

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УДК 616.24:61.001

В.В. Разумов

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК КРИВОЕ ЗЕРКАЛО НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕПУТЬЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

В статье обсуждается проблема понятия «хроническая обструктивная болезнь легких» (ХОБЛ), искаженно отражающая наметившуюся в медицине тенденцию смены нозологической оценки заболевания на синдромальную. Функциональное содержание понятия ХОБЛ перечеркивает морфологический метод как методологическую основу классической медицины, имеющей в своем развитии единые корни с естествознанием и биологией и доказавшей свою состоятельность более чем 200-летним опытом в клинической и теоретической медицине.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, нозология, диагноз, методология

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AS A DISTORTING MIRROR OF NOSOLOGICAL CROSS-ROADS OF UP-TO-DATE MEDICINE (ANALYTICAL REVIEW)

V.V. Razumov

*Novokunetsk State Institute of Physicians' Training,
Novokuznetsk*

The paper deals with the problem of the concept of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) that falsely reflects the tendency of change of nosological estimation of unhealthy state to syndromic one which has appeared in medicine. COPD concept based on the functional criterion denies historically kept structural-morphological approach as methodological basis of classic medicine which has the roots with natural science and biology in its development and has evidenced its strength by 200 years experience of clinical and theoretical medicine.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, nosology, diagnosis, methodology

Методология интегральной оценки патологических изменений через нозологические единицы уже давно подвергается попыткам ниспровержения, достаточно вспомнить давно произошедшую замену понятия «коронарный атеросклероз» на «ИБС». По В.П. Казначееву, «...современная парадигма клинических, нозологических таксонов уходит в прошлое, формируются новые аспекты классификации биологии и патологии человека» [5]. Национальный Почечный Фонд США пришел к решению объединить все нефропатии в единое понятие «хронической болезни почек» независимо от диагноза в современном его понимании по причине, вероятно, того, что, как ехидно подметил Б.И. Шулутко, «...насколько плохо мы лечим гломерулонефриты, настолько успешно справляемся с почечной недостаточностью» [30]. К необходимости ревизии оценки состояния здоровья в понятиях диагноза, нозологии как несостоятельной клинической традиции

склоняется и генетика на новом витке развития — изучении «феномена человека». «Не обращая внимания на диагноз», такая переориентация, как предполагается, позволит выделить общие биологические связи, присущие разным заболеваниям и расстройствам» [14].

В струе «нозологического обвала» находится и настойчиво рекомендуемое в пульмонологии внедрение собирательного понятия «хроническая обструктивная болезнь легких» (ХОБЛ) — вызванное патологической реакцией легкого не полностью обратимое ограничение воздушного потока, имеющее тенденцию к неуклонному прогрессированию [26, 27, 31, 32]. Вполне очевидно, что речь идет не о рождении новой нозологической единицы, а о замене морфологически-органо-нозологического принципа оценки патологических отклонений на подход функциональный, то есть о ревизии одной из методологических основ клинического мышления.

Анализ правомерности или несостоятельности замены кардинального диагностического принципа в оценке патологического состояния индивидуума нуждается, естественно, в оценке соответствия предлагаемой замены генеральной последовательности развития гносеологического подхода не только в медицине, но и в биологии. Научная медицина как отрасль биологии и естествознания при решении принципиальных аспектов общей патологии не должна, как полагал И.В. Давыдовский, «...оставаться в кругу чисто медицинских представлений, достаточно глубокое познание которых возможно лишь в плане биологическом и естественно историческом» [4].

Становление традиционной, классической медицины начинается с конца XVIII — начала XIX вв. и связывается с созданием патологической анатомии Дж. Б. Морганьи, поставившим во главу угла болезни морфологические изменения, равно как облигатные для нее, так и первоначальные по отношению к клиническим проявлениям [19]. Такой подход явился морфологическим ключом к диагностике болезней, подводил базис под смутно понимаемые тогда механизмы функциональных отклонений.

Прошедшие с тех пор более чем 200 лет подтвердили правильность приоритетности морфологического принципа над функциональным при классификации нозологий и формировании диагноза, постоянно побуждая клинику к развитию изощренных способов как можно более раннего выявления патоморфологического субстрата заболевания, поскольку потеря даже более чем половины массы функционирующей ткани еще не сопровождается развитием сколько-нибудь клинически значимой функциональной недостаточности, будь то почки, легкие или печень. Причинность тому оказалась в избыточности морфологической, а потому и функциональной, организации живого, не имеющей удовлетворительного объяснения не только в медицине, но и в биологии [15].

