

## К ВОПРОСУ О ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Б.М. Миролюбов, М.Г. Миролюбов, Л.М. Миролюбов

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с курсами онкологии и анестезиологии (зав. — проф. Д.М. Красильников), Республиканская клиническая больница (главврач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ, Детская республиканская клиническая больница (главврач — Е.В. Карпухин) МЗ РТ, Межрегиональный клиничко-диагностический центр (главврач — Р.И. Тушиев), г. Казань.*

Венозная недостаточность весьма распространена и требует к себе внимания не только ангиохирургов, но и хирургов общего профиля. “Широкое распространение заболеваний вен не позволяет решать проблему их лечения только силами хирургов специализированных стационаров” [6]. С этим утверждением невозможно не согласиться. Однако для решения данной проблемы в таком масштабе необходима единая система взглядов или концепция, которая была бы понятна каждому хирургу и являлась бы общепринятой в России на некоторый период времени. Нужно отметить, что как в зарубежных, так и в отечественных публикациях мы не встретили четкого разграничения понятий *нозологических форм и собственно венозной недостаточности* (ВН) [1, 2, 6, 7—11]. 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 определения, классификации, алгоритма диагностического и лечебного процесса, соответствующих современному уровню знаний. В свою очередь, для принятия единой концепции хирургам необходимо иметь четкое представление о причинах и патогенезе ВН. В современной академической литературе мы не нашли формулировки ВН, хотя в научной литературе определения уже встречаются [3—5, 8, 9]. Мы пришли к выводу, что каждый врач, ученый понимает ВН по-своему.

Ни в одной работе нам не встретилась очевидная, на наш взгляд, мысль, что хирургия — это хотя и весьма эффективный, но всего лишь метод лечения, и его возможности отнюдь не безграничны. Мы утверждаем, что хирургия имеет возможность излечивать лишь ВН, но не варикозную болезнь (ВБ) или посттромботическую болезнь вен (ПТБВ). Мы также утверждаем, что причинами ВН, с точки зрения нозологии, являются варикозная и посттромботическая болезнь вен, морфологическими — нарушение проходимости и клапанной функции вен.

Хирургия как механический (хотя и очень

тонкий) метод лечения в состоянии восстановить или улучшить нарушения проходимости или клапанной функции магистральных вен и, следовательно, излечить ВН. При этом ВБ, как и ПТБВ, у больного сохраняется, как и остаются склонность к грыжеобразованию после пластики грыжевых ворот, спасная болезнь после рассечения спаек по поводу непроходимости кишечника. Смешивание понятий ВБ, ПТБВ вен и ВН приводит к необоснованным надеждам, разочарованиям и недооценке возможностей хирургии ВН, а это, в свою очередь, — к необоснованно широкому внедрению дорогих косметических и медикаментозных методов лечения ВН при абсолютном игнорировании полноценной ее хирургии [8].

Еще в 1995 г. [3] нами публично была высказана мысль о том, что ВН — не болезнь, не нозологическая форма или единица, а патологическое состояние, которое характерно для группы из нескольких заболеваний. Теперь с нами согласны представители московской школы [8]. Тогда же нами была доложена концепция ВН (острой или хронической): это 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 болезнях. С точки зрения нозологии, мы выделяем следующие наиболее часто встречающиеся причины ВН: острый тромбоз, острый флебит, ВБ, ПТБВ, авальвуляцию вен, синдром Клиппеля—Треноне. Первые два заболевания приводят к острой венозной недостаточности (ОВН), остальные — к хронической венозной недостаточности (ХВН).

В ПТБВ мы выделяем три варианта: 1) окклюзионно-стенотический; 2) реканализационный; 3) смешанный. Для первого варианта характерно преобладание явлений нарушения проходимости вен, для второго — клапанной функции вен. При

### Классификация венозной недостаточности

#### Венозная недостаточность

	Острая	Хроническая
	Этиология	
	Нарушение проходимости	Нарушение клапанной функции
Острый тромбоз	ПТБВ — окклюзионно-стенотический и смешанный варианты	ПТБВ — реканализационный и смешанный варианты
Острый флебит	Экстравенозные сдавления Синдром Клиппеля—Треноне	Варикозная болезнь Авальвуляция вен
Стадии		
I. Декомпенсации	I. Отечно-болевая	
II. Субкомпенсации	II. Стадия варикозного расширения поверхностных вен	
III. Компенсации	III. Индуративно-склеротическая	
	IV. Язвенно-некротическая	

## Оперативное лечение ХВН

Операции на глубоких венах	Операции на поверхностных венах	Операции разобщения поверхностной и глубокой венозных систем
Экстравазальная коррекция клапанов (ЭВКК)	Удаление измененных поверхностных вен	Подфасциальная перевязка коммуникантных вен
Интравазальная коррекция клапанов (ИВКК)	Интраоперационное внутритрипросветное прошивание вен (операционная склеротерапия)	Надфасциальная перевязка коммуникантных вен
Шунтирующие операции	Склеротерапия инъекционная	Резекция задних большеберцовых вен (ЗББВ)
Свободная пересадка венозных клапанов		Обтурация ЗББВ

смешанном варианте возникает сочетание нарушений *проходимости и клапанной функции* вен.

