

Operacyjne leczenie żylaków - informacja dla pacjenta - zabieg refundowany - NFZ

Decyzję o metodzie leczenia żylaków podejmuje lekarz w oparciu o dane kliniczne oraz na podstawie badania USG w opcji dopplerowskiej. Celem leczenia jest zlikwidowanie nadciśnienia żylnego - podstawowego czynnika w rozwoju choroby żylakowej. Aktualnie w leczeniu operacyjnym zaawansowanej niewydolności żylniej stosowane są dwie podstawowe metody chirurgiczne: wewnątrzżylna metoda ablacji termicznej: laserowej (EVLT) lub prądem o wysokiej częstotliwości (RF) oraz klasyczny zabieg chirurgiczny. W mniej zaawansowanej chorobie żylniej możliwe do zastosowania są inne metody postępowania: skleroterapia kompresyjna (zastrzyki dożylnie substancji obliterującej), laseroterapia przezskórna, miniflebektomia (usuwanie żylaków z małych nacięć skórnych często w miejscowym znieczuleniu). Metody te jako uzupełniające często stosowane są po leczeniu operacyjnym celem optymalizacji efektu leczenia czy też usuwania nawrotów. Zgodnie z wytycznymi towarzystw chirurgii naczyniowej Europy i USA (ESVS i AVF) metodą z wyboru przy żylakach z zakresu niewydolnej żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej jest metoda ablacji termicznej (EVLT/EVLA) - klasa zaleceń I, poziom dowodów naukowych: A (siła zaleceń IA).

Przeciwwskazania do leczenia operacyjnego

Najważniejszym przeciwwskazaniem jest czynny proces zakrzepowy żył głębokich oraz ich niedrożność. Dopiero po wykorzystaniu odpowiedniej terapii można w takich przypadkach zastosować leczenie chirurgiczne. Dodatkowymi przeciwwskazaniami do zabiegów są: ciąża, ostre choroby infekcyjne, znaczne niedokrwienie tętnicze kończyn dolnych, nasilony obrzęk limfatyczny, skaza krwotoczna. Względny natomiast przeciwwskazaniem w leczeniu żylaków kończyn dolnych jest przyjmowanie leków hormonalnych (antykontracepcja, HTZ). Kurację taką, po konsultacji z lekarzem, należy wówczas przerwać na 4-6 tygodni przed rozpoczęciem leczenia. Należy podkreślić także, że wiek nie stanowi istotnej przeszkody do skierowania pacjenta na zabieg chirurgiczny.

Przed zabiegiem operacyjnym warto zaopatrzyć się w:

1/ **pończochę II klasy ucisku (360DEN)** zakupioną w sklepie z materiałami medycznymi (rozmiar zostaje dobrany przez sprzedawcę w zależności od pomiarów kończyny, np. firmy "Aries", "Sigvaris" lub Struva III firmy Medi)) która będzie potrzebna w stosowanej pooperacyjnej kompresjoterapii przez 3 - 4 tyg. po zabiegu.
2/ dwa - trzy opakowania plasterków do ran (steri strip np. 6 mm szerokości i 38 mm długości) - pozwala to na uniknięcie szycia małych ran skórnych po wykonanej miniflebektomii. Przed planowym zabiegiem należy zaszczepić się **przeciw żółtacze typu B** (szczepionki dostępne w gabinetach lekarzy rodzinnych, jest to szczepienie zalecane ale nie obowiązkowe).

Do szpitala należy zgłosić się o wskazanej godzinie z posiadaną dotychczasową **dokumentacją medyczną**, oznaczoną grupą krwi (koniecznie podpisany przez osobę upoważnioną wynik badania **grupy krwi** (NIE karta informacyjna leczenia szpitalnego z wpisaną grupą krwi), wykazem (spisana lista) **stosowanych leków** i stosowanymi lekami oraz z **pończochą II klasa ucisku** zakupioną w sklepie medyczno ortopedycznym.

