

Из терапевт. отделения Института профбол. им. Обуха. (Завед. отдел. прив.-доц. И. Гельман. Директор Л. Боголепова) и Научного Совета Цустраха СССР.

К вопросу о классификации и номенклатуре хронических „ревматических“ суставных заболеваний¹⁾.

Прив.-доц. И. Гельмана (Москва).

Каждая рациональная классификация закрепляет достигнутые в момент ее составления знание и понимание изучаемых явлений. Являясь формулировкой этого понимания, классификация в свою очередь становится исходным пунктом для дальнейшего движения вперед. Вот почему время от времени необходимо пересматривать номенклатуру и классификацию изучаемых явлений, чтобы их поднять на уровень новых знаний, чтобы в них влить накопленные новые наблюдения. В клинической медицине классификации болезненных форм не могут, конечно, обладать точностью и определенностью, какую они имеют, напр., в математических науках. Недостаточное знание этиологических факторов, их множественность и интерференция, обилие переходных и сочетанных форм, компенсаторные приспособления, выравнивающие нарушения функций — все это чрезвычайно затрудняет каждый шаг на пути классифицирования. Однако, если нет данных для составления более или менее законченных классификаций, приходится нередко составлять рабочие классификации, имеющие заведомо лишь временное значение. Эти трудности классификации особенно нарастают, когда мы имеем дело с такими неясно дифференцированными болезненными явлениями, какими являются суставные заболевания. Здесь у практических врачей господствует невообразимая „путаница“ (U m b e r). Свое неумение разбираться в запутанных болезненных формах практические врачи топчут в неопределенных диагнозах „ревматизм“, „подагра“. Между тем то большое социальное значение, которое приобретают „ревматические“ заболевания суставов — социальные болезни *par excellence* — требует более тщательной дифференциации и учета суставных заболеваний, а последние возможны только при построении более или менее рациональной классификации.

У порога суставных заболеваний еще больше, чем у порога других лежат множественные этиологические факторы. Мы имеем среди последних инфекционно-токсические агенты, простудные моменты, нарушения обмена, эндокринные расстройства, нейрогенные нарушения и, наконец, конституциональную почву, определяющую реакцию организма, resp. суставов на то или иное экзо- и эндогенное воздействие. Все эти агенты часто между собой взаимно переплетаются и дают ту плюриэтиологию, которая чрезвычайно затрудняет построение классификации на этиологическом принципе. Кроме того, один и тот же этиологический агент может в зависимости от ряда индивидуальных особенностей вести к различным патологическим изменениям.

¹⁾ Эта работа выполнена по заданию Научного совета Цустраха СССР как первый этап в работе по теме «Ориентировочные сроки перевода в инвалиды больных с ревматическими заболеваниями суставов».

Уже из того немногого, что выше было сказано о генезе „ревматических“ заболеваний суставов, ясны те трудности, которые представляет их рациональная классификация. Последняя затрудняется еще и тем, что самые клинические типы „ревматических“ (неизвестной этиологии) заболеваний недостаточно еще очерчены и ограничены от суставных заболеваний определенной этиологии (туберкулезно-токсемические, подагрические и т. д.), что среди них имеется много переходных и сочетанных как в клиническом, так и в патолого-анатомическом отношениях форм. Эти трудности аналогичны тем, которые мы встречаем всегда, когда мы пытаемся провести грань между дегенеративными и воспалительными процессами, напр., в классификации заболеваний почек, сердца и т. п. Надо иметь в виду, что ткани (синовialная, фиброзная, хрящевая, костная), участвующие в образовании сустава, разнородны как в анатомическом, так и в функциональном отношении, что все они плохо снабжены кровеносными сосудами и потому чрезвычайно чувствительны к незначительным нарушениям питания. Последнее ведет к тому, что воспалительные процессы в синовию легко ведут к дегенеративным процессам в хрящевой и костной ткани. Мы имеем, таким образом, здесь весьма часто переплетение воспалительных и дегенеративных процессов. Все эти трудности объясняют огромное множество предложенных классификаций, которые часто отличаются друг от друга лишь немногими чертами.

