

DANE OŚRODKA

.....

INFORMACJA DLA PACJENTA

Leczenie zabiegowe żyłaków kończyny dolnej za pomocą wewnątrzżylną ablacji termicznej przy pomocy energii fal o częstotliwości radiowej (Radiofrequency - RF)

Stwierdzone u Pana/Pani żyłaki kończyn dolnych są wskazaniem do operacji. Proszę się zapoznać z treścią informacji przedstawiającej wskazania i zakres planowanego zabiegu, jego przebieg i możliwe powikłania. Informacje te mają Pani/Panu pomóc w podjęciu decyzji o leczeniu operacyjnym lub jej odmowie.

I. Co to są żyłaki i dlaczego występują, co sprzyja postępowi choroby

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest obecność żyłaków kończyn dolnych rozwijających się na skutek niewydolności dużych żył powierzchownych układu żylnego (żyły odpiszczelowej, żyły odstrzałkowej lub innej dużej żyły). Żyły te łączą się z żyłami głębokimi kończyny dolnej i w warunkach prawidłowych odprowadzają krew z kończyny w kierunku serca. Na skutek uszkodzenia zastawek żylnych w Pani/Pana żyłach, krew zamiast odpływać w kierunku serca powraca do niewydolnych naczyń żylnych a następnie żyłaków.

Powstawaniu i powiększaniu się żyłaków sprzyjają predyspozycje genetyczne oraz inne czynniki, takie jak długotrwałe siedzenie i stanie, otyłość, zaparcia, leczenie hormonalne, ciąża oraz przebyta zakrzepica żylna. Częstość występowania żyłaków rośnie wraz z wiekiem pacjenta.

Niewielkie żyłaki mogą nie dawać dolegliwości. W późniejszej fazie choroby pojawia się uczucie ciężkości, zmęczenia, ból kończyn dolnych, obrzęk, przebarwienia skóry a nawet owrzodzenia, najczęściej w okolicy dolnych partii goleni.

Stwierdzone u Pani/Pana żyłaki kończyn dolnych są wskazaniem do leczenia zabiegowego. Zabieg można wykonać chirurgicznie usuwając duże niewydolne żyły lub też w sposób mniej inwazyjny np. przy pomocy metod ablacji termicznej (zamknięcia światła żyły w wyniku działania energii termicznej). W tym przypadku ideą zabiegu nie jest usunięcie chirurgiczne żyły będącej przyczyną powstania żyłaków, ale zamknięcie jej światła bez usuwania żyły z tkanek kończyny. Zamknięcie żyły powoduje zahamowanie wstecznego napływu krwi do żyłaków, co, podobnie jak zabieg chirurgiczny, leczy przyczynę powstania żyłaków. Jedną z odmian zabiegów ablacji termicznej jest ablacja przy pomocy energii pola magnetycznego o częstotliwości radiowej. Proponowany Pani/Panu zabieg ablacji termicznej leczy niewydolność jedynie dużych naczyń żylnych – brak napływu krwi do żyłaków prowadzi jednak w większości przypadków do zmniejszenia żyłaków lub też ich całkowitego ustąpienia – konieczność leczenia uzupełniającego (chirurgiczne usunięcie żyłaków lub skleroterapia) omówi z Panią/Panem lekarz.

II. Zasady kwalifikacji i przygotowania do zabiegu

Kwalifikacja

O kwalifikacji do leczenia operacyjnego decydujemy na podstawie objawów zgłaszanych przez pacjentów oraz wyników **badania fizykalnego, laboratoryjnych i ultrasonograficznego układu żylnego**. Niezależnie od proponowanego sposobu leczenia i znieczulenia, prosimy Panią/Pana o udzielenie odpowiedzi na pytania:

