

- Owrzodzenie żylakowe – rana zlokalizowana najczęściej na podudziu, występująca przy istniejących żylakach kończyn dolnych i będące następstwem przewlekłej niewydolności żylniej.
- Likwidacja żylaków pozwala na szybkie wyleczenie owrzodzenia. Owrzodzenia żylakowe leczy się miejscowo (stosując specjalne opatrunki) oraz przyczynowo (skleroterapia, zabieg chirurgiczny).
- W leczeniu miejscowym nie stosować Rivanolu (powoduje alergizację) i wody utlenionej (niszczy komórki nabłonkowe).

- Owrzodzenia podudzi są przewlekłą dermatozą, wymagającą stałego leczenia przez dermatologa i chirurga naczyniowego.
- W leczeniu miejscowym stosuje się maści i okłady, które mają za zadanie oczyścić owrzodzenie, a także pobudzić ziarninowanie i naskórkowanie w obrębie owrzodzenia.
- Leczenie ogólne natomiast ma na celu poprawić krążenie oraz zapobiegać obrzękom.
- Profilaktyką jest zoperowanie żyłaków podudzi i stosowanie zaopatrzenia ortopedycznego, takiego jak pończochy uciskowe czy specjalne opatrunki.
- Ważne jest wczesne wykrywanie tego typu zaburzeń i niedopuszczanie do powstania owrzodzeń żyłakowych.

- Owrzodzenia podudzi dotyczą 1 do 2% populacji i stanowią istotny problem powodujący znaczne dolegliwości i obniżenie jakości życia. Najczęstszą przyczyną owrzodzeń podudzi w okolicach kostek stanowią zaburzenia układu żylnego.
- Leczenie owrzodzeń żylnych podudzi jest długotrwałe i wymaga ścisłej współpracy pacjenta z chirurgiem naczyniowym.

# Patogeneza i patofizjologia żylnych owrzodzeń podudzi

- W patogenezie żylnego zapalenia skóry i owrzodzeń żylnych kluczowe znaczenie ma reakcja zapalna wyzwalana przez siły hemodynamiczne, takie jak nadciśnienie żyłne, zastój w krążeniu i zmienne wartości naprężeń ścinających.
- Reakcja zapalna ma charakter samonapędzający się, prowadząc ostatecznie do liposklerotycznej przebudowy skóry.
- U podstaw rozwoju przewlekłej niewydolności żyłnej leży nadciśnienie żyłne spowodowane refluksem krwi w następstwie niewydolności zastawek, niedrożności żył lub obydwu elementów łącznie

- Niewydolność żylna jest konsekwencją :
  - zmian anatomicznych,
  - zmian patofizjologicznych w mikrokrążeniu żylnym, które następnie niekorzystnie wpływa na mikrokrążenie w skórze i tkance podskórnej kończyn dolnych.
- Zmiany te mogą być spowodowane:
  - pierwotnymi zaburzeniami żylnymi pod postacią żylaków kończyn dolnych, które są wywołane przez niewydolność zastawkową,
  - osłabieniem ściany żyłnej
  - wzmożonym napływem krwi do układu powierzchownego.

# Mechanizmy odpowiedzialne za uszkodzenie zastawek oraz niekorzystną przebudowę ściany żyłnej

- aktywacja procesów zapalnych - udział wiele typów mediatorów stanu zapalnego i czynników wzrostu,
- proces zapalny toczący się w ścianie żył i w zastawkach żylnych,
- postępujące uszkodzenie i niewydolność zastawkową
- Proces nasila się samoistnie, powoduje zaburzenia przepływu żylnego, co z kolei zwiększa proces zapalny, powstaje refluks w układzie żylnym powierzchownym, głębokim lub obydwu.

# Nadciśnienie i zastój w mikrokrążeniu

- prowadzą do adhezji, migracji i aktywacji leukocytów (tzw. pułapka leukocytarna), fibrynogenu, alfa-makroglobuliny i erytrocytów.
- dochodzi do uszkodzenia mikrokrążenia, do nadmiernej przepuszczalności włośniczek.
- produkty degradacji wynaczynionych molekuł działają chemotaktycznie i zapoczątkowują proces zapalny powodując wzrost migracji leukocytów przez uszkodzony śródbłonek
- nadciśnienie żyłne i mediatory zapalenia uszkadzają barierę włośniczkową, powstają mikroobrzęki – obrzęk kończyn i upośledzenie odżywiania tkanek (zmiany troficzne: przebarwienia, zapalenie tkanki podskórnej, owrzodzenie podudzi).

# Zespół pozakrzepowy

- Jeden z głównych przyczyn powstawania owrzodzeń podudzi.
- Są to późne następstwa zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych objawiające się występowaniem obrzęków i bólami goleni, żylakami wtórnymi, przebarwieniami i wypryskami skóry oraz owrzodzeniami w dolnej części goleni.
- To najczęstsza forma zaawansowanej wtórnej niewydolności żyłnej
- Większość chorych podaje w wywiadzie przebytą zakrzepicę żył głębokich.
- Do rozwoju zespołu pozakrzepowego dochodzi w czasie od 2 do 10 lat po jej wystąpieniu.
- Istotą choroby jest wtórna niewydolność żył łączących i refluks z układu głębokiego do powierzchownego



# Typy zespołu pozakrzepowego

- z przewagą refluku
- niedrożność w układzie żylnym
- Rozpoznanie opiera się na danych z wywiadu i obrazu klinicznego.
- Badanie ultradźwiękowe jest wystarczające do potwierdzenia rozpoznania.
- W razie wątpliwości co do oceny drożności żył goleni, należy wykonać flebografię wstępującą

