КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.24-002

Борисов И.М.[1], Шаповалова Т.Г.[2]

ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДИАГНОСТИКЕ И ПРИНЦИПАХ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ

[1]Филиал № 12 ФБУ "1602 ОВКГ" МО РФ, г. Знаменск
[2] ГОУ ВПО Саратовский медицинский университет, г. Саратов

Выявлены и проанализированы наиболее важные направления в развитии учения о пневмонии. Продемонстрированы значительные достижения науки в диагностике и терапии данного заболевания за последнее столетие.
Обращено внимание на необходимость внесения ясности в систему взглядов, установившихся в современной отечественной пульмонологии в отношении пневмонии в качестве общепринятых. Поднят вопрос современной терминологии применительно к классификации пневмонии, предложенной Европейским респираторным обществом (ERS) и используемой в России.
Показано, что прогнозируя дальнейший ход эволюции в диагностике и лечении пневмонии, наиболее существенным и давно назревшим стал бы переход от эмпирической антибактериальной терапии к целенаправленной терапии с эффективной эрадикацией возбудителя заболевания.
Ключевые слова: *пневмония, диагностика пневмонии, лечение пневмонии.*

Borisov I.M., Shapovalova T.G.

EVOLUTION OF THE CONCEPTS OF DIAGNOSIS AND PRINCIPLES OF TREATMENT PNEUMONIA

Identified and analyzed the most important trends in the development of the doctrine of pneumonia. Demonstrated significant advances in science in the diagnosis and treatment of this disease over the last century.
Attention is drawn to the need to clarify the belief system established in the modern domestic pulmonology in the ratio of pneumonia as a common. Raised the question modern terminology as applied to the classification of pneumonia, proposed by the European Respiratory Society (ERS) and used in Russia.
It is shown that predicting the future course of evolution in the diagnosis and treatment of pneumonia, the most important and long overdue would be a shift from empiric antibiotic therapy to the targeted therapy with effective eradication of the causative agent.
Key words: *pneumonia, diagnosis of pneumonia, pneumonia treatment*

Труды Гиппократа уже много веков считаются основой развития клинической медицины. Возможно, кто-то был и до него, но до нашего времени сведения о медицинских знаниях более раннего периода, к сожалению, не дошли.

Медицинское образование Гиппократ (460-377 до н. э.) получил под руководством своего отца Гераклита, мать его, Фенарета, была повитухой. Гиппократ относился к 17-му поколению врачебной семьи. Вёл жизнь странствующего врача в Греции, Малой Азии, Ливии. В трудах Гиппократа были отражены представления о целостности организма, обосновывался индивидуальный подход к лечению больного, с особен-

ностями его организма, среды обитания и объективных данных, а не болезни. Гиппократ впервые ввёл понятие об анамнезе, разработал учение об этиологии заболевания.

В развитии пневмонии (от древнегреческого слова "pneumon" - лёгкие) он выделил последовательные этапы (стадии). Воспаление лёгких он расценивал как заболевание целого организма. Гиппократ утверждал, что болезни возбуждают не злые духи, а вполне земные причины. Он считал, что человеческое тело, как и всю природу, образуют четыре стихии, которым соответствуют четыре основные жидкости организма - гуморы. Это - кровь, желтая желчь, черная желчь и слизь. Болезнь же, по Гиппократу, представляет собой нарушение взаимодействия основных гуморов. Так Гиппократ положил начало гуморальной медицине, которая господствовала 2 000 лет.

Лекарства Гиппократ классифицировал также сообразно учению о стихиях. Он полагал, что одни средства разогревают жидкости, другие охлаждают, третьи подсушивают, четвертые увлажняют. Им были выдвинуты четыре принципа лечения: приносить пользу и не вредить, противоположное лечить противоположным, помогать природе и, соблюдая осторожность, щадить больного.

Разработку гуморального учения Гиппократа продолжил Клавдий Гален (130-200), врач римского императора Марка Аврелия. В своём классическом труде "О частях человеческого тела" он дал первое анатомо-физиологическое описание целостного организма и показал, что анатомия и физиология - основа научной диагностики и лечения болезней. Клавдий Гален впервые ввел в практику исследование пульса. Для лечения пневмонии Гален широко применял различные вытяжки и настойки, изготовленные с использованием воды, уксуса, вина, растительного масла. Этим Гален существенно усовершенствовал производство лекарств.

Однако в эпоху Возрождения гуморальная медицина Гиппократа не выдержала натиска новых знаний. Первым серьёзным ударом по ней были исследования профессора университета и городского врача Базеля Парацельса (Филипп фон Гогенгейма) (1493-1541). Собственную систему медицинских знаний Парацельс называл ятрохимией, то есть лечебной химией. Он утверждал, что в человеческом организме происходит взаимодействие различных веществ так же, как и в ретортах алхимиков, и болезни возникают вследствие вредного химического воздействия. Парацельс резко выступал против слепого почитания авторитета Галена. Вместо вымышленных стихий Гиппократа Парацельс ставил на первое место действие реальных химических веществ. Пневмония, в частности, он считал местным воспалительным процессом. Для её лечения в то время применялись, в основном, обильные кровопускания, которые делали настойчиво, повторно, и немудрено, что смертность от пневмонии была очень высокой.

