

Пневмония: исторический экскурс и нерешённый вопрос классификации

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Проанализированы наиболее важные направления в развитии учения о пневмонии. Исторические аспекты изучения и эволюции методов лечения пневмонии с древнейших времен до наших дней рассмотрены в контексте классификации заболевания и перспектив дальнейшего совершенствования диагностических методик, стратегий и тактик лечения пневмонии. Продемонстрированы значительные достижения науки в диагностике и терапии данного заболевания за последнее столетие. Обращено внимание на необходимость внесения ясности в систему общепринятых взглядов, установившихся в современной отечественной пульмонологии в отношении пневмонии. Подчёркнуто, что врач-клиницист оказывается порой в затруднительном положении не только при практическом использовании рекомендаций по диагностике и лечению пневмонии, но и при формулировке диагноза. Поднят вопрос несовершенства существующей терминологии применительно к классификации пневмонии, предложенной Европейским респираторным обществом и используемой в России в настоящее время. Высказано пожелание о необходимости 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. Показано, что если прогнозировать дальнейший ход эволюции в диагностике и лечении пневмонии, то 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, классификация пневмонии, лечение пневмонии, перспективы изучения и лечения пневмонии.

История изучения пневмонии, методов ее диагностики и лечения берёт начало в трудах Гиппократ (460–377 гг. до н. э.). В них были отражены представления об общей реакции организма при развитии заболевания, обосновывался индивидуальный подход к лечению больного с учетом его особенностей, объективных данных, среды обитания. Гиппократ впервые указал на важность анамнеза заболевания, значение причинного фактора в изучении этого заболевания.

С именем Гиппократ связан и сам термин «пневмония» (от древнегреческого слова «pn imon» – лёгкие). Он первым выделил последовательные этапы (стадии) течения заболевания. Воспаление лёгких он расценивал как заболевание всего 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 2000 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. Эти рекомендации дошли до наших дней и не потеряли своей актуальности не только в практике лечения пневмонии, но и других заболеваний.

Разработку гуморального учения Гиппократ 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 Гиппократ не выдержала натиска новых знаний. Первым серьёзным ударом по ней были исследования профессора университета и городского врача Базеля Парацельса (Филиппа 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, как и в ретортах алхимиков, и болезни возникают вследствие вредного

химического воздействия. Парацельс резко выступал против слепого почитания авторитета Галена. Вместо вымышленных стихий Гиппократ Парацельс ставил на первое место действие реальных химических веществ. Он публично сжигал сочинения Галена и Гиппократ в знак своего несогласия с ними. А о некоторых методах врачевания самого Парацельса свидетельствует, в частности, его целебный бальзам, изобретение которого он ставил себе в заслугу. Ингредиентами бальзама, который рекомендовалось готовить только под знаком Венеры, были человеческий жир, жир быка или дикого вепря (или медведя), мшистые наросты от сырости на черепе повешенных [5].

Пневмонию же Парацельс 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 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 г. 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». Антони ван Левенгук продемонстрировал микробов под микроскопом и в 1683 г. 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.

Разумеется, Антони ван Левенгук не стал первооткрывателем возбудителей инфекционных заболеваний, но он сделал первый, самый важный шаг в мир микробиологической диагностики, без которого последующие великие открытия были бы невозможны. Потребуется ещё 200 лет, чтобы среди бесчисленного множества микроорганизмов найти того, что несёт ответственность за тяжёлую инфекцию с преимущественным поражением лёгочной ткани – пневмококка и весь прочий сонм бактерий – возбудителей пневмонии, известных в настоящее время.

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 [9].

Резкое изменение взглядов на пневмонию произошло в конце XVIII – начале XIX вв. В этот период в изучении патологии лёгких стали придавать большое значение объективным методам обследования больного. Так, в 1761 г. венский врач Леопольд 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 Жану 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 г. 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. он 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 [8–10]. 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».

Австрийский патолог и врач 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 г. 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) [6, 8, 11].

Разгадкой роли микроорганизмов в развитии заболеваний человечество обязано французскому ми-

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 специфическими возбудителями. В 1881 г. Л. Пастер впервые обнаружил и описал *diplococcus lanceolatus* (пневмококк). Однако в чистой культуре этот микроорганизм был выделен только в 1886 г. Е. Френкелем, ровно 130 лет назад.

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 в. весьма энергично применяли банки и рвотный корень в больших дозах, а также втирания мази с каломелью и сулемой.

