

Miejsce suplementów diety o działaniu flebotropowym w praktyce lekarskiej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością żylną

Nutritional venoactive supplements in clinical practice in patients with chronic venous insufficiency

Damian Ziąja

Zakład Fizjoterapii Katedry Fizjoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (Department of Physiotherapy, Silesian Medical University, Katowice, Poland)

Streszczenie

Suplement diety według wielu definicji i objaśnień to produkt, który ma uzupełniać niedobory normalnej diety. Zgodnie z obowiązującymi ustawami i rozporządzeniami, preparaty te dopuszczone do dystrybucji na terenie Rzeczypospolitej Polskiej muszą spełniać odpowiednie normy oraz sprostać określonym wymaganiom. Obecnie, wraz z rozwojem farmakologii oraz poszerzeniem wiedzy, nazwa „suplement diety” przestaje być tylko postrzegana jako coś, co ma uzupełnić niedobory. Coraz częściej produkty te stają się nieodzownym elementem w procesie leczniczym, na równi są wykorzystywane w terapii lub nawet zastępują stosowane wcześniej leki. Takim preparatem jest produkt sprzedawany pod postacią wygodnych w stosowaniu kapsułek. Forma kapsułki nie tylko poprawia komfort przyjmowania, ale także skraca czas wchłaniania w przewodzie pokarmowym. W skład preparatu wchodzi wyciąg z ruszczyka kolczastego (*Ruscus aculeatus*), hesperydyna oraz kwas L-askorbinowy. Preparat ten wykazuje działanie antyoksydacyjne, uszczelnia błonę wewnętrzną naczyń żylnych, działa przeciwzapalnie i immunostymulacyjnie. Głównym jednak efektem działania jest poprawa tonusu ściany naczyń żylnych oraz sprawności zastawek żylnych. Dlatego sprawdza się w leczeniu przewlekłej choroby żyłnej.

Słowa kluczowe: suplement diety, przewlekła niewydolność żylna, przewlekła choroba żylna, lek flebotropowy, flawonoidy

Chirurgia Polska 2014, 16, 1, 1–5

Abstract

The supplement of dietary according to many definitions and explanations is a product designed to complement the deficiency of a normal diet. In accordance with applicable laws and regulations, these preparations approved for distribution in Polish Republic must have been complied with the relevant standards and meet certain requirements. Nowadays, with the development of pharmacology and broadening of knowledge, the term “dietary supplement” ceases to be just seen as something that has to make up the shortfall. Increasingly these products have become an indispensable element in the treatment process on an equal footing are used in therapy or even replace the previously used drugs. Such a formulation is the product sold under the form of capsules for convenient application. The form of the capsule not only improves the quality of the reception, but also reduces the absorption time in the gastrointestinal tract. The supplement consists of: an extract of butcher’s broom (*Ruscus aculeatus*), hesperidin and L-ascorbic acid. This formulation exhibits antioxidant activity, seals the inner membrane blood vessel; anti-inflammatory and immunostimulatory. But the main effect is to improve the tonus of venous vessel wall and the efficiency of the venous valves. Therefore that product, works in the treatment of chronic venous disease.

Key words: dietary supplement, chronic venous insufficiency, chronic venous disease, venoactive drug, flavonoids

Polish Surgery 2014, 16, 1, 1–5

Suplement diety [1–5] według wielu definicji i objaśnień to produkt, który ma uzupełnić niedobory normalnej diety. Najczęściej dotyczy to niedoboru witamin, mikro- i makroelementów, ale także może dotyczyć białka, węglowodany, tłuszcze oraz inne substancje. Zgodnie z obowiązującymi ustawami i rozporządzeniami, preparaty te dopuszczone do dystrybucji na terenie Rzeczypospolitej Polskiej muszą spełniać odpowiednie normy oraz sprostać określonym wymaganiom [1–5].

Suplementy zazwyczaj produkowane są w postaci tabletek, kapsulek, syropów, zawiesin lub innych. Umożliwia to skondensowanie danej substancji oraz ułatwia aplikację. Dodatkowo suplementy mogą być wzbogacone o walory smakowe, które pomagają w podażu w najmłodszych grupach wiekowych.

W dzisiejszych czasach, kiedy odpowiednie zapotrzebowanie na poszczególne substancje jest dobrze znane, suplementy diety są specjalnie przygotowywane dla różnych grup ludności narażonych na brak konkretnego składnika diety. Jednym z najbardziej znanych przypadków jest proces jodowania soli. Dzięki zastosowaniu suplementów endemiczne występowanie wola występującego powszechnie wśród ludności zamieszkującej tereny górskie zostało znacznie ograniczone.

Obecnie, wraz z rozwojem farmakologii oraz poszerzeniem wiedzy, nazwa „suplement diety” przestaje być tylko postrzegana jako coś, co ma uzupełnić niedobory. Coraz częściej produkty te stają się nieodzownym elementem w procesie leczniczym, na równi są wykorzystywane w terapii lub nawet zastępują stosowane wcześniej leki. I niezależnie od tego, że są sprzedawane bez wymaganej recepty powinny być zalecane przez specjalistów w danej dziedzinie. Jednakże akurat w omawianym przypadku, preparaty o charakterze flebotropowym (poprawiające pracę układu żylnego) powinny podlegać szczególnej kontroli lekarskiej. Nie umniejszając znajomości tematu farmaceutom, wielokrotnie spotykamy się z brakiem fachowości oraz bezmyślnym stosowaniem tej samej substancji chemicznej przez wiele lat, która jest sprzedawana pod inną nazwą firmową. Dodatkowo, dochodzi do zwiększania dawek, kumulowania ich, co nie zawsze daje odpowiedni efekt leczniczy. Ostatecznie, na przykład po 3 latach przyjmowania tego samego leku, ale pod innymi nazwami, pacjent słyszy: „no to teraz to już Pan/Pani musi skorzystać z porady chirurga naczyniowego” („naczyniowca”).

Na szczęście, leki z grupy o charakterze flebotropowym, poza nielicznymi wyjątkami, są pochodzenia roślinnego, o niskim poziomie działań niepożądanych na organizm ludzki. Odpowiednie zalecenie ich przyjmowania może w znaczący sposób poprawić funkcjonowanie pacjentów z przewlekłą chorobą żylną, co można, a nawet należy, określić jako działanie lecznicze.

Takim preparatem jest suplement diety Cyclovena o działaniu flebotropowym. Preparat ten jest sprzedawany pod postacią wygodnych w stosowaniu kapsulek. Forma kapsułki nie tylko poprawia komfort przyjmowania, ale także skraca czas wchłaniania w przewodzie pokarmowym.

W skład opisywanego preparatu wchodzi:

- wyciąg z ruszczyka kolczastego (*Ruscus aculeatus*), rodzina myszoptochowatych — pochodzi z rejonu morza śródziemnego i choć jako roślina lecznicza jest mało znana, zdobywa coraz większą popularność szczególnie w flebologii; ekstrakt z kłącza zawiera wiele substancji z grupy saponin i flawonoidów, a te powodują zwiększenie tonusu ściany i zastawek żylnych oraz zwiększają elastyczność i sprawność działania; wyciąg wykazuje także działanie przeciwobrzękowe, przeciwzapalne oraz przeciwbólowe;
- hesperydyna [6] — należy do flawonoidów, wpływa korzystnie na szczelność naczyń żylnych, poprawia tonus, reguluje (zmniejsza adhezję) przepływ przyścienny elementów morfotycznych krwi;
- kwas L-askorbinowy — chyba najlepiej poznany związek chemiczny ze składu tego preparatu, wykazuje działanie antyoksydacyjne oraz uszczelnia błonę wewnętrzną naczyń żylnych; działa przeciwzapalnie i immunostymulacyjnie.

Skład preparatu zawiera więc to, co według lekarzy zajmujących się terapią objawów przewlekłej niewydolności żylną jest najważniejsze. Preparat jest dobrze wyselekcjonowany a dawka odpowiednio dobrana, co ma sprzyjać szybkiemu zmniejszeniu lub nawet ustąpieniu dokuczliwych objawów.

