



KRIOCHIRURGIA

w leczeniu żylaków kończyn dolnych

Coraz więcej osób cierpiących na żylaki nóg poszukuje informacji o nowych, alternatywnych metodach leczenia tego schorzenia. Większość pacjentów czerpie wiedzę o terapii od krewnych lub znajomych, którzy byli już leczeni. Zebrane w ten sposób informacje nie zachęcają do podjęcia szybkiej decyzji o operacji, bowiem po tradycyjnym zabiegu pozostają często szpecące blizny.

Powodem poszukiwania nowych metod jest także konieczność skrócenia do minimum czasu leczenia. Wiele osób nie może sobie pozwolić na dziesięciodniowy pobyt w szpitalu, a następnie kilkutygodniową rehabilitację. Decyduje o tym lęk przed utratą pracy, konieczność kierowania własnym przedsiębiorstwem lub kontynuowania nauki. Liczna grupa pacjentów poszukuje też innych metod leczenia z powodu lęku przed pobytem w szpitalu i narkozą. Ludzie szukają sposobów, które umożliwią im natychmiastowy powrót do domu. Metody leczenia choroby żylakowej można podzielić na dwie kategorie: zachowawczą i inwazyjną. Do postępowania zachowawczego zaliczamy uniesienie kończyny (elewacja), stosowanie opasek, pończoch lub rajstop uciskowych, czyli kompresoterapia (nasza klinika korzysta z usług firmy dr Sawlewicza z Gdańska). Powinna być przy tym stosowana dieta wysokowitaminowa i włóknikowa oraz leki flebotropowe w postaci doustnej, jak też maści i żele stosowane zewnętrznie. Wszystkie te środki działają zapobiegawczo oraz łagodzą objawy choroby żylakowej, nie są jednak w stanie zlikwidować istniejących żylaków. Można to osiągnąć jedynie metodami inwazyjnymi. Jedną z nich jest obliteracja, czyli zamykanie żylaków poprzez wstrzyknięcie do ich światła środków chemicznych powodujących jałowy stan zapalny ściany żyłnej. prowadzi to do zarostania żyły. Metoda ta niesie ze sobą możliwości wielu powikłań - stany zapalno-skrzepowe, reakcje uczuleniowe ze wstrząsem włącznie, a przede wszystkim dochodzi po jej zastosowaniu do częstych nawrotów choroby, spowodowanych rekanalizacją, czyli ponownym udrożnieniem żył. W naszej poliklinice ten sposób leczenia jest zarezerwowany dla bardzo małych, śródskórnych żylaków (web veins), a przede wszystkim dla teleangiektazji, czyli pajęczków naczyniowych. Podstawową metodą zlikwidowania żylaków pozostaje jednak ich chirurgiczne usunięcie. Początkowo stosowano podłużne nacięcie skóry i wydobycie całych odcinków żyły odpiszczelowej (operacja Madelunga) oraz podwiązanie żyły odpiszczelowej w jej ujściu (operacja Trendelenburga). Przełomem w technikach operacyjnych stała się idea strippingu, czyli podskórnego wrywania żyły. Zapoczątkowana przez Babcocka w 1905 roku, a następnie modyfikowana przez Homansa, Dodda, Cocketta i Lintona, metoda ta stała się, niestety, najpowszechniej stosowanym sposobem leczenia żylaków. Polega ona na wprowadzeniu do światła żyły metalowej linki zakończony zgrubieniem (oliwką) i następnie brutalnym wyrwaniu całej żyły.

Pozostałe żylaki rozgałęzień żylnych i żyły łączące usuwa się poprzez szereg nacięć skóry i dodatkowe wrywanie żylaków.

Metoda ta, powszechnie stosowana w polskich szpitalach, wymaga wielodniowej hospitalizacji, narkozy i pozostawia przy tym liczne, szpecące blizny. Znacznym postępowaniem na drodze do zwiększenia efektywności, a przede wszystkim do poprawy efektu kosmetycznego, są miniflebectomie. Zabiegi te polegają na wydobyciu żylaków przez bardzo małe nacięcia skóry przy pomocy specjalnych haczyków. Niestety, sposób ten nie umożliwia dotarcia do żylaków leżących dalej od nakłucia i nie likwiduje żył łączący układ głęboki z powierzchownym, tzw. perforatorów, które w dużym stopniu są odpowiedzialne za powstawanie żylaków. Jedynym znanym obecnie sposobem na usunięcie żylaków jest kriochirurgia, która spełnia oczekiwania lekarzy i pacjentów. Pozwala ona na pozbycie się choroby przy minimalnym urazie, powoduje usunięcie perforatorów i uniknięcie oszpecenia nóg bliznami (wykorzystano tu ideę miniflebectomii). Nie trzeba też leżeć w szpitalu i poddawać się narkozie. Podstawą tego zabiegu jest wprowadzenie sondy poprzez minimalne napięcie skóry, której końcówka obniża temperaturę do -80 stopni C, powodując efekt krioadhezji, czyli przyklejenia się otaczających tkanek do sondy. Teraz wykorzystuje się pomysł Babcocka, czyli wrywanie, ale już przymrożonego żyłaka, w ten sposób rozsztyrowana została tajemnicza nazwa kriostripping: Krios - z greckiego znaczy zimno, mróz, stripping - to zapożyczone z angielskiego - wyrwanie, szarpnięcie, korzyści dla chorego, a również dla chirurga, są oczywiste. Kriosondę można wprowadzić do środka dużego żyłaka, można go również usunąć, dotykając z zewnątrz, z boku. Jest to jedyna metoda umożliwiająca usunięcie żylaków po uprzednim leczeniu obliteracyjnym, tzn. po nastrzykiwaniu środkami chemicznymi. Niska temperatura działa przeciwbólowo, a jednocześnie powoduje zamykanie drobnych naczyń krwionośnych, co zapobiega śródoperacyjnym krwawieniom. Konstrukcja sondy pozwala chirurgowi dotrzeć do wszystkich żylaków i spłotów żylakowych bez konieczności dodatkowych nacięć skóry, metoda ta stała się idealnym narzędziem w naszej poliklinice w leczeniu owrzodzeń żylnych, które są powikłaniem choroby żylakowej. W tym wypadku stała się absolutnie konkurencyjna dla klasycznej, brutalnej metody Lintona (cięcie skóry od kolana do kostki), czy nowej, ale bardzo drogiej metody endoskopowego podwiązania perforatorów. Problemem chirurgicznego leczenia żylaków zajmują się około 30 lat. Wykonałem kilkadziesiąt operacji metodą tradycyjną. Od kilku lat usuwam wszystkie żylaki, nawet najbardziej zaawansowane, włącznie z owrzodzeniami żylnymi (VI, ostatni stopień w międzynarodowej skali zaawansowania choroby CEAP) tylko metodą kriochirurgiczną. Liczba operowanych chorych przekroczyła 2500. Na podstawie własnych doświadczeń i piśmiennictwa medycznego stwierdzam, że liczba nawrotów choroby po operacji klasycznej sięga 40%, a po zabiegu metodą kriochirurgiczną nie przekracza 6%.

Konrad Czajkowski – chirurg

Poliklinika Czajkowsky Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej