

период обострения отмечаются катаральные изменения всего бронхиального дерева, обычно исчезающие в период ремиссии и отнюдь не свидетельствующие об осложнении хронической пневмонии диффузным хроническим бронхитом.

Наконец, важным элементом диагноза хронической пневмонии является определение состояния функции дыхательной и сердечной системы. В общем, как уже упоминалось, для хронической пневмонии характерны в основном умеренные ограничительные нарушения вентиляции без явлений дыхательной недостаточности. Лишь при осложнении обструктивным хроническим бронхитом могут отмечаться те или иные степени обструкции, легочной и легочно-сердечной недостаточности. Для функциональной характеристики больного мы используем классификацию А. Г. Дембо (1957), дополненную Н. М. Мухарлямовым (1973).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дембо А. Г. Недостаточность функции внешнего дыхания. Л., Медгиз, 1956.
2. Исаков Ю. Ф., Степанов З. А., Гераськин В. И. Хирургия, 1976, 8.
3. Клячкин Л. М. Хроническая пневмония и ее место среди других хронических неспецифических заболеваний легких. В кн.: Острые и хронические пневмонии. Саратов, 1976.
4. Колесов А. П. В кн.: Гнойные заболевания плевры и легких (под ред. П. А. Куприянова). Л., Медгиз, 1955.
5. Мухарлямов Н. М. Легочное сердце. М., Медицина, 1973.
6. Тареев Е. М., Безродный А. А. Сов. мед., 1976, 12.
7. Цигельник А. Я. Бронхоэктатическая болезнь. Л., Медгиз, 1948.
8. Fishman A. P. Pulmonary Diseases and Disorders, 1, 2, 1980.
9. Spencer H. Pathology of the Lung, 1, 2, 1977.
10. Sylla A. Lungenkrankheiten, 1, 2, 1978.

Поступила 11 августа 1980 г.

УДК 616.24—002.2—073.75

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Г. А. Смирнов

Кафедра фтизиатрии (зав. — проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа  
им. В. И. Ленина

В последние годы Минская (1964) и Тбилисская (1972) классификации хронической пневмонии подвергаются все большей критике. Классификация заболеваний бронхолегочной системы, предложенная И. В. Путовым и Г. Б. Федосеевым (1978), отличается стройностью, однако ряд ее положений требует обсуждения и дополнения. Прежде всего это касается классификации хронической пневмонии (Н. В. Путов, В. Н. Саперов, Г. Б. Федосеев). Нет сомнений в необходимости четкого разграничения хронического бронхита и хронической пневмонии, но вызывает возражения выделение бронхоэктатической болезни в самостоятельную форму, так как при этом резко суживается понятие хронической пневмонии, в результате чего среди ХНЗЛ количество ее уменьшается до 8,8—9,5% [4]. Для дифференциации такой пневмонии от бронхоэктатической болезни становится обязательной бронхография, которая недоступна многим практическим учреждениям и противопоказана некоторым больным. К тому же и она часто не дает надежных критериев для диагностики. Если бронхоэктатическая болезнь будет выделена в самостоятельную форму, то диагноз ее поглотит большинство остальных воспалительных заболеваний бронхолегочной системы, так же как, по выражению авторов, они «поглощались всеобъемлющим диагнозом „хроническая пневмония“». Диагноз бронхоэктатической болезни будут ставить при любом заболевании легких, сопровождающемся выделением гнойной мокроты, особенно если на обзорной рентгенограмме видны ячеистые тени, которые являются отражением склероза, но часто принимаются за бронхоэктазы, хотя диагностика последних без бронхографии неправомерна.

По существу бронхоэктазы у большинства больных представляют собой не самостоятельную болезнь, а ее осложнение. В тех же случаях, когда хроническая пнев-

мония развивается на базе врожденных бронхоэктазов, определение их является диагностикой патогенеза болезни, а не нозологической формы. Отражение в диагнозе осложнений и патогенеза болезни желателно, но не строго обязательно. Поэтому при отсутствии возможностей провести бронхографию можно в диагнозе высказать лишь предположение о наличии бронхоэктазов. Если основной диагноз хронической пневмонии правильный, такое предположительное высказывание допустимо и в отношении происхождения бронхоэктазов, так как даже бронхография не всегда дает возможность отличить врожденные бронхоэктазы от вторичных. Если же бронхоэктатическую болезнь выделить в самостоятельную форму, то во многих случаях основной диагноз будет предположительным.

Бронхоэктазы могут не сопровождаться клиникой гнойной инфекции и могут быть при хроническом бронхите без воспалительной инфильтрации паренхимы легких. Таким образом, если рассматривать бронхоэктазы как осложнение болезни или как основу ее происхождения (при врожденных бронхоэктазах), то при наличии их возможны 4 варианта диагноза.

1. Хронический бронхит с бронхоэктазами, когда нет воспаления паренхимы легких.

2. Хроническая пневмония с бронхоэктазами, когда в период обострения рентгенологически выявляется пневмония.

3. Пневмосклероз с бронхоэктазами как исход болезни, не сопровождающийся периодической активацией гнойной инфекции.

4. Врожденные бронхоэктазы или гипоплазии легких, если нет осложнения гнойной инфекции, так как при ее наличии болезнь уже переходит в рубрику хронического бронхита или хронической пневмонии с бронхоэктазами.

Нам представляется искусственным выделение в отдельные нозологические формы пневмоний и абсцессов легких как при остром, так и при хроническом их течении. Здесь можно провести аналогию с туберкулезом легких. И. В. Путов и Г. Б. Федосеев (1978) главным аргументом в пользу такого разделения считают то, что с появлением деструкции в легочной ткани процесс приобретает совершенно новое качество. При туберкулезе тоже, когда появляется каверна, процесс приобретает новое качество, но он остается туберкулезом легких, а новое качество отражается в диагнозе фазой распада. Когда возникает абсцедирование легких, то процесс все равно представляет собой пневмонию, а новое качество может быть определено фазой деструкции. При этом размеры воспалительной инфильтрации в окружающей легочной ткани, так же как и клинические проявления болезни, бывают разнообразны. Классическая клиника острого абсцесса легких в настоящее время очень часто отсутствует. Даже гангрену легких, на наш взгляд, следует относить к рубрике острой пневмонии, так же как казеозная пневмония является вариантом инфильтративного туберкулеза, а в диагнозе она обозначается в скобках. При хроническом абсцессе легких (со сформированной фиброзной стенкой) может быть значительный и незначительный склероз окружающей легочной ткани. Следовательно, эту болезнь также лучше обозначить единым понятием хронической деструктивной пневмонии (по аналогии с хроническим деструктивным туберкулезом).

Классификацию пневмоний невозможно обсуждать в отрыве от классификации бронхитов. В настоящее время, когда повсеместно начинается диспансеризация больных с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, классификация этих болезней должна соответствовать принципам диспансерного наблюдения, главным из которых является дифференцированность сроков контрольных обследований больных и проведения лечебных и профилактических мероприятий. Организационной формой, обеспечивающей дифференцированное наблюдение больных, может быть диспансерная группировка [5], где в разные группы учета включаются больные в соответствии с тяжестью болезни. Следовательно, в классификации хронических пневмоний и бронхитов необходима характеристика процесса по степени его тяжести, чтобы формулировка диагноза давала представление и о методике диспансерного наблюдения. Для этого необходимо разделение хронических болезней на стадии, главная цель которого — отразить тяжесть течения болезни, ее активность, а не стадийность развития и прогрессирование, которое может отсутствовать или происходить очень медленно и при динамическом наблюдении четко не выявляется у конкретных больных. Необходимость отражения в диагнозе степени активности процесса признают и И. В. Путов и соавт.

Тяжесть хронических заболеваний бронхолегочной системы определяется степенью выраженности гнойно-воспалительного процесса и осложнений: бронхоспастического синдрома, эмфиземы, недостаточности правого сердца и др. Все это нашло отражение

в Тбилисской классификации хронической пневмонии и классификации хронических бронхитов, утвержденной Всесоюзным научным обществом терапевтов (1973). Поэтому совсем отказываться от этих классификаций, апробированных многолетней практикой, едва ли целесообразно. В них необходимо внести лишь изменения в соответствии с новыми представлениями. В частности, подчеркнуть, что при отсутствии локального пневмофиброза и воспалительной инфильтрации паренхимы легких в период обострений следует трактовать болезнь как хронический бронхит, который, так же как и пневмония, может быть с бронхоэктазами и без них. Н. В. Путов, В. П. Саперов и Г. Б. Федосеев, признавая необходимость разграничения диагноза пневмонии и бронхита, в то же время описывают случаи обострения хронической пневмонии, протекающие «по типу обострения локального бронхита». Чтобы не вносить путаницы, целесообразно, по-видимому, во всех случаях отсутствия инфильтрации паренхимы легкого констатировать обострение бронхита, а не пневмонии.

Пневмония всегда сопровождается сегментарным бронхитом, и наличие его подразумевается при диагнозе любой пневмонии. Хронический же бронхит, как диффузный процесс, может быть в разной степени выражен и даже может отсутствовать при различных вариантах течения пневмонии. Синдром обструкции представляет собой по существу проявление бронхита, а не пневмонии. При этом часто отсутствует параллелизм между активностью инфекционно-воспалительного процесса в бронхах или в легких и выраженностью синдрома обструкции. Обструкция может присоединяться на различных сроках течения воспалительного процесса и может отсутствовать совсем. В результате при небольших воспалительных изменениях могут быть тяжелые явления обструкции, и наоборот, а от этого зависит частота контрольных обследований и профилактических лечебных мероприятий при диспансерном наблюдении.

Мы считаем, что рядом с диагнозом пневмонии с определением ее стадии должен фигурировать диагноз бронхита также с указанием его стадии. При этом стадиями целесообразно характеризовать только инфекционно-воспалительный процесс по частоте обострений и выраженности гнойного процесса [1], а для синдрома обструкции следует выработать критерии, разделяющие его на 3 степени — А, Б и В, и указывать их в диагнозе вместе со стадией бронхита. Тогда формулировка диагноза (см. примеры) будет давать полное представление о больных и позволит относить в соответствующие группы диспансерного наблюдения лиц с одинаковой тяжестью болезни, независимо от того, обусловлена она гнойно-воспалительным процессом или осложнениями. При отдельной диагностике пневмонии и бронхита отпадает необходимость деления II стадии хронической пневмонии на подгруппы А и Б. Поэтому буквенное обозначение выраженности обструкции не внесет путаницы.

Принимая во внимание простоту критериев деления болезней на стадии при диспансерном обслуживании, мы полагаем целесообразным взять для этого за основу клинические признаки, характеризующие активность гнойно-воспалительного процесса и выраженность синдрома обструкции.

Затянувшаяся пневмония по клинко-рентгенологической характеристике имеет больше общих черт с острой пневмонией, чем с хронической, часто заканчивается полным выздоровлением и требует иной методики диспансерного контроля. Поэтому ее, на наш взгляд, следует считать вариантом острой, а к I стадии хронической пневмонии относить лишь рецидивирующую форму, т. е. случаи, когда в одном и том же ограниченном участке легкого периодически (с промежутками в 1—2 года и реже) возникает пневмония, протекающая по типу острой и заканчивающаяся полным выздоровлением без видимого пневмосклероза или с небольшим остаточным пневмосклерозом. Вторая стадия хронической пневмонии характеризуется выраженным пневмофиброзом одного или нескольких участков легких, на фоне которого возникают частые обострения пневмонии, иногда принимающие затяжное течение, а в промежутках между обострениями обычно имеется клиника локального бронхита. К III стадии относится хроническая пневмония с постоянно активным гнойно-воспалительным процессом.

Хроническая пневмония любой стадии может сопровождаться диффузным хроническим бронхитом различной степени выраженности, который усугубляет течение пневмонии. Клиническими признаками I стадии хронического бронхита является частый (но не обязательно постоянный) кашель со слизистой мокротой или без нее; может быть небольшое количество гнойной мокроты по утрам. Обычно больные привыкают к кашлю и обращаются к врачу только при возникновении острого респираторного заболевания, когда кашель резко усиливается и сопровождается выделением гнойной

мокроты. Больные хроническим бронхитом I стадии особенно подвержены действию простудных факторов. Рентгенологически изменения в легких отсутствуют.

При II стадии хронического бронхита кашель постоянный, с гнойной мокротой, отделение которой особенно выражено по утрам, но бывает и в течение всего дня. Часто возникают обострения (несколько раз в году), которые сопровождаются усилением кашля, увеличением количества гнойной мокроты и нередко лихорадкой. Рентгенологически выявляется диффузное усиление легочного рисунка, могут быть признаки эмфиземы. III стадия хронического бронхита характеризуется постоянно активным гнойно-воспалительным процессом с частыми ухудшениями состояния больных. Рентгенологически определяется резкое усиление и деформация легочного рисунка, эмфизема. Обычно имеется синдром обструкции (неоднородной выраженности и разного генеза), дыхательная и легочно-сердечная недостаточность.

Синдром нарушения бронхиальной проходимости может быть по-разному выражен в различных стадиях течения хронического бронхита. В основу деления его по степени тяжести также целесообразно взять наиболее простые клинические признаки:

А — в период ремиссии обструкция отсутствует, появляется только при обострении воспалительного процесса;

Б — синдром обструкции постоянный, а в период обострения болезни становится более выраженным;

В — синдром обструкции постоянный, выраженный, трудно поддающийся лекарственной терапии.

В случаях, когда развивается бронхиальная астма как самостоятельное заболевание (*sui generis*), ее также надо отражать в диагнозе рядом с диагнозом хронического бронхита или хронической пневмонии, ставя на первое место тот процесс, который доминирует в картине болезни.

Такая трактовка позволяет отказаться от понятия диффузной хронической пневмонии, так как если на фоне хронического бронхита III стадии развиваются фокусы хронической пневмонии, то отдельный диагноз отражает обе болезни [2].

Предлагавшиеся до настоящего времени классификации хронической пневмонии учитывали ее стадии, варианты течения и обходили вниманием определение форм по рентгенологической картине болезни, совершенно необходимое для отражения в диагнозе ее распространенности. С этой точки зрения нам представляется целесообразным разделить хроническую пневмонию на 3 формы:

1) монофокусная, когда имеется одиночный фокус интерстициально-паренхиматозных изменений в пределах одного или двух рядом расположенных сегментов;

2) долевая — то же в пределах целой доли;

3) многофокусная — то же в нескольких сегментах одного или обоих легких.

Термин «сегментарная пневмония» в этих случаях неудачен, так как пневмонические фокусы часто выходят за пределы одного сегмента.

Наконец, рядом с классификацией хронической пневмонии, на наш взгляд, должно быть дано определение остаточных изменений в легких как исходов перенесенных пневмоний, когда имеющийся пневмосклероз не сопровождается периодическими обострениями с вовлечением в воспалительный процесс паренхимы легких, но может сопровождаться хроническим бронхитом — локальным или диффузным. Это необходимо для того, чтобы исключить в подобных случаях диагностику хронической пневмонии.

Классификация пневмоний, как и любая классификация болезней, должна быть простой и доступной и вместе с тем должна быть построена так, чтобы формулировка диагноза, будучи достаточно краткой, давала максимум информации о больном, т. е. из нее была бы ясна не только клиническая, но и рентгенологическая картина болезни, распространенность, степень тяжести; чтобы она ориентировала в методах лечения и прогноза. Нам представляется, что всем этим требованиям отвечает следующая классификация хронических воспалительных заболеваний бронхолегочной системы.

## I. ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ

Монофокусная.

Долевая.

Многофокусная.

Выделяются: деструктивная, с бронхоэктазами.

Локализация: по сегментам, долям.

Стадии: I, II, III.

Фазы течения: обострение, ремиссия.



Осложнения: плеврит, эмпиема, спонтанный пневмоторакс, легочное кровотечение, амилоидоз.

В диагнозе хронической пневмонии может быть указан ее патогенез: метапневмоническая, метатуберкулезная, бронхостенотическая, на почве гипоплазии легкого и т. д.

## II. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

Стадии — I, II, III.

Фазы — обострение, ремиссия.

Выделяются: с бронхоэктазами с указанием локализации, с бронхоспастическим синдромом (степени — А, Б, В).

В диагнозе могут быть указаны этиология и патогенез.

Осложнения: эмфизема, дыхательная и сердечная недостаточность.

III. ОСТАТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: ограниченный пневмосклероз (в пределах одного сегмента), распространенный пневмосклероз, вторичные кисты. В диагнозе указывается сегментарная или долевая локализация.

Примеры формулировки диагноза.

1. Хронический бронхит, I стадия В, фаза обострения.

2. Хронический бронхит, II стадия А, фаза ремиссии.

3. Хроническая монофокусная пневмония III сегмента справа, I стадия, фаза обострения. Хронический бронхит, II стадия Б.

4. Хроническая пневмония с бронхоэктазами средней доли справа, II стадия, фаза ремиссии. Хронический бронхит, II стадия В.

5. Хроническая двусторонняя многофокусная пневмония с бронхоэктазами, III стадия. Хронический бронхит, III стадия Б (или В). Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность, II ст. Легочно-сердечная недостаточность, II ст.

6. Метапневмонический пневмосклероз средней доли справа, хронический бронхит, I стадия.

7. Вторичная метапневмоническая киста III сегмента справа.

Мы сознаем спорность многих высказанных здесь положений, однако надеемся, что некоторые из них могут быть учтены при окончательной разработке классификации болезней системы дыхания. Объем статьи не позволил остановиться на многих деталях — клинических критериях диагностики отдельных форм и стадий пневмонии и бронхита, функциональных показателях при синдроме обструкции А, Б и В и т. д. Поэтому изложены лишь принципы построения предлагаемой классификации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова В. М. Клиническая медицина, 1977, 3.
2. Никулин К. Г. Советская медицина, 1972, 4.
3. Путов И. В., Федосеев Г. Б. Руководство по пульмонологии. Л., 1978.
4. Сивков И. И., Алекса В. И. Пробл. туб., 1978, 11, 36.
5. Смирнов Г. А. Казанский медицинский журнал, 1978, 5.

Поступила 18 декабря 1980 г.

## ОБЗОРЫ

УДК 616.379—008.64—02—092

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА

М. И. Балаболкин, Л. И. Гаврилюк

Кафедра эндокринологии (зав. — проф. М. И. Балаболкин) Московского стоматологического медицинского института им. Н. А. Семашко

Эпидемиологические исследования, проведенные в СССР и в различных зарубежных странах, показывают, что заболеваемость сахарным диабетом составляет от 1% до 3%. Несмотря на успехи, достигнутые в области диабетологии, вопросы этиологии и патогенеза сахарного диабета требуют дальнейшего изучения.