

ŻYLAKI KOŃCZYN

DOLNYCH

(*Varices extremitatis
inferioris*)

JANUSZ Magdalena

Żylaki kończyn dolnych ujawniają się jako kręte, sine, często bolesne wybrzuszenia zlokalizowane bezpośrednio pod skórą kończyn dolnych. Powiększają się w pozycji stojącej, zanikając całkowicie lub częściowo w pozycji leżącej. Ich rozmiar zwiększa się również po długotrwałym siedzeniu, w czasie kaszlu lub parcia. Mogą rozwijać się u młodych ludzi, u których stwierdza się skłonności rodzinne, powodujące szybkie upośledzenie funkcji zastawek żylnych żył kończyn dolnych. Żylaki kończyn dolnych występują prawie dwukrotnie częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Skłonność do ich rozwoju lub pogłębienia się choroby wzrasta również wraz z wiekiem.

Przyczyny powstawania żylaków kończyn dolnych

Główną przyczyną powstawania żylaków kończyn dolnych jest niewydolność zastawek żył powierzchownych. Prowadzi ona do rozwoju nadciśnienia w żyłach powierzchownych i wtórnie ich poszerzenia. Progresja choroby jest najczęściej spowodowana zakrzepicą i zapaleniem żył powierzchownych. Niewydolność zastawek żył powierzchownych może być również wrodzona, powstać w następstwie zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych lub zmian w mikrokrążeniu.



Teleangiektazje (pajączki)



Žylaki

Czynniki ryzyka rozwoju żylaków

- Wiek - główny czynnik ryzyka. Około 70% mężczyzn i kobiet w wieku 70 lat ma żylaki lub teleangiektazje.
- Czynniki dziedziczne - ryzyko rozwoju żylaków w przyszłości u dziecka , którego oboje rodzice cierpią na tę chorobę wynosi 89%.
- Płeć - prawie dwukrotnie częściej choroba dotyczy kobiet.
- Cięża - liczba ciąż zaostrza dolegliwości u kobiet ze skłonnością do powstawania żylaków.
- Rodzaj wykonywanej pracy - stojąca lub siedząca wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju żylaków.
- Otyłość.
- Tabletki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza.

Objawy choroby

- Podawane przez chorych:
- uczucie ciężkości kończyn,
- ból nóg,
- uczucie obrzmienia nóg,
- mrowienie i świąd,
- kurcze nocne, zespół niespokojnych nóg,
- nasilenie objawów w pozycji siedzącej lub stojącej,
- nasilenie objawów pod wpływem wysokiej temperatury otoczenia,
- łagodzenie objawów przez chłód, unoszenie kończyny, ćwiczenia fizyczne, ucisk

Leczenie

Podstawowym sposobem leczenia żylaków kończyn dolnych jest leczenie chirurgiczne. W przypadku drobnych zmian stosuje się laseroterapię lub chirurgiczne metody małoinwazyjne (skleroterapię). Zaawansowane zmiany leczy się operacyjnie. Bez względu na ciężkość choroby, zabiegi chirurgiczne powinny być uzupełnione leczeniem zachowawczym.

Leczenie chirurgiczne

Jego celem jest usunięcie zmian patologicznych w układzie żył powierzchownych kończyn dolnych powstałych pod wpływem choroby. Leczenie to zapewnia znaczne usunięcie dolegliwości związanych z chorobą oraz często przynosi bardzo dobry efekt estetyczny. Wcześnie podjęte leczenie chirurgiczne jest bardzo skuteczne. Przewlekła choroba żylna nie zawsze jednak pozwala na pełne jej wyleczenie. Objawy choroby mogą wtedy utrzymywać się przez długi okres czasu pomimo prawidłowo wykonanych zabiegów chirurgicznych.

Rodzaje zabiegów:

- Obliteracja.
- Krosectomia.
- Stripping (usunięcie żyły odpiszczelowej i/lub odstrzałkowej).
- Flebektomia (miniflebektomia sposobem Mullera i Vaaradiemetody go).
- Podwiązanie perforatora.

Bardzo często te łączymy podczas jednego zabiegu.

Skleroterapia piankowa

Skleroterapia piankowa polega na podaniu do środka żyłki substancji chemicznej, wskutek czego dochodzi do stanu zapalnego w świetle naczynia i dookoła niego. Efektem terapii jest zwłóknienie uszkodzonej żyły. Do skleroterapii można używać różnych preparatów, w metodzie piankowej jest to piana polidokanolowa.

