

DANE OŚRODKA

.....

INFORMACJA DLA PACJENTA

Operacja żyłaków kończyny dolnej

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 żył i uszkodzenia zastawek żylnych. Ich powstawaniu i powiększaniu się sprzyjają takie czynniki, 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 często uczucie ciężkości, zmęczenia, ból kończyn dolnych, obrzęk, przebarwienia skóry a nawet owrzodzenia, najczęściej w okolicy dolnych partii goleni.

Występowanie widocznych w skórze żyłaków może wiązać się z niewydolnością naczyń żylnych ukrytych głębiej pod skórą. W takich przypadkach zabieg może okazać się bardziej rozległy, niż tylko usunięcie widocznych zmian.

Stwierdzone u Pana/Pani żyłaki kończyn dolnych są wskazaniem do operacji. Operacyjne usunięcie żyłaków należy do najskuteczniejszych metod leczenia tej choroby.

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 (także 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 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 przypadku występowania chorób współistniejących, w celu zminimalizowania ryzyka powikłań „niechirurgicznych”, np.: zaostrzenia choroby wieńcowej, niewydolności krążenia czy też

niewydolności oddechowej zasięgamy opinii lekarzy innych specjalizacji.

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, jak również z przyczyn miejscowych - niedrożność lub zakrzepica żył głębokich kończyny dolnej, infekcje skóry, zakrzepica żył powierzchownych.

Przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego może być stosowanie 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.

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 wdrożeniu i optymalnym czasie stosowania profilaktyki decyduje lekarz.

Znieczulenie

Lekarz kwalifikujący Panią/Pana do zabiegu przedstawi Pani/Panu opcje dotyczące rodzaju znieczulenia oraz zasugeruje najbardziej korzystny sposób. Operacje żyłaków kończyn dolnych wykonuje się obecnie najczęściej w znieczuleniu miejscowym lub znieczuleniu tumescencyjnym (podanie dużej objętości bardzo rozcieńzonego środka znieczulającego). W tym przypadku chirurg dokona cienką igłą szeregu nakłuć skóry w operowanej okolicy i poda środek znieczulający. Zaletą znieczulenia miejscowego jest duże bezpieczeństwo oraz możliwość uruchomienia chorego bezpośrednio po zabiegu. Innymi sposobami są znieczulenie przewodowe (zewnętrzne lub podpajęczynówkowe) oraz znieczulenie ogólne. W przypadku tych sposobów 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 prowadzący a w przypadku zabiegów w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym - anestezjolog. 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.

Operowana okolica powinna być ogolona i umyta.

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

III. Opis operacji

Leczenie operacyjne żyłaków kończyn dolnych ma na celu zlikwidowanie przyczyny ich powstania oraz ich usunięcie.

O zakresie operacji poinformuje Panią/Pana lekarz na podstawie przeprowadzonych badań (zwłaszcza USG - Doppler żył). W zależności od rodzaju stwierdzonej patologii, zabieg operacyjny może polegać na usunięciu jedynie widocznych żyłaków lub też usunięciu żyłaków i niewidocznych z zewnątrz naczyń żylnych zaopatrujących żyłaki. W tym drugim przypadku konieczne może być usunięcie lub podwiązanie dużych niewydolnych żył układu żył powierzchownych takich, jak żyła odpiszczelowa lub odstrzałkowa oraz (jeśli konieczne) podwiązanie żył łączących żyły głębokie z żyłami powierzchownymi (perforatorów). Podwiązanie żył jest to przecięcie i zamknięcie światła naczynia poprzez zawiązanie podwiązki chirurgicznej.

Usuwanie żyłaków przeprowadza się przy pomocy licznych niewielkich nacięć skóry nad

żyłakami stosując delikatne narzędzia chirurgiczne. W przypadku problemów technicznych np.: dużych żyłaków, szerokich niewydolnych perforatorów, lub też zmian o charakterze zapalnym lub pozakrzepowym, cięcia te mogą wymagać poszerzenia. Jeżeli zabieg obejmuje podwiązanie lub usunięcie żyły odpiszczelowej, wykonywane jest zwykle większe cięcie w pachwinie oraz kolejne mniejsze cięcie (lub cięcia) w przebiegu żyły w okolicy uda, kolana lub na goleni. W przypadku leczenia żyły odstrzałkowej cięcia wykonywane są w dole podkolanowym oraz na goleni. Żyłę odstrzałkową lub odpiszczelową usuwa się często z wykorzystaniem specjalnej sondy, wprowadzanej do światła żyły. Operację kończy zaopatrzenie ran (jeżeli konieczne, także założenie szwów), założenie opatrunków oraz wyrobów uciskowych.

