

FLEBOLOGIA

Pacjent z miażdżycą na obwodzie i chorobą żylną

Niezdrowa dieta, stres, niska aktywność fizyczna, nadmierne spożycie alkoholu, nikotynizm, który dotyczy aż 30 proc. dorosłej populacji – to główne czynniki sprzyjające rozwojowi zespołu metabolicznego, zaburzenia będącego plagą XXI wieku. Pacjent z zespołem metabolicznym to zazwyczaj osoba otyła, z większym ryzykiem rozwoju wielochorobowości, w tym cukrzycy, dyslipidemii, stłuszczeniowej choroby wątroby, choroby nerek i chorób sercowo-naczyniowych.

Otyłość jako jedna z głównych przyczyn wielu chorób staje się zjawiskiem coraz bardziej powszechnym. Jak zauważa prof. dr hab. n. med. Filip M. Szymański, kierownik Katedry Chorób Cywilizacyjnych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, zasadniczym problemem jest to, że pacjent metaboliczny z wielochorobowością to chory niezidentyfikowany z perspektywy diagnozy i zainicjowanego leczenia.

– Patrząc na chorego, który wchodzi do mojego gabinetu i ma cechy pacjenta metabolicznego, mogę prawie na 100 proc. powiedzieć, że będzie on miał miażdżycę na obwodzie i niewydolność żylną. Z tym zwykle idzie w parze stłuszczeniowa choroba wątroby, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia i wiele innych chorób. Niestety, takich pacjentów będziemy mieć coraz więcej – mówi ekspert.

Pacjent metaboliczny to pacjent naczyniowy

Czynniki ryzyka związane z niezdrowym trybem życia, tj. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu czy niewłaściwa dieta, mają negatywny wpływ na śródbłonek naczyniowy i glikokaliks i predysponują zarówno do rozwoju patologii tętniczej, jak i patologii żylnych. Pacjent metaboliczny, z otyłością i wielochorobowością, jest też prawie zawsze pacjentem naczyniowym – z większym ryzykiem rozwoju niewydolności żylnych (peripheral vascular disease – PVD) lub tętniczej (peripheral artery disease – PAD), powikłań zakrzepowo-zatorowych – od zakrzepicy żył głębokich po niebezpieczną dla zdrowia i życia zatorowość płucną.

– Według jednej z kampanii amerykańskich towarzystw naczyniowych pacjent naczyniowy ma z jednej strony niewydolność żylną, a z drugiej strony niewydolność tętniczą. Jak podejść do tego praktycznie? Odpowiedź nie jest prosta, bo jeżeli ten pacjent będzie miał obrzęk, to z jednej strony będzie on związany z niewydolnością żylną, a z drugiej z nieoptymalnym leczeniem niewydolności serca. Co ważne, ten pacjent będzie miał również dolegliwości bólowe. Dlaczego one występują? W przypadku pacjenta z miażdżycą pojawia się problem z dostarczeniem tlenu do tkanek, z kolei u pacjenta z niewydolnością żylną – pro-

blem z powrotem krwi nieutlenowanej – wyjaśnia ekspert.

– Jak możemy rozpoznać, czy mamy do czynienia z PVD czy z PAD? W przypadku PAD pacjent skarży się na takie objawy, jak ostry ból łydek, blade stopy i palce albo czarne strupy, okrągłe, czerwone rany, słaby puls i co za tym idzie – zimne nogi. Przy PVD puls jest szybszy, nogi cieplejsze, pojawiają się na nich obrzęki, rany o nieregularnym kształcie, kostki mają żółte lub brązowe zabarwienie, występuje ból, w tym przypadku tępy. Niezależnie od tego, czy u pacjenta występuje komponent żylny czy tętniczy, wymaga on leczenia – niewydolności żylnych, miażdżycy na obwodzie, ale również współchorobowości – zaznacza prof. Filip M. Szymański.

Potrzebne nowoczesne leczenie

Zasadnicze pytanie brzmi: jakimi lekami tego pacjenta leczyć? Jak wyjaśnia ekspert – najlepiej nowoczesnymi, plejotropowymi, które mają efekty dodatkowe, niewynikające z głównego mechanizmu działania leku.