Wskazania:

- małe żyły (żylaki siatkowate i teleangiektazje), w tym przypadku skleroterapia jest metodą z wyboru,
- żylaki dużych naczyń poza układem żyły odpiszczelowej (pnie dodatkowe, żyły przesywające); w tych przypadkach skleroterapię wykonuje się po wykluczeniu większego refleksu, który należy skorygować chirurgicznie (decyzja o wyborze leczenia zależy od doświadczenia lekarza),
- żylaki żyły odstrałowej - można stosować leczenie chirurgiczne, jak i skleroterapię,
- żylaki u osób w wieku podeszłym
- u pacjentów nie wyrażających zgody na typowe leczenie chirurgiczne lub z przeciwwskazaniem do operacji.

Przeciwwskazania :

- uczulenie na środek obliterujący,
- choroby tkanki łącznej,
- nawracająca zakrzepica,
- zakażenie miejscowe lub ogólnoustrojowe,
- stałe unieruchomienie pacjenta,
- ciąża,
- ciężkie niedokrwienie kończyn dolnych.

Przebieg zabiegu:

Dawka i stężenie preparatów zależy od wagi chorego i szerokości naczynia żylnego, do którego ma być podany detergent. Zabieg wykonuje się przy użyciu cienkich igieł. Nie wymaga znieczulenia. Składa się z kilku do kilkunastu nakłuć zmienionych chorobowo teleangiektazji lub żył. W celu uzyskania dobrego efektu kosmetycznego należy zabieg powtarzać czasem kilkakrotnie.

Zalecenia po zabiegu:

Po zabiegu zakładany jest opatrunek uciskowy. Chory powinien spacerować do 30 minut. W tym czasie nie wolno choremu siedzieć, stać, ani leżeć. Opatrunek uciskowy należy nosić ok. 14 dni.

W razie pojawienia się działań niepożądanych skontaktować się z lekarzem.

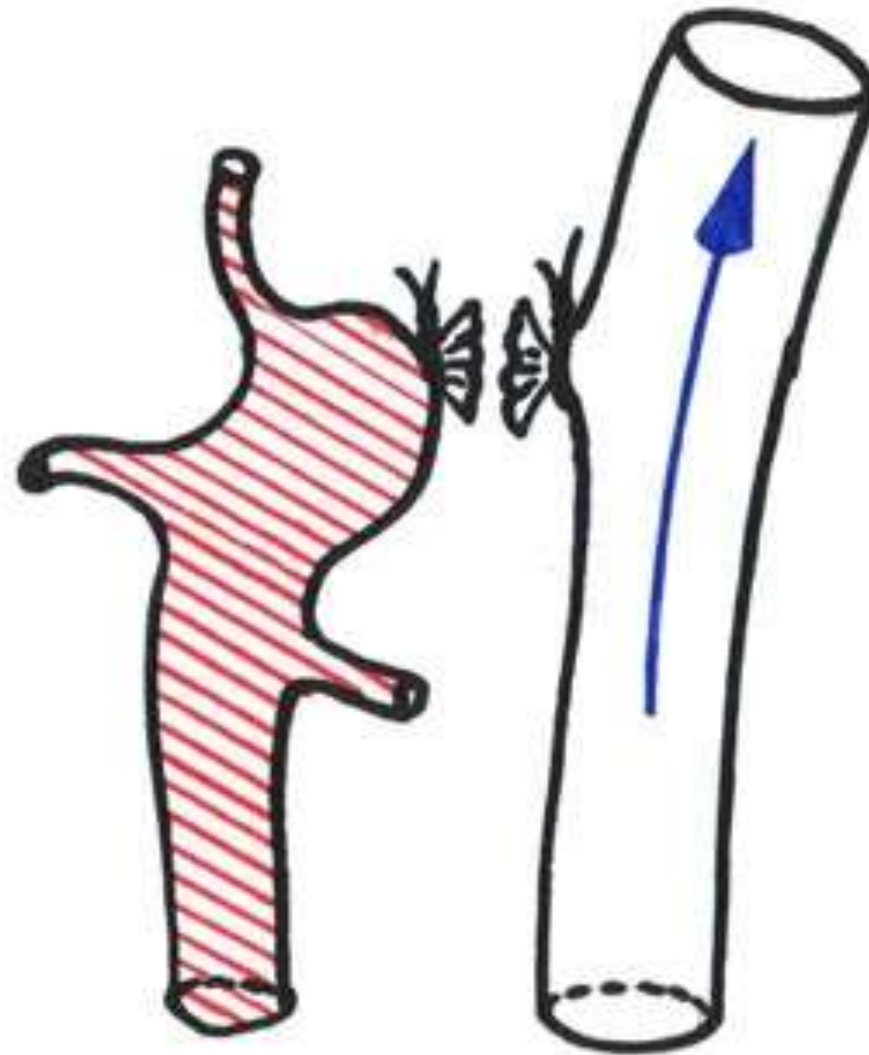


Krosectomia

Zabieg polega na wysokim (tuż przy żyły udowej) podwiązaniu żyły odpiszczelowej (crosectomia) z zamknięciem wszystkich dopływów ujścia (na rys.).

