



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 2 (26) Luty 2015

Dr n. med. Tomasz Drązkiewicz, Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Flebologicznego
Oddział Chirurgii Naczyń
z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

PRZEWLEKŁA CHOROBA ŻYLNIA



Dr n. med. Tomasz Drązkiewicz

Czym jest przewlekła choroba żylna?

Przewlekła choroba żylna jest definiowana jako zaburzenie powrotu krwi żylniej z kończyn dolnych, spowodowane niewydolnością zastawek żylnych z towarzyszącą niedrożnością żył głębokich lub bez niej. Zaburzenie to dotyczy układu żył powierzchownych, głębokich lub obu układów równocześnie. Może mieć charakter wrodzony lub nabyty. Powyższa definicja pochodzi z 1988 roku i ulegała modyfikacjom (w 1995 i w 2004 roku). Dlatego często stosuje się zamiennie terminy: „przewlekła choroba żylna” i „przewlekła niewydolność żylna”. Problem ten dotyczy około 45% populacji europejskiej i wzrasta wraz z wiekiem.

Jak wygląda ten problem w Polsce?

W Polsce przewlekła choroba żylna występuje u około 47% kobiet i 37% mężczyzn. W młodszych grupach wiekowych, do 35 roku życia, jest sześciokrotnie częstsza u płci żeńskiej. Powyżej 65 roku życia ten stosunek wynosi już tylko 1,5 : 1. Owrzodzenie podudzi występuje u 0,3% w grupie wiekowej 41-50 lat i aż do 7% w grupie wiekowej 61-70 lat.

Kto zajmuje się tymi problemami?

Dział medycyny, zajmujący się diagnostyką i chorobami żył, nosi nazwę „flebologia” (od greckiego

słowa: phlebos czyli żyła). Ponieważ nigdzie na świecie nie ma takiej specjalizacji, flebologię określa się jako specjalność lub umiejętność. W tym ujęciu flebologami mogą być nie tylko lekarze, ale także pielęgniarki i pozostały personel medyczny, mający odpowiednią wiedzę i doświadczenie w tej dziedzinie. Za początek nowoczesnej flebologii w Polsce uważa się rok 1991, gdy powstało Polskie Towarzystwo Flebologiczne [założycielem i członkiem honorowym tego Towarzystwa jest dr Drązkiewicz – przyp. redakcji].

Czy można powiedzieć, że żylaki zalicza się do przewlekłej choroby żylniej?

Oczywiście. Żylaki to jedna z postaci tej choroby. Pojawiają się w różnym wieku, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Objawy są charakterystyczne, gdyż widać je gołym okiem. W różnym czasie od powstania żylaków pojawiają się objawy tzw. przewlekłej niewydolności żylniej, które mają bardzo różnorodną postać.

Jakie są rodzaje żylaków?

Najbardziej trafne i najkrótsze określenie żylaków, to definicja WHO (Światowa Organizacja Zdrowia): żylaki, to wydłużone i poszerzone żyły, które zwykle mają w związku z tym kręty przebieg.

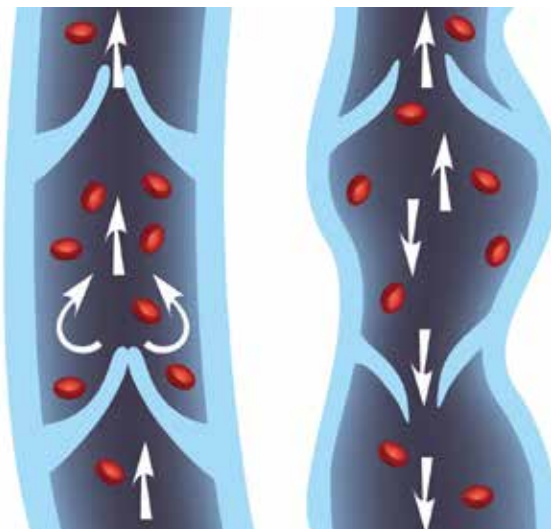
Na podstawie objawów klinicznych wyróżniamy kilka typów żylaków:

- Teleangiektazje (wenulektazje, określane często jako pająki / pajęczki żylnie, od angielskiego: Spider Veins). Są to poszerzone naczynia żylna, zlokalizowane płytko w skórze. Stanowią zwykle defekt kosmetyczny, rzadko wywołują dolegliwości bólowe, a ich średnica nie przekracza 1 mm.

