

PRACE ORYGINALNE

Andrzej Kwolek, Agnieszka Orzeł, Greta Czarnecka, Agnieszka Wojtyna,
Magdalena Szydełko, Małgorzata Majka

Przewlekła niewydolność żylna u pacjentów po udarze mózgu

Z Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie
Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Przewlekła niewydolność żylna [PNŻ] jest to utrwalone zaburzenie odpływu krwi żyłami powierzchownymi i głębokimi kończyn dolnych.

Celem badania jest określenie częstości występowania i stopnia nasilenia PNŻ u pacjentów oddziału rehabilitacji, wpływu kompleksowej rehabilitacji na przebieg choroby oraz zależności pomiędzy występowaniem PNŻ, a płcią i innymi schorzeniami.

Material i metody: *W badaniu wzięło udział 244 pacjentów (112 kobiet, 132 mężczyzn). Pacjentów podzielono na dwie grupy: pacjentów po udarze mózgu oraz pozostałych pacjentów leczonych w oddziale rehabilitacji. Każdego pacjenta badano w pierwszym i ostatnim dniu hospitalizacji: oceniano czynniki ryzyka PNŻ, mierzono obwody kończyn dolnych 5 cm nad kostką przyśrodkową oraz w najszerszym obwodzie podudzia, określono stopień zaawansowania przewlekłej niewydolności żylniej, wykorzystując klasyfikację kliniczną skali CEAP.*

Wyniki: *Z przeprowadzonych badań wynika, że częstość PNŻ u pacjentów oddziału rehabilitacji jest wysoka, wynosi średnio 74,5% i jest znacznie wyższa niż w populacji ogólnej – 42 %. PNŻ występuje częściej u kobiet, pacjentów po udarze mózgu, ze schorzeniami narządu ruchu, chorobami serca, nadciśnieniem tętniczym. Pacjenci oddziału rehabilitacji stanowią grupę wysokiego ryzyka wystąpienia PNŻ. W wyniku wczesnej i kompleksowej rehabilitacji uzyskano zmniejszenie objawów PNŻ oraz dolegliwości subiektywnych*

Wnioski: *Wczesna i kompleksowa rehabilitacja zmniejsza w znacznym stopniu objawy PNŻ.*

Brak wczesnej diagnostyki, profilaktyki i leczenia może doprowadzić do powikłań, obniżyć jakość życia chorego lub być przyczyną długotrwałej absencji w pracy. Warto więc prowadzić szeroką edukację zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów.

Słowa kluczowe: *przewlekła niewydolność żylna, udar mózgu, rehabilitacja*

Chronic vein insufficiency (CVI) in patients after stroke

Chronic vein insufficiency (CVI) is a disturbance of blood outflow through the superficial and deep veins in lower limbs.

The aim of the study is estimation of frequency and the advance in chronic vein insufficiency in patients in Rehabilitation Ward. We estimated also the influence of complex rehabilitation on progress of disease and dependence between occurrence of CVI and sex and other diseases.

Material and methods: *We examined 244 patients (112 female and 132 male). Patients were divided into two groups: patients after stroke and the other patients treated in rehabilitation ward. Each patient was examined on first and last day of hospitalisation: we estimated risk factors of CVI and we also measu-*

red circumference of lower limb 5 cm above medial ankle and widest circumference of calf. We also estimated the degree of advance of CVI using clinical classification of CEAP scale.

Results: Based on the study results that frequency of CVI in patients of rehabilitation ward is high, it is estimated on 74,5% and it is a considerably higher than in general population – 42%. CVI occurs more often in patients with stroke, cardiac disorders, hypertension. In the study there was found correlation between frequency of CVI and sex. The average level of CVI in patients after stroke is higher (1.88) than the other group of patients (1.21). Due to the complex rehabilitation we obtain reduce of circumference of lower limb and lowering of patients complaints.

Conclusions: Early and complex rehabilitation reduces in large range symptoms of CVI.

The lack of early and diagnosis prophylaxis and treatment can cause severe complication and lower quality of patients life. It is worth to carry wide education about CVI among doctors and patients.

