

© Коллектив авторов, 2003

С. Ю. Каганов, Н. Н. Розина, А. Е. Богораг

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ X ПЕРЕСМОТРА

Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ

В современной педиатрии сформировался крупный и очень важный раздел — пульмонология детского возраста. Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости детей и подростков. Они составляют половину общей заболеваемости детей и одну треть общей заболеваемости подростков [1].

Некоторые клинические формы бронхолегочной патологии в значительной степени влияют на уровень младенческой смертности, другие, начавшись у детей, приводят к инвалидизации больных в зрелом возрасте, а иногда — и к драматическим исходам. Все это определяет значимость проблемы пульмонологии детского возраста не только для педиатрии, но и для клинической медицины в целом.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время нозологический диагноз должен формулироваться в соответствии с положениями Международной статистической классификации болезней X пересмотра, рекомендованной Министерством здравоохранения РФ с 1999 г. к повсеместному использованию [2].

Эта классификация, ориентированная на точную диагностику, важна не только для специалистов по статистике и организации здравоохранения, но и для представителей практически всех клинических специальностей [3]. Совершенно справедливо мнение А.Г. Чучалина и соавт. о том, что построение клинического диагноза является творчеством врача, но при этом следует соблюдать принцип кодирования и построения по МКБ X пересмотра [4].

Многообразие легочной патологии определяет то положение, что заболевания бронхолегочной системы нашли свое отражение не только в X классе МКБ X «Болезни органов дыхания» (J 00—J 99), но и еще в целом ряде других разделов этой классификации (см. рисунок).

Легочная патология у детей имеет свои особенности, обусловленные возрастом больных. Чрезвычайно важна проблема бронхолегочных заболеваний у новорожденных. Этот раздел можно сегодня определить как *неонатальная пульмонология*. Эта патология представлена в классе XVI (P 00—P 96) — «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде». Здесь значатся дыхательное расстройство у новорожденного (дистресс), болезнь гиалиновых мембран (P 22.0), другие дыхательные расстройства (P 22.8).

В этом классе болезней нашла свое место врожденная пневмония различной этиологии (P 23) (табл. 1).

Отдельной строкой в МКБ X обозначены развившиеся в перинатальном периоде хронические болезни органов дыхания (P 27), включающие синдром Вильсона — Микити (P 27.0), а также бронхолегочную дисплазию (P 27.1). Отметим, что у выживших детей к 3—4 годам нередко возникают рецидивирующие и хронические болезни легких.

Одной из насущных проблем пульмонологии детского возраста является проблема *пневмонии*. Болезни органов дыхания, в том числе пневмония, в 2001 г. составили в структуре младенческой смертности около 10%. Нельзя не подчеркнуть, что показатели младенческой смертности в России за последние 5 лет (с 1997 г. до 2001 г.) снизились на 15,1%. Снижение младенческой смертности (согласно данным Госкомстата России) произошло по всем классам причин смерти, в том числе от болезней органов дыхания на 36,3% (в 1997 г. — 21,9, в 2001 г. — 14,4 на 10 000 родившихся).

Возбудители пневмонии, как известно, многообразны. В МКБ X пневмония (J 12 - J 18) кодируется по ее этиологии (табл. 2).



Рисунок. Поражения бронхолегочной системы при болезнях, представленных в различных классах МКБ X.

Таблица 1

Варианты врожденной пневмонии, представленные в МКБ X (P 23)

Шифр	Заболевание
P 23	Врожденная пневмония
P 23.0	Вирусная врожденная пневмония
P 23.1	Врожденная пневмония, вызванная хламидиями
P 23.2	Врожденная пневмония, вызванная стафилококком
P 23.3	Врожденная пневмония, вызванная стрептококком группы β
P 23.4	Врожденная пневмония, вызванная кишечной палочкой
P 23.5	Врожденная пневмония, вызванная Pseudomonas
P 23.6—9	Врожденная пневмония, вызванная другими агентами

В современных условиях стало возможным дифференцировать различные *хронические болезни легких* у детей, ранее поглощаемые общим собирательным понятием «хронические неспецифические заболевания легких».

На основании многолетнего опыта работы пульмонологической клиники института мы считаем це-

лесообразным выделять следующие группы хронических заболеваний легких у детей: инфекционно-воспалительные болезни, врожденные пороки развития бронхолегочной системы, наследственные болезни легких, поражения легких при других наследственных заболеваниях, аллергические болезни легких.

Все виды этой хронической легочной патологии у детей нашли свое представление в различных классах болезней, содержащихся в МКБ X.