До конца XIX в. в Российской 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% [1, 2, 9, 10]. В начале XX в. 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 Е. Френкеля следует считать возбудителем крупозной пневмонии, а всех прочих микробов, встречающихся при этом заболевании, посторонними примесями. Вместе с тем наблюдения показали, что диплококк Е. 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 специ-

фических 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 пневмококковую инфекцию. Результаты этих работ оказались не очень удачными, и клиницисты были вынуждены ограничиваться симптоматическим лечением пневмонии [1, 4, 7].

В 1861 г. М. Бартельс представил подробную клиническую и патологоанатомическую характеристику катаральной пневмонии (бронхопневмонии), подчеркнув наличие серозного экссудата в альвеолах в отличие от фибринозного при крупозной пневмонии [1, 8–10].

Немецкий микробиолог и патологоанатом Карл Фридлиндер в эксперименте изучал пневмонию, вызываемую пересечением блуждающих нервов и вдыханием инородных веществ. Было установлено, что бронхопневмония 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 конце XIX в. 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 в. 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 г. 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 [11].

В 1925 г. 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 сенсibilизированной по отношению к бактериям, что и обуславливает развитие местной и общей аллергической реакции, лежащей в основе пневмонии [1, 9, 10].

В августе 1928 г. 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 А. 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 «Бауег» немецкий микробиолог Герхард Домагк (1895–1964) исследовал противомикробное действие красителя прontosила, применявшегося в промышленности с 1908 г. Он оказался особенно эффективным против стрептококка – возбудителя горячки рожениц 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. Препараты стали широко применять в клинической практике и в первую очередь для лечения пневмонии.

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 госпитали 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.

Автором первого советского пенициллина в 1942 г. стала микробиолог и бактериохимик З.В. Ермольева (1898–1974), в 1947 г. ею же был получен советский стрептомицин. С внедрением в практику антибактериальных средств появилась возможность успешного лечения воспаления лёгких, резко сократилась смертность от пневмонии [4].

В годы Второй мировой войны пневмония часто наблюдалась у раненых и имела ряд особенностей. Советским военным 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 [3, 6, 7].

Здесь уместно отметить, что до классификации пневмонии у раненых Н.С. Молчанова какие-либо сведения о классификации пневмонии вообще отсутствуют. Классификация пневмонии у раненых стала первой попыткой систематизации заболевания. Таким образом была обозначена проблема, решение которой растянулось на долгие годы.

В 60–70-е гг. 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 [3]. 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 [5, 6]. В этот период стали появляться первые описания атипичной пневмонии – микоплазменной (1962), легионеллезной (1976) и хламидийной (1986).

В 1978 г. классификация Н.С. Молчанова 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 чувствительности 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 [3].

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 ч 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 – практически невозможным [12].

В связи с этим в настоящее время считается наиболее предпочтительной классификация пневмонии, которая предложена Европейским респираторным обществом (ERS) в 1995 г. [17–19] и 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 [13, 14, 16]. В 2006 г. R. G. Wunderink et al. [24] 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.

Для оптимизации диагностики и подходов к антибактериальной терапии этого заболевания с начала 90-х гг. XX в. стали активно популяризоваться многочисленные клинические рекомендации по ведению пневмонии: рекомендации Канадского торакального общества, 1993 [20], Американского торакального общества, 1993, 2001, 2007 [21, 22], Британского торакального общества 1993 [15], Европейского респираторного общества, 1998 [17], 2005 [23], Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации клинической микробиологической и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), опубликованные в 2003 г. и 2006 г. [12]. 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, клинко-лабораторные критерии оценки эффективности антибактериальной терапии больных, вопросы лучевой и микробиологической диагностики пневмонии. Довольно большое число исследований посвящено изучению антибактериальной терапии пневмонии и антимикробной резистентности, влиянию антибактериальной терапии на состояние иммунного статуса, а также использованию иммунокорректирующей терапии, пребиотиков и системной энзимотерапии при пневмонии. В некоторых работах последних лет анализируется влияние сопутствующей патологии, различных типов вегетативной нервной системы на течение пневмонии, а также активно изучаются влияние генетических факторов на формирование воспаления в лёгочной ткани, в том числе особенности межклеточного взаимодействия при иммунологических нарушениях, состояние системы гемостаза и гемодинамики, в том числе внутрисердечной, и кровотока в лёгочных венах в различные периоды заболевания. В ряде исследований обсуждается эффективность иммунопрофилактики внебольничной пневмонии в организованных коллективах.

Заключение

Вопрос классификации пневмонии можно с достаточным основанием отнести к одному из нерешенных 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, если в России используется классификация пневмонии, предложенная экспертами ERS, то предпочтение в терминологии, вероятно, следует отдавать языку оригинала.

А может быть, 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.