# Owrzodzenie żyłne

- owrzodzenie związane z niewydolnością żył przeszywających, powierzchownych i głębokich, względnie ich kombinacją.
- Stosowany dawniej termin owrzodzenia pozakrzepowego (zespołu pozakrzepowego) praktycznie wyszedł już z użycia, ponieważ wielu chorych z przewlekłą lipodermatosklerozą i owrzodzeniem okolicy kostek nie podjęto w wywiadzie przebytej zakrzepicy żył głębokich.
- Pojęcie owrzodzenia żylnego jest pojęciem szerszym, obejmującym różne przyczyny.
- U chorych refluksowi w żyłach głębokich towarzyszy zwykle niewydolność żył przeszywających, a często również refluks żył powierzchownych.
- U około połowy chorych przyczyną owrzodzeń jest izolowana niewydolność żył powierzchownych

# Owrzodzenia niedokrwienne

- Wiele owrzodzeń podudzi ma etiologię niedokrwienne.
- Występują zarówno na powierzchni samych podudzi, ale najczęstszą lokalizacją jest stopa.
- Na stopie owrzodzenia mogą występować na powierzchni palców i przodostopia, zwykle na podłożu sinej i wykazującej cechy zagrażającej martwicy skóry.
- Innym częstym umiejscowieniem, zwłaszcza u chorych leżących jest pięta.
- Owrzodzenia niedokrwienne można też spotkać na grzbiecie stopy i na przedniej powierzchni podudzia, mogą one swoim położeniem w okolicy nad kostką przyśrodkową lub boczną naśladować owrzodzenia żyłne.

# Owrzodzenia o mieszanej etiologii tętniczo-żylnej

- Owrzodzenia okolicy kostek, powstałe w wyniku nakładającej się niewydolności tętniczej i żylniej nie należą do rzadkości.
- Nierozpoznanie niedokrwiennego charakteru owrzodzenia może przyczynić się zarówno do stosowania nieskutecznej wielomiesięcznej lub nawet wieloletniej terapii, jak i do istotnego pogorszenia stanu chorego, zwłaszcza w przypadku ciężko niedokrwionej kończyny.
- Należy przywiązywać wagę do oceny układu tętniczego u chorych z owrzodzeniami podudzi, zwłaszcza przed rozpoczęciem intensywnej terapii uciskowej.

# Owrzodzenia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (rzs) i innych zapaleniach naczyń

- Trudności w rozpoznaniu etiologii owrzodzeń na tle chorób zapalnych pojawiają się wtedy, kiedy owrzodzeniu nie towarzyszą żadne inne ewidentne cechy zapalnej choroby naczyń (rzs, twardzina, guzkowe zapalenia tętnic).
- Są to zwykle owrzodzenia płytkie, często mnogie i występują na tylnej i bocznej powierzchni podudzia, nierzadko jednak w okolicy kostek, gdzie przypominają do złudzenia owrzodzenia żyłne.
- Istotną różnicą w porównaniu z owrzodzeniami żyłnymi jest brak zmian lipodermatosklerotycznych otaczającej skóry.

# Owrzodzenia nowotworowe

- to przewlekłe i najczęściej nieodwracalne zmiany spowodowane miejscowym rozwojem nowotworu.
- Występują w postaci:
  - guzowatych nacieków,
  - drążących ran i przetok (przetoka to nieprawidłowe wytworzone w warunkach chorobowych połączenie pomiędzy jamami ciała lub pomiędzy jamami ciała a skórą).

Występują u około 10% chorych leczonych onkologicznie, u których terapia przyczynowa nie powoduje zahamowania tempa ich rozwoju.

Owrzodzenia i przetoki nowotworowe najczęściej występują w przebiegu nowotworów zlokalizowanych w jamie ustnej, krtani, przełyku, oskrzelach, gruczole piersiowym, sromie, szyjce macicy, jajniku, odbytnicy.

# Pielęgnacja i objawowe leczenie rany nowotworowej

- należy precyzyjnie określić cechy fizyczne rany – rozległość, głębokość, obecność, jakość i ilość wysięku, odór, obecność i ilość martwicy, skłonności do krwawień, obrzęk.
- Stan skóry otaczającej ranę, lokalizacja – to czynniki, których ocena jest pomocna w zaplanowaniu dalszego postępowania, należy przeprowadzić wywiad dotyczący obecności, charakteru i natężenia bólu oraz informacje dotyczące dotychczasowego postępowania.
- W przypadku owrzodzeń pochodzenia nowotworowego istnieje mała szansa na wyleczenie, gdy terapia przyczynowa nie poprawi stanu owrzodzenia pozostaje

# Metody leczenia zachowawczego:

- kompresjoterapia o stopniowanym ucisku: bandaże lub podkolanówki uciskowe
- leki poprawiające przepływy w krążeniu kończyn dolnych
- leki działające miejscowo przeciwzapalnie i przeciwświądowo
- opatrunki dopasowane do rodzaju rany i przyspieszające gojenie
- leki przeciwzakrzepowe



- Metody leczenia zabiegowego:
  - ablacja niewydolnych pni żylnych laserowa, radiowa lub parą wodną
  - skleroterapia piankowa niewydolnych żył przeszywających
  - oczyszczenie rany
- Metody leczenia operacyjnego:
  - operacyjne usunięcie niewydolnych pni żylnych
  - operacyjne podwiązanie niewydolnych perforatorów żylnych
  - rekonstrukcje w zakresie układu żył głębokich
  - chirurgiczne wycięcie owrzodzenia i przeszczep skóry