

тупами удушья. Купирование бронхиальной астмы потребовало назначения глюкокортикостероидных гормонов по короткой схеме приема внутрь с последующим назначением ингаляций бекотида 100 мкг 4 раза в сутки. При аллергологическом обследовании выявлена сенсibilизация к бытовым аллергенам, однако эффект элиминации аллергена в стационаре не наблюдался. Попытка специфической гипосенсибилизации бытовыми аллергенами привела к рецидиву бронхиальной астмы. После стабилизации течения заболевания, на фоне регулярных ингаляций бекотида, была проведена проба с приемом аспирина внутрь, которая выявила высокую степень чувствительности к аспирину: $K\text{Ч}а = 4,3$. После проведения гемосорбции $K\text{Ч}а$ снизился до 1,8, что позволило осуществить десенсибилизацию аспирином. На фоне приема больным 0,5 аспирина через день удалось провести специфическую гипосенсибилизацию аллергенами домашней пыли. Через год регулярного приема поддерживающих доз аспирина (0,5 через день) больной был переведен на другую схему поддерживающей терапии: 0,5 через три дня. В течение одного года интермиттирующей поддерживающей терапии аспирином приступы бронхиальной астмы не рецидивировали, больной прекратил прием бекотида и бронходилатирующих средств. После отмены терапии, поддерживающей состояние десенсибилизации к НПВП отмечалась ремиссия бронхиальной астмы в течение 10 лет. За это время в связи с пояснично-крестцовым радикулитом больной периодически (3—4 раза в год) применял НПВП, ему назначались инъекции реопирина, после которых обострения бронхиальной астмы не отмечались, отсутствовали рецидивы полипоза носа. Хемилюминесцентный тест *in vitro* на переносимость НПВП также оказался отрицательным.

Больной Р. 28 лет. В 1983 г. у него диагностирована АА с высокой степенью чувствительности к аспирину ($K\text{Ч}а = 3,8$). С помощью ингаляций бекотида в дозе 400 мкг в сутки удалось стабилизировать течение заболевания. Проведена аспириновая десенсибилизация. В течение года больной нерегулярно принимал поддерживающие состояние толерантности к НПВП дозы аспирина, а через год прекратил лечение в связи с ремиссией АА. В 1987 г., через 4 года после аспириновой десенсибилизации, проба с аспирином выявила наличие умеренной чувствительности к аспирину: $K\text{Ч}а = 2,4$.

Таким образом, у двух из описанных больных АА длительная поддерживающая состояние десенсибилизации к НПВП терапия аспирином улучшила течение заболевания, позволила полностью ликвидировать аспириновую гиперчувствительность, при необходимости (больной Щ.) провести гипосенсибилизацию бытовыми аллергенами. В третьем наблюдении (больной Р.) отмечено лишь снижение выраженности гиперчувствительности к НПВП, что, по-видимому, обусловлено меньшей длительностью поддерживающей терапии.

Конкретный механизм, лежащий в основе описанного феномена исчезновения гиперчувствительности к НПВП у больных АА, нуждается в уточнении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дидковский Н.А., Решетова Н.В., Трескунов В.К., Шерстнев М.П. Диагностика непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов хемилюминесцентным методом: Метод. рекомендации. — М., 1992. — С.5—8.
2. Сулаквелидзе И.В. Изучение клинко-патогенетических особенностей и терапии аспириновой бронхиальной астмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — С.9—10.
3. Трескунов В.К., Дидковский Н.А., Захаржевская Т.В., Евсеев Н.Г. Бронхоконстрикторное и бронходилатирующее действие аспирина у больных бронхиальной астмой // Клин. мед. — 1990. — № 6. — С.71—74.
4. Lee T.N. Mechanism of bronchospasm in aspirin-sensitive asthma (Ed) // Am. Rev. Respir. Dis. — 1993. — Vol.148, № 6. — Pt I. — P.1442—1443.

Поступила 14.02.96.

Дискуссии

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.233/24-053.2-036

КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ¹

В ноябре 1995 г. на базе НИИ педиатрии Российской академии медицинских наук состоялся симпозиум педиатров-пульмонологов России совместно с Проблемной комиссией по детской пульмонологии и наследственно-детерминированным болезням легких секции пульмонологии ученого медицинского совета Минздравмедпрома РФ, посвященный совершенствованию существующей классификации неспецифических болезней органов дыхания.