Pribram первый, давший более или менее рациональную классификацию суставов, делил хронические артриты на 3 группы: 1) первичный прогрессирующий хронический суставной ревматизм, 2) вторичный хронический суставной ревматизм, развившийся после типичного острого, 3) деформирующий острый артрит.

Эта простая доступная классификация долгое время являлась общепринятой в клинике и еще в настоящее время многие клиницисты (Gudzent) держатся в основном этой классификации, внося в нее только несколько большую дифференциацию. Однако с развитием клинической, этиологической и патологоанатомической дифференциации эта классификация не может больше удовлетворять потребностям клиники. Новая эра классификации хронических суставных заболеваний начинается с момента разделения их на 2 большие группы: воспалительные и дегенеративные. Это деление красной нитью проходит через все почти современные классификации. Оно было предложено в 1913 г. F. Müller'ом на Международном лондонском конгрессе. Для невоспалительных заболеваний суставов он предложил название „артрозы или атропатии“ в отличие от артритов—воспалительных заболеваний суставов. Это деление, а отчасти и номенклатура, в настоящее время приобрели в клинике право гражданства. Оно сразу внесло некоторую ясность в принципы построения классификации суставных заболеваний, хотя оно не устранило основного затруднения, заключающегося в невозможности часто разграничить преимущественно воспалительные и преимущественно дегенеративные изменения. H. Strauss, исходя из этого принципа, различает 3 группы хронических заболеваний суставов: 1) воспалительные — *leptarthrits* (капсулярные формы), 2) дегенеративные заболевания, большую частью захватывающие или исходящие из костей, — *osteoarthrosis* и 3) смешанные формы. Gudzent, придерживающийся в основном классификации Pribram'a, с анатомической точки зрения различает: 1) формы, начи-

нающиеся с дегенерации хряща, при которых суставные капсулы поражаются лишь вторично и притом незначительно, и 2) формы, начинающиеся с воспаления синовиальной оболочки, при которых изменение хряща развивается лишь вторично. К первой форме он относит деформирующий артрит, частью деформирующий спондилит, Heberden'овские узелки и отчасти сухую форму хронического прогрессирующего полиартрита. Ко II-й форме Gudzent относит вторичный хронический суставной ревматизм, экссудативную форму первичного хронического полиартрита, а также анкилопозитический спондилит.

U m b e r противопоставляет воспалительным формам (Infektarthritis)— дегенеративные (osteoarthropathia deformans). Кроме того он выделяет форму хронического суставного заболевания, обусловленную эндокринными нарушениями (periartthritis destruens). Все эти классификации в сущности развивают лишь разделение, предложенное Müller'ом, исходя при этом преимущественно из различных особенностей клинического течения. Munk предложил классификацию, основанную на рентгенологически-анатомической оценке ранних стадий суставного заболевания в связи с известными обменными заболеваниями суставов (подагрический, известковый артрит), туберкулезных поражений и др.:

1) Воспалительно-инфекционные формы: а) arthritis chronica exsudativa infectiosa с различными формами начала и течения, из которых выделяются 2 основные: вторичная, развивающаяся из острого суставного ревматизма, с частым поражением сердца, и первичная, сразу развивающаяся, как хроническая форма.

б) arthritis chronica fibrosa polyarticularis.

2. Эндокринную или климактерическую форму — arthritis sicca ulcerosa genuina polyarticularis.

3. Дегенеративные деформирующие формы: а) деформирующий моно- и олиго-артрит, чаще встречающийся у стариков в виде атрофического процесса (malum coxae senilis), б) юношеская форма, преимущественно гипертрофическая. Кроме того он выделяет артриты, как остаток острых инфекционных процессов, невропатические атрофии и Heberden'овские узлы. Заболевания позвоночника он делит на 2 большие группы: spondylitis ankylopoetica и spondylitis deformans. Полная, тщательно разработанная на основании рентгенологических данных (анатомия на живом), классификация Munk'a однако мало отражает в своей классификации типы течения суставных заболеваний.

