



lek. med. Diana Kupczyńska
dr n. med. Wojciech Rybak

ArsESTETICA – Klinika Medycyny Estetycznej i Lasoterapii
we Wrocławiu i Warszawie

Epidemiologia, patogeneza i leczenie przewlekłej niewydolności żylniej oraz żylniej choroby zatorowo-zakrzepowej

Bardzo popularnym defektem estetycznym, z którym pacjenci zgłaszają się do lekarzy medycyny estetycznej, są „pajączki naczyniowe” na skórze kończyn dolnych. Teleangiektazje nie tylko szpecą nasze nogi, ale mogą być pierwszym objawem rozwijającej się przewlekłej niewydolności żylniej. Żylaki pojawiają się wkrótce, natomiast już przy pierwszych niepokojących objawach należy wykonać badanie USG układu żylnego kończyn dolnych. Wspomniane badanie odpowie na pytanie, czy niezbędna jest interwencja chirurgiczna.

Żylaki jako choroba cywilizacyjna

Żylaki kończyn dolnych to jedna z najbardziej rozpowszechnionych chorób na świecie (w USA znajduje się na siódmym miejscu wśród 28 najczęstszych chorób przewlekłych). W Europie na przewlekłą niewydolność żylną w różnym stopniu zaawansowania cierpi co druga kobieta, 35% ludności czynnej zawodowo oraz 50% emerytów. Co ciekawe, u ludności afrykańskiej występuje ona 10-20 razy rzadziej. W Polsce, na podstawie badań A. Jawienia i wsp., częstość występowania przewlekłej niewydolności żylniej wynosi 51% u kobiet i 35% u mężczyzn. W powyższych badaniach żylaki koń-

czyn dolnych stwierdzono łączenie u 34% badanych, u 25 % występowały na obu kończynach. Co więcej, choroby żył to nie tylko problem społeczny, ale i ekonomiczny. Wydatki na leczenie, zwłaszcza powikłań choroby żylniej, są ogromne. Szacuje się, że w Wielkiej Brytanii leczenie samych owrzodzeń żylnych kosztuje około 400-600 milionów funtów rocznie, natomiast w USA ponad miliard dolarów w skali roku. Całkowite koszty leczenia w Wielkiej Brytanii, Francji i w Niemczech szacuje się na ponad miliard dolarów w każdym z tych państw. Ponadto zdarza się, że choroba żylna bywa przyczyną absencji chorobowej i niejednokrotnie prowadzi do wcześniejszego przejścia na rentę.

Objawy przewlekłej niewydolności żyłnej takie jak ból, uczucie pieczenia, ciężkości nóg, kurcze mięśni, zespół „niespokojnych nóg” i zmiany skórne, mogące występować pod postacią teleangiektazji, wenulektazji, żylaków, przebarwień, wyprysków skórnych, dermatosklerozy czy owrzodzeń żylnych w negatywny sposób wpływają na jakość życia pacjentów. Niewydolność żylna może również prowadzić do zakrzepicy i zatorowości płucnej, zagrażającej nagłą utratą życia.

Najbardziej rozpowszechnionym problemem są teleangiektazje i żyły siatkowate, występujące u ponad 65% kobiet i ponad 50% mężczyzn.

Przyczyny powstawania żylaków

Często spotykamy się z pytaniem, skąd biorą się żylaki. Pierwszym, najważniejszym „winną” odpowiedzialnym za rozwój przewlekłej niewydolności żyłnej są geny. Jeśli rodzice cierpieli na to schorzenie, ryzyko jego rozwoju u dziecka sięga ponad 80%. Kolejnym silnym czynnikiem ryzyka jest płeć. Kobiety w młodym wieku chorują wielokrotnie częściej niż mężczyźni. Po 60. roku życia stosunek zapadalności wynosi 1,5 do 1 – dalej na niekorzyść pań. Kolejnym, niepodlegającym modyfikacji czynnikiem ryzyka jest wiek – im starsi jesteśmy, tym większe prawdopodobieństwo, że rozwiną się żylaki.