Первым человеком, перед изумленным взором которого открылся невидимый таинственный мир микроскопических существ, был голландский натуралист, занимавшийся торговлей мануфактурой и галантереей Антони ван Левенгук (1632-1723). Используя свой досуг для шлифования оптических стекол, он достиг в этом большого совершенства. Изготовленные им линзы давали 150 - 300 кратное увеличение. В сентябре 1675 года в своём докладе, сделанном на заседании Лондонского королевского общества, он сообщил, что в дождевой воде, постоявшей на воздухе, ему удалось обнаружить мельчайших "живых зверьков" (viva animalcula), которые отличались друг от друга по своей величине и движению. О "живых зверьках" зубного налета он писал: "В моем рту их больше, чем людей в Соединенном Королевстве". Левенгук продемонстрировал микробов под микроскопом и в 1683 году впервые представил рисунки бактерий. Ученые были поражены не только вездесущностью этих мельчайших существ, но и разнообразием их форм. Однако никому не приходило в голову, что эти мельчайшие существа способны как на чрезвычайно вредные, так и на полезные дела.

В этот период с названием заболевания "пневмония" не связывали определенного анатомического и клинического понятия.

"Лихорадочные грудные болезни" по преобладанию того или другого симптома обозначали то как плеврит, то как плевропневмонию или перипневмонию. И только итальянский врач и анатом, профессор Падуанского университета Джованни Морганьи (1682-1771) впервые указал на связь клинических проявлений болезни с патологоанатомическими изменениями в органах [33].

Резкое изменение взглядов на пневмонию произошло в конце XVIII - начале XIX века. В этот период в изучении патологии лёгких стали придавать большое значение объективным методам обследования больного. Так, в 1761 году венский врач Л. Ауэнбруггер (1722-1809) предложил метод перкуссии. В изданной на латинском языке книге "Новый способ, как при выслушивании грудной клетки человека обнаружить скрытые внутри груди болезни" он показал значение перкуссии для диагностики воспаления лёгких, ввёл определение голосового дрожания, подвижности нижних краев. Однако впоследствии его труды были забыты. Вновь они были обретены благодаря Ж. Корвизару, что, несомненно, является его величайшей заслугой. Лейб-медик Наполеона I барон Жан Корвизар (1755-1821) создал и возглавил первую кафедру внутренних болезней в Париже, издал в 1808 году сочинения Л. Ауэнбруггера на французском языке, активно внедрял в практику новый диагностический метод - перкуссию. Среди наиболее известных его учеников - Р. Лаэннек (1781-1826). С 1801 г. работал в клинике под руководством М. Биша (1771-1802) и Ж. Корвизара. Пользуясь изобретенным им в 1816 г. стетоскопом, он разработал и ввел в практику в 1819 г. метод аускультации. С этого времени в клиниках стала развиваться физическая диагностика болезней органов дыхания. Р. Лаэннек отграничил воспаление лёгких от плеврита и указал на связь между этими патологическими процессами и патологоанатомическими данными [33, 40, 41]. Изучая патологическую анатомию пневмонии, он разработал методы, с помощью которых эти патологоанатомические изменения могли быть прослежены и распознаны от начала и до конца на больном. Кроме того, Р. Лаэннек первым описал патологоанатомическую картину туберкулеза и ввел сам термин "туберкулез". От него он и умер в 1826 году.

Русский врач, профессор Московского университета М.Я. Мудров (1776-1831) разработал схему клинического обследования и метод научного опроса больного, впервые ввёл в практику составление истории болезни. Пропагандировал индивидуальную терапию.

Австрийский патолог и врач, чех по национальности, К. Рокитанский (1804-1878), профессор патологической анатомии Венского университета и прозектор Венской городской больницы, считал, что материальный субстрат болезни не следует сводить только к анатомическим изменениям. Он полагал, что изменения крови являются тем первоначальным этапом развития пневмонии, который в дальнейшем переходит в определяемые на вскрытии патологоанатомические изменения лёгких. К. Рокитанский в 1842 году впервые описал и основной признак пневмонии - фибринозный экссудат в альвеолах. До него полагали, что опеченение обусловлено инфильтрацией соединительной ткани лёгких. Вместе с тем, по мнению К. Рокитанского, существовала только одна пневмония, при которой имелось фибринозное воспаление лёгких. Это истинная первичная, или протеропатическая, пневмония. Все остальные пневмонии считались вторичными (дейтеропатическими, по терминологии К. Рокитанского) [24, 33, 43].

Разгадкой роли микроорганизмов в развитии заболеваний человечество обязано французскому микробиологу и химику Луи Пастеру (1822-1895). Свое величайшее открытие он совершил спустя 200 лет после наблюдений Антони ван Левенгука. Луи Пастер открыл природу брожения путём выделения чистой культуры дрожжей, сбраживающих сахар в этиловый алкоголь, а также опроверг теорию самозарождения микроорганизмов, исследовал ряд заразных болезней человека, окончательно установив, что они вызываются специфически-

ми возбудителями. В 1881 году Л. Пастер впервые обнаружил и описал diplococcus lanceolatus (пневмококк). Однако в чистой культуре этот микроорганизм был выделен Френкелем позже, в 1886 году.