Po wielu latach mogą stwarzać poważne problemy.

- Żylaki siatkowate. Mają szerokość 2 – 4 mm, znajdują się pod skórą, najczęściej pod kolanami, lub na bocznej powierzchni kończyn. Nieleczone, po wielu latach są przyczyną poważnych dolegliwości i zaburzeń.

- Żylaki głównych pni żylnych i ich gałęzi bocznych. Są widoczne najczęściej na przyśrodkowej powierzchni kończyny (żylaki żyły odpiszczelowej), lub na łydce i pod kolanem (żylaki żyły odstrzałkowej). Mają średnicę



większą od poprzednio opisanych żylaków i w największym stopniu przyczyniają się do powstania przewlekłej niewydolności żylniej. Nielezione mogą prowadzić do bardzo poważnych powikłań, z zatorowością płucną włącznie.

Co w takim razie mają robić pacjenci z podejrzaniem przewlekłej choroby żylniej?

Dzisiaj, dzięki powszechnemu dostępowi do internetu można samodzielnie, lub przy pomocy bliskiej osoby znaleźć mnóstwo informacji na ten temat. Problem w tym, że informacji tych jest bardzo dużo. Na przykład po wpisaniu do popularnej przeglądarki hasła „żylaki”, w czasie kilkunastu sekund może pojawić się nawet milion odnośników.

Jak sobie poradzić z nadmiarem informacji w internecie?

Najprościej zawęzić zakres wyszukiwania, a po uzyskaniu wstępnych informacji zastanowić się nad uzyskaniem kontaktu z flebologiem. Również w takiej sytuacji można – nie wychodząc z domu, wpisać w wyszukiwarce internetowej hasło „flebolog”. Pojawi się wiele źródeł, wśród których można znaleźć właściwe ośrodki czy osoby zajmujące się tą problematyką i posiadające odpowiednie doświadczenie.

A co mają zrobić osoby, które nie mają dostępu do internetu?

Każdy może zgłosić się do swojego lekarza POZ i poprosić o poradę flebologiczną. Każdy lekarz powinien udzielić wyczerpujących podstawowych informacji. Wynika to z systemu kształcenia studentów medycyny, którzy muszą wykazać się taką wiedzą, zanim otrzymają dyplom lekarza. Wobec tego, lekarz POZ powinien najpierw zbadać daną osobę, podjąć właściwą diagnostykę i leczenie lub profilaktykę, a dopiero w następnej kolejności – gdy uzna za konieczne, może wystawić skierowanie do odpowiedniego, właściwego specjalisty, np. chirurga ogólnego. Gdy chirurg ogólny ma wątpliwości, może skierować dalej, np. do chirurga naczyniowego czy angiologa. Zdarza się niestety, że pacjenci trafiają od lekarza POZ do chirurga naczyniowego z pominięciem porady u chirurga ogólnego bez jakiegokolwiek próby leczenia, a nawet bez badania, co nie jest właściwe.

Czy można samodzielnie się leczyć?

Bez względu na różne objawy i stopień zaawansowania przewlekłej choroby żylniej należy pamiętać, że na każdym etapie tego schorzenia można prowadzić tzw. postępowanie flebotropowe, czyli stosować odpowiednie ćwiczenia i łagodne preparaty, działające korzystnie na układ żylny. Są to w większości preparaty dostępne bez recepty, tzw. suplementy fleboaktywne, które może polecić farmaceuta (też flebolog). Bardzo popularne i skuteczne są na przykład stosowane miejscowo i doustnie preparaty zawierające wyciąg z kasztanowca, rutynę czy diosminę. Należy podkreślić, że prawie zawsze podstawowym postępowaniem w przewlekłej chorobie żylniej jest tzw. kompresjoterapia, czyli stosowanie medycznych podkolanówek, pończoch lub rajstóp o stopniowanym uci-



Głowiczki P, Yao JST. Handbook of Venous Disorders. Guidelines of the American Venous Forum. Second ed. London: Arnold; 2001: 309-321.
 Agus GB, Allegra C, Arpaia G, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic venous insufficiency. Italian College of Phlebology. Int Angiology. 2001; 20 (suppl 2 to issue n°2): 1-73.

sku. Aby jednak zastosować właściwą kompresjoterapię czy specjalistyczne leczenie inwazyjne, konieczne jest wykonanie specjalistycznych badań, np. USG, co wymaga wizyty u flebologa.

Jakie są metody leczenia inwazyjnego, czyli zabiegowego?

Istnieje 6 takich zabiegów, z czego 5, to metody operacyjne: 1. klasyczna, 2. z zastosowaniem lasera, 3. fal radiowych, 4. niskich temperatur, 5. pary wodnej – metoda najnowsza. Tylko pierwsza z tych metod (klasyczna) jest refundowana przez NFZ. Wielokrotnie dochodzi na tym tle do nieporozumień. Wielu pacjentów, a także lekarzy uważa, że operacje żylaków są operacjami naczyniowymi, więc powinny być wykonywane przez chirurgów naczyniowych. Tak niestety nie jest. W Polsce operacje żylaków są zakwalifikowane do nisko wycenianych procedur ogólnochirurgicznych, więc nie wykonuje się ich w specjalistycznych ośrodkach chirurgii naczyniowej. Mimo, że operacje takie nie niosą ze sobą zbyt dużego ryzyka, należy podkreślić, że operacje żylaków nie są ani łatwe, ani lekkie, są natomiast czasochłonne i wymagają od chirurgów dużego doświadczenia i precyzji. Brak precyzji sprawia, że takie operacje są niedoszczędne i trzeba je powtarzać, co powinno mieć miejsce tylko w wyjątkowych przypadkach. Bardzo niski poziom wyceny refundacji przez NFZ sprawia, że tego rodzaju zabiegi są dla placówek poważnym obciążeniem finansowym. Być może dzięki aktywności Polskiego Towarzystwa Flebologicznego niedługo to się zmieni i poziom refundacji zostanie zweryfikowany.

Ostatnia metoda inwazyjna, ale nieoperacyjna, to skleroterapia. Mówiąc w uproszczeniu, zabiegi polegają na wstrzykiwaniu do naczyń żylnych leku, który powoduje zniszczenie ścian wewnętrznej, prowadząc do obliteracji, czyli zamknięcia żyły. Takie zabiegi nie są refundowane przez NFZ, wymagają co najmniej kilku sesji i powinni je wykonywać flebolog-dzy bardzo doświadczeni w tych procedurach.

*Dr med. Krzysztof Banaszkiewicz
Zastępca Ordynatora Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem
Udarowym i z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II*

■ LECZENIE CHOROBY PARKINSONA METODĄ GŁĘBOKIEJ STYMULACJI MÓZGU

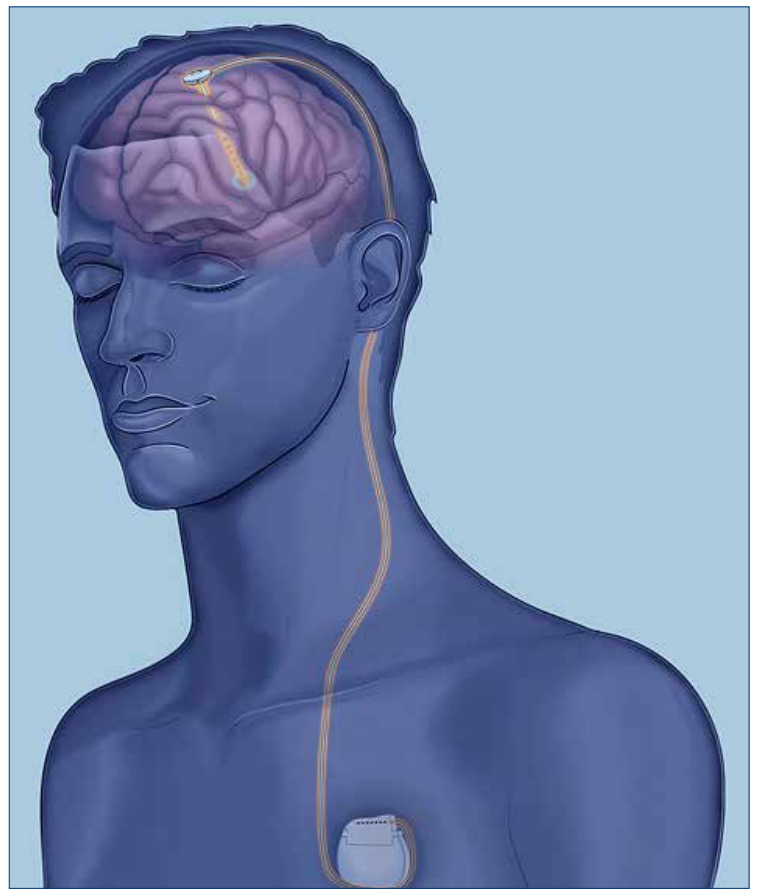


Dr med. Krzysztof Banaszkiewicz

Objawy ruchowe choroby Parkinsona takie jak spowolnienie ruchowe, sztywność mięśni czy drżenie związane są z nieprawidłowo działającymi elementami głębokich struktur mózgu. Nieprawidłowość ta częściowo związana jest z funkcjonalnym niedoborem jednego z neuroprzekaźników: dopaminy.

Na skutek procesu zwyrodnieniowego niektóre struktury mózgu są nadmiernie aktywne, a funkcja innych jest przeciwnie nadmiernie wyhamowana. Podstawowym sposobem leczenia choroby Parkinsona jest podawanie leków, które zwiększając produkcję dopaminy w mózgu lub działając pobudzająco na receptory dopaminy zmniejszają nasilenie objawów. Leczenie to jest w większości przypadków bardzo skuteczne i bezpieczne dla pacjentów, jednak w miarę postępu choroby bywa niewystarczające.

Od lat 60. XX wieku możliwe jest leczenie choroby Parkinsona za pomocą metod chirurgicznych. Stosowane są dwie techniki: leżja, czyli chirurgiczne usunięcie niektórych struktur mózgu oraz **głęboka stymulacja mózgu (Deep Brain Stimulation – DBS)**.



Obie te techniki prowadzą do wyciszenia aktywności elektrycznej niektórych ośrodków mózgu znajdujących się w obrębie tzw. jąder podstawy, czyli głęboko położonych struktur mózgu, których nadmierna aktywność jest odpowiedzialna za powstawanie niektórych objawów ruchowych choroby Parkinsona. Z uwagi na możliwość kontroli nad procesem leczenia po zabiegu, procedury DBS są obecnie częściej stosowane niż leżja. Operacja polega na umieszczeniu w głębokich strukturach mózgu metalowej elektrody, która służy do stymulacji elektrycznej. Prąd doprowadzany jest ze stymulatora, który wszyty jest pod skórę pacjenta tak, że cały system jest niewidoczny z zewnątrz. Urządzenie można w razie konieczności wyłączyć za pomocą specjalnego zewnętrznego pilota. Okresowe kontrole prowadzone przez neurologa pozwalają na ocenę skuteczności stymulacji jak również umożliwiają zmianę ustawień stymulatora i dostosowanie parametrów stymulacji do stale postępującej choroby.

Leczenie metodą DBS jest uzupełnieniem tradycyjnej metody farmakologicznej leczenia choroby Parkinsona. Zastosowanie DBS pozwala często na redukcję dawki leków przeciwparkinsonowskich i zmniejszenie nasilenia niektórych zaburzeń ruchowych opornych na leczenie farmakologiczne, takich jak fluktuacje ruchowe czy dyskinezy. Metoda DBS nie wpływa na szybkość postępu choroby.

