

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa w praktyce lekarza rodzinnego

Piotr Gutknecht¹,
Grażyna Łuszczynska-Nitka²,
Janusz Siebert¹

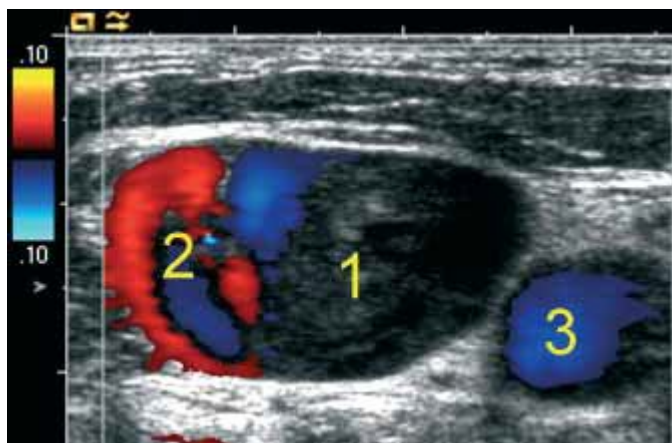
1. Międzyuczelniane Uniwersyteckie Centrum
Kardiologii, Katedra Medycyny Rodzinnej,
Akademia Medyczna w Gdańsku

2. Katedra i Zakład Radiologii, Akademia
Medyczna w Gdańsku

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1897–3590

Źródło: <http://czasopisma.viamedica.pl/fmr/article/download/10291/8791>

(...) „W skład pojęcia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej wchodzi zakrzepica żył głębokich oraz zatorowość płucna, która występuje najczęściej jako jej następstwo (ryc. 1)



Rycina 1— skrzeplina częściowo wypełniająca światło żyły udowej powierzchownej; 2 — brzoźnię zachowany przepływ; 3 — tętnica udowa

(...) Zapadalność wzrasta wraz z wiekiem od 0,25/1000/rok u osób poniżej 40. roku życia do około 3/1000 osób/rok w wieku 85–89 lat [1]. Wykrywalność choroby zakrzepowo-zatorowej określa się jako zbyt późną, co wiąże się z poważnymi komplikacjami i powikłaniami u pacjentów. Śmiertelność z powodu zatorowości płucnej spowodowanej zakrzepicą żył głębokich wynosi 15–25% [7].

PATOGENEZA

W 1856 roku niemiecki patolog Rudolf Virchow opisał 3 podstawowe czynniki odpowiedzialne za powstawanie zakrzepicy żyłnej:

- uszkodzenie ściany naczynia;
- zwolnienie przepływu krwi;
- zmiany składu krwi.

Do uszkodzenia ściany naczynia może dojść w przebiegu urazu, zabiegu chirurgicznego, nacieku nowotworowego lub niedotlenienia komórek.

W dystalnych częściach kończyn dolnych przepływ krwi jest wolniejszy i dlatego właśnie tam dochodzi najczęściej do powstania zakrzepu. Turbulentny przepływ krwi w okolicy uszkodzenia naczynia powoduje osadzanie się i zlepianie się płytek krwi. Przewaga czynników inicjujących wykrzepianie nad inhibitorami krzepnięcia powoduje uruchomienie kaskady krzepnięcia i w następstwie powiększanie się zakrzepu, składającego się głównie z fibryny, płytek krwi i krwinek czerwonych, który zmniejsza światło naczynia lub całkowicie je zamyka, uniemożliwiając przepływ krwi i powodując objawy niewydolności żyłnej. Do powstania zakrzepicy zazwyczaj wystarcza wystąpienie dwóch czynników z trzech wymienionych przez Virchowa.”

(...) „**Ultrasonografia żył kończyn dolnych**

Ultrasonograficzny test uciskowy, jako badanie powszechnie dostępne i nieinwazyjne, jest najczęściej stosowaną metodą diagnostyczną. Polega on na ucisku żyły podkolanowej i udowej za pomocą głowicy USG. Drożne naczynie zapada się pod wpływem ucisku, a uwidocznienie skrzepliny w świetle żyły pozwala rozpoznać zakrzepicę. Standardy w Stanach Zjednoczonych zalecają wykonanie dodatkowo USG z kolorowym obrazowaniem przepływu i jego oceną metodą dopplerowską (dupleks Doppler). Jeśli podejrzewa się, że skrzeplina może być w żyłach goleni, to test należy powtórzyć po tygodniu, ze względu na jego mniejszą czułość”.