Открытый Дж. Морганьи морфологический метод позволил буквально за несколько десятилетий не только построить все здание классической медицины, но к середине XIX столетия дать толчок дальнейшему ее развитию в виде «целлюлярной патологии» Р. Вирхова.

Осознание облигатности морфологических изменений в развитии заболевания совпало с происходящим в биологии созданием естественной истории органического мира, базирующемся (созданием) также на морфологической основе, на гомологичности строения тканей и органов, единстве плана их организации и взаимного расположения. Более того, на том этапе развития биологии для большей объективности таксонометрических классификаций считалось целесообразным, по К.А. Тимирязеву, не ориентироваться на функциональные отклонения [23].

Был ли морфологический, а не функциональный, подход к познанию закономерностей развития патологического процесса у индивидуума и исторического развития животного мира случайным совпадением или одна и та же идея витала в воздухе? — но факт остается фактом: биологии он позволил увидеть коренное сходство всего живого и привел к созданию теории эволюции, а медицину вывел в самостоятельный раздел естествознания и биологии.

Но с этого момента приоритеты и методы исследования в медицине и биологии разошлись. Биология, оперируя не столько индивидуумами, сколько таксонами, постоянно обращаясь к истории развития, сделала исторический метод познания для себя основным. В биологии соотношение морфологического и функционального никогда не рассматривалось в аспекте их соподчиненности [6, 23]. Морфологическая и функциональные ветви ее развивались независимыми путями. Физиологическому, функциональному отводился статус процесса, динамической стороны явления; морфологическому, структурному — статическая сущность явления. Каждая из этих сторон жизнепроявления оценивалась биологами лишь по отношению к способности организма приспосабливаться к окружающей среде. Причем в случаях развития, к примеру, паразитизма или других идиоадаптаций повышение приспособляемости организма, т.е. физиологическое совершенство, могло достигаться ценой структурного упрощения и потери морфологического совершенства.

Медицина, напротив, сосредоточенная на индивидууме, потеряла историческую перспективу [4]. При этом функциональные проявления жизнедеятельности, актуальные для индивидуума, стали паритетными морфологическим проявлениям. Из всех разделов естествознания только медицина подошла к аспекту соотношения морфологического и функционального с позиции «табеля о рангах». Отсутствующая в биологии проблема иерархии между морфологическим (морфологизм) и функциональным (функционализм) оформилась в отечественной медицине в концепцию морфологического детерминизма [16, 17, 20, 21], постулирующую облигатность структурного для любого нормального или патологического процесса. В этой концепции морфологический, а не функциональный, базис детерминизма отражал признание примата морфологического над функциональным. «Функциональные болезни молекулярная биология и молекулярная патология перечеркивает окончательно. Поэтому ставить вопрос об их существовании не имеет смысла» заключает В.В. Серов в аналитическом обзоре «От целлюлярной патологии Вирхова до молекулярной патологии» [18].

Как бы не относиться к концепции морфологического детерминизма, отсутствие научной аргументации в необходимости замены фунда-

ментального для медицины морфологического приема гнозии (диагноз, нозология) на функциональный только укрепляет позиции «морфологизма» и объясняет противостояние попытке отказа от него [9, 10, 11, 24, 25, 28, 29].

По В.Л. Коваленко и соавт. [29] выделение двух форм хронического бронхита — необструктивного и обструктивного, на 90 % формирующего ХОБЛ (в первой редакции Федеральной программы [26]), не отражает не только этиологического, и патогенетического аспекта заболевания. И.С. Фрейдлин, А.А. Тотолян [25] также считают хронический обструктивный бронхит заболеванием, отличающимся по патогенезу от простого хронического и хронического гнойного бронхита.

Многие авторы при освещении фундаментальных проблем бронхолегочной патологии, таких, как клеточные, медиаторные или иммунологические ее механизмы, аспекты дифференциальной диагностики и функциональной морфологии, ограничиваются обобщенным понятием «...различных вариантов воспаления бронхов и легких» [9, 10, 24], «...хронических патологических процессов в легких» [11], не заостряя внимания на ХОБЛ как таковой или вообще ее не упоминая, несмотря на драматические описания в литературе по ХОБЛ значительной ее распространенности. А.Н. Кокосов [28] трактует ХОБЛ как стадию хронического обструктивного бронхита. Для остальных состояний, протекающих с бронхообструктивным синдромом, им вводится понятие «ХОПЛ» — хроническая обструктивная патология легких. И если по А.Н. Кокосову [28], согласно развиваемой им концепции этапного развития хронического бронхита, обструктивный бронхит является поздней (хотя и не обязательной) стадией его развития, то по В.Л. Коваленко и соавт. [29] ХОБЛ — «...это не стадия одного процесса, а принципиально разные формы страдания».