Некоторые вопросы, касающиеся хронических болезней легких у детей, остаются до сего времени дискуссионными. Это касается прежде всего хронической пневмонии и хронического бронхита. Следует, однако, заметить, что в МКБ X диагноз «хроническая пневмония» не предусмотрен. В ней существует такое определение, как «*bronхоэктатическая болезнь (bronхиолоэктазы)*» (J 47).

В МКБ X представлены различные варианты хронического бронхита — простой (J 41.0), слизисто-гнойный (J 41.1), смешанный, простой и слизисто-гнойный (J 41.8), хронический бронхит неуточненный (J 42). До последнего времени некоторые отечественные педиатры рассматривают хронический бронхит только как признак других бронхолегочных заболеваний. Однако, мы, как и ряд других клиницистов, считаем, что хронический бронхит у детей может встречаться как самостоятельная нозологическая форма. Касаясь хронического бронхита, нельзя не отметить, что наиболее тяжелой его формой является облитерирующий бронхиолит. В последние годы облитерирующий бронхиолит наряду с эмфиземой легких и тяжелой бронхиальной астмой объединяются, как известно, понятием хрониче-

Таблица 2

Виды пневмоний, представленные
в МКБ X (J 12 — J 18)

Шифр	Заболевание
J 12	Вирусная пневмония
J 12.0	Аденовирусная пневмония
J 12.1	Пневмония, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом
J 12.2	Пневмония, вызванная вирусом парагриппа
J 12.8,9	Другая вирусная пневмония
J 13	Пневмония, вызванная <i>streptococcus pneumoniae</i>
J 14	Пневмония, вызванная <i>haemophilus influenzae</i>
J 15.0	Пневмония, вызванная <i>klebsiella pneumoniae</i>
J 15.1	Пневмония, вызванная <i>pseudomonas</i>
J 15.2	Пневмония, вызванная стафилококком
J 15.3	Пневмония, вызванная стрептококком группы β
J 15.4	Пневмония, вызванная другими стрептококками
J 15.5	Пневмония, вызванная <i>escherihia coli</i>
J 15.6	Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями
J 15.7	Пневмония, вызванная <i>mycoplasma pneumoniae</i>
J 15.8,9	Другие бактериальные пневмонии
J 16.0	Пневмония, вызванная хламидиями
J 16.8	Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными агентами
J 17.2	Пневмония при микозах
J 17.3	Пневмония при паразитарных болезнях
J 18	Пневмония без уточнения возбудителя

ческой обструктивной легочной болезни [5]. В МКБ X представлена как эмфизема (J 43), так и другие варианты хронической обструктивной легочной болезни (J 44).

Основу формирования хронических воспалительных заболеваний легких нередко составляют пороки развития бронхолегочной системы. По данным нашей клиники, пороки развития легких выявляются

в клинике у 8—10% больных с хроническими воспалительными бронхолегочными поражениями. В МКБ X пересмотра эта патология представлена в классе XVII «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» (Q 00—Q 99). Здесь значатся врожденные аномалии (пороки развития) трахеи и бронхов (Q 32) (табл. 3). Отдельной рубрикой даны врожденные аномалии (пороки развития) легкого (Q 33) (табл. 4). За многие годы работы в педиатрической пульмонологической клинике мы имели возможность наблюдать все виды названной здесь легочной патологии у детей. Клинически врожденные пороки развития легких проявляются обычно после наложения инфекции.

Касаясь врожденных пороков развития легких, следует назвать и аномалии крупных сосудов (Q 25), в частности, атрезию легочной артерии (Q 25.5), стеноз легочной артерии (Q 25.6), другие аномалии легочной артерии (Q 25.7), врожденные аномалии

Таблица 3

Врожденные аномалии (пороки развития)
трахеи и бронхов (Q 32)

Шифр	Заболевание
Q 32.0	Врожденная трахеомалация
Q 32.1	Другие пороки развития трахеи
Q 32.2	Врожденная бронхомалация
Q 32.3	Врожденный стеноз бронхов
Q 32.4	Другие врожденные аномалии бронхов (отсутствие, агенезия, атрезия, дивертикул)

Таблица 4

Врожденные аномалии
(пороки развития) легкого (Q 33)

Шифр	Заболевание
Q 33.0	Врожденная киста легкого: врожденное (ая) — ячеистое легкое — болезнь легкого: — кистозная — поликистозная
Q 33.1	Добавочная доля легкого
Q 33.2	Секвестрация легкого
Q 33.3	Агенезия легкого
Q 33.4	Врожденная бронхоэктазия
Q 33.6	Гипоплазия и дисплазия легкого
Q 33.9	Врожденная аномалия легкого неуточненная

крупных вен (Q 26.8). В этом же классе болезней представлены врожденная диафрагмальная грыжа (Q 79.0), синдром Элерса — Данлоса (Q 79.6), а также situs inversus (Q 89.3), который является составной частью синдрома Картагенера.

Серьезную проблему пульмонологии составляют поражения легких наследственного характера. По материалам нашей клиники, наследственная патология выявляется у 5—6% госпитализированных в пульмонологическое отделение больных. Это моногенно наследуемые болезни легких — легочный альвеолярный протеиноз (J 84.0), идиопатический диффузный фиброз легких — синдром Хаммена — Рича (J 84.1), спонтанный (семейный) пневмоторакс (J 93.0—93.1).

Мы наблюдали также другие наследственные страдания, при которых с большим постоянством поражается бронхолегочная система. Они нашли свое отражение в различных классах болезней. Речь идет об иммунодефицитах, различные варианты которых представлены в классе III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (D 50—D 89); в рамках класса VI — «Болезни нервной системы» (G 00—G 99) обозначена телеангиэктатическая атакия — синдром Луи — Бар (G 11.3).

В классе IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (E 00—E 90) указан кистозный фиброз с легочными проявлениями (E 84.0).

В классе IX «Болезни системы кровообращения» представлены первичная легочная гипертензия (I 27.0), наследственная геморрагическая телеангиэктазия — болезнь Рандю — Ослера — Вебера (I 78.0).

В классе XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M 00—M 99) нашли свое отражение полиартериит с поражением легких Черджа — Стросса (M 30.1), гранулематоз Вегенера (M 31.3), системная красная волчанка с поражением легких (M 32.1), синдром Гудпасчера (M 31.0).

Важнейшей проблемой пульмонологии является проблема *аллергических болезней легких*. В их числе бронхиальная астма, экзогенный аллергический альвеолит, аллергический бронхолегочный аспергиллез.

Экзогенный аллергический альвеолит — очень серьезная патология и встречается не столь уж редко. Это смертельно опасное заболевание вызывается внешними агентами. Его развитие связывают с ингаляцией органической пыли, частиц грибов, антигенов птичьего происхождения и др. В нашей клинике наблюдалось большое число больных с этим страданием, в их числе и дети раннего возраста [6]. В МКБ X эта патология представлена подробно в разделе «Болезни легких, вызванные внешними агентами» и определяется как гиперсенситивный пневмонит (J 67—J 67.9). В этой рубрике указаны отдельные формы заболевания в зависимости от обуславливающих их сенсibilизирующих факторов (табл. 5).

Таблица 5

Болезни легких, вызванные внешними агентами

Шифр	Заболевание
J 67	Гиперсенситивный пневмонит, вызванный органической пылью (включены: аллергический альвеолит и пневмонит, вызванный вдыханием органической пыли и частиц грибов, актиномицетов или частиц другого происхождения)
J 67.0	Легкое фермера <ul style="list-style-type: none"> · Багассоз · Легкое птицеведа · Субероз · Легкое работающего с солодом · Легкое работающего с грибами · Легкое работающего с корой клена
J 67.7	Легкое работающего с кондиционерами и увлажнителями
J 67.8	Гиперсенситивный пневмонит, вызванный другой органической пылью <ul style="list-style-type: none"> · Легкое мойщика сыра · Легкое кофемола · Легкое меховщика
J 67.9	Гиперсенситивный пневмонит, вызванный неуточненной органической пылью

Одними из наиболее агрессивных в отношении легочной ткани агентов являются различные виды плесневых грибов. Сочетание бронхиальной астмы и экзогенного аллергического альвеолита, возникающих на основе грибковой сенсibilизации, наблюдается при аллергическом бронхолегочном аспергиллезе — наиболее тяжелой форме аллергического поражения бронхолегочной системы. До недавнего времени эту форму патологии диагностировали лишь у взрослых больных; однако в педиатрической клинике мы наблюдали аллергический бронхолегочный аспергиллез у детей. В МКБ X аллергический бронхолегочный аспергиллез может рассматриваться в классе I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (A 00 — B 99) в рубрике «другие формы легочного аспергиллеза» (B 44.1).