С точки зрения прогноза дальнейшего хода эволюции в терапии данного заболевания, главным, наиболее существенным и давно назревшим стал бы переход от эмпирической антибактериальной терапии, основывающейся 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 с возможностью получения быстрого результата, за ними будущее.

Литература

1. Василенко, В.Х. Крупозное воспаление лёгких / В.Х. Василенко. – Киев: Госмедиздат УССР, 1947. – 55 с.
2. Вотчал, Б.Е. Очерки клинической фармакологии / Б.Е. Вотчал. – М.: Медицина, 1965. – 176 с.
3. Гембицкий, Е.В. Военно-полевая терапия / Е.В. Гембицкий, Ф.И. Комаров. – М.: Медицина, 1983. – 256 с.
4. Ермольева, З.В. Антибиотики, интерферон, бактериальные полисахариды / З.В. Ермольева. – М.: Медицина, 1968. – 243 с.
5. Лахтин, М.Ю. Этюды по истории медицины / М.Ю. Лахтин. – СПб, 1907. – 127 с.
6. Молчанов, Н.С. Острые пневмонии / Н.С. Молчанов. – Л.: Медицина, 1965. – 207 с.
7. Молчанов, Н.С. Клиника и лечение острых пневмоний / Н.С. Молчанов, В.В. Ставская. – Л.: Медицина, 1971. – 295 с.
8. Сильвестров, В.П. Пневмония: исторические аспекты и современность / В.П. Сильвестров // Терапевтический архив. – 2003. – № 9. – С. 63–69.
9. Цинзерлинг, В.Д. Острые пневмонии: морфология, морфогенез и вопросы патогенеза острых пневмоний / В.Д. Цинзерлинг. – М.: Медгиз, 1961. – 92 с.
10. Цинзерлинг, В.Д. Патологическая анатомия острых пневмоний разной этиологии / В.Д. Цинзерлинг, А.В. Цинзерлинг. – Л.: Медицина, 1963. – 123 с.
11. 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. – 457 с.
12. Чучалин, А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин А.Г. [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2006. – Т. 8, № 1. С. 54–86.
13. Andes, D. Applications of pharmacokinetics and pharmacodynamics to antimicrobial therapy of respiratory tract infections / D. Andes et al. // Clin Lab Med. – 2004. – № 24. – P. 477–502.
14. 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.
15. British Thoracic Society. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital // Br. J. Hosp. Med. – 1993. – Vol. 49. – P. 346–350.
16. 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.
17. ERS Task Force Report. Guidelines for the management of adult community-acquired lower respiratory tract infections // Eur. Respir. J. – 1998. – Vol. 11. – P. 986–991.
18. 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.
19. 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.
20. 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. Niederman // Can. J. Infect. Dis. – 1993. – № 4. – P. 25–51.
21. Niederman, M.S. Guidelines for the initial empiric therapy of community-acquired pneumonia: proceedings of an American Thoracic Society Consensus Conference / M.S. Niederman, J.B. Bass, G.D. Campbell // Am. Rev. Respir. Dis. – 1993. – № 148. – P. 1418–1426.
 22. 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.
 23. 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.
 24. 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.

A.N. Kuchmin, S.N. Shulenin, I.M. Borisov

Pneumonia: historical flashback and unresolved questions of classification

Abstract. *The most important trends in the development of pneumonia teachings were analyzed. Historical aspects of the study and evolution of pneumonia treatments from ancient times to the present day is considered in the context of the classification of the disease and the prospects for further improving diagnostic techniques, strategies and tactics of the treatment of pneumonia. Significant scientific advances in the diagnosis and treatment of this disease over the past century were demonstrated. Attention was drawn to the necessity of system clarity of generally accepted views, which set in the modern domestic pulmonology against pneumonia. It was stressed that the clinician is often in a difficult situation, not only in the practical use of recommendations for the diagnosis and treatment of pneumonia, but when he formulates a diagnosis. The question of imperfection of existing terminology in relation to the classification of pneumonia, proposed by the European Respiratory Society and currently used in Russia was raised. It was shown the necessity to create a domestic classification of pneumonia. Especially because we already had the experience of using the N.S. Molchanov's classification, which remained for many years because of its simplicity and versatility unique and essentially completely acceptable and relevant today. 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 an empirical antibiotic therapy to targeted therapy with effective eradication of the causative agent.*

Key words: *pneumonia, diagnosis of pneumonia, classification of pneumonia, treatment of pneumonia, the prospects for the study and treatment of pneumonia.*

Контактный телефон: 8-953-365-99-80; e-mail: askbo@mail.ru