- Czy jest Pan/Pani uczulona lub nadmiernie reaguje na leki, środki znieczulające? (np. w trakcie poprzednich zabiegów operacyjnych lub też podawania znieczulenia przy zabiegach stomatologicznych)
- Czy występuje uczulenie na plaster, gumę, lateks lub jakiegokolwiek inne uczulenia?
- Czy występowała u Pani/Pana zakrzepica żylna lub zatorowość płucna?
- Czy występują u Pani/Pana jakieś infekcje (w tym infekcje skóry)?
- Czy występuje u Pani/Pan skłonność do przedłużonego lub nadmiernego krwawienia np. po ekstrakcji zęba, po skaleczeniu się, bądź też skłonność do samoistnych krwawień?
- Czy rany po zabiegach lub rany powstałe w wyniku skaleczeń goją się prawidłowo?
- Czy przyjmuje Pani/Pan leki, również te, które można zakupić bez recepty?

- Czy jest Pani w ciąży lub też podejrzewa, że takie prawdopodobieństwo istnieje?
- Czy choruje Pani/Pan na choroby zakaźne np.: wirusowe zapalenie wątroby?
- Czy w przypadku wcześniejszych zabiegów występowały jakieś powikłania ?

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest pozytywna, należy poinformować o tym lekarza prowadzącego. Brak tego rodzaju informacji lub jej zatajenie może mieć negatywny wpływ na ostateczny wynik zabiegu oraz zwiększyć ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

W procesie kwalifikacji do zabiegu lekarz może stwierdzić przeciwwskazania do zabiegu. Mogą one wynikać ze stanu ogólnego pacjenta - aktywna infekcja, zły stan ogólny, zaawansowanie innych chorób, brak możliwości wykonania znieczulenia, uczulenia związane z lekami stosowanymi w trakcie zabiegu, zaburzenia krzepnięcia; oraz z przyczyn miejscowych - niedrożność lub zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej, infekcje skóry, zakrzepica żył powierzchownych, bardzo kręty przebieg żyły na długim odcinku lub też bardzo powierzchownie położone naczynia żyłne.

Przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego może być stosowanie niektórych leków zmniejszających krzepnięcie krwi. Może to wymagać ich odstawienia przed zabiegiem lub też zmiany sposobu leczenia – należy poinformować lekarza o wszystkich preparatach, jakie Pani/Pan stosuje. Ważne jest również poinformowanie lekarza o posiadaniu rozrusznika serca lub też wszczepionego defibrilatora (obecność tych urządzeń może być przeciwwskazaniem do zastosowania niektórych systemów ablacji termicznej opartej o energię fal o częstotliwości radiowej).

Przed zabiegiem konieczne jest przeprowadzenie podstawowych badań laboratoryjnych. W przypadku okoliczności wynikających ze stanu zdrowia pacjenta potrzebne może być wykonanie również innych badań – o konieczności poszerzenia diagnostyki przedoperacyjnej zdecyduje lekarz.

W przypadku współistnienia u pacjentów czynników ryzyka zakrzepicy żyłnej, wskazane jest wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej – najczęściej pod postacią podskórnych wstrzyknięć heparyny drobnocząsteczkowej. O konieczności stosowania profilaktyki farmakologicznej decyduje lekarz.

Znieczulenie

Zabiegi wewnątrznaczyniowej ablacji termicznej w przypadku leczenia żyłaków kończyn dolnych wykonuje się obecnie w znieczuleniu tumescencyjnym (odmiana znieczulenia miejscowego polegająca na podaniu dużej objętości rozcieńczonego środka znieczulającego). W trakcie zabiegu operator przy pomocy cienkiej igły którą wykona szereg nakłuć skóry wzdłuż zamykanej żyły podaje środek znieczulający. Zaletą tego rodzaju znieczulenia miejscowego jest duże bezpieczeństwo oraz możliwość uruchomienia chorego bezpośrednio po zabiegu. Innymi, znacznie rzadziej stosowanymi sposobami są znieczulenie przewodowe (zewnątrzoponowe lub podpajęczynówkowe) oraz ogólne. Ze względu na fakt wykorzystania energii termicznej w trakcie zabiegu, także w tych przypadkach konieczne będzie jednak podanie płynu w okolicę żyły, co zabezpiecza okoliczne tkanki przed działaniem ciepła. W przypadku innych niż znieczulenie tumescencyjne sposobów znieczulenia konsultować będzie Panią/Pana anestezjolog, który przedstawi szczegóły dotyczące znieczulenia.

Przygotowanie do zabiegu

Po ustaleniu sposobu znieczulenia, jak również godziny, na którą zaplanowany będzie zabieg, zostanie Pani/Pan poinformowana(y) o zaleceniach dietetycznych – dokładnych informacji w tym zakresie (w tym o czasie, kiedy należy pozostać na czczo przed zabiegiem) udzieli lekarz. Bezpośrednio przed zabiegiem nie powinna(-ien) Pani/Pan spożywać żadnych pokarmów, jak również pić. Jedynym wyjątkiem jest tutaj konieczność zażycia leków przyjmowanych na stałe, co należy uzgodnić z lekarzem. W przypadku, gdy równocześnie z zabiegiem radioablacji wykonywane będzie usunięcie chirurgiczne żyłaków konieczne będzie wygolenie operowanej okolicy.

Pominięcie właściwego przygotowania do zabiegu może mieć istotny wpływ na ostateczny efekt zabiegu. Stąd też prosimy o przestrzeganie zaleceń zawartych w niniejszej informacji, jak również przekazanych przez personel lekarski i pielęgniarski.

III. Opis zabiegu

Zabieg ablacji termicznej przy pomocy metody radiofrekwencji (RF) przeprowadzany jest w pozycji leżącej (w przypadku zamykania żyły odpiszczelowej w pozycji na plecach, w przypadku zamykania żyły odstrzałkowej w pozycji na brzuchu). Zabieg wewnątrzżylny przeprowadzany jest w sterylnych warunkach i prowadzony jest pod kontrolą ultrasonografii. Najpierw wykonujemy przezskórne nakłucie żyły igłą i wprowadzenie włókna (sondy dostarczającej energię) do światła leczonej żyły. Skóra przed nakłuciem zostaje znieczulona i czasem wymaga miejscowego nacięcia na długości ok. 2-3 mm. Sondę wprowadza się zwykle przez światło umieszczonej wcześniej w żyłę tak zwanej koszulki naczyniowej (rodzaj plastikowej rurki wprowadzonej do światła żyły). Sondę wprowadza się do żyły pod kontrolą ultrasonograficzną, co

umożliwia jej odpowiednie umieszczenie w odcinku naczynia, od którego zaczyna się zabieg. Następnie wykonujemy znieczulenie tumescencyjne podając poprzez nakłucie igłą płyn znieczulający do tkanek leżących wzdłuż leczonej żyły. Podanie roztworu środka znieczulającego powoduje zarówno znieczulenie, jak i odsunięcie okolicznych tkanek od ściany żyły. W następnym etapie, wycofując powoli włókno (sondę) połączone ze źródłem energii dokonuje się zamknięcia światła żyły. Nadmiar energii pochłaniany jest przez płyn znieczulający. W przypadku jakichkolwiek dolegliwości bólowych jak również drętwień, pieczenia lub innego dyskomfortu w obrębie kończyny w tej fazie zabiegu – należy to zgłosić lekarzowi. Tego rodzaju objawy mogą być wskazaniem do podanie większej ilości znieczulenia miejscowego lub też zmniejszenia wykorzystywanej przy zabiegu zamykania żyły energii. Po zabiegu na miejsce wkłucia zakłada się opatrunek a na operowaną kończynę pończochę uciskową. W przypadku, gdy w trakcie jednego zabiegu leczone są również inne żyły przy pomocy tej samej metody, konieczne będzie nakłucie i znieczulenie każdej z nich (o ewentualnej konieczności tego rodzaju działania poinformuje lekarz).