Przewlekła choroba żylna (dawna nazwa, ale powszechnie używana — przewlekła niewydolność żylna) stanowi zespół objawów związanych z upośledzeniem odpływu krwi z kończyn dolnych. Kończyny górne praktycznie nigdy nie są dotknięte tym problemem (istnieje kilka doniesień naukowych, ale tylko w nieznacznym stopniu dotyczą niniejszej publikacji). Przewlekła niewydolność żylna ze względu na częstość występowania zaliczana jest do chorób społecznych. Dostępne piśmiennictwo donosi, że około 60% populacji kobiet oraz 50% mężczyzn jest objętych tym procesem chorobowym [6, 7]. Dane dotyczące społeczeństwa polskiego klasyfikują się na niższym poziomie, ale i tak dotyczą nawet do 45% populacji (wg różnych źródeł), natomiast częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem [6, 7]. Jest to o tyle ważne, że obecna populacja Europy, w tym Polski, starzeje się. Czynniki, które także wpływają na nasilanie się objawów przewlekłej niewydolności żylnych są problemy socjalne i ekonomiczne. Przewlekła choroba żylna, jako termin medyczny, coraz częściej zastępuje termin przewlekła niewydolność żylna, ponieważ pod tym określeniem zawiera się cały zespół objawów: od niewydolnych zastawek żylnych, po patologię na poziomie mikrokrążenia oraz komórki śródbłonna żylnego. Układ żył kończyn dolnych podzielono na:

- układ żył głębokich;
- układ żył powierzchownych;
- układ żył przeszywających;
- mikrokrążenie.

Układ głęboki odprowadza z kończyny około 80% krwi, a powierzchowny 20% [8–11]. Przepływ krwi w ży-

łach przesywających w warunkach prawidłowych przebiega w kierunku od układu powierzchownego do głębokiego. Przewlekła niewydolność żylna może dotyczyć jednego lub wszystkich układów, ale nie należy traktować ich jako odrębnych jednostek, bowiem stanowią funkcjonalną całość.

Przewlekła niewydolność żylna to przede wszystkim zmiany na poziomie komórki śródbłonna. Wydzielane mediatory reakcji prozapalnych oraz adhezja leukocytów prowadzą do przebudowy ścian i zastawek w naczyniach żylnych. Naczynia objęte procesem zapalnym stają się mniej sprężyste, a w konsekwencji tracą właściwości prawidłowego funkcjonowania. Jest to początek kaskady kolejnych etapów choroby, które są odczuwane przez pacjenta jako narastanie dyskomfortu w kończynach dolnych. Upośledzona funkcja zastawek żylnych oraz ściany naczyń doprowadza do nadciśnienia żylnego, które w dalszym etapie, w szczególności gdy nie podejmuje się odpowiedniego leczenia, uszkadza siatkę mikrokrążenia. Zaburzenia przepływu na poziomie mikrokrążenia doprowadzają do złego funkcjonowania mięśni, natomiast upośledzone przewodnictwo nerwowe oraz zmiany skórne na poziomie kończyn dolnych dają świadectwo rozwoju choroby.

Inną przyczyną przewlekłej niewydolności żylniej jest utrudnienie odpływu z powodu przewężenia naczynia żylnego. Podłożem tego może być przebyty proces zakrzepowy [11], nowotworowe i następne zwężenie po radioterapii, ucisk z zewnątrz [ucisk prawej tętnicy biodrowej wspólnej na lewą żyłę biodrową wspólną (zespół Maya-Thurnera)] lub inna patologia utrudniająca odpływ (np. guz zapalny lub nowotworowy z czopem w świetle naczynia).

Najczęściej obserwowanym choć nie jedynym objawem przewlekłej niewydolności żylniej są żylaki kończyn dolnych. Pacjenci skarżą się na ból kończyn dolnych, obrzęki, skurcze nocne mięśni, uczucie ciężkości kończyn. Czasem objawom tym towarzyszy uczucie drętwienia kończyn oraz to, co dość często wprowadza w błąd lekarza — objaw marznięcia stóp (kojarzony głównie z miażdżycą tętnic kończyn dolnych). Dodatkowo pojawiają się teleangiektazje (potocznie nazywane pajęczkami). Nasilenie i wydłużanie się nielezonego procesu chorobowego prowadzi do kolejnych zmian:

- zmiany skórne występujące pod postacią stwardnienia skóry;
- hiperpigmentacja skóry;
- owrzodzenie żyłne.

Owrzodzenie żyłne, najczęściej zlokalizowane na poziomie goleni, może przebiegać pod postacią od małych płytkich otarć naskórka, aż po okrężne i rozległe, trudno gojące się rany. Charakter każdego owrzodzenia powinien być potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego w celu wykluczenia podłoża nowotworowego [9, 10].

