

Dariusz Janczak, Agata Krach, Sara Janczak

Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

# Pacjent z przewlekłą niewydolnością żylną w gabinecie POZ – praktyczne wskazówki

## Czym jest przewlekła niewydolność żylna?

Przewlekła niewydolność żylna (*chronic venous insufficiency* – CVI) to stan, w którym dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia skóry i tkanki podskórnej kończyn dolnych w wyniku trwałego nadciśnienia żylnego [1].

Nadciśnienie żylnie spowodowane jest wyczerpaniem lub niewydolnością mechanizmów, które w warunkach fizjologicznych regulują prawidłowy przepływ krwi w kończynach dolnych. Wśród koncepcji patofizjologicznych największe znaczenie mają refluks żylny będący skutkiem niewydolności zastawek (w żyłach powierzchownych, żyłach głębokich lub obydwu układach) oraz niedrożność żył, najczęściej o etiologii zakrzepowej. Nadciśnienie żylnie prowadzi do zastojów krwi i przepełnienia żylnych części mikrokrążenia, przemieszczania elementów morfotycznych krwi poza światło naczynia (tzw. pułapka leukocytna) oraz uwalniania mediatorów reakcji zapalnej, co skutkuje zwiększeniem przepuszczalności naczyń i dalszym narastaniem obrzęku. Płyn przesiąkowy, bogaty w białko (w tym fibrynogen – tzw. mankiety fibrynowe) może zapoczątkować zmiany zakrzepowe. Z erytrocytów uwalnia się hemosyderyna, powodując przebarwienia w obrębie chorych tkanek. Ten stan dopro-

wadza do aktywacji fibroblastów i stopniowej przebudowy podskórnej tkanki łącznej luźnej w tkankę włóknistą (łac. *lipodermatosclerosis*). Wszystkie te procesy zwiększają lepkość krwi, co predysponuje do rozwoju zakrzepów [2].

Przewlekła niewydolność żylna obejmuje: chorobę żylakową, zespół pozakrzepowy, pierwotną niewydolność zastawek żylnych oraz zespół uciskowy (np. zespół usidlenia żyły podkolanowej przez głowę przyśrodkową mięśnia brzuchatego łydki). Szacuje się, że problem CVI może dotyczyć nawet połowy społeczeństwa – niejednorodność danych wynika z różnic w definicji schorzenia oraz przyjętej kategorii wiekowej. W Polsce CVI może występować nawet u 1/3 osób w populacji dorosłej [3].

Do czynników ryzyka rozwoju CVI należą: wiek, płeć żeńska, czynniki dziedziczne, ciąża (każda ciąża niesie ryzyko rozwoju żylaków i każda następna je dodatkowo zwiększa), otyłość, praca w pozycji siedzącej lub stojącej, a także praca związana z dźwiganiem ciężarów, częste zaparcia, zaburzenia statyki stopy, np. płaskostopie, przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, wysoki wzrost, zła sytuacja socjoekonomiczna, choroby współistniejące (np. cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów, nadciśnienie tętnicze, zapalenia kostno-stawowe) [4].

## Jak rozpoznać pacjenta z przewlekłą niewydolnością żylną?

Obraz kliniczny CVI jest bardzo zróżnicowany. Zakres objawów waha się od drobnych zmian kosmetycznych aż do chorób grożących inwalidztwem. W czasie wizyty w gabinecie POZ należy skrupulatnie zebrać wywiad lekarski oraz zbadać pacjenta, wstępnie ocenić stan kliniczny i nasilenie choroby oraz określić, jaki wpływ wywiera ona na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Jest to zestaw niezbędnych danych do podjęcia decyzji o kolejnych etapach postępowania i ewentualnym skierowaniu chorego do poradni naczyniowej.

Pacjentów, u których nie występują zmiany w układzie żylnym lub stwierdza się niewielkie problemy (np. teleangiektazje), wystarczy poinformować o profilaktyce CVI i możliwości wykonania zabiegów chirurgicznych – estetycznych. W przypadku większych patologii pacjent wymaga poszerzenia diagnostyki obrazowej i planowania taktyki postępowania leczniczego przez chirurga naczyniowego, angiologa.