Przebieg operacji

Chirurdzy stosują różne techniki operacyjne. Postęp w tej dziedzinie zmierza do eliminacji nawrotów, poprawy efektu kosmetycznego, zminimalizowania urazowości zabiegu oraz skrócenia czasu rekonwalescencji. Zabieg coraz częściej udaje się przeprowadzić w warunkach kliniki jednego dnia. Operację która Pani/Panu jest proponowana przeprowadza się zazwyczaj w znieczuleniu podpajęczynówkowym - podanie środka znieczulającego do „kręgosłupa” z wyłączeniem czucia w kończynie przy zachowanej świadomości. Możliwe jest również znieczulenie ogólne (uspienie) po uzgodnieniu z anestezjologiem. Zabieg można wykonywać również w znieczuleniu miejscowym (tumesencyjnym) i/lub znieczuleniu przewodowemu nerwu udowego wykonywanym pod kontrolą USG. Zazwyczaj podczas zabiegu chirurg ogranicza się do operacji jednej kończyny.

Choremu wykonuje się na ogół dwa cięcia: jedno w pachwinie (najczęściej - w przypadku niewydolności żyły odpiszczelowej) lub pod kolanem (rzadziej - w przypadku niewydolności żyły odstrzałkowej), drugie cięcie - nad kostką lub w okolicy podkolanowej. Po wykonaniu nacięcia niewydolna żyła jest usuwana, a połączone z nią mniejsze obwodnice podwiązywane. Najczęściej stosowanym sposobem usunięcia żyły odpiszczelowej jest stripping tej żyły (metoda Babcocka) - w której dokonuje się dwóch nacięć, jednego w pachwinie, drugiego w

okolicy pod kolanem lub w okolicy kostki i wprowadza do żyły w pachwinie sondę (stripper) o kształcie cienkiego drutu. Przesuwa się go do obwodu, gdzie wychodzi na zewnątrz przez drugie małe nacięcie. Następnie przymocowuje się stripper do końca żyły zmienionej chorobowo i wyciąga się ją (wrywa). Najmniejsze nacięcia długości kilku milimetrów służące wydobyciu żyłaków (miniflebektomia wykonywana jednoczasowo) zostają zaszyte przy pomocy pojedynczych cienkich szwów lub ich brzegi sklejone plasterkami (steri-strip). Ilość cięć zależy od wielkości żyłaków i ich umiejscowienia. Po operacji w miejscach usunięcia żył pojawiają się krwiaki podskórne (wyczuwalne jako bolesne stwardnienia) i podbiegnięcia krwawe skóry, które mogą się utrzymać przez kilka tygodni lub miesięcy.

Powikłania po leczeniu operacyjnym:

krwiaki w miejscach usuniętych żył, ustępują w ciągu kilku do kilkunastu tygodni
zaburzenia czucia związane z uciskiem lub uszkodzeniem nerwów czuciowych (głównie nerw udowo-goleniowy)- niedoczulica, pieczenie i mrowienia najczęściej okolicy kostki przyśrodkowej lub kostki bocznej, wyciek chłonki z rany w pachwinie, zakażenie (rzadko), zakrzepica żył głębokich (stąd w standardzie postępowania po operacji zalecane jest stosowanie heparyn drobnocząsteczkowych)

Wrywanie (stripping) żyły odpiszczelowej może powodować powstawanie blizn, duże krwiaki, przebarwienia i powstawanie nowych pajęczków skórnych. Naczynia te mogą zostać zlikwidowane przez nastrzyknięcie, czyli zastosowanie skleroterapii kompresyjnej.

Po zabiegu zdarza się zakażenie rany (głównie w przypadku wykonywania zabiegu pacjentom z otwartymi owrzodzeniami).Możliwe jest także wystąpienie zakrzepowego zapalenia żył. Rzadkim powikłaniem okresu okołozabiegowego mogą być powikłania ogólne: zawał serca, udar mózgu, zatorowość płucna mogące zakończyć się zgonem.

Postępowanie po zabiegu

Pobyt szpitalny ogranicza się zazwyczaj do 2-3 dni- w następny dzień po zabiegu można zazwyczaj opuścić szpital. Średni okres niezdolności do pracy po zabiegu operacyjnym klasycznym wynosi od 4-5-6 tygodni. Przy wyjściu ze szpitala zmieniony zostaje **opatrunek uciskowy, który należy utrzymać dzień i w nocy ok 3-4 doby od zabiegu**. Po tym okresie wieczorem opatrunki należy usunąć. Należy również usunąć z drobnych ran po miniflebektomii plasterki (steri-stripy)- jest to ważne gdyż pozostawione dłużej często powodują pęcherze surowicze skóry), kończynę wykąpać pod letnim prysznicem, rany można zdezynfekować spirytusem lub octeniseptem. Na rany z których sączy się krew lub wydzielina przykleić opatrunki i można udać się na nocny spoczynek bez uciskowej pończochy, którą należy zakładać codziennie z rana do 3tygodni od zabiegu. Jeśli założono szwy na małe ranki po miniflebektomii należy dla lepszego efektu kosmetycznego usunąć je za 2-3 dni, a szwy z większych ran(w pachwinie lub pod kolanem) po około 8-14 dniach. W okresie pooperacyjnym wygodniejszym sposobem kompresjoterapii jest stosowanie pończochy uciskowej w II klasie ucisku. Do 3-4 dni od zabiegu zaleca się utrzymanie ucisku również w godzinach nocnych, a po tym okresie tylko w ciągu dnia.. Po zabiegu przez okres około tygodnia należy kontynuować profilaktykę p/zakrzepową- szczególnie u osób powyżej 40 rż i obciążonych innymi czynnikami ryzyka zakrzepicy(np. Neoparin, Clexane 1x dziennie zastrzyk podskórny). Jeżeli bezpośrednio po zabiegu będzie utrzymywał się ból, należy stosować leki przeciwbólowe(Ibuprom, paracetamol). Warto także przez co najmniej 2 tygodnie odpoczywać, nie forsować się, unikać długiego siedzenia czy stania. Zaleca się także szczególnie staranną profilaktykę: podczas snu podkładanie pod nogi wałka tak, aby znajdowały się one powyżej poziomu serca, oraz noszenie w ciągu dnia przeciwżylakowych pończoch lub podkolanówek o zmiennym ucisku klasy II do 3-4 tygodni od zabiegu. Nie ma przeszkód by po zabiegu prowadzić aktywność ruchową - spacerować. Polecane jest też przyjmowanie flebotropowych środków wspomagających leczenie(cyclo 3 fort 2x1 tabl. lub phlebodia 1x1 tabl. - leki bez recepty). Wskazana jest kontrolna wizyta po 2-3 miesiącach z wykonaniem badania USG z zaleceniem ewentualnej korekty pozostałych drobnych żyłaków resztkowych czy pajęczków za pomocą skleroterapii.

Nawet po najlepiej wykonanej operacji u około 25- 40 procent operowanych pojawiają się nawroty. Ich przyczyną jest pojawienie się niedomykalności zastawek w żyłach, które w czasie operacji były jeszcze zdrowe lub też miejscowy nawrót z żył poddanych leczeniu operacyjnemu. Zdarza się, że nawet po podwiązaniu wszystkich obocznic u pacjenta nastąpi neowaskularyzacja, czyli zjawisko tworzenia się nowych naczyń, które mogą przekształcić się w żyłaki. Dlatego też należy okresowo dokonywać kontroli (co 1-2 lata) celem wczesnego wykrycia początkowego stadium nawrotu i zastosowania małoinwazyjnych metod leczenia - np. skleroterapii kompresyjnej.