

Zakrzepica żył głębokich i zator tętnicy płucnej, czyli żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) to choroba cicha i podstępna. W 50% przypadków rozwija się bezobjawowo a może zabić człowieka w kilka sekund.

Składa się z dwóch elementów - zakrzepicy żył głębokich najczęściej dotyczącej kończyn dolnych i zatoru tętnicy płucnej, który w przeważającej liczbie przypadków jest powikłaniem zakrzepicy. Nieleczona zakrzepica prowadzi do zespołu pozakrzepowego żył, objawiającego się przebarwieniem skóry, nie gojącymi się owrzodzenia i wreszcie niewydolnością żylną. Powikłaniem zatoru tętnicy płucnej (ZTP) jest natomiast przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne, występujące u 1-3% chorych z przebyłym ZTP.

Mechanizm tej choroby jest tyleż prosty co groźny - w sprzyjających warunkach w naczyniach żylnych tworzą się skrzepliny, których oderwane fragmenty mogą powędrować z prądem krwi do tętnicy płucnej i spowodować natychmiastową śmierć człowieka. Powstania skrzepliny warunkują trzy okoliczności – zwolnienie przepływu krwi, uszkodzenie naczynia i zwiększona skłonność do krzepnięcia krwi.

W Polsce brak jest wiarygodnych badań epidemiologicznych, a w badaniach światowych jest wiele rozbieżności, ale szacuje się, że rocznie w krajach UE na ŻChZZ zapada 1.5 miliona osób, a z powodu zatoru tętnicy płucnej umiera 500 tys. Profesor Tomkowski uważa, że w Polsce ok. 150 tys. osób rocznie ma zakrzepicę żył głębokich i 45 tys. ludzi umiera z powodu zatoru płucnego. Prawidłowa diagnoza stawiana jest natomiast 30-40 razy rzadziej niż w krajach zachodniej

Objawy zakrzepicy żył głębokich.

Bóle nóg, różnica w ich obwodzie, obrzęk, napięta skóra, poszerzone żyły układu powierzchownego. Takie objawy ma 50% ludzi chorujących na zakrzepicę. Druga połowa nie ma żadnych objawów. Z drugiej jednak strony, to, że ktoś ma podobne objawy nie znaczy, że na zakrzepicę jest chory. Dlatego zawsze trzeba wykonać test, który potwierdzi chorobę.

Czynniki ryzyka ŻChZZ

Do najważniejszych czynników ryzyka należą: przebyta zakrzepicy żył głębokich lub zator tętnicy płucnej, wiek (ryzyko rośnie od 40 roku życia), trombofilie (wrodzone lub nabyte zmiany w składzie krwi związane ze zwiększonym ryzykiem powstawania skrzeplin w układzie żylnym), choroba nowotworowa, niewydolność krążenia, choroby płuc, choroby zapalne. Niebezpieczne jest także długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej w samolocie czy autobusie także w pozycji leżącej na przykład po zabiegu operacyjnym, lub uszkodzenie śródbłonna w czasie operacji. Podałem tylko niektóre czynniki ryzyka, a jest ich naprawdę wiele, dlatego najlepszą metodą oceny stopnia ryzyka zachorowania na zakrzepicę żył głębokich jest indywidualizowanie, przypisanie konkretnej osoby do grupy bardzo wysokiego, wysokiego, umiarkowanego i niskiego ryzyka. Polska Fundacja do Walki z Zakrzepicą pragnie oceniać ryzyko rozwoju ŻChZZ u wszystkich potencjalnych pacjentów.

Diagnostyka i leczenie ŻChZZ

Rozpoznanie choroby nie jest łatwe, bowiem typowe objawy zakrzepicy żył głębokich występują jedynie u połowy chorych. Podstawowym badaniem, które stosują specjaliści jest kompresyjne badanie ultrasonograficzne układu żył głębokich, a także oznaczenie stężenia we

krwi tzw. D-dimerów (prawidłowe stężenie D-dimerów pozwala na wykluczenie – z dużym prawdopodobieństwem - ŻChZZ).

Zakrzepicę leczy się w fazie wstępnej podawaniem przez 5-7 dni heparyny drobnocząsteczkowej, a w fazie przewlekłej (tzw. wtórna profilaktyka przeciwzakrzepowa), stosujemy doustne koagulanty (acenocoumarol, warfaryna). Taka taktyka terapii zmniejsza częstość nawrotów ŻChZZ. U części pacjentów w profilaktyce wtórnej podaje się także podskórnym – przewlekle - heparyny drobnocząsteczkowe, tym razem przez kilka miesięcy (do tej grupy należą chorzy, u których ŻChZZ wystąpiła w przebiegu choroby nowotworowej). Naukowcy są w trakcie poszukiwania leków, które byłyby skuteczne a nie powodowały – tak często jak aktualnie stosowane preparaty - powikłań krwotocznych.

Profilaktyka przeciwzakrzepowa

W wielu ośrodkach na oddziałach chirurgicznych szczególnie ortopedycznych jest zadowalająca. Polega na podskórnym wstrzykiwaniu pacjentom przed operacją heparyny drobnocząsteczkowej. Ponadto zakłada się im przed wszystkimi zabiegami chirurgicznymi pończochy o stopniowanym ucisku – niestety w naszym kraju zdecydowanie za rzadko. Stosuje się także (niestety w kilku zaledwie ośrodkach Polsce) tzw. mankiety do przerywanego pneumatycznego ucisku, wypełnione powietrzem, które uciskają sekwencyjnie różne części kończyny, zwiększając przepływ krwi i stężenie tkankowego aktywatora plazminogenu. Są to metody fizycznej profilaktyki przeciwzakrzepowej stosowane głównie w chirurgii. Profilaktyka przeciwzakrzepowa powinna być stosowana także na oddziałach niezabiegowych - internistycznych, neurologicznych, kardiologicznych, gastrologicznych - wszędzie tam gdzie występuje element całkowitego lub częściowego unieruchomienia pacjenta. W dyscyplinach niezabiegowych częstość wystąpienia zakrzepicy żył głębokich i zatoru płucnego wcale nie jest mniejsza niż na chirurgii. Niestety, jest to rzadkość nawet w krajach zachodniej Europy, nie mówiąc o Polsce. A szkoda, bowiem na tych właśnie niezabiegowych oddziałach pacjenci mają rzadko objawy zakrzepicy żył głębokich, natomiast często umierają z powodu zatoru tętnicy płucnej, który jest w tym przypadku jedynym i ostatecznym objawem tej chorób.