Необходимо подчеркнуть, что среди аллергических болезней легких первенство по своей распространенности, возможности инвалидизации и опасности для жизни больных держит бронхиальная астма. По данным сотрудников нашей клиники, использовавших Международную программу изучения астмы и аллергии у детей (ISAAC — International Study of Asthma and Allergies in Children) и анкетировавших 6 тыс. детей в 40 московских школах, распространенность бронхиальной астмы достигает 7—8% [7].

Таблица 6

Классификация астмы по МКБ X (J 45—46)

J 45.	Астма
J 45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента <ul style="list-style-type: none"> • Аллергический бронхит • Атопическая астма • Экзогенная аллергическая астма
J 45.1	Неаллергическая астма
J 45.8	Смешанная астма
J 45.9	Астма неуточненная <ul style="list-style-type: none"> • Астматический бронхит
J 46	Астматический статус

МКБ X пересмотра включает различные рубрики астмы (табл. 6). Бронхиальная астма — классическое и в высшей степени антигенспецифическое заболевание, — и синдромы удушья, не имеющие в своей основе иммунного процесса, не следует, на наш взгляд, рассматривать как истинную бронхиальную астму.

В рубрике «астма с преобладанием аллергического компонента» значителен аллергический бронхит. Между тем у детей это заболевание отличается своеобразной клинической картиной в виде рецидивирующего или хронического бронхита, протекающего на фоне нормальной или субфебрильной температуры. У этих больных выявляется сенсibilизация к распространенным аллергенам, отмечается выраженный эффект элиминации. Вместе с тем типичные приступы удушья отсутствуют. По нашему мнению, аллергический бронхит у детей следует рассматривать как самостоятельную нозологическую форму.

В последние годы подчеркивается связь хронической патологии легких детей и взрослых. Начавшись в детском возрасте, хронические бронхолегочные заболевания, как инфекционно-воспалительного, так и аллергического генеза, как правило, продолжают у пациентов, достигших подросткового и зрелого возраста [8]. Это сближает интересы пульмонологов-педиатров и терапевтов, диктует необходимость разработки единых терминологических, диагностических и терапевтических подходов.

Итак, в современных условиях нозологический диагноз в клинической медицине должен формулироваться в соответствии с положениями МКБ X. Это позволяет обеспечить сопоставимость международ-

ных данных по основным характеристикам здоровья населения [2].

Использование этой классификации в пульмонологии детского возраста очень важно. Мы имели возможность подчеркнуть это в своих прежних публикациях [9, 10], в докладах на крупных научных собраниях (9-й Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство», 2002; 12-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 2002; 1-й Всероссийский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», 2002; научно-практическая конференция педиатров России «Фармакотерапия аллергических болезней у детей», 2002).

Следует отметить, что эта классификация легла в основу нозологического указателя лекарственных средств, содержащегося в «Энциклопедии лекарств» (2002), в котором лекарственные препараты объединены по заболеваниям и показаниям к их применению [11].

Разумеется, классификация болезней есть нечто очень подвижное и неустойчивое и должна изменяться в связи с развитием клиники, а также под влиянием господствующих взглядов. Эти принципиальные позиции одного из классиков отечественной педиатрии профессора А. А. Киселя, изложенные им в 1927 г. [12], актуальны и сегодня, и их следует постоянно помнить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2000 г. — М., 2001.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. X пересмотр. — ВОЗ, 1995.
3. Максимова Т. М. // Мед. газета. — 29.01.1999.
4. Чучалин А. Г., Черняев А. Л., Антонов Н. С., Васильева О. С. Методические вопросы постановки диагноза в пульмонологии. Проект рабочего совещания по организации пульмонологической помощи в России. — Екатеринбург, 2000. — С. 1—17.
5. Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких. — М., 1998.
6. Нестеренко В. Н. // Рос. вест. перинат. и пед. — 1995. — № 1. — С. 29—34.
7. Дрожжев М. Е., Лев Н. С., Костюченко М. В. и др. // Проблемы раннего выявления, профилактики и терапии атопических заболеваний у детей. — М., 2001. — С. 42.
8. Розина Н. Н., Ковалевская М. Н., Шмелев Е. И. // Пульмонология. — 2002. — № 1. — С. 85—89.
9. Каганов С. Ю., Розина Н. Н., Богорад А. Е. // Рос. вест. перинат. и пед. — 2002. — № 2. — С. 6—9.
10. Каганов С. Ю., Розина Н. Н., Богорад А. Е. // Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии / Под ред. С. Ю. Каганова. — М., 2002. — С. 14—28.
11. Энциклопедия лекарств (Регистр лекарственных средств России). — М., 2002.
12. Кисель А. А. // Избранные труды. — М., 1960. — С. 53—65.