Większość pacjentów kierowanych do specjalistów z powodu chorób żył poza oceną kliniczną wymaga wykonania dodatkowych badań obrazowych. Obecnie metodą referencyjną (tzw. złotym standardem) jest wykonanie ultrasonograficznego badania dopplerowskiego z podwójnym obrazowaniem przepływu (USG *duplex-doppler*). Łatwy dostęp do badań ultrasonograficznych istotnie zmniejszył znaczenie w badaniu przedmiotowym prób diagnostycznych (próba Perthesa, próba Pratta, próba Trendelenburga), a także innych metod obrazowania żył kończyn dolnych, takich jak flebografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pletyzmografia [5].

W czasie badania USG *duplex-doppler* doświadczony ultrasonografista jest w stanie określić stopień niedrożności żyły, jej stan, wiek skrzepliny, wydolność zastawek. Badanie umożliwia zaplanowanie odpowiedniego postępowania zabiegowego oraz śledzenie zmian hemodynamicznych po interwencji chirurgicznej [5].

Relacje pacjentów z CVI dotyczące występujących u nich dolegliwości mogą być mało precyzyjne i niejednoznaczne. Wśród zgłaszanych objawów dominują: uczucie ciężkości nóg (zwykle zmniejszające się po odpoczynku z uniesionymi kończynami), kurczowe bóle łydek (nasilające się w nocy, w pozycji stojącej i siedzącej oraz przy upałach), parestezje, zespół niespokojnych nóg, świąd [5].

## Badanie przedmiotowe – praktyczne wskazówki

Badanie należy przeprowadzić zarówno w pozycji leżącej, jak i stojącej.

Należy ocenić:

- obecność obrzęku obwodowego – obrzęk w CVI może mieć różne nasilenie, zwykle narasta w ciągu dnia, zmniejsza się w czasie uprawiania sportu, noszenia pończoch uciskowych oraz po przyjęciu leków flebotropowych. Przewlekłej niewydolności żylny towarzyszy mikroangiopatia limfatyczna, co powoduje uszkodzenie włosowatych naczyń limfatycznych i obrzęk limfatyczny;
- ukrwienie kończyn dolnych – temperaturę, obecność tętna obwodowego, zmian troficznych;
- symetrię kończyn dolnych (w tym wykonanie pomiaru obwodów kostki, łydki i uda z uwzględnieniem czasu badania). Asymetria może świadczyć o ostrej zakrzepicy, zespole pozakrzepowym, zaniku mięśni (np. wskutek patologii układu kostno-stawowego, układu nerwowego). Pomiary umożliwiają również ocenę progresji choroby w czasie;
- obecność żylaków – w pozycji stojącej układ żył powierzchownych się wypełnia, co pozwala na dobre uwidocznienie i wyczuwanie żylaków. Mianem żylaków określa się poszerzone i wydłużone żyły o krętym przebiegu o średnicy  $\geq 3$  mm. Pod względem topografii żylaki można podzielić na żylaki w przebiegu głównych pni żylnych (żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej) i żylaki rozsiane. U mężczyzn żylaki mogą być trudniejsze do zauważenia i oceny ze względu na owłosienie nóg;
- obecność teleangiektazji – widocznych na skórze poszerzonych sieci żył w skórze właściwej, przypominających gałęzie drzewa. *Corona phlebectatica* to zespół teleangiektazji w okolicy kostki przyśrodkowej. Postępujące samoistne teleangiektazje to rzadka i najbardziej zaawansowana postać poszerzenia żyłek, spotykana głównie u kobiet w średnim wieku. Teleangiektazje rzadko powodują dolegliwości bólowe, zwykle stanowią defekt kosmetyczny [5];
- obecność wyprysku żylakowego (*eczema venostaticum*) – swędzących, suchych lub sączących zmian w obrębie zmienionych tkanek, spowodowanych zastoinowym zapaleniem skóry;
- obecność tzw. stwardnienia tłuszczowo-skórnego (*lipodermatosclerosis*) – w przebiegu CVI

dochodzi do postępującego naciekania tkanki podskórnej, która twardnieje i napina skórę;

- obecność zastoju żylnego i limfatycznego oraz powikłań skórnych będących ich skutkiem – zwiększają one ryzyko zakażeń, mogą być powierzchowne (ropne zapalenie skóry, grzybica) lub głębokie (cellulitis, róża);
- obecność owrzodzeń gołeni [5, 6].

