

Комментарии к статье Б.М. Миролюбова “Система классификаций сосудистой недостаточности органов и частей тела: принципиальные основы, конкретные классификации” (Казанский мед. ж., 2005, т. 86, № 5, стр. 412-415).

В настоящее время несомненно то, что реконструктивная хирургия сосудов является одним из наиболее выдающихся достижений XX века. С появлением и развитием этой сравнительно молодой ветви клинической хирургии стала возможной эффективная помощь больным с различной сосудистой патологией, ранее считавшихся неизлечимыми и обреченными на гибель. Известны имена выдающихся хирургов (сосудистых хирургов) России: А. Чаруковский (1836) *, Н.И. Пирогов (1865), Н.В. Эжк (1877), Г.Ф. Цейдлер (1894), В.Г. Цеге-Майн-фейтель (1895), И.Ф. Сабанев (1895), Ю.В. Джанелидзе (1913), Н.А. Богораз (1935), Б.В. Петровский (1949), Е.Н. Мешалкин (1958), М.Д. Князев (1968), В.С. Савельев (1961), А.В. Покровский (1962), М.Н. Аничков (1962), В.И. Колесов (1968), Г.И. Цукерман (1973), И.Х. Рабкин (1984), Р.С. Акчурина (1988).

Не исключено, что в свое время и имя автора обсуждаемой статьи - сосудистого хирурга Б.М. Миролюбова (2005 г.) - может встать в один ряд с именами этих выдающихся хирургов, так как актуальность поставленного вопроса, видение автором проблемы могут быть сопоставимы с деяниями его именитых предшественников...

Настоящим обсуждаются спорные вопросы необходимости (целесообразности) введения дополнительной классификации сосудистой недостаточности различной локализации в виде специальной “системы классификации”, которую предлагает казанский ученый - сосудистый хирург, кандидат медицинских наук Б.М. Миролюбов. Известно, что классификации болезненных состояний в определенной мере носят условный, временный характер, так как отражают достигнутый к периоду их создания уровень представлений об определенных заболеваниях. Классификации меняются по мере изменения уровня знаний. Так, к примеру, один из основоположников европейской научной клиники внутренних болезней Жан Никола Корвизар (1755-1821) не смог не только создать, но даже приблизиться к синдромальной или нозологической классификации болезней и оставался в рамках патологоанатомического описания болезней в силу того, что недостаточный уровень накопленных к тому времени знаний, несовершенство методов исследования позволяли судить главным образом лишь об изменениях формы и размеров органов.

Выдающийся ученый современности, один из основоположников кардиологии в СССР Александр Леонидович Мясников (1899-1965) по вопросу о роли классификации замечал: *“...все же некоторую полезную роль в теоретической и, особенно, практической медицине они (классификации) несомненно играют”* (здесь и далее кур-

сив мой - В.О.). Классификации создают единство в оценке проявлений болезни у различных больных, более правильно ориентируют врача в вопросах прогноза и лечения. Они важны и для целей статистики и тем самым для обоснования тех или иных организационных и профилактических мероприятий.

В России до сих пор классификации многих заболеваний не утверждены научными съездами терапевтов, кардиологов, ревматологов, пульмонологов и т.д., и интернисты вынуждены пользоваться многочисленными рабочими классификациями. Тем не менее большинство имеющихся отечественных рабочих клинических классификаций соответствует общепринятым международным стандартам и удовлетворяет требованиям интернистов.

Всем известна Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-10), которая утверждена Международной конференцией (43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения) ВОЗ. Сейчас окончательный диагноз и соответствующая запись в истории болезни обязательно предполагают кодирование патологии согласно МКБ-10. Изменение (совершенствование) классификаций, естественно, продолжается и в настоящее время. Как это ни странно, к сожалению, до сих пор не существует общепринятой клинической классификации наиболее распространенной и опасной болезни человека - ишемической болезни сердца (ИБС). Это связывают прежде всего с быстро меняющимися представлениями о механизмах развития коронарной недостаточности, с наличием общего морфологического субстрата различных форм ИБС и возможностью быстрого и часто непредсказуемого перехода одной клинической формы этого заболевания в другую, а также с существованием у одного и того же больного сразу нескольких форм ИБС (например, ПИКС, стенокардии и безболевого ишемии миокарда).

В нашей стране уже более 20 лет используется классификация ИБС ВКНЦ АМН СССР (1984), разработанная (адаптированная) на основе рекомендаций экспертов ВОЗ (1979), в которой 7 классов или форм ИБС.

Согласно ей в клиническую классификацию ИБС входят:

1. Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца).
2. Стенокардия.
 - 2.1. Стенокардия напряжения:
 - 2.1.1. Впервые возникшая стенокардия.
 - 2.1.2. Стабильная стенокардия (ФК I - IV).
 - 2.1.3. Прогрессирующая стенокардия (нестабильная).

* В скобках указан год совершения этими хирургами своих уникальных операций.

2.2. Спонтанная (особая, вариантная, вазоспастическая) стенокардия.

3. Инфаркт миокарда.

3.1. Крупноочаговый (трансмуральный).

3.2. Мелкоочаговый.

4. Постинфарктный кардиосклероз.

5. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).

6. Нарушение сердечного ритма (с указанием формы).

Позднее в эту классификацию была добавлена еще одна форма ИБС:

7. "Безболевая ишемия миокарда" (БИМ).

Однако современные отечественные ученые, например заведующий кафедрой семейной медицины Российского государственного медицинского университета Григорий Ефимович Ройтберг и заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета Российского государственного медицинского университета проф. Андрей Владиславович Струтынский считают, что эта клиническая классификация ИБС "отличается известной внутренней противоречивостью и не отражает в полной мере современных представлений о клинических проявлениях заболевания". Авторы (Ройтберг Г.Е. и Струтынский А.В., 2003) предлагают свою рабочую классификацию ИБС:

1. Внезапная сердечная смерть.

2. Стенокардия.

2.1. Стабильная стенокардия напряжения.

2.2. Нестабильная стенокардия:

2.2.1. Впервые возникшая стенокардия (ВВС).

2.2.2. Прогрессирующая стенокардия (ПС).

2.2.3. Ранняя постинфарктная или послеоперационная стенокардия.

2.3. Спонтанная стенокардия.

3. Безболевая ишемия миокарда.

4. Микроваскулярная стенокардия ("синдром Х").

5. Инфаркт миокарда.

5.1. Инфаркт миокарда с зубцом Q.

5.2. Инфаркт миокарда без зубца Q.

6. Постинфарктный кардиосклероз.

7. Сердечная недостаточность.

8. Нарушения сердечного ритма и проводимости (пункты 7 и 8 - это, по сути, клинические проявления атеросклеротического диффузного кардиосклероза).

Г.Е. Ройтберг и А.В. Струтынский считают, что их рабочая классификация ИБС, "не претендуя на завершенность и не являясь всеобъемлющей, тем не менее имеет отчетливую практическую направленность, подчеркивая необходимость выделения среди пациентов с ИБС группы больных со стабильным и нестабильным течением заболевания, в основе которых лежат различные патогенетические механизмы формирования соответственно хронической и острой коронарной недостаточности". Однако и эта новая рабочая классификация тем не менее должна быть дополнена

понятием "острый коронарный синдром" - ОКС (нестабильная стенокардия, ИМ без Q зубца и ИМ с Q зубцом + внезапная сердечная смерть), в котором существует общая морфологическая основа этих остро развивающихся вариантов ИБС, а именно разрыв или нарушение целостности атеросклеротической бляшки с последующим формированием тромба в области поврежденного эндотелия коронарной артерии.

Очень динамичны классификации и другого распространенного заболевания сердечно-сосудистой системы - АГ, представленные в так называемых докладах JNC: JNC 5, JNC 6, а также ВОЗ и МОАГ (1999 г.) и ДАГ 1, второй пересмотр (2004). Однако вот уже и им на смену пришла классификация АГ JNC 7 (2003), предлагающая новые "точки отсчета", новые подходы к лечению.

Автор статьи (Б.М. Миролюбов) предлагает "систему классификаций сосудистой недостаточности органов и частей тела". Стартовая посылка формулируется следующим образом. Если есть артерии, то есть (или должны быть) острая и хроническая артериальная недостаточность, и если есть вены, то есть (или должны быть) острая и хроническая венозная недостаточность для сосудов в каждой части тела. При этом, помимо указания на анатомическую структуру (какой сосуд поражен - артерия или вена), необходимо учитывать временной фактор: какая - острая или хроническая сосудистая недостаточность имеет место, а также использовать принцип обратимости и необратимости изменений. Автор считает, что в настоящее время эти принципы - "анатомический", "временной" и "обратимости" - в полной мере не используются при описании "патологических (сосудистых) состояний", не являются облигатными, не создают, так сказать, "прокрустово ложе" развивающейся впоследствии патологии тех или иных органов, а если где и фигурируют, то лишь фрагментарно, по некоторым областям. Для того же, чтобы раскрыть (стереть) "белые пятна" невнимания к сосудистым областям различных частей тела, достаточно составить "таблицу 1" и "таблицу 2", и тогда в систематизированном плане станет ясно, где есть недоработки, то есть "белые пятна", и что эти места надо "проклассифицировать". При этом улучшится и образовательный процесс - студенты, видя (имея) эту "систематизацию патологических состояний", начнут "понимать" суть вещей, тогда как в настоящее время (?) они (по представлениям Б.М. Миролюбова) "примитивно запоминают" то, что им преподносится через "преподаваемые им (сейчас) классификации" (?). **Возможно, в том, что утверждает автор, есть рациональное зерно**, однако некоторые места, так скажем, исходных предпосылок к созданию такой "системы классификации..." вызывают вопросы, и эти места следует прокомментировать.

Тезис автора:

“Пульмонологи лечат больных с инфарктом легкого”.

Комментарии:

Этот тезис может быть оспорен.

Инфаркт легкого - это гибель легочной ткани вследствие нарушенного кровообращения, которое возникает обычно в результате тромбоза или эмболии ветвей легочной артерии (ТЭЛА). В одних руководствах ТЭЛА описывается в разделе “Болезни дыхательной системы”, в других - в разделе “Заболевания сердечно-сосудистой системы”. Возникает же ТЭЛА при различных заболеваниях: флеботромбозах и тромбофлебитах вен конечностей, брюшной полости и таза, при злокачественных новообразованиях, пороках сердца (особенно митральном), мерцательной аритмии, в условиях постельного режима, во время хирургических операций по поводу аппендицита, холецистита, гинекологических заболеваний, у женщин при беременности и при приеме противозачаточных средств. Кроме того, инфаркт легкого может развиваться в результате первичного тромбоза легочной артерии и ее ветвей при поражении самой стенки легочной артерии воспалительного или склеротического характера, при замедлении кровотока в малом круге кровообращения при сердечной недостаточности. Поскольку инфаркт легкого - это острая ситуация и, если она случается, скажем, у стационарных больных (различного профиля), то и лечение будет, вероятно, проводиться там, где развился инфаркт легкого (тромбоэмболия легочной артерии), а не у “пульмонологов”. Наиболее информативными инструментальными методами диагностики ТЭЛА (и последующего развития инфаркта легкого) является сцинтиграфия легких и ангиопульмонография (“золотой стандарт” диагностики ТЭЛА), поэтому и обследоваться (ургентно) эти больные должны там, где проводят подобные исследования (а не у “пульмонологов”). А так как эффективным методом лечения ТЭЛА является своевременная эмболизомия, особенно при наличии противопоказаний к применению тромболитиков, то и это хирургическое лечение должно проводиться в специализированном отделении, а не у “пульмонологов”.

Таким образом, тезис “пульмонологи лечат больных с инфарктом легкого” неоправданно категоричен и однозначен.

Тезис автора:

“.....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.”

Комментарии:

В отношении “больных с артериальной недостаточностью миокарда”, которых “лечат кардиологи”, используется известная клиническая классификация ИБС, разработанная комитетом экспертов ВОЗ (1979) в модификации ВКНЦ АМН СССР (1984) с кодировкой по МКБ-10. Поскольку в основе ИБС лежит атеросклероз, то остается актуальной и классификация самого атеросклероза, предложенная А.Л. Мясниковым (1960), которая охватывает не только поражение коронарных сосудов, но и других сосудов, что приводит к проявлениям **артериальной недостаточности** в соответствующих органах.

Согласно этой классификации выделяются:

I доклинический, скрытый период (со склонностью к общим или региональным спазмам);

II период - с клиническими проявлениями:

1 стадия - ишемическая,

2 стадия - тромбонекротическая,

3 стадия - склеротическая или фиброзная.

Таким образом, для этого круга патологии есть и “общность основы”, и “единый принцип”.

Комментарии:

Как можно в таблице разместить “*несуществующие* на сегодня классификации”? Вероятно, классификации надо сначала создать, а уже потом “разместить” (разместить).

Тезис автора:

“Представленная таблица и есть та система, в которой нужно разместить существующие и несуществующие на сегодня классификации”.

Тезис автора:

“Хроническая ишемия миокарда именуется стенокардией (боли в сердце) — термином, предложенным более века назад”.

Комментарии:

Термин “стенокардия” (сжатие сердца) был предложен Геберденом в 1772 г. (публикация в Докладе Лондонского Королевского общества врачей) - фактически 222 года тому назад, то есть не “более века”, а более двух веков назад (!).

“Хроническая ишемия миокарда именуется стенокардией”.

Здесь 2 ошибки:

1. Почему “хроническая” ишемия?

Стенокардия как таковая - это клинический синдром, связанный с **острой** кратковременной преходящей ишемией миокарда вследствие недостаточности коронарного кровообращения. Стенокардия - это клиническое проявление **острой** (кратковременной) ишемии миокарда.

2. Почему “хроническая ишемия миокарда именуется стенокардией”?

Стенокардия - это боль. В основе этой боли действительно, лежит ишемия миокарда. Но “ишемия” **не именуется** “стенокардией”. Ишемия миокарда может быть клинически вообще бессимптомной, например, выявляться только при Холтеровском мониторировании ЭКГ по депрессии сегмента ST на 1 мм и более. У некоторых больных при возникновении ишемии миокарда возникает не стенокардия (не боль!), а ее эквивалент - одышка.

Таким образом, обсуждаемый тезис представляет авторскую интерпретацию известных явлений, которая излишне “свободна” и лишена необходимого в этом случае академизма.

Тезис автора:

“...а такие понятия, как острая и хроническая ишемия миокарда..... не имеют **ни определений, ни классификаций**, а значит, не существуют ни в теории, ни в практике”.

Комментарии:

Выше уже упоминалось, что Г.Е. Ройтберг и А.В. Струтынский (2003) создали рабочую классификацию ИБС, в которой выделяют больных ИБС со “стабильным и нестабильным течением заболевания”, в основе которых лежат различные патогенетические механизмы формирования соответственно хронической и острой коронарной недостаточности, (т.е. ишемии миокарда). При “стабильной стенокардии” напряжения, в основе которой лежит медленно прогрессирующее стенозирование проксимальной коронарной артерии, риск возникновения инфаркта миокарда и внезапной смерти существенно более низкий, чем при нестабильной стенокардии, и прогноз относительно хороший. **Острая же ишемия миокарда не только не “не имеет ни определений, ни классификаций” и т.д., а напротив, именно ей в настоящее время уделяется колоссальное внимание.** Так, в настоящее время широко используется термин “острый коронарный синдром” (ОКС). Это понятие получило широкое распространение как за рубежом, так и в России за последние 10-15 лет (хотя этот термин пока еще официально не включен в современную рабочую классификацию ИБС).

Этим термином объединяют такие формы ИБС, как:

- 1) нестабильная стенокардия;
- 2) ИМ без Q зубца;
- 3) ИМ с Q зубцом;
- 4) внезапная смерть (если она обусловлена ИБС).

Основанием для такого объединения различных клинических форм ИБС явились современные клинические и экспериментальные исследования, в которых убедительно продемонстрирована общая морфологическая основа. Вспомним “сетование” автора по поводу “отсутствия общности” (!?) этих остро развивающихся вариантов ИБС, а именно разрыв или нарушение атеросклеротической бляшки с последующим формированием тромба в области поврежденного эндотелия коронарной артерии. Последствия такой тромботической окклюзии и соответственно клинический вариант ИБС зависят от: 1) степени и длительности прекращения коронарного кровотока; 2) от выраженности коллатерального кровообращения (Горбачева Е.В., 1999). При этом при различных вариантах нестабильной стенокардии (первой упомянутой патологии в этом списке ОКС), как правило, формируется тромбоцитарный (“белый”) тромб, который в большинстве случаев подвергается спонтанному тромболизису.

В настоящее время четко определено, что при длительной коронарной окклюзии, т.е. до одного часа (более 30 минут), и наличии коллатералей развивается ИМ без Q зубца (мелкоочаговый). При быстрой полной и продолжительной окклюзии (более одного часа) формируется хорошо фиксированный прочный коронарный тромб, полностью прекращается коронарный кровоток и развивается ИМ с Q зубцом (крупноочаговый, трансмуральный ИМ). При этом широкое использование термина “острый коронарный синдром” в современной кардиологической практике специально подчеркивает необходимость уделять особое внимание любым клиническим проявлениям нестабильного состояния коронарного кровотока, который может завершиться либо более или менее полным восстановлением прежнего (пусть и недостаточно хорошего) уровня коронарного кровообращения, либо закончиться развитием ИМ или возникновением внезапной сердечной смерти.

На современном уровне знаний стало очевидным, что в момент “обострения” ИБС достаточно трудно идентифицировать степень поражения миокарда и соответственно верифицировать клиническую форму ИБС как диагноз. Необходимость введения термина “острый коронарный синдром (ОКС)” продиктована в первую очередь практической целесообразностью:

- 1) с одной стороны, часто невозможно быстро разграничить нестабильную стенокардию и острый инфаркт миокарда;
- 2) с другой - необходимо незамедлительно следовать лечебным алгоритмам еще до установления окончательного диагноза.

При этом при ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ необходимо проводить тромболизис в течение первых 6 часов. В случае ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ тромболизис противопоказан.

Таким образом, ОКС служит для обозначения раннего периода обострения ИБС, когда еще неизвестна или сомнительна степень повреждения

миокарда, но проведение интенсивной терапии крайне необходимо. Термин ОКС указывает на серьезность клинической ситуации и грозный характер заболевания, которое может закончиться летальным исходом. Однако диагноз “острый инфаркт миокарда” не всегда подтверждается, при правильной лечебной тактике есть реальная возможность предотвратить его развитие и добиться снижения летальности пациентов этой категории.

Из изложенного видно, что современная кардиология вплотную подошла к проблеме “недопущения” развития инфарктирования миокарда у пациентов с острым ухудшением коронарного кровотока и к профилактике атеротромботических поражений в других сосудистых бассейнах.

Следует отметить, что и в отношении “хронической ишемии миокарда” не так уж все “плохо” (в понятийном плане, т.е. “безтерминно”). Так, как уже отмечалось, 13 марта 1979 г. ВОЗ приняла классификацию ИБС с выделением 5 классов или форм ИБС. **При этом в определениях экспертов ВОЗ даны уточнения по каждому из названных классов ИБС.** Например, в отношении стабильной стенокардии напряжения, которая является одним из клинических выражений хронической ишемии миокарда, указано следующее: “2.1.1. Стабильная стенокардия напряжения - это стенокардия, существующая больше одного месяца. Стенокардию относят к стабильной, если она наблюдается у больного не менее одного месяца. У большей части больных стенокардия может быть стабильной в течение многих лет. Прогноз более благоприятен, чем при нестабильной стенокардии”.

Таким образом, обсуждаемый тезис автора (Б.М. Миролюбова) в отношении того, что **“острая ишемия миокарда... не имеет ни определения, ни классификации, а значит, не существует ни в теории, ни в практике”** (?) не имеет ничего общего с действительностью (!).

Тезис автора:

«Нами отобраны признанные официальными в России и в мире классификации, которые наиболее часто используются в лечебной практике (табл. 1).»