A s m a n n дает детальную классификацию, нашедшую много сторонников, которая включает, помимо анатомической, отчасти и патогенетическую оценку. I. *Невоспалительные заболевания суставов* или *остеоартрозы*: 1) osteoarthrosis deformans, 2) osteoarthrosis deformans juvenilis (сюда он относит болезнь Köhler'a и Perthes'a), 3) osteoarthrosis neuropathica (tabetica и при syringomyelia), 4) haemarthrosis, 5) подагра суставов, 6) вторичный деформирующий остеоартроз. II. *Воспалительные заболевания суставов* (артриты): 1) вторичный хронический полиартрит, 2) первичный хронический полиартрит. III. *Заболевания суставов позвоночника*: 1) spondylosis deformans и 2) spondylarthritis ankylopoetica.

Вышедшая в 1929 г. большая монография Ernst Freund'a предлагает весьма детальную классификацию, которую мы считаем нужным привести с большей полнотой:

I. *Инфекционные артриты* (Infektarthritiden): 1) острый суставной ревматизм и развивающийся из него вторичный хронический суставной ревматизм, 2) инфекционные ревматоиды (септические суставные заболевания), которые могут быть дифференцированы либо по очагу (тонзиллы, зубы, придаточные носовые полости и т. д.), либо по характеру и инфекта (туберкулез, гоноррея, lues, дизентерия и т. п.), 3) первичный хронический полиартрит.

II. *Суставные заболевания, вызванные нарушением обмена* (подагра, алкаптонурический артрит).

III. Деформирующий остеоартрит.

IV. Асептические некрозы костей (болезнь Köhler'a, Perthes'a).

V. Эндокринные заболевания суставов.

VI. Гемофилические заболевания суставов.

VII. Невропатические заболевания суставов.

VIII. Анафилактические заболевания суставов.

IX. Перемежающаяся водянка суставов. 10. Новообразования.

Мы видим здесь попытку построить классификацию на этнологическом принципе, однако не вполне выдержанную и кроме того мало дифференцированную с точки зрения течения и морфологии. Этому же принципу следует Maliva, классификация которого почти целиком совпадает с классификацией Freund'a. Он присоединяет к вышеуказанным формам только травматически-синовальный полиартрит, интоксикационный полиартрит (алкоголь, свинец, аутоинтоксикации при запорах), артропатии вследствие вынужденных положений (атрофия, парезы и т. д.).

Упомянем еще чрезвычайно детальную патолого-анатомическую классификацию Кауфмана. Он различает: I. *сосудистые нарушения* (гиперемия, кровоизлияния).

II. *Острое и хроническое воспаление суставов*: 1) острые и хронические экссудативные воспаления суставов: серозные, серофибринозные и гнойные. 2) Хронические суставные воспаления, протекающие *без экссудата или с незначительным экссудатом*: а) хронический деформирующий артрит или остеоартрит (первичный деформирующий хронический артрит, большей частью полиартрикулярный), б) травматический, деформирующий артрит, большей частью моно или олигоартрикулярный, в) Arthritis chron. ulcerosa sicca (типом его является malum coxae senilis, поражается преимущественно хрящи), г) хронический адгезивный артрит (типом является хрон. ревматический полиартрит).

III. Хронич. туберкулезные и сифилитические заболевания.

Если немецкие классификации пытаются в последнее время вступить на путь детальной дифференциации, то французские и английские классификации продолжают держаться менее детального разграничения. М. Teissier делит хронические заболевания суставов на 3 большие группы: 1) Хронический ревматизм следующий за инфекцией, 2) хронический ревматизм дискразического или токсического происхождения, 3) хронический деформирующий ревматизм. С генетической точки зрения Teissier и Mayet различают 2 фактора: ревматическую почву и инфекционный или токсический агент.

Английские авторы различают только две основные формы хронических суставных заболеваний: 1) reumatoid arthritis и 2) osteoarthritis.

К первой форме они относят первичный хронический полиартрит немецких авторов; вторичный хронический полиартрит, развивающийся из острого суставного ревматизма они отвергают.

