

О классификации туберкулезных заболеваний¹⁾.

Ассистента М. И. Ойфебаха.

Вряд ли при каком-либо другом заболевании было сделано столько попыток к установлению классификации, чем при tbc. И это вполне понятно. Значение туберкулеза, как социальной болезни, представляет огромный интерес для врача-общественника, статистика и клинициста-практика, с другой стороны, многогранность клинических проявлений tbc инфекции, от галлопирующей чахотки старых авторов до хронических форм доброкачественного легочного tbc, создает большие трудности для клинициста в его повседневной работе. И врач у постели больного, индивидуализируя случай, все же ищет в нем те общие черты, которые объединяют сходные между собой группы больных. Это дает ему возможность, пользуясь той или другой схемой, несколько облегчить свою сложную работу по выявлению и дифференцировке tbc материала. Если к этому прибавить необходимость установки общего языка для научных и общественных целей (массовые обследования, изучение влияния профессии на tbc, статистическая обработка материалов туберкулезных учреждений, выяснение вопросов трудоспособности, посылки в санатории и т. д.),—то потребность в единой классификации tbc явится неоспоримой. Каковы же основные требования, которым должна удовлетворять классификация туберкулеза?

По мнению покойного проф. А. Я. Штернберга, классификация прежде всего должна быть краткой и несложной, удобной для практических и статистических целей. Она должна быть технически доступной врачу со средним опытом и настолько проста, чтобы он мог ею пользоваться без сложных подсобных методов, и, наконец, всякая схема должна, в соответствии с современными представлениями о tbc, отображать не только статику, но и динамику процесса, ибо врачу в оценке состояния больного, особенно важно учесть соотношение сил, сопротивляемость организма в данный момент, не ограничиваясь, правда, простой, но мало говорящей формулой „туберкулез легких“. Удовлетворяют ли этим требованиям существующие многочисленные классификации легочного tbc?

Остановимся на наиболее принятых схемах. Из них наибольшее распространение получила старая классификация Turban'a, дополненная впоследствии Gergard'ом. В основу ее положены анатомические изменения и распространенность их, которые и должны отобразить характер и отчасти прогноз данного процесса, руководствуясь формулой: „чем обширнее анатомические изменения, тем дальше зашла болезнь и тем хуже прогноз“. Простота и доступность этой схемы с ее общеизвест-

¹⁾ Доклад в Туб. Секции О-ва врачей Каз. гос. ун-та 13/X 28 и в Научном Собрании врачей ин-та для усоверш. врачей 23/X 28 г.

ными делениями на три стадии сделали ее в свое время наиболее распространенной и она была принята IV Международным Конгрессом по туберкулезу.

Но наряду с достоинствами необходимо все же указать, что она отображает лишь статику процесса, и мы хорошо знаем, что два рядом лежащих больных с одинаковыми по обширности поражениями не всегда дают одинаковый прогноз и течение болезни. В этой классификации не учитывается весьма важный фактор—сопротивляемость организма, степень нейтрализации организмом интоксикации; она не отображает иммуно-биологических соотношений сил организма и не дает, таким образом, представления о динамике процесса. Если к этому прибавить, что Turban-Gergard'овская классификация исходит из взглядов старых авторов на исключительное значение верхушки легких и связывает характеристику стадий с распространением процесса от верхушки, то в связи с ревизией взглядов на патогенез и течение легочного тbc (Assman, Redeker, Brouning) станет вполне понятным неудовлетворенность этой простой классификацией и стремление внести в нее дополнения и исправления в соответствии с новейшими теориями генеза легочного туберкулеза.

Переходя к классификации с чисто-анатомической характеристикой процесса, укажем, что Aschoff-Albrecht пытались вернуть нас обратно к дуалистическим взглядам Virchow'a. Aschoff исходит не из распространенности процесса, но из его анатомического характера, связывая патолого-анатомический субстрат с определенным клиническим течением и прогнозом данного случая. Для продуктивного процесса характерно доброкачественное течение, экссудативного—злокачественное течение тbc процесса. Эта схема была быстро воспринята широкими врачебными кругами и казалось, что найден, наконец, правильный принцип в разрешении этой проблемы. Однако, клинический и патолого-анатомический опыт показал, что эта схема весьма искусственна, что в действительности мы не встречаем чистых *экссудативных* и чистых *продуктивных* форм; отсюда следует компромиссное предложение о „преимущественно продуктивных“ и „преимущественно экссудативных“ формах легочного тbc. Далее оказалось, что клинические наблюдения не подтвердили предположения Aschoff'a и его школы о доброкачественности продуктивных форм и злокачественном течении экссудативных процессов.

Этот вопрос получил освещение и на IV Всесоюзном Туберкулезном Съезде в 1928 году, где из сообщения школы проф. Воробьева было видно, что нельзя связывать ту или другую качественную форму тbc с определенным течением и прогнозом болезни. Жизнь нередко дает обратные соотношения—благоприятное течение экссудативных процессов и обратное их развитие и злокачественное течение чистых продуктивных форм. Отсюда Варрик (на основании клинических и патолого-анатомических данных Тубинститута Наркомздрава) рекомендует вовсе отказаться от анатомической характеристики процесса, как „недоступной и не научной“. Если вспомнить основное возражение патолого-анатомов, что самый принцип разделения на пролиферативный и экссудативный процесс неправилен, ибо все туберкулезные поражения имеют воспалительный характер и гистологическая картина бугорка носит все особен-

ности воспалительного образования, то станет ясным, что чисто патолого-анатомические схемы Aschoff-Albrecht'a, Nico'l'a и друг. не могли удовлетворить практического врача, они не удовлетворяют и клинициста. Это усугубляется еще тем, что эта характеристика тbc процессов требует обязательного рентгеновского исследования, что не всегда доступно рядовому врачу.

