

material partnera

Ciąża wpływa na rozwój przewlekłej niewydolności żyłnej

Przewlekła niewydolność żylna (PNŻ) to schorzenie, które szczególnie po 50. roku życia, może dotyczyć nawet połowy kobiet i mężczyzn w naszym kraju. Nie jest to jednak choroba, która rozwija się tylko u osób dojrzałych. Jej objawy często zauważalne są nawet u młodych ludzi, a w szczególności u kobiet. Wpływ na jej manifestację mają przebyte ciąży, cięcia cesarskie, przyjmowane środki antykoncepcyjne, hormonalna terapia zastępcza (HTZ), a także rodzaj wykonywanej pracy, czynniki genetyczne, aktywność fizyczna.

Czy kobiety chorują na przewlekłą niewydolność żylną częściej niż mężczyźni?

Od lat prowadzone są badania, w których próbujemy ustalić, ile osób w populacji może chorować na przewlekłą chorobę żylną. Większość uzyskanych wyników badań potwierdza, że PNŻ częściej dotyka kobiet, nawet 2-6 razy, w porównaniu z mężczyznami. Ryzyko rozwoju niewydolności żyłnej wzrasta wraz z wiekiem. W USA PNŻ dotyka aż 77 proc. kobiet i 57 proc. mężczyzn w grupie wiekowej 30-70 lat. W Polsce dane te są bardzo zbliżone.

Dlaczego kobiety częściej chorują na przewlekłą chorobę żylną?

Lekarze zajmujący się pacjentkami chorującymi na PNŻ od lat obserwują wpływ przebytych ukończonych ciąż na rozwój tego schorzenia. Już dwa przebyte porody zwiększają ryzyko zachorowania o 20-30 proc., a każda kolejna ciąża i poród dodatkowo je podnoszą. Także wykonanie cięcia cesarskiego jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zakrzepicy żyłnej. Występuje ona 3-16 razy częściej u kobiet rodzących tym sposobem.

Istnieją również inne czynniki, które sprzyjają rozwojowi tego schorzenia. Badania wskazują, że stosowanie antykoncepcji hormonalnej to niezależny zewnątrzpochodny czynnik ryzyka zakrzepicy żyłnej. Egzogenne hormony zażywane podczas stosowania antykoncepcji hormonalnej wpływają w zasadzie na wszystkie białka zaangażowane w proces krzepnięcia. Aktywność wielu czynników krzepnięcia wzrasta, a stężenie białka S oraz antytrombiny zmniejsza się, co skutkuje bilansem przesuniętym raczej w kierunku zwiększonej krzepliwości. Powyższy fakt może mieć istotne znaczenie dla osób predysponowanych do wystąpienia powikłań, takich jak zakrzepica żylna. Wśród innych czynników rozwoju niewydolności żyłnej wymienia się: przebyte zakrzepicy żył układu powierzchownego lub głębokiego, palenie papierosów, pracę wymagającą długotrwałego unieruchomienia — w pozycji stojącej lub siedzącej, nadmierną ekspozycję na ciepło oraz obciążony wywiad w kierunku cukrzycy, nadciśnienia czy urazy kończyn dolnych.

W jaki sposób ciąża wpływa na rozwój PNŻ?

Fizjologiczne zmiany towarzyszące ciąży u każdej kobiety mają niekorzystny wpływ na funkcjonowanie krążenia żylnego. Odpowiada za to szczególnie zwiększenie stężenia estrogenów i progesteronu oraz zwiększenie objętości krwi krążącej i niektórych czynników krzepnięcia. Bardzo istotny jest także ucisk jaki wywiera powiększająca się macica na naczynia żyłne jamy brzusznej, tym samym zwiększając opór dla pompy mięśniowej łydek i spadek powrotu żylnego oraz generalny spadek aktywności fizycznej.



W jaki sposób przewlekła niewydolność żylna manifestuje się podczas ciąży?

Ciężarne najczęściej zgłaszają obrzęk i ból kończyn dolnych. Lekarz może obserwować takie zmiany, jak parestezje oraz żylaki — najczęściej nie tylko kończyn dolnych, ale również sromu i odbytu.

W badaniach, którymi objęto ciężarne i kobiety w połogu wykazano postępujące wraz z czasem trwania ciąży poszerzenie żył i nasilenie refluku, które swoje maksimum osiągało pomiędzy 37.-40. tygodniem ciąży. Po okresie połogu oba badane parametry wracały do normy. Porównując pacjentki ciężarne do kobiet niebędących w ciąży ryzyko zakrzepicy żyłnej u ciężarnych zwiększa się znacząco, bo aż 4-5 razy. Jest ono największe w 3. trymestrze, jednak zwiększa się ono już od 1. trymestru, daleko przed tym, kiedy zmiany anatomiczne (ucisk rosnącej macicy) mogą być istotne.