Концепция ХОБЛ центральной клеточной фигурой хронического воспаления считает нейтрофил, тогда как при хроническом макрофагальном воспалении, имеющем место при пылевой патологии органов дыхания, центральными клеточными фигурами, по Д.Н. Маянскому [7], являются кооперировавшиеся макрофаг, лимфоцит и фибробласт.

Патоморфологическая литература не представила доказательств существенного сужения при ХБ просвета воздухопроводящих путей за счет органических изменений [29]. По В.Л. Коваленко и соавт. [29] «толщина базальной пластинки при всех морфологических формах первично хронического бронхита достоверно превышала норму и достигала максимума при склерозирующем хроническом бронхите — $6,9 \pm 1,5$ мкм при норме $4,3 \pm 0,3$ мкм». Но при этом же толщина железистого слоя стенки бронхов в 4,7 раза была ниже нормального значения. Среди

общих закономерностей и особенностей органических, клеточных, тканевых и внутриклеточных реакций бронхов при хроническом воспалении легких, изученном с привлечением гистоанатомии, гистохимии, электронной микроскопии, морфометрии и стереометрии, наряду с рутинными клинико-рентгено-бронхологическими и физиологическими методами, бронхообструктивное состояние Г.М. Непомнящих не упоминает [12].

Профпатология не восприняла учения о ХОБЛ, хотя согласно второй редакции Федеральной программы [27] на долю профессиональных факторов приходится до 10 % факторов риска ее развития. В профпатологической литературе встречаются лишь единичные публикации по бронхообструктивному синдрому при пылевых заболеваниях легких [13], в которых понятие бронхообструктивного синдрома перемежается с понятием ХОБЛ, и не приводятся конкретные механизмы развития этого синдрома. ХОБЛ как нозологическая единица не введена в перечень профессиональных пульмонологических заболеваний ни в приказе МЗ № 90 от 1996 г., ни в проекты нормативных профпатологических документов настоящего времени. Не обсуждаются ХОБЛ и в периодических публикациях профпатологии по пылевой патологии органов дыхания [2, 8]. Более того, профпатология в лице Б.Т. Величковского [1] высказалась негативно в отношении ХОБЛ, поскольку понятие ХОБЛ «...еще в большей мере отдаляет больного от ранней постановки диагноза».

Прогресс науки за прошедшие со времен Дж. Морганьи и Ч. Дарвина столетия существенно изменил и биологию, и медицину. Морфологической организации живого уже давно оказалось недостаточно для раскрытия закономерностей эволюционного процесса. Той эволюционной биологии, которая существовала во время Ч. Дарвина, конечно уже нет [3]. «Эволюционные процессы идут на разных уровнях организации — молекулярном, организменном, популяционном, видовом, макроэволюционном, экосистемном и биосферном ... По-видимому, уже невозможно, как во времена Дарвина, утверждать, что на всех уровнях отбор остается главным фактором эволюции ... Эволюция — слишком сложный процесс, чтобы все ее стороны можно было рассматривать в рамках единой теории» [22].

Медицина, также изучая патологию на разных уровнях организации, напротив, постоянно пытается объяснить болезнь единой теорией, перескакивая от идеи невизма к общему адаптационному синдрому, далее — к иммунопатологии как основе общепатологических процессов, и теперь вот от нее — к геномным нарушениям. Да, после описания генетического кода обозначилась проблема феноменологии проявления генов, но на современном уровне развития генетики, как считает В.П. Пузырев, «...очевидна не-

обходимость в феномных проектах по-прежнему поддерживать клиническую традицию — тщательное описание клинического фенотипа и формулировки диагноза в соответствии со стандартными консенсусными классификаторами» [14]. Но если генетические посылки к ревизии нозологического подхода научно аргументированы, то переход к понятию ХОБЛ, подталкиваемый оперативно-тактическими, сугубо практическими или коммерческими, но никак не научными, посылками, перечеркивает исторически устоявшиеся традиции диагностики заболеваний, и отражает, вероятно, происходящее в обществе пристрастие к новациям, не всегда вдуывающегося в их содержание ...

ЛИТЕРАТУРА

1. Величковский Б.Т. Молекулярные и клеточные основы экологической пульмонологии / Б.Т. Величковский // Пульмонология. — 2000. — № 3. — С. 10—18.
2. Величковский Б.Т. Патогенез и классификация пневмокониозов / Б.Т. Величковский // Мед. труда и пром. экология. — 2003. — № 7. — С. 8—13.
3. Воронцов Н.Н. Развитие эволюционных идей в биологии / Н.Н. Воронцов. — М.: Изд. Отдел УНЦ ДО МГУ; Прогресс-Традиция, 1999. — 640 с.
4. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине / И.В. Давыдовский. — М.: Медгиз, 1962. — 176 с.
5. Казначеев В.П. Эндозкология — проблема XXI века / В.П. Казначеев // Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье человека. — Новосибирск, 2002. — С. 216—217.
6. Лункевич В.В. От Гераклита до Дарвина. Очерки по истории биологии / В.В. Лункевич. — М.: Уч.-пед. изд-во. — 1960. — Т. 1. — 480 с.
7. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление / Д.Н. Маянский. — М.: Медицина, 1991. — 272 с.
8. Милишников В.В. Критерии диагностики и решение экспертных вопросов при профессиональном бронхите / В.В. Милишников // Мед. труда и пром. экология. — 2004. — № 1. — С. 16—21.
9. Немцов В.И. Дифференциальный диагноз различных вариантов воспаления бронхов и легких / В.И. Немцов, В.Н. Минеев // Механизмы воспаления легких и бронхов и противовоспалительная терапия / Под ред. проф. Г.Б. Федосеева. — СПб.: Нордмед-издат, 1998. — С. 612—630.
10. Немцов В.И. Клеточные и медиаторные механизмы патогенеза воспаления бронхов и легких / В.И. Немцов, Г.Б. Федосеев // Механизмы воспаления легких и бронхов и противовоспалительная терапия / Под ред. проф. Г.Б. Федосеева. — СПб.: Нордмед-издат, 1998. — С. 308—386.
11. Непомнящих Г.И. Морфогенез и прижизненная патоморфологическая диагностика хронических патологических процессов в легких / Г.И. Непомнящих, Л.М. Непомнящих // Пульмонология. — 1997. — № 2. — С. 7—16.
12. Непомнящих Г.И. Патологическая анатомия и ультраструктура бронхов при хроническом воспалении легких / Г.И. Непомнящих. — Новосибирск: Наука, 1979. — 296 с.
13. Орлова Г.П. Бронхообструктивный синдром при пылевых заболеваниях легких / Г.П. Орлова, Н.Г. Яковлева // Пульмонология. — 2003. — № 1. — С. 25—28.
14. Пузырев В.П. Феном и гены-синтропии / В.П. Пузырев // Генетика человека и патология: Сб. науч. трудов. Вып. 7. — Томск: Печатная мануфактура, 2004. — С. 180—191.
15. Пучковский С.В. Избыточность живых систем: понятие, определение, формы, адаптивность / С.В. Пучковский // Журнал общей биологии. — 1999. — № 6. — С. 642—653.
16. Саркисов Д.С. О некоторых тенденциях на современном этапе развития общей патологии / Д.С. Саркисов // Архив патологии. — 1996. — № 3. — С. 3—9.
17. Саркисов Д.С. Очерки по структурным основам гомеостаза / Д.С. Саркисов. — М.: Медицина, 1977. — 351 с.
18. Серов В.В. От клеточной патологии Вирхова до молекулярной патологии сегодняшнего дня / В.В. Серов // Архив патологии. — 2001. — № 1. — С. 3—5.
19. Сточик А.М. К истории возникновения патологической анатомии / А.М. Сточик, М.А. Пальцев, С.Н. Затравкин // Архив патологии. — 1999. — № 6. — С. 47—52.
20. Струков А.И. Морфологический эквивалент функций / А.И. Струков, О.К. Хмельницкий, В.П. Петленко. — М.: Медицина, 1983. — 208 с.
21. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций / Под ред. Д.С. Саркисова. — М.: Медицина, 1987. — 448 с.
22. Татаринцев Л.П. Развитие эволюционных идей в биологии / Л.П. Татаринцев, Н.Н. Воронцов // Журнал общей биологии. — 2001. — № 1. — С. 85—90.
23. Тимирязев К.А. Избранные сочинения / К.А. Тимирязев. — М.: Изд-во сельхозлитературы, 1957. — Т. 2. — 948 с.
24. Томсон В.В. Функциональная морфология легких / В.В. Томсон // Механизмы воспаления легких и бронхов и противовоспалительная терапия / Под ред. проф. Г.Б. Федосеева. — СПб.: Нордмед-издат, 1998. — С. 579—611.
25. Фрейдлин И.С. Клеточные и медиаторные механизмы патогенеза воспаления бронхов и легких / И.С. Фрейдлин, А.А. Тотолян // Механизмы воспаления легких и бронхов и противовоспалительная терапия / Под ред. проф. Г.Б. Федосеева. — СПб.: Нордмед-издат, 1998. — С. 308—387.
26. Хроническая обструктивная болезнь легких: практическое руководство для врачей. Федеральