



dr n. med. Wojciech Rybak

Ars Estetica – Klinika Medycyny Estetycznej i Laseroterapii
we Wrocławiu i Warszawie

Wewnątrznaczyniowe metody leczenia żylaków

Na przewlekłą niewydolność żylną choruje dziś co drugi Polak. Częstotliwość występowania żylaków przyczyniła się do zakwalifikowania schorzenia do grupy chorób cywilizacyjnych. Wpływ na rozpowszechnienie się zaburzeń żylnych ma niewątpliwie współczesny styl życia ludzi w krajach uprzemysłowionych – siedzący lub stojący tryb pracy, zła dieta, nadwaga.

Skala problemu oraz dzisiejsze szybkie życie stworzyły potrzebę wprowadzenia procedur krótkich, małoinwazyjnych, niewyłączających pacjenta z codziennych aktywności. W Polsce, z uwagi na wzrost stopy życiowej, procedury małoinwazyjne, jakie proponuje sektor prywatny, zyskują na popularności, wypierając powoli metody klasyczne. Metoda endowaskularna, do której wykorzystuje się między innymi urządzenia laserowe, w Stanach Zjednoczonych jest wykorzystywana od blisko 15 lat. Obecnie ponad 90% pacjentów z niewydolnością żył kończyn dolnych jest leczonych metodą endowaskularną.

Przyczyny powstania żylaków

Przewlekła niewydolność żylna wiąże się z wieloma czynnikami. Za podstawowe

podłoże choroby uznaje się uwarunkowania genetyczne. Wystąpienie jej u rodziców zwiększa ryzyko pojawienia się także u dziecka aż do 80%. Kluczowy jest również wiek, wyższe prawdopodobieństwo pojawiania się zaburzeń żylnych obserwuje się u osób starszych. Największa zachorowalność dotyka osób po 60. roku życia. Z chorobami o etiologii naczyniowej częściej zmagają się kobiety, w młodym wieku chorują bowiem kilkukrotnie częściej niż mężczyźni, natomiast po 60. roku życia 1 do 1,5 raza częściej. Istnieje również szereg modyfikowalnych czynników ryzyka, które pogarszają stan powierzchownego układu żylnego, m.in.: palenie tytoniu, nadwaga, przewlekłe zaparcia, siedzący lub stojący tryb życia oraz ciąża. Pomimo że nie można całkowicie zapobiec zachorowaniom, od-

powiednio wdrożone działania profilaktyczne i szybkie wykrycie choroby pomogą spowolnić jej rozwój, zastosować mniej agresywne leczenie i zahamować ryzyko wystąpienia powikłań, które skutkują utratą zdrowia, a w skrajnych przypadkach – życia pacjenta.

Diagnostyka żylaków

Podstawowym badaniem diagnostycznym, mającym na celu efektywną ocenę stanu żył, jest badanie ultrasonograficzne z obrazowaniem przepływu (Duplex – Doppler). Badanie jest bezinwazyjne, bezbolesne i nie wymaga od pacjenta specjalnego przygotowania. Jeżeli pacjent jest zdrowy, a pozostaje w grupie ryzyka, lekarz może wdrożyć odpowiednie leczenie profilaktyczne, by zahamować bądź spowolnić rozwój choroby. Przy wykryciu niewydolności żyłnej badanie dopplerowskie pozwala ustalić etiologię żylaków oraz ich rozległość. Właściwie przeprowadzone USG wymaga doświadczenia lekarza przeprowadzającego badanie, który określa indywidualny plan leczenia, oparty na dostępnych, sprawdzonych technologiach wewnątrznaczyniowych, którymi dysponuje. Kluczowym elementem wizyty u specjalisty jest także zebranie wywiadu z przebiegu odbytych w przeszłości chorób. Dobrze zebrany wywiad pozwala lekarzowi odróżnić objawy związane z żylakami od innych schorzeń, które musi uwzględnić w określeniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Kwalifikacja pacjenta do leczenia wymaga także wykluczenia wszelkich przeciwwskazań.