Key words: chronic vein insufficiency, stroke, rehabilitation

Przewlekła niewydolność żylna [PNŻ] jest to utrwalone zaburzenie odpływu krwi żyłami powierzchownymi i głębokimi kończyn dolnych. Objawia się uczuciem ciężkości nóg, bólem zlokalizowanym wzdłuż przebiegu żyły, parestezjami, zespołem niespokojnych nóg, kurczami nocnymi, świądem. Może prowadzić do powstawania samostannych wylewów podskórnych, obrzęków, żyłaków, zmian troficznych skóry, zakrzepicy żyłnej oraz owrzodzeń [1]. Około 40% społeczeństwa odczuwa dolegliwości związane z żyłakami kończyn dolnych [4]. Chorobowość dla wszystkich typów zmian żyłakowych określana jest na 12–46% w przypadku mężczyzn (M) i 25–58% u kobiet (K). W populacji europejskiej wynosi 25–33% wśród K i 10–20% wśród M. [1, 2, 3]. Według autorów polskich PNŻ występuje u 47% K oraz 37% M [1, 4, 5]. Objawy związane z żyłakami stwierdza się u 50–55% dorosłych K i 40–50% M, u ponad 80% populacji występuje żyłakowatość siateczkowa lub teleangiektazje. Głównymi czynnikami ryzyka występowania PNŻ są: wiek, płeć żeńska, predyspozycje rodzinne, ciąża i duża liczba porodów, praca w pozycji stojącej, a także długotrwałe siedzenie. [1, 2, 3, 6, 7].

CEL PRACY

Celem badania jest określenie u wszystkich pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem chorych po udarze mózgu, częstości występowania i stopnia nasilenia przewlekłej niewydolności żyłnej w zależności od płci i strony niedowładów oraz ocena wpływu kompleksowej rehabilitacji na zmniejszenie objawów PNŻ w zależności od płci i czasu, jaki upłynął od wystąpienia epizodu udarowego, a także zależności pomiędzy występowaniem PNŻ a schorzeniami narządu ruchu, chorobami serca, nadciśnieniem tętniczym i predyspozycjami genetycznymi.

MATERIAŁ I METODY

Do badania zakwalifikowano 244 pacjentów (112 K, 132 M) w wieku 17–88 lat hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji, którzy wyrazili świadomą ustną zgodę na uczestnictwo w badaniu i mogli wykonywać polecenia osób wykonujących badanie. Pacjentów podzielono na dwie grupy: badaną i kontrolną. Pierwszą grupę stanowili pacjenci po przebytych udarach mózgu, ogółem 114 osób o średniej wieku 63,5, w tym 43 kobiety o średniej wieku 64,7 (17–88 lat) i 71 mężczyzn o średniej wieku 62,8 lata (25 – 86 lat). Wśród pacjentów po udarze mózgu z niedowładem prawostronnym było 54 pacjentów (20 K, 34 M), z niedowładem lewostronnym 60 (23 K, 37 M). Pacjentów po udarze podzielono w zależności od czasu od wystąpienia udaru – za udar świeży uznano udar do 6 miesięcy od zachorowania, udar stary powyżej 6 miesięcy od zachorowania. Grupę kontrolną stanowili pozostali pacjenci rehabilitowani w tym okresie w oddziale z innych powodów niż udar – ogółem 130 pacjentów: 69 kobiet w wieku 19–82 (średnia wieku 56,7), 61 mężczyzn w wieku 16–80 (średnia wieku 48,0) (tabela 1)

U wszystkich badanych określono stopień zaawansowania przewlekłej niewydolności żyłnej, wykorzystując skalę CEAP, która obejmuje 6 stopni:

- 0 – bez widocznych lub wyczuwalnych palpacyjnie objawów choroby żył
- 1 – występowanie teleangiektazji i żył siatkowatych
- 2 – obecność żyłaków
- 3 – obrzęk bez zmian skórnych
- 4 – obecność zmian troficznych (przebarwienia, wypryski, lipodermatosclerosis)
- 5 – zmiany skórne z zagojonym owrzodzeniem
- 6 – zmiany skórne z czynnym owrzodzeniem

W badaniu podmiotowym uwzględniano czynniki ryzyka: wiek, płeć, rodzinne występowanie

TABELA 1. Charakterystyka badanych grup pacjentów

	Liczba pacjentów	Pacjenci z udarem		Niedowład prawostronny	Niedowład lewostronny	Pozostali pacjenci	
		liczba	średnia wieku			liczba	średnia wieku
Ogółem	244	114	63,5	54	60	130	52,6
Kobiety	112	43	64,7	20	23	69	56,7
Mężczyźni	132	71	62,8	34	37	61	48,0

TABELA 2. Średnie wartości CEAP u badanych pacjentów

	Pacjenci z udarem			Grupa kontrolna
	Ogółem	Niedowład lewostronny	Niedowład prawostronny	
Ogółem	1,88	2,04	1,73	1,21
Kobiety	2,07	2,55	1,65	1,51
Mężczyźni	1,76	1,74	1,78	0,87

TABELA 3. Zależność pomiędzy stopniem niewydolności żylniej określanym przy pomocy klinicznej klasyfikacji CEAP a schorzeniami współistniejącymi