Owrzodzenia podudzi stanowią szczególny problem, gdyż są konsekwencją nieskutecznego leczenia niewydolności żylnego oraz nieudanego postępowania profilaktycznego. Wbrew ogólnie przyjętym poglądom leczenie miejscowe owrzodzeń podudzi ma znaczenie drugorzędne. Do najważniejszych celów terapii należą wyrównanie podwyższonego ciśnienia żylnego, usuwanie obrzęku, zaburzeń krążenia i nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych. Noszenie opasek elastycznych w ciągu dnia lub stale jest podstawowym elementem leczenia. Jedynie za pomocą tej metody można skutecznie kontrolować ciśnienie żyłne.

W tabeli 1 zestawiono różnice między owrzodzeniem tętniczym a owrzodzeniem żylnym [5, 6].

### Jakie zmiany stylu życia można zasugerować pacjentowi z CVI?

Pacjenci z CVI oraz zagrożeni jej rozwojem powinni wprowadzić odpowiednie nawyki do swojego stylu życia. Szczególnie zalecany jest ruch w postaci codziennych spacerów. Pacjentów należy zachęcać do pieszych wycieczek do pracy, sklepu, rezygnowania z windy na rzecz schodów.

Niekorzystne jest długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej i stojącej. W przypadku pracy siedzącej warto zwrócić uwagę na dobór odpowiedniego krzesła i podnóżka, należy unikać zakładania nogi na nogę, wskazane jest robienie przerw na krótki spacer.

Naprzemienne ruchy prostowania grzbietu stopy i zginania części podeszwy pobudzają pracę pompy mięśniowej przesuwałej krew w kierunku serca. To banalne ćwiczenie można wykonywać podczas dłuższego bezruchu, przy braku możliwości innych aktywności, np. w czasie podróży samolotem, pociągiem, samochodem. W pozycji stojącej można wykonywać ćwiczenia wspinania na palce i opadania na pięty [6, 7].

W trakcie nocnego odpoczynku wskazane jest uniesienie kończyn, co ułatwia wchłanianie obrzęku po całym dniu aktywności i zakładanie wyrobów kompresyjnych po przebudzeniu.

Niska temperatura powoduje obkurczenie naczyń żylnych, dlatego pacjenci z CVI powinni zrezygnować z długich gorących kąpeli na rzecz zimnego prysznica (nie dotyczy to osób z przewlekłą niewydolnością krążenia). Powinni też zrezygnować z sauny i kąpeli termicznych.

W zapobieganiu powstawaniu żylaków znaczenie ma również właściwa garderoba. Należy unikać obcisłych spodni, skarpet z gumką, wysokich butów. Zalecane są luźne ubrania, które nie ograniczają ruchów i są odpowiednie do temperatury otoczenia. Pacjenci z płaskostopem powinni nosić korekcyjne wkładki ortopedyczne [6, 7].

**Tabela 1.** Różnicowanie pomiędzy owrzodzeniem tętniczym a owrzodzeniem żylnym

Cechy kliniczne	Owrzodzenie tętnicze	Owrzodzenie żyłne
płeć i wiek	częściej mężczyźni, zwykle > 60. roku życia	częściej kobiety, zwykle 40.–60. roku życia, tendencja do nawrotów
czynniki ryzyka	palenie tytoniu, cukrzyca, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze	epizod zakrzepicy żył głębokich w przeszłości, trombofilia, żylaki
objawy podmiotowe	silny ból (nie dotyczy pacjentów z neuropatią cukrzycową), dolegliwości mogą się zmniejszać po opuszczeniu kończyny	ból, dolegliwości mogą się zmniejszać po uniesieniu kończyny
lokalizacja owrzodzenia	w miejscach ucisku (kostki, pięta, głowy kości śródstopia, podstawa 5. kości śródstopia)	zwykle w okolicy kostki przyśrodkowej, kostki bocznej lub obu
brzegi	regularne, wysztancowane zarysy	nieregularne zarysy, brzegi pokryte świeżym naskórkiem
dno	głębokie, zielone lub czarne (martwica), bez ziarniny, może odsłaniać duże ścięgno, kość, staw	różowe i ziarninujące, czasem pokryte rozmiękłymi tkankami
skóra	cechy przewlekłego niedokrwienia	lipodermatoskleroza (przebarwienia, żylakowate zapalenie skóry)
żyły	puste, zapadające się po uniesieniu kończyny	wypełnione, zmienione żylakowato
obrzęk	zwykle bez obrzęku	zwykle obecny

Chorzy z niewydolnością żył mogą odnieść korzyści z regularnych zajęć sportowych dostosowanych do ich możliwości fizycznych. Należy wybrać odpowiednie zajęcia i realizować je w rozsądny sposób. Wśród zalecanych form aktywności fizycznej można wymienić: spacerowanie, jogging, pływanie, chodzenie w wodzie, taniec, narciarstwo biegowe. Do „niezalecanych” sportów należą podnoszenie ciężarów, tenis, piłka nożna, jazda na nartach. Jeśli pacjent nie rezygnuje z takiej formy wysiłku, należy zalecić mu stosowanie ucisku elastycznego w czasie jego trwania.

