



# Doświadczenie własne w terapii owrzodzeń żylnych z punktu widzenia lekarza w poradni chorób naczyń

## Personal experience of venous ulcer therapy from the physician's perspective in the vascular diseases outpatient clinic

Marcin Joński <sup>1</sup>, Jakub Joński <sup>2</sup>, Karolina Jońska <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska Sp. z o. o. we Włocławku

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

<sup>3</sup> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Eskulap” we Włocławku

Adres do korespondencji

Marcin Joński, Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska Sp. z o. o., ul. Barska 12, 87-800 Włocławek, e-mail: mjonski@poczta.onet.pl

Nadesłano: 8.12.2023 Zaakceptowano: 13.03.2024

### Streszczenie

Przewlekła niewydolność żylna (CVI) stanowi wyzwanie zdrowotne, wpływając na wydolność naczyniową i kondycję skóry kończyn dolnych. Objawy CVI, zwłaszcza w stadium C6 z aktywnymi owrzodzeniami, wymagają ukierunkowanej interwencji, jednak często podlegają długotrwałej terapii zachowawczej.

Celem pracy jest zilustrowanie, w jaki sposób brak przyczynowego leczenia może opóźnić terapię owrzodzeń żylnych w CVI w stadium C6. Wybór przedłużonej terapii zachowawczej uniemożliwia szybkie wdrożenie leczenia zabiegowego niezbędnego dla skutecznego gojenia owrzodzeń żylnych.

Opisano przypadki dwóch pacjentek w wieku 67 i 65 lat z aktywnymi owrzodzeniami żylnymi skóry w stopniu C6 CVI. Chore były wcześniej długotrwale leczone zachowawczo bez znaczącej poprawy. Poprawę uzyskano dopiero wtedy, gdy wdrożono leczenie zabiegowe po skierowaniu pacjentek do specjalistycznej poradni chorób naczyń. W obu przypadkach zastosowano endowaskularną ablację laserową (EVLT) połączoną ze skleroterapią piankową, co doprowadziło do kompletnego zamknięcia zmienionych chorobowo żył i zagojenia owrzodzeń.

Wyniki podkreślają wyzwania związane z długotrwałym leczeniem zachowawczym aktywnych owrzodzeń żylnych oraz argumentują za korzyściami ekonomicznymi i terapeutycznymi ukierunkowanych interwencji, takich jak EVLT i skleroterapia piankowa, w przyspieszaniu gojenia owrzodzeń żylnych i poprawie jakości życia pacjentów. Wskazane jest zwiększenie świadomości, współpracy interdyscyplinarnej i dostępności narzędzi diagnostycznych dla optymalizacji opieki nad pacjentami z CVI. Przewlekła niewydolność żylna, zwłaszcza w połączeniu z aktywnymi owrzodzeniami (C6), stanowi znaczne obciążenie społeczne i indywidualne, a skuteczne interwencje mogą istotnie poprawić wyniki leczenia.

**Słowa kluczowe:** niewydolność żylna, żylaki kończyn dolnych, ablacja laserowa, leczenie ran.

### Abstract

Chronic venous insufficiency (CVI) poses a health challenge, impacting vascular efficiency and the condition of the skin on the lower extremities. CVI symptoms, especially in stage C6 with active ulcers, require targeted intervention but often undergo prolonged conservative therapy.

Aim of the study is to illustrate how the lack of causal treatment can delay the therapy for venous ulcers in CVI stage C6. The choice of prolonged conservative therapy hinders the swift implementation of necessary procedural treatment for effective healing of venous ulcers.

The cases of two patients, aged 67 and 65, with active skin ulcers in stage C6 CVI, are described. These patients had previously undergone prolonged conservative treatment without significant improvement. Improvement was achieved only by implementing procedural treatment after referring the patients to a specialized vascular diseases clinic.

In both cases, endovascular laser ablation (EVLT) combined with foam sclerotherapy was applied, leading to the complete closure of diseased veins and healing of ulcers.

The results underscore the challenges associated with the prolonged conservative treatment of active venous ulcers, advocating for the economic and therapeutic benefits of targeted interventions such as EVLT and foam sclerotherapy in accelerating the healing of venous ulcers and improving the quality of life for patients. There is a need to increase awareness, interdisciplinary collaboration, and the availability of diagnostic tools to optimize the care of patients with CVI. Chronic venous insufficiency, especially in conjunction with active ulcers (C6), represents a significant societal and individual burden, and effective interventions can substantially improve treatment outcomes.

**Key words:** venous insufficiency, leg ulcers, laser ablation, wound healing.

## Wprowadzenie

Przewlekła niewydolność żylna (*chronic venous insufficiency* – CVI) to spektrum objawów wynikających z długotrwałego rozszerzenia żył i związanego z tym podwyższonego ciśnienia żylnego. Objawy kliniczne CVI obejmują zarówno drobne objawy kosmetyczne, jak i ciężkie objawy, w tym teleangiektazje, żylaki, obrzęki, zmiany pigmentacyjne, lipodermatosklerozę, zanik białej i owrzodzenia żyłne [1–3].