Из лечебных средств, которые поражали бы возбудителей недугов в больном организме, в том числе и при пневмонии, в то время использовали лишь ртуть и хинин. От губительного метода кровопусканий в лечении пневмонии к тому времени уже отказались. Вместе с тем, вплоть до начала XX века весьма энергично применяли банки и рвотный корень в больших дозах, а также втирания мази с каломелью и сулемой.

До конца XIX века в Российский Империи болезни делили на "поветренные", "органические", "худосочные" (чахотка) и заразные. В группу "поветренных" заболеваний входили "катары верхних дыхательных путей", воспаления лёгких и плевры. Последние две формы объединялись под названием "перипневмонии".

В России история изучения пневмонии связана с именем С.П.Боткина (1832-1889). На основе опыта лечения больных в клиниках Санкт-Петербурга, С.П. Боткин в "Клинической газете" описал тяжелую форму пневмонии, которая вошла в русскоязычную литературу под названием крупозное воспаление лёгких. Профессор терапевтической клиники Медико-хирургической Академии, вводя в практику термин "крупозная пневмония", имел в виду тяжелое расстройство дыхания, напоминавшее по своим клиническим проявлениям круп. Ещё до открытия пневмококка С.П. Боткин относил крупозную пневмонию к инфекционным заболеваниям. Он показал, что не следует искусственно снижать высокую температуру тела, назначая жаропонижающие средства или купание в холодной воде, как это практиковалось. Крупозное воспаление лёгких в то время относилось к числу наиболее тяжело протекающих заболеваний, смертельные исходы превышали 80 % [4, 7, 40, 41].

В начале XX века крупозное воспаление лёгких было выделено в России в самостоятельную нозологическую форму.

Профессор кафедры микробиологии 2-го Московского медицинского института Н.Ф. Гамалея (1859-1949) полагал, что диплококк Френкеля следует считать возбудителем крупозной пневмонии, а всех прочих микробов, встречающихся при этом заболевании, посторонними примесями. Вместе с тем, наблюдения показали, что диплококк Френкеля не удовлетворяет требованиям специфичности, так как встречается в качестве возбудителя не только при крупозной пневмонии, но и при других заболеваниях. Открытие диплококка дало толчок к поиску специфических средств против пневмококковой инфекции. Исследования проводились в двух направлениях. Одни бактериологи и клиницисты направили усилия на разработку противопневмококковой сыворотки, другие - на поиск химиотерапевтических средств, излечивающих пневомококковую инфекцию. Результаты этих работ оказались не очень удачными, и клиницисты были вынуждены ограничиваться симптоматическим лечением пневмонии [4, 11, 25].

В 1861 году М. Бартельс представил подробную клиническую и патологоанатомическую характеристику катаральной пневмонии (бронхопневмонии), подчеркнув наличие серозного экссудата в альвеолах, в отличии от фибринозного при крупозной пневмонии [4, 33, 40, 41].

Немецкий микробиолог и патологоанатом Карл Фридлендер в эксперименте изучал пневмонию, вызываемую пересечением блуждающих нервов и вдыханием инородных веществ. Было установлено, что катаральная пневмония находится в самой тесной связи с острым бронхитом, который постоянно ей сопутствует. Клинические наблюдения показали, что часто острый бронхит бывает первичным, а пневмония развивается вслед за ним. Промежуточным звеном в ходе развития болезни считали закрытие "бронхиальных трубок" слизью, но не отрицали развития воспалительного процесса путём прямого перехода с бронхиальной ткани на альвеолярную.

В 1865 году французский врач Ж.А. Виллемен экспериментально доказал инфекционную природу туберкулеза, привив тубер-

кулёз человека животному. В марте 1882 г. в Берлинском физиологическом обществе немецкий микробиолог Р. Кох (1843-1910) впервые сообщил об открытии им возбудителя туберкулеза и продемонстрировал этого микроба под микроскопом.

В конце XIX века в клиническую практику, в том числе и при лечении пневмонии, вошла термометрия (хотя предложена она была де Гаеном ещё в 1758 г.).

Почти до начала XX века важнейшими и основными способами клинического исследования больных были наблюдение и физическое исследование путем ощупывания, выслушивания, измерения температуры тела и взвешивания. Однако наряду с разработкой основных клинических методов диагностического исследования практическая медицина в течение последнего столетия стала обогащаться новыми дополнительными (лабораторными и инструментальными) диагностическими методиками.

В. Рентген (1845-1923), немецкий физик-экспериментатор, профессор и директор Вюрцбургского университета, открыл в 1895 году излучение, названное им "Х-лучами" и создал первые рентгеновские трубки. Внедрение "Х-лучей" в клиническую практику позволило значительно чаще выявлять патологические тени в лёгких.

Н.Я. Чистович (1860-1926), терапевт, инфекционист и микробиолог, заведующий кафедрой частной патологии и терапии внутренних болезней Женского (1-го Ленинградского) медицинского института, автор первого советского учебника частной патологии и терапии внутренних болезней, показал, что вирулентные пневмококки вырабатывают вещества, защищающие их от фагоцитоза. Он назвал их антифагинами и считал, что они определяют степень вирулентности пневмококка, а также выделял отличительные признаки пневмонии различной этиологии. Он считал, что каждая из них имеет свои клинические и патологоанатомические черты [43].