	Pacjenci po udarze		Grupa kontrolna	
	CEAP 0-1	CEAP 2-6	CEAP 0-1	CEAP 2-6
Choroby serca	40,0%	67,0%	10,5%	54,0%
Nadciśnienie tętnicze	59,0%	80,0%	18,0%	71,0%
Predyspozycje genetyczne	21,0%	68,0%	38,0%	73,0%
Choroby stawów	13,0%	56,0%	20,0%	74,0%

PNŻ, schorzenia współistniejące (choroby serca, nadciśnienie tętnicze, choroby stawów, cukrzyca) oraz dolegliwości subiektywne (kurcze nocne, mrowienia, parestezje, uczucie ciężkości i ból kkd). Przy przyjęciu i przy wypisie dokonywano pomiaru obwodów kończyn dolnych przy pomocy centymetra: 5 cm nad kostką przyśrodkową i w najszerszym obwodzie podudzia w pozycji leżącej o jednakowej porze dnia z dokładnością do 0,5 cm.

WYNIKI

Występowanie PNŻ w badanej grupie pacjentów stwierdzono średnio u 74,5% (83% kobiet i 66% mężczyzn). W grupie pacjentów po udarze PNŻ występowała u 86,5% K i 77,5% M (średnio 82%). W grupie kontrolnej u 81% K i 54% M (średnio 67,5%). U pacjentów po udarze stwierdzono wyższy stopień CEAP (śr. 1,88) niż w grupie kontrolnej (śr. 1,21), przy czym większą wartość średniej CEAP osiągały kobiety w obu badanych grupach (2,07 po udarze, 1,51 w grupie drugiej). Największą wartość średniej CEAP osiągały kobiety z niedowładem lewostronnym (2,55), natomiast u mężczyzn wartości średniej CEAP były

porównywalne w niedowładzie lewo-/ prawostronnym (tabela 2).

Zależność pomiędzy stopniem niewydolności żylniej określanym przy pomocy klinicznej klasyfikacji CEAP a schorzeniami współistniejącymi przedstawiono w tabeli 3. U większości pacjentów stwierdzono współistnienie PNŻ i nadciśnienia tętniczego oraz chorób serca, zależność ta była większa w grupie pacjentów po udarze zarówno w początkowej, jak i bardziej zaawansowanej PNŻ. W grupie kontrolnej we wczesnym okresie PNŻ nadciśnienie tętnicze występowało rzadko, w wyższych stopniach CEAP częstość nadciśnienia tętniczego znacząco wzrastała. Zarówno u pacjentów po udarze, jak i w grupie kontrolnej stwierdzono małą zależność współistnienia cukrzycy we wczesnym stopniu PNŻ, zwiększała się ona w zaawansowanej PNŻ i była porównywalna dla obu grup. W obu grupach pacjentów istniała zależność pomiędzy PNŻ a uwarunkowaniami genetycznymi i występowaniem chorób stawów, częstość ta była wyższa w grupie kontrolnej i rosła wraz z zaawansowaniem PNŻ. Wysoki stopień CEAP osiągałi pacjenci z dużymi zmianami zwyrodnieniowymi kończyn dolnych, po alloplastyce

stawu biodrowego; zależność była bardziej nasiloną w grupie kontrolnej.

U osób hospitalizowanych do 6 miesięcy od wystąpienia epizodu udarowego największe zmniejszenie obwodu kończyn dolnych po minimum 3 tygodniach kompleksowej rehabilitacji obserwowano u kobiet (K 30,5%, M 9,5%) z niedowładem lewostronnym zarówno po stronie niedowład, jak i po stronie zdrowej (K 33% i M 9,5%). U osób z niedowładem prawostronnym zmniejszenie obwodu kończyn dolnych było porównywalne niezależnie od strony ciała jak i płci (K 25% i M 28% po stronie niedowładnej, K 20,5% i M 23,5% po stronie zdrowej). W późnym okresie od wystąpienia udaru po zakończeniu rehabilitacji zmniejszenie obwodu było znacznie mniejsze niż u chorych rehabilitowanych do 6 miesięcy od wystąpienia epizodu udarowego. Największe zmiany obserwowano u mężczyzn po stronie zdrowej (niedowład lewostronny K 17%, M 27%, niedowład prawostronny K 7,5%, M 18,5%), minimalne po stronie niedowład (niedowład lewostronny K 6%, M 13,5%, niedowład prawostronny K 7,5% M 3%). W grupie kontrolnej po zakończeniu minimum 3-tygodniowej rehabilitacji obserwowano zmniejszenie obwodów o 38 – 44%. Nie zauważono istotnej różnicy w zmniejszeniu obwodów w zależności od płci i strony ciała.