Celem zabiegu jest zamknięcie przepływu przez niewydolne ujście żyły odpiszczelowej.

Pozostawienie nawet krótkiego kikuta ujścia jest najczęstszą przyczyną nawrotu żylaków. Jest ona również pierwszym etapem operacji przy użycie stripera, natomiast u osób, u których stripping jest przeciwwskazany jedynym etapem operacji.



Prawidłowo podwiązane ujście żyły odpiszczelowej

Usunięcie żyły odpiszczelowej metodą Babcocka

Zabieg polega na usunięciu uszkodzonego, głównego pnia żyły odpiszczelowej. W zależności od długości uszkodzonej żyły wyróżniamy:

Stripping krótki - kończy się poniżej kolana.

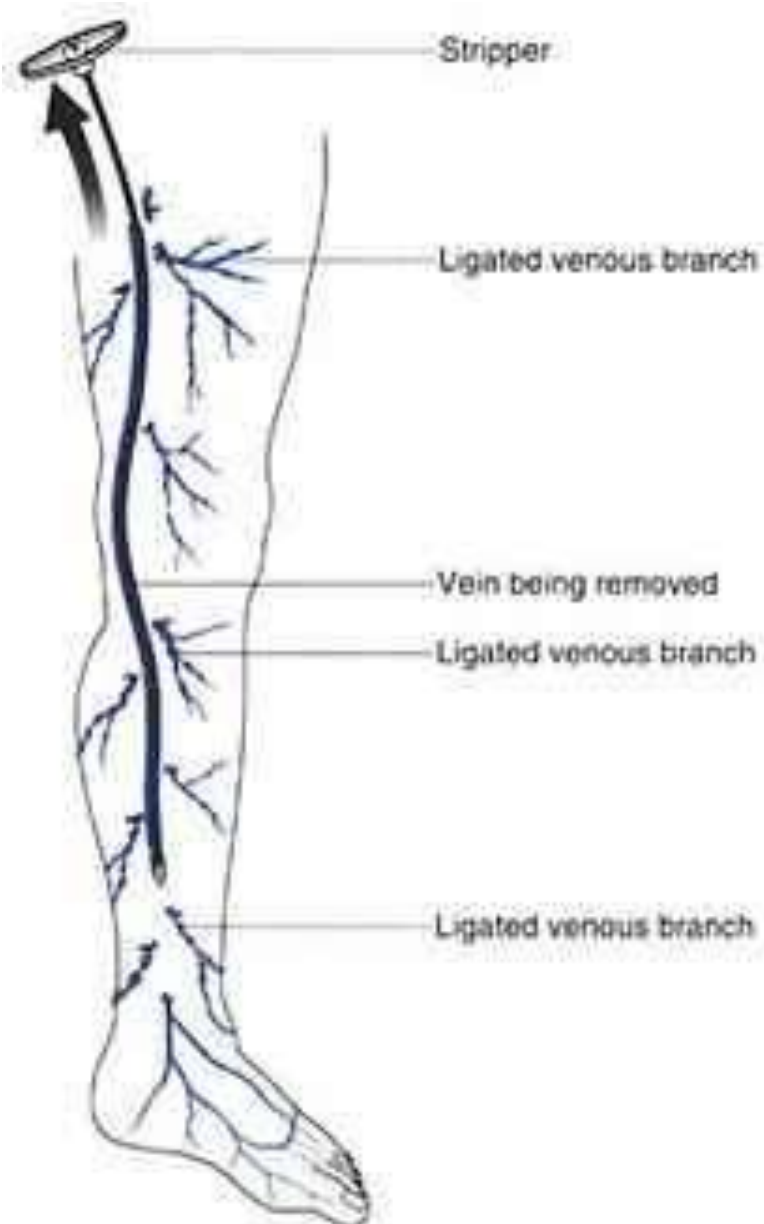
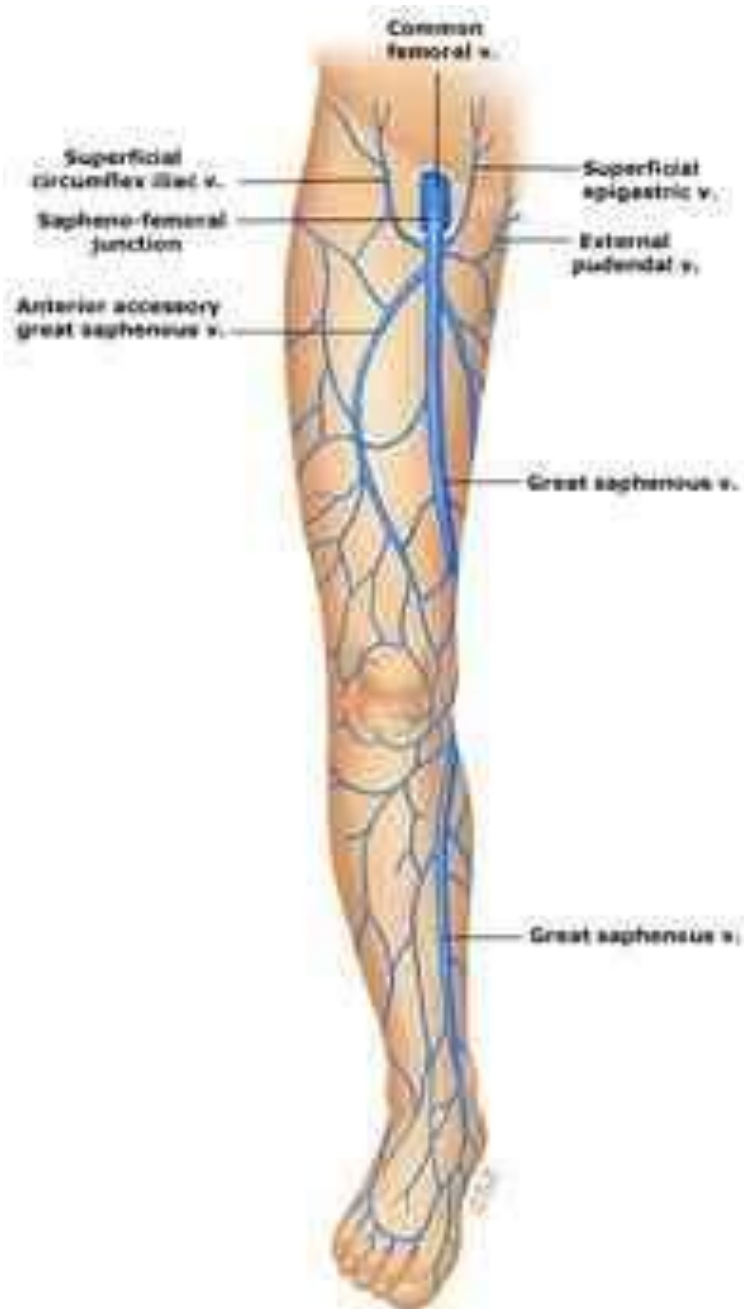
Stripping średni - kończy się w połowie goleni.