Plan leczenia

Przewlekła niewydolność żylna to złożony problem wymagający od chirurga in-

dywidualnego podejścia. Opisane powyżej badanie dopplerowskie to pierwszy etap leczenia, bowiem prawidłowo przeprowadzone oraz zinterpretowane USG umożliwia lekarzowi podjęcie właściwej decyzji o wdrożeniu konkretnej terapii. Rodzaj i inwazyjność leczenia oraz późniejszy efekt terapeutyczny zależą między innymi od stopnia zaawansowania choroby. Obecnie nie ma jednego, uniwersalnego schematu terapii, ani też jednej i odpowiedniej do każdego rodzaju żylaków metody leczenia. Dzisiejsze nowoczesne technologie endowaskularne dają możliwość zaproponowania pacjentom nie tylko skutecznego leczenia, ale i zapewniają znaczną poprawę jakości ich życia. Niestety nie jest to jeszcze normą, wielu specjalistów skupia się na osiągnięciu zamierzonego wyniku terapeutycznego, mniej zaś na takich aspektach jak: szybkość powrotu chorego do pracy, jego samopoczucie po zabiegu, możliwość uprawiania sportu czy uzyskanie dobrego efektu kosmetycznego. Można to osiągnąć, łącząc w bardziej złożonych przypadkach dwie bądź trzy metody wewnątrznaczyniowe lub zabiegi wewnątrznaczyniowe z minimalnie inwazyjnymi zabiegami klasycznej chirurgii (tzw. mikroflebektomia). Takie leczenie hybrydowe pozwala wyleczyć praktycznie każde żyłaki.

Metody leczenia

Obecne techniki małoinwazyjnego leczenia żylaków w większości opierają się na efekcie termicznym, który doprowadza do uszkodzenia chorych żył od wewnątrz. W tym celu wykorzystują światło lasera w metodzie laserowej EVLT (*endovenous laser ablation*), fale radiowe RFA (*radio frequency ablation*) lub parę wodną SVS (*steam vein sclerosis*). Inna często stosowana w leczeniu żylaków metoda polega na zamk-

nięciu światła chorej żyły za pomocą środka chemicznego, czyli sklerozantu. Metody endowaskularne, inaczej wewnątrznaczyniowe, rozwijają się intensywnie i zyskują na popularności zarówno wśród lekarzy, jak i chorych, wypierając powoli metody klasyczne. Metody wewnątrznaczyniowe, w odróżnieniu od metod chirurgicznych, pozostawiają praktycznie niewidoczne ślady. Światłowod laserowy, cewnik w metodzie z wykorzystaniem fal radiowych czy cewnik stosowany do pary wodnej wprowadzane są przez wenflon bądź – w przypadku nieco grubszej skóry u mężczyzn – przez milimetrowe nacięcie, dzięki czemu uszkodzenia skóry są minimalne. Zamykane żyły ulegają obkurczeniu, a następnie zwłóknieniu i zanikają, stając się niewidocznymi nawet w kontrolnym badaniu USG. Dzięki dostępności ww. metod istnieje możliwość łączenia ich w zależności od złożoności problemu. Zastosowanie danej metody zależy bowiem od średnicy żyły, głębokości jej położenia pod skórą, stopnia jej poskręcania i innych czynników. W oparciu o nie chirurg proponuje jedną metodę bądź kilka zastosowanych podczas jednej procedury. W niektórych przypadkach zastosowanie jednej metody byłoby niewystarczające, a dzięki leczeniu hybrydowemu można uzyskać określony cel przy minimalnej możliwej inwazyjności, osiągając w ten sposób w pełni zadowalające efekty terapeutyczne i estetyczne.