Комментарии:

По этому поводу (по таблице 1) можно сделать следующие замечания. Автор создал собственную рубрику - “недостаточность...”, дифференциация ее как “хроническая доклиническая, функциональная, покоя, деструктивная”. Представленная же как “официальная в мире” (вероятно?) классификация стенокардии

“I ФК. Минимальная стенокардия” стала соответствовать рубрике “хроническая доклиническая”,

“II ФК. Легкая стенокардия”,

«III ФК. Тяжелая стенокардия» стала соответствовать рубрике “функциональная”, а

“IV ФК. Стенокардия покоя” - рубрике автора “покоя”.

Следует отметить, что официально названий “минимальная”, “легкая”, “тяжелая” стенокардия не существует. Известно также, что если говорить о стенокардии покоя, то редкие приступы стенокардии покоя вовсе **не являются** обязательным критерием IV ФК стенокардии, а официально к IV ФК относят неспособность выполнять какую-либо физическую нагрузку без ощущения дискомфорта (при этом возможно возникновение приступов стенокардии в покое). “Размещение” же I ФК в рубрике “доклиническая”, а II ФК и III ФК в рубрике “функциональная” выглядит волюнтаристически, так как не соответствует действительности. Если же в разбираемом контексте “Сердце...” обратиться к “улучшенной” (автором) классификации, представленной в таблице 2, то рубрике “Хроническая доклиническая” начинает соответствовать сосудистая недостаточность сердца - “I. Асимптомная”. Но какой смысл автор вкладывает в понятие “асимптомная” (до-клиническая)? Очевидно, он имеет в виду “безболевою” сосудистую артериальную (коронарную) недостаточность сердца. Но в отсутствии клиники (стенокардии или каких-либо эквивалентов) симптомы, т.е. изменения на ЭКГ (преходящие), тем не менее будут присутствовать. Известно, что по данным суточных мониторингов ЭКГ у больных ИБС, подтвержденных результатами селективной коронарографии, полностью безболевого течения выявляется в 18% случаев (Mulcahy P., 1988). При этом также известно, что существует непрямая связь между безболевою ишемией миокарда и внезапной смертью (Метелица В.И., 2002). Таким образом, “I. Асимптомная” [сосудистая артериальная (коронарная) недостаточность сердца], т.е. “хроническая доклиническая”, может завершиться очевидной “клиникой”, т.е. внезапной смертью, стало быть ЭКГ-признаки - симптомы болезни - очень важны.

В ряде случаев безболевая ишемия миокарда (идентифицируемая по ЭКГ) может выявляться только при пробе с физической нагрузкой, т.е. тогда, когда явно демонстрируется “функциональная” составляющая этой (I. Асимптомной) сосудистой артериальной недостаточности сердца. В то же время, как мы видим, автор отнес ее (I. Асимптомная) в таблице 2 к разделу “доклиническая”(?).

Тезис автора:

В таблице 2 своей рубрике "Недостаточность острая обратимая" автор дает ей свое "соответствие" артериальной сосудистой недостаточности сердца, выражая ее в терминах:

"I. Сердцебиения.

II. Боль.

III. Коллапс".

Комментарии:

По этому поводу также можно сделать следующие замечания. Не очень понятно, чем руководствовался автор, давая при этом такой набор симптомов (I..., II..., III...). Известно, что сердцебиение - это субъективное ощущение сердечных толчков, иногда даже за пределами области сердца. Сердцебиения, хотя чаще всего и сопровождают учащенную или неритмичную сердечную деятельность, могут возникать при нормальной и даже замедленной работе сердца, а также при увеличении силы сердечных сокращений (Шулутко Б.И., 1999).

Автор использует термин "I. Сердцебиения" в качестве одной из характеристик (?) своей "острой обратимой сосудистой артериальной недостаточности сердца". В этой связи можно отметить, что несмотря на то, что некоторые современные авторы (Мартынов А.И. и соавт., 2001) и свидетельствуют о том, что при стабильной стенокардии сопутствующим симптомом является "учащение ритма сердца", тем не менее классики отечественной кардиологии - Г.Ф. Ланг и А.А. Мясников в своих учебниках и монографиях высказывали иное мнение по этому вопросу. Так, Г.Ф. Ланг (1938) сообщал, что при грудной жабе "изменение частоты пульса мало характерно", а А.А. Мясников в своей известной монографии "Гипертоническая болезнь и атеросклероз" (1965) писал: "Симптомокомплекс грудной жабы хорошо известен врачам... **Характерно наличие... рефлекторных вегетативных реакций - замедление пульса...**" (!).