Zabieg ablacji termicznej przeprowadzany jest przy pomocy sterylnego sprzętu. Także pozostały sprzęt konieczny do zabiegu (obłożenia pola operacyjnego, fartuchy, gaziki, rękawiczki) jest sterylny a sala, na której przeprowadzany jest zabieg, zapewnia odpowiednie warunki sanitarno-epidemiologiczne.

W przypadku, gdy w trakcie kwalifikacji do leczenia zabiegowego podjęta będzie decyzja o równoczesnym chirurgicznym usunięciu żylaków, w trakcie tego samego zabiegu usunięte zostaną żyłaki przy pomocy techniki chirurgicznej. Szczegółowy opis postępowania dotyczący leczenia chirurgicznego otrzyma Pani/Pan w formularzu „Informacji dla Pacjenta” dotyczącym leczenia chirurgicznego żylaków kończyn.

Mimo że zakres planowanego zabiegu ustalany jest wstępnie w okresie przedoperacyjnym, nie w każdym przypadku możliwe jest przewidzenie wszystkich zmian, jakie napotkać może chirurg w trakcie zabiegu. Precyzyjna ocena rozległości zabiegu możliwa jest dopiero w trakcie trwania jego trwania, co powodować może konieczność rozszerzenia zakresu zabiegu. Ostateczny rodzaj zabiegu/operacji jest zatem ustalany przez zespół operujący w czasie trwania zabiegu. Stąd też w przypadku każdej operacji prosimy o wyrażenie zgody na szerszy zakres zabiegów i ewentualne rozszerzenie zabiegu o ile będzie to konieczne (zarówno w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta jak również wykonania optymalnego zakresu procedury).

IV. Postępowanie po operacji

Sposób postępowania po zabiegu zależy od rodzaju wykonanego zabiegu oraz sposobu znieczulenia. O sposobie postępowania poinformuje Panią/Pana lekarz, zwracając uwagę na informacje dotyczące:

- poruszania się (chodzenia) oraz rehabilitacji,
- leczenia przeciwbólowego,
- stosowania terapii uciskowej,
- sposobu i czasu zmiany opatrunków,
- stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej (jeśli będzie wymagana to otrzyma Pani/Pan receptę na heparynę drobnocząsteczkową),
- terminu wizyty kontrolnej.

Zlecone leki należy stosować zgodnie z zaleceniami lekarza.

Jeśli operację przeprowadzono w znieczuleniu tumescencyjnym, pacjent uruchamiany jest natychmiast (w pończosze uciskowej) i opuszcza szpital/ośrodek zwykle tego samego dnia. Jeśli operację wykonano w znieczuleniu przewodowym lub ogólnym, konieczne może być pozostanie w ośrodku przynajmniej kilka godzin po znieczuleniu lub do dnia następnego (o czasie wypisu zadecyduje lekarz).

Opatrunki w miejscu nakłucia a w przypadku równoczesnego leczenia chirurgicznego, również w obrębie miejsc cięć chirurgicznych należy wykonywać przy wykorzystaniu jałowego materiału opatrunkowego (gaziki lub gotowe opatrunki) oraz środków dezynfekcyjnych. Po ustąpieniu znieczulenia mogą wystąpić dolegliwości bólowe wymagające podania leków przeciwbólowych.

W okresie bezpośrednio po zabiegu należy unikać dużego wysiłku fizycznego np.: podczas pracy lub ćwiczeń fizycznych. Brak stosowania po zabiegu wyrobów uciskowych może spowodować powstanie krwiaków, jak również problemy z gojeniem ran. Podobnie niewłaściwa higiena, zwłaszcza brak dbałości o czystość okolicy ran (zmiana opatrunków) może wpływać na wzrost ryzyka zakażeń pooperacyjnych. Po zabiegu nie należy się opalać, jak również stosować kremów „samoopalających” – może to spowodować powstanie trwałych przebarwień skóry, lub blizn. W powrocie do codziennej aktywności należy uwzględnić zalecenia lekarza oraz własne samopoczucie.

