

Дискуссия по поводу статьи Б.М. Миролюбова, опубликованной в 2005 г. в № 5 "Казанского медицинского журнала"

В статье Б.М. Миролюбова "Система классификаций сосудистой недостаточности органов и частей тела" предпринята попытка систематизировать уже известные и применяемые в практической работе классификации сосудистой недостаточности, характеризующие ишемию и венозную недостаточность органов. Насколько она окажется полезной в практической работе и в науке, будет ясно лишь по прошествии некоторого времени. Несомненно, что представленная система классификаций требует всестороннего широкого обсуждения. Если "Система..." действительно поможет специалистам различных направлений найти общий язык как в практической, так и в научной работе, то ее значение в будущем будет трудно переоценить. Если же "Система..." окажется ненужной, лишней, то само обсуждение этого предложения, возможно, поможет найти какие-то другие пути в науке и практике, способные поднять уровень сегодняшних медицинских теоретических и практических знаний.

Автор на основе определенных им принципов предлагает несколько новых классификаций сосудистой недостаточности, призывая специалистов к их обсуждению. Это предложение мне кажется не только новым и смелым, но и полезным.

Непростым является затронутый автором вопрос о терминологии. Действительно, с точки зрения лексики, значение многих терминов не совпадает с их привычным "медицинским" значением. Изменить привычки, выработанные десятилетиями, весьма непросто. И возникает вопрос: а нужно ли? Опять же решение этого вопроса без обсуждения специалистов, научных работников и лингвистов невозможно.

На мой взгляд "Система...." – новое, оригинальное и очень полезное предложение.

Заслуж. врач РФ и РТ
Р.П. Гуслякова (Казань)

* * *

Статья Б.М. Миролюбова – это возрождение философского подхода к медицинским проблемам, обращение к медицине мнений, которая бывает незаслуженно забыта в пылу математических выкладок и строгого дизайна доказательной медицины. Борис Михайлович, используя собствен-

ный опыт, полемизируя и обобщая мнение разработчиков предшествующих классификаций и градаций тяжести сосудистой недостаточности (СН), возникающей в результате нарушений функции артерий и вен, предпринял попытку создать универсальную систему-таблицу, цель которой – унификация подхода к патологии сосудов. История науки знает славные примеры побед в области химии мнений, подобные таблице Менделеева, рациональность которой была обоснована позднее электронной теорией. Однако статьи такого рода побуждают к дискуссии, направленной на дальнейшее движение системы-таблицы от медицины мнений к медицине доказательной. В идеальном варианте, как это делают центральные международные журналы, к реплике неофициального оппонента всегда публикуется ответ автора, мнение которого должно быть последним, ибо именно ему принадлежит идея этой таблицы и дискуссии.

Чего не хватает в таблице? На мой взгляд, пропущен капиллярный участок кровеносного русла. Прекапиллярную гипертензию порождает спазм или редукция капилляров, и в этом случае функциональные и органические изменения артерий носят вторичный по отношению к состоянию капилляров характер. При описании состояний, на мой субъективный взгляд, возникают терминологические противоречия. Так, в рубрике "почки" к хронической функциональной артериальной недостаточности почек отнесена корригируемая артериальная гипертензия, вероятно, не локальная, органная, а системная. Если двигаться вправо по таблице, то очевидна неоднородность категорий в строке "хроническая функциональная недостаточность". В колонках "сердце", "кишечник" имеют место описания таких симптомов и признаков, как "боль", "потеря массы тела", а в рубрике "почки" – описание степени повышения АД, то есть непосредственно гемодинамические нарушения, которые являются объектом классификации.

При описании органических сосудистых изменений, вероятно, следует описать органы с двойной или сложной системой кровоснабжения, а не только систему "приток-отток". Так, особенную систему имеет печень, но не смею что-то предлагать, не будучи специалистом соответствующего профиля.

В регуляции гемодинамики легких особенно много факторов. В предлагаемую классификацию укладывается только инфаркт легкого как следствие тромбоэмболии. В этом случае имеет место исключительно сосудистая патология. Однако в легком две гемодинамические системы – легочная, цель которой прежде всего газообмен, и бронхиальная – цель которой питание ткани легких. Следовательно, в разделе таблицы, посвященной легким, будет не одна, а две органные рубрики. Кроме того, повышение давления в легочных капиллярах может быть и физиологическим, не связанным с патологией сосудов. Так, при гипоксии, снижении вентиляции альвеол срабатывает рефлекс Эйлера–Лилиебранда, который направлен на уменьшение перфузии неентируемых альвеол. В этом случае давление в малом круге повышается, происходит усиление перфузии вентилируемых альвеол, но при этом неуместно констатировать сосудистую недостаточность легкого как органа.

Влияние на гемодинамику легкого оказывает внутригрудное давление, которое имеет существенные колебания при obstructивных заболеваниях органов дыхания – ХОБЛ и бронхиальной астме. Повышение внутригрудного давления на выдохе приводит к затруднению венозного кровообращения в большом круге. У таких больных во время приступа и обострения можно видеть вздутие периферических вен, которое исчезает после применения адекватного бронхорасширяющего средства. И вновь эти сосудистые изменения нельзя отнести к категории "недостаточность".

И, наконец, при создании окончательной редакции классификации сосудистой недостаточности следует дать четкую формулировку термина "недостаточность", определиться с едиными критериями ее тяжести вне зависимости от органного приложения новой логической системы. Если сохранить разнородность описания рубрик, то теряется единство классификации.

Было бы очень интересно получить на страницах журнала ответы на эти вопросы от автора оригинальной классификации Б.М. Миролюбова.