Etiologia przewlekłej niewydolności żylniej obejmuje postać wrodzoną, pierwotną i wtórną. Ta pierwsza dotyczy zaburzeń związanych z rozwojem układu żylnego na etapie waskulogenezy w życiu płodowym i wczesno dziecięcym, czyli powstawania naczyń *de novo* z komó-

rek macierzystych (angioblastów). Dochodzi wtedy do niedorozwoju lub w ogóle do niewykształcenia (agenezy) struktur naczyniowych. Przykładem takich zaburzeń jest zespół Klippela-Trenaunaya, charakteryzujący się triadą objawów: żylakami wrodzonymi, przerostem kończyn i naczyniakami skórnymi.

Najczęstszą przyczyną wtórnej przewlekłej niewydolności żylniej jest zakrzepica żylna [12]. Naturalny przebieg zakrzepicy żylniej związany jest z powstaniem zakrzepu w naczyniu żylnym, a następnie z procesem rekanalizacji i włóknienia skrzepliny przylegającej do ściany lub płatków zastawki. Proces ten doprowadza do stałego upośledzenia funkcji tych struktur. Tylko szybkie włączenie leczenia trombolitycznego (streptokinaza, urokinaza, tkanekowy aktywator plazminogenu) daje szansę na ustąpienie procesu zakrzepowego bez następnego uszkodzenia zastawek żylnych. W sytuacji, kiedy skrzeplina nie rozpuszcza się całkowicie, naczynie pozostaje niedrożne — krew wtedy odpływa drogami alternatywnymi, w przypadku niedrożności układu głębokiego krew przepływa przez żyły powierzchowne, poszerzając je w widoczny sposób (żylaki). Układ ten nie jest przygotowany do sprawnego odprowadzenia tak dużej ilości krwi. Pozostałe przyczyny wtórnej przewlekłej niewydolności żylniej to między innymi uraz lub nadciśnienie w obrębie jamy brzusznej.

Lekarz, do którego najczęściej w pierwszej kolejności zgłasza się pacjent z objawami przewlekłej niewydolności żylniej, to lekarz pierwszego kontaktu. Bardzo często pacjent nie jest badany, tylko od razu zostaje skierowany do chirurga naczyniowego lub angiologa, albo dostaje karteczkę z nazwą jednego z ogólnie dostępnych bez recepty specyfików, a dawkowanie pozostaje pochodną informacji zawartych w ulotce, „tego co powiedziała sąsiadka”, informacji z reklam telewizyjnych, może zaleceń farmaceuty i w końcu lekarza. Ponadto, farmaceuta może dodatkowo zmienić zalecenie na inny preparat niż ten zalecony przez lekarza. Jest to o tyle niepokojące, że proponowane leki lub suplementy diety nie są przyjmowane prawidłowo. Przykładowy suplement diety Cyclovena, przyjmowany w odpowiedni sposób (tzn. 1 kaps. 2 ×/dzien.), w znaczącym stopniu może poprawić komfort funkcjonowania pacjenta z przewlekłą niewydolnością żylną.

Termin oczekiwania na wizytę do specjalisty w Polsce jest dość długi. Pacjent w tym okresie przeważnie pozostaje bez żadnej pomocy, a zalecony lek lub suplement diety przyjmowany jest zbyt krótko (często tylko jedno opakowanie), w niezalecanej dawce, o niewłaściwej porze dnia lub zmieniany jest na inny w krótkim czasie, co nie pozwala na wysycenie w organizmie i prawidłowe działanie.

Prawidłowo zbadany pacjent oraz zebrany dokładny wywiad potwierdzi diagnozę podejrzewanej przewlekłej niewydolności żylniej i może to zrobić lekarz pierwszego kontaktu. Bardzo ważnym elementem badania przedmiotowego jest potwierdzenie obecności tętna na poziomie stopy na tętnicach: piszczelowej tylnej i przedniej. To pozwala każdemu lekarzowi (nie tylko lekarzowi rodzinnemu) na wdrożenie kilku elementów terapii: zastosowanie kompresjoterapii, farmakoterapii i zaproponowanie zmiany za-

Tabela I. Zróznicowanie stopni kompresji gotowych wyrobów uciskowych [8]
Table I. Differentiation of compression level of finished compression products [8]