Główną patofizjologiczną przyczyną CVI jest nadciśnienie żyłne, wynikające z refluksu zastawkowego, niedrożności żyłnej lub połączenia obu. Prowadzi to do wzrostu ciśnienia w żyłach kończyn dolnych, przyczyniając się do wystąpienia takich objawów, jak ból, obrzęk, żylaki i zmiany skórne. Znajomość anatomii, zróżnicowania żył i systemu klasyfikacji CEAP ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia patofizjologii CVI.

Przewlekła niewydolność żylna jest stosunkowo częstym problemem medycznym, który jest wielokrotnie bagatelizowany przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną ze względu na niedocenianie skali i zagrożeń tego problemu. Problemem jest także nieprawidłowe rozpoznanie różnych objawów pierwotnych i wtórnych zaburzeń żylnych [2]. Nieprawidłowe przepływy żyłne obserwuje się nawet u 50% populacji, chociaż szacowana częstość występowania CVI różni się w zależności od badań populacyjnych [4–6].

Podeszły wiek, wywiad rodzinny, długotrwałe stanie, otyłość, palenie tytoniu, siedzący tryb życia, urazy kończyn dolnych, wcześniejsza zakrzepica żylna, obecność przetoki tętniczo-żylnych, duże stężenie estrogenów i ciąża są uważane za czynniki ryzyka rozwoju CVI [4, 7–10].

W pracy przedstawiono szczegółowe opisy dwóch pacjentek w wieku 67 i 65 lat, u których CVI objawiała się zmianami troficznymi na skórze oraz czynnymi owrzodzeniami żylnymi na kończynach dolnych. Obie pacjentki były poddane długotrwałemu leczeniu zachowawczemu (niezgodnemu z wytycznymi) [11] z ograniczonym skutkiem, co wymagało skierowania do specjalisty zajmującego się chorobami naczyń.

Badania diagnostyczne, w tym USG Duplex (wcześniej niewykonane), wykazały niewydolność żylną i refluks w żyłach odpiszczelowych wielkich u obu pacjentek. Chore zakwalifikowano do zabiegu endowaskularnego. Wykonano endowaskularną ablację laserową (EVLT) połączoną ze skleroterapią piankową (FS), w wyniku których doszło do całkowitego zamknięcia zmienionych chorobowo żył i w następstwie wygojenia owrzodzeń. Przypadki

opisanych pacjentek podkreślają brak uzasadnienia stosowania długotrwałego leczenia zachowawczego aktywnych owrzodzeń żylnych jako jedyne rozwiązanie w określonych grupach chorych z niewydolnością układu powierzchownego i/lub bez uszkodzenia żył przeszzywających.

Autorzy opowiadają się za korzyściami ekonomicznymi i terapeutycznymi ukierunkowanych interwencji, takich jak EVLT i skleroterapia piankowa, w przyspieszaniu gojenia ran i poprawie jakości życia pacjentów. W publikacji podkreślono potrzebę interdyscyplinarnej współpracy i wczesnej diagnostyki obrazowej w celu zidentyfikowania pacjentów z grupy odpowiedniej do szybkiej interwencji. Przewlekła niewydolność żylna, zwłaszcza w połączeniu z aktywnymi owrzodzeniami żylnymi (C6), stanowi znaczne obciążenie społeczne i indywidualne. Ukierunkowane interwencje (operacje, w tym procedury wewnątrznaczyniowe) mogą znacznie skrócić czas gojenia i związane z nim koszty. Większa świadomość, współpraca interdyscyplinarna i dostępne narzędzia diagnostyczne mają kluczowe znaczenie dla optymalizacji leczenia owrzodzeń żylnych i poprawy wyników leczenia pacjentów.

## Patofizjologia

Główną patofizjologiczną przyczyną objawów klinicznych CVI kończyn dolnych jest nadciśnienie żyłne, które jest spowodowane refluksem krwi w żyłach w wyniku uszkodzenia zastawek żylnych, obturacją przepływu żylnego lub obydwoma [2]. Ciśnienie żyłne żyły stopy w pozycji spoczynkowej bez skurczu mięśni szkieletowych wynosi aż 80–90 mm Hg. U osoby ze sprawnymi zastawkami żylnymi ciśnienie to podczas chodzenia spada do mniej niż 30 mm Hg [12]. Jednakże u pacjenta z CVI spadek ciśnienia żylnego podczas ruchów nóg jest osłabiony. Jeśli zastawki w żyłach przeszzywających są niesprawne, wysokie ciśnienie powstające w żyłach głębokich w wyniku skurczu mięśni łydki może zostać przeniesione do układu powierzchniowego i do mikrokrążenia w skórze. Takie zjawisko nazywamy nadciśnieniem żylnym. Zespół pozakrzepowy występujący po przebytej zakrzepicy żył głębokich (DVT) również powoduje nadciśnienie żyłne na skutek utrzymującej się przeszkody w przepływie żylnym, refluksu zastawkowego i uszkodzenia zastawek żył głębokich [13].