Шагом назад была новая классификация Turban'a, предложенная им в 1924 году. Она потеряла свою основную ценность—простоту и доступность. Turban ввел в эту схему деления по стадиям Ranke и патолого-анатомическую характеристику по Albrecht'u. Она оказалась перегруженной многими клиническими симптомами—характеристика температурной кривой, реакции иммунитета и т. д., и поэтому вполне понятно, что эта новая осложненная классификация Turban'a не могла получить широкого распространения. Не останавливаясь на других классификациях (Backmeister, Neumann-Bard'a и др.), перейдем к опыту работы нашей противотуберкулезной организации.

С первых же шагов возникновения ее была признана необходимость единой классификации легочного туберкулеза, что получило свое выражение на I Всероссийском туберкулезном съезде в 1922 г. в Ленинграде, где произошла первая встреча фтизиатров, положивших начало огромного дела борьбы с туберкулезом в СССР. Через год II Съезд в Москве принял единую обязательную классификацию, как рабочую схему для наших туберкулезных учреждений. Этой схемой мы и пользовались до настоящего времени. IV Всесоюзный туберкулезный Съезд в Тифлисе, в сентябре 1928 г., принял новую характеристику туберкулезных заболеваний. Но прежде, чем перейти к разбору новой характеристики, мы считаем необходимым остановиться на классификации II Съезда.

Классификация легочного туберкулеза II Съезда (1923 г.).

Основная классификация:

- | | |
|--|---|
| а) Функциональная характеристика.
Условные обозначения.
А. Туберкулез компенсированный.
В. » субкомпенсированный.
С. » декомпенсированный. | б) Анатомическая характеристика ¹⁾ .
Условные обозначения
I ст. } Локализация процесса, как
II ст. } у Turban'a.
III ст. } |
|--|---|

Примеры условных обозначений: А I, В I, С I, А II, В II, С II, А III, В III, С III.
 ВК—Бациллы Koch'a, Н—наклонность к кровохарканию.

Факультативные дополнения.

- | | |
|--|---|
| а) К характеристике функционального течения процесса (в добавление к обозначениям А, В и С).
Состояние процесса:
Прогрессирующее,
стойкое,
затихающее. | б) К анатомической характеристике процесса (в добавление к обозначениям I, II и III).
Процесс фиброзный,
» продуктивный,
» эксудативный. |
|--|---|

¹⁾ *Примечание:* I стадий—нерезкое поражение (легкое притупление, выдох, мелкие хрипы) участка одной доли (не переходящее ключицы или лопаточной оси при верхушечных поражениях).

II стадий—нерезкое уплотнение целой доли или более значительное уплотнение—но не распространенное на целую долю.

III стадий—значительное уплотнение целой доли или больше или признаки каверны при нераспространенном процессе.

Как видно из этой схемы, основное отличие от ранее предложенных схем заключается в том, что в ней впервые дана характеристика не только анатомической распространенности и интенсивности специфических изменений (Turban), т. е. его *статика*, но дана оценка общей реакции организма и степень его *компенсации* в данный момент, т. е. *динамика* процесса.

Что же мы подразумеваем под компенсацией (А)? Полное сохранение трудоспособности при нормальной температуре без выраженных проявлений токсэмии (потов, знобов, диспептических явлений и пр.) при стойком весе больного и отсутствии одышки и тахикардии в степени, препятствующей профессиональному труду. О субкомпенсации (В) мы говорим тогда, когда у больного появляется повышенная температура от 37—38° не только в состоянии покоя, но и при физических напряжениях, понижение работоспособности, явления интоксикации, тахикардия, одышка, потеря в весе, быстрая утомляемость и т. д. Когда организм истощен неравной борьбой и уже не в состоянии противостоять туберкулезной инфекции, в виду отказа своих иммунно-биологических сил нейтрализовать явления токсэмии, мы говорим о наступлении декомпенсации (С). Она характеризуется значительной потерей трудоспособности, повышением температуры выше 38°, появлением выраженных симптомов интоксикации (изнуряющие поты, знобы, резкая слабость, нарушение функции кишечника и т. д.), резкой тахикардией и одышкой даже в покойном положении больного и, наконец, прогрессирующим падением веса тела.

Вполне понятно, что в эту схематическую характеристику нельзя точно уложить все случаи легочного tbc; кроме того не следует представлять себе дело так, что лишь наличие всех симптомов позволяет относить больного к той или иной степени компенсации процесса. Здесь необходима строгая индивидуализация случая, и дело врача при учете всех данных решить, в какую группу отнести больного. Не останавливаясь на функциональной (необязательной) части этой классификации, укажем, что она мало применялась в практической работе наших туберкулезных учреждений. Вскоре после Съезда жизнь заставила внести коррективы в эту схему, что получило свое выражение в объяснительной записке к классификации II Съезда, составленной А. Я. Штернбергом (см. Вопросы Туб., № 4, 1925), введением группы практически здоровых.

IV Всесоюзный Съезд в Тифлисе, уделивший много внимания вопросу классификации tbc, на основании учета четырехлетнего применения классиф. II Съезда пришел к выводу, что эта схема оказалась жизненной и сыграла положительную роль в создании единого понимания туберкулеза. Но наряду с этим в классификации II Съезда мы имеем ряд существенных недочетов: 1) классификация II Съезда не заменяет научную классификацию и имеет, главным образом, практическо-статистическое значение. Это заставило ряд Институтов и других учреждений, наряду с этой официальной схемой, пользоваться более подробными схемами; 2) классификация создала разрыв с педиатрами, благодаря отсутствию в ней характеристики детского tbc; 3) и, что особенно важно, классификация охватила лишь хронические формы легочного tbc взрослых, оставляя в стороне все многогранные проявления tbc инфекции и,

наконец, 4) классификация не поставила препятствий для регистрации очень большой группы практически-здоровых и I A, что и повело к загрузке диспансеров больными, не подлежащими их попечению и наблюдению. Наряду с этими недостатками выяснилось, что и эта простая схема встречает затруднения в практическом применении и, главным образом, в оценке степени компенсации, так как врач не всегда может дифференцировать случай и отнести его к строго определенной группе А или В. Это вызвало необходимость введения переходных групп $A-B_1$, $\frac{A}{B}$, B_1 (ближе к А), B_2 (ближе к В—субкомпенсации). Кроме того, срок наблюдения в 2 года для перевода больного в группу „практически здоровый“ слишком велик, ибо раз присланный больной с компенсированным тbc ложится в течение продолжительного времени (2 года) бременем на туберкулезный диспансер.

Немало сомнений у практического врача вызвала и патолого-анатомическая часть классификации. Руководствуясь Turban-Gergard'овской схемой оказалось невозможным обозначать многие начальные формы тbc легких: процессы паравертебральные, у корня легких, другие верхушечные поражения и т. д., а, вместе с тем, и подключичные инфильтративные процессы, занявшие теперь такое видное место в генезе легочного тbc. Вот почему IV Съезд, учитывая положительные стороны старой классификации и жизнеспособность заложенных в ней принципов, счел необходимым дополнить ее в соответствии с современными взглядами на патогенез тbc и теми коррективами, которые внес четырехлетний опыт применения классификации II Съезда в Союзе. Таким образом Съездом была принята следующая схема:

Классификация тbc заболеваний¹⁾.

(Схема IV Тубсъезда).

Основная характеристика (обязательная).

Процесс неактивный, заглушенный (практически здоровые).
Активный процесс.

I. Общая характеристика предыдущего течения болезни.

Процесс прогрессирующий (остро,—подостро,—хронический), непрогрессирующий (стационарный), затихающий.

II. Общая реакция организма.

- A. Процесс компенсированный
- B. » субкомпенсированный
- C. » декомпенсированный.

III. Локализация анатомических процессов.

а) Легочной процесс.

I. Распространенность и интенсивность процесса.

Правое и левое легкое обозначаются отдельно; для общей характеристики анатомического процесса принимается наиболее пораженная сторона.

Для локализации пораженных участков каждое легкое делится спереди на три поля: верхнее—до 2 ребра, среднее—от 2 до 4 ребра, нижнее—ниже четвертого ребра.

Задние границы—на уровне горизонтальных сечений, проведенных через передние границы.

¹⁾ Постановлением IV Туберкулезного Съезда новой классификации присвоено имя проф. А. Я. Штернберга.

Стадий I. Нерезкое поражение (диссеминированные очаги) небольшого участка, не более половины какого-либо поля легкого.

Стадий II. Нерезкое поражение, больше чем I стад., но не превышающее одно поле легкого или тяжелые поражения (массивное уплотнение) не более половины одного поля.

Стадий III. Все более II стад.

2. Каверны (Кв.).

3. Вациллы Кош'а в мокроте (ВК).

б) *Внелегочные процессы.*

1) Поражение гортани и верхних дыхательных путей.

2) » лимфатических желез (внутренних и периферических).

3) » серозных оболочек.

4) » пищеварительного тракта.

5) » костей и суставов.

6) » мозговых оболочек.

7) » других органов.

в) *Общий миллиарный тbc.*

IV. Процесс с отсутствием ясной локализации (только у детей).

1) Аллергия без общих расстройств (практически здоровые).

2) Хроническая тbc интоксикация.

Факультативная характеристика (не обязательна).

I. Патолого-анатомический характер легочного процесса.

Процесс фиброзный (цирротический), продуктивный, экссудативный, инфильтративные формы, миллиарный легочный тbc.

II. Характеристика по типам Ранке.

1) Форма первичного аффекта (Р I).

2) » генерализация инфекции (Р II).

3) » изолированного поражения органов (Р III).

Приведенная характеристика туберкулезных заболеваний, как рабочая схема, является обязательной для практического применения в нашей повседневной работе и потому она требует детализации и подробного анализа, как ею должен пользоваться практический врач.

Прежде всего мы должны подчеркнуть, что в этой несколько осложненной схеме сохранены полностью принципы, положенные в основу классификации II Съезда. Анатомическая характеристика и оценка общей реакции организма составляют ее фундамент и последним (степень компенсации) она продолжает отличаться от всех ранее предложенных схем. Оценка функционального состояния организма получила общее признание не только у нас в Союзе, но начинает включаться в некоторые западно-европейские и американские классификации.

Новая классификация также состоит из 2 частей: основной обязательной и факультативной (необязательной). Обязательная часть в отличие от старой классификации дополнена характеристикой активности процесса с подразделением на активные и неактивные, заглохшие тbc процессы, так назыв. практически здоровые. Важность этого дополнения следует из всего опыта работы наших диспансеров. Ибо, несмотря на районирование и направление больных в диспансеры через общие амбулатории (принцип „закрытых дверей“), оказалось, что на учете диспансеров находятся в значительном количестве и не тbc больные или же тbc больные, не подлежащие попечению диспансеров (главным образом практически здоровые и I A). По данным, приведенным на IV Съезде, оказалось, что % не тbc больных в диспансерах колеблется от 25—75%(!), а из числа диагностированных (тbc), находящихся на учете диспансеров

к группе I A относятся около 40—50% тbc больных (!). Эти цифры слишком много говорят, чтобы пройти мимо них, и жизнь наших туберкулезных учреждений требует внесения определенных коррективов, ибо эти тысячи „практически здоровых“ являются балластом и загружают диспансеры лечебной работой, отвлекая силы и внимание от тяжелых и от открытых форм тbc и от очагов распространения заразы.