Задача ангиохирургии состоит 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 ВН*. Если же рассмотреть взаимосвязь хирургии с нозологическими формами, то это же самое хирургическое лечение уже будет лишь *патогенетическим* по отношению к нозологической единице — *ВБ или ПТБВ*. Мы разделяем все хирургические методы лечения ВН в соответствии с их анатомическими точками приложения.

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

После выяснения точек приложения различных видов хирургического лечения становится понятной недолговечность изолированного применения косметических и медикаментозных методов лечения ВН, широко рекламируемых в последнее время [8]. Мы отдаем должное этим методам, 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 нами была обсуждена важность предложенного подхода на примере ХВН. Этот же подход будет правильным и по отношению к ОВН. Если же мы проанализируем современный подход к пониманию как острой, так и хронической артериальной недостаточности различных бассейнов, то всем будет понятна необходимость пересмысления имеющихся классификаций ишемической болезни сердца, острой и хронической артериальной недостаточности головного мозга.

Диагноз при ИБС и хронической ишемии головного мозга мог бы быть сформулирован следующим образом: 1. *Атеросклероз*. 2. *Окклюзия правой коронарной артерии, стеноз ствола левой коронарной артерии 50%, стенозы обеих внутренних сонных артерий 75%*. 3. *Хроническая ишемия миокарда II Б 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: 1) *Blastomae сигмовидной кишки*. 2) *Стеноз сигмовидной кишки*. 3) *Хроническая кишечная непроходимость* (а вот классификацию стадийности хронической кишечной непроходимости нужно разработать, классификацию острой кишечной непроходимости — разработать). Универсальным для патологии “труб-

чатых” органов и систем становится *принцип многоуровневого диагноза*, состоящий чаще из трех разделов: 1) *этиология*; 2) *локализация* и степень нарушения проходимости или клапанной функции; 3) *стадия недостаточности* (первый уровень причинный — нозологическая единица, второй и третий — собственно точка приложения хирургического воздействия). Новый принцип поможет устранить путаницу между *нозологической формой и патологическим состоянием* как принципиально различными понятиями в медицине вообще. Все перечисленное выше 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.

К настоящему времени в медицине накоплено достаточно большое количество фактов, полученных *аналитическим*, с точки зрения философии, путем. Полученные факты и данные не укладываются в существующие не один десяток лет концепции и классификации. Предлагаемый нами принцип может способствовать устранению имеющихся препятствий, ибо в наше время приобретает особое значение *синтетический* научный подход к проблемам медицины. Мы попытались кратко сформулировать предлагаемый принцип. *Патология проводящих “трубчатых” органов и систем организма требует многоуровневого диагноза, указывающего нозологическую и морфологическую причины, а также стадию недостаточности данного органа или системы.*

Хорошо представляем, что предложенные нами принцип и подходы гипотетичны и отнюдь не бесспорны. Поэтому и было решено представить на суд уважаемых коллег изложенные выше мысли. Мы заранее благодарны всем, кто примет участие в обсуждении проблемы, за самые различные отзывы как в печати, так и в личной переписке.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. — 1983.
2. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь. — 1986.
3. Миролюбов Б.М., Миролюбов Л.М., Мамаев В.Е., Изнатов И.М. Материалы конференции “Новые направления в ангиологии и сосудистой хирургии”. — М., 1995.
4. Миролюбов Б.М. Материалы конференции “Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов”. — СПб., 1997.
5. Миролюбов Б.М. III научная сессия ИССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — М., 1999.
6. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен. /Ред. Ю.Л. Шеаченко. — СПб., 1999.
7. Сердечно-сосудистая хирургия. Ред. В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия. — М., 1989.
8. Яблоков Г.Е., Кириченко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. — М., 1999.
9. Sytchev G.G. //International Angiology. — Vol.4. — P. 203—206.
10. Kistner R.L., Eklof B., Masuda E.M. // Mayo Clin. Proc. — 1996. — Vol. 71 (4); — P. 422—423.
11. Nikolaos D. Psathakis, M.D. et al. //Vascular Surgery, May/June, 1987. — P.192—201.

Поступила 4.04.01.