Klasa ucisku (mm Hg)*	Szwajcaria	Niemcy	Wielka Brytania	Francja
I	18–21	18–21	14–17	10–15
II	25–33	25–32	18–24	15–20
III	36–48	36–46	25–35	20–36
IV	> 54	> 58	> 35	> 36

*Wartości ciśnienia zawarte w tabeli zostały zaakceptowane przez autora artykułu i odpowiadają zaleceniom w poszczególnych państwach. O doborze odpowiedniego produktu decyduje wyłącznie lekarz. W każdym z wymienionych państw funkcjonują producenci pochodzący z innych rynków, ich produkty są odpowiednio dostosowane do wymogów obowiązujących w danym kraju

chowań oraz pouczenie pacjenta, czego powinien unikać. Dodatkowo pacjent powinien mieć wykonane badanie ultrasonograficzne (USG Doppler) oraz podstawowe badania laboratoryjne — szczególnie konieczne u pacjentów obciążonych innymi schorzeniami towarzyszącymi. W wielu przypadkach przeprowadzona w odpowiedni sposób podstawowa diagnostyka różnicująca pozwala od razu ukierunkować dalsze postępowanie lecznicze.

Do usystematyzowania przewlekłej niewydolności żyłnej stosuje się kilka skal klasyfikacyjnych. Klasyfikacje Widmera oraz Potera mają charakter ogólny i obecnie są rzadko używane. Funkcjonują także inne skale przewlekłej niewydolności żyłnej, takie jak: VSDS (*venous segmental disease score*) — wskaźnik uszkodzenia segmentów żylnych, VDS (*venous disability score*) — wskaźnik inwalidztwa żylnego, ale są raczej wykorzystywane incydentalnie lub w ściśle konkretnych celach, szczególnie dla potrzeb projektów badawczych. Najbardziej rozbudowaną i ujednoliconą, pozwalającą najdokładniej opisać stan układu żylnego kończyn dolnych, uwzględniającą podział na układ żył kończyn dolnych jest stosowana na całym świecie klasyfikacja CEAP:

- C (*clinical*) — objawy kliniczne;
- E (*etiology*) — etiologia;
- A (*anatomy*) — anatomia;
- P (*pathology*) — patofizjologia;

Każdy z wymienionych punktów został podzielony na kolejne, co pozwala w bardzo dokładny sposób opisać zaistniałą patologię. Tak rozbudowany i sprecyzowany opis pozwala innemu lekarzowi odczytać bardzo dokładnie postawioną wcześniej diagnozę. Szczególnie dotyczy to pacjentów podróżujących, którzy mogą lub muszą korzystać z opieki medycznej w różnych miejscach na świecie.

W dostępnym piśmiennictwie na pierwszym miejscu w leczeniu przewlekłej niewydolności żyłnej wymienia się kompresjoterapię [6]. Zastosowanie gotowego, odpowiednio dobranego wyrobu uciskowego w znaczący sposób zmniejsza dolegliwości pacjenta. Wymienia się 4 stopnie/klasy kompresji, różniące się nieco siłą ucisku w zakresie tego samego stopnia (tab. 1) w różnych państwach, z których pochodzą wyroby uciskowe (dotyczy to także samego producenta) [8].

Obecnie wyroby uciskowe wyglądem nie odbiegają od ogólnie dostępnych wyrobów, a wraz ze wzrostem ceny rośnie nie tylko ich jakość, ale i atrakcyjność. Pozostaje tylko, żeby pacjent nauczył się je nosić (przyzwyczaił się do nich) i regularnie stosować według zaleceń oraz pamiętać o wymianie w przypadku zużycia.

Wyroby uciskowe mają jednak kilka wad:

- osoby w podeszłym wieku mają duży problem z ich nałożeniem;
- nie można ich stosować u pacjentów dotkniętych miażdżycą i/lub cukrzycą (jeżeli ABI > 0,9 — z wielką ostrożnością);
- nadwaga często uniemożliwia ubranie wyrobu uciskowego bez pomocy drugiej osoby;
- w ciepłe dni występuje dyskomfort termiczny;
- inne wady podawane indywidualnie przez pacjentów to na przykład złe układanie się w dole podkolanowym.

