

Г.Д. КОНСТАНТИНОВА, Е.Д. ДОНСКАЯ, С.Л. ЭПШТЕЙН

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В СТАЦИОНАРЕ
КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**Центр эндохирургии и литотрипсии (ЦЭЛТ), г. Москва,
Российская Федерация

Анализ результатов хирургического лечения 190 больных варикозной болезнью, обратившихся за помощью в возрасте старше 60 лет, свидетельствует, что показаниями к операции у подавляющего большинства были осложнения заболевания. Современная ультразвуковая диагностика, щадящие анестезиологические мероприятия, миниинвазивные технологии обеспечили успешное лечение этой категории больных (единственный летальный исход из-за тромбоэмболии легочной артерии у больной с восходящим тромбофлебитом). Большинство операций носили радикальный характер. Особую роль, по мнению авторов, в благополучном исходе лечения пожилых больных играет малотравмативность вмешательства и выполнение его в амбулаторных условиях или в стационаре краткосрочного пребывания.

Ключевые слова: варикозная болезнь, ультразвуковое ангиосканирование, острый тромбофлебит, трофические расстройства кожи.

The results analysis of the surgical treatment of 190 varicosity patients over 60 who applied for medical help testifies that in the majority of patients the indications for surgeries were complications of the disease. Modern ultrasound diagnostics, sparing anesthesia actions, mini-invasive techniques provided successful treatment of this category of patients (the only lethal outcome because of the pulmonary artery thromboembolism was in the patient with ascending thrombophlebitis). Most surgeries were of the radical character. The authors suppose that minor traumatism of the intervention and its application at the outpatient department or at the short-term in-patient department play a particular role in favorable outcome of elderly patients' treatment.

Keywords: varicosity, ultrasound angioscanning, acute thrombophlebitis, trophic skin disorders

Анализ обращений в Центр эндохирургии и литотрипсии (ЦЭЛТ) больных варикозной болезнью нижних конечностей (ВБ) показывает, что число пациентов старше 60 лет растет с каждым годом. Чаще всего причиной визита являются осложнения ВБ. Знакомство с доступной литературой последних 10 лет показало, что в некоторых работах затрагиваются лишь отдельные стороны этой проблемы [1, 2, 3], а вопросы миниинвазивного, но радикального хи-

рургического лечения пожилых людей вообще не получили должного освещения. Крайне редко это лечение выполняется в стационаре краткосрочного пребывания или амбулаторно [3, 4, 5].

Цель работы: доказать возможность оказания радикальной хирургической помощи лицам старше 60 лет в амбулаторных условиях или в стационаре краткосрочного пребывания независимо от характера ВБ.

Материал и методы

В данной работе мы анализируем результаты хирургического лечения 190 больных в возрасте 60–92 года, среди которых преобладали женщины и 59,5% имели осложненную ВБ (таблица 1). Показания к операции, объём её и сроки проведения зависели от характера заболевания и результатов ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС), которое выполнялось на аппарате SONOS 5500. Послеоперационное пребывание в стационаре ограничивалось 6–24 часами и только у 6 человек превысило этот срок.

По характеру заболевания больные разделены на 3 группы:

- 1) варикозная болезнь, осложненная острым тромбофлебитом;
- 2) варикозная болезнь, осложненная трофическими расстройствами кожи;
- 3) неосложненная варикозная болезнь.

Результаты

Острый варикотромбофлебит установлен у 68 человек (1-я группа) в возрасте от 60 до 92 лет. Всем больным в экстренном порядке было проведено УЗДС, результаты которого представлены в таблице 2.

Как следует из представленных данных, на бедре преобладала локализация тромботического процесса в стволе БПВ, а на голени – в её притоках. При этом об-

ращало внимание частое сочетание тромботического поражения поверхностных вен голени с тромбозом глубоких. Так как у этих больных нередко наблюдалась окклюзия перфорантных вен, то можно предположить, что именно они являлись местом перехода процесса из одной системы вен в другую.

Когда осложнение развивалось в стволе БПВ, то оно быстро принимало восходящий характер, и больные приходили с высоким уровнем процесса. Главная задача исследования при этом состояла в тщательной визуализации головки тромба. Реальная угроза тромбоэмболии легочной артерии возникает при наличии флотирующего окончания тромба, расположенного в просвете бедренной вены. Таких наблюдений было 5.