В 1925 году А.Н. Рубель выдвинул аллергическую теорию патогенеза "острой пневмонии". В соответствии с этой теорией пневмонический процесс проходит две фазы: рефлекторно-гиперергическую и инфекционно-аллергическую. По мнению исследователя, под влиянием переохлаждения или других факторов окружающей среды изменяется иммунобиологическое равновесие между макроорганизмом и микробами, находящимися в лёгких. В результате лёгочная ткань оказывается сенсибилизированной по отношению к бактериям, что и обуславливает развитие местной и общей аллергической реакции, лежащей в основе пневмонии [4, 40, 41].

В августе 1928 года 46-летний английский микробиолог Александр Флеминг (1881-1955), работавший в Лондонском бактериологическом институте, собираясь в отпуск, случайно оставил в своей лаборатории несколько чашек с посевами мокроты больных пневмонией. 15 сентября, возвратившись из отпуска, он обнаружил, что в один из посевов проникла плесень и вокруг островка плесени бактерии не проросли. У Флеминга возникло предположение, что эта плесень выделяет вещество, препятствующее росту микробов. Он назвал его пенициллином. Отфильтрованной из-под плесени культуральной жидкостью лечили поначалу гнойные раны; однако препарат оказался нестойким и в течение 10-15 дней терял активность. Все попытки выделить из него действующее начало были безуспешными и в 1932 г. комиссия под председательством английского биохимика из института биохимии в Кембридже Э. Чейна пришла к выводу о совершенной неперспективности пенициллина.

Идеи русского химика Н.Н. Зинина (1812-1880) послужили основой для синтеза совершенно новых по строению веществ - синтетических красителей. Поиск средств для борьбы с возбудителями инфекционных болезней проводился в том числе и среди них. Так, в 1935 г. по поручению фармацевтического концерна "Bayer" немецкий микробиолог Герхард Домагк (1895-1964) исследовал противомикробное действие красителя пронтозила, применявшегося в промышленности с 1908 года. Он оказался особенно эффективным против стрептококка - возбудителя горячки роже-

ниц и воспаления лёгких, поэтому Домагк дал ему новое имя - красный стрептоцид.

Неизвестно сколько времени прошло бы до применения этого вещества в клинике, если бы не заболела воспалением лёгких маленькая дочь самого Г. Домагка. Смертность от воспаления лёгких была велика. Когда врачи уже оставляли мало надежд на спасение ребенка, Г. Домагк рискнул впервые применить новый препарат. Жизнь дочери была спасена. Препарат стали широко применять в клинической практике и в первую очередь для лечения пневмонии. В 1939 г. Г. Домагку за это достижение была присуждена Нобелевская премия.

В 1939 г. продолжены работы по выделению и очистке пенициллина, завершившиеся получением его соли в кристаллическом виде и установлением химического строения. Работы возглавил всё тот же Э. Чейн, к тому времени профессор Оксфордского университета. С началом второй мировой войны за дело доведения пенициллина до нужной для медицинской практики формы взялся коллектив под руководством английского патолога Хоуарда Флори (1898-1968). В результате в 1940 г. Х. Флори первым успешно применил пенициллин для лечения животных и человека, а уже в 1941-1942 гг. в военные госпиталя стал поступать пригодный к употреблению препарат.

Вещества, посредством которых осуществляется антибиоз (способность одного организма ограничивать возможности существования другого), американский микробиолог российского происхождения профессор университета Роджерса С.Я. Ваксман (1888-1973) предложил называть антибиотиками. В 1943 г. он же открыл стрептомицин и получил за это Нобелевскую премию в 1952 году.

Автором первого советского пенициллина в 1942 году стала микробиолог и бактериохимик З.В. Ермольева (1898-1974), в 1947 году ею же был получен стрептомицин. С внедрением в практику антибактериальных средств появилась возможность успешного лечения воспаления лёгких, резко сократилась смертность от пневмонии [11].

В годы второй мировой войны пневмония часто наблюдалась у раненых и имела ряд особенностей. Советским терапевтом Н.С. Молчановым (1899 - 1972) была предложена классификация пневмонии у раненых, в которой расшифрованы так называемые симптоматические пневмонии - воспаления лёгких, развивающиеся на противоположной ранению стороне грудной клетки. Морфологически они были мелкоочаговыми и сливными. При ранении черепа пневмонии отличались маловыраженной клинической картиной и относительно лёгким течением. Тяжело протекали пневмонии у раненных в челюсть и лицо [9, 24, 25].

В 60-е - 70-е годы в Советском Союзе разработку учения о пневмонии возглавили Н.С. Молчанов и Б.Е. Вотчал (1895-1971). Классификация пневмонии, предложенная Н.С. Молчановым в 1962 г. в силу своей простоты и универсальности, долгие годы оставалась единственной и в дальнейшем бралась за основу при дополнениях и разработках новых классификаций [9]. Н.С. Молчанов считал, что "одного этиологического фактора недостаточно для суждения о клинических особенностях заболевания" и при группировке пневмоний сохранил как клинико-анатомический, так и этиологический принцип [24, 25]. В этот период стали появляться первые описания атипичной пневмонии - микоплазменной (1962), легионеллезной (1976) и хламидийной (1986).

