



Dr n. med. Wojciech Rybak

ArsESTETICA – Klinika Medycyny Estetycznej i Lasoterapii
we Wrocławiu i Warszawie

Metody terapii przewlekłej niewydolności żylniej

Szacuje się, że choroby o etiologii naczyniowej dotyczą dziś niemalże co drugiego Polaka i stanowią ok. 20% wszystkich chorób na świecie. Badania podają, że problem niewydolności żylniej występuje u znacznej części społeczeństwa i dotyczy 47% kobiet i 37% mężczyzn. Problemy naczyniowe są powszechniejsze niż choroby nowotworowe.

O wszechstronności tego zjawiska decyduje w dużej mierze czynnik genetyczny i komponenta cywilizacyjne. Na wzrost zachorowalności na choroby naczyniowe mają bowiem wpływ dzisiejsze warunki życia przeciętnego człowieka. Ten społeczny problem jest o tyle poważny, że ponad połowa chorych ignoruje objawy i nadal nie szuka pomocy u specjalistów. Już w czasach starożytnych do najczęściej leczonych chorób żył należały żylaki i powikłania spowodowane brakiem leczenia.

Żylaki to trwałe poszerzenia żył powierzchniowych, które występują w postaci węzowatych, przeważnie wypukłych sznurek. W dotyku są miękkie i niebolesne. Przyczyną ich powstawania są zaburzenia stosunku między ciśnieniem krwi w żyłach a wytrzymałością jej ścian. Często o chorobie może świadczyć pojawienie się wenektazji, czyli poszerzonych naczyń, prześwitujących

przez naskórek w postaci czerwonych bądź sinawych nitek. Wyglądem przypominają „wachlarzyk”. Wenektazje pojawiają się na udach, podudziach, pod kolanami i w okolicach kostek. Takie pierwsze objawy można łatwo zignorować. W dzisiejszych czasach większość przypadków chorób żył kończyn dolnych określa się mianem przewlekłej niewydolności żylniej (PNŻ). Pomiędzy dolegliwości, które towarzyszą chorobie, rozwijają się powoli i bezobjawowo, nie należy ich ignorować. Przewlekłą niewydolność można, co więcej, trzeba leczyć na każdym etapie rozwoju. Lekarze już we wczesnym stadium choroby zalecają diagnostykę, przeprowadzając bezinwazyjne badanie ultrasonograficzne układu żylnego. USG Dopplerowskie pokazuje stan żył oraz parametry przepływu krwi w ich obrębie, dzięki czemu można ustalić dalszy plan leczenia. Jeśli na nogach widoczne są już żylaki, badanie dopplerowskie jest nadal niezbędne, jednak

należy podjąć kolejne kroki. Już przy pierwszych objawach związanych z niewydolnością żylną, kiedy na nogach pojawiają się pajęczki, ból i uczucie ciężkich nóg, można zastosować wyroby uciskowe. Kompresjoterapię warto stosować także profilaktycznie u pacjentów, u których istnieje podwyższony stopień ryzyka wystąpienia żylaków, np. pracujących w pozycji stojącej lub siedzącej oraz obciążonych genetycznie. Polecana jest również kobietom w ciąży i w trakcie porodu, a także osobom spędzającym dużo czasu w podróży.

Pragnienie osiągnięcia jak najlepszych wyników leczenia przy jak najmniej inwazyjnej procedurze skłoniło lekarzy do poszukiwania nowych metod leczenia. Tak powstały nowatorskie metody, które stanowią alternatywę dla klasycznego zabiegu operacyjnego i pozwalają mało inwazyjnie zamknąć niewydolne żyły i usunąć żylaki. W Stanach Zjednoczonych metody wewnątrznaczyniowe są stosowane od ponad 10 lat. Obecnie w USA około 90% chorych ze stwierdzoną niewydolnością żylną jest leczonych metodą wewnątrznaczyniową z zastosowaniem lasera lub fal radiowych wysokiej częstotliwości. Metody endowaskularne w odróżnieniu od metod tradycyjnych pozostawiają niewielkie ślady, wiążą się z mniejszym bólem, szybszym powrotem do zdrowia, a sama procedura jest krótsza i prostsza. Opierają się na zamknięciu światła chorej żyły za pomocą wysokiej temperatury lub środkiem chemicznym, który zamyka żyłę od środka. Zabiegi mające na celu usunięcie żyły wysoką temperaturą wykorzystują światło lasera, parę wodną lub fale radiowe. Procedura, która zamyka naczynie środkiem chemicznym, nazywana jest skleroterapią. Światłowód lasera, cewnik używany w falach radiowych lub parze wodnej można wprowadzić przez wenflon lub cienki cewnik, więc nie ma konieczności nacinania skóry, dzięki czemu jej

uszkodzenia są minimalne. Metody wewnętrznonaczyniowe doprowadzają do obkurczenia się światła zmienionej chorobowo żyły, a po pewnym czasie dochodzi do zwłóknienia ściany naczynia dużej żyły, które przestają być widoczne nawet podczas badania USG. Osiągnięty efekt jest wówczas w pełni zadowalający.

