

Obraz kliniczny przewlekłej niewydolności żyłnej

Autor: Marek Ciecierski

Na obraz kliniczny składają się dolegliwości związane z zaburzonym odpływem krwi z żył kończyn dolnych. Jest to całe spectrum objawów subiektywnych i obiektywnych począwszy tych związanych z występowaniem żylaków najmniejszego kalibru do najcięższych postaci choroby przebiegających z owrzodzeniami żylnymi.

Obraz kliniczny warunkuje rodzaj patologii układu żylnego, czas trwania choroby, czynniki ryzyka i wpływ środowiska.

Pod względem klinicznym choroba może przebiegać pod postacią :

1. venectazji i/lub żył siatkowatych
2. żylaków kończyn dolnych -bez innych objawów klinicznych lub powikłań
3. żylaków -z towarzyszącymi, niezbyt nasilonymi powikłaniami (np. zmianami skórnymi)
4. żylaków oraz znacznego stopnia niewydolnością żył układu powierzchownego i/lub głębokiego (z poważnymi powikłaniami takimi jak zapalenie żył, krwawienie, zmianami skórnymi)
5. obrazu przewlekłego nadciśnienia żylnego i nasilonych zmian troficznych skóry (np. lipodermatosclerosis)
6. obrazu przewlekłego nadciśnienia żylnego z niewielkim ($< 1 \text{ cm}^2$), pierwszym owrzodzeniem żylnym
7. z dużym lub nawracającym owrzodzeniem żylnym

Obraz kliniczny chorych z venectazjami lub żyłami siatkowatymi.

Poszerzone, czerwono lub niebiesko zabarwione drobne żyłki określa się mianem venektazji lub teleangiektazji. Są to żyłki rozwijające się z żył podbrodawkowatych skóry właściwej. Mogą pojawiać się jako pojedyncze żyłki jak na zdjęciu nr1. Częściej jednak występują w skupiskach, tworząc krzaczaste rozgałęzienia. Mogą pojawić się w każdym miejscu ale miejscami najczęstszego ich występowania jest boczna powierzchnia uda i dół podkolanowy. Czasami zajmują rozległe przestrzenie kończyn.



Zdjęcie nr 1 – pojedyncze venectazje na skórze kończyny dolnej.



Zdjęcia nr 2. Skupiska venektazji.

W okolicy kostki mogą układać się w promieniście. Tak charakterystyczny układ zyskał sobie nawet określenie „corona phlebectatica”.

Żyły siatkowate to żyłki żył większego kalibru (ok.2-4 mm). Mają dłuższy przebieg niż telangiektazje (zdjęcie nr 3).



Swoją nazwę zawdzięczają układowi . Często bowiem rozgałęziają się na żyły podobnego kalibru które łączą się ze sobą tworząc jak gdyby oczka sieci.



Na bocznej stronie uda często spotyka się charakterystyczny układ żył siatkowatych i venectazji. Rozpoczyna się on na wysokości kolana długim odcinkiem żyły siatkowatej która

biegnie ku górnej części uda zataczając tam szeroki łuk od którego od którego odchodzą venektazje.

Venektazje i żylaki siatkowate mogą rozwijać się bez obecności nadciśnienia żylnego. Mają wówczas znaczenie głównie kosmetyczne. U pozostałych chorych stanowią jeden z objawów niewydolności zastawek żył w układzie powierzchownym lub głębokim. Ma to duże znaczenie dla wyboru sposobu leczenia tych chorych. U każdego chorego wymagana jest zatem dokładna diagnostyka całego układu żylnego.

Żylaki kończyn dolnych -bez innych objawów klinicznych lub powikłań

Żylakowatej przebudowie mogą ulegać także żyły większego kalibru niż żyły siatkowate, a nawet pnie żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej.

W początkowym etapie rozwoju żylaków dorzecza tych głównych pni układu powierzchownego najczęściej pojawiają się żylaki ich dopływów potem zaś żylakowatej przebudowie ulegają także same pnie tych żył. Często spotyka się chorych którzy mają nawet rozległe żylaki dopływów przy prawidłowej szerokości żyły odpiszczelowej czy odstrzałkowej.

Żylaki dorzecza żyły odpiszczelowej.

Żylaki żyły odpiszczelowej występują aż u 90% chorych z żylakami. Poszerzeniu i żylakowatej przebudowie może ulec każdy fragment żyły odpiszczelowej bądź cała żyła. Początkowo pojawiają się żylaki dopływów żyły odpiszczelowej na udzie lub podudziu (zdjęcie nr 8 i 9).



Zdjęcie nr 8.Żylaki dopływów żyły odpiszczelowej.

Gdy ulega poszerzeniu odcinek żyły odpiszczelowej przy ujściu do żyły udowej wspólnej, pojawia się w pachwinie miękki, niebolesny guz (saphenovarix)

Zdjęcie nr 9.Żylakowato zmieniona żył odpiszczelowa



Żylaki żyły odstrałkowej występują u ok. 5% chorych. Ze względu na powierzchowny przebieg żyły odstrałkowej w jej dystalnym odcinku na tylnej powierzchni goleni czasami widoczne jest jej poszerzenie (zdjęcie nr) .



U innych chorych objawem niewydolności żyły odstrzałkowej są poszerzone żyły w okolicy kostki bocznej.

O niewydolności ujścia tej żyły mogą świadczyć venectazje albo żyły siateczkowate w dole podkolanowym lub na tylnej powierzchni uda w pobliżu dołu podkolanowego.

O zaawansowanej, długo trwającej niewydolności żyły odpiszczelowej świadczą rozległe żylaki na tylnej powierzchni goleni.



Przekształceniu w żylaki ulegają nie tylko pnie żył odpiszczelowej lub odstrzałkowej ale także ich dopływy lub połączenia pomiędzy żyłą odpiszczelową a odstrzałkową (zdjęcie nr 11 i 12).

Zdjęcie nr 11. Żylak żyły łączącej żyłę odpiszczelową z odstrzałkową.



Zdjęcie nr 12. Żylaki dopływów żyły odstrzałkowej.



Poszerzone żyłakowato mogą być również niewydolne perforatory. Widoczne są one jako miękkie uwypuklenia widoczne zwłaszcza w pozycji stojącej. Badając palpacyjnie można w miejscu przejścia perforatora przez powięź wyczuć miejsce zmniejszonego oporu (objaw „dziury”). Niewydolne perforatory najczęściej spotyka się po przyśrodkowej powierzchni goleni, na udzie lub rzadziej na tylnej powierzchni goleni. Ich niewydolność wiąże się często z niewydolnością żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej. Czasami obserwuje się rozwój żyłaków od miejsca niewydolnego perforatora ku górze lub poszerzony pień żyły odpiszczelowej. Bardziej rozwinięte żyłaki mogą przykrywać miejsce perforatora i maskować jego obecność (zdjęcie nr 13).



Zdjęcie nr 13. Miejsce poszerzonego perforatora goleni.

Żyłaki występujące w okolicy nadłonowej mogą pojawić się jako żyłaki żyły naczyniowej lub jako żyłaki wtórne pojawiające się w przebiegu niedrożności żyły biodrowej. Stanowią one wówczas drogę krążenia obocznego do żyły biodrowej strony przeciwległej. Zawsze więc nasuwają podejrzenie uszkodzenia żyły biodrowej lub jej ucisku (8,9).

Powstanie żyłaków jest objawem niewydolności żył układu powierzchownego u 60-80% chorych, a u 10-20% żył głębokich (10,11).