Классификация Н.С. Молчанова в 1978 г. была дополнена О.В. Коровиной и предусматривала разделение пневмонии по этиологии (бактериальные, вирусные, микоплазменные и риккетсиозные, аллергические, обусловленные физическими и химическими факторами), патогенезу (первичная и вторичная), морфологическим признакам (крупозная и очаговая), течению (остротекущая, затяжная). В классификации Е.В. Гембицкого с соавт. (1983), также являющейся результатом дальнейшего развития классификации Н.С. Молчанова (1962), предусматривалось, что исход заболевания определяется в первую очередь правильно построенной терапией с учётом этиологии пневмонии, подчёркивалась важность определения вида микроорганизма и его чув-

ствительности к антибактериальным средствам. Е.В. Гембицким с соавт. (1983) были установлены этиологические особенности морфологического проявления пневмонии и определен принципиально новый - этиологический - подход к диагностике и учёту пневмонии [9].

Классификация пневмонии, наиболее полно отражающая особенности течения заболевания и позволяющая обосновать этиотропную (антибактериальную) терапию, должна быть построена по этиологическому принципу, который положен в основу классификации пневмонии, представленной в Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (1992). Однако ряд причин практического свойства (получение культуры возбудителя не ранее 48 часов от момента забора материала для исследования, отсутствие у 10-20 % больных пневмонией выделения мокроты при кашле, а также ограниченные технические возможности у большинства лабораторий выделить культуру внутриклеточных возбудителей заболевания) делают этиологическую диагностику в настоящее время малодоступной, а широкое практическое использование этиологической классификации пневмонии - невозможным [6, 13, 34, 44].

В связи с этим, в настоящее время считается наиболее предпочтительной классификация пневмонии, предложенная Европейским респираторным обществом (ERS) в 1995 г. [50, 51, 52], которая учитывает условия, в которых развилось заболевание, особенности инфицирования лёгочной ткани, а также состояние иммунологической реактивности организма больного. Правильный учет перечисленных факторов облегчает, по мнению большинства современных авторов, этиологическую ориентированность в большинстве случаев заболевания [30, 46, 47, 49]. В 2006 г. R. G. Wunderink с соавт. [57] дополнили указанную выше классификацию факторами, связанными с особенностями оказания медицинской помощи.

Анализ литературных данных показывает, что большинство исследований в области лечения и диагностики пневмонии в настоящее время касается, главным образом, применения новых антибактериальных средств, различных способов воздействия на воспалительный процесс и их сочетаний при лечении данной патологии [35]. Для оптимизации диагностики и подходов к антибактериальной терапии этого заболевания с начала 90-х гг. XX века стали активно популяризироваться многочисленные клинические рекомендации по ведению пневмонии: рекомендации Канадского торакального общества, 1993 г. [53], Американского торакального общества, 1993, 2001, 2007 гг. [35, 54, 55], рекомендации Британского торакального общества 1993 [48], Европейского респираторного общества, 1998г. [50], Европейского респираторного общества, 2005 г. [56], Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации клинической микробиологической и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), опубликованные в 2003 г. и 2006 г. [5, 6, 45]. Указанные рекомендации призваны минимизировать стоимость лечения, сократить сроки госпитализации и уменьшить летальность от пневмонии.

В настоящее время в литературе обсуждаются новые подходы к прогнозированию течения пневмонии у лиц молодого возраста [20], клинико-лабораторные критерии оценки эффективности антибактериальной терапии больных [19, 21, 32], вопросы лучевой и микробиологической диагностики пневмонии [28, 39]. Довольно большое число исследований посвящено изучению антибактериальной терапии пневмонии и антимикробной резистентности [1, 2, 3, 38], влиянию антибактериальной терапии на состояние иммунного статуса, а также использованию иммунокорригирующей терапии, пребиотиков и системной энзимотерапии при пневмонии [10, 15, 16, 17, 26, 29, 31, 42].

В некоторых работах последних лет анализируется влияние сопутствующей патологии, различных типов вегетативной нервной системы на течение пневмонии [8], а также активно изучаются влияние генетических факторов на формирование воспаления в лёгочной ткани [22], в том числе особенности межклеточного взаимодей-

ствия при иммунологических нарушениях, состояние системы гемостаза и гемодинамики, в том числе внутрисердечной, и кровотока в лёгочных венах в различные периоды заболевания [18, 36].

В ряде исследований обсуждается эффективность иммунопрофилактики внебольничной пневмонии в организованных коллективах [12, 14, 23, 27, 37].

Заключение.

Вопрос классификации пневмонии можно с достаточным основанием отнести к одному из неразрешенных в современной отечественной пульмонологии. Знакомство с соответствующей литературой нередко вызывает чувство разочарования у врача-клинициста, который оказывается в затруднительном положении не только при оценке рекомендаций по распознаванию пневмонии, но и при юридическом оформлении диагноза. В системе взглядов, установившихся в современной пульмонологии в отношении пневмонии в качестве общепринятых, имеются неточности, недоработки и противоречия.