V. Opis innych dostępnych metod leczenia

Żylaki kończyn dolnych mogą być leczone innymi sposobami. Należy dążyć do wyboru optymalnego sposobu leczenia uwzględniającego zarówno charakter stwierdzanych zmian, jak i aktualną wiedzę i możliwości medycyny, ryzyko potencjalnych powikłań oraz preferencje pacjenta. Poniżej przedstawiono alternatywne sposoby leczenia – należy jednak zaznaczyć, że nie każde żylaki nadają się do ich zastosowania.

1. Leczenie chirurgiczne – polega na usunięciu żylaków i jeśli to konieczne i możliwe niewydolnych naczyń żylnych będących przyczyną żylaków. Zabieg jest znacznie bardziej inwazyjny, może być wykonany w znieczuleniu miejscowym, ogólnym lub przewodowym. Zawsze pozostawia blizny. Pajęczków żylnych nie można leczyć w ten sposób.

2. Leczenie farmakologiczne – nie spowoduje zniknięcia żylaków, i w sytuacji, gdy wskazane jest leczenie zabiegowe, nie powinno go zastępować. Głównym wskazaniem do leczenia farmakologicznego jest obecność takich objawów jak: bóle, uczucie ciężkości i zmęczenia, obrzęki oraz inne objawy towarzyszące przewlekłym chorobom układu żylnego.

3. Leczenie obliteracyjne (skleroterapia – ablacja chemiczna). Polega na dożylnym podaniu środka, którego działanie prowadzi do zarośnięcia i zwłóknienia leczonego naczynia. Wskazaniem do tego leczenia są telangiektazje (pajęczki), żylaki siatkowate, żylaki oraz żylaki nawrotowe. Można w ten sposób leczyć także niewydolność dużych naczyń żylnych. Podobnie, jak i inne sposoby leczenia, ten sposób postępowania wymaga właściwego doświadczenia osoby wykonującej. Ostatnio dostępna jest również metoda umożliwiająca zamknięcie światła żyły poprzez podanie specjalnego środka („kleju”) do jej światła. Skleroterapia nie jest w Polsce refundowana.

4. Terapia uciskowa (kompresjoterapia) - polega na stosowaniu wyrobów zapewniających stopniowany ucisk kończyny dolnej. Metoda ta nie usuwa żylaków, powoduje jednak zmniejszenie nadciśnienia żylnego w układzie żylnym i łagodzi dolegliwości w trakcie jej stosowania. Wyroby uciskowe są dobierane indywidualnie i powinny być stosowane w zalecanej przez lekarza klasie ucisku. Nie są w Polsce refundowane w tym wskazaniu.

5. Inne metody ablacji termicznych – istnieją także inne technologie oparte o ablację termiczną. Zaliczyć do nich należy ablacje przy pomocy pary wodnej jak również ablacje przy pomocy energii fali światła laserowego. Metody te podobnie jak i ablacja laserowa mają na celu zamknięcie dużej żyły układu żył powierzchownych bez jej usuwania chirurgicznego.

VI. Możliwe zdarzenia niepożądane

Mimo doświadczenia oraz należytej staranności operatora i zespołu, u każdego chorego leczonego operacyjnie może dojść do wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Ich wystąpieniu sprzyjają takie czynniki jak otyłość, cukrzyca, zły stan ogólny, niedożywienie, niehigieniczny tryb życia, reoperacje, obecność ognisk zakażenia, przebyta zakrzepica, terapia hormonalna, przedłużające się unieruchomienie i inne. Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od budowy anatomicznej pacjenta, jego stanu odżywienia i stanu ogólnego, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy może dojść do wystąpienia zdarzeń niepożądanych lub powikłań, do których zaliczyć należy:

1. Krwiaki i siniaki w skórze i tkance podskórnej – przejściowe, ustępują po kilku tygodniach
2. Przebarwienia skóry - w miejscach po żylakach i miejscach wykonywania zabiegu (bywają często obecne już przed zabiegiem i narastają z czasem trwania choroby).
3. Dolegliwości bólowe w okolicy leczonej żyły – niewielkie dolegliwości bólowe występują u części pacjentów po ustąpieniu znieczulenia. W okresie późniejszym mogą pojawić się dolegliwości bólowe w przebiegu leczonej żyły związane z procesem bliznowacenia i gojenia. W większości przypadków mają one charakter przejściowy.
4. Zaburzenia czucia skórnoego, parestezje – najczęściej o charakterze przejściowym
5. Zgrubienia i nacieki zapalne na skórze i w tkance podskórnej w przebiegu leczonej żyły – mają najczęściej charakter przejściowy – mogą jednak pozostawiać miejscowe zbliznowacenia lub też zgrubienia w tkance podskórnej (zwłaszcza jeśli leczone żyły położone są bardzo powierzchownie)
6. Krwawienie śród- i pooperacyjne - w wyjątkowej sytuacji może wymagać transfuzji krwi, rozszerzenia zabiegu bądź reoperacji.
7. Zakrzepica żył powierzchownych – może dotyczyć innych pozostawionych lub też leczonych odcinków układu żylnego– w większości przypadków wiąże się to z miejscowym bólem i zaczerwienieniem w przebiegu wykrzepionych żył.

8. Zakażenie miejsca wkłucia lub ran operacyjnych (w przypadku równoczesnego leczenia chirurgicznego) – ze względu na mało-inwazyjny charakter zabiegu występuje niezwykle rzadko, może jednak prowadzić do przedłużonego gojenia, do powstawania ropni, przetok lub brzydkich blizn, towarzyszyć mu mogą stany gorączkowe, sporadycznie może dojść do uogólnienia zakażenia.
9. Powstanie przerośniętej, szpecącej blizny w miejscu dostępu naczyniowego (nakłucie i wprowadzenia koszulki naczyniowej) lub też w miejsc operowanych w przypadku zabiegu chirurgicznego), szczególnie w przypadku skłonności osobniczych.
10. Uszkodzenia sąsiednich narządów (np. naczyń udowych lub podkolanowych, węzłów chłonnych, nerwów). Ryzyko wzrasta w przypadku otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych (reoperacje), u chorych po urazach, rozległych stanach zapalnych, wcześniejszych operacjach czy napromienianiu tej operowanej okolicy.
11. Zakrzepica żył głębokich – występuje rzadko, objawy to najczęściej obrzęk i ból kończyny, może być powikłana zatorowością płucną. Objawy zatorowości mogą być niecharakterystyczne lub też mogą wystąpić nagła duszność, ból w klatce piersiowej, krwioplucie, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, utrata przytomności, zatrzymanie akcji serca, a nawet zgon.
12. Zaburzenia oddychania – od duszności do niewydolności oddechowej wywołanej np. zatorowością płucną lub też uczuleniem na środek znieczulający.
13. Uszkodzenie nerwów w obrębie uda, łydki i stopy - powikłanie bardzo rzadkie i niegroźne dla życia, ale uciążliwe, objawia się najczęściej zaburzeniami czucia.
14. Oparzenie skóry w miejscu wykonywanego zabiegu – wyjątkowo rzadkie powikłanie, w celu jego uniknięcia konieczne jest zawsze wykonanie znieczulenia tumescencyjnego tak aby otoczyć leczoną żyłę dużą ilością płynu znieczulającego.
15. Uszkodzenie nerwów ruchowych kończyny – występuje niezwykle rzadko, najczęściej w przypadku anomalii anatomicznych lub też reoperacji.
16. Uczulenie na środki znieczulające – może wystąpić spadek ciśnienia, zasłabnięcie lub wstrząs – pacjent, u którego w przeszłości występowały objawy uczuleniowe powinien je zgłosić lekarzowi przed zabiegiem.
17. Powikłania znieczulenia ogólnego lub przewodowego – omówi je z Panią /Panem anestezjolog
18. Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne – powikłanie rzadkie, częściej u pacjentów, u których stwierdza się uczulenia na te preparaty.
19. Zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) – w celu ograniczenia do minimum tego powikłania zabiegi wykonywane są w warunkach aseptycznych jednorazowym instrumentarium, uzasadnione jest wykonanie przed zabiegiem operacyjnym szczepień przeciwko WZW typ B
20. Brak zamknięcia leczonej żyły – występuje niezwykle rzadko i może wymagać kolejnych zabiegów. Niezamknięciu się żyły sprzyjać mogą jej wcześniejsze stany zapalne i przebyta zakrzepica żylna
21. Wznowa żylaków po zabiegu operacyjnym – najczęściej ma związek z dalszym rozwojem choroby, która ma charakter postępujący i nasila się wraz z wiekiem pacjenta. W niewielkim odsetku przypadków, w okresie odległym może dojść do udrożnienia leczonej żyły lub jej niezamknięcia przy pierwszym zabiegu.