В симпозиуме приняли участие представители ряда научно-исследовательских и высших учебных заведений (НИИ педиатрии РАМН, Москва; НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравмедпрома РФ, Москва; Государственный научный центр пульмонологии, Санкт-Петербург; Российский государственный медицинский университет, Москва; Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова; медицинский факультет Университета дружбы народов, Москва; Казанский государствен-

¹ Опубликовано в журнале "Российский вестник перинатологии и педиатрии" № 2, 1996 г. (принята в Москве на симпозиуме по совершенствованию классификации неспецифических болезней легких у детей).

ный медицинский университет; Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург; Ивановская государственная медицинская академия; Новосибирский медицинский институт; Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей; медицинский факультет Чувашского государственного университета, Чебоксары; Пензенский государственный институт усовершенствования врачей), изучающие проблемы пульмонологии детского возраста.

На симпозиуме было отмечено, что предыдущая классификация, принятая в нашей стране ("Педиатрия". — 1981, № 1. С.1—9), внесла значительный вклад в развитие детской пульмонологии. В классификации были представлены рубрики наиболее часто встречающихся форм бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии, их определения и основные критерии диагностики, в которых отмечены наиболее характерные признаки заболеваний. Особенностью классификации было четкое определение нозологических форм, что значительно облегчало их диагностику, а также создавало возможность дальнейшей детализации клинических вариантов заболеваний.

За прошедший период эта классификация подтвердила свою практическую ценность. Она способствовала совершенствованию помощи детям с бронхолегочной патологией и повышению знаний педиатров в этой области. Тем не менее, прогресс в понимании сущности заболеваний бронхов и легких требует уточнения ряда положений классификации, чем и было обусловлено проведение данного симпозиума.

Ниже приводятся результаты обсуждения, выразившиеся в согласованных положениях консенсуса.

Бронхиты

Бронхит — воспалительное заболевание бронхов различной этиологии (инфекционной, аллергической, физико-химической и т.д.)

Критерии диагностики: кашель, сухие и разнокалиберные влажные хрипы, рентгенологически — отсутствие инфильтративных или очаговых изменений в легочной ткани; может наблюдаться двустороннее усиление легочного рисунка и корней легких.

Выделяют следующие формы бронхитов.

Острый бронхит (простой): бронхит, протекающий без признаков бронхиальной обструкции.

Острый обструктивный бронхит, бронхиолит: острый бронхит, протекающий с синдромом бронхиальной недостаточности и обилие мелкопузырчатых хрипов; для обструктивного бронхита — свистящие хрипы.

Острый облитерирующий бронхит — тяжелое заболевание вирусной или иммунопатологической природы, приводящее к облитерации бронхиол и артериол.

Рецидивирующий бронхит: бронхит без явлений обструкции, эпизоды которого повторяются 2—3 раза в течение 1—2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Эпизоды бронхита характеризуются длительностью клинических проявлений (2 нед и более).

Рецидивирующий обструктивный бронхит: обструктивный бронхит, эпизоды которого повторяются у детей раннего возраста на фоне острых респираторных вирусных инфекций. В отличие от бронхиальной астмы обструкция не имеет приступообразного характера и не связана с воздействием неинфекционных аллергенов.

Иногда повторные эпизоды обструкции связаны с хронической аспирацией пищи. У части детей рецидивирующий обструктивный бронхит является дебютом бронхиальной астмы (группы риска: дети с признаками аллергии в личном или семейном анамнезе, а также с 3 и более эпизодами обструкции).

Хронический бронхит: в детском возрасте является обычно проявлением других хронических болезней легких. Как самостоятельное заболевание хронических бронхит (представляющий собой хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов, протекающее с повторными обострениями) диагностируется при исключении хронической пневмонии, легочной и смешанной форм муковисцидоза, синдрома цилиарной дискинезии и других хронических заболеваний легких.

Критерии диагностики: продуктивный кашель, постоянные разнокалиберные влажные хрипы в легких (в течение нескольких месяцев) при наличии 2—3 обострений заболеваний в год на протяжении 2 лет.

Хронический бронхиолит (с облитерацией)

Заболевание, являющееся последствием острого облитерирующего бронхиолита, морфологическим субстратом которого является облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легких, приводящая к нарушению легочного кровотока и развитию эмфиземы. Синдром одностороннего свертхпрозрачного легкого (синдром Маклеода) представляет собой частный случай данного заболевания.

Клинически проявляется одышкой и другими признаками дыхательной недостаточности разной степени выраженности, наличием стойкой крепитации и мелкопузырчатых хрипов.

Критерии диагностики: характерные клинические данные при наличии рентгенологических признаков повышенной прозрачности легочной ткани и скитинграфически — резкого снижения легочного кровотока в пораженных отделах легких.

Пневмония

Пневмония — острое воспалительное заболевание легких. Пневмония может быть вызвана бактериальными, вирусными, риккетсиозными, хламидийными, микоплазменными, паразитарными возбудителями, некоторыми химическими воздействиями, а также аллергическими факторами.

Пневмония может возникать как первичное заболевание или вторично, осложняя другие болезни.

Критерии диагностики: нарушение общего состояния, повышение температуры тела, кашель, одышка, различной степени выраженности и характерные физикальные изменения. Рентгенологическое подтвер-

Таблица 1

Этиологические факторы пневмонии

Внебольничная	Внутрибольничная	При перинатальном инфицировании	У больных с иммунодефицитом
пневмококк	стафилококк	хламидии	различные бактерии
<i>H. influenzae</i>	<i>E. coli</i>	пневмоцисты	пневмоцисты
стафилококк	<i>H. influenzae</i>	уреаплазма	грибы
стрептококк	псевдомонады	цитомегаловирус	цитомегаловирус
микоплазма	протей	<i>Branchamella</i>	микобактерии
<i>Chl. pneumon</i>	<i>Branchamella</i>	вирусы	вирусы
легионелла	серрация		
вирусы	вирусы		

ждение базируется на выявлении очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме.

По морфологическим формам различают очаговую, сегментарную, очагово-сливную, крупозную и интерстициальную пневмонию. Интерстициальная пневмония является редкой формой при пневмоцистозе, сепсисе и некоторых других болезнях.

Выделение морфологических форм имеет определенное прогностическое значение и может влиять на выбор стартовой терапии.

Характер возбудителя и, часто, его лекарственная чувствительность во многом зависят от условий, в которых произошло инфицирование. Это делает целесообразным выделение следующих основных групп пневмоний (в каждой группе указаны наиболее вероятные возбудители):

Течение пневмонии может быть острым или затяжным. **Затяжная пневмония** диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки от 6 нед до 8 мес от начала болезни; это должно стать поводом для поиска возможных причин такого течения.

При **рецидивировании пневмонии** (при исключении ре- и суперинфекции) необходимо обследовать ребенка на наличие муковисцидоза, иммунодефицитного состояния, хронической аспирации пищи и т.д.

Пневмония может быть неосложненной и осложненной. Основными осложнениями являются:

Тяжесть пневмонии обусловлена выраженностью клинических проявлений и/или осложнений.

Формулировка полного диагноза должна включать, наряду с указанными параметрами, данные о локализации пневмонического процесса (легкое, доля, сегмент, диффузная), о сроках от начала болезни и об уточненной (при возможности) или предполагаемой этиологии.

Хроническая пневмония

Определение: хроническая пневмония представляет собой хронический воспалительный неспецифический процесс, имеющий в своей основе необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов и пневмосклероза в одном или нескольких сегментах и сопровождающийся рецидивами воспаления в бронхах

Таблица 2

Осложнения пневмонии

Легочные	Внелегочные
синпневмонический плеврит	инфекционно-токсический шок
метапневмонический плеврит	ДВС-синдром
легочная деструкция	сердечно-сосудистая недостаточность
абсцесс легкого	респираторный дистресс-синдром взрослого типа
пневмоторакс	
пиопневмоторакс	

и легочной ткани. Хроническая пневмония чаще всего развивается как результат неполного излечения острой пневмонии, ателектазов различного происхождения, вследствие инородного тела бронха.

Термин "хроническая пневмония" принят в отечественной педиатрии. В зарубежной литературе указанная форма обозначается как "бронхоэктазия (бронхоэктазы)", "хроническое бронхолегочное воспаление", "средне- или нижнедолевой синдром", "хронический бронхит" и др.

Критерии диагностики: наличие характерных клинических симптомов различной выраженности, кашель с мокротой, стабильные локализованные хрипы в легких, периодически возникающие обострения. Рентгенологически определяются признаки ограниченного пневмосклероза, бронхографически — деформации и расширения бронхов.

Клинико-рентгенологическая характеристика включает:

1. Объем и локализацию бронхолегочного поражения
2. Характеристику поражения бронхов:
 - деформация бронхов без их существенного расширения
 - бронхоэктазы
 - стеноз
 - вид и локализация эндобронхита
3. Период заболевания:
 - обострение
 - ремиссия

Тяжесть заболевания определяется характером перечисленных изменений.