Laserowe leczenie żyłaków metodą EVLT to w tej chwili najpopularniejsza metoda endowaskularna z powodzeniem wykorzystywana na całym świecie. Polega na wprowadzeniu do światła chorej żyły włókna laserowego, emitującego światło. Wyzwolona w ułamku sekundy energia powoduje obkurczenie naczynia i jego zamknięcie. W tym celu stosuje się lasery endoluminalne o długości fali świetlnej 980 nm

i 1470 nm. Metodę laserową po raz pierwszy zastosowano w Stanach Zjednoczonych, a jej zalety (takie jak znieczulenie miejscowe, brak rekonwalescencji, wysoka skuteczność zabiegu przy jednoczesnym niskim ryzyku powikłań oraz osiągnięcie dobrego efektu kosmetycznego) sprawiły, że metoda stała się podstawowym sposobem leczenia niewydolności dużych żył powierzchownych na całym świecie. Procedura EVLT przeprowadzana jest w znieczuleniu miejscowym, co zapewnia pacjentom komfort podczas zabiegu, nie naraża ich na ryzyko związane z podaniem znieczulenia ogólnego oraz nie wymaga hospitalizacji. Pacjent może w towarzystwie drugiej osoby wrócić bezpiecznie do domu. Dzięki temu chory nie zostaje wyłączony z codziennych aktywności. Po zabiegu zaleca się ruch, stąd też lekarze nakłaniają pacjentów do aktywności fizycznej. Dolegliwości bólowe nie są duże i nie zakłócają normalnego życia, a w razie nasilenia bólu zaleca się przyjmowanie leku przeciwbólowego nie częściej niż co 6 godzin. Cała procedura odbywa się bez konieczności nacięć, co pozwala na uzyskanie dobrego efektu estetycznego. Przed zabiegiem chirurg przy pomocy USG mapuje układ żylny, czyli zaznacza punkty przebiegu głównych pni żylnych i ich odgałęzień oraz miejsca wprowadzenia włókna laserowego. Następnie miejscowo znieczula skórę i tkankę podskórną chorego. Tak przygotowany pacjent jest gotowy do wprowadzania do światła niewydolnej żyły włókna laserowego. Laser następnie zostaje powoli wycofywany z żyły, powodując zamknięcie chorego naczynia. Cała procedura trwa 20-60 minut w zależności od rozległości żyłaków oraz od tego, czy operowana jest jedna czy dwie kończyny. Po zabiegu pielęgniarka zakłada specjalną pończochę uciskową, którą pacjent musi



Ryc. 1. Efekt leczenia hybrydowego (skojarzonego) EVLT i SVS.

nosić, w zależności od zaleceń, 2-6 tygodni. Alternatywą dla metody laserowej jest EVRF, czyli leczenie żylaków za pomocą fali radiowej. O wyborze konkretnej metody decyduje chirurg po wykonaniu USG. Sama procedura jest zbliżona do techniki laserowej: różni się tym, że efekt termicznego uszkodzenia żyły osiąga się za pomocą urządzenia generującego energię radiową o wysokiej częstotliwości, która jest podawana bezpośrednio do ściany naczynia za pomocą specjalnie skonstruowanej sondy. Dochodzi do kontrolowanego podgrzania ściany naczynia i jego obkurczenia. Leczenie żylaków falą radiową umożliwia zamknięcie żył o średnicy nie większej niż 8 mm. Dla osiągnięcia w pełni zadowalającego efektu terapeutycznego i estetycznego metoda laserowa lub leczenie falą radiową mogą być uzupełnione o parę wodną, skleroterapię bądź nieco rzadziej