Należy zdawać sobie sprawę że każda operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia. Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia.

VII. Informacje na temat leczenia uzupełniającego żylaków

Jak wspomniano wcześniej zabieg wewnątrzżylny ablacji termicznej umożliwia zamknięcie światła niewydolnej dużej żyły układu żył powierzchownych, co w efekcie ogranicza napływ krwi do żylaków powodując ich zmniejszenia lub też ich niemal całkowitą regresję. Stopień regresji (zmniejszenia się) żylaków różni się pomiędzy pacjentami – wynika to między innymi z obecności innych, dodatkowych źródeł zaopatrywania żylaków w krew. Zabieg ablacji termicznej może być wystarczającym zabiegiem w leczeniu żylaków, w niektórych przypadkach konieczne może być jednak leczenie uzupełniające (leczenie chirurgiczne lub skleroterapia). Leczenie uzupełniające może być wykonane w trakcie tego samego zabiegu kiedy wykonywana jest ablacja termiczna lub też w trybie odroczonym (po kilku tygodniach lub miesiącach, gdy widoczny jest ostateczny efekt zabiegu ablacji termicznej). Decyzja o trybie wykonania leczenia uzupełniającego (razem z zabiegiem RF lub leczenie w trybie odroczonym) opierać się będzie o wynik badania USG Doppler jak również ocenę możliwości samoistnej regresji żylaków po zabiegu. Propozycje postępowania zaproponuje Pani/Panu lekarz.

VIII. Informacje na temat następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku, gdy istnieją wskazania do leczenia operacyjnego, rezygnacja z zabiegowego leczenia żyłaków kończyn dolnych prowadzi do postępu choroby i rozwoju przewlekłej niewydolności żyłnej. Objawami postępującego charakteru choroby są: obecne i narastające obrzęki, bóle kończyny, zamiany troficzne w dalszej części goleni oraz owrzodzenia żyłne w obrębie kończyn dolnych. Obecność coraz większych żyłaków sprzyja także powstawaniu często niebezpiecznej dla życia i zdrowia pacjenta zakrzepicy żyłnej.