Американские исследователи Nichols и Richardson в своей классической монографии, основанной на патолого-анатомическом изучении 65 случаев хронического артрита (1909) приходят к выделению только двух форм: 1) пролиферативный артрит и 2) дегенеративный артрит (*arthropathia deformans*). Первая форма носит также название атрофического, вторая — гипертрофического артрита. Nichols и Richardson подчеркивают, что эти 2 аналогичных типа не соответствуют двум определенным этиологическим факторам.

Они полагают, что первичное поражение начинается либо в синовиальной оболочке (в случаях атрофического или пролиферативного артрита), либо в хряще (в случаях гипертрофического или дегенеративного артрита). Первичная пролиферация синовиальной оболочки ведет к изменениям атрофического типа и обусловливается травмой, острой инфекцией, гонорреей, сифилисом, нарушением обмена и др. агентами. Первичная дегенерация хряща составляет первое изменение при гипертрофическом типе и обусловливается старческим возрастом, травмой, подагрой, заболеваниями ц. н. с. и некоторыми нарушениями обмена. Эта классификация принята американским комитетом по ревматизму.

Из русских классификаций наибольшего внимания заслуживает классификация проф. Вельяминова, до сих пор являющаяся во многих отношениях непревзойденной.

Классификация Вельяминова складывается из следующих моментов:

I. Травматические заболевания суставов и их последствия (иммобилизации, *derangement interne*). Сюда же относятся артриты при кессонной болезни.

II. Ревматические или простудные артриты (малочисленная и сомнительная по Вельяминову группа).

III. Артриты при острых инфекционных болезнях: 1) *polyarthritis rheumatica infectiosa acuta*, 2) *polyarthritis rheumatica infectiosa chronica*, 3) септикопиемические артриты (острые и хронические), 4) пневмококковые, 5) гонорройные, 6) артриты при остро-заразных заболеваниях.

IV. Артриты при хронических инфекционных болезнях (туберкулез, сифилис, микозы).

V. Артриты при геморрагических диатезах (гемофилия, пинга, *purp. rheumatica*).

VI. Артриты при обменных нарушениях.

VII. Артриты при аномалиях внутренней секреции и аутоинтоксикациях (тиреогенные, *osteoarthritis endemica* Бека, *arthritis intermittens*).

VIII. Артриты при отравлениях (хронич. отравление свинцом, артриты при сывороточной болезни и т. п.).

IX. Неврогенные артропатии (при поражении периферических нервов и ц. н. с.).

X. Трофоневротические артриты неизвестной этиологии: а) *Polyarthritis chron. progressiva primitiva, s. rheumatismus artic. chron.*, б) *Arthritis chron. deformans spontanea*.

Как видно из вышеизложенного в основу классификации положены этиопатогенетические моменты. С этой точки зрения классификация достигает высокой степени завершенности. Руководящей точкой зрения проф. Вельяминова было то, что основными генетическими факторами артритов неизвестной этиологии являются трофоневротические и сосудистые расстройства.

Проф. Дитерихс делит ревматические полиартриты на следующие группы: в) рецидивирующий (*recurrens*), б) остаточный (*residualis*), в) смягченный (*mitigata*), г) подострый (*subacuta*), д) узелковый (*nodosa*), сопровождающийся образованием узелков в подкожной клетчатке, е) фиброзный (ведущий к развитию анкилозов), ж) *defigurans*, з) *deformans*.

Попытку построить классификацию не только на морфологическом, но и этнологическом принципе сделал в последнее время проф. Ловцкий. Он делит заболевания суставов на 3 большие группы: воспалительные заболевания суставов—артрит, б) чисто дегенеративные заболевания—остеоартрозы, с) смешанные остеоартрозоартриты. Первая в свою очередь подразделяется на следующие подгруппы: а) инфекционно ревматический полиартрит (острый суставной ревматизм), б) неревматический инфекционный и токсинфекционный полиартрит, в) специфический токсинфекционный полиартрит (сифилис, туб-з, гоноррея), г) первичный хронический инфекционный артрит, соответствующий экссудативному инфекционному артриту Мунк'а и экссудативно-фиброзный хронический артрит, соответствующий адгезивному артриту Кауфман'а.

Все приведенные выше классификации ярко иллюстрируют всю трудность, перед которой стоит современная клиника в попытках разграничения разнообразных форм артритов.

Положенное в основу деление всех суставных заболеваний на воспалительные и дегенеративные, принимается большинством исследователей. Хотя границы между ними являются условными, с клинической точки зрения это разделение все же может быть удержано, ибо обе группы имеют, в своих, по крайней мере, выраженных формах, резко характеризующие их отличительные черты. Иначе мы должны отнестись к проводимому немецкими и русскими (Бухштаб, Брусиловский, Налбандов, Лозинский, Кончаловский и др.) авторами разграничению хронического ревматического полиартрита на первичные и вторичные формы. Вряд ли такое разграничение имеет под собой почву.

Английские и американские авторы давно уже отвергают вторичную форму хронического полиартрита, возникающего из острого суставного ревматизма. Хронические заболевания суставов они рассматривают, как заболевания *sui generis*, и если они следуют за перенесенным острым полиартритом, то это лишь совпадение, не основанное на генетической связи. Такого же мнения держится проф. Ловцкий, а в последнее время проф. Дитерихс. Мы также отвергаем генетическую связь между острым суставным ревматизмом и хроническими заболеваниями суставов. Настоящий *острый суставной ревматизм не оставляет после себя в огромном большинстве случаев никаких остаточных явлений в болевших суставах*; заболевание последних имеет эфемерный, быстро преходящий характер. Если иногда и получаются остаточные явления в одном или двух суставах, то они обычно обуславливаются какими-нибудь добавочными этнологическими факторами. Это не исключает того, что *хронический суставной полиартрит может остро начинаться и по началу как бы имитировать острый суставной ревматизм*. Однако это лишь внешнее сходство. В основе их лежат различные инфекционные и генетические факторы.

При построении клинической классификации хронических заболеваний суставов необходимо исходить из 3-х основных принципов: кли-

нической оценки (функционально-прогностической), пато-генетического анализа и патолого-анатомической характеристики. Из этих принципов мы пытались исходить при построении классификации хронических заболеваний сердечной мышцы. Bergmann точно такие требования предъявляет к классификации заболеваний суставов. Он добавляет к этому, что каждый случай хронического артрита необходимо рассматривать под углом зрения конституции. Довольствование одним простым анатомическим диагнозом, напр. водянка сустава, обрекает нас на положение „поверхностного ругинера“ (Вельяминов). Лишь постольку, поскольку удастся дать этим 3-м принципам место в классификации, она становится шагом вперед на пути овладения той или иной группой болезненных явлений. Время для такой совершенной рациональной классификации еще не наступило. Мы не знаем этиологии большинства хронических суставных заболеваний. Сравнительно мало разработана их патолого-анатомическая характеристика, т. к. патолого-анатомы имеют дело уже с далеко зашедшими законченными процессами. Мы владем лишь до некоторой степени умением клинически дифференцировать отдельные типы суставных заболеваний и давать им функциональный прогноз. Поэтому в настоящий момент классификация суставных заболеваний может использовать вышеуказанные принципы лишь в неполной мере. Все же мы делаем попытку дать объединяющую хронические заболевания суставов классификацию, исходя при этом больше из сознания острой потребности в ней для практических и методологических целей, чем из возможности это сделать. Каждая продуманная попытка в этом направлении будет камнем для построения прочной, удовлетворяющей требованиям и практическим научно-теоретическим классификации. При построении нашей классификации мы исходили из следующих положений: 1) все заболевания суставов могут быть разделены на 2 группы: *заболевания парциальные и заболевания системные*¹⁾. Это деление нам кажется основным, вводящим ясность в различные клинические течения различных форм. Совершенно различно должны быть оценены случаи, когда поражаются 1 или 2 сустава вследствие местного воздействия инфекционно-токсического или механического агента, или когда за одним суставом неизбежно поражается другой, за другим 3-й, когда выступает *пониженная сопротивляемость или малоценность всей системы суставов* перед лицом известного или неизвестного нам этиологического момента. В то время как парциальное поражение нередко является стационарным, второе всегда является *прогрессирующим*. Отсюда вытекает 2-й признак для дифференциации: *стационарные и прогрессирующие* заболевания суставов. Далее мы подобно американским и английским авторам и некоторым русским совершенно *отвергаем генетическую связь хронических суставных заболеваний с острым суставным ревматизмом*, поэтому мы не даем в классификации места делению хронических суставных заболеваний на первичные и вторичные. В согласии с большинством русских авторов мы не даем места в классификации термину „ревматизм“ по отношению к хроническим суставным за-

¹⁾ Говоря о системных заболеваниях надо было бы, быть может, иметь в виду не только суставы, как таковые, но и соединенные с ними функционально и анатомически мышцы, связки, сухожилия, нервы. Однако для выделения системных заболеваний в последнем смысле этого слова не наступило еще время.

заболеваниям, хотя для общей их характеристики мы считаем возможным сохранение термина ревматические заболевания суставов. Стремясь к охвату классификацией лишь тех форм, которые встречаются наиболее часто, мы сознательно избегали включения сравнительно редких форм, как напр. перемежающейся водянки суставов и др., в классификацию. Мы фиксировали свое внимание на так называемых „ревматических“ неизвестной этиологии суставных заболеваниях. Однако, попутно в целях больше дифференциации, чем исчерпания, мы касались и таких форм суставных заболеваний, детальную классификацию которых можно найти в специальных хирургических руководствах (напр. различных форм туберкулезных, люэтических, травм, гонорей и т. п. поражений). Что касается клинико-анатомической дифференциации, то мы исходим из основного деления суставных заболеваний на воспалительные, дегенеративные и смешанные формы (артрозо-артрит).

КЛАССИФИКАЦИЯ СУСТАВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

I. Острые воспаления суставов.

1. Инфекционно-метастатические (бактериальные).

- а) Гонококковые.
- б) Пневмококковые.
- в) При брюшном тифе.
- г) Гриппозные.
- д) Скарлатинозные.
- е) Дизентерийные.
- ж) Септикопиемические и т. п.

2. Инфекционно-токсемические (безбактериальные) ревматизмы при острых инфекционных болезнях (типа сыводов).

3. Анафилактические и алиментарно-токсемические (сывороточная болезнь, кишечные интоксикации и т. д.).

4. Острый суставной ревматизм (острый ревматический полиартрит).

- а) Острая форма.
- б) Подострая форма.

II. Хронические воспалительные заболевания суставов (Артриты).

А. Парциальные артриты.

1. Хронические инфекционно-метастатические воспаления суставов.

- а) Туберкулезные: 1) синовиальная форма, 2) первично-костная и 3) фунгозная.
- б) Сифилитические: 1) синовиальная форма, 2) остеоартритическая.
2. Травматические моно-и олиго-артриты.
3. Статические (вследствие ненорм. положений и нагрузок).
4. Резидуальные после перенесенных острых заболеваний суставов.

Б. Системные заболевания суставов.

1. Хронические инфекционно-токсемические воспаления суставов. [Туберкулезно-токсемический хронический полиартрит (бол. Ронсет, Still'a)].

2. *Хронические инфекционно-токсемические* воспаления суставов неизвестной этиологии, так наз. *хронические „ревматические“ заболевания суставов:*

а) *Хронический рецидивирующий полиартрит* (polyarthritis chronica recidiva); исподволь начинающаяся рецидивирующая форма, сопровождающаяся во время рецидивов температурными повышениями (до 37.5—38.0), небольшим припуханием и болезненностью суставов; болезнь течет с более или менее продолжительными ремиссиями между ними, характеризующимися затиханием, иногда исчезновением болезненных явлений. Поражается большей частью синовия. Стойких изменений, кроме хруста, тугоподвижности вследствие болезненности, обычно не наблюдается. Осложнения со стороны сердца отсутствуют. Форма по клиническому течению схожая с легкими формами подострого суставного ревматизма, но генетически от нее должна быть отграничена. Вызывается очаговой инфекцией, гесп. поступающими из очага токсемиями, в редких случаях ослабленными бактериями. Эта форма обычно не ведет к стойким обезображивающим изменениям суставов. Нередко после 1—2 лет и более заканчивается полным или относительным выздоровлением.

б) *Хронический прогрессирующий полиартрит* (Polyarthritis chronica progressiva) исподволь развивающийся (чаще в мелких дистальных суставах, часто симметрично), иногда сопровождающийся длительной субфебрильной температурой (37.1—37.5). Полные ремиссии, так же как резкие обострения и значительные повышения температуры обычно отсутствуют. Процесс ведет к стойким изменениям формы суставов, утолщению капсулы, ворсинчатым разращениям, в дальнейшем к некоторым изменениям суставных концов костей (разрежения и небольшие разрастания) и хрящей (узур). Эта группа заболеваний может быть подразделена на 3 подгруппы:

1) *Хронический прогрессирующий экссудативный лептартрит* (leptarthritis chron. exsudativa propressiva) с преимущественным или исключительным поражением мягких частей. Поражаются преимущественно малые суставы, лишь в дальнейшем вовлекаются и большие суставы.

2) *Хронический прогрессирующий неэкссудативный полиостеоартрит* (polyosteoarthritis sicca chron. progressiva) с поражением, помимо мягких частей, костей и хрящей. Экссудатов не наблюдается, либо они незначительны. Заболевание ведет к стойким изменениям и нарушениям функций. Может захватывать и мелкие и большие суставы.

3) *Прогрессирующий анкилозирующий хронический полиартрит* (polyarthritis chronica progressiva adhaesiva). Наклонность к сморщиванию капсулы и других суставных элементов и развитию рубцовой ткани. Экссудат либо отсутствует, либо незначительный, серофиброзный. Может поражать и мелкие и большие суставы.

в) *Банальный хронический полиартрит* (polyarthritis chron. banalis). Наиболее частая форма т. наз. „хронического ревматизма“, выражающаяся в болях и ломотах в суставах, появляющихся перед непогодой, в болях в начале дня, расходящихся, когда человек начинает работать, в хрусте в суставах. Обычно поражаются большие суставы, особенно часто коленные и плечевые. Заболевание не имеет тенденции

к заметному прогрессированию и не ведет к стойким изменениям и обезображиванию суставов.

Добавление. а) *Периартикулярный фиброзит*—*fibrositis periarticularis*. (Thompson и Gordon, Кончаловский).

б) *Инфекционно-токсическая полиартралгия*, *polyarthralgia toxica*), часто принимаемая за полиартрит. Между тем при этом частом страдании поражаются либо иннервирующие аппараты (*neuropoliarthralgia*), либо экстра-артикулярные элементы (сухожилия, мышцы и т. п.).

III. Артрозоартриты характеризуются наличием как дегенеративных, так и воспалительных изменений.

1. *Дискразические артрозоартриты*.

а) Подагрический артрозоартрит.

б) Алкаптонурический артрозоартрит.

в) Известковый артрозоартрит.

г) *Эндокринные артрозоартриты* (тиреогенные, овариогенные, климактерические), по типу приближающиеся к различным формам прогрессирующего артрита. Текут часто с небольшими повышениями температуры. Преимущественно встречаются у женщин, часто начинаются в периоде полового созревания или в климактерическом периоде.

д) *Интоксикационные артрозоартриты*—свинцовый, энтерогенный.

е) *Гемартрозы*.

1. *Генуинный деформирующий остеоартроз* (*osteoarthrosis deformans genuina*). Первичные дегенеративные изменения хрящей и костей с явлениями гипертрофии и атрофии (стирания), смещения костей и обезображивания суставов:

а) Старческая форма (моно- или олигоартикулярная форма)—*monoosteoarthrosis deformans*.

б) Прогрессирующая полиартикулярная форма (*polyosteoarthrosis deformans chr. progressiva*).

в) Юношеская форма (бол. Perthes'a, Köhler'a).

2) *Heberden'овские узлы*. (Парциальное заболевание).

3) Невропатическая остеоартропатия. *Osteoarthropathia neuropathica* (Tabes, syringomyelia). (Парциальное заболевание).

4) Парциальные остеоартрозы, развивающиеся вследствие нарушения статики (плоская стопа, *genu valgum*, парезы и атрофия мышц).

V. Заболевания позвоночника ¹⁾.

1. *Spondylosis deformans progressiva*. Первично поражаются межпозвоночные хрящи и кости. Межпозвоночные суставы не поражаются. Болезненный процесс охватывает обычно только часть позвоночника поясничную или грудную.

2. *Spondyloarthritis ankylopoetica progressiva* (болезнь Бехтерева-Pierre Marie-Strümpell) имеет в своей основе хронический ар-

¹⁾ Заболевания позвоночника рациональнее было бы разместить по основным группам (остеоартриты и остеоартрозы), но по существующей клинической традиции мы выделяем их как более или менее ясно очерченные заболевания.

трет, к которому присоединяются оссифицирующие процессы в связочном аппарате (заболевание имеет прогрессирующий характер).

3. *Spondyloarthritis chron. partialis* (lumbarthrititis и др.) не является системным заболеванием и не имеет тенденции распространяться на другие отделы позвоночника.

Литературный указатель не помещен по техническим условиям. Ред.

Материалы по вопросу об аускультации суставов.

Н. Е. Кавецкого (Самара).

Вопрос о значении выслушивания суставов нельзя считать разрешенным. Пока мы находимся в этом отношении в стадии накопления фактов. В литературе аускультации суставов, как методу исследования при заболевании последних, до настоящего времени уделялось мало внимания. Недостаточно выяснен не только вопрос, насколько ценен этот метод исследования для клиники, но и какие данные в смысле звуковых явлений мы имеем при выслушивании нормальных и патологически измененных суставов. Поэтому я считаю возможным сообщить о тех данных, которые мною были получены при аускультации коленных суставов у 373 человек.

Методика была следующая: фонендоскоп ставился на область коленного сустава, после чего исследуемый медленно производил сгибательные и разгибательные движения, сидя на кушетке (проф. Рубашев советует подкладывать под ногу кисти больного, в моих опытах этого не делалось). Движения делались многократно. Аускультировались оба сустава. У большинства больных выслушивание производилось по нескольку раз (2—4) с различными промежутками: от нескольких дней до 1½ месяцев.

Из 373 человек у 101 не было ни в настоящее время, ни в прошлом заболевания суставов, остальные 262 были суставные больные.

Своей задачей я прежде всего поставил выяснить вопрос: какие звуковые явления имеются при выслушивании коленных суставов без различия, имеется ли в суставе патологический процесс или нет. Мои данные говорят следующее: в 15,8% всех случаев никаких звуковых явлений уловить не удалось. Интересно, что при обычном способе исследования в некоторых из этих случаев имелся хруст, в других его не было. В 84,2% всех моих случаев я мог констатировать при выслушивании коленных суставов те или иные звуковые явления. Чаще всего (в 48,5%) они совершенно напоминали крепитацию в легких. В дальнейшем я это явление и буду называть *крепитацией*. В 22% выслушивались „влажные хрипы“, причем можно было различать мелко средние и крупнопузырчатые. Реже (в 8,9%) можно было слышать и крепитацию, и хрипы, которые выслушивались или одновременно, или при движении конечностей последовательно сменялось одно звуковое явление другим. Крепитация и хрипы выслушивались или в продолжение всего движения или только в начале или конце, иногда лишь в середине движения, в одних случаях звуковые явления аускультировались только при сгибании, в других лишь при разгибании. У 18 больных (4,8% всех случаев) имелись звуковые явления, которые я называл „пестрой картиной“ в виду их разнообразия. Чаще всего в этих случаях на фоне кре-