Istnieje szereg modyfikowalnych czynników ryzyka, które pogarszają stan powierzchownego układu żylnego. Jednym z takich czynników jest palenie tytoniu. Nikotyna przyspiesza niszczenie ścianek naczyń krwionośnych, przyczynia się do zwężenia żył i ich wapnienia. Palenie sprzyja także tworzeniu się zakrzepów. Wpływ na rozwój choroby żyłnej mają także: stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej, przewlekłe zaparcia czy przebyte ciążę. Dużą grupę ryzyka stanowią osoby z nadwagą. Otyłość zwiększa bowiem obciążenie nóg. Przez naczynia musi przepływać

więcej krwi pod większym ciśnieniem, a delikatne żyły nie zawsze sobie z tym radzą. Szczególnie niebezpieczna jest otyłość brzuszna, gdyż nadmiar tkanki tłuszczowej w tych partiach utrudnia krążenie. Dość istotnym czynnikiem jest także współczesny styl życia – długotrwałe stanie lub siedzenie w jednej pozycji. To powoduje, że krew ma utrudnioną drogę do serca, mięśnie nie pracują tak jak powinny, zatem wzrasta ryzyko zastoju krwi w żyłach.

Na poziomie patofizjologii podstawowym czynnikiem doprowadzającym do rozwoju żylaków jest nadciśnienie w układzie żylnym. Powoduje ono zastój krwi i przepelnienie żyłnej części mikrokrążenia. Z czasem otwierają się nieprawidłowe połączenia pomiędzy żylną a tętniczą częścią mikrokrążenia, co dodatkowo nasila objawy zastoju żylnego. Kolejnym etapem jest powstanie pułapki leukocytarnej, czyli przemieszczania się białych krwinek poza światło naczynia. Leukocyty uwalniają mediatory reakcji zapalnej, co z kolei zwiększa przepuszczalność naczyń. Teraz nie tylko leukocyty, ale i erytrocyty znajdują się poza naczyniami. Z przesiąkających erytrocytów uwalnia się hemosyderyna, powodując wystąpienie przebarwień w obrębie kostek i podudzi. Długotrwały stan zapalny doprowadza do aktywacji fibroblastów i powolnej transformacji podskórnej tkanki łącznej luźnej na tkankę włóknistą (łac. *lipodermatosclerosis*). W tkankach objętych chorobą dochodzi do obniżenia ciśnienia parcjalnego tlenu i redukcji naczyń odżywiających, co stymuluje rozwój owrzodzeń żylnych. Wymienione procesy zwiększają lepkość krwi, co predysponuje do rozwoju zmian zakrzepowych.

Ryzyko rozwoju zakrzepicy

Żyłaki kończyn dolnych predysponują do rozwoju o wiele poważniejszej patologii –

żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej, w tym śmiertelnej zatorowości płucnej.

Triada Wirchowa, czyli zaburzenia składu krwi (przewaga czynników prozakrzepowych nad fibrynolitycznymi i inhibitorami krzepnięcia), zaburzenia przepływu krwi oraz uszkodzenie ściany naczynia prowadzą do zakrzepicy.

Czynnikami ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej są: już przebyta ŻChZZ, odwodnienie, przyjmowanie określonych leków (chemioterapia, sterydoterapia, HTZ, doustna antykoncepcja, stymulacja owulacji), unieruchomienie, urazy, operacje, choroby autoimmunologiczne, trombofilie, nowotwory, ciąża i poród, sepsa, niewydolność serca, udar mózgu, złamania, niedowłady, uszkodzenie rdzenia kręgowego.

Rozróżniamy dwie postaci żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej: zakrzepicę żył głębokich oraz zatorowość płucną.

Zapadalność na ŻChZZ na świecie ocenia się na 1,6 na 1000 osób rocznie. W USA każdego roku pojawia się około 200 tysięcy nowych przypadków. W Polsce co roku obserwuje się 57 tysięcy zachorowań na zakrzepicę żył głębokich, 36 tysięcy przypadków zatorowości płucnej. W ciągu 2 lat zespół pozakrzepowy rozwinie się u 17% chorych.