W przypadku reoperacji zakres zabiegu zależy od przyczyny wznowy żyłaków. Reoperacje mogą wymagać wykonania flebektomii (miejscowego usunięcia żyłaków), jak i zabiegów na większych żyłach układu powierzchownego. Ze względu na obecne blizny po wcześniejszych zabiegach oraz zwykle odmienną anatomie, reoperacje należą do zabiegów trudniejszych i wiążą się z wyższym ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Zabieg operacyjny przeprowadzany jest przy pomocy sterylnych narzędzi chirurgicznych. Także pozostały sprzęt konieczny do zabiegu (obłożenia pola operacyjnego, fartuchy, gaziki, rękawiczki, nici chirurgiczne) jest sterylny a sala, na której przeprowadzany jest zabieg, zapewnia odpowiednie warunki sanitarno-epidemiologiczne.

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 operacji możliwa jest dopiero w trakcie trwania operacji, co powodować może konieczność rozszerzenia zakresu zabiegu. Ostateczny rodzaj 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 wykonanej operacji 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.

Bezpośrednio po zabiegu obowiązuje całkowity zakaz jedzenia i picia do czasu wprowadzenia odpowiedniej diety przez lekarza. Jeśli operację przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym lub tumescencyjnym, pacjent zwykle opuszcza szpital 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 należy wykonywać przy wykorzystaniu jałowego (sterylnego) materiału opatrunkowego (gaziki lub gotowe opatrunki) oraz środków dezynfekcyjnych. Po ustąpieniu znieczulenia mogą wystąpić dolegliwości bólowe wymagające podania leków przeciwbólowych.

W okresie pooperacyjnym należy unikać znacznego 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 operacji nie należy się opalać, jak również stosować kremów „samoopalających” – może to spowodować powstanie trwałych przebarwień skóry, lub blizn.

W zakresie powrotu do codziennej aktywności prosimy 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 charakter stwierdzanych zmian, możliwości techniczne i, aktualną wiedzę medyczną, ryzyko potencjalnych powikłań, jak i preferencje pacjenta. Poniżej przedstawiono alternatywne sposoby leczenia – należy jednak zaznaczyć, że nie każde żylaki nadają się do ich zastosowania.

1. 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.

2. Wewnątrzżylny zamykanie żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej. Metody te polegają najczęściej na zamknięciu światła żyły na drodze ablacji termicznej. Wykorzystuje się energię światła lasera, pola magnetycznego o radiowej długości fali lub pary wodnej. Zabieg polega na wprowadzeniu (poprzez nakłucie) do światła żyły specjalnych sond, przez które dostarcza się energią termiczną, która uszkadza ścianę żyły powodując jej zamknięcie i zwłóknienie. W naszym kraju żadna z metod ablacji termicznych nie jest refundowana.

3. Leczenie obliteracyjne (skleroterapia – ablacja chemiczna). Polega na dożylnym podaniu środka, który poprzez uszkodzenie śródbłonka i wykrzepienie krwi prowadzi do 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.

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 takich jak wymienione poniżej:

1. Krwiaki i siniaki w skórze i tkance podskórnej – przejściowe, ustępują po kilku tygodniach
2. Przebarwienia skóry - w miejscach po żylakach i wykonywania zabiegu (bywają obecne przed zabiegiem i narastają z czasem trwania choroby)
3. Zgrubienia i nacieki zapalne na skórze i w tkance podskórnej – mają charakter przejściowy – mogą jednak pozostawiać miejscowe zbliznowacenia
4. Krwawienie śród- i pooperacyjne - w wyjątkowej sytuacji może wymagać transfuzji krwi, rozszerzenia zabiegu bądź reoperacji.
5. Zakrzepica żył powierzchownych - może dotyczyć podwiązanych lub innych odcinków układu żylnego – w większości przypadków wiąże się to z miejscowym bólem i zaczerwienieniem w przebiegu wykrzepionych żył

6. Zakażenie rany operacyjnej – 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
7. Powstanie przerośniętych i szpecących blizn szczególnie w przypadku skłonności osobniczych
8. Uszkodzenia sąsiednich narządów (np. tętnicy udowej, żyły udowej, węzłów chłonnych, nerwów). Ryzyko wzrasta w przypadku otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych (reoperacje), u chorych po urazach, rozległych stanach zapalnych czy napromienianiu tej operowanej okolicy
9. Zakrzepica żył głębokich - objawy to najczęściej obrzęk i ból kończyny, może być powikłana zatorowością płucną. Objawy zatorowości mogą być niecharakterystyczne, może też wystąpić nagła duszność, ból w klatce piersiowej, krwioplucie, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, utrata przytomności, zatrzymanie akcji serca a nawet zgon
10. Zaburzenia oddychania – od duszności do niewydolności oddechowej wywołanej np. zatorowością płucną lub też uczuleniem na środek znieczulający
11. Wyciek chłonki z rany pooperacyjnej – na skutek uszkodzenia naczyń lub węzłów chłonnych, trwa długo i jest trudny do leczenia, przedłuża gojenie się rany i sprzyja jej zakażeniu, opóźnia powrót do normalnej aktywności.
12. Obrzęk limfatyczny kończyny dolnej - występuje rzadko, przebiega w sposób przewlekły, nieleczoney ma charakter narastającego obrzęku prowadzącego do deformacji kończyny
13. Uszkodzenie nerwów czuciowych w obrębie łydki i stopy - powikłanie rzadkie i niegroźne dla życia, ale uciążliwe, objawia się zaburzeniami czucia. W okresie bezpośrednio po zabiegu w okolicy ran występuje ograniczona niedoczulica lub przeczulica skóry związana z przecięciem nerwów w obrębie rany, dolegliwości z czasem ulegają ograniczeniu, sporadycznie mogą utrzymywać się przewlekle
14. Uszkodzenie nerwów ruchowych kończyny – występuje niezwykle rzadko, najczęściej w przypadku anomalii anatomicznych lub też reoperacji
15. 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
16. Powikłania znieczulenia ogólnego lub przewodowego – omówi je z Panią /Panem anestezjolog
17. Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące – powikłanie rzadkie, częściej u pacjentów, u których stwierdza się uczulenia na te preparaty
18. Zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) – w celu ograniczenia do minimum tego powikłania zabiegi wykonywane są w warunkach aseptycznych, uzasadnione jest wykonanie przed zabiegiem operacyjnym szczepień przeciwko WZW typ B
19. Wznowa żyłaków po zabiegu operacyjnym – najczęściej ma związek z dalszym rozwojem choroby, która ma charakter postępujący i nasila się wraz z wiekiem pacjenta.

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 następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku, gdy istnieją wskazania do leczenia operacyjnego, rezygnacja z zabiegowego leczenia żyłaków kończyn dolnych prowadzi do dalszego 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 sprzyjać może również

powstawaniu niebezpiecznej dla życia i zdrowia pacjenta zakrzepicy żyłnej.

VIII. Efekty zabiegu, rokowanie

Wynik leczenia operacyjnego jest sumą wielu czynników: 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 jedynie 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 operacyjny i usunięcie jednego czy kilku niewydolnych naczyń żylnych nie zapobiegnie wystąpieniu niewydolności innego naczynia żylnego w przyszłości, jeśli chory ma taki 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. W przypadku zabiegów chirurgicznych zawsze pozostają blizny. Gojenie ran istotnie różni się osobniczo, rany nie zawsze goją się prawidłowo. W przypadkach predyspozycji pacjenta do nieprawidłowego gojenia lub zaniedbań higienicznych mogą powstać przerośnięte i zniekształcone blizny. Nie wszystkie zmiany można usunąć chirurgicznie. Pajęczki żyłne, żyły siatkowate, bardzo małe żyłki nie są możliwe do usunięcia sposobem chirurgicznym i raczej nie znikną po zabiegu. W przypadku rozległych żyłaków wymagających dużych zabiegów operacyjnych ograniczenie przez chirurga liczby cięć ze względów estetycznych może spowodować, że po zabiegu pozostaną widoczne naczynia żyłne.

Choroby żył kończyn dolnych takie jak żyłki czy przewlekła niewydolność żylna mają charakter przewlekły i postępujący. Stąd też w przyszłości pojawić się mogą (ale nie muszą) kolejne żyłki zarówno w innych okolicach, jak i w okolicy operowanej. Nie sposób przewidzieć, u kogo i w jaki sposób rozwinię się choroba oraz w jakim czasie będzie postępować. W przypadku kwalifikacji do leczenia operacyjnego 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 pozostawiania 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 koniecznie 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