Dodatkowo, po wymienionych wyżej zabiegach często stosuje się kompresjoterapię, która służy profilaktyce oraz leczeniu przewlekłej niewydolności żyłnej, obrzęków limfatycznych i zakrzepicy żyłnej. Polega ona na zastosowaniu kontrolowanego i ściśle określonego ucisku na kończynę, który przenosi się na naczynia krwionośne i tkanki. Największy ucisk znajduje się wokół kostki i stopniowo zmniejsza się w kierunku uda, dzięki czemu wspomaga odprowadzanie krwi żyłnej do serca. W tym celu stosuje się specjalne wyroby pończosznice o różnej klasie ucisku, które muszą być indywidualnie dobrane do każdego pacjenta. Istnieją 4 klasy ucisku o wzrastającej sile kompresji. Klasa I zalecana jest głównie w profilaktyce przewlekłej niewydolności żyłnej, w okresie ciąży, w przypadku obecności niewielkich żyłaków. Klasa II stanowi umiarkowany stopień ucisku i zalecana jest w przypadku dużych żyłaków w czasie ciąży, po skleroterapii i operacjach na żyłaki, a także przy występowaniu obrzęków i zagojonych owrzodzeń. Wyroby uciskowe w III klasie ucisku zalecane są w przypadku wyraźnie zaznaczonej niewydolności żyłnej, obrzękach limfatycznych, pourazowych oraz w zagojonych owrzodzeniach. Produkty w klasie IV mają najsilniejszy stopień ucisku i powinny być stosowane tylko w ciężkim zespole pozakrzepowym oraz w nieodwracalnych obrzękach limfatycznych.

Laserowe usuwanie żyłaków podświetla niewydolny pień żylny za pomocą wprowa-

dzzonego do jego wnętrza włókna laserowego. Wyzwolona w ten sposób energia powoduje obkurczenie i zamknięcie niewydolnej żyły, przez co nie ma potrzeby jej usuwania. Metoda ta pozwala uniknąć cięcia w pachwinie i powikłań związanych z klasycznym zabiegiem operacyjnym.

Metoda Steam Vein Sclerosis (SVS) stanowi istotny krok w rozwoju nowoczesnych technologii w leczeniu żyłaków. W 2008 roku została ona oficjalnie zatwierdzona w krajach Unii Europejskiej, a w 2009 roku – wprowadzona na rynek. W Polsce zabiegi z wykorzystaniem pary wodnej rozpoczęto w 2012 roku. Jest to w tej chwili najnowocześniejsza wprowadzona na rynek terapia leczenia żyłaków kończyn dolnych. Stosowana podczas zabiegu sprężona para wodna doprowadza do destrukcji śródbłonna i zwłóknienia błony środkowej, co w efekcie sprawia, że chora żyła zostaje zamknięta. Niezbędna do zamknięcia żyły energia przenoszona jest dzięki czystej wodzie dostarczanej w mikrodawkach pod postacią sprężonej pary wodnej wtryskiwanej na końcu cewnika. Specjalny przetwornik dawkuje parę do światła naczynia. Żyły o dużej średnicy potrzebują czasem dwu-, trzy- lub nawet czterokrotnej dawki. Ból odczuwany w trakcie oraz po zabiegu jest zdecydowanie mniejszy niż w przypadku innych procedur. Często nie ma konieczności zażywania leków przeciwbólowych w przeciwieństwie np. do zabiegów laserowych czy przy użyciu fal radiowych.

Niewątpliwą zaletą SVS jest dostępność metody przy zamykaniu żył o zbyt płytkim położeniu pod skórą lub krętym przebiegu, np. odcinkowo zmienionych czy pozakrzepowych, które są dyskwalifikowane z innych procedur ze względu na występującą trudność w przejściu cewnikiem. W przypadku dużych żyłaków o krętym przebiegu nierazko konieczne było przeprowadzenie zabiegu

chirurgicznego usunięcia żylaków (miniflebektomia) uzupełniającego leczenie we-wnętrznaczyniowe. Metoda doskonale sprawdza się również w leczeniu żylaków nawrotowych po wcześniejszych zabiegach. Dzięki SVS możliwe jest w tej chwili leczenie praktycznie każdego żylaka. Jest to obecnie jedyna metoda, która umożliwia zamknięcie zarówno głęboko osadzonych pni żylnych, jak i widocznych żylaków podczas jednej procedury. Po zabiegu, w odróżnieniu od klasycznego *strippingu*, zaleca się ruch, natomiast należy uważać, by nadmiernie nie nadwyrężyć operowanej nogi. Zabieg chirurgiczny polega na usunięciu chorej żyły z organizmu, w metodzie SVS zamknięta żyła pozostaje w środku. Wielkość żyły decyduje o tym, ile czasu jest potrzebne do jej zamknięcia. Zamknięcie żylaków o średnicy do 4 mm może trwać kilka tygodni, natomiast te

powyżej 4 mm potrzebują nawet do pół roku. Przed zabiegiem pod kontrolą USG żyłki są mapowane w celu zaznaczenia miejsca ujścia żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej, a także ujścia żylaków niewydolnych żył przeszzywających. Po dokładnym oznaczeniu żył następuje przygotowanie pacjenta do zabiegu. SVS przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym. Do żyły odpiszczelowej i większych żylaków umieszczane zostają wenflo-ny, przez które do światła chorej żyły wprowadza się elastyczny, cienki cewnik, przez który podawana jest pod ciśnieniem przegrzana para wodna, która zamyka światło naczynia. Cała procedura przeprowadzana jest pod kontrolą USG, dzięki czemu można uznać ją za bezpieczną dla pacjentów i wygodną dla lekarzy. Zamknięte naczynie ulega zwłóknieniu. Po zabiegu zakładane są opatrunki oraz wskazana jest kompresjoterapia

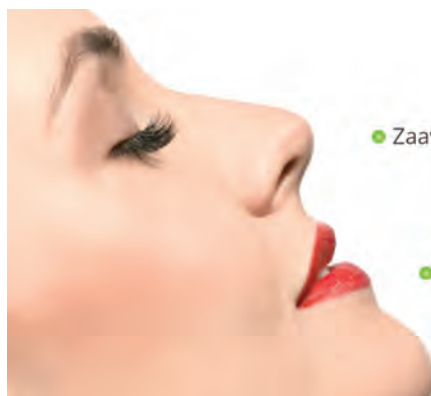
przy pomocy pończoch o stopniowanym ucisku. By jednak sprawnie działały, konieczna jest praca mięśni, stąd po zabiegu wymagany jest ruch. Dzięki wyrobom uciskowym w żyłach nie zalega krew, a w okolicznych tkankach nie gromadzi się chłonka. Poprawia się zatem odpływ krwi żyłnej i chłonki. Kompresjoterapia stanowi bardzo ważne uzupełnienie innych metod leczniczych. W zależności od zaleceń lekarza, ucisk należy stosować przez kilka tygodni. Zaleca się, by wyroby były noszone przez pierwszą dobę po zabiegu, a następnie na noc zdejmowane, a na dzień zakładane. Po zabiegu pacjent może wrócić do codziennych aktywności. Wizyty kontrolne ustalane są po 7-10 dniach po zabiegu, a następnie po 4-8 tygodniach.

Co ważne, klasyczny *stripping*, czyli usunięcie zmienionej chorobowo żyły, przynosi nawrót choroby w 30-80% przypadków w ciągu 5 lat od zabiegu. W metodach wewnątrznaczyniowych – laserowej EVLT czy parowej SVS – problem żylaków nawrotowych ograniczony jest do minimum, występuje u mniej niż 25% osób w ciągu 5 lat od zabiegu, co stanowi bardzo satysfakcjonujący wynik. Dzięki małej inwazyjności zabiegów, można je przeprowadzić u osób otyłych i obciążonych innymi chorobami. Przeciwwskazaniem do metod wewnątrznaczyniowych są zaś wady serca, hemofilia, ciężkie uszkodzenia wątroby. Jeśli istnieją przeciwwskazania do operacji, jedyną opcją terapeutyczną pozostaje noszenie pończoch II klasy

ucisku. Należy jednak pamiętać, że ta forma leczenia nie usuwa żylaków, może natomiast zahamować postęp choroby. Bardzo ważna jest więc profilaktyka i noszenie specjalnych wyrobów uciskowych, by nie doprowadzić do rozwoju choroby.

W części przypadków problem jest wyłącznie powierzchowny. Jeśli wynik badania USG jest prawidłowy, a nasze nogi pokryte są szpecącymi pajęczakami, wówczas taki defekt estetyczny można zlikwidować odpowiednio dobraną laseroterapią bądź – w przypadku żył o większej średnicy – skleroterapią. Często by osiągnąć dobry efekt terapeutyczny, leczenie wymaga połączenia obu metod. O tym, która z metod jest zalecana w danym przypadku, decyduje lekarz podczas konsultacji. Rzecz jasna, po leczeniu operacyjnym wspomniana interwencja jest jak najbardziej możliwa.

Wraz z postępem medycyny zmienia się podejście do leczenia przewlekłej niewydolności żyłnej. Nowe technologie nieuchronnie wypierają tradycyjne zabiegi chirurgiczne. Metody wewnątrznaczyniowe pozwalają uzyskać w pełni zamierzony efekt terapeutyczny, a przy tym umożliwiają uzyskanie bardzo dobrych efektów estetycznych, nie pozostawiając widocznych śladów po zabiegu. Być może z biegiem czasu wewnątrżylna laseroterapia czy zamykanie niewydolnych żył parą wodną będą standardowymi metodami w leczeniu żylaków.



ArsESTETICA
KLINIKA MEDYCyny ESTETYCZNEJ I LASEROTERAPII

- Zaawansowane zabiegi kształtowania sylwetki
- Flebologia Estetyczna
- Ginekologia Estetyczna
- Chirurgia Plastyczna i Estetyczna
- Medycyna Estetyczna i Kosmetologia

WARSZAWA **WROCŁAW**
tel. 22 820 90 02 tel. 71 70 70 993
www.arsestetica.pl