

Renata Zubilewicz,
Andrzej Jaroszyński

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Przewlekła choroba żylna

Chronic venous disease

STRESZCZENIE

Przewlekła choroba żylna (CVD) obejmuje zespół złożonych zmian morfologicznych i/lub funkcjonalnych w układzie żylnym, szczególnie dotyczących kończyn dolnych. Dochodzi do niej w wyniku braku możliwości powrotu krwi do głębokiego, powierzchownego i przesywającego układu żylnego. Przewlekła choroba żylna jest złożona i obejmuje różnorodne objawy kliniczne: widoczne teleangiektazje, żyły siatkowate, żylaki, obrzęki kończyn dolnych, zmiany skórne i owrzodzenia kończyn dolnych. Do najczęstszych modyfikowalnych czynników ryzyka CVD należą: siedzący tryb życia, przedłużające się stanie lub siedzenie, otyłość, brak aktywności fizycznej, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, wielokrotne ciążę, zaś do niemodyfikowalnych — czynniki dziedziczne, wiek i płeć żeńska. Podstawy klasyfikacji CEAP zawierają opis objawów klinicznych (C), etiologii (E), lokalizacji anatomicznej (A) i przyczyn patofizjologicznych (P). Skala CEAP jest obecnie podstawą klasyfikacji przewlekłej niewydolności żylniej. Profilaktyka ma na celu eliminację lub modyfikację czynników ryzyka CVD. Wśród działań zapobiegawczych należy wymienić: prawidłowe odżywianie się, systematyczne ćwiczenie, redukcję wagi w przypadku nadwagi, unikanie długiego stania lub siedzenia, kompresjoterapię, unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce i ciepło. Metody leczenia CVD są bardzo zróżnicowane, począwszy od farmakoterapii, noszenia pończoch uciskowych, przez zmianę stylu życia do metod małoinwazyjnych (np. skleroterapia czy ablacja laserem), inwazyjnych (techniki chirurgiczne), aż po metody mieszane. Wiedza na temat obrazu klinicznego chorób naczyń żylnych jest konieczna do wdrożenia odpowiednich metod profilaktyki i leczenia tych uporczywych dolegliwości.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 5, 400–404

słowa kluczowe: przewlekła choroba żylna, czynniki ryzyka, profilaktyka, leczenie

ABSTRACT

Chronic venous disease encompasses a syndrome composed of multiple morphological and/or functional changes in the venous system, particularly of the lower limbs. CVD consists in a disturbance of blood return to the deep venous system, superficial venous system, and communicating (perforating) veins. Chronic venous disease is complex and involves various clinical manifestations: visible teleangiectasias, reticular veins, varicose veins, lower limb oedemas, skin lesions and leg ulcers. The most often modified risk factors of chronic venous disease are sedentary lifestyle, extended periods of standing or sitting,

Adres do korespondencji:

lek. Renata Zubilewicz
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
ul. Staszica 11, 20-081 Lublin
tel.: 81 532 34 43
e-mail: vika71@o2.pl

obesity, lack of physical activity, usage contraceptives, multiple pregnancies and unmodified are genetic factors, age and female sex. The fundamentals of the CEAP classification include a description of the clinical class (C) based upon objective signs, the etiology (E), the anatomical (A) distribution, and the underlying pathophysiology (P). CEAP classification is now accepted standard for classifying chronic venous disorders. Use of prevention should eliminate or modified risk factors of chronic venous disease. Among the prevention activities must be mentioned: eating a healthy balanced diet, exercising regularly, reducing weight if you are overweight, avoiding prolonged sitting or standing, compression therapy, avoiding excessive exposure to the sun and warmth. Treatment options of CVD range from medications, compression stockings, lifestyle changes to minimally invasive (eg. sclerotherapy or endoluminal ablation), invasive (surgical techniques), and hybrid (combination of ≥ 1 therapies). The knowledge about clinical manifestations of venous disorders is necessary to implement of adequate methods of prophylaxis and treatment of these persistent disorders.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 5, 400–404

key words: chronic venous disease, risk factors, prevention, treatment

WSTĘP

Przewlekła choroba żylna (CVD, *chronic venous disease*) to częsty powód zgłaszania się chorych do lekarza rodzinnego. Jest to długotrwałe i nawracające schorzenie z licznymi czynnikami ryzyka, które w większości podlegają modyfikacji oraz ściśle wiążą się ze stopniem uprzemysłowienia kraju. Wyniki badań wykazały, że częstość występowania chorób związanych z układem żylnym jest niższa w krajach rozwijających się [1]. Świadczy to o ściślejszej zależności między stylem życia ludzi a chorobami żył.

Przewlekła choroba żylna to jedno z najbardziej rozpowszechnionych schorzeń układu naczyniowego. Dotyczy znaczącego odsetka populacji europejskiej, w tym 40–60% kobiet i 15–30% mężczyzn [1–5]. W populacji polskiej objawy podmiotowe i przedmiotowe CVD występują u 47% kobiet i 37% mężczyzn [6]. Zachorowalność zwiększa się znacząco wraz z wiekiem. Charakteryzuje się złożonym i zróżnicowanym zakresem patologii i charakteru zmian, począwszy od teleangiektazji, zmian o charakterze żył siateczkowatych i żyłaków kończyn dolnych, poprzez zmiany

obrzękowe kończyn, kończąc na owrzodzeniach podudzi będących morfologicznym wykładnikiem przewlekłej niewydolności żylnych i prowadzących do poważnego kalectwa.

PATOFIZJOLOGIA

Uważa się, że czynnikiem sprawczym powstawania zmian morfologicznych jest nadciśnienie żyłne [7], które powoduje dysfunkcję zastawek żylnych i nasilający się refluks naczyniowy. Te z kolei wpływają na pobudzenie komórek endotelium i leukocytów, co prowadzi do przewlekłego uszkodzenia ściany naczynia żylnego i inicjacji procesu zapalnego. W tym mechanizmie stan zapalny powoduje powstawanie luk między komórkami śródbłonna w wyniku skurczu filamentów aktyny i miozyny obecnych w tych komórkach, czego mediatorem może być tlenek azotu. Tworzenie się takich przerw w ciągłości endotelium powoduje przemieszczanie się białek krwi i erytrocytów poza łożysko naczyniowe, pobudzając przewlekły stan zapalny i jego kliniczną manifestację w postaci obrzęku. Bogato białkowy płyn przesiąkowy predysponuje do odkładania się włókniaka wokół naczyń mikrokrążenia oraz hemosydery-

ny uwalnianej z erytrocytów. Ważną rolę w patogenezie zaburzeń ze strony układu żylnego odgrywa aktywacja fibroblastów biorąca udział w powstawaniu wykwitów skórnych [8].

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU PRZEWLEKLEJ CHOROBY ŻYLNEJ

Czynniki rozwoju CVD są następujące:

- czynniki dziedziczne — ryzyko 40% u osoby, której jedno z rodziców chorowało na żylaki; 90%, gdy chorowało oboje rodziców;
- wiek;
- płeć żeńska;
- rodzaj wykonywanej pracy i siedzący tryb życia;
- stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych;
- ciąża (ucisk płodu na naczynia miednicy mniejszej);
- otyłość;
- zaparcia;
- zaburzenia statyki stopy — płaskostopie i stopa wydrążona zwiększają ryzyko niewydolności żylniej;
- wysoki wzrost.

OBRAZ KLINICZNY

Obraz kliniczny opisuje się za pomocą skali CEAP, która porządkuje objawy kliniczne (C), etiologię (E), lokalizację anatomiczną (A) i przyczyny patofizjologiczne (P) przewlekłej niewydolności żylniej, a także określa liczbowo stopień zaawansowania choroby (w postaci skali punktowej) (tab. 1) [9, 10]. Objawy przedmiotowe i podmiotowe CVD przedstawiono w tabeli 2.

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie ustala się na podstawie przeprowadzonego wywiadu i badania przedmiotowego obejmującego ogląd kończyn dolnych oraz badanie dotykowe skóry i wzdłuż przebiegu żył. Do oceny zaawansowania i zajęcia poszczególnych części układu żylnego można stosować próby czynnościowe, takie jak: próba Perthesa, próba Pratta, próba Trendelenbur-

Tabela 1

Skala CEAP

C (ocena objawów klinicznych)

- 0 — zmiany niewidoczne i niewyczuwalne
- 1 — teleangiektazje i żylaki siatkowate
- 2 — żylaki
- 3 — obrzęk
- 4 — zmiany skórne (A: przebarwienie, wyprysk, B: *lipodermatosclerosis*)
- 5 — wygojone owrzodzenie
- 6 — czynne owrzodzenie

E (ustalenie etiologii)

- E_C — zespoły wrodzone
- E_P — zmiany pierwotne o nieznannej przyczynie
- E_S — zmiany nabyte (wtórne) ze znanych przyczyn

A (lokalizacja anatomiczna)

- A_S — żyły powierzchowne
 - 1 — teleangiektazje i żylaki siatkowate
 - 2 — żyła odpiszczelowa powyżej kolana
 - 3 — żyła odpiszczelowa poniżej kolana
 - 4 — żyła odstrzałkowa
 - 5 — inne żyły powierzchowne
- A_D — żyły głębokie
 - 6 — żyła główna dolna
 - 7 — żyła biodrowa wspólna
 - 8 — żyła biodrowa wewnętrzna
 - 9 — żyła biodrowa zewnętrzna
 - 10 — żyły miednicy
 - 11 — żyła udowa wspólna
 - 12 — żyła udowa głęboka
 - 13 — żyła udowa powierzchowna
 - 14 — żyła podkolanowa
 - 15 — żyły głębokie podudzia
 - 16 — żyły mięśniowe
- A_P — żyły przeszzywające (tak zwane *perforatory*)
 - 17 — żyły przeszzywające uda
 - 18 — żyły przeszzywające podudzia

P (przyczyny patofizjologiczne)

- P_R — refluks
- P_O — niedrożność
- P_{R,O} — refluks i niedrożność

ga, próba Trendelenburga odwrotna. Obecnie metodą referencyjną (złotym standardem) jest wykonanie badania ultrasonograficznego z kolorowym dopplerem, które umożliwia ocenę anatomii i czynności układu żylnego kończyn dolnych.

Tabela 2

Objawy podmiotowe i przedmiotowe przewlekłej choroby żylniej (CVD, chronic venous disease)**Objawy podmiotowe:**

- uczucie ciężkich nóg, ustępujące lub znacznie zmniejszające się po odpoczynku, zwłaszcza z uniesionymi kończynami
- kurczowe bóle łydek, nasilające się w nocy lub w pozycji stojącej i siedzącej i przy upałach, uczucie rozpierania łydek
- ból wzdłuż przebiegu żyły
- parestezje
- zespół niespokojnych nóg
- świąd skóry

Objawy przedmiotowe:

- widoczne przez skórę niebieskosine zabarwione żyły o poszerzonym, krętym przebiegu (w początkowym okresie widoczne są jedynie teleangiektazje)
- obrzęk, początkowo odwracalny znikający po odpoczynku, następnie stały
- rdzawobrazowe przebarwienia skóry, zwłaszcza na przyśrodkowych częściach podudzi
- ogniska zaniku białego (*atrophia alba*), pokryte cienkim, wrażliwym na uraz naskórkiem
- stwardnienie skórno-tłuszczowe (*lipodermatosclerosis*), typowo w 1/3 dalszej podudzia
- owrzodzenie podudzi, typowo w dalszej 1/3 goleni, po stronie przyśrodkowej, w zaawansowanych postaciach może zajmować cały obwód kończyny
- wyprysk żylakowy (*eczema venostaticum*)
 - swędzące suche lub sączące zmiany w obrębie zmienionych tkanek, spowodowane zastoinowym zapaleniem skóry

CVD (chronic venous disease) — przewlekła choroba żylna

LECZENIE

Metody terapii CVD są zróżnicowane. Poprawę wyników leczenia można uzyskać poprzez:

- zmianę trybu życia i zwiększenie aktywności fizycznej;
- odpowiednio przygotowane stanowisko pracy (podnóżki, unikanie przebywania długotrwałego bez ruchu, gdy nie jest to możliwe, należy wykonywać ćwiczenia umożliwiające pracę mięśni łydek, np. marsz w miejscu w pozycji stojącej, zginanie grzbietowe stopy przy przebywaniu w pozycji siedzącej);

- unoszenie kończyn dolnych powyżej poziomu serca podczas odpoczynku;

Leczenie uciskowe obejmuje noszenie opasek i pończoch oraz masaż uciskowy pneumatyczny przerywany i sekwencyjny i jest jedyną metodą mogącą spowolnić rozwój CVD.

W ramach leczenia farmakologicznego stosuje się leki, których zasadniczy mechanizm działania polega na aktywacji powrotu żylnego i limfatycznego. Farmakoterapię należy traktować jako leczenie z wyboru u chorych na CVD, u których leczenie chirurgiczne jest przeciwwskazane lub niemożliwe. Wiele preparatów wykazuje skuteczność kliniczną wobec głównego objawu CVD, jakim jest obrzęk. Obecnie stosuje się leki zawierające wyciąg z kasztanowca, rutynę, diosminę, hesperydinę, escynę, a także dobesylan wapnia. Korzystne efekty w leczeniu owrzodzeń udowodniono w przypadku pentoksyfiliny i prostaglandyny E1.

Leczenie inwazyjne obejmuje:

- stripping (usunięcie) zmienionej chorobowo żyły;
- operację Lintona — operacja niewydolnych żył przeszzywających;
- metody małoinwazyjne: CHIVA (*conservative, hemodynamic correction of venous insufficiency*), mikroflebektomia, kriochirurgia, kruroskopia;
- skleroterapię, czyli zamknięcie (obliterację) żylaków poprzez wstrzyknięcie środków drażniących, w końcowym etapie powodujących zarośnięcie zmienionego odcinka naczynia;
- ablację laserem;
- ablację za pomocą fal radiowych;
- chirurgię plastyczną zastawek żylnych (dostępną jedynie w wysokospecjalistycznych ośrodkach).

PROFILAKTYKA PRZEWLEKŁEJ CHOROBY ŻYLNEJ

Zastosowanie profilaktyki ma na celu wyeliminowanie lub zmodyfikowanie czynników ryzyka CVD, co może uchronić pacjenta przed

problemami związanymi z tą chorobą i pogorszeniem jakości życia. W związku z częstym występowaniem objawów CVD uważa się, że **pierwszoplanową rolę w edukacji, profilaktyce i leczeniu powinien odgrywać lekarz rodzinny.**

Działania zapobiegawcze obejmują:

- unikanie długiego stania lub siedzenia;
- odpowiednie przystosowanie stanowiska pracy w celu wyeliminowania wymuszonych pozycji pogarszających powrót żylny;
- jeśli praca wymaga długiego stania lub siedzenia, należy co pewien czas zrobić sobie przerwę i w pozycji stojącej powspinać się kilka razy na palcach;
- prowadzenie zdrowego trybu życia — prawidłowe odżywianie się i nawodnienie (2 l na dobę) i regularne rekreacyjne uprawianie sportu;
- dieta bogatoreszkowa u osób z tendencją do zapaść;
- noszenie pończoch lub rajstop uciskowych — polecane również w czasie ciąży (aby pończochy spełniały swoją funkcję, muszą mieć określony stopień ucisku);
- unoszenie kończyn dolnych o 30° na 20 minut 3 razy dziennie — istotnie zwiększa powrót żylny i limfatyczny;

- zimny lub chłodny prysznic okolicy goleni
- zmniejsza obrzęk stóp, uczucie ciężkości nóg i kurcze mięśni;
- unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce;
- unikanie ciepłych kąpeli w wodzie o temperaturze powyżej 30°C;
- masaż kończyn dolnych, szczególnie u chorych po urazach kończyn dolnych, u których dochodzi do upośledzenia fizjologicznej pompy mięśniowej.

Podsumowując, postępowanie profilaktyczne oraz prowadzenie zdrowego trybu życia odciążają układ żylny i limfatyczny oraz zapobiegają CVD.

PODSUMOWANIE

Mimo powszechnego występowania CVD i przy jednocześnie zróżnicowanym stopniu zaawansowania u poszczególnych chorych problem ten niejednokrotnie pozostaje niedoceniany. Biorąc pod uwagę rosnącą świadomość pacjentów coraz więcej osób zgłasza się do lekarza rodzinnego z CVD. Wdrożenie działań profilaktycznych na początku rozwijającej się niewydolności żylny ma na celu wyeliminowanie lub zmodyfikowanie czynników ryzyka CVD, co uchroni pacjenta przed zaawansowaniem choroby i pogorszeniem jakości jego życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Jantet G. i RELIEF Study Group. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF study. *Angiology* 2002; 53: 245–256.
2. Ramelet A.A., Monti M. *Flebologia, Przewodnik*. Via Medica, Gdańsk 2003.
3. Rekomendacje diagnostyczne i lecznicze w chorobach żył i naczyń chłonnych. *Przegląd Flebologiczny* 2003; 11 (supl. 1): S1–S38.
4. Korthuis R.J., Gute D.C. Postischemic leukocyte/endothelial cell interactions and effect of Daflon 500 mg. *Int. J. Microcirc. Clin. Exp.* 1997; 17 (supl. 1): 11–17.
5. Bouskela E., Donyo K. A. Effects of oral administration of purified micronized flavonoid fraction on increased microvascular permeability induced by various agents and on ischemia/reperfusion in the hamster cheek pouch. *Angiology* 1997; 48: 391–399.
6. Jawień A., Grzela T., Ochwat A. Prevalence of CVI in Poland. *Phlebology* 2003; 18: 110–122.
7. Eberhardt R.T., Raffetto J.D. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2005; 111: 2398–2409.
8. Raffetto J.D. Dermal pathology, cellular biology and inflammation in chronic venous disease. *Thromb Res* 2009; 123: 68–70.
9. Andrzej Szczeklik (red.). *Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie, tom I*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
10. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. Sixteenth Annual Meeting of the American Venous Forum, Orlando, Fla, Feb 26–29, 2004.