W profilaktyce ważna jest również właściwa dieta, w tym redukcja soli oraz spożywanie odpowiedniej ilości błonnika (profilaktyka zaparc). Pacjentom z nadwagą należy zalecić rozsądną, kontrolowaną redukcję masy ciała [7–9].

### Kompresjoterapia – kiedy i jak?

Leczenie uciskowe stanowi filar nieoperacyjnego leczenia CVI i owrzodzeń żylnych. Ponadto zapobiega zakrzepicy żył głębokich i ma znaczenie w jej leczeniu. Od kilku dekad pończochy uciskowe są najpowszechniej akceptowaną metodą kompresjoterapii. Na rynku dostępnych jest dużo wariantów elastycznych pończoch uciskowych o różnym składzie, sile nacisku, długości i kolorze.

Wybór odpowiednich pończoch elastycznych zależy od potrzeb pacjenta oraz od wskazań terapeutycznych:

- I klasa – niewielki ucisk, ciśnienie wywierane na wysokości kostki 20–30 mm Hg – zalecane w profilaktyce zakrzepicy żył głębokich, profilaktyce zakrzepicy i żylaków u ciężarnych, u kobiet z niewielkimi żylakami podczas ciąży, u pacjentów zgłaszających ociężałość i męczliwość kończyn, niewielkie żylaki bez widocznych obrzęków, a także u pacjentów po operacji żylaków;
- II klasa – umiarkowany ucisk, ciśnienie rzędu 30–40 mm Hg – zalecane u kobiet z dużymi żylakami w czasie ciąży, u pacjentów z żylakami z nieznacznym obrzękiem, pacjentów po zapaleniu żył powierzchownych, po skleroterapii żylaków, po wygojeniu małych owrzodzeń;
- III klasa – duży ucisk, ciśnienie 40–50 mm Hg – zalecane w zaawansowanej przewlekłej niewydolności żylniej, w nasilających się, ale jeszcze odwracalnych obrzękach, po wygojeniu dużych owrzodzeń, w obrzękach pourazowych, w odwracalnych obrzękach limfatycznych;
- IV klasa – bardzo duży ucisk, ciśnienie rzędu 50–60 mm Hg – wskazane w ciężkim zespole

pozakrzepowym, w nieodwracalnych obrzękach limfatycznych.

Pierwszą parę pończoch należy dobrać w godzinach rannych w specjalnym sklepie zaopatrzenia ortopedycznego, wypróbować w pozycji stojącej i założyć jeszcze przed południem.

Zalecając kompresjoterapię, lekarz powinien poinstruować pacjenta, jak należy nosić pończochy, oraz zademonstrować ich prawidłowe użycie.

Elastyczne pończochy uciskowe oraz opaski elastyczne szybko się zużywają pod wpływem czynników mechanicznych i termicznych, dlatego należy je wymieniać na nowe nawet kilka razy w roku.

Głównym problemem dotyczącym terapii uciskowej jest niestosowanie się pacjentów do nakazu noszenia pończoch. Wiele osób źle znosi ucisk, szczególnie w okolicy czynnego owrzodzenia lub w miejscu zwiększonej wrażliwości, np. w okolicy wygojonego owrzodzenia. W takiej sytuacji na początku warto zaproponować pacjentowi noszenie pończoch „tak długo, jak jest w stanie”. Cierpliwość i zachęta ze strony lekarza pozwalają na stopniowe wydłużanie czasu ich noszenia. Inną taktyką może być wyposażenie pacjenta w pończochy o mniejszej sile ucisku, a po pewnym czasie, po pojawieniu się „tolerancji”, zastąpienie ich pończochami elastycznymi o docelowej sile ucisku. Dla niektórych pacjentów wyzwaniem może być samo nałożenie pończoch. W takich przypadkach wskazane jest poinstruowanie bliskich pacjenta lub opiekunów i zademonstrowanie im prawidłowego stosowania kompresjoterapii.