Warunkiem koniecznym dla prawidłowego leczenia metodą DBS jest dokładna ocena pacjenta przed implantacją stymulatora. Standardowo wykonuje się badanie rezonansu magnetycznego mózgu, ocenę funkcji poznawczych (ocenę neuropsychologiczną) oraz ocenę nasilenia objawów ruchowych choroby z pomiarem czasu w fazie

off (znacznego nasilenia objawów), czasu w fazie on (nie-wielkiego nasilenia objawów lub ich braku) oraz czasu występowania dyskinez. Wykonuje się także farmako-logiczną próbę z zastosowaniem lewodopy (substancji, z której mózg produkuje dopaminę). Wiadomo bowiem, że metoda DBS jest tym skuteczniejsza, im lepsza jest re-akcja na lewodopę.

Zabieg operacyjny poprzedzony jest precyzyjnym pla-nowaniem trajektorii, po której wprowadza się elektrody. Proces ten wykorzystuje wielorzędową tomografię kom-puterową, rezonans magnetyczny i skomplikowaną meto-dę służącą do stworzenia przestrzennego modelu mózgu operowanego pacjenta. Większa część zabiegu operacyj-nego, podczas którego umieszcza się elektrody do stymu-lacji mózgu, prowadzona jest w znieczuleniu miejscowym. Podczas zabiegu pacjent ma zachowaną świadomość, co jest niezbędne dla dokładnej oceny neurologicznej, którą wielokrotnie powtarza się podczas operacji, aby wybrać najlepsze miejsce ostatecznej stymulacji.

W leczeniu choroby Parkinsona optymalne jest zasto-sowanie obustronnej stymulacji mózgu i operację taką wykonuje się dwuetapowo. Ostatecznie pacjenci mają za-łożone dwa stymulatory: jeden stymulujący prawą, drugi lewą półkulę mózgu. Przez kilka miesięcy po zabiegu ope-racyjnym modyfikuje się ustawienia stymulatorów i daw-ki leków, aby dobrać optymalne parametry stymulacji. Wymaga to okresowych kontroli w ośrodku prowadzą-cym takie leczenie. Wizyty takie są zwykle krótkotrwałe i przypominają wizyty związane z kontrolą stymulatorów serca. Od pierwszego uruchomienia neurostymulatora (krótco po implantacji) generuje on nieustannie niewiel-kie impulsy elektryczne. Podobnie jak kardiostymulatory, aparaty DBS mają własną baterię, którą wymienia się co kilka lat. Żywotność baterii uzależniona jest od parame-trów stymulacji.

Metoda DBS stosowana jest także z powodzeniem w leczeniu innych schorzeń układu nerwowego takich jak drżenie samoistne, dystonia, ból. Dzięki współpracy z Kli-niką Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego w Krako-wie metoda DBS stosowana jest teraz także u pacjentów Oddziału Neurologii Szpitala im. Jana Pawła II w Krako-wie.



Zadbaj o zdrowie! Mammografia cyfrowa w Szpitalu

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II za-prasza Panie w wieku 50-69 lat do skorzystania z bezpłat-nego programu profilaktyki raka piersi. Program finansu-je NFZ. Badania wykonywane są na aparacie cyfrowym, bez skierowania. Aparat wyposażony jest w nowoczesny detektor półprzewodnikowy, dzięki któremu dawka pro-mieniowania, jaką otrzymuje pacjentka podczas badania, jest znacząco niższa w porównaniu do tradycyjnego bada-nia mammograficznego, a jakość uzyskanych obrazów ma dużo wyższą wartość diagnostyczną.

Program realizowany jest w Zakładzie Radiologii i Diag-nostyki Obrazowej, w Pracowni Mammografii Cyfrowej (pawilon M-IV).

Rejestracja telefoniczna:

12 614 3333

lub osobista od 7:30 do 18:00.



Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji
e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl

Druk: Drukarnia Kraków
Luty 2015

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala, arch. Autorów.