Как указывалось выше, автор решил включить в перечисление клинических признаков "острой обратимой артериальной недостаточности сердца" и такой признак, как "III. Коллапс". Однако если то, что лежит в основе этих признаков, - это острая ишемия миокарда (грудная жаба), то опять классики отечественной кардиологии, в частности Г.Ф. Ланг, отмечали, что "со стороны сердечно-сосудистой системы во время приступа **чаще** определяется **подъем артериального давления**".

Таким образом, реально при "острой обратимой сосудистой артериальной недостаточности сердца" возникают **брадикардия** (а не "I. Сердцебиения") и **подъем АД** (а не "III. Коллапс"). Неясно, как вообще автор предлагает рассматривать (воспринимать) представленный им "триумvirат"? Могут ли быть перечисленные симптомы изолированными или они должны быть все вместе, или же возникать в определенной последовательности (I→II→III)?

Комментарии

В этой связи следует отметить, что инфаркт миокарда - это динамичный, стадийно развивающийся процесс. В современных условиях диагностики и лечения, а именно при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ при раннем (до 6 часов) применении тромболитических препаратов или использовании чрескожной баллонной ангиопластики (по принципу "дверь-баллон") можно фактически предотвратить развитие собственно некроза миокарда и процесс, ранее считавшийся "непредотвратимым", предопределенным, в настоящее время может быть остановлен на стадии повреждения миокарда. С учетом важности фактора времени в Европейском руководстве тромболитическая терапия даже отнесена к первой врачебной и даже доврачебной помощи (Шулутко Б.И., Макаренко С.В., 2004).

Несомненно заслуживает одобрения и инициатива автора по поиску (побуждению поиска) **этиологического** фактора при постановке диагноза. Но справедливости ради следует отметить, что еще в V веке до нашей эры Гиппократ примерно в этом же духе наставлял своих учеников: "Sublata causa tollitur morbus" - "Устраняя причину (познавая этиологию), устраняешь болезнь". При этом термин "этиология" в контексте обсуждаемой статьи может быть понят неоднозначно. Так, этиология атеросклероза - заболевания, которое лежит в основе многих поражений кровеносных сосудов, рассматриваемых автором статьи, - до сих пор (даже в XXI веке) остается неизвестной, и врачи довольствуются ("оперируют") лишь так называемыми факторами риска.

Таким образом, подводя итог, можно констатировать, что **анатомический** принцип, предлагаемый Б.М. Миролюбовым в качестве основы классификации сосудистой недостаточности органов и частей тела, близок к анатомической, по сути, классификации болезней, предложенной еще в XVIII веке выдающимся Ж.Н. Корвизаром. Включение **временной** составляющей существенно отличает классификацию Б.М. Миролюбова от классификации Ж.Н. Корвизара. Еще раз вы-

делим рациональное звено классификации Б.М. Миролюбова, которые он четко определил такими словами: "...если в органе есть артерии, то есть острая и хроническая артериальная недостаточность, если есть вены, то есть острая и хроническая венозная недостаточность любого органа или части тела", в связи с чем врачам предлагается фактически лишь выявить ("отыскать") эту патологию, которая сейчас остается почему-то незамеченной. Следует отметить, что автор статьи Б.М. Миролюбов все же является сосудистым хирургом, оперирующим на сосудах конечностей, и ему лучше удастся "проработка" той области, в которой он является специалистом. Затрагивая же или "замахиваясь" на другие органы, в частности сердце, он высказывается в общих чертах, своеобразными мазками, формируя, так сказать, общее направление, особенно не утруждая себя деталями или не зная (?) их, примерно так (если уместно подобное сравнение), как это делали художники-импрессионисты, создавая своими полотнами настроение, которое продолжает передаваться аффинным к этому людям на протяжении уже двух столетий.

Проф. В.Н.Ослопов (Казань)