

# Leczenie żylaków kończyn dolnych

## Management of varicose veins

mgr farm. Michał Mańka

PDF [www.lekwpolsce.pl](http://www.lekwpolsce.pl)

**Słowa kluczowe:** żylaki, przewlekła niewydolność żylna, przewlekła choroba żylna, kończyna dolna, nogi.

**Streszczenie:** Żylaki kończyn dolnych to kliniczny objaw przewlekłej choroby żylnnej (pchż). Opisuje się je jako rozszerzone, wydłużone żyły o krętym przebiegu. Żyły powierzchowne objęte tym schorzeniem są widoczne przez skórę. Mechanizm powstawania żylaków pozostaje niewyjaśniony. Istnieje teoria, że rozwijają się na skutek niewydolności zastawek żylnych, co prowadzi do powrotu krwi z żył głębokich do powierzchownych, rozwoju nadciśnienia żylnego oraz rozszerzenia żyły. Do leczenia żylaków, oprócz farmakoterapii, wykorzystuje się również skleroterapię, leczenie chirurgiczne, metody uciskowe oraz leczenie wewnątrznaczyniowe.

**Keywords:** varicose veins, chronic venous insufficiency, chronic venous disease, lower limb, legs.

**Abstract:** Varicose veins are the clinical symptoms of the chronic venous disease(CVD). It can be described as broadened, elongated, twisting veins. Superficial veins are then visible through the skin. Ethioopathogenesis of venous disease has not been clarified so far. There is the theory showing that varicose veins arise upon venous insufficiency which leads to the blood return from deep veins to superficial veins, then to hypertension and widening of the vein. Among methods of therapy of varicose veins there are: pharmacotherapy, sclerotherapy, surgical treatment, squeezing methods and endovascular treatment

## Wprowadzenie

Dotychczas przeprowadzono liczne badania, które przybliżają problem patofizjologii przewlekłej niewydolności żylnnej. Opisało zmiany, jakie zachodzą w tkankach dotkniętych tym schorzeniem, poznano czynniki ryzyka wpływające na rozwój choroby, jednak do chwili obecnej nie wyjaśniono jej pierwotnej przyczyny [3]. Aby poznać istotę schorzenia, jakim są żylaki, warto najpierw zapoznać się z anatomią układu żylnego kończyny dolnej.

## Anatomia układu żylnego kończyny dolnej

Żyły kończyn dolnych stanowią cienkościenne, trójwarstwowe naczynia. Są to:

- śródbłonek,
- warstwa mięśniowo-kolagenowa,
- przydanka.

Są one przystosowane do transportu krwi pod niskim ciśnieniem w kierunku przeciwnym do działania siły grawitacji. Dzieje się tak dzięki obecności zastawek

żylnych, w związku z czym krew może przepływać tylko w jednym kierunku [4].

Naczynia należące do układu żylnego kończyn dolnych dzielimy na trzy anatomiczno-czynnościowe grupy:

- Żyły powierzchowne:
  - sieć drobnych naczyń żylnych, które drenują skórę i tkankę podskórną;
  - sieć większych naczyń żylnych stanowiących dopływ głównych pni naczyniowych układu żylnego powierzchownego.
- Żyły głębokie, nazywane także podpowięziowymi. Do głównych naczyń tego układu zaliczamy:
  - żyły piszczelowe,
  - żyły strzałkowe,
  - żyłę podkolanową,
  - żyłę udową,
  - żyłę głęboką uda,
  - żyłę udową wspólną,
  - żyłę biodrową.
- Żyły łączące, czyli perforatory – stanowią połączenia między naczyniami układu powierzchownego i głębokiego kończyny dolnej. Zapewniają komunikację między dwoma systemami żylnymi, zazwyczaj występują w liczbie powyżej 60 w każdej kończynie [5].

