.

Objawy podmiotowe

Objawy podmiotowe oceniane są przez pacjenta i zależą od stopnia zaawansowania choroby. Występują już w najwcześniejszych stadiach i często stanowią pierwszą przyczynę, z powodu której pacjenci szukają porady lekarskiej. Zaliczają się do nich:

- uczucie ciężkości i zmęczenia kończyn dolnych – nasilają się wraz z pojawieniem się obrzęku (np. u kobiet przed miesiączką) i w trakcie długotrwałego stania, mogą więc utrudniać codzienne czynności i pracę, szczególnie u pacjentów, którzy wykonują ją w pozycji stojącej. Nasilenie objawów zwiększa się też znacznie pod koniec dnia, a łagodzić je mogą uniesienie kończyn dolnych, ruch i odpowiednie ćwiczenia
- bóle kończyn dolnych (szczególnie w stadiach >C2) – tępe, piekące, nasilające się w ciągu dnia, towarzyszą owrzodzeniom, są związane z tkliwością. Ból może poprzedzać wystąpienie żylaków. Zwiększone nasilenie występowania dolegliwości może mieć podłoże hormonalne; kobiety z niewydolnością żylną odczuwają większe bóle przed miesiączką (patrz wyżej)
- bolesne skurcze nocne – są to kurcze goleni związane z zastojem żylnym, stanowią jeden z częstszych objawów przewlekłej choroby żyłnej, nasilają się przy współistnieniu obrzęków, zwłaszcza w godzinach nocnych
- zespół niespokojnych nóg (RLS – restless legs syndrome) – czyli zaburzenie charakteryzujące się przymusem poruszania nogami, mrowieniem, drętwieniem kończyn dolnych. Objawy RLS pojawiają się podczas wieczornego odpoczynku, są często przyczyną bezsenności, zaburzeń snu (w czasie snu mogą występować mimowolne ruchy kończyn). RLS może towarzyszyć nietolerancja ciepła podczas spoczynku, chorzy ściągają okrycia, chodzą boso po chłodnych kafelkach czy spryskują nogi zimną wodą. Objawy zespołu ustępują podczas ruchu, dlatego chorzy wstają, zginają i prostują nogi. RLS jest niezwykle uciążliwy nie tylko dla pacjenta, lecz także jego bliskich
- świąd skóry, jej podrażnienie – świąd bywa tak dokuczliwy, że chorzy w wyniku drapania się mają czasami widoczne przeczasy i strupki. Śwędzenie bywa też pierwszym objawem niewydolności żyłnej u osób, które nie mają widocznych żylaków, ale w badaniu USG widać u nich refluks w żyłę odpiszczelowej lub odstrzałkowej
- uczucie gorąca nóg, stóp – pacjenci zgłaszają odczuwanie gorąca w dystalnych częściach kończyn, czasem w konkretnych miejscach, np. na poziomie niewydolnego perforatora; palpacyjnie skóra jest cieplejsza w miejscu poszerzonych naczyń; wiele osób nie wiąże pieczenia stóp, które zazwyczaj ma od lat, z żylakami.

Rzadkie objawy to:

- krwawienie – jest rzadkim objawem klinicznym przewlekłej choroby żyłnej, zazwyczaj towarzyszy mu nawet niewielki uraz, krwawienie jest obfite, może zagrażać życiu chorego