Przy stosowaniu kompresjoterapii należy pamiętać o następujących zasadach:

- ucisk jest przeciwwskazany u pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych (stopień III i IV w skali Fontaine’a),
- należy racjonalnie stosować kompresjoterapię u pacjentów z niedociśnieniem tętniczym,
- terapię uciskową należy ostrożnie stosować u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca – uruchomienie zalegającej krwi żyłnej może prowadzić do dekompensacji układu krążenia,
- z ucisku należy okresowo zrezygnować w przypadku pojawienia się miejscowych zmian zapalnych skóry (np. czyrak, ropień, zmiany wysiękowe) [7–11].

### Co poza kompresjoterapią?

Leczenie farmakologiczne przewlekłej niewydolności żylniej należy zawsze stosować jako uzupełnienie terapii, a nie jako metodę izolowaną. Dostępne na rynku leki i preparaty są mniej skuteczne pod

względem gojenia się owrzodzeń niż kompresjoterapia i leczenie zabiegowe. Wśród leków stosowanych w leczeniu przewlekłej niewydolności żylny można wymienić: naturalne i syntetyczne leki flebotropowe, pentoksyfilinę oraz sulodeksyd [11–13]. Leki flebotropowe są względnie bezpieczne i rzadko wywołują działania niepożądane. Naturalne leki flebotropowe to m.in.: rutozyd, diosmina, trokserutyna, hesperydyna, kwercytyna. Najczęściej stosowane syntetyczne leki flebotropowe to trybenozyd i dobezylan wapniowy.

Najlepiej udokumentowane korzystne działanie mają diosmina (flawonid występujący naturalnie w owocach cytrusowych i roślinach z rodziny *Rutaceae*, lek wytwarzany syntetycznie) oraz trokserutyna (półsyntetyczna pochodna flawonowa).

*Micronized purified flavonid fraction* (MPFF) to preparaty zmikronizowanej diosminy z hesperydyną w stosunku 9:1. Proces mikronizacji polega na zmniejszeniu cząsteczek leku, co poprawia jego biodostępność (lepsze wchłanianie z przewodu pokarmowego) i skuteczność terapeutyczną.

Dobezylan wapnia jest solą wapniową kwasu dobezylowego (2,5 dihydroksybenzenosulfonowego) wykazującą aktywność wobec ścian naczyń włosowatych, powodującą zmniejszenie ich nadmiernej przepuszczalności oraz zwiększenie ich wytrzymałości. Ze względu na swoje właściwości dobezylan wapnia jest wykorzystywany również w leczeniu mikroangiopatii (zwłaszcza retinopatii cukrzycowej), a także pomocniczo w zakrzepowym zapaleniu powierzchownych żył kończyn dolnych, w leczeniu żylaków odbytu, nefropatii cukrzycowej oraz w schorzeniach dermatologicznych, takich jak plamice czy trądzik.

Działanie leków flebotropowych opiera się na zmniejszeniu przepuszczalności naczyń żylnych i zwiększeniu napięcia ich ścian, co usprawnia powrót krwi z układu żylnego kończyn dolnych, redukuje nadciśnienie i zastój, hamuje aktywację i adhezję leukocytów do ścian naczyń włosowatych, poprawia właściwości reologiczne krwi. Dodatkowo leki flebotropowe hamują wydzielanie mediatorów reakcji zapalnej (prostaglandyn, wolnych rodników), zwiększają drenaż limfatyczny i podwyższają ciśnienie onkotyczne limfy.

Ponadto na rynku dostępne są żele i maści zawierające leki flebotropowe (escynę, trokserutynę) lub heparynę. Efektywność tych preparatów w zmniejszeniu objawów przewlekłej niewydolności żylny jest słabo udokumentowana i trudna do oceny. Pacjenci często mogą odczuwać ulgę po zastosowaniu

preparatów miejscowych z uwagi na ich działanie chłodzące. Miejscowe i ogólne stosowanie leków flebotropowych ma działanie synergistyczne.