Objawy kliniczne CVI obejmują dyskomfort w kończynach dolnych, obrzęk, żylaki, zmiany skórne lub owrzodzenia. Objawy są często opisywane jako tępy ból, pulsujący lub ciężkość albo uczucie ucisku po

długotrwałym staniu i można go złagodzić za pomocą środków obniżających ciśnienie żyłne, takich jak uniesienie nogi, pończochy uciskowe lub chodzenie. Jednakże dyskomfort w nogach nie występuje u ok. 20% pacjentów z innymi cechami klinicznymi CVI, podczas gdy u ok. 10% pacjentów jest to jedyna cecha kliniczna [1].

W celu właściwej klasyfikacji i komunikacji stworzony został system CEAP. System ten (CEAP – klinika, etiologia, anatomia, patofizjologia) uwzględnia szereg objawów i oznak przewlekłych chorób żylnych, aby scharakteryzować ich nasilenie (tab. I). Klasyfikuje także etiologię powstawania jako wrodzoną, pierwotną lub wtórną; identyfikuje dotknięte żyły jako powierzchowne, głębokie lub perforujące i charakteryzuje patofizjologię jako refluks, niedrożność, jedno i drugie lub żadne z nich [14].

Tabela I. System CEAP

C	Klasyfikacja kliniczna
C0	Brak widocznych i wyczuwalnych objawów
C1	Teleangiektazje i żyły siateczkowate
C2	Żyłaki (średnica naczynia min. 3 mm)
C3	Obrzęki kończyn dolnych
C4A	Przebarwienia i wyprysk
C4B	Lipodermatoskleroza i zanik biały
C5	Wygojone owrzodzenie żyłne
C6	Czynne owrzodzenie żyłne
E	S – objawowe   A – bezobjawowe
Ec	Etiologia wrodzona
Ep	Etiologia pierwotna
Es	Etiologia wtórna (pozakrzepowa)
En	Nie zidentyfikowano przyczyny w obrębie układu żylnego
A	Klasyfikacja anatomiczna
As	Układ żył powierzchownych
Ap	Perforatory
Ad	Układ żył głębokich
An	Nie zidentyfikowano zajęcia układu żylnego
P	Klasyfikacja patofizjologiczna
Pr	Refluks
Po	Obturacja (niedrożność)
Pr,o	Refluks i obturacja
Pn	Niezidentyfikowane zaburzenia patofizjologiczne

Dodatkowo odpowiednim numerom 1–12 przyporządkowano anatomiczną lokalizację żył.

## Opisy przypadków

Opisano pacjentki w wieku 67 lat (ryc. 1) i 65 lat (ryc. 2) od wielu lat borykające się z problemem owrzodzenia skóry przyśrodkowej powierzchni goleni prawej (ryc. 1) i lewej (ryc. 2). Owrzodzenia pojawiły się odpowiednio 2 i 3 lata wcześniej. Pacjentki leczyły się przewlekłe w swoim ośrodku zdrowia z powodu innych chorób, takich jak nadciśnienie tętnicze, dyskopatia i choroby serca.



Rycina 1. Owrzodzenie skóry przyśrodkowej powierzchni goleni prawej u 67-letniej pacjentki



Rycina 2. Owrzodzenia skóry przyśrodkowej powierzchni goleni lewej u 65-letniej pacjentki

Od wielu lat występowały u nich zmiany skórne. Przebarwienia, które pojawiały się na kończynie, brały za objaw „starości”. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej też bagatelizowali problem.

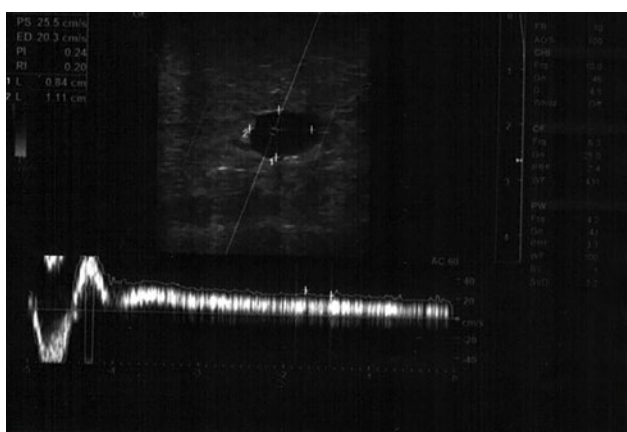
W momencie pojawienia się otwartej rany na kończynie zostały podjęte próby leczenia polegające na zastosowaniu środków odkażających, stosowaniu różnego typu maści i kremów zawierających w swoim składzie jony srebra, glikokortykosteroidy, antybiotyki i kwas borowy. Brak efektu leczenia przez

kilka miesięcy spowodował, że pacjentki skierowano do poradni dermatologicznej. Rozpoczęto przewlekłą terapię środkami działającymi miejscowo oraz opatrunkami specjalistycznymi, uzyskując ograniczenie procesu zapalnego, wysięku z rany i nieznaczną redukcję powierzchni rany. Po ok. 2 latach od rozpoznania owrzodzenia skóry pacjentki trafiły do Poradni Chorób Naczyń Obwodowych.