Пороки развития трахеи, бронхов, легких и легочных сосудов

Эта группа заболеваний включает в себя пороки развития, связанные с недоразвитием бронхолегочных структур: агенезия, аплазия, гипоплазия легких; пороки развития стенки трахеи и бронхов как распространенные, так и ограниченные, кисты легких, секвестрации легких, пороки развития легочных вен, артерий и лимфатический сосудов.

Критерии диагностики: характерные клинические, рентгенологические, бронхологические и ангиографические симптомы у детей с различной выраженностью респираторных расстройств. Многие пороки развития

являются причиной рецидивирования бронхолегочного воспаления и составляют основу для вторичного формирования хронического воспалительного процесса.

Бронхолегочная дисплазия

Хроническое заболевание, развивающееся вследствие поражения легких при проведении жестких режимов искусственной вентиляции легких с высокими концентрациями кислорода, главным образом у новорожденных детей.

В основе заболевания лежит нарушение архитектуры легочной ткани и, часто, бронхиальная гиперреактивность.

Клинически проявляется дыхательной недостаточностью, симптомами бронхиальной обструкции; рентгенологически выявляются обычно грубые изменения в виде легочного фиброза, кист, изменений прозрачности легочной ткани, деформации бронхов.

Группа альвеолитов

Экзогенный аллергический альвеолит

Определение: экзогенный аллергический альвеолит представляет собой заболевание иммунопатологического характера, вызванное вдыханием органической пыли, содержащей различные антигены, и проявляющееся диффузным поражением альвеолярной и интерстициальной ткани легкого с последующим развитием пневмофиброза.

Критерии диагностики: острое, подострое или хроническое заболевание легких, сопровождающееся кашлем, диффузными крепитирующими и мелкопузырчатыми хрипами, одышкой, рестриктивными и obstructивными нарушениями вентиляции при наличии указаний на контакт с причинно-значимым аллергеном. Рентгенологически характеризуется диффузными инфильтративными и интерстициальными изменениями.

Токсический фиброзирующий альвеолит

Определение: альвеолит, обусловленный токсическим влиянием химических веществ, а также некоторых лекарственных препаратов на легочную ткань.

Критерии диагностики: те же, что и для аллергического альвеолита при наличии указаний на контакт с соответствующим химическим агентом или лекарственным препаратом.

Идиопатический фиброзирующий альвеолит

Определение: идиопатический фиброзирующий альвеолит является первично-хроническим заболеванием неизвестной этиологии с локализацией основного патологического процесса в интерстиции легкого. Процесс, прогрессируя, приводит к диффузному легочному фиброзу.

Критерии диагностики: неуклонно прогрессирующее заболевание, сопровождающееся одышкой, кашлем, рестриктивными нарушениями вентиляции, развитием легочного сердца в отсутствие указаний на этиологические факторы, характерные для других видов альвеолитов.

Критерии тяжести течения бронхиальной астмы*

Клинические симптомы	Легочная функция (МПВ**)
Нетяжелая астма	
Короткие, нерегулярные приступы, реже 1—2 раз в неделю	МПВ > 80% от исходного значения
Симптомы астмы развиваются в ночное время реже 2 раз в месяц	Колебания МПВ < 20%
Между обострениями симптомы не выявляются	На фоне приема бронходилататоров МПВ нормализуется
Умеренная астма	
Обострения чаще 1—2 раз в неделю	МПВ 60—80% от исходного уровня
Симптомы астмы развиваются в ночное время чаще 2 раз в месяц	Колебания МПВ 20—30%
Требуется почти ежедневное введение ингаляционных β_2 -агонистов	МПВ нормализуется после приема бронходилататоров
Тяжелая астма	
Частые обострения	МПВ < 60% от исходного уровня
Симптоматика выявляется постоянно	Колебания МПВ > 30%
Частые проявления ночью	МПВ ниже нормы, несмотря на оптимальную терапию
Ограничение физической активности	
Госпитализация по поводу астмы	
Опасное для жизни обострение	

Примечание. * — Отчет о международном соглашении по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Бетесда, Мериленд 20892 Публикация № 92—3091, март 1992.

** — Максимальный поток выдоха (пиковая скорость выдоха, измеренная флоуметром).

Характеристики, приведенные в таблице, носят общий характер, они могут совпадать лишь частично, поскольку проявления астмы очень многообразны. Более того, классификация даже для отдельного индивидуума может со временем изменяться. Может быть один или более признаков, по которым можно судить о тяжести заболевания. Индивидуум должен быть отнесен к наиболее тяжелой группе, даже если у него выявляется только один признак, характерный для этой группы. После того, как определен минимум медикаментозной терапии, который обеспечит контроль астмы, по этому минимуму можно устанавливать тяжесть состояния.

Указания в анамнезе на состояния, определяющие тяжесть заболевания (например, предшествующие обострения, представляющие опасность для жизни, или госпитализация по поводу астмы в предшествующем году), а также настоящий статус больного должны приниматься во внимание во всех случаях.

Аналогичный подход к определению степени тяжести бронхиальной астмы (легкое, среднетяжелое, тяжелое заболевание) нашел свое отражение в консенсусе по бронхиальной астме, принятом на 5-м национальном конгрессе по болезням органов дыхания, состоявшемся в марте 1995 г. в Москве (Медицинская газета 1995, № 41).

Плевриты

Определение: плеврит — воспалительное заболевание плевры бактериальной, вирусной или аллергической природы. Различают сухой (фибринозный) и выпотной (серозный, серозно-фибринозный, гнойный и геморрагический) плевриты.

Критерии диагностики: характерные клинические и рентгенологические симптомы наличия выпота в плевральной полости.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма представляет собой заболевание, проявляющееся обратимой (полностью или частично) обструкцией бронхов, патогенетическую основу которого составляет аллергическое воспаление дыхательных путей и, в большинстве случаев, гиперреактивность бронхов. Оно характеризуется в типичных случаях периодическим возникновением приступов — нарушением проходимости бронхов в результате их спазма, отека слизистой оболочки и гиперсекреции слизи.

Бронхиальная астма может протекать также в виде астматического бронхита без типичных приступов, спастического кашля (в том числе ночного), астмы физического напряжения.

Критерии диагностики: приступы удушья, астматический статус, астматический бронхит, приступы спастического кашля, сопровождающиеся острым вздутием легких и затруднением выдоха. Рентгенологически во время приступа типично вздутие легких, на фоне которого нередко выявляется усиление бронхососудистого рисунка.

Выделяют atopическую и неatopическую формы бронхиальной астмы. В детском возрасте преобладает atopическая форма заболевания.

Периоды болезни: обострение, ремиссия. Провоцируют обострение, наряду с причинно-значимыми аллергенами, такие неспецифические факторы, как

респираторно-вирусная инфекция, загрязнение атмосферы и воздуха жилых помещений, физическая нагрузка, некоторые лекарственные средства, химические вещества (например, ацетилсалициловая кислота).

По тяжести бронхиальная астма делится на легкую, среднетяжелую и тяжелую. При оценке тяжести, наряду с критериями международного консенсуса (см. приложение), следует также учитывать состояние больного во внеприступном периоде, наличие функциональных изменений со стороны аппарата внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Осложнения: ателектаз легкого, пневмоторакс, подкожная и медиастинальная эмфизема, легочное сердце², эмфизема легких².

В классификацию не включены такие формы патологии, как отелектаз, пневмоторакс, абсцесс и гангрена легкого, инфаркт легкого, отек легких, эмфизема и некоторые другие, обычно представляющие собой осложнения или проявления других заболеваний. Не рассматриваются также поражения легких при ряде системных и наследственных заболеваний, таких, как синдром Кортанагенера, цилиарная дискинезия, иммунодефицитные состояния, муковисцидоз, поражения легких при системной красной волчанке, ревматоидном артрите, опухолях легких и плевры и др.

В рамках этой классификации, как любой другой, по мере накопления новых данных возможна дальнейшая углубленная характеристика клинических форм болезней легких у детей.

Материалы для публикации подготовлены проф. С. В. Рачинским, проф. В. К. Таточенко, проф. С. Ю. Кагановым (Москва)

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.24-091

А. Л. Черняев, Л. М. Михалева, Е. В. Никонова

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

НИИ пульмонологии МЗ и МП РФ, городская клиническая больница № 31, Москва

К настоящему времени сформировалось учение о профессиональных врачебных ошибках — врачебная эрология. Врачебные ошибки — это издержки, промахи, недочеты, упущения в организации медицинской помощи, в постановке и проведении лечебно-диагностического процесса [3, 6]. Единственно полноценным методом определения и изучения врачебных ошибок является клиничко-анатомический анализ, в котором патологи-

ческой анатомии принадлежит место. При оценке врачебных ошибок в патологической анатомии принято выделять объективные и субъективные причины не-правильной диагностики, причем частота субъективных причин может достигать 94,7% [2]. К объективным причинам относят: тяжесть состояния больных, кратковременность пребывания в стационаре, ограниченные возможности медицины, редкость нозологи-

² При наличии данных осложнений необходимо исключить другие хронические обструктивные заболевания легких, являющиеся более частой причиной этих осложнений.