miniflebektomię. Taka sytuacja ma miejsce np. w przypadku niewydolnego pnia żyły odpiszczelowej i towarzyszących mu żyłaków. Tak połączone procedury pozwalają uzyskać zamierzony cel leczniczy przy możliwie jak najmniejszym ryzyku objawów niepożądanych i bardzo dobrym efekcie kosmetycznym. Dzięki wprowadzeniu na rynek wspomnianej wyżej metody leczenia żylaków parą wodną małoinwazyjnie można wyleczyć praktycznie każde żyłki, również te, które ze względu na swój kręty przebieg bądź płytkie położenie pod skórą nie nadawały się do terapii laserowej. SVS jest jednym z nowszych odkryć we flebologii, a jego innowacyjność polega głównie na szerokim zastosowaniu. Podobnie jak w przypadku dwóch wcześniej wspomnianych metod EVLT i EVRF do zamknięcia chorej żyły wykorzystywany jest efekt termiczny, który tym razem uzyskuje się za pomocą podania do światła naczynia przegrzanej pary wodnej, dostarczanej w mikrodawkach przez wprowadzony wcześniej cewnik. Cewnik jest na tyle cienki, że można wprowadzić go bezpośrednio do żyły przy pomocy wenflonu. Dzięki temu procedura zapewnia osiągnięcie dobrego efektu kosmetycznego. Cały zabieg przeprowadzany jest pod kontrolą USG. SVS może być wykonywane jako samodzielna procedura lub jako uzupełnienie metody laserowej bądź zabiegu z użyciem fal radiowych. Para wodna doskonale sprawdza się również przy żylakach nawrotowych. Do SVS stosowane jest znieczulenie miejscowe, dzięki czemu chory może opuścić klinikę praktycznie zaraz po zabiegu. W okresie rekonwalescencji pacjent nie odczuwa praktycznie żadnych dolegliwości bólowych, stąd bardzo szybko może wrócić do pracy i normalnej aktywności życiowej. Metoda SVS pozwala całkowicie wyeliminować zabieg chirurgiczny

i skutecznie usunąć niewydolne żyły zarówno w zakresie głównych pni, jak również żyłaków bocznic. Wspomniane wyżej metody mogą zostać uzupełnione o zabieg skleroterapii. Procedura ta ma zastosowanie zarówno w późniejszym leczeniu estetycznym, jak i leczeniu zasadniczym, jako zabieg uzupełniający. Polega na obliteracji teleangiektazji i wenulektazji (w leczeniu estetycznym) oraz drobnych żyłaków (w leczeniu zasadniczym). Może być stosowana jako samodzielna procedura, ale jedynie we wczesnym stadium choroby, gdy pień żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej jest wydolny. Skleroterapia polega na podaniu do żyły środka obliterującego – sklerozantu – który obkurcza żyłę, co w konsekwencji prowadzi do jej zwłóknienia. W zależności od rodzaju i wielkości zamkniętego naczynia lek podawany jest w postaci piany bądź płynu o różnym stężeniu.

Skuteczność procedury EVLT (laserowego leczenia żyłaków) jest porównywalna do klasycznych metod chirurgicznych w dłuższej obserwacji, jednakże przy znacznie mniejszym ryzyku powikłań i objawów niepożądanych. Uzupełnienie jej o metody takie jak SVS i/lub skleroterapia daje możliwość osiągnięcia nie tylko satysfakcjonującego efektu terapeutycznego, ale i poprawy jakości życia pacjentów.

Piśmiennictwo:

1. Evans CJ, F.F., Ruckley CV, et al.: Prevalence od Varicose Veins and Chronic Venous Insufficiency in Men and Women in the General Population: Edinburg Vein Study. *J Epidemiol Community Health* 1999. P. 149-153.
2. Jawień A, Ochwat A. Prevalence of Chronic Venous Insufficiency (Cvi) in Men and Woman of Poland. Multicenter Cross-Sectional Study of 40095 Patients. *Phlebology*. (3):p. 110-22.
3. Jawień A. (red.), *Przewlekłe zaburzenia żyłne*, Poznań 2006.
4. Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L, Clement D, Norgren L, Baccaglini U, et al. Chronic venous disorders of the leg: epidemiology, outcomes, diagnosis and management. Summary of an evidence-based report of the VEINES task force. *Venous Insufficiency Epidemiologic and Economic Studies*. 1999.
5. Rybak W. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych pt: Ocena skuteczności leczenia niewydolności żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej przy użyciu lasera diodowego 980 nm, Wrocław 2011.



Ars ESTETICA
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

aesthetica