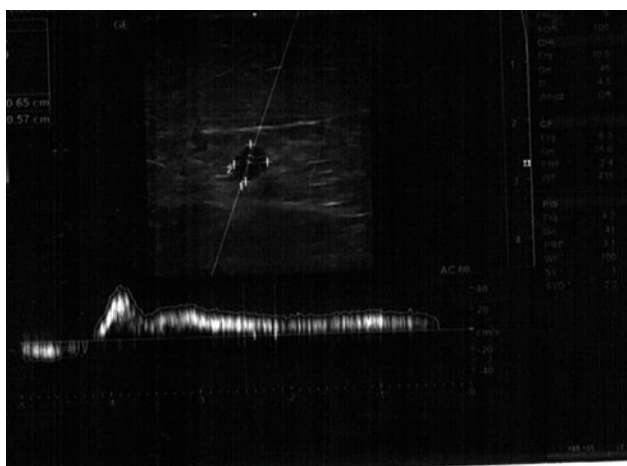
Makroskopowo stwierdzono owrzodzenia o powierzchni ok. 15 cm<sup>2</sup> z niewielkim wysiękiem, walcowatym brzegiem bez cech napęcznienia naskórka, dużą ilością włókniaka w ranie. Bez zapachu. Brak cech infekcji, skóra okolicy rany z lokalnym zaniem białym, łuszczącym naskórkiem.

Tętno na obwodzie (tętnice piszczelowa tylna, strzałkowa i grzbietowa stopy) słabo wyczuwalne z powodu dużych zmian troficznych skóry.

Wykonano badanie USG metodą Duplex [15]. Stwierdzono poszerzenie średnicy żyły odpiszczelowej wielkiej (GSV) do 8,4 mm u pierwszej pacjentki (ryc. 3) i 6,5 mm u drugiej pacjentki (ryc. 4) z cechami



Rycina 3. Poszerzenie średnicy żyły odpiszczelowej wielkiej do 8,4 mm u 67-letniej pacjentki



Rycina 4. Poszerzenie średnicy żyły odpiszczelowej wielkiej do 6,5 mm u 65-letniej pacjentki

niewydolności zastawki terminalnej i preterminalnej, refluks III stopnia wg skali Hacha oraz niewydolnością żyły przesywającej Cocet II analogicznie w kończynach u obu pacjentek [16, 17, 18].

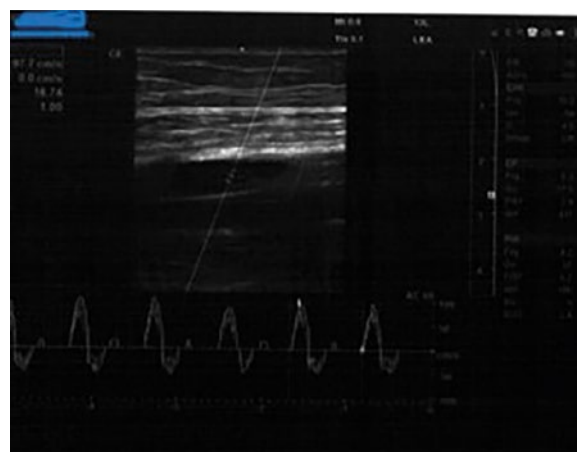
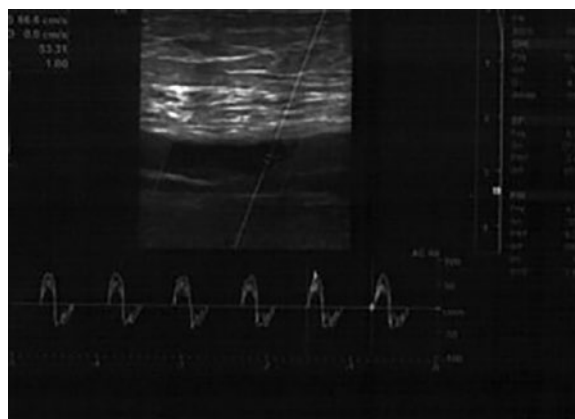
Badaniem USG Doppler sprawdzono przepływ tętnicy, który był prawidłowy do poziomu naczyń piszczelowych tylnych, strzałkowych i tętnicy grzbietowej stopy, z zachowaniem charakteru wysokooprowego, trójfazowego – prawidłowego (ryc. 5, 6).

Posiew z rany nie wykazał obecności szczepów patogennych.