– Należy każdemu pacjentowi dostosować indywidualnie terapię, która zadziałała nie tylko na patologię podstawową, ale pozwoli uzyskać efekt plejotropowy – przeciwzapalny, redukcję, hamowanie bądź regresję włóknienia – dodaje.

– W tym przypadku kluczowe okazują się leki poprawiające funkcję śródbłonna naczyniowego, np. sulodeksyd, statyny, dapa-gliflozyna, ezetymib, czy też leki blokujące układ renina-angiotensyna-aldosteron. Jeśli pacjent będzie odpowiednio wcześniej optymalizowany, w porę otrzyma skuteczne leczenie, chociażby sulodeksyd, to nie stwierdzimy u niego pojawienia się zakrzepicy żył głębokich, z czasem może zatorowości płucnej, a nawet udaru mózgu – wyjaśnia prof. Filip M. Szymański.

Czy mikrokrażenie ma znaczenie?

Niezależnie od tego, czy to jest punkt widzenia neurologa czy kardiologa, można uznać, że mikrokrażenie stanowi wspólny mianownik chorób żył i tętnic. Uszkadzają je te same czynniki ryzyka, które predysponują do powikłań makronaczyniowych. Na uszkodzenie mikrokrażenia szczególnie narażeni są chorzy z zespołem metabolicznym, osoby



Fot. archiwum

prof. Filip M. Szymański:
Sulodeksyd ma korzystny wpływ na redukcję powikłań zakrzepowo-

-zatorowych, zatorowości płucnej, zakrzepicy. Jego stosowanie może wydłużyć pacjentowi życie

też istotnym elementem terapii wspomagającej skierowanej na objawy składające się na zespół metaboliczny.

– Sulodeksyd ma korzystny wpływ na redukcję powikłań zakrzepowo-zatorowych, zatorowości płucnej, zakrzepicy, ale nie zwiększa ryzyka zgonu wtórnie chociażby do powikłań krwotocznych. W efekcie stosowanie sulodeksydu może wydłużyć pacjentowi życie. Poza tym, jak wykazują badania, jest on molekułą nie tylko skuteczną, lecz także bezpieczną – wyjaśnia ekspert

Sulodeksyd a COVID-19

Pacjent, który przeszedł infekcję wirusową – COVID-19, grypę czy RSV, na pewno będzie miał wtórnie do procesu zapalnego uszkodzony śródbłonek i zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych. W takiej sytuacji potrzebne są nowoczesne molekuly, które mają efekt przeciwwzakrzepowy, przeciwzapalny, zapobiegają uszkodzeniu śródbłonna i jednocześnie go odbudowują.

– Jeżeli takiemu pacjentowi, który jest chorym wysokiego ryzyka, ze współchorobowością, który ma niewydolność żylną i miażdżycę na obwodzie, podamy jeszcze przed zachorowaniem na COVID-19 m.in. sulodeksyd, w ramach profilaktyki przeciwkrzepliwej, to uzyska on zmniejszenie ryzyka zgonu. Zgodnie z wytycznymi Międzynarodowego Towarzystwa Zakrzepicy i Hemostazy (International Society on Thrombosis and Haemostasis – ISTH) sulodeksyd podany podczas infekcji COVID-19 zmniejsza ryzyko hospitalizacji. Tym, co mogą radzić lekarzom, do których trafia pacjent z nadwagą czy otyłością, jest zastanowienie się, czy zawsze uwzględniają u niego przyczynę dolegliwości bólowych kończyn dolnych. Czy uwzględniają niewydolność żylną, jako rozpoznanie, ale również jako wskazanie do modyfikacji dotychczasowej farmakoterapii? Uważam, że lekarz zawsze powinien pamiętać, aby pacjenta podczas każdej wizyty jeszcze raz ocenić i jeżeli jest taka potrzeba, modyfikować zastosowaną u niego farmakoterapię. Należy wybierać te leki, które mają dobry evidence basement, które są dobrze przebadane, a takim lekiem na pewno jest sulodeksyd – podsumowuje prof. Filip M. Szymański.

Agata Misiurewicz-Gabi