Экстренная операция выполнена у 17 больных с восходящим тромбофлебитом ствола БПВ: 5 человек с тромбом в бедренной вене и 12 – с проксимальной границей тромбоза на уровне сафено-фemorального соустья или в 3–10 см дистальнее его. Также экстренно оперированы еще 3 человека с острым тромбофлебитом притока БПВ, который сливался со стволом вблизи сафено-фemorального соустья, был полностью тромбирован и угрожал переходом процесса в глубокие вены.

При тромбофлебите ствола БПВ в средней или нижней трети бедра операция откладывалась на 2–4 дня, в течение кото-

Таблица 1

Распределение больных по характеру ВБ

Характер заболевания	Женщины	Мужчины	Всего
1. Неосложненная ВБ	47	30	77
2. ВБ с трофическими расстройствами	34	11	45
3. Острый варикотромбофлебит	47	21	68
Всего	128	62	190

Таблица 2

Локализация тромботического процесса

Локализация	Бедро			Голень		
	в/З	с/З	н/З	в/З	с/З	н/З
Притоки большой подкожной вены (БПВ)	3	6	3	7	12	1
Ствол БПВ	17	7	2	3		2
Притоки малой подкожной вены (МПВ)				2		1
Ствол МПВ					2	
Бедренная вена	5					
Подколенная вена					1	
Берцовые вены				2	7	1

рых под ежедневным ультразвуковым контролем «поведения» тромба выполнялось общее обследование. Если в этот период проксимальная граница тромба поднималась к устью, то оперативное пособие оказывалось немедленно.

Больным с тромбами в венах голени или в притоках БПВ вдали от её ствола операция предлагалась в плановом порядке, но с обязательным УЗ-контролем через 5-7 дней. 2 человека с острым тромбозом ствола МПВ, дошедшим до сафено-поплитеального соустья, были также оперированы экстренно.

Объем экстренного хирургического вмешательства (таблица 3) зависел от общего состояния пациента и локализации

тромбоза. Тяжелые сопутствующие заболевания и отсутствие времени для их коррекции явились противопоказанием для расширенной (радикальной) венэктомии в экстренной ситуации у 7 больных. Им выполнены тромбэктомия из проксимального отдела ствола БПВ и кроссэктомия. Учитывая, что рассасывание тромба после указанного вмешательства, как правило, не ускоряется, а даже замедляется, в последнее время мы стали дополнять у тяжелых больных кроссэктомию удалением тромбированного ствола сафены на бедре или тромбов из этого отдела, что значительно облегчало течение послеоперационного периода. Следует подчеркнуть, что у 8 человек даже в экстренных условиях выполне-

Таблица 3

Операции у больных с острым варикотромбофлебитом

Объем вмешательства	Вид вмешательства		
	экстренные	срочные	плановые
Кроссэктомия в паховой области	7	—	—
Кроссэктомия в паховой области + стриппинг ствола БПВ	3	1	—
Кроссэктомия в паховой области + тромбэктомия из ствола БПВ	2	2	—
Кроссэктомия в подколенной области	2	—	—
Радикальная флебэктомия	8	15	28

на радикальная операция.

Срочные и плановые операции в 1 группе чаще всего были радикальными и заключались в следующем. Тромбированная стволовая часть БПВ удалялась по частям туннелированием или по Бебкокку до верхней или средней трети голени. Обязательно перевязывались все недостаточные перфорантные вены, топированные с помощью УЗДС. Тромбированные притоки также удаляли туннелированием между маленькими разрезами. Варикозно измененные притоки, свободные от тромбов, ликвидировали по Мюллеру (через проколы кожи) или оставляли для склеротерапии, которую выполняли через 6–8 месяцев после операции при нормальной коагулограмме.

Независимо от объема вмешательства 63 пациента выписаны домой в день операции через 6–8 часов. 5 человек, у которых для профилактики миграции флотирующей длинной верхушки тромба до операции был имплантирован в подвздошную вену временный венозный фильтр, находились в стационаре 3 суток и выписаны после удаления последнего.

Нагноения послеоперационных ран не наблюдались ни разу.

Смертельная тромбоэмболия легочной

артерии в раннем послеоперационном периоде наблюдалась у 1 пациентки 76 лет. Хирургическое лечение у нее заключалось в кроссэктомии, а причиной смерти стала миграция тромба длиной 3 см из глубоких вен голени, которые до операции, по данным УЗДС, не были поражены. Видимо, тромбоз их возник в течение 18 часов после нерадикального вмешательства.