### Czym są żylaki?

Żylaki kończyn dolnych to kliniczny objaw przewlekłej choroby żyłnej (*chronic venous disease, CVD*). Opisuje się je jako rozszerzone, wydłużone żyły o krętym przebiegu. Żyły powierzchowne objęte tym schorzeniem są widoczne przez skórę; tworzą wyczuwalne uwypuklenia. Ich kształt przypomina sznur. Często towarzyszą im inne dolegliwości, takie jak obrzęk nogi i stopy, swędzenie, pieczenie, mrowienie, bolesność, uczucie cięż-

kości nóg, kurcze mięśni. Poważnym problemem związanym z niewydolnością żylną są także zmiany troficzne skóry nóg, obejmujące przebarwienia, stwardnienie tłuszczowe i owrzodzenia [1,2].

Żylaki są nie tylko problemem, na który zwraca się uwagę ze względów estetycznych, ale warto również podkreślić, że nieleczone mogą prowadzić do poważnych powikłań, a nawet do śmierci.

### Czynniki ryzyka powstawania żylaków

Do powstania żylaków przyczyniają się następujące czynniki:

- uwarunkowania genetyczne (występowanie choroby w rodzinie);
- wiek;
- płeć;
- wykonywanie zawodu związanego z pozycją stojącą lub długotrwałą pozycją siedzącą;
- przebyta zakrzepicę naczyń żylnych.

Aby zweryfikować i usystematyzować dane odnoszące się do częstości występowania żylaków, ujednolicono sposób przedstawiania nieprawidłowości w obrębie układu żylnego [3]. Obecnie stosuje się w tym celu klasyfikację CEAP (wprowadzoną w 1994 r.), która dotyczy aspektów:

- klinicznych (C),
- etiologicznych (E),
- anatomicznych (A),
- patofizjologicznych (P).

Ocena kliniczna dotyczy objawów obiektywnie stwierdzanych przez lekarza podczas badania (objawów przedmiotowych).

W części etiologicznej zaznacza się, czy zmiany mają charakter pierwotny (wrodzony), czy wtórny.

Aspekt anatomiczny obejmuje natomiast umiejscowienie objawów (żyły powierzchowne, żyły głębokie), a patofizjologiczny – występowanie niedrożności.

Innymi czynnikami ryzyka rozwoju żylaków są: wysoko przetworzona dieta uboga w błonnik oraz niewłaściwie dobrana, zbyt ciasna odzież (pończochy, rajstopy) [4].

### Patogeneza

Mechanizm powstawania żylaków pozostaje niewyjaśniony. Istnieje teoria, że rozwijają się na skutek niewydolności zastawek żylnych, co prowadzi do powrotu krwi z żył głębokich do powierzchownych, rozwoju nadciśnienia żylnego oraz rozszerzenia żyły. Wykorzystując badania ultrasonograficzne, wykazano, że liczba upośledzonych zastawek zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych dolegliwości związanych z niewydolnością żylną, takich jak owrzodzenia i twardziny skórne [1].

### Leczenie

#### Leczenie niefarmakologiczne

##### **Metody uciskowe**

Obejmują noszenie starannie dobranych pończoch o odpowiednim rozłożeniu siły nacisku na nogi. Największa kompresja wymagana jest na wysokości kostki i jest stopniowo zmniejszana w górę kończyny. W ten sposób pończochy stanowią mechaniczną podporę dla żył powierzchownych, wspomagając przepływ krwi do żył głębokich. Niektórzy pacjenci nie wymagają innego leczenia swoich dolegliwości [3,7].

#### Leczenie obliteracyjne (skleroterapia)

Polega na wstrzykiwaniu do żył substancji, które powodują zamknięcie światła naczy-

nia i dzięki temu ich ominięcie przez krążącą krew. Naczynie poddane takiemu zabiegowi ulega fibrynolizie z udziałem endogennych mechanizmów naprawczych. Obliteracja jest skuteczna w leczeniu żylaków małych i średnich naczyń. W takim zabiegu znajdują zastosowanie płynne związki chemiczne (tetracyklosiarczan sodu, Polidocanol) i piana utworzona z tych substancji po zmieszaniu z powietrzem [3,7].