Pentoksyfilina, pochodna ksantyny, poprawia właściwości reologiczne krwi, zmniejsza zdolność erytrocytów do adhezji i agregacji, zwiększa elastyczność ich ściany i ułatwia przepływ krwinek przez naczynia włosowate. Dodatkowo zmniejsza zdolność tworzenia zakrzepów poprzez stymulację fibrynolizy, zmniejszenie stężenia fibrynogenu, hamowanie syntezy tromboksanu oraz wzrost syntezy i uwalniania prostacykliny przez śródbłonek naczyń. Działanie leku opiera się również na stabilizacji błony granulocytów obojętnochłonnych i zmniejszeniu ich aktywności. Przeciwwskazaniami do stosowania pentoksyfiliny są świeży zawał serca, stan po niedawno przeżytym epizodzie krwawienia wewnątrzczaszkowego lub do siatkówki oka, krwawienie o znacznym nasileniu lub choroby z dużym ryzykiem krwawienia. Szczególną ostrożność przy stosowaniu pentoksyfiliny należy zachować u pacjentów ze znacznego stopnia miażdżycą naczyń mózgowych i/lub wieńcowych, nadciśnieniem tętniczym, z hipotonią lub ciężkimi zaburzeniami rytmu serca, a także u osób z zaburzeniami czynności nerek i wątroby.

Sulodeksyd to oczyszczona mieszanina glikozaminoglikanów składająca się w 80% z siarczanu heparanu i 20% z siarczanu dermatanu. Działanie przeciwzakrzepowe sulodeksydu jest oparte na zależnym od dawki hamowaniu czynników krzepnięcia krwi, przede wszystkim czynnika Xa, i hamowaniu adhezji płytek krwi oraz pobudzaniu układu fibrynolitycznego. Sulodeksyd poprawia reologiczne właściwości krwi poprzez zmniejszenie stężenia fibrynogenu oraz wykazuje działanie przeciwzapalne, m.in. poprzez zmniejszenie uwalniania mediatorów stanu zapalnego, zwłaszcza interleukiny 6. Lek ma działanie protekcyjne w stosunku do komórek śródbłonna (stymuluje odbudowę glikokaliksu komórek, hamuje enzymy degradujące glikozaminoglikany). Ponadto aktywując lipazę lipoproteinową, powoduje normalizację zwiększonego stężenia lipidów. Stosowanie sulodeksydu nie jest wskazane u osób ze skazą krwotoczną, chorobami przebiegającymi z krwawieniem lub w znacznym stopniu predysponującymi do krwawień. Przeciwwskazane jest również równoległe stosowanie heparyny lub innych leków przeciwzakrzepowych.

Farmakoterapia przewlekłej niewydolności żylny ma znaczenie jako leczenie objawowe – może prowadzić do umiarkowanej redukcji obrzęków,

łagodzić uczucie ciężkości i ból kończyn oraz przyspieszać gojenie owrzodzeń żylnych. Decyzja o włączeniu danego leku powinna uwzględniać indywidualne wskazania do farmakoterapii, ryzyko i potencjalne korzyści dla pacjenta.

W profilaktyce pierwotnej przewlekłej niewydolności żylniej istotne są również odpowiednie leczenie farmakologiczne zakrzepicy żył głębokich oraz zapobieganie zespołowi pozakrzepowemu.

Żylaki kończyn dolnych zwiększają ryzyko wystąpienia żylniej choroby zakrzepowo-zatorowej ponad 6-krotnie. Z tego powodu pacjenci z żylakami powinni być kierowani do leczenia inwazyjnego – chirurgicznego (poradnie chirurgii naczyniowej). Najbardziej polecane metody leczenia chirurgicznego to zabiegi małoinwazyjne – *endovenous laser treatment* (EVL) plus skleroterapia [12–15].

Wśród innych metod leczenia inwazyjnego można wymienić: skleroterapię (zamknięcie żylaków przy użyciu środka obliterującego), termoablację laserową, flebektomię (usunięcie drobnych żylaków z małych nacięć skóry), stripping (usunięcie zmienionej chorobowo żyły), flebogryf (mechaniczno-chemiczna ablacja niewydolnej żyły odpiszczelowej), operację niewydolnych perforatorów metodą otwartą (Lintona), chirurgiczne rekonstrukcje zastawek żylnych i inne. Nawroty żylaków po leczeniu operacyjnym są częste (do 50%), a dobry trwały wynik operacji zależy od prawidłowej kwalifikacji pacjentów oraz w dużej mierze od stałego stosowania leczenia uciskowego.

