

Нарушения кровообращения

Б. М. МИРОЛЮБОВ. Кафедра хирургии лечебного факультета КГМУ (зав. кафедрой — проф. Д. М. Красильников).

Актуальность. Нарушения кровообращения в органах и частях тела являются распространенной патологией и требуют к себе внимания не только специалистов ангиохирургов, неврологов, кардиологов, но особенно врачей широкого профиля. «Широкое распространение заболеваний вен не позволяет решать проблему их лечения силами хирургов только специализированных стационаров» (6).

Материал и методы. Исследованию подверглись 250 историй болезни отделений микрохирургии и ангиохирургии РКБ, отделений хирургии городских больниц г. Казани. Из специализированных отделений взято по 100 историй болезни. 50 историй болезни пациентов с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) нижних конечностей, 50 — с хронической венозной (ХВН) недостаточностью нижних конечностей. Из неспециализированных отделений по аналогичным патологиям исследовано по 25 медицинских стационарных карт.

Результаты исследования. Анализ документации неспециализированного отделения показал, что в 100% случаев диагноз ХВН не выставляется ни при поступлении, ни при выписке больного, ни в случае оперативного лечения больного, ни в случае неоперативного лечения. Вообще не встречается упоминание о морфологической причине ХВН — нарушении проходимости или клапанной недостаточности. Диагноз ХАН выставляется без указания стадии, локализации и степени нарушения проходимости артерий также в 100% случаев.

При анализе историй болезни больных ХАН специализированных отделений в 100% случаев в диагнозе присутствует стадия ХАН. Однако в 24% отсутствует локализация и степень нарушения проходимости артерий. В то же время в 53% диагнозов отсутствует ХВН и соответственно ее стадия, и в 85% — не указывается локализация и степень нарушения проходимости или клапанной недостаточности вен.

Обсуждение. Данные наших несложных исследований предопределены многолетним отсутствием попыток систематизации сосудистой патологии, особенно венозной. Нужно отметить, что как в зарубежных, так и в отечественных публикациях мы не встретили четкого разграничения нозологических форм и собственно венозной недостаточности (1, 2, 6, 7-13). Отсутствие такого разграничения не может не отразиться на результатах лечения и объективности их оценки. Ведь для того чтобы сравнивать что бы то ни было, нужно иметь единую систему измерения. Концепция включает в себя наличие классификации, определенной последовательности диагностического и лечебного процесса, соответствующих современному уровню знаний.

Сегодня остро ощущается отсутствие единой концепции сосудистой недостаточности, соответствующей современному уровню развития науки. Классификация СЕАР — это лишь классификация заболеваний вен нижних конечностей, а если верхних конечностей — то она не подойдет? До сих пор, к сожалению, широко распространены такие термины в диагнозе, как первичный и вторичный варикоз, рецидив варикозной болезни (9, 13). В свою очередь, для принятия единой концепции и хирургам и остальным врачам необходимо иметь четкое представление о причинах и патогенезе венозной недостаточности. В современной многочисленной литературе по проблеме венозной недостаточности (ВН) мы не нашли академического определения ни венозной, ни артериальной недостаточности, хотя оно было предложено некоторыми авторами (3-5, 8). Мы пришли к выводу, что венозную недостаточность каждый врач, ученый понимает по-своему (1-13). На наш взгляд, на определенном отрезке времени должно существовать и преподаваться в высшей школе общепринятое определение какого-либо понятия, в данном случае — венозной недостаточности.

Ни в одной работе нам не встретилась очевидная, на наш взгляд мысль, что хирургия — это хотя и весьма

эффективный, но всего лишь метод лечения, что его возможности не безграничны, что следует искать границы его применения в лечении любого заболевания и в том числе — заболеваний вен. Мы утверждаем, что хирургия имеет возможность излечивать лишь венозную недостаточность (как и артериальную), но не варикозную болезнь (ВБ) или посттромботическую болезнь вен (ПТБВ) (соответственно не атеросклероз или артериит). Мы также утверждаем, что варикозная болезнь и посттромботическая болезнь вен являются нозологическими причинами венозной недостаточности. Морфологическими же причинами венозной недостаточности мы считаем нарушение проходимости вен и нарушение клапанной функции вен.