В первую очередь необходимо внести ясность в отечественную классификацию. В связи с тем, что классификация пневмонии была предложена Европейским респираторным обществом (ERS) и, соответственно, изначально имела англоязычное происхождение, при переводе на русский язык закономерно возникли разночтения. Так заболевание, в англоязычной литературе согласно классификации пневмонии (ERS-1995) именуемое как community-acquired pneumonia (CAP), в отечественной литературе стало называться по-разному: внебольничная, внегоспитальная, приобретённая, внебольнично приобретённая, домашняя, амбулаторная (возможно есть и другие названия). Заболевание hospital-acquired pneumonia (HAP), в отечественной литературе также приобрело несколько синонимов: госпитальная, нозокомиальная, внутрибольничная, внутрибольнично приобретённая, больничная. Данная терминология построена с использованием одного слова - "больница" (на английском языке - hospital, на латинском языке - nosocomium). Как и в первоисточнике, заболевания, именуемые CAP и HAP, в отечественной литературе должны иметь названия без вариаций. И раз уж в России используется классификация пневмонии, предложенная экспертами ERS, то предпочтение в терминологии, вероятно, следует отдавать языку оригинала. А может быть пришло время создать отечественную классификацию пневмонии? Тем более, что у нас уже был опыт использования классификации Н.С. Молчанова, долгие годы остававшейся в силу своей простоты и универсальности единственной, а по существу абсолютно приемлемой, не потерявшей своей актуальности и в наши дни.

Пневмония, об эволюции диагностических методов и принципов терапии которой говорится в настоящей статье, по классификации ERS-1995 именуемая как community-acquired pneumonia (CAP), представляющая наиболее актуальную проблему современного здравоохранения во всём мире, занимающая ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах, представляющая проблему в армиях практически всех стран, имеющих призыв граждан, в силу высокой заболеваемости среди военнослужащих, в отечественной классификации могла бы называться просто - пневмония, а вот все остальные формы, перечисленные в ERS-1995, - с использованием уточняющих определений (характеризующих условия, в которых развилось заболевание, состояние иммунологической реактивности организма больного, особенности оказания медицинской помощи и прочее).

Внедрение новых и значительное усовершенствование давно известных диагностических и лечебных методов постоянно и неизбежно приводит к некоторому пересмотру сложившихся ранее представлений. Лекарственные средства, применяемые для лечения пневмонии в настоящее время, в будущем вряд ли останутся в арсенале медикаментозной терапии пневмонии, большинство из них уйдут в историю вместе с рекомендациями, предписывающими их применение. Научные исследования и

практика лечения больных проведут естественный отбор наиболее эффективных средств и их комбинаций.

Прогнозируя дальнейший ход эволюции в терапии данного заболевания, главным, наиболее существенным и давно назревшим стал бы переход от эмпирической антибактериальной терапии, основывающийся на вероятной этиологии заболевания, к целенаправленной терапии с эффективной эрадикацией возбудителя заболевания. Безусловно, вопросы этиологической диагностики пневмонии требуют привлечения сложных современных бактериологических, иммунологических и молекулярно-биологических методов, за ними будущее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибиотикорезистентность Streptococcus pneumonia в России в 1995 - 2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-I и ПеГАС-II / Р.С.Козлов, О.В.Сивая, К.В.Шпынев и др. // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. - 2006. - №8.- С. 33-47.
2. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии в военных лечебно-профилактических учреждениях / А. И. Синопальников, С. А. Рачина, А. В. Ященко, Е. П. Шаль // Воен.-мед. журн. - 2009. - Т. 330.- № 2. - С. 14-20.
3. Антибиотикотерапия нетяжёлой внебольничной пневмонии в стационаре (клинико-экономический анализ) / О.В.Молчанова, С.Ш.Сулейманов, А.Б.Островский и др. / / Вестник ВолГМУ. - 2008.- №4. - С. 63 - 65.
4. Василенко В. Х. Крупозное воспаление лёгких / В. Х. Василенко. - Киев: Госмедиздат УССР, 1947. - 55 с.
5. Внебольничная пневмония у взрослых: Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин [и др.] // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. - 2003. - № 5. - С. 198-224.
6. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин [и др.]. - М.: ООО "Издательский дом "М-Вести", 2006. - 76 с.
7. Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии / Б.Е. Вотчал. - М.: Медицина, 1965. - 176 с.
8. Гаврилов О. В. Зависимость течения внебольничной пневмонии у молодых военнослужащих от типа реакции вегетативной нервной системы: автореф. дисс. канд. мед. наук / О. В. Гаврилов. - М., 2002. - 16 с.
9. Гембицкий Е.В. Военно-полевая терапия / Е.В. Гембицкий, Ф.И. Комаров. - М.: Медицина, 1983. - 256 с.
10. Голодных Ю. В. Патогенетическое обоснование использования ронколейкина при тяжёлом течении пневмонии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Голодных. - Чита, 2002. - 16 с.
11. Ермольева З.В. Антибиотики, интерферон, бактериальные полисахариды / З.В. Ермольева. - М.: Медицина. - 1968. - 243 с.
12. Жоголев С. Д. Профилактика внебольничной пневмонии в воинских коллективах 23-валентной пневмококковой вакциной / С. Д. Жоголев, П. И. Огарков, П. И. Мельниченко // Воен.-мед. журн. - 2004. - Т. 325.- № 12. - С. 35-43.
13. Казанцев В.А. Пневмония: Руководство для врачей / В.А. Казанцев, Б.Б. Удальцов. - СПб.: СпецЛит, 2002. - 118 с.
14. Коротченко С. И. Некоторые аспекты профилактики внебольничных пневмоний / С. И. Коротченко // Второй съезд военных врачей медико-профилактического профиля Вооружённых Сил Российской Федерации: тр. съезда / Вестник Российской военно-медицинской академии.- Приложение.- СПб: ВМедА, 2006. - №1(15).- С. 188-189.
15. Косовский Г. Ю. Влияние комбинированной иммунокорригирующей терапии на динамику клинико-иммунологических показателей у больных пневмонией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. Ю. Косовский. - Белгород, 2003. - 16 с.
16. Кошевенко Ю. Н. Новые патогенетические механизмы системной энзимотерапии / Ю. Н. Кошевенко, Н. С. Смирнова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 1999. - № 1.- С. 70-3.

17. Кузин В. В. Обоснование клеточно-ассоциированной антибактериальной терапии и иммунокорригирующей терапии при внегоспитальной пневмонии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Кузин. - М., 2006. - 16 с.
18. Кукушкина Н. В. Состояние внутрисердечной гемодинамики и кровотока в лёгочных венах у лиц молодого возраста с внебольничной пневмонией в различные периоды заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Кукушкина.. - СПб., 2003. - 16 с.
19. Лазарева Н. Б. Роль циркулирующих цитокинов в оценке эффективности проводимой антибактериальной терапии у больных тяжёлой внебольничной пневмонией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Б. Лазарева.- М., 2004. - 16 с.
20. Лебедева М. Н. Новые подходы к прогнозированию течения внебольничных пневмоний у лиц молодого возраста / М. Н. Лебедева, О. В. Гаврилов // Пульмонология. - 2005. - № 3. - С. 48-51.
21. Лищенюк О. А. Клинико-лабораторные критерии оценки эффективности эмпирической антибактериальной терапии больных внебольничной пневмонией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. А. Лищенюк.- Саратов, 2004. - 16 с.
22. Логвиненко Н. И. Некоторые особенности этиологии, клиники, влияние генетических факторов на формирование воспаления (на модели современных пневмоний в Новосибирске): автореф. дис. … д-ра мед. наук /Н. И. Логвиненко. - Барнаул, 2003. - 45 с.
23. Мельниченко П. И. Применение пневмококковой вакцины "Пневмо-23" для профилактики инфекций респираторного тракта и лор-органов в воинских коллективах / П. И. Мельниченко, В. Д. Мосягин, С. Д. Жоголёв // Бюл. "Вакцинация".- 2003.-№ 5 (29).- С. 9-11.
24. Молчанов Н.С. Острые пневмонии / Н.С. Молчанов. - Л.: Медицина, 1965. - 207 с.
25. Молчанов Н.С. Клиника и лечение острых пневмоний / Н.С. Молчанов, В.В. Ставская. - Л.: Медицина, 1971. - 295 с.
26. Опыт и перспективы системной энзимотерапии при лечении заболеваний дыхательных путей / И. Л. Клячкина, В. В. Рыбаченко, Г. Ю. Кнорринг, Е. В. Воронина // Доктор.Ру. - 2006. - № 2. - С. 31-35.
27. О результатах применения вакцины "Пневмо-23" на Северном флоте / В. В. Рыбаченко, В. К. Семенцов, В. М. Мануйлов, С. П. Заболотный // Воен.-мед. журн. - 2009. - № 2. - С. 11-13.
28. О диагностике и лечении осложнённой внебольничной пневмонии у военнослужащих, проходящих службу по призыву / Е. Н. Николаевский, А. Н. Калабашкин, Н. М. Исмагилов и др. // Воен.-мед. журн. - 2007. - № 12. - С. 12-14.
29. Раков А. Л. Клиническая эффективность пребиотиков в комплексном лечении внебольничной пневмонии у военнослужащих, проходящих службу по призыву// А. Л. Раков, В. Б. Гриневич, А. Е. Крюков и др. // Воен.-мед. журн. - 2006. - Т. 327.- № 4. - С. 15-22.
30. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: руководство для практикующих врачей / Под ред. А.Г. Чучалина. - М.: Литерра, 2004. - 873 с.
31. Ремезов А. П. Системная энзимотерапия, как способ потенцирования эффекта антибактериальных средств / А. П. Ремезов, Г. Ю. Кнорринг // Антибиотики и химиотерапия. - 2003. - Т. 48.- № 3 - С. 30-33.
32. Роль гуморальных маркеров активности воспаления в оценке адекватности стартовой антибактериальной химиотерапии внебольничной пневмонии / А.Ф.Шепеленко, В.Л. Хацкевич, В.А. Лищенюк и др. // Воен.-мед. журн. - 2005. - Т. 326.- № 1. - С. 25-30.
33. Сильвестров В.П. Пневмония: исторические аспекты и современность / В.П. Сильвестров // Тер. арх. - 2003. - № 9. - С. 63-69.
34. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей /А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. - М.: ООО "Премьер МТ", "Наш город", 2007. - 352 с.
35. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: современные