W leczeniu owrzodzeń goleni stosuje się chirurgiczne opracowywanie z usuwaniem tkanek martwiczych, oczyszczanie rany, przeszczepy skórne i skórno-mięśniowe [12–15].

Pacjentów z owrzodzeniem niegojącym się ponad 3 miesiące pomimo właściwego leczenia należy skierować na specjalistyczną konsultację onkologiczną w celu wykluczenia procesu nowotworowego w obrębie owrzodzenia. W takiej sytuacji konieczne jest pobranie wycinka z owrzodzenia i wykonanie badania histopatologicznego. Bardzo często w owrzodzeniach powstają nowotwory skóry. Wykrycie transformacji nowotworowej zmienia całkowicie dalszy sposób leczenia chorego [14, 15].

### Podsumowanie

Choroby żył kończyn dolnych są najczęstszą dolegliwością naszego gatunku, związaną w dużej mierze z naszym stylem życia. Zasadniczo zjawisko to jest tak częste, że można je niemal uznać za część procesu fizjologicznego starzenia. Nie oznacza to

jednak, że objawy niewydolności żylniej zgłaszane przez pacjentów należy ignorować. Przewlekła niewydolność żylna może znacznie rzutować na jakość życia pacjentów, a nieleczona – prowadzić do dramatycznych powikłań, takich jak rozległe okężne owrzodzenia podudzi, bardzo trudne do wygojenia.

Rolą lekarza pierwszego kontaktu jest zrozumienie patogenezy choroby, edukacja i umiejętne wytlumaczenie pacjentom problematyki ich schorzenia, wdrożenie profilaktyki pierwotnej u pacjentów z grupy ryzyka, wczesna diagnostyka i leczenie, a także skierowanie pacjenta do odpowiedniego specjalisty – chirurga ogólnego, chirurga naczyniowego, angiologa, specjalisty w zakresie leczenia ran przewlekłych.

Ponadto kluczowym zadaniem lekarza POZ jest kontrola leczenia chorób towarzyszących – niewydolności serca, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego.

### Piśmiennictwo

1. Mansilha A, Sousa J. Pathophysiological mechanisms of chronic venous disease and implications for venoactive drug therapy. *Int J Mol Sci* 2018; 19: 1669.
2. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N i wsp. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol* 2018; 37: 181-254.
3. Tomkowski W, Kuca P, Urbanek T i wsp. Venous thromboembolism – recommendations on the prevention, diagnostic approach, and management. The Polish Consensus Statement 2017. *Acta Angiol* 2017; 2: 35-71.
4. Engbers MJ, Karasu A, Blom JW. Clinical features of venous insufficiency and the risk of venous thrombosis in older people. *Br J Haematol* 2015; 171: 417-423.
5. Prandoni P, Lensing AW, Cogo A i wsp. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1996; 125: 1-7.
6. Kahn SR, Shrier I, Julian JA i wsp. Determinants and time course of the postthrombotic syndrome after acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 2008; 149: 698-707.
7. Kahn SR, Shapiro S, Wells PS i wsp. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 880-888.
8. Wittens C, Davies AH, Baekgaard N i wsp. Editor's choice – management of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015; 49: 678-737.
9. Chang SL, Huang YL, Lee MC i wsp. Association of varicose veins with incident venous thromboembolism and peripheral artery disease. *JAMA* 2018; 319: 807-817.
10. Müller-Bühl U, Leutgeb R, Engeser P i wsp. Varicose veins are a risk factor for deep venous thrombosis in general practice patients. *Vasa* 2012; 41: 360-365.
11. Raetz J, Wilson M, Collins K. Varicose veins: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2019; 99: 682-688.
12. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2012; 126: 333-346.

13. Youn YJ, Lee J. Chronic venous insufficiency and varicose veins of the lower extremities. *Korean J Intern Med* 2019; 34: 269-283.
14. Hamdan A. Management of varicose veins and venous insufficiency. *JAMA* 2012; 308: 2612-2621.
15. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N i wsp. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part II. *Int Angiol* 2020; 39: 175-240.

**Adres do korespondencji:**

prof. dr hab. n. med. Dariusz Janczak  
Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej,  
Ogólnej i Transplantacyjnej  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  
ul. Borowska 213  
50-556 Wrocław  
e-mail: [dariusz.janczak@umw.edu.pl](mailto:dariusz.janczak@umw.edu.pl); [dariusz.janczak@op.pl](mailto:dariusz.janczak@op.pl)