#### Leczenie chirurgiczne (flebektomia)

Polega na operacyjnym usunięciu niewydolnej żyły odpiszczelowej. Uważane jest za złoty standard leczenia żylaków. Możliwymi powikłaniami flebektomii są zakażenia ran pooperacyjnych oraz wynaczynienie krwi, co skutkuje pojawieniem się licznych siniaków. Leczenie operacyjne wymaga dłuższego pobytu chorego w szpitalu oraz wiąże się z późniejszym powrotem do codziennej aktywności [3,7].

#### Leczenie wewnątrznaczyniowe

Obejmuje wprowadzenie do światła naczynia cewnika, który w odpowiedni sposób wydziela energię cieplną, powodując zniszczenie struktury żyły i w konsekwencji zamknięcie jej światła. W użyciu są także cewniki, które zamykają żyły, wykorzystując laser. Po zabiegu następuje proces fibrynolizy i naczynie zostaje wchłonięte. Do najczęstszych powikłań tego typu zabiegów należą: zakrzepowe zapalenie żył, pojawienie się krwiaków, migracja skrzepliny do żył głębokich oraz przypadkowe oparzenia [3,7].

#### Farmakoterapia

Leczenie farmakologiczne znajduje powszechne uznanie w terapii niewydolności

żylnej. Najlichnieszą grupę leków stosowanych w tym celu stanowią preparaty pochodzenia roślinnego, a do najczęściej wykorzystywanych substancji należą bioflawonoidy. Związki te są stosowane zarówno samodzielnie, jak i pomocniczo z innymi metodami leczenia. Szeroko przebadanym preparatem są zmikronizowane bioflawonoidy – *diosmina* i *hesperydyna* (w stosunku 9:1). Wykazują korzystne działanie na mikrokrążenie, poprawiając napięcie naczyń krwionośnych i zmniejszając ich przepuszczalność.

W terapii żylaków znajdują także zastosowanie inne substancje pochodzenia naturalnego o charakterze bioflawonoidów, jak *rutyna*, *trokserutyna* i *oksyrutyna*.

Powszechnie wykorzystuje się również *wyciągi z kasztanowca* i izolowane z nich saponiny. Mechanizm działania tych związków polega na zmniejszeniu przepuszczalności włosniczek, co skutkuje zahamowaniem wysięku i zmniejszeniem obrzęku. Dodatkowo zwiększają elastyczność naczyń krwionośnych.

Pisząc o farmakoterapii żylaków, nie sposób pominąć właściwości leczniczych *kłącza ruszczyka kolczastego*. Zawiera liczne saponiny steroidowe, flawonoidy, fitosterole, triterpeny, kumaryny i alkaloidy. Wśród saponin steroidowych mających znaczenie w leczeniu żylaków należy wymienić ruscynę, neoruskogeninę, ruskogeninę, czy ruskozzyd. Wykazują korzystny wpływ na żyły, poprawiając

**Farmakoterapia z wykorzystaniem preparatów sporządzonych na bazie saponin otrzymanych z kłącza ruszczyka kolczastego zapobiega zastojom krwi i limfy.**



## Ekstrakt z kłącza ruszczyka kolczastego wspiera prawidłowe krążenie żyłne.

## Rodzina Zdrowia Venodrin Polecaj osobom:

- ▶ KTÓRYCH NOGI NARAŻONE SĄ NA SILNE ZMĘCZENIE
- ▶ PROWADZĄCYM STOJĄCY TRYB ŻYCIA
- ▶ Z PROBLEMEM „CIĘŻKICH NÓG”



**NOWA  
NIŻSZA CENA**



ich napięcie i zmniejszając przepuszczalność. Farmakoterapia z wykorzystaniem preparatów sporządzonych na bazie saponin otrzymanych z kłącza ruszczyka kolczastego zapobiega zastojom krwi i limfy, a także obrzękom i wysiękom okołonaczyniowym. Wspomniane związki czynne hamują również działanie enzymu elastazy – enzymu proteolitycznego uwalnianego przez neutrofile, uszkadzającego strukturę naczyń żylnych.

Syntetyczną substancją stosowaną w leczeniu żylaków jest *trybenozyd*, otrzymywany syntetycznie analog glukofuranozydu. To antagonistą acetylocholinę, 5-hydroksytryptaminy, histaminy, bradykininy, serotoniny, PGE<sub>2</sub>. Stosowany w zakażeniach ropnych zmniejsza migrację krwinek białych oraz hamuje zjawiska wyzwalane przez reakcję antygen-przeciwciała. Zmniejsza przekrwienie bierne i obrzęki tkanek poprzez redukcję uszkodzenia śródbłonna, zwiększenie napięcia ściany naczyń, zmniejszenie przepuszczalności naczyniowej oraz zwiększenie odpływu żylnego. Tribenozyd wywołuje efekt przeciwbólowy i przeciwzapalny. Zmniejsza także przepuszczalność naczyń włosowatych i korzystnie wpływa na napięcie naczyń krwionośnych.

Inny związek – *dobesylan wapnia* (2,5-dihydroksybenzenosulfonian wapnia) również jest wskazany w terapii przewlekłej choroby żyłnej. Mechanizm jego działania polega na bezpośrednim oddziaływaniu na śródbłonek. Powoduje zmniejszenie przepuszczalności naczyń włosowatych i zwiększenie ich wytrzymałości mechanicznej, co zapobiega tworzeniu wysięków i usprawnia mikrokrążenie. Dodatkowo lek zwiększa napięcie ścian żył, zapobiegając zastojom krwi i tworzeniu się zakrzepów [6-8].

## Podsumowanie

W leczeniu żylaków stosuje się metody uciskowe, skleroterapię, flebektomię, leczenie wewnątrznaczyniowe, czy farmakoterapię.

Spśród preparatów stosowanych w farmakoterapii warto wspomnieć o kłączu ruszczyka kolczastego, bogatym w saponiny steroidowe, flawonoidy i fitosterole. Związki czynne zawarte w tym surowcu zwiększają przepływ krwi w żyłach, przyczyniając się do poprawy stanu zdrowia pacjenta z przewlekłą niewydolnością żylną.

Wymienione powyżej metody terapii żylaków, zarówno farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne, nie są w stanie wyleczyć pacjenta w stu procentach, ponieważ nie można naprawić tego, co już zostało zniszczone w trakcie procesu chorobowego. Za pomocą wybranych metod można jednak znacząco pomóc i podnieść komfort życia chorego. Aby proces leczenia przebiegał sprawnie, pacjent powinien bardzo dokładnie stosować się do zaleceń lekarza i farmaceuty. © P

### Piśmiennictwo:

1. Naoum JJ, Hunter GC, Woodside KJ. i wsp. Current Advances In the Patogenesis of Varicose Veins. J. Surg. Res. 2007;141(2):311-316.
2. Zubilewicz T, Wroński J, Michalak J. Przewlekła Niewydolność Żyłna. Od objawu i rozpoznania do leczenia. Medycyna Rodzinna 2002;18(2):96-100.
3. Żmudzińska M, Czarniecka-Operacz M. Przewlekła Niewydolność Żyłna – aktualny stan wiedzy. Postępy Dermatologii i Alergologii 2005;22 (2):65-69.
4. Somers P, Knaapen M. The Histopathology of Varicose Vein Disease. Angiology 2006;57(5):546-555.
5. Bhutia SG, Balakrishnan A, Lees T. Varicose veins. J. Perioper. Pract. 2008;18(8):346-353.
6. Hirsch SA, Dillavou E. Options in the Management of Varicose Veins, 2008. The J. Cardiovasc. Surg. (Torino) 2008;49(1):19-26.
7. Gohel MS, Davies AH. Varicose Veins: Highlighting the Confusion over How and Where to Treat. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2008;36(1):107-108.
8. Nicolaidis A.N. From Symptoms To Leg Edema: Efficacy of Dalfon 500 mg. Angiology 2003;54(Suppl 1):S33-S44.

Oddano do publikacji: 31.05.2017 Copyright© Medyk Sp. z o.o.

mgr farm. Michał Mańka  
mmanka@medyk.com.pl