W jaki sposób możemy leczyć objawy przewlekłej niewydolności żyłnej u kobiet będących w ciąży?

Podczas ciąży wszystkie operacyjne metody leczenia żyłaków nie są stosowane. Pozostaje nam jedynie działanie skierowane na niwelowanie nieprzyjemnych objawów (ciężkości nóg, bólu kończyn) w postaci kompresjoterapii oraz stosowanie pończoch uciskowych. Jednak już po okresie połogu kobieta, u której wystąpiły objawy przewlekłej niewydolności żyłnej powinna poddać się leczeniu. Leczenie zmian, które nie są rozległe jest bezpieczniejsze i zawsze przynosi korzyści choremu. Obecnie stosujemy wiele małoinwazyjnych metod leczenia żyłaków, które nie wymagają hospitalizacji, co przekłada się na praktycznie natychmiastowy powrót do codziennych obowiązków.

Jakie małoinwazyjne metody leczenia stosuje się obecnie u kobiet? Które z nich są dla nich najkorzystniejsze?

Leczenie operacyjne, nawet małoinwazyjne, nie może być stosowane u kobiet karmiących piersią — pacjentka do momentu zakończenia laktacji może stosować jedynie kompresjoterapię. Dziś mamy kilka bezpiecznych małoinwazyjnych metod leczenia objawów przewlekłej niewydolności żyłnej, które z powodzeniem są stosowane u kobiet. Chorej, która urodziła dziecko możemy zaproponować leczenie termiczne — to zabieg wykonywany np. przy użyciu lasera — lub nietermiczne. Zaufaniem coraz większej liczby lekarzy i pacjentek cieszy się nietermiczna metoda leczenia żyłaków za pomocą polskiego Flebogrifu. Jest to małoinwazyjny przeszskórny zabieg mechaniczno-chemicznej ablacji zmienionej żyłakowo żyły. Flebogrif został stworzony przez polską firmę Balton i od 2015 roku pomaga leczyć żyłaki nie tylko w naszym kraju, ale także na całym świecie.

Pacjentki często ze względu na dużą ilość obowiązków po narodzinach dziecka unikają pobytów w szpitalu. Obawiają się także powikłań po wykonaniu zabiegu, które mogłyby utrudniać im opiekę nad dzieckiem. Czy po mechaniczno-chemicznej ablacji wykonanej przy użyciu Flebogrifu chora tego samego dnia wraca do domu?

Zabieg leczenia żyłaków przeprowadzany przy pomocy Flebogrifu jest wykonywany w ambulatorium, nie wymaga on sali operacyjnej oraz specjalnego przygotowania. Pacjentka zgłasza się do specjalisty z kompletem podstawowych badań. Pacjentce podawane jest miejscowe znieczulenie w postaci 2 ml 1 proc. Lignokainy — jest to identyczne znieczulenie, jak to, które stosowane jest u stomatologa. Zabieg w sprawnych rękach lekarza trwa kilkanaście minut, a pacjentka po zabiegu jest obserwowana przez jedną, dwie godziny — jeśli wszystko przebiega prawidłowo, po tym czasie wraca do domu. Ze względu na to, że leczenie Flebogrifem jest metodą nietermiczną po zabiegu nie występują powikłania neurologiczne, a pacjentka nie odczuwa dolegliwości bólowych, niezbędne jest jedynie stosowanie kompresjoterapii. Już kolejnego dnia może ona wrócić do codziennych obowiązków, także do opieki nad dzieckiem, co jest praktycznie niemożliwe po wykonaniu zabiegu klasyczną metodą Babcocoka, po której pacjent jest hospitalizowany co najmniej przez dwa dni.

Biorąc pod uwagę konkurencyjny, w porównaniu do innych operacyjnych oraz małoinwazyjnych metod leczenia żyłaków, koszt zabiegu wykonanego za pomocą Flebogrifu oraz krótki okres rekonwalescencji, specjaliści coraz chętniej wybierają polską metodę leczenia żyłaków. Niestety, pomimo przewagi nad klasycznym, operacyjnym leczeniem zmian powstałych w wyniku rozwoju PNŻ, leczenie Flebogrifem nie jest refundowane.

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Zubilewicz