У 45 больных (2-я группа) ВБ сопровождалась различными трофическими поражениями кожи, локализовавшимися типично в нижней трети медиальной поверхности голени: гиперпигментация – 14, индурация – 10, рубец после язвы – 12 и открытая трофическая язва – 9. Возраст пациентов в этой группе был ниже, чем в предыдущей: от 60 до 79 лет. Всем выполнено УЗДС как для исключения патологии глубоких, так и для точной топической диагностики поражения подкожных и перфорантных вен (таблица 4).

Как видно из таблицы 4, рефлюкс по БПВ и по перфорантным венам обнаружен у всех больных, по МПВ всегда в сочетании с рефлюксом по БПВ – в 33,3%. Несостоятельные перфорантные вены локализовались под зоной измененной кожи только в 15,6 %, рядом с ней (до 3 см от края) – в 37,8% и в отдалении от области трофи-

Таблица 4

Результаты УЗДС у больных с трофическими расстройствами кожи

Локализация рефлюкса	Количество
По стволу БПВ	45 (100%)
По стволу МПВ	15 (33,3%)
По перфорантным венам	45 (100%)
из них:	
под зоной трофических расстройств	7 (15,6%)
рядом с зоной трофических расстройств	17 (37,8%)
вне зоны трофических расстройств	21 (46,6%)

Таблица 5

Операции у больных с трофическими расстройствами кожи

Вид вмешательства	Количество
Кроссэктомия	45 (100%)
Удаление ствола БПВ на бедре по Бебкокку	36 (80%)
Криостриппинг ствола БПВ на бедре	9 (20%)
Стволовая склерооблитерация на голени	36 (80%)
Надфасциальная перевязка перфорантных вен	40 (90%)
Подфасциальная перевязка перфорантных вен	12 (26,7%)
Эндоскопическая диссекция перфорантных вен	2 (4,4%)

ческих расстройств – в 46,6%.

Все больные оперированы в плановом порядке (таблица 5) после двухнедельной подготовки, которая включала медикаменты (венотоники: флебодин 600, детралекс, троксерутин, эскузан; антиоксиданты: витамин Е, гинкор-форт; дезагреганты: кардиомагнил, тромбоасс, трентал; десенсибилизирующие препараты), местное лечение и экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови.

Особенно сложной была подготовка к операции больных с открытыми трофическими язвами. Обязательным было участие в их лечении дерматолога, в задачи которого входило очистить язву, снизить её бактериальную загрязненность, убрать паразитные изменения кожи, часто обусловленные длительным применением мазей, вызывающих аллергическую реакцию. На подготовку к операции отводилось, как правило, 7–14 дней. Если кожный дефект к этому времени активно демонстрировал начавшуюся эпителизацию, то операцию откладывали до полного заживления язвы. Если язва за указанный срок только очищалась, то операцию назначали, не дожидаясь окончательной эпителизации. Однако хирургическое вмешательство при этом не было радикальным и ограничивалось

ликвидацией сброса по стволам БПВ и МПВ проксимальнее региона поражения (как правило, до верхней трети голени) и по перфорантным венам, находящимся в отдалении от кожного дефекта. Перевязку перфорантных вен под язвой, если таковые были найдены при УЗДС, выполняли вторым этапом после её рубцевания. У всех больных после первого этапа эпителизация язвы наступила через 7–21 день. Большинство этих пациентов категорически отказались от второго вмешательства, которое было выполнено только у 2 из 7 человек.

Остальным больным с трофическими расстройствами кожи в виде индурации или рубца после язвы выполнена радикальная флебэктомия и комбинированная перевязка несостоятельных перфорантных вен: под зоной кожной патологии – субфасциально из разреза не более 10 см и в остальных местах, где топированы горизонтальные рефлюксы, – надфасциально из разрезов длиной 1,5–2 см. У 2 человек произведена эндоскопическая диссекция перфорантных вен.

Осложнений в заживлении ран не отмечено. Летальных исходов после операции в этой группе больных не наблюдали. Все больные 2-й группы выписаны в день операции или на следующее утро.

Таблица 6

Результаты УЗДС у больных с неосложненной ВБ

Патологические признаки	Количество
Рефлюкс по стволу БПВ	75 (97,4%)
Рефлюкс по стволу МПВ	10 (13%)
Рефлюкс по перфорантным венам	77 (100%)
Диаметр подкожных вен более 10 мм	64 (83,1%)
Посттромботические изменения подкожных вен	23 (29,9%)

3-я группа с неосложненной ВБ состояла из 77 человек в возрасте от 60 до 77 лет. Поводом для обращения их к специалисту были ухудшение самочувствия (43), необходимость проведения операции на органах брюшной полости или малого таза (15) и страх перед возможностью тромбоза и тромбоземболии (19).