Хирургия, как механический (хотя и очень тонкий) метод лечения, в состоянии восстановить или улучшить нарушение проходимости или нарушение клапанной функции магистральных вен, и, следовательно, излечить ВН. При этом варикозная болезнь, равно как и посттромботическая болезнь вен остаются у больного так же, как остается склонность к грыжеобразованию после пластики грыжевых ворот, спаечная болезнь после рассечения спаек брюшной полости при хронической непроходимости кишечника. Смешивание понятий варикозной болезни, посттромботической болезни вен и ВН просто неправильно и приводит к необоснованным надеждам, разочарованиям и недооценке возможностей хирургии ВН. Что, в свою очередь, приводит к необоснованно широкому рекламированию дорогих косметических и медикаментозных методов лечения ВН, при абсолютном игнорировании полноценной хирургии венозной недостаточности вообще (8).

Еще в 1995 году (3) нами публично была высказана мысль о том, что венозная недостаточность — не болезнь, не нозологическая форма, а патологическое состояние, которое характерно для группы из нескольких заболеваний (так же, как и артериальная недостаточность). Теперь с нами согласны представители московской школы (8). Тогда же нами предложена концепция венозной недостаточности, которая предлагает следующее определение понятия ВН. Венозная недостаточность (острая или хроническая) — есть болезненное состояние органа или части тела, возникшее в результате (внезапного или длительного) нарушения оттока крови от последней. Мы выделяем морфологические и нозологические причины ВН. К морфологическим причинам относятся нарушение проходимости вен в виде окклюзий и стенозов и нарушение клапанной функции вен при различных заболеваниях.

Таблица 1

Классификация венозной недостаточности (Казань, 1990 г.)

Венозная недостаточность		
Острая	Хроническая	
Этиология		
Нарушение проходимости	Нарушение проходимости	Нарушение клапанной функции
1. Острый тромбоз 2. Острый тромбофлебит	1. ПТБВ — окклюзионно-стенотический и смешанный варианты 2. Экстравенозные сдавления 3. Синдром Клиппеля-Треноне	1. ПТБВ — реканализационный и смешанный варианты 2. Варикозная болезнь 3. Авагуляция вен
Стадии		
I. Декомпенсации II. Субкомпенсации III. Компенсации	I. Отечно-болевая II. Варикозного расширения поверхностных вен III. Индуративно-склеротическая IV. Язвенно-некротическая	

С точки зрения нозологии мы выделяем следующие наиболее часто встречающиеся заболевания: острый тромбоз, острый флебит, варикозная болезнь, посттромботическая болезнь вен, авальвуляция вен, синдром Клиппе-



Нарушения кровообращения

Окончание. Начало на 17-й стр.

ля-Тренноне. Первые два состояния приводят к острой венозной недостаточности (ОВН), остальные являются причинами хронической венозной недостаточности (ХВН). В посттромботической болезни вен мы выделяем три варианта: 1) окклюзионно-стенотический, 2) реканализационный, 3) смешанный. В первом варианте преобладают явления нарушения проходимости вен, во втором — нарушение клапанной функции вен. При смешанном варианте возникает сочетание нарушения проходимости с нарушением клапанной функции вен.

Таблица 2

Посттромботическая болезнь вен		
Окклюзионно-стенотический вариант	Реканализационный вариант	Смешанный вариант

Задача ангиохирургии в том, чтобы восстановить проходимость и клапанную функцию вен, в то же время ее возможности этим же и ограничиваются. В идеале достижение этой цели приведет к излечению ВН, так как хирургическое восстановление проходимости и клапанной функции является этиотропным лечением венозной недостаточности. Если же рассмотреть взаимосвязь хирургии с нозологическими формами, то это же самое хирургическое лечение уже будет лишь патогенетическим по отношению к нозологической единице. Для более легкого понимания мы предложили разделить все хирургические методы лечения ВН в соответствии с точками их приложения.

Операции на глубоких венах, восстанавливающие проходимость и клапанную функцию вен, являются этиотропными (устраняющими причину), операции разобщения глубокой и поверхностной систем — патогенетическими (прерывающими патологическую цепь развития болезни), а операции на поверхностных венах — симптоматическими. Все сказанное довольно просто, логично и ясно доказывает необходимость развития и широкого внедрения реконструктивной венозной хирургии.

Таблица 3

Хирургическое лечение ХВН		
Этиотропное	Патогенетическое	Симптоматическое
1. Экстравазальная коррекция клапанов (ЭВКК). 2. Интравазальная коррекция клапанов (ИВКК). 3. Шунтирующие операции. 4. Свободная пересадка венозных клапанов	1. Подфасциальная перевязка коммуникантных вен. 2. Надфасциальная перевязка коммуникантных вен. 3. Резекция задних большеберцовых вен (ЗББВ). 4. Обтурация ЗББВ	1. Удаление измененных поверхностных вен. 2. Интраоперационное внутрисосудное прошивание вен. 3. Склеротерапия инъекционная

После осмысления точек приложения различных видов лечения становится понятна недолговечность изолированного применения косметических и медикаментозных методов лечения ВН, широко рекламируемых в последнее время. Мы не хотим умалять значение этих методов, но то, что они являются лишь симптоматическими, должно быть понятно и врачу, и пациенту. Эти методы должны применяться только в комплексе с этиотропными и патогенетическими методами лечения ВН.

Выше мы обсудили важность предложенного подхода на примере хронической венозной недостаточности. Этот же подход будет правильным и по отношению к острой венозной недостаточности.

Более строго выдерживается такой подход врачами специализированных отделений при установлении диагноза артериальной недостаточности конечностей. Если же мы проанализируем современный подход к пониманию как острой, так и хронической артериальной недостаточности других бассейнов, то становится понятна необходимость переосмысления имеющихся классификаций ишемической

болезни сердца, острой и хронической артериальной недостаточности головного мозга.

Диагноз при ИБС мог бы звучать таким образом: Атеросклероз. Окклюзия правой коронарной артерии, стеноз ствола левой коронарной артерии 60%, стенозы обеих внутренних сонных артерий 75%. Хроническая ишемия миокарда II стадии, хроническая ишемия головного мозга II стадии (по А. В. Покровскому).

Если мы попробуем применить такой подход к другим областям хирургии, то вновь получается довольно логично. Например: Опухоль сигмовидной кишки. Стеноз сигмовидной кишки. Хроническая кишечная непроходимость II стадии (а вот классификацию стадийности ХКН нужно разработать, классификацию ОКН — доработать). Универсальным становится такой подход, когда диагноз строится из трех разделов: 1) Этиология, 2) Локализация и степень нарушения проходимости или клапанной функции, 3) Стадия недостаточности. Новый подход поможет устранить путаницу между нозологической формой и патологическим состоянием как принципиально различными понятиями в медицине вообще. Все вышеперечисленное поможет уточнить области и возможности применения многих методов диагностики и лечения патологических состояний и нозологических форм. Кроме того, такой подход открывает широчайшие возможности для разработки новых классификаций в различных областях медицины, позволит целенаправленно искать неизвестные ранее заболевания.

К настоящему времени в медицине накоплено достаточно большое количество фактов, полученных аналитическим, с точки зрения философии, путем. Полученные факты и данные не вмещаются в существующие не один десяток лет концепции и классификации, основанные на старых принципах построения. Сегодня медицина стоит на пороге очередного качественного скачка, перехода на другой, качественно новый уровень знаний. Предлагаемый нами принцип может этому способствовать. В наше время приобретает особое значение синтетический научный подход к проблемам медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веденский А. Н. Варикозная болезнь. Ленинград, «Медицина», 1983.
2. Веденский А. Н. Посттромботическая болезнь. Ленинград, «Медицина» 1986.
3. Миролюбов Б. М., Миролюбов Л. М., Мамаев В. Е., Игнатьев И. М. Концепция венозной недостаточности конечностей. Новые направления в ангиологии и сосудистой хирургии. Июнь 1995 г. 316, С. 100.
4. Миролюбов Б. М. Современная теория венозной недостаточности. Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов. Декабрь 1997 г., С. 259.
5. Миролюбов Б. М. Теоретические аспекты венозной патологии. III научная сессия ИССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, май 1999 г., С. 51.
6. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен. Ред. Ю. Л. Шевченко. Санкт-Петербург, 1999 г.
7. Сердечно-сосудистая хирургия. М. 1989 г. Ред. В. И. Бураковский, Л. А. Бокерия. С. 692-716.
8. Яблоков Г. Е., Кириенко А. И., Богачев В. Ю. Хроническая венозная недостаточность. Москва, 1999 г. 126 с.
9. Флебология. М. 2001 г. Ред. В. С. Савельев. 670 с.
10. Sytchev G. G. Classification of chronic venous disorders of lower extremities and pelvis. International Angiology, Vol. 4, № 2, 203-206.
11. Kistner R. L., Eklof B., Masuda E. M. Diagnosis of chronic venous disease of the lower extremities: the «CEAP» classification (see comments). Mayo Clin. Proc. 1996 Apr; 71 (4); 422-3.
12. Nikolaos D. Psathakis, M. D., F.I.S.A. and Dimitrios N. Psathakis. Tactics on Investigation of the Venous Dynamics and Their Validation Before and after Operations in the Deep Veins of the Lower Limb. Vascular Surgery, May/June, 1987, 192-201.
13. European Venous Forum. Scientific Programme and Book of Abstracts. Edizioni Minerva Medica. Turin, 2002.