Вот почему введение этой группы практически здоровых дает возможность приступить к выписке этих „больных“ из диспансеров и передаче их под наблюдение общих амбулаторий.

Какие же больные могут быть отнесены к практически здоровым? Все больные с диагнозом I, II A, не дающие обострения своего тbc процесса в течение двух лет, причем срок может быть сокращен врачом до года. Необходимо указать, что к практически здоровым мы должны относить лишь таких больных, у которых раньше был туберкулез, успешно излечившийся или же протекший абортивно, но не давший в течение продолжительного срока (1—2 года) указаний на обострение его и заглохший к моменту перевода больного в группу „пр. зд.“. В установлении группы практически здоровых огромное значение имеет длительное диспансерное наблюдение и тщательно собранный анамнез. Помимо этого, учет степени нарушения сопротивляемости организма, сохранение полной трудоспособности и устойчивости его (плюс дополнительные исследования (рентген, лабораторные методы и т. д.) дают врачу перевести больного в группу практически здоровых и выписать его из диспансера. Не следует забывать, что в каждом отдельном случае необходимо учесть ряд жалоб неврастенического характера, далее случайные сопутствующие тbc заболевания, как-то—заболевания носоглотки, половой сферы, малярия (последняя особенно важна в наших условиях), метатуберкулезные изменения (так, например, одышка, сердцебиение при смещении сосудов средостения при уже давно законченном и заглохшем фиброзном процессе, или обезображивание сустава после зажившего тbc костей и т. д.). Все эти моменты не могут служить препятствием к переводу больного в эту группу практически здоровых. Практически важно при этом предупредить больного, что отнесением его к практически здоровым и, как вывод отсюда, выписки из диспансера, не означает гарантии от возможной реинфекции или обострения старого заглохшего процесса. Больной должен знать, при каких обстоятельствах он может и должен вернуться под наблюдение специального лечебно-профилактического учреждения (диспансера). Это предупреждение необходимо во избежание ущерба авторитета врача, когда больной, признанный практически здоровым, вернется к тому же врачу через некоторое время с кровохарканием и обострением старого процесса. В группу практически здоровых не могут быть переведены бациллоносители и больные с III ст. даже при длительном сохранении ими компенсации.

Практическое значение при оценке случая имеет характеристика предыдущего течения болезни, которая из факультативной части классиф. II Съезда перенесена в обязательную часть новой схемы. Важно усвоить, что термины „прогрессирующий, непрогрессирующий, затихающий“, в отличие от сходной терминологии Вackmeister'a, относятся не к status praesens и ближайшему анамнезу, а характеризует все прошлое течение тbc процесса у больного. Об этом необходимо твердо договориться

во избежание недоразумений. Для этой характеристики врач руководствуется: 1) *анамнезом*, выясняя у больного степень и продолжительность нарушения компенсации, понижение его работоспособности и учащение перерывов в его обычной работе, повышение температуры, кровохарканье, ночные поты и т. д.. Здесь также необходимо критическое отношение врача и учет влияния других заболеваний на течение тbc процесса; 2) *характером анатомического процесса*, его течение по наблюдению врача. Термины: остро, подостро, хронически обозначают быстроту развития процесса, а не тяжесть клинических явлений. Введение характеристики предыдущего течения болезни осложняет схему и не во всех случаях врач сумеет дать ответ на этот вопрос. Вот почему надо полагать, что эта характеристика на первое время войдет в обиход окрепших туберкулезных учреждений, имеющих возможность длительного наблюдения за больным. Следует с определенностью подчеркнуть, что это дополнение практически целесообразно в повседневной работе врача. Так, например, посылая больного во Врачебно-Контрольную Комиссию и ограничиваясь диагнозом III В, мы даем оценку состояния организма в данный момент. Но мы хорошо знаем, что под III В можно подразумевать самые разнообразные клинические проявления тbc и нередко противоположный прогноз, а отсюда и различные терапевтические вмешательства. Прибавка к диагнозу III В характеристики „прогрессирующий, подостро“, или „непрессирующий, затихающий“ укажет ВКК на большое различие этих двух больных, относящихся к одной стадии III. И если в первом случае встанет вопрос о снятии с работы, пенсии, больничном лечении, второй больной будет подлежать санаторному лечению, временному отпуску с надеждой на возвращение к работе и т. д. Таким образом ориентировка в каждом случае будет безусловно облегчена, тем более, что этим термином мы будем оценивать длительный период предыдущего течения тbc процесса—*прошлое* больного. Характеристику же „текущего момента“ мы получаем в оценке общей реакции организма, руководствуясь обозначениями А, В, С.

При оценке компенсации необходимо помнить, что она относится ко всему организму в целом, она отображает реакцию на внедрившуюся инфекцию со стороны всего организма, а не одного какого-нибудь органа. Вот почему понятие компенсации относится не только к легочному, но и внелегочным тbc и к процессам с отсутствием ясной локализации. Эта характеристика не зависит от стадий по Tugba'n'u и не всегда совпадает с понятиями прогрессирующий, непрессирующий и затихающий. Так, например, характеристика процесса „III А подостро прогрессирующий“ не будет противоречием, ибо А, оценивая сопротивляемость организма в момент исследования больного, указывает на нейтрализацию его токсэмии, но, вместе с тем, характеристика длительного предыдущего течения может с определенностью говорить за медленное, но все же прогрессирующее течение специфического процесса.

В отношении межучочных групп А—В, $\frac{A}{B}$ было внесено на Съезде предложение расчлнить группу В на В₁ (ближе к А) и В₂ (ближе к субкомпенсации В). Однако, не желая еще более осложнять новую схему, Съезд поручил специальной комиссии разработать в деталях этот вопрос. Повидимому, жизнь потребует этого корректива, и межучочные группы будут введены в той или другой форме.

Распространенность и интенсивность легочного процесса являются критериями, на основании которых мы относим данный процесс к стадиям по Turban'у. В новой классификации сохранена характеристика интенсивности процесса, определяющаяся следующими признаками по международной схеме: „за легкие поражения принимаются диссеминированные очаги, дающие небольшое притупление, нечистое, жесткое дыхание, ослабленное везикулярное, везико-бронхиальное до бронхо-везикулярного дыхания и мелкие до средних хрипы.—Тяжелое поражение: массивные уплотнения, дающие резкое притупление, сильно ослабленное (неопределенное) бронховезикулярное до бронхиального дыхания, с хрипами или без них. Значительные полости дают тимпанический перкуторный тон, амфорическое дыхание, распространенные более грубые, звонкие хрипы и пр.“ (цитир. по Воробьеву).

При оценке массивного уплотнения, характеризующегося резким притуплением, надо иметь в виду зависимость интенсивности перкуторных данных от плевральных наложений, наличия экссудата, развития мышц и т. д. Рентгеновский метод исследования при распознавании этих уплотнений имеет большое значение, ибо он дает представление о величине очагов, сливающихся между собой или расположенных близко друг к другу, дающих картину массивного уплотнения с бронхиальным дыханием, влажными хрипами и т. д. Ценность рентгеновского исследования особенно велика при распознавании милиарного tbc, гематогенной диссеминации, перифокального воспаления и нередко для распознаний так наз. „немых“ каверн.

Что касается деления на стадии, то новая кл. вносит ряд поправок к Turban-Gergard'овской схеме: 1) доли заменены полями, как в рентгенологии, и необходимо различать три поля—верхнее до 2-го ребра, среднее от 2—4 р. и нижнее—все, что ниже 4 р.; 2) деление на стадии в новой кл. не связано с поражением определенной части легкого, следовательно, та или иная стадия будет присвоена больному в зависимости от интенсивности процесса и распространенности его, будь то верхнее, среднее или нижнее поле. Следовательно, нерезкое поражение среднего поля или нижнего, занимающее менее половины его, мы будем относить к I стадии, в то время как практически врачем обычно мыслится, что все, связанное с поражением ниже ключицы или 2 р., относится уже ко II или III ст.. Далее отметим, что небольшие поражения двух разных полей одного и того же легкого относятся ко II ст., а не к III. Это особенно необходимо подчеркнуть, ибо практически всякое поражение, выходящее за пределы одной доли, относилось уже к III ст. Паравертебральные нерезкие поражения, связанные с одним полем, будут относиться к I ст. В отношении каверн докладчиком по вопросу о классификации д-ром Хольцманом было внесено предложение о необходимости дифференцировать туб. процессы с наличием полостей не в зависимости от размеров или даже множественности их, перевода механически всякого больного с каверной к III ст. Каверны могут быть, по его мнению, во всех стадиях и они характеризуют лишь тяжесть процесса и должны фиксировать внимание врача на необходимости длительного и тщательного наблюдения за больным и опасностью его для окружающих (тщательное диспансерное наблюдение). Съезд, однако, с этим предложением не согласился и все случаи каверн по новой кл. должны быть

отнесены к III ст., и это вполне понятно и правильно, ибо отнесением кавернозного случая при нерезком поражении менее половины одного поля к I ст. вызвало бы в практике не мало недоуменных вопросов. Наличие распада легочной ткани, даже в благоприятно протекающих случаях, все же указывает на тяжесть процесса и составляет постоянную угрозу для больного, отчасти предопределяет прогноз и, главное, социальную профилактику. Кроме того, надо полагать, что, пользуясь новой классификацией, врач не ограничится одним обозначением „III кав.“, а даст характеристику и предыдущего течения болезни и степени компенсации, а такая подробная характеристика болезненного процесса не поведет к переоценке значения каверны, а в каждом отдельном случае отведет ей соответствующее место в оценке тbc процесса в целом. Далее не мало затруднений испытывает врач, когда перед ним находится больной с пнеймотораксом. В случаях, когда он был под наблюдением до наложения пн., больной будет отнесен к той стадии, какая была у него диагностирована до этого терапевтического вмешательства, у больных же, поступивших под наблюдение уже с искусственным пнеймотораксом отмечается лишь „иск. пнеймоторакс“ и А. В. С. без обозначения стадий.

Характеристика распространенности и интенсивности процесса обозначается отдельно для каждого легкого, при двухсторонних процессах для общей оценки служит наиболее пораженная сторона, причем обозначение сторон производится в виде дроби: числитель—правое, знаменатель—левое легкое (пример: $\frac{III}{I}$ —общая оценка III).

Внелегочные процессы обозначаются отдельно вслед за характеристикой легочного заболевания. Нужно лишь указать, что при этом степень компенсации ABC характеризует общую реакцию организма независимо от локализации тbc инфекции и ее патолого-анатомического субстрата. Не вдаваясь в оценку терминологии „аллергия“, тbc интоксикация, укажем, что внесением в классификацию процессов без ясной локализации, сделана попытка заполнить брешь между фтизиатрами и педиатрами. Новая классификация пытается охватить и детский тbc, что является, конечно, шагом вперед, на что указали такие авторитетные педиатры, как Кисель и Мочан. В эту характеристику введены две группы—аллергия и хроническая тbc интоксикация. Под термином аллергия (st. allergicus) подразумевается наличие положительной р. Pirquet без каких бы то ни было общих и местных расстройств тbc происхождения, т. е. практически здоровые дети¹⁾. При наличии общих расстройств тbc характера на основании оценки всех данных анамнеза, общего состояния ребенка, данных рентгена и лабораторных исследований—больной уже будет относиться к группе хронической тbc интоксикации. Последняя в свою очередь в зависимости от тяжести функциональных расстройств делится на 2 степени: более легкую (levis J₁) и более тяжелую (gravis J₂). Что касается группы тbc детей с локальными симптомами, то таковые должны быть отнесены к соответствующей характеристике новой схемы. Окончательное разрешение этого сложного вопроса и практическое применение новой классификации в отношении детского тbc потребует более детальной проработки и соответствующей инструкции, на что имеется постановление IV Съезда.

¹⁾ См. указ. литературы, № 10.

В необязательную часть классиф. входит патолого-анатомическая характеристика легочного процесса и характеристика по формам Рапке. Нужно сказать, что в отношении этой факультативной части схемы существуют различные мнения. Наряду с предложениями вовсе изъять ее из классификации, как загромождающую и недоступную не только для практического врача, но и в условиях клиники, где всеми имеющимися в нашем распоряжении методами мы все же не можем разрешить вопрос с каким патолого-анатомическим субстратом мы имеем дело. Более того, мы нередко видим, что патолого-анатом на аутопсии не всегда может с определенностью высказаться, где кончается продуктивный и где начинается экссудативный процесс и лишь микроскопическое исследование решает пат.-анатомический характер процесса. А так как *in vivo* нам пока такие тонкие методы, заменяющие гистологические исследования, не даны, то сторонники этих взглядов требуют полного изъятия патол.-анат. характеристики из схемы. С другой стороны, признавая в основном правильным невозможность доступными нам методами заменить гистологические исследования, указывают, что все же правильное толкование клинического течения тbc процесса, рентгеновского исследования и т. д. дает нам право говорить о тенденции, о превалировании того или другого пат.-анатом. процесса, что имеет немаловажное значение для прогноза, а потому и предлагается эту характеристику включить даже в обязательную часть схемы. Так как по этому вопросу нет единого мнения, Съезд решил пат.-анатом. оценку тbc процесса сохранить в факультативной схеме и, таким образом, дать возможность сторонникам необходимости ее сохранения пользоваться ею в своей практической работе.

Введение делений по стадиям Рапке встречает значительное сопротивление и это вполне понятно. Несмотря на все достоинство этой теории, так стройно объясняющей нам сущность и развитие тbc инфекции, все-же единого признания она не получила и подвергается не малой критике и ревизии. Если к этому прибавить трудность дифференцировки II и III ст., то станут понятными и опасения, которые высказывались и на Съезде, что она лишь осложнит схему. Можно с уверенностью сказать, что практический врач в своей повседневной работе вряд ли будет пользоваться этим делением и ограничится обязательной частью характеристики.

Новая классификация туберкулеза в основном отличается от старой схемы. В ней мы впервые находим характеристику тbc процесса, как заболевания всего организма, не ограничиваясь только хронической формой легочного тbc, как это было раньше. Используя огромный опыт туберкулезной организации Союза, она сохранила основные принципы классификации II Съезда и внесла коррективы и дополнения, дающие возможность более полной оценки состояния больного, его прогноз и отсюда и терапия. Но наряду с этим надо отметить и некоторые недостатки ее: неправильно понятая, она может создать впечатление чрезмерно сложной и недоступной практическому врачу. Это отчасти и послужило поводом говорить на Съезде о возможности разрыва между терапевтом и фтизиатром. Можно, однако, с определенностью утверждать, что это не произойдет—залогом будет служить то, что основные принципы классификации II Съезда сохранены, а они более или менее усвоены уже практическим врачом.

Литература. 1) Альперин. *Вопр. Туберк.*, 1928, № 7—8.— 2) Бакмейстер. *Болезни легких.*—3) Берлин П. Ю. *Вопр. Туберк.*, 1923, № 3—4.—4) Варрик. *Качественно-анатомическая диагностика в клинике легочного туберкулеза.*—Доклад на IV Всесоюзном туб. съезде 1928 г.—5) Воробьев В. А. К оценке принятой в СССР классификации легочных форм тbc. — Тезисы IV Туб. съезда 1928 г.—6) Карпиловский. *Очерки по классификации тbc легких.* 1925.—7) Кернер Ю. *Вопр. Туб.*, 1928, № 7—8.—8) Майман. *Ibid.*—9) Нейман. *Клиника легочного туберкулеза*, ч. II.—10) Объяснительная записка к схеме группировки детей в отношении тbc. *Вопр. Туберк.*, 1926, № 3.—11) Отчет о II Всесоюзном туберкулезном съезде в Москве. *Вопр. Туберк.*, 1923, № 2.—12) III Всесоюзный съезд по борьбе с тbc. *Вопр. Туберк.* 1924, № 5—6.—13) Трофимов. *Вопр. Туберк.*, 1928, № 7—8.—14) Turban. *Zeitschr. f. tbc.* 1924, Bd. 40, N. 6—15) Хольцман В. С. Программный доклад на IV Всесоюзном туберкулезном съезде в Тифлисе, 1928.—16) Черняк. *Вопр. Туберк.*, 1928, № 7—8.—17) Фурман. *Ibid.*—18) Штернберг А. Я. *Вопр. Туберк.*, 1925, № 4.

Прения по докладу в Научн. собрании врачей Гос. ин-та для усов. врач. им. В. И. Ленина 13/XI—28 г. *).

Проф. Е. М. Лепский. Основное достоинство старой классификации было в ее простоте; но в этом была и опасность схематизации; было бы лучше, если бы врач, вместо обозначения, вроде „2В“, описал бы кратко, что он нашел; но практические работники, которые должны в течение одного приема пропустить много больных, наверно, с этим не согласятся. Основной недостаток старой классификации был в делении на стадии, основанном на неправильном предположении, будто развитие туберкулезного процесса связано с определенной локализацией сначала в верхушках, а потом ниже. Для педиатров такое деление всегда было неприемлемо, теперь же оно стало неприемлемо и для терапевтов. Вторым недостатком было невключение других форм тbc, кроме хронического тbc легких. Новая классификация потеряла простоту старой, но сохранила ее деление на стадии; это понятие и у врачей, а особенно у больных, связывается с представлением о тяжести случая, что ведет к бесчисленным недоразумениям. Лучше было бы, не говоря о стадиях, указать локализацию. Введение обозначений процесса по Бакмейстеру, как прогрессирующего, загнивающего или стационарного при сохранении характеристики по Штернбергу, как компенсированного, суб—или декомпенсированного также поведет к недоразумениям в виду близости понятий, обозначаемых этими двумя рядами определений. Наибольшие сомнения вызывает четвертый раздел: о процессе с отсутствием ясной локализации. При наличии туберкулеза почти всегда можно указать локализацию, хотя бы предположительно; если же и тщательные поиски не обнаруживают никакой локализации, то не может быть уверенности в том, что болезненное состояние вызвано именно туберкулезной инфекцией. Включение в классификацию такого термина, как „процесс с отсутствием ясной локализации“, узаконяет незаконченные диагнозы вместо того, чтобы побуждать к уточнению их. Такие неопределенные диагнозы, правда, пользуются популярностью среди врачей; но опыт показывает, что многие из детей, идущих в амбулаториях под диагнозом „туберкулезная интоксикация“, оказываются при более подробном исследовании либо вообще здоровыми, но конституционально худыми детьми, либо страдающими анорексией не в связи с туберкулезом, а от других причин (чаще всего в результате неправильных воспитательных воздействий со стороны окружающих), либо больны малярией и т. п. Включение группы „аллергия“ без более точного указания отношения больного к туберкулину вряд ли целесообразно. Важнее было бы отмечать случаи с отрицательной анергией. Весь раздел о процессе с отсут-

*) По докладом, представляющим актуальный, особенно общественный интерес, краткие прения редакция считает целесообразным помещать тотчас же за докладом.
Редакционная коллегия.

ствием „ясной локализации“ введен в классификацию для педиатров. Но туберкулезный процесс один и тот же у взрослых и у детей; только формы, встречающиеся часто у взрослых, редко наблюдаются у детей и наоборот: проявления обычные у детей, редко встречаются у взрослых. Поэтому после того, как в классификацию введены острые формы и экстрапульмональная локализация, нет необходимости в таком специальном „детском“ отделе. К преимуществам новой классификации по сравнению со старой, надо отнести то, что она охватывает все проявления туберкулеза, а не только хронический тbc легких, и то, что давая более подробную характеристику случая, она меньше позволяет схематизировать диагнозы.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль. В новой схеме имеется старая система с добавлением классификации по Backmeister'у. Поэтому излишни обозначения А. В. С., тем более, что это не относится к общим реакциям организма. Относительно локализации по полям, проведенным по аналогии с рентгеновскими полями—нельзя ввести рентгеновские представления в систему перкуссии и аускультации. Лучше придерживаться известных всем клиницистам границ долей справа и слева. Верхушку и область hilus'ов можно обозначать отдельно. Этим станет излишним обозначение „стадий“, которое без рентгена немислимо. Для характеристики анатомического процесса почему-то берется наиболее пораженное легкое. Это не биологически, так как более пораженное легкое может иметь продуктивную тенденцию, а менее пораженное место—остро или подостро прогрессирующий процесс. Непонятно также, почему поражения сосудов не включены в отделе 3б. Понятие туберкулезной интоксикации не отвечает нашим иммунобиологическим представлениям. Туберкулезных токсинов, как таковых, нет. Если под этим понимать sepsis acutissima, то она сопровождается отрицательной анэргией.

Д-р М. П. Мастбаум. Классификация, предложенная IV Съездом громадка. Едва ли возможно ею пользоваться полностью, но первые три пункта укрепятся в практике. Общая характеристика процесса, введенная как обязательный пункт, является, несомненно, ценной частью классификации. Понятие о компенсации охватывает текущий момент, общая характеристика предыдущего периода болезни рассматривает все течение процесса в целом, его тенденцию. Отсюда процесс может быть в разрезе всей болезни прогрессирующим, но в данный момент компенсированным. В некоторых случаях эти пункты совпадают. Например, компенсированный—стационарный и т. д. Деление на поля есть, безусловно, шаг вперед. Что касается факультативной характеристики, то надо определенно сказать, что включение характеристики форм по Ринке совершенно непригодно для классификации; обострение туберкулезного процесса в 3-м периоде может протекать клинически с явлениями, свойственными 2-му периоду. Необходимо помнить, что исследующий больного врач очень далек от истинного представления происходящего в ткани патологического процесса; ближе к истине стоит рентгенолог, еще ближе—патологоанатом. Истину знает и видит только гистолог, ибо процессы, микроскопически импонирующие, как продуктивные, при гистологическом исследовании оказываются преимущественно экссудативными (Curschmann). Экссудативные процессы нередко протекают даже у взрослых доброкачественно, а продуктивные злокачественно. Если нет в патолого-анатомическом диагнозе элемента прогноза, то отпадает необходимость стремления к точной анатомической диагностике.