Проф. А.А. Визель (Казань)

Автор статьи весьма амбициозно заявляет о том, что до сих пор не существует единой целостной классификации болезней системы кровообращения и претендует на

создание подобной классификации. Конечно, это весьма похвально, однако является очень сложной задачей и решить ее достаточно проблематично.

Известно, что все существующие на сегодняшний день классификации венозной и артериальной недостаточности содержат четкую градацию степеней недостаточности кровообращения. Автор критикует классификацию СЕАР (международную классификацию болезней вен нижних конечностей), утверждая, что она не содержит данных о степени венозной недостаточности. Это является не совсем корректным утверждением. Классификация хронической венозной недостаточности принята единой для России на совещании экспертов в 2000 г. (Москва). Весь мир пользуется известной классификацией артериальной недостаточности конечностей Лериша–Фонтена. Что касается классификации ишемических поражений отдельных органов, на всеобъемлемость которой претендует автор, то насколько реальна, например, классификация ишемических поражений печени или селезенки?

Содержание рецензируемой статьи вызывает много вопросов, однако содержит рациональное зерно – это попытка автора создать функциональную классификацию.

Проф. И.М. Игнатьев (Казань)

В статье Б.М. Миролюбова можно выделить несколько направлений, которые расходятся с существующими на сегодня в теории и практической медицине общепринятыми положениями: первое – система классификаций, второе – вопросы терминологии, третье – классификация методов лечения.

1. Попытка систематизации классификаций сосудистой недостаточности предпринята, как мне представляется, впервые, и одно это уже требует к ней пристального внимания и обсуждения. В урологической практике есть понятие «первично сморщенная почка». Как правило, нефункционирующая почка, уменьшенная в размерах, является причиной гипертонии и подлежит удалению. Сморщивание же почки обусловлено сначала снижением, а затем прекращением артериального кровотока в почке, т. е. ишемия почки существует, а классификации ишемии почки в настоящее время нет. Иногда причиной венозного застоя в почке, особенно в детском возрасте, является так называемый аорто-мезенте-

риальный пинцет – сдавление левой почечной вены между аортой и верхней брыжечной артерией. Эта патология встречается нечасто, видимо поэтому аспекты венозной недостаточности почки не изучены и не представлены в виде классификации.

2. Терминология клиницистов узкого профиля, действительно, отличается от терминологии в фундаментальных науках. На сегодня решить – хорошо это или плохо – мне представляется делом очень непростым.

3. Воздействие метода лечения на этиологию, патогенез и симптомы болезни освещается в каждой дисциплине, преподаваемой студентам и врачам. Классифицирование методов лечения не является строго необходимым, однако может оказаться весьма полезным.

Необходимость публикации статьи и дискуссии в печати по затронутым вопросам не вызывает сомнений.

Проф. М.Э. Ситдыкова (Казань)

* * *

Автором затронута очень важная и интересная проблема классификации (систематизации) расстройств кровообращения или "сосудистой недостаточности". Подобное рассмотрение этого вопроса значительно облегчает понимание и делает универсальными лечебные подходы к различным проявлениям расстройств кровообращения. Однако не совсем ясно, что ставится во главу угла классификации. Следует согласиться с автором, что нет единого клинического принципа классификации сосудистой недостаточности. На этом основании делается попытка создать этот принцип. В то же время автор, возможно, смешивает патологию (сущность процесса) с его проявлениями (клиникой). Возьмем к примеру "принцип обратимости", который ставится во главу угла классификации. О принципе обратимости можно судить объективно только с точки зрения анализа гипоксического поражения клеток ишемизированной зоны. Однако до сих пор не существует биологического критерия определения "точки без возврата для клетки". В то же время клинические проявления болезни, в частности при инфаркте миокарда, вовсе не показатель, так как примерно в

2,5% случаев они протекают вообще бессимптомно. На этом основании целесообразно указать, что имеется в виду под клинически определяемой "обратимостью" изменений при различных видах ишемии.

Предложенная попытка заменить термин "инфаркт" (при всей формальной неказистости этого термина) на "острую ишемию миокарда" в рамках данной статьи кажется спорной. Так, инфаркт – это некроз сердечной мышцы сосудистого генеза, а острая ишемия миокарда – это обозначение временной гипоперфузии, которая, в частности, может пройти бесследно (приступ стенокардии) либо, напротив, вызвать остановку сердца из-за остро возникшего нарушения проводимости (внезапная смерть) или закончиться некрозом (инфарктом) участка сердечной мышцы, если ишемия носит достаточно полный и длительный характер. К тому же на результаты ишемии (и соответственно на выраженность некротизирования) влияют исходный уровень оксигенации органа, количество коллатералей, их оперативная функциональность, функциональная нагруженность органа и прочее, т.е. уровень нарушений самого кровотока вовсе не обязательно полностью определяет степень и результат этих нарушений.

Следует заметить, что автор делит все виды сосудистой недостаточности на два типа – артериальный и венозный. Для полной картины необходимо упоминание и о капиллярной недостаточности, которая может носить исходный или основной характер, например при обморожении, синдроме ДВС с теми же тяжелыми результатами для пораженных органов.

В работе автора существуют позиции, которые вызывают вопросы. В частности, непонятно, почему степень артериальной ишемии почки с клинических позиций оценивается по особенностям симптоматической гипертензии – они отнюдь не параллельны.

С учетом того, что данная работа носит начальный характер, следует сделать необходимые уточнения. Прежде всего, автору необходимо опереться на какой-либо единый универсальный признак (вероятнее всего, клинические признаки ишемии), объединяющий нарушения кровообращения в различных органах.

Проф. С.Б. Петров (Казань)