Во время УЗДС установлены патологические рефлюксы (таблица 6). Как и в других группах, чаще поражалась БПВ. Рефлюкс по МПВ встречался намного реже, и только у 2 человек он не сочетался с патологией вен бассейна БПВ. Помимо этих рефлюксов показанием для операции служила значительная степень выраженности варикозного расширения подкожных

вен, клапанная несостоятельность перфорантных вен и признаки перенесенного ранее тромбоза почти у 1/3 больных.

Всем пациентам выполнены радикальные операции с использованием миниинвазивных технологий (таблица 7). У пожилых больных продолжительность операции играет большую роль, чем у молодых людей. Для её сокращения и в этой группе больных мы максимально оставляли варикозно измененные притоки для послеоперационной склеротерапии.

Летальных исходов и осложнений в заживлении послеоперационных ран в этой группе больных не было. Все больные 3-ей группы покинули стационар вечером в день операции или на следующее утро.

Таблица 7

Операции у больных с неосложненной ВБ

Вид вмешательства	Количество
Кроссэктомия БПВ	75
Удаление ствола БПВ на бедре по Бебкокку	51
Криостриппинг БПВ на бедре	19
Стволовая склерооблитерация БПВ на бедре	5
Стволовая склерооблитерация БПВ на голени	75
Кроссэктомия МПВ	10
Надфасциальная перевязка перфорантных вен	75
Минифлебэктомия	29

Обсуждение

Итак, мы имеем опыт 190 операций по поводу ВБ у людей старше 60 лет с общей летальностью 0,5%.

Преобладание осложненной ВБ среди наших наблюдений объяснить несложно. Указанное сосудистое заболевание начинается в молодом возрасте, и больные, не получая по 30 и более лет надлежащего лечения, доживают до осложнений. Виновником такой ситуации скорее всего являются врачи, которые видели больного на протяжении не одного десятилетия, но не убедили его в необходимости лечения на более ранней стадии заболевания.

Характер ВБ у пожилых людей играл первостепенную роль в определении показаний к операции: чем опаснее форма ВБ, тем меньше значение возраста пациента, а следовательно и сопутствующих заболеваний, в показаниях к хирургическому вмешательству. При остром тромбофлебите и особенно при восходящем характере его риск тромбоза легочной артерии диктовал фатальную необходимость хирургического лечения, и поэтому в эту группу попали все пациенты старше 80 и большая часть (10 из 15) лиц 76–80 лет. Несколько моложе были больные с трофическими расстройствами кожи, но и в этой группе 14 из 45 переступили 70-летний рубеж. Операция для них не была абсолютно необходима, и, наверное, лет 20 назад им бы в ней отказали, но сегодня возможности анестезиологии и миниинвазивные технологии позволили и в этой группе решиться на агрессивное лечение, как наиболее гуманное и эффективное. Среди больных, обратившихся с неосложненной ВБ только 8 человек были старше 70 лет (максимальный возраст – 77 лет), а большинство имели 60–65 лет (49 из 77). Риск оперативного вмешательства при такой форме заболевания наименее оправдан, и поэтому у лиц старше 70 лет с сопутствующими серьезными заболеваниями мы не редко

склонялись к консервативному лечению, в котором главную роль играл компрессионный лечебный трикотаж.

Рост числа радикальных операций при ВБ у пожилых людей свидетельствует и об успехах флебологии и анестезиологии. Для флебохирургии новая эра открылась благодаря разработке и внедрению в постоянную практику ультразвуковой доплерографии. Появился неинвазивный и высокоэффективный диагностический метод – ультразвуковое дуплексное сканирование, который можно без ограничений применять у человека в любом возрасте и многократно. Кроме того, УЗДС дает точную топическую характеристику патологических объектов и все топографические особенности венозной системы у каждого конкретного человека, что позволяет хирургу четко спланировать объём вмешательства, выполнить его из маленьких доступов, сократить время операции и обеспечить практически безболезненный послеоперационный период.