Zespół pozakrzepowy to choroba charakteryzująca się określonymi zmianami anatomicznymi (*dermatolipofasciosclerosis*, przebarwienia skóry, blizny po zagojonych owrzodzeniach lub czynne owrzodzenie), hemodynamicznymi (obecność refluksu, zwężenia światła żyły lub odcinkowe zamknięcie przepływu) oraz różnymi dolegliwościami, jak chromanie żyłne, dokuczliwe kurcze mięśniowe, uporczywe bóle nocne, obrzęki podudzi. Rozwinie się ona u około 20% chorych po incydencie zakrzepicy żył głębokich oraz u ponad 40%, jeśli zakrzepica dotyczyła odcinka biodrowo-udowego.

Leczenie przewlekłej niewydolności żyłnej

Główną rolę w leczeniu przewlekłej niewydolności żyłnej odgrywają metody zabiegowe. Babcock w 1907 roku opracował swoją metodę usuwania żyły odpiszczelowej, w 1956 roku została ona zmodyfikowana przez Cocketa. Do dziś metoda Babcocka-Cocketta jest szeroko stosowana w leczeniu zamkniętym. Polega ona na usunięciu żyły odpiszczelowej sondą oraz, z osobnych cięć skórnych, pozostałych żyłaków. Na szczęście dla pacjentów, coraz bardziej popularna jest likwidacja żyłaków metodami dostępnymi ambulatoryjnie. Laserowa ablacja (EVLT), para wodna (SVS), skleroterapia umożliwiają zminimalizowanie czasu rekonwalescencji, urazu okołoperacyjnego oraz uzyskanie optymalnego efektu estetycznego. Metody endowaskularne w odróżnieniu od metod tradycyjnych pozostawiają niewielkie ślady, wiążą się z mniejszym bólem, szybszym powrotem do zdrowia, a sama procedura jest krótsza. Opierają się na zamknięciu światła chorej żyły od wewnątrz za pomocą wysokiej temperatury lub środka chemicznego. Zabieg wykonuje się pod kontrolą ultrasonograficzną, co pozwala na dużą precyzję zabiegu, nieosiągalną metodami tradycyjnymi.

Bardzo ważna w leczeniu przewlekłej niewydolności żyłnej jest kompresjoterapia. Niezależnie od wybranej podstawowej metody leczenia, pacjenci z żyłakami powinni stosować wyroby uciskowe II klasy ucisku. Ponadto u pacjentów z grupy ryzyka (obciążeni czynnikami genetycznymi, otyłością, siedzącym/stojącym trybem życia, kobiety w ciąży, osoby palące papierosy, przyjmujące leki immunosupresyjne, antykoncepcję hormonalną, panie w okresie menopauzy lub stosujące hormonalną terapię zastępczą itp.) należy stosować wyroby uciskowe I klasy ucisku (profilaktyczne). Natomiast pacjenci cierpiący z powodu uszkodzenia żylnego układu głębokiego, z wygojonymi lub nawracającymi owrzodzeniami, odwracalnym obrzękiem limfatycznym powinni stosować wyroby III klasy ucisku. IV, najwyższa klasa ucisku, jest zarezerwowana dla pacjentów z nieodwracalnym obrzękiem limfatycznym.

Bagatelizowane przez wielu pacjentów zmiany naczyniowe na kończynach dolnych mogą prowadzić do poważnych powikłań, a nawet kalectwa. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie chorób związanych z układem żylnym, jedyną właściwą drogą jest, nawet w przypadku niewielkich zmian, konsultacja u specjalisty.



*Ars*ESTETICA®
KLINIKA MEDYCYN Y ESTETYCZNEJ I LASEROTERAPII

- Zaawansowane zabiegi kształtowania sylwetki
 - Flebologia Estetyczna
 - Ginekologia Estetyczna
 - Chirurgia Plastyczna i Estetyczna
- Medycyna Estetyczna i Kosmetologia

WARSZAWA WROCLAW
tel. 22 820 90 02 tel. 71 70 70 993
www.arsestetica.pl

aesthetica