подходы к диагностике, антибактериальной терапии и профилактике (по материалам согласительных рекомендаций Американского общества инфекционистов Американского торакального общества, 2007)/ А.И. Синопальников, С.Ю. Чикина, А.Г. Чучалин // Пульмонология. - 2008. - № 5. - С. 15-50.
36. Скидан В. И. Вариабельность ритма сердца и состояние системной гемодинамики у больных пневмонией молодого возраста с дефицитом массы тела: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. И. Скидан.- Хабаровск, 2004. - 16 с.
37. Совершенствование профилактики внебольничных пневмоний в воинских коллективах / С.Д. Жоголев, П.И.Огарков, Е.И. Ефимов и др. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. - 2008. - № 2 (22). - С. 272-273.
38. Участие условно-патогенной микрофлоры в развитии пневмонии / Г. Г. Катрецкая, Ю. Н. Маслов, Л. П. Быкова, А. П. Годовалов // Инфекции в практике клинициста. Антибактериальная и антивирусная терапия на догоспитальном и госпитальном этапах: материалы научно-практической конференции с международным участием.- Харьков. 2008. - С. 155-157.
39. Хацкевич В. Л. Оптимизация клинико-инструментального обследования больных острыми инфильтративными заболеваниями лёгких в условиях пульмонологического стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Л. Хацкевич. - Саратов, 2004. - 16 с.
40. Цинзерлинг В. Д. Острые пневмонии: морфология, морфогенез и вопросы патогенеза острых пневмоний / В. Д. Цинзерлинг. М.: Медгиз, 1961. - 92 с.
41. Цинзерлинг В. Д. Патологическая анатомия острых пневмоний разной этиологии / В. Д. Цинзерлинг, А. В. Цинзерлинг. - Л.: Медицина, 1963. - 123 с.
42. Чибикова А. А. Влияние антибактериальной терапии на состояние иммунного статуса и реакцию острого воспаления у больных внебольничной пневмонией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Чибикова.- М., 2004. - 16 с.
43. Чистович Н.Я. Курс частной патологии и терапии внутренних болезней. Вопросы клиники и патологии заболеваний лёгких: В 2 т. / Н.Я. Чистович. - Петроград, 1922. - Т. 1.
44. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы диагноза в пульмонологии / А.Г. Чучалин // Пульмонология. - 2001. - № 1. - С. 6-11.
45. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // А.Г. Чучалин [и др.] // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. - 2006. - Т. 8.- № 1. - С. 54-86.
46. Andes D. Anon J., Jacobs M. R. et al. Applications of pharmacokinetics and pharmacodynamics to antimicrobial therapy of respiratory tract infections. Clin Lab Med. -2004;24:477-502.
47. Bartlett J.G. Guidelines from the Infections Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults / J. G. Bartlett, S. F. Dowell, L. A. Mandell //Clin. Infect. Dis. - 2000. - Vol. 31. - P. 347-382.
48. British T horacic Society. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital //Br. J. Hosp. Med.- 1993.-Vol. 49.-P. 346-350.
49. Calbo E. Application of pharmacokinetics and pharmacodynamics to antimicrobial therapy of community-acquired respiratory tract infections /E. Calbo, J. Garau // Respiration.- 2005.-Vol. 72.- P. 561-571.
50. ERS Task ForceReport. Guidelines for the management of adult community-acquired lower respiratory tract infections // Eur. Respir. J. - 1998. - Vol. 11. - P 986-991.
51. Ewig S. Severe community-acquired pneumonia: assessment of severity criteria / S. Ewig, M. Ruiz, J. Mensa // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1998. - Vol. 158. - P. 1102-1108.
52. Huchon G. Guidelines for management of community-acquired lower respiratory tract infections. European Study Community-acquired Pneumonia (ECOCAP) / G. Huchon, M. Woodhead // Committee. Eur. Respir. J. - 1998. - № 11. - P. 986-991.

53. Mandell L. A. Antimicrobial treatment of community-acquired pneumonia in adults: a conference report. Canadian Community-Acquired Pneumonia Consensus Conference Group / L. A. Mandell, M. S. Niderman // Can. J. Infect. Dis. - 1993. - № 4. - P. 25-51.
54. Niderman M. S. Guidelines for the initial empiric therapy of community-acquired pneumonia: proceedings of an American Thoracic Society Consensus Conference / M. S. Niderman, J. B. Bass, G. D. Campbell // Am. Rev. Respir. Dis. - 1993. - № 148. - P. 1418-1426.
55. Niederman M. S. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention / M. S. Niederman, L. A. Mandell, A. Anzueto // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2001. - Vol. 163. - P. 1730-1754.
56. Woodhead M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig // Eur. Respir. J. 2005. - № 26. - P. 1138 - 1180.
57. Wunderink R. G. Pneumonia. In: Encyclopedia of respiratory medicine. / R. G. Wunderink, G. M. Mutlu, G. J. Laurent // The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford, UK. - 2006. - Vol. 3. - P. 402 - 407.