Из современных миниинвазивных технологий нами были использованы интраоперационная стволовая склерооблитерация, криостриппинг и минифлебэктомия (5). Первая из них противопоказана при остром тромбофлебите и имеет ограничения по диаметру ствола, который, как правило, в поздней стадии заболевания превышает допустимый размер в 8 мм. Для стволовой флебэктомии в последние 5 лет мы чаще всего используем криостриппинг, преимуществом которого является отсутствие разреза над дистальным концом вены. Сочетание криостриппинга бедренной части ствола БПВ с склерооблитерацией его на голени, является оптимальным вариантом для пожилых больных, как самый малотравматичный и требующий минимального времени для своего производства. Удаление расширенных притоков производится с помощью специального набора инструментов для минифлебэктомии. При этом делали не разрез, а прокол

кожи, не требующий наложения швов. Кроме того, широко применяли замену удаления варикозно расширенных подкожных вен во время операции на послеоперационную склеротерапию, обеспеченную современными безопасными флебосклерозирующими средствами (этоксисклерол). У больных 2 и 3 групп мы ни разу не применили удаление ствола БПВ на голени, заменив его на склерооблитерацию, что делало безболезненным ранний послеоперационный период и обеспечивало оптимальную активность оперированных.

Миниинвазивность не противопоставляется радикальности, напротив, она обеспечивает последнюю, но более безопасными для пожилых больных способами. Миниинвазивные технологии сократили в 2–3 раза продолжительность радикальной операции при ВБ, сделали её практически безболезненной и обеспечили быструю реабилитацию пациента. Хирургическое лечение стало малотравматичным и краткосрочным, что играет огромную роль в пожилом возрасте.

В аспекте современного анестезиологического обеспечения, возраст старше 60 лет не являетсяотягчающим и ограничивающим обстоятельством. Имеет значение функциональное состояние. По ASA функциональный класс у 86% пациентов был II, что свидетельствовало о незначительном риске анестезии. Требования к анестезиологическому обеспечению заключались в следующем: безопасность и управляемость. Этим требованиям отвечают: спинальная анестезия, тотальная внутривенная анестезия (ТВА) на основе пропофола со спонтанным дыханием или ИВЛ через ларингеальную маску, ингаляционная анестезия севофлюраном со спонтанным дыханием или ИВЛ через ларингеальную маску.

У наших больных в 80% была применена спинальная анестезия, в том числе с созданием унилатерального блока при операциях на одной ноге. В остальных случаях были использованы методики ТВА про-

пофолом и ингаляционной анестезии севофлюраном с обеспечением вентиляции через ларингеальную маску. Каких-либо осложнений не было. Пациенты активизированы сразу после регресса моторного блока в случае применения спинальной анестезии и в течение 1,5 часов после использования методик общей анестезии.

Подавляющее большинство пациентов были выписаны домой в день операции (79%), меньше (18%) – через сутки и только 5 человек после имплантации временного венозного фильтра находились на стационарном лечении 3–4 дня.

Методика однодневной хирургии и краткосрочного пребывания в стационаре после операции стала особым благоприятным фактором в лечении пожилых людей. В социальном плане ранней выписке способствуют нормальные жилищные условия и телефон. В моральном отношении возвращение человека домой играет огромную позитивную роль в его выздоровлении. И, наконец, доказано, что в домашних условиях раневые осложнения практически отсутствуют, что полностью подтверждается результатами лечения наших больных (100% первичного заживления послеоперационных ран).

Перечисленные успехи современной медицины стали причиной того, что в настоящее время отмечается тенденция к подъему возрастной планки для хирургического лечения ВБ и радикальной направленности его независимо от паспортных данных человека.

Выводы

Таким образом, при ультразвуковой ангиосканирующей диагностике, современном анестезиологическом обеспечении и использовании малотравматичных методик хирургическое лечение ВБ у людей старше не только 60, но и 70 лет в условиях стационара краткосрочного пребывания возможно и даже гуманно, так как делает их в со-

циальном плане более защищенными и активными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириенко, А. И. Острый тромбоз / А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. – М.: «Литтерра», 2006.
2. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
3. Лечение декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности у лиц пожилого возраста в амбулаторных условиях / Н. А. Башанкаев [и др.] // Материалы второй науч.-практич. конф. поликлинических хирургов Москвы и Моск. области. – М.: «Издательство ИКАР», 2001. – С. 100-101.
4. Константинова, Г. Д. Амбулаторное лечение больных пожилого и старческого возраста с варикозной болезнью вен нижних конечностей / Г. Д. Константинова, Е. Г. Градусов, Е. Д. Донская // Материалы третьей науч.-практич. конф. поликлинических хирургов Москвы и Моск. области. – М.: «Издательство ИКАР», 2002. – С. 46-49.
5. Практикум по лечению варикозной болезни / Г.Д. Константинова [и др.]; под ред. Г. Д. Константиновой. – М.: ПРОФИЛЬ, 2006. – 188 с.

Поступила 11.09.2008 г.