

СИСТЕМА КЛАССИФИКАЦИЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОРГАНОВ И ЧАСТЕЙ ТЕЛА: ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ, КОНКРЕТНЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ

Б.М. Миролубов

*Кафедра хирургии с курсами онкологии и анестезиологии-реаниматологии
(зав. - проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета*

Значение классификации для любой патологии в настоящее время настолько очевидно, что не требует комментариев [1-9]. Однако вопрос, который мы решили обсудить, давно назрел. Множество специалистов работают сегодня в достаточно близких областях, но “разговаривают на разных языках”. Наибольшая часть больных, которых лечат кардиологи, неврологи, сосудистые хирурги представлена пациентами с артериальной или венозной недостаточностью тех или иных органов или частей тела. Так, кардиологи лечат большинство больных с артериальной недостаточностью миокарда, неврологи - с артериальной недостаточностью головного и спинного мозга (в основном с необратимыми изменениями), пульмонологи - с инфарктом легкого, ангиохирурги - с сосудистой недостаточностью конечностей, головного мозга, сердца, кишечника и почек. Казалось бы, всем специалистам должно быть ясно, что в основе перечисленной выше патологии лежит нарушение проходимости артерий и вен или нарушение клапанной функции последних. А если это так, то должны существовать классификации как артериальной, так и венозной недостаточности для каждого органа или части тела. Если же мы проанализируем те классификации, которые используются в сегодняшней работе, то увидим, что в их основе нет **единого** принципа, на который должна опираться каждая классификация, а ведь речь идет о патологических состояниях, общих в своей основе.

Нами отобраны признанные официально в России и в мире классификации, которые наиболее часто используются в лечебной практике (табл. 1). Многие из них не являются классификациями сосудистой недостаточности. Так, СЕАР [8] - классификация болезней вен нижних конечностей, в которой не упоминается о венозной недостаточности нижних конечностей. А как быть с верхними конечностями? Пред-

ставленная таблица 1 и есть та самая система, в которой нужно разместить существующие и несуществующие на сегодня классификации.

Из табл. 1 видно, что утвержденные консенсусом специалистов классификации существуют лишь для сосудистой недостаточности **конечностей**. Если хроническая ишемия головного мозга (ГМ) классифицирована [5], то другие патологические состояния ГМ - нет. Хроническая ишемия миокарда именуется стенокардией (боли в сердце) - термином, предложенным более века назад. А такие понятия, как острая и хроническая ишемия миокарда, острая и хроническая венозная недостаточность миокарда, не имеют ни определений, ни классификаций, а значит, не существуют ни в теории, ни в практике. Изучение патологии следует начинать с характеризующих ее определений. Эти дефиниции по-прежнему не утверждены, хотя и предложены давно. В настоящее время существуют понятия, обозначаемые эмоциональными терминами “**инфаркт**” и “**инсульт**”, что соответственно обозначает *фарш* или *набитый* в первом и *удар* во втором случае. Однако термин “острая ишемия миокарда и мозга” является, несомненно, более точным. Причем сегодня происходит смешение понятий острой и хронической ишемий, когда их объединяют в одну классификацию ишемической болезни сердца. В этой же классификации используемый термин **болезнь** лучше заменить более правильным термином - **патологическое состояние**. Если же взять такие органы, как почки, кишечник, спинной мозг, то об их острой артериальной недостаточности речь возникает только тогда, когда в них наступают необратимые изменения (некрозы). В отношении венозной недостаточности головного и спинного мозга, почки, кишечника мы ничего определенного констатировать не можем, серьезному изучению они не подвергаются, поскольку мы просто не думаем о том, что