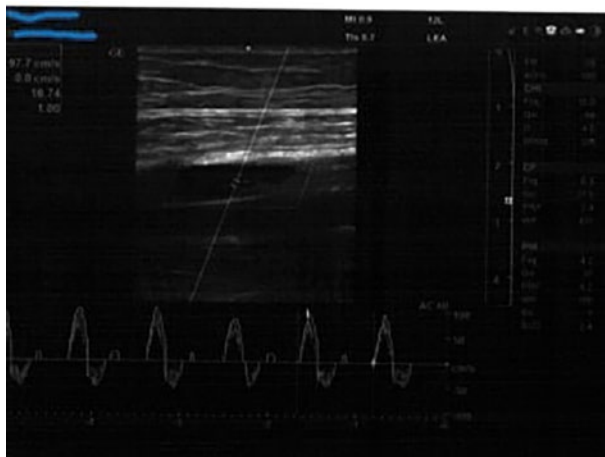
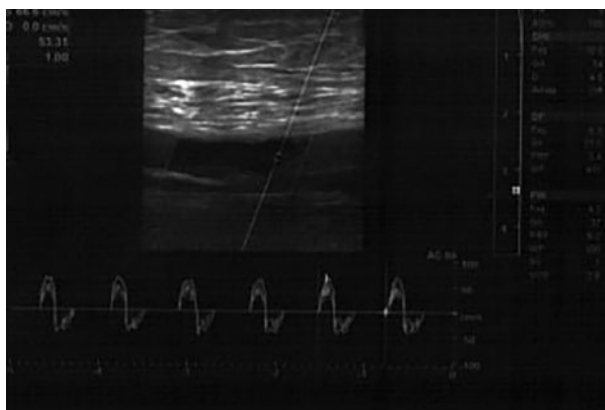
Rozpoznano CVI C2,3,4b6EpAspPr wg uproszczonej skali CEAP.

Rozpoczęto równoległe leczenie rany zgodnie z zaleceniami strategii TIME [19] i opatrunkami specjalistycznymi. Włączono leczenie farmakologiczne preparatem hesperydyny oraz sulodeksydu, a także kompresjoterapię wielowarstwową [20]. Pacjentki zakwalifikowano do zabiegu laseroterapii endowaskularnej (*endovascular laser ablation* – EVLT) GSV w połączeniu z hybrydową skleroterapią piankową (*foam sclerotherapy* – FS) (ryc. 7, 8) [19].

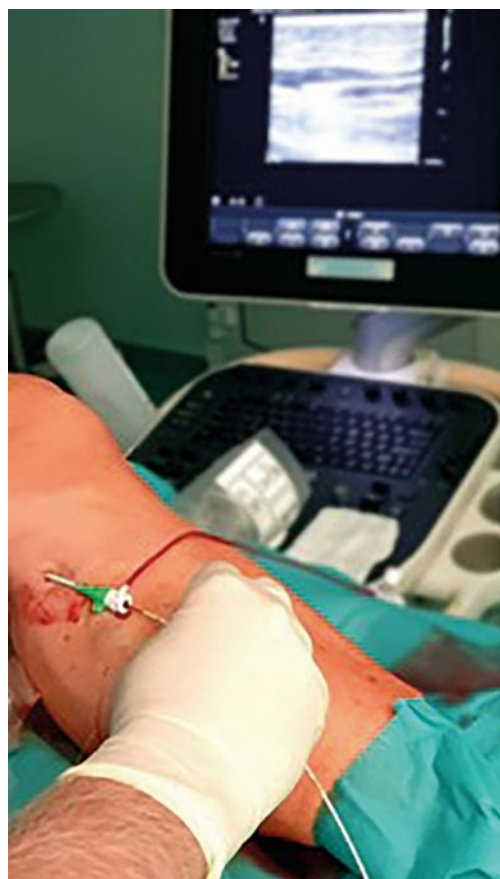
Kontrola USG Duplex po tygodniu wykazała całkowitą okluzję pni GSV u obydwu pacjentek oraz obliterację perforatorów i bocznic żylnych goleni.



Rycina 5. Badanie USG metodą Dopplera u 67-letniej pacjentki



Rycina 6. Badanie USG metodą Dopplera u 65-letniej pacjentki



Rycina 7. Zabieg laseroterapii endowaskularnej

U obu pacjentek rana uzyskała różowe zabarwienia, pokryła się czystą ziarniną, wystąpiły cechy napełniania naskórka od brzegów. Dolegliwości związane z objawami CVI w istotny sposób uległy zmniejszeniu. Kontrola po ok. 60 dniach wykazała całkowite zagojenie rany u obu pacjentek (ryc. 9, 10). Nadal jednak była potrzebna współpraca z dermatologiem w celu poprawieniu jakości skóry wokół rany.

Równolegle prowadzono leczenia zachowawcze, obie pacjentki są pod stałą kontrolą Poradni Chorób Naczyń Obwodowych.