Д-р П. В. Дезидерьев. Преимущество новой классификации, принятой IV Туберкулезным Съездом безусловно. Она сохраняет основные элементы прежней: 1) деление на стадии и 2) деление туберкулезных больных по их работоспособности (Штернберг). С другой стороны на основании данных анамнеза и на основании течения болезни, она дает возможность решить вопрос о характере туберкулезного процесса: нарастающем, затихающем, заглушем или стойком (Бакмейстер). Новая классификация дает возможность устанавливать прогноз на более или менее отдаленный промежуток времени.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль видит тавтологию в обозначении—компенсированный туберкулез и предлагает отказаться от одного из видов обозначения. С ним нельзя согласиться. Туберкулез может быть компенсированным в данный момент и прогрессирующим во времени. Нельзя согласиться и с проф. Е. М. Лепским, который не считает необходимым вообще классификацию туберкулеза и при взаимоотношениях с учреждениями придерживаться описательной части. Однако, по мнению оппонента, одинаковые данные перкуссии и аускультации у двух больных нередко не дают права поставить одинаковый прогноз. Один из этих больных подлежит лечению в больнице, другой в санатории. Новая классификация облегчает работу диспансерного врача, работника врачебной комиссии при решении целого ряда вопросов: 1) о длительности отпуска, 2) о переводе на пенсию, 3) о назначе-

нии в лечебные учреждения (больница, санаторий и т. д.). Новая классификация позволит углубить материал туберкулезных учреждений при статистической обработке.

Д-р А. А. Кулагин указывает, что прежде чем оценить классификацию туберкулеза, предложенную IV Всесоюзным Туберкулезным Съездом, необходимо учесть цели, которые она преследует. Основная цель ее найти общий язык, понятный для всех практических работников в области туберкулеза. Классификация не удовлетворит клинициста и биолога. Она покажется сложной для многих практических врачей. Очень просто было в свое время деление туберкулеза легких на 3 стадии по Турбану, но мы из него уже выросли. Классификация Bagd-Nesim'a насчитывает около 50 клинических форм туберкулеза легких. Все-таки и она не удовлетворяет клинициста, как статическая классификация. Redeker сделал попытку дать деление туб. процесса, исходя из динамики его. Он выделяет 10 отдельных циклов или рядов развития *Entwicklungsreihen*, а каждый цикл подразделяет еще на ряд *Zustandsbilder*, каковых у него более ста. Ни та, ни другая классификация не могут быть применены в повседневной работе. Характеристика тbc заболеваний, принятая IV Съездом, имеет целый ряд преимуществ. Деление на стадии (они уже не соответствуют стадиям Turban'a) дает характеристику протяженности процесса, его пространственное отношение. Номенклатура *Ba k m e i s t e r a*: прогрессирующий, стационарный, затихающий, характеризует динамику процесса во времени; подразделение на острый, подострый и хронический уточняет ее. Предложенное Штербергом деление туберкулезного процесса на компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный (А. В. С) определяет состояние организма больного в данный момент. Наличие или отсутствие ВК, каверны, кровохаркания также уточняют характер заболевания. Таким образом, эта классификация позволяет нам дать не просто диагноз туберкулезного процесса, но и диагноз качества его, определяющий направление терапевтического вмешательства и содержащий в себе элементы прогноза. Все эти моменты чрезвычайно ценны в практической работе по обслуживанию больных тbc.

Д-р В. И. Бобровников (участковый врач). Новая классификация имеет много преимуществ перед старой. Пользование ею даст возможность не только установить настоящее состояние заболевания, но и выявить характер предыдущего течения болезни, что в значительной мере облегчит отбор больных на курорты. Деление легких на поля и установление стадий заболеваний по новому принципу упрощает и уточняет постановку диагноза. Для врачей периферии она вполне приемлема, так как ознакомление с нею не представляет особых затруднений.

Проф. Р. А. Лурия. Хотя классификация более уместна в точных науках, но все же нельзя согласиться с теми, которые выступают против классификации в клинике вообще. Классификация представляет собою, конечно, венец достижений данной науки, но все же отказываться от нее не приходится в клинике, хотя изучение проблемы не закончено. Классификация есть рабочая гипотеза, которая позволяет идти вперед. Большие достоинства новой классификации легочных заболеваний заключаются в том, что она говорит о туберкулезе, как об *общей* болезни, а не только о туберкулезе легких, как это было раньше. Деление на стадии следует оставить, это производит часто сильную психическую травму больного, тем более, что стадия есть морфологическая схема, не выявляющая состояния больного. Достоинства новой классификации—попытка дать *функциональную* диагностику туберкулезных заболеваний—на анатомической базе. Она представляет собою своего рода компедиум проблемы туберкулеза. Эта классификация дает возможность врачу углубиться в проблему туберкулеза, но все же она требует еще дальнейшей проработки и уточнения для того, чтобы иметь приложение в практической деятельности врача.

Заключительное слово д-ра М. И. Ойфебах. Характеристика предыдущего течения процесса и оценка его общей реакции не есть тавтология. В отличие от Бакейстера необходимо отметить, что под его терминами разумеется характеристика прошлого течения больного, а степень компенсации оценивает текущий момент, отсюда термин „прогрессирующий“ не исключает компенсации процесса в данный момент. Под общей характеристикой процесса в наиболее пораженной части надо подразумевать оценку лишь анатомической распространенности и интенсивности процесса, а не его компенсации и течения. Необходимо указать, что на Съезде было высказано пожелание о ликвидации деления на стадии, однако временно „стадии“ сохранены, ибо международная схема пользуется этой терминологией.

Патологоанатомическая характеристика сохранилась в факультативной части, потому что сторонников возможности качественной оценки процесса не мало и с этим нельзя не считаться.