U pacjentów, u których z różnych przyczyn nie udaje się dobrze gotowego wyrobu uciskowego, pozostaje użycie odpowiedniego bandaża elastycznego. W zależności od wskazań — o małym lub dużym stopniu rozciągliwości. Te pierwsze znajdują zastosowanie w leczeniu owrzodzeń, drugie są zamiennikiem gotowych wyrobów uciskowych. Stosując jednak to rozwiązanie, ważne jest, aby odpowiednio przeszkolić pacjenta lub opiekuna (członka rodziny) w prawidłowej technice bandażowania. O ile zabandażowanie kończyny do poziomu stawu kolanowego nie stanowi większego problemu, o tyle zabandażowanie w razie konieczności całej kończyny staje się problemem dla pacjenta nie do zaakceptowania na dłuższy okres.

Zmiana złych nawyków to kolejny element leczenia. Dotyczy to przede wszystkim wprowadzenia zmian w życiu codziennym:

- zwiększenie wysiłku fizycznego (z naciskiem na spacer), ale nie przemęczenie;
- zmiana diety (nie tylko w celu zmniejszenia masy ciała, ale także unikania potraw powodujących wzdęcia i zaparcia);
- umiejętności uruchomienia pompy łydkowej w przypadku zawodów związanych z długotrwałym przebywaniem w pozycji siedzącej lub stojącej;
- dobieranie odpowiedniego ubioru (szczególnie podczas podróży).

W określonych przypadkach, gdy nie mamy do czynienia z zaawansowaną chorobą, sama zmiana złych nawyków rozwiązuje problem przewlekłej niewydolności żyłnej.

Kolejną grupą pacjentów są tacy, u których nie można zastosować powyższych metod leczenia lub ci, u których trzeba zastosować terapię skojarzoną. Dotyczy to pacjentów z zaawansowaną przewlekłą niewydolnością żylną. W ich przypadku rozwiązaniem jest odpowiednio prowadzona farmakoterapia. Leki flebotropowe (związki chemiczne wykazujące powinowactwo do ściany naczy-

nia żylnego) lub dostępne suplementy diety, w tym Cyclovena, poprawiają funkcjonowanie układu żylnego kończyn dolnych. Niestety, dostępność biologiczna naturalnego preparatu pozostaje ograniczona. Dopiero odpowiednia kondensacja w kapsułce pozwala na lepsze i wydajniejsze zastosowanie w terapii. Leki flebotropowe, w tym suplementy diety zawierające na przykład flawonoidy, należą do grupy medykamentów o niskim stopniu szkodliwości oraz wykazują znikomą ilość działań niepożądanych. Ponadto bardzo rzadko wchodzi w interakcje z innymi stosowanymi przez pacjenta lekami. Ich zadaniem jest między innymi:

- poprawa tonusu żylnego;
- aktywność antyoksydacyjna;
- poprawa reologii krwi;
- zmniejszenie lepkości krwi;
- zmniejszenie adhezji elementów morfotycznych krwi;
- zmniejszenie aktywności leukocytów;
- polepszenie odpływu z układu żylnego.

Wykazano także, że posiadają działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe. Potwierdzono pośrednie działanie na układ limfatyczny, co poszerza wskazania do stosowania o kolejną grupę chorych. Właściwości te redukują obrzęki kończyn dolnych, skurcze łydek (szczególnie w nocy), uczucie pieczenia i mrowienia. W znaczący sposób poprawiają komfort życia. Suplementy diety oraz leki o charakterze flebotropowym pochodzenia roślinnego dzieli się na kilka grup:

- kumaryny;
- saponiny (pochodne z kasztanowca, escyna);
- flawonoidy (diosmina, hesperydyna, trokserutyna, rutozyd) — nazwa pochodzi od greckiego *flawa* (żółty) [6];
- inne (wyciągi z winogron i borówki).

Niewielką grupę stanowią leki o pochodzeniu syntetycznym.

Za atut można też przyjąć niewielką ilość działań niepożądanych, jakie wywołują: bóle brzucha i głowy, reakcje alergiczne na preparat. Także niewielka liczba przeciwwskazań do stosowania stawia Cyclovenę jako preparat, który może być stosowany w grupie pierwszego rzutu w leczeniu przewlekłej niewydolności żylnnej. Do przeciwwskazań w stosowaniu wyciągu z ruszczyka zalicza się nadciśnienie tętnicze oraz przerost gruczołu krokowego; brakuje natomiast badań dotyczących zastosowaniu preparatu u kobiet w ciąży i karmiących matek.