Ustąpienie lub zmniejszenie dolegliwości subiektywnych po rehabilitacji zgłaszało 83% chorych (87% kobiet i 79% mężczyzn).

DYSKUSJA I WNIOSKI

Częstość występowania przewlekłej niewydolności żylniej u pacjentów oddziału rehabilitacji jest wysoka, wynosi średnio 74,5% i jest znacznie wyższa niż w populacji ogólnej – 42 % [3, 4, 6, 7]. Średni stopień CEAP u pacjentów po udarze był wyższy (1,88) w porównaniu z grupą kontrolną (1,21). Większa częstość i zaawansowanie PNŻ związane jest z dłuższym unieruchomieniem, słabszą ruchomością strony niedowładnej, brakiem działania „pompy mięśniowej”, jak również ze schorzeniami układu krążenia. Średni stopień CEAP zarówno w grupie pacjentów po udarze (2,07), jak i w grupie kontrolnej (1,51) jest wyższy u kobiet, co potwierdza podawane w literaturze dane dotyczące zależności występowania PNŻ od płci. Najwyższy średni stopień CEAP występuje u kobiet z lewostronnym niedowładem połowicznym (2,55) – tłumaczone jest to anatomicznymi uwarunkowaniami – skrzyżowanie dużych naczyń w miednicy utrudniające odpływ krwi żylniej (ucisk lewej żyły biodrowej wspólnej przez prawa

tętnicę biodrową wspólną) [7]. U większości pacjentów z PNŻ występowały też choroby serca lub nadciśnienie tętnicze, częściej w grupie pacjentów po udarze i w bardziej zaawansowanej PNŻ. W grupie kontrolnej wysoki stopień CEAP uzyskali pacjenci, u których PNŻ występuje w rodzinie oraz chorzy z zaawansowanymi schorzeniami układu ruchu, które ograniczały długoterminowo ogólną aktywność ruchową pacjentów. W stosunkowo krótkim czasie rehabilitacji uzyskano wymierne zmniejszenie wskaźnika PNŻ oraz znaczne zmniejszenie dolegliwości subiektywnych u większości pacjentów. W późnym okresie od wystąpienia udaru po zakończeniu rehabilitacji zmniejszenie obwodu było znacznie mniejsze niż u chorych rehabilitowanych do 6 miesięcy od wystąpienia epizodu udarowego. Dlatego też wczesna i kompleksowa rehabilitacja u pacjentów z grupy ryzyka wystąpienia PNŻ powinna stanowić kluczową rolę. Warto więc prowadzić szeroką edukację dotyczącą profilaktyki i leczenia PNŻ wśród lekarzy i pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Zapalski S., Oszkiniś G., *Ambulatoryjne leczenie chorób żył kończyn dolnych*, Via Medica Gdańsk 2001
2. Blanchemaison Ph. *Słownik flebologiczny*, Via Medica Gdańsk 1999
3. Fowkes F.G.R., *Chorobowość i czynniki ryzyka przewlekłej niewydolności żylniej*, Choroby żył – Servier 23
4. Ziaja T., Urbanek T., Biolik G., Ludyga T., *Przewlekła niewydolność żylna*, Materiały dydaktyczne – Servier
5. Adhikari A., Criqui M. H., Woll V., Deneberg J. O., i wsp. *The epidemiology of Chronic Venous Diseases*, Phlebology 2000, 15, 2
6. Donnelly R. London N.J.M, *ABC chorób tętnic i żył*, Via Medica Gdańsk 2002
7. Mackiewicz Z., *Przewlekła niewydolność żylna*, Medycyna Praktyczna Chirurgia 2000; 7, 27
8. Krasiniśki Z., Kotwicka M., Oszkiniś G., *Dzieciuchowicz Ł., Borkiewicz P., Waśko R., Badania nad patogenezą żyłaków pierwotnych kończyn dolnych*, Wiad. Lek. 1997; 50; 10
9. Callam M.J., *Epidemiology of varicose veins* Brit. J. Surg. 1994, 81, 167
10. Zapalski S. (red.) *Niewydolność układu żylnego kończyn dolnych*, Via Medica Gdańsk 1999
11. Jimenez Cossio J.A., *Epidemiology of chronic venous insufficiency*, Servier 1998
12. Rudowsky G., *Epidemiology and pathophysiology of primary varicose veins*. Landebeck. Arch. Chir. 1988; 2: 139
13. Eraus C. J., Fowkes F.G.R., Hajivassilion C.A., *Epidemiology of varicose veins*, Int. Angiology 1994; 13; 263–270
14. Jimenez Cossio J. A. *Diagnosis of chronic venous insufficiency*, Servier 1998