## Omówienie

Opisano 2 przykłady pacjentek z owrzodzeniami żylnymi, które są typowymi stanami, z jakimi próbują się zmierzyć lekarze na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej. Pacjenci do lekarzy trafiają z powodu objawów i niepokoju związanego ze zmianami skórnymi, najczęściej zlokalizowanymi w okolicy powyżej kostki przyśrodkowej. Owrzodzenia czynne i zagojone (blizny po owrzodzeniach) stwierdza się u ok. 1% populacji osób dorosłych: występują u ok. 0,3% osób w wieku 41–50 lat i aż u 7% osób w wieku 61–70 lat [21], a więc stosunkowo często.

Dlatego tak ważna jest już na wczesnym etapie skuteczna diagnostyka i wdrożenie odpowiedniego leczenia. U podstaw większości niepowodzeń w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni (*venous leg ulcers* – VLU) leży brak zrozumienia tematu oraz obowiązujących wytycznych. Większość osób trafia w pierwszym etapie do lekarza opieki podstawowej. Pojawienie się zmian troficznych skóry poprzedza wieloletnia CVI, która na tym etapie jest rzadko doceniana i nie jest właściwie leczona, co w ogromnym stopniu przyczynia się do rozwoju choroby do stopnia C6.

Scenariusz jest w większości przypadków identyczny: żylaki bezobjawowe – brak reakcji, żylaki objawowe – leczenie zachowawcze, powikłania skórne – leczenie miejscowe.

Zgodnie z obowiązującymi *Wytycznymi Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych* opublikowanymi na łamach „Leczenia Ran” [19] mamy do czynienia ze szczegółowo omówionym problemem wyznaczającym kierunek postępowania.

Ważne jest, aby już na wczesnym etapie rozpocząć proces diagnostyczny, różnicowy – tak, aby szybko wdrożyć leczenie przyczyny choroby, a nie tylko koncentrować się na miejscowym problemie.

Dokładny wywiad, jak zawsze nie do przecenienia, oraz szczegółowa ocena kliniczna rany (formularz dostępny w wytycznych), a więc umiejscowienie, opis samego owrzodzenia (doskonała jest dokumentacja fotograficzna), będą miały istotne znaczenie w ocenie postępu terapii. Dodatkowo istnieje konieczność wykonania oceny układu żylnego. Opóźnienie badania układu żylnego za pomocą USG metodą Duplex w ocenie autorów pracy stanowi główną przyczynę zwłoki w podjęciu właściwej terapii. Długi czas oczekiwania na badanie w systemie publicznej opieki zdrowotnej oraz brak umiejętności wykonania go, a w wielu przypadkach chęci do zdobycia tej umiejętności przez lekarzy POZ są powodem, dla którego proces leczenia rozpoczyna się od terapii miejscowej oraz farmakologii.

Bezradny pacjent, z reguły w podeszłym wieku, jest zagubiony i zdezorientowany co do istoty swojej choroby oraz przewlekłości leczenia. W praktyce leczenie VLUs jako skutku niewydolności układu żylnego powierzchownego i/lub przesywającego jest stosunkowo proste i z reguły skuteczne, pod warunkiem że lekarz prowadzący ustali właściwe rozpoznanie. Do poradni chorób naczyń trafiają pacjenci z najczęściej kilkuletnim doświadczeniem braku powodzenia w leczeniu rany przewlekłej wywołanej CVI. Podejście jest zawsze indywidualne. Oprócz opieki nad raną zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran [11] prowadzi się równoległe diagnostykę i różnicowanie.

Najistotniejszym problemem jest wyodrębnienie tej grupy chorych, której można pomóc, usuwając przyczynę, jaką stanowią niewydolne pnie żył powierzchownych i przesywających, od grupy z niewydolnością układu głębokiego żył oraz innymi schorzeniami bez niewydolności żylnych. Istotne jest każdorazowe przeprowadzenie oceny układu tętniczego kończyn dolnych i analiza przepływu metodą USG z Dopplerem. Ma to znaczenie szczególnie przy doborze terapii kompresyjnej oraz identyfikacji pacjentów z owrzodzeniami tętniczymi i o charakterze mieszanym.

Podejście do leczenia tego typu owrzodzeń jest oczywiście inne.

Na szczególną uwagę zasługują pacjenci z owrzodzeniami wywołanymi przebyłym procesem zakrzepowym. Zespół pozakrzepowy i niewydolność żył układu głębokiego to złożony problem kliniczny, a ograniczenia chirurgii żył głębokich nadal zmuszają do rezygnacji z postępowania zabiegowego na rzecz leczenia zachowawczego połączonego z kompresjoterapią wg obowiązujących zasad. Tu opisana wyżej przez autorów strategia postępowania nie będzie miała zastosowania.



Rycina 8. Zabieg laseroterapii endowaskularnej



Rycina 9. Całkowite zagojenie rany w efekcie leczenia

Korzyści z leczenia zabiegowego mogą odnieść ci pacjenci, u których potwierdzona zostanie niewydolność żył układu powierzchownego w połączeniu lub nie z niewydolnością żył przesywających.

Pozostali będą wymagali odrębnej logiki postępowania zgodnie z charakterem choroby wywołującej owrzodzenie.