Najbardziej popularne w użyciu są preparaty z grupy flawonoidów zawierające samą diosminę. Najwięcej flawonoidów zawierają owoce cytrusowe i winorośl. Obecne są zarówno w liściach, łydych, owocach, pestkach i korzeniach. Pod względem chemicznym flawonoidy należą do grupy polifenolów zbudowanych na bazie 15 atomów węgla. Obecnie wyodrębniono kilka tysięcy tych związków chemicznych naturalnego pochodzenia.

Preparaty złożone dostępne na rynku wykazują szersze spektrum działania [6]. Suplementem diety należącym do tej grupy, godnym polecenia w leczeniu przewlekłej niewydolności żylnnej, jest Cyclovena. Dodatkowo jest on alternatywą dla chorych prowadzonych długotrwale bez zmiany leku. Powoduje zmniejszenie obrzęków, niweluje uczucie pieczenia, zmniejsza napięcie skurczy mięśni łydek, znosi uczucie ciężkości kończyn dolnych.

Polecany preparat Cyclovena powinien być przyjmowany 2 × na dobę. Opakowanie zawiera 30 kapsulek, co poprawia zaplanowanie miesięcznej kuracji. Nie bez znaczenia pozostaje aspekt ekonomiczny — cena leku wydaje się niezbyt wygórowana. Połączenie suplementu z odpowiednio dobraną kompresjoterapią oraz zmianą trybu życia stanowi nowe rozwiązanie na lepsze, bardziej komfortowe życie pacjenta z przewlekłą niewydolnością żylną. Pozostaje także preparatem z wyboru u tych chorych, u których nie można zastosować kompresjoterapii. Należy jednak pamiętać, że opisywany suplement diety nie jest „tabletką od bólu głowy”, a na pełny efekt działania pacjent musi poczekać około 14 dni, choć pierwsze pozytywne objawy można dostrzec już kilka dni od rozpoczęcia zażywania. Inne preparaty, głównie te zawierające diosminę, deklarują pełny efekt działania dopiero około 21. dnia. Opisywany suplement diety ma szansę stać się podstawowym preparatem w leczeniu przewlekłej niewydolności żylnnej.

Piśmiennictwo (References)

1. Rozporządzenie (WE) Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiającym ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującym Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającym procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności (Dz. U. UE L. 31 z 01.02.2002 r. str. 1).
2. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie znakowania środków spożywczych (Dz. U. z 2007 r. Nr 137, poz. 966 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2007 r. Nr 196, poz. 1425 z późn. zm.).
5. Rozporządzenie (WE) Nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności (sprostowanie Dz. U. UE. L. 12 z 18.01.07. s. 3).
6. Noszczyk W. Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Wyd. II. PZWL, Warszawa 2007.
7. Jawień A, Grzela T, Ochwat A. Prevalence of CVI in Poland. *Phlebology* 2003; 18: 110–122.
8. Ramelet AA, Monti M., *Flebologia*. Przewodnik. Via Medica, Gdańsk 2003.
9. Hach W, Gruß JD, Hach-Wunderle V, Jünger M. *Chirurgia żył. Podręcznik dla chirurgów ogólnych, chirurgów naczyniowych, angiologów, dermatologów i flebologów*. Tom I. Galaktyka, Łódź 2009.
10. Hach W, Gruß JD, Hach-Wunderle V, Jünger M. *Chirurgia żył. Podręcznik dla chirurgów ogólnych, chirurgów naczyniowych, angiologów, dermatologów i flebologów*. Tom II. Galaktyka, Łódź 2010.
11. Rybak Z. *Flebologia kliniczna*. Blackhorse, Warszawa 2008.
12. Tomkowski W. *Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa w gabinecie lekarza rodzinnego*. Via Medica, Gdańsk 2010.

Adres do korespondencji (Address for correspondence):

dr hab. n. med. Damian Ziąja
Zakład Fizjoterapii Katedry Fizjoterapii ŚUM
ul. Ziółowa 45/47, 40–635 Katowice
tel.: (032) 359–82–75; 359–81–98; faks: (032) 202–95–77
e-mail: damianziaja@op.pl