Stripping długi - kończy się w okolicy kostki przyśrodkowej.

Przebieg zabiegu (Rys.):

- Odstąpienie w pachwinie końcowego odcinka żyły odpiszczelowej i podwiązaniu jej w miejscu, w którym uchodzi ona do żyły udowej oraz podwiązanie jej dopływów.
- 2. Odszukuje się w okolicy kostki przyśrodkowej początkowy odcinek żyły odpiszczelowej i do jej wnętrza wprowadza się sondę (cienki drut zakończony główką - stripper), którą przeprowadza się przez światło żyły, aż do miejsca wcześniej podwiązanego. W przypadku strippingu średniego cięcie obwodowe wykonuje się połowie goleni, a krótkiego tuż pod kolanem.

- Usunięcie poszerzonych splotów żylnych dochodzących do głównego pnia.
- Usunięcie strippera wraz z uszkodzoną żyłą.
- Szycie i bandażowanie kończyny.



Vein Ligation and Stripping



Klasyfikacja Przewlekłych Niewydolności Żylnej

CEAP - Klasyfikacja medyczna przewlekłej niewydolności żylniej jest bardzo złożona. Służy ona ujednoczeniu oceny choroby przez lekarzy specjalistów zajmujących się leczeniem przewlekłej niewydolności żylniej.

CEAP: Clinical-Ethiology-Anatomy-Pathophysiology

C - klasyfikacja kliniczna:

- **C0** - brak widocznych lub wyczuwalnych zmian choroby żył kończyn dolnych,
- **C1** - teleangiektazje lub poszerzone drobne żyłki siatkowate (pajęczki, żyłki nitkowate),
- **C2** - żyłakowate poszerzenie żył powierzchownych głównych i dodatkowych (>3 mm),
- **C3** - obrzęk w obrębie podudzia towarzyszący żyłakom kończyn dolnych,
- **C4a** - przebarwienia lub zmiany skórne o charakterze egzemy (wyprysku kontaktowego),
- **C4b** - lipodermatoza: przewlekłe, ograniczone zapalenie skóry i tkanki podskórnej z towarzyszącym przebarwieniem i obrzękiem; biała atrofia skóry,
- **C5** - wygojone owrzodzenie podudzia,
- **C6** - aktywne owrzodzenie podudzia.



**C1 -
teleangiektazje**



**C2 -
żylaki**



**C3 -
obrzęk łydki**



**C4a –
przebarwienia**



**C4a –
egzema**