Przedstawione obie pacjentki należą do tej „szczęśliwszej” grupy z czynnym owrzodzeniem skóry kończyn, u której przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego jest zdecydowanie wskazane dla przyspieszenia procesu gojenia rany. Wybór metody zależy od kilku



Rycina 10. Całkowite zagojenie rany w efekcie leczenia

czynników. Ograniczenia związane z wiekiem, innymi chorobami, stanem i jakością samego owrzodzenia, jak również sytuacja ekonomiczna pacjentów rzutują na właściwy dobór metody. I choć efekt końcowy powinien być porównywalny we wszystkich technikach, to jednak autorzy pracy skłaniają się do metod mało inwazyjnych. Mniejsza traumatyzacja, szybszy przebieg, łatwość wykonania oraz – co jest najistotniejsze – doświadczenie wykonującego pozwalają na skuteczne usunięcie niewydolnych pni żylnych.

Autor pracy (M.J.) na co dzień wykonuje kilka klasycznych operacji metodą Babcoca i 5–10 tygodniowo metodą ablacji laserowej – EVLT. Najczęściej dodatkowo sięga po obliterację piankową (FS) jako metodę uzupełniającą. Jak wspomniano wyżej, równolegle stosuje kompresjoterapię wielowarstwową lub kompresję wyrobami gotowymi, leczenie farmakologiczne (leki flebotropowe, sulodeksyd, niesteroidowe leki przeciwzapalne, opatrunki specjalistyczne), terapię miejscową zgodnie z wytycznymi [3], strategię TIMERS (oczyszczenie tkanek, kontrola/redukcja infekcji lub stanów zapalnych, równowaga wilgoci, efekt krawędzi przyspieszający nabłonek i zamykanie rany, regeneracja/naprawa tkanki w celu zamknięcia rany oraz czynniki społeczne). Zastosowanie mają

też inne metody, tj. termoablacja EVRF (zamykanie z zastosowaniem fal radiowych), klejenie, kriochirurgiczne usuwanie niewydolnych pni żylnych, jednak autorzy nie mają doświadczenia w tych terapiach.

## Wnioski

Autorzy pracy na co dzień mają do czynienia z podobnymi przypadkami medycznymi. Problem przedłużającej się terapii objawowej u pacjentów z czynnymi owrzodzeniami żylnymi jest u znacznej liczby osób z tą chorobą przyczyną braku sukcesu w zagojeniu rany. Wdrożenie leczenia celowanego w przebiegu CVI C6 w wyniku niewydolności zastawkowej głównych pni żylnych kończyn dolnych, tj. żyły odpiszczelowej (*great saphenous vein* – GSV), żyły odstrzałkowej (*small saphenous vein* – SSV), żył przeszywających, skutkuje szybszym ich zagojeniem i zmniejszeniem kosztów związanych z opatrunkami, lekami, powrotem do sprawności oraz poprawą jakości życia pacjentów.

Oba przypadki pokazują, jak można skrócić czas leczenia, wykonując szybko terapię celowaną – zabieg usuwający przyczynę choroby. Decyzja o wczesnym wdrożeniu leczenia zabiegowego z dużym prawdopodobieństwem powoduje skrócenie czasu leczenia, zmniejszenie wydatków związanych z opieką nad raną i poprawienie komfortu życia pacjentów.

Autorzy chcieli zwrócić uwagę na potrzebę interdyscyplinarnego spojrzenia na choroby skóry przebiegające z owrzodzeniem kończyn dolnych o nieznannej etiologii w celu wykrycia tych przypadków, spowodowanych CVI, które mogłyby rokować po podjęciu leczenia celowanego szybkie wygojenie rany. Leczenie przyczynowe jest ekonomicznie uzasadnione, skraca czas i zmniejsza wydatki związane z leczeniem ran przewlekłych wywołanych niewydolnością pni żylnych.

Ośrodki medyczne leczące osoby z tymi przypadkami powinny same dysponować możliwościami diagnostycznymi, w szczególności obrazowaniem USG Duplex, co pozwala skutecznie i szybko wyodrębnić grupę rokującą zagojenie rany bez przedłużania terapii zachowawczej lub szybko kierować takich pacjentów do ośrodków specjalistycznych mających takie możliwości.

Leczenie zabiegowe: klasyczna operacja metodą Babcocca, EVLT, *radiofrequency* (RF), klejenie, FS czy terapie kombinowane z dużym powodzeniem przyspieszają gojenie owrzodzeń żylnych wywołanych CVI [22–25].

Przewlekła niewydolność żylna w stopniu C6 – czynne owrzodzenie – jest poważnym problemem

społecznym. Jakość życia pacjentów jest znacząco obniżona. Koszty zarówno społeczne, jak i osobiste pacjentów związane z leczeniem CVI C6 są bardzo wysokie.

Szybkie wdrożenie leczenia zabiegowego może wpłynąć na skrócenie czasu gojenia owrzodzenia.