VIII. Efekty zabiegu, rokowanie

Wynik leczenia jest sumą wielu czynników: właściwej kwalifikacji do zabiegu, wykonania zabiegu, wystąpienia działań niepożądanych a także postępowania pacjenta po zabiegu, czyli przestrzegania zaleceń lekarskich. Mimo że leczenie żyłaków ma znaczenie zarówno zdrowotne, jak i estetyczne, pacjent musi sobie uzmysłwić, że leczenie żyłaków kończyn dolnych jest przede wszystkim leczeniem objawowym. Oznacza to że nie istnieją zabiegi, które mogłyby wyleczyć samą pierwotną przyczynę powstania tej choroby to znaczy predyspozycje pacjenta do wystąpienia niewydolności żyłnej. Zabieg ablacji termicznej, zamknięcie jednego czy kilku niewydolnych naczyń żylnych nie zapobiegnie wystąpieniu niewydolności innego naczynia żylnego w przyszłości, jeśli chory ma takie predyspozycje.

U części chorych po zabiegu możemy spodziewać się zmniejszenia niektórych dolegliwości, takich jak bóle, uczucie ciężkości, skurcze nocne. Z drugiej strony część objawów przedmiotowych, szczególnie utrwalonych takich, jak obrzęki, zmiany troficzne skóry mogą pozostać bez zmian. Pacjent powinien zaakceptować fakt, że w operowanej kończynie mogą wystąpić objawy niepożądane, w szczególności krwaki, podbiegnięcia krwawe, przebarwienia skóry, zaburzenia czucia czy ból. Ostateczny efekt zabiegu widoczny będzie dopiero po wygojeniu tych zmian. Nie wszystkie zmiany można usunąć przy pomocy wewnątrzżyłnej ablacji termicznej. Pajęczki żyłne, żyłaki sieciowe, bardzo małe żyłaki nie są możliwe do usunięcia w ten sposób i raczej nie znikną po zabiegu. Ze względu na przeciwwskazania miejscowe (np. bardzo kręty przebieg żyły), u niektórych chorych leczenie wykonane musi zostać przy pomocy metod chirurgicznych. W przypadku, jeżeli po zabiegu ablacji termicznej nie uda się uzyskać regresji (zmniejszenia lub zaniku) żyłaków, konieczne jest leczenie uzupełniające w oparciu o leczenia chirurgiczne lub skleroterapia.

Choroby żył kończyn dolnych takie jak żyłaki czy przewlekła niewydolność żylna mają charakter przewlekły i postępujący. Stąd też w przyszłości pojawić się mogą (ale nie muszą) kolejne żyłaki zarówno w innych okolicach, jak i w okolicy operowanej. Nie sposób przewidzieć, u kogo i w jaki sposób rozwinie się choroba oraz w jakim czasie będzie postępować. W przypadku kwalifikacji do leczenia zabiegowego nie należy zastępować zabiegu innymi formami leczenia (np. farmakoterapią). W większości zabiegów udaje się osiągnąć dobry efekt leczniczy i estetyczny. Nie zapobiega to, jak wspomniano pojawieniu się niewydolności kolejnych naczyń żylnych w przyszłości. Obserwacje te skłaniają do pozostawania pod opieką lekarską i okresowych kontroli stanu kończyn u wszystkich chorych kwalifikowanych i poddanych leczeniu. W przypadku pojawienia się nowych żyłaków czy też nawrotu żyłaków w miejscu operowanych konieczne mogą być kolejne zabiegi.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami może Pani/Pan przygotować sobie i zadać pytania do lekarza prowadzącego, aby rozwiać wspólnie wszelkie wątpliwości, niejasności dotyczące planowanego leczenia jak również możliwych powikłań.

Formularz "Informacji dla Pacjenta" opracował zespół Polskiego Towarzystwa Flebologicznego w składzie: Tomasz Urbanek, Piotr Hawro, Marcin Gabriel

Polskie Towarzystwo Flebologiczne udostępnia formularz Informacji dla Pacjenta oraz formularz Świadomej zgody dla Członków Polskiego Towarzystwa Flebologicznego. Wykorzystanie powyższych materiałów przez osoby nie będące członkami Polskiego Towarzystwa Flebologicznego wymaga uzyskania indywidualnej zgody – kontakt w sprawie uzyskania zgody z sekretariatem PTF

PTF, Katowice 2015-10-25