Таблица 1

Система классификаций сосудистой недостаточности органов и частей тела

Органы	Конечности		Сердце		Головной мозг		Почки		Кишечник	
	артериальная	венозная	артериальная	венозная	артериальная	венозная	артериальная	венозная	артериальная	венозная
Острая обратимая	По В.С.Савельеву IA. Парастезии IB. Боли в покое IIA. Парез IIB. Плегия IIIA. Субфасциальный отек									
	IIIБ. Частичная контрактура IIIВ. Тотальная контрактура IV. Гангрена									
Хроническая доклиническая	По Фонтейну—А.В.Покровскому I. Перем. хромота (> 1000 м)		По Е.Г. Яблокову (2000 г.) 0. Нет клиники	I ФК Минимальная стенокардия	По А.В. Покровскому I. Асимптомная					
	IIА. Перем. хромота (200—1000 м) IIБ. Перем. хромота (25-200 м)		I. Синдром тяжелых ног II. Стойкий отек, гиперпигментация, липодерматоз	II ФК. Легкая стенокардия III ФК. Тяжелая стенокардия	II. Транзиторные нарушения					
покоя	III. Боли в покое			IV ФК. Стенокардия покоя	III. Постоянные нарушения					
деструктивная	IV. Гангрена пальцев, стопы, трофическая язва [8] СЕАР [10]*		III. Трофическая язва [7]. Система		IV. Инсульт и его последствия [8]					

Примечание. Римскими цифрами обозначены стадии сосудистой недостаточности. То же в табл. 2.

Система классификаций сосудистой недостаточности органов и частей тела

Органы	Недостаточность	Конечности		Сердце		Головной мозг		Почки		Кишечник	
		артериальная	венозная	артериальная	венозная	артериальная	венозная	артериальная	венозная	артериальная	венозная
Острая обратимая	По В.С.Савельеву IA. Парастезии IB. Боли в покое IIA. Парез IIB. Плегия IIIA. Субфасциальный отек		I. Декомпенсация II. Субкомпенсация III. Компенсация [4]	I. Сердцебиения II. Боль III. Коллапс						I. Боль без некроза кишечной стенки	I. Боль без некроза кишечной стенки
	необратимая IIIB. Частичная контрактура IIIV. Тотальная контрактура IV. Гангрена		IV. Гангрена	IV. Остановка сердечной деятельности или некроз (инфаркт) миокарда				IV. Некроз почки или ее доли		II. То же + некроз слизистой III. То же + некроз всей стенки IV. То же + перитонит	II. То же + некроз слизистой III. То же + некроз всей стенки IV. То же + перитонит
Хроническая доклиническая	По Фонтейну—А.В.Покровскому I. Перем. хромота (> 1000 м)		I. Без клинических признаков	I. Асимптомная		По А.В. Покровскому I. Асимптомная		I. Асимптомная		I. Асимптомная	I. Асимптомная
	функциональная IIA. Перем. хромота (200—1000 м) IIB. Перем. хромота (25-200 м)		IIA. Отечно-болевая IIB. Варикозное расширение подкожных вен	II. Боли при нагрузке а) тяжелой б) средней в) минимальной		II. Транзиторные нарушения		II. Корригируемая артериальная гипертония (АГ)		II. Боли после приема пищи, потеря массы тела, метеоризм	II. Тяжесть и периодические боли в животе
покоя	III. Боли в покое		III. Индуцирующая хромота	III. Боли в покое		III. Постоянные нарушения		III. Некорригируемая АГ		III. Постоянные боли	III. Постоянные боли
	деструктивная IV. Гангрена пальцев, стопы, трофическая язва [8]		IV. Язвенно-некротическая [4]	IV. Некроз миокарда и его последствия		IV. Инсульт и его последствия [8]		IV. Склерозированная (сморщенная) почка		IV. Боли + язвы и эрозии в ЖКТ [6]	IV. Постоянные боли + печеночная недостаточность [6]

таковые существуют. А ведь если в органе есть артерии, то существует острая и хроническая артериальная недостаточность, если есть вены, то очевидна острая и хроническая венозная недостаточность любого органа или части тела. Следовательно, необходимо изучать и классифицировать таковые для каждого жизненно важного органа или части тела.