Istnieje potrzeba poszerzania świadomości pacjentów i lekarzy związanych z terapią owrzodzeń żylnych. Proste testy diagnostyki obrazowej, jak USG Duplex, już na poziomie podstawowej opieki medycznej mogą skrócić okres leczenia i doprowadzić do zagojenia rany poprzez wyodrębnienie właściwej grupy pacjentów już na wczesnym etapie terapii.

Konieczna jest silniejsza współpraca interdyscyplinarna w tej materii między ośrodkami, do których trafiają pacjenci z takimi schorzeniami, oraz rozpowszechnianie wiedzy na temat możliwości, jakie daje leczenie zabiegowe u pacjentów z CVI C6 spowodowaną niewydolnością żylną.

## Oświadczenia

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Praca nie uzyskała finansowania zewnętrznego.

Zgoda Komisji Bioetycznej nie jest wymagana.

## Piśmiennictwo

- Raju S, Neglén P. Clinical practice. Chronic venous insufficiency and varicose veins. *N Engl J Med* 2009; 360: 2319–2327. DOI: 10.1056/NEJMcp0802444.
- Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2014; 130: 333–346. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898.
- Santler B, Goerge T. Chronic venous insufficiency – a review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. *J Dtsch Dermatol Ges* 2017; 15: 538–556. DOI: 10.1111/ddg.13242.
- Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167–173. DOI: 10.1002/bjs.1800810204.
- Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 149–153. DOI: 10.1136/jech.53.3.149.
- Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L i wsp. Chronic venous disorders of the leg: epidemiology, outcomes, diagnosis and management. Summary of an evidence-based report of the VEINES task force. *Venous Insufficiency Epidemiologic and Economic Studies*. *Int Angiol* 1999; 18: 83–102.
- Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. *Am J Prev Med* 1988; 4: 96–101.
- Scott TE, LaMorte WW, Gorin DR, Menzoian JO. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case-control study. *J Vasc Surg* 1995; 22: 622–628. DOI: 10.1016/s0741-5214(95)70050-1.
- Fowkes FG, Lee AJ, Evans CJ i wsp. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 846–852. DOI: 10.1093/ije/30.4.846.
- Sadick NS. Predisposing factors of varicose and telangiectatic leg veins. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 883–886. DOI: 10.1111/j.1524-4725.1992.tb02921.x.
- Sopata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran*. *Leczenie Ran* 2020; 17: 1–21. DOI: <https://doi.org/10.5114/lr.2020.96820>.
- Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD i wsp. Chronic venous disease. *N Engl J Med* 2006; 355: 488–498. DOI: 10.1056/NEJMra055289.
- Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M i wsp.; American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease, Council on Clinical Cardiology, and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. The postthrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 130: 1636–1661. DOI: 10.1161/CIR.000000000000130.
- Kaczmarek S. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Wpływ różnych metod leczenia na gojenie i jakość życia pacjentów z owrzodzeniem żylnym goleni. *Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyni Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*. Dostępne na: <https://docplayer.pl/23931166-Wplyw-roznych-metod-leczenia-na-gojenie-i-jakosc-zycia-pacjentow-z-owrzodzeniem-zylnym-goleni.html>.
- Obermayer A, Garzon K. Identifying the source of superficial reflux in venous leg ulcers using duplex ultrasound. *J Vasc Surg* 2010; 52: 1255–1261. DOI: 10.1016/j.jvs.2010.06.073.
- Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC i wsp.; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011; 53 (5 Suppl): 2S–48S. DOI: 10.1016/j.jvs.2011.01.079.
- De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T i wsp. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2022; 63: 184–267. DOI: 10.1016/j.ejvs.2021.12.024.
- Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H i wsp. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs – UIP consensus document. Part I. Basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31: 83–92. DOI: 10.1016/j.ejvs.2005.07.019.
- Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011; 8: 59–80.
- Felty CL, Rooke TW. Compression therapy for chronic venous insufficiency. *Semin Vasc Surg* 2005; 18: 36–40. DOI: 10.1053/j.semvascsurg.2004.12.010.
- Adhikari A, Criqui M, Wooll V i wsp. The epidemiology of chronic venous diseases. *Phlebology* 2000; 15: 2–18.
- Venermo M, Saarinen J, Eskelinen E i wsp.; Finnish Venous Study Collaborators. Randomized clinical trial comparing surgery, endovenous laser ablation and ultrasound-guided foam sclerotherapy for the treatment of great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 2016; 103: 1438–1444. DOI: 10.1002/bjs.10260.
- Cai PL, Hitchman LH, Mohamed AH i wsp. Endovenous ablation for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 7: CD009494. DOI: 10.1002/14651858.CD009494.pub3.
- Alavi A, Sibbald RG, Phillips TJ i wsp. What's new: Management of venous leg ulcers: Treating venous leg ulcers. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 643–664; quiz 665–6. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.03.059.
- Lim CS, Baruah M, Bahia SS. Diagnosis and management of venous leg ulcers. *BMJ* 2018; 362: k3115. DOI: 10.1136/bmj.k3115.