В основу рекомендуемой нами системы положены **анатомический** (артерии и вены) и **временной** (острая и хроническая) **принципы** (табл. 1 и 2). Кроме того, мы предложили принципы, на основе которых, по нашему мнению, может быть построена классификация острой и хронической сосудистой недостаточности.

Для построения классификации острой ишемии любого органа или части тела принципиально важно дифференцировать **обратимые и необратимые** ишемические изменения тканей. Иными словами - нужно исходить из **принципа обратимости** ишемических изменений. Важность этого момента понятна как с теоретической, так и с практической точки зрения. В основу классификации хронической ишемии должен быть положен принцип разделения на стадии: 1) доклинические проявления заболевания, приводящего к ишемии (поскольку речь идет о патологическом состоянии, возникающем в результате существующей болезни - атеросклероза, артериита или др.); 2) функциональные изменения вследствие ишемии; 3) стадия ишемии покоя; 4) стадия ишемии повреждений структуры.

Те же принципы должны быть использованы в классификациях венозной недостаточности. Исходя из вышеизложенного, мы попытались заполнить **систему-таблицу**, составив классификации на основе указанных принципов. В табл. 2 показано, как на сегодня могли бы выглядеть классификации артериальной и венозной недостаточности различных (конечно же, не всех) органов и частей тела. Кроме того, необходимо разработать классификации острой и хронической артериальной и венозной недостаточности печени, спинного мозга, легких и, может быть, всех остальных, не менее важных для организма органов. Такой подход позволяет увидеть существующие сегодня "белые пятна" в изучении патологических состояний органов и частей человеческого да и

многих других живых организмов. Таким же образом, опираясь на анатомический и временной принципы, мы сможем разработать классификации артериальной и венозной недостаточности, которых на сегодня нет.

Систематизация патологических состояний позволит, кроме того, понимать студентам медицинских вузов и колледжей преподаваемые им классификации, избавив от примитивного запоминания.

В клинической практике классифицирование патологических состояний даст возможность реально соблюдать следующий принцип построения диагноза: 1) этиология; 2) локализация и степень нарушения проходимости или клапанной недостаточности сосуда; 3) стадия артериальной или венозной недостаточности. Эта же система позволит более четко определять состояние трудоспособности больного при медико-социальной экспертизе.

Отдельно нужно отметить, что большее значение имеет классифицирование всех существующих на сегодня методов лечения на этиотропные, патогенетические и симптоматические. В табл. 3 в качестве примера представлены методы оперативного лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) конечностей [3]. В данном примере речь идет о связи методов хирургического лечения с этиологией и патогенезом ХВН.

Систематизируя патологические состояния, мы облегчаем процессы их открывания, изучения, диагностики, лечения, оценки возможностей и качества лечения. В процессе обучения студентов наличие системы всегда позволит преподавателю доступнее изложить материал, а обучающемуся легче его усвоить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. - Л., 1983.
2. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь. - Л., 1986.
3. Миролюбов Б.М., Миролюбов Л.М. // Анн. хир.- 2002.- №6.- С.64-66.
4. Миролюбов Б.М. Сосудистая недостаточность. Основы диагностики и хирургического лечения. - Казань, 2003.
5. Флебология / под ред. В.С. Савельева. - М., 2001.
6. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. - М., 1979.
7. Савельев В.С., Затевахин И.И., Степанов Н.В. Эмболии бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. -М., 1987.
8. Kistner R.L., Eklof B., Masuda E.M // Mayo Clin. Proc.-1996. - Vol.71. - P. 422-423.
9. Psatakis N.D., Psatakis D.N. // Vask. Surg. - 1987. -P. 192-201.

Поступила 07.10.04.

Отзывы о статье Б.М. Миролюбова "Система классификаций сосудистой недостаточности органов и частей тела: принципиальные основы, конкретные классификации"

В статье Б.М. Миролюбова затронут один из принципиальных вопросов клинической медицины — классификация патологических процессов, в частности проблема недостаточности кровотока как основы патогенеза ряда болезней. Рассуждения автора статьи по этому вопросу достаточно логичны, и в качестве базиса для построения классификации им использован принцип деления артериальной и венозной сосудистой патологии конечностей. Основной тезис о высокой распространенности нарушений, как артериальной, так и венозной проходимости, лежащей в основе самой разнообразной патологии, по своей сути не противоречит классическим представлениям о современной патфизиологии. Видимо, так оно и есть. Безусловным достоинством классификационного принципа, с моей точки зрения, является попытка автора разделить (по принципиальным моментам), а не объединять или описывать патологические процессы (чем часто грешат современные классификации заболеваний). Разделение всегда предполагает различные (в большей или меньшей степени) принципы диагностики и лечения. Это, наверное, — главное, ради чего и стоит создавать подобного рода классификации.

В качестве общего замечания по таблицам 1 и 2, представляющим суть работы автора, следует отметить различный принцип разграничения клинических форм острой и хронической сосудистой недостаточности: в одном случае оценивается характер обратимости циклических изменений тканей, в другом — выраженность клинической манифестации. Очевидно, что острая и хроническая недостаточность кровотока — суть разные по своему происхождению процессы, и временной принцип деления является лишь отражением различной длительности клинической симптоматики. Тем не менее тяжелые, необратимые ишемические изменения тканей возникают как в том, так и в другом случае и, более того, сопровождаются достаточно яркой (нередко сходной) клинической манифестацией. Исходя из этого, может быть, имело бы смысл при составлении рубрик классификации опираться на какие-то единые оценочные позиции для острой и хронической форм сосудистой недостаточности (клинические, морфологические, возможно, и те, и другие одновременно).

Обращает на себя внимание достаточно разнородный стиль в заполнении автором кластеров классификационной таблицы. В результате здесь одновременно "соседствуют" и нозологии (к примеру, инфаркт миокарда или гангрена конечностей), и отдельные симптомы болезни ("боли после приема пищи..."). Ну и, конечно же, для данного рода документов не подходит принцип описательности, как это предложено в разделе "Ки-

шечник", поскольку все многообразие симптоматики внести в таблицу невозможно, да и не нужно.

Таким образом, считаю, что предлагаемая автором система классификаций сосудистой недостаточности является очень интересным и логически обоснованным принципом подхода к решению ряда диагностических и лечебных задач. Данная система заслуживает одобрения и как любое перспективное предложение — дальнейшего обсуждения и совершенствования.

Проф. В.А. Анохин (Казань)

* * *

В статье Б.М. Миролюбова для обсуждения предложена система, в которую автор помещает классификации сосудистой артериальной и венозной недостаточности конечностей, стенокардии, недостаточности мозгового кровообращения. Эта попытка интересна по замыслу и является новой. Как мне представляется, автором движет желание "упорядочить" не только современные классификации, но и представить некие принципы, на основе которых можно было бы создавать новые и пересматривать имеющиеся классификации сосудистой недостаточности органов. Не исключено, что такой универсальный подход к сосудистой недостаточности мог бы помочь врачам разных отраслей медицины найти на практике общие подходы.

Изложенные автором статьи идеи имеют определенный интерес, хотя и далеки от практической реализации. Врачи разных специальностей работают опираясь на принятые классификации. Медицинская документация требует использования Международной классификации болезней (МКБ-10). Пересмотр классификации происходит периодически, и обсуждение в печати новых и рациональных принципов представляется достаточно интересным. Однако высказывание автора о том, что в клинической практике неврологии нет понятия о венозной недостаточности головного мозга, неточно. Нарушение церебрального венозного кровообращения при многих заболеваниях входит в раздел клинической ангионеврологии, хотя общепринятой классификации венозной недостаточности головного мозга, действительно, нет. Авторское несогласие с использованием таких терминов, как "инфаркт" и "инсульт", может быть формально правильным, однако многолетний "авторитет" этих терминов неоспорим, и замена их сегодня на другие мне представляется неоправданной.

Нужно отметить, что оригинальный взгляд автора заслуживает публикации и обсуждения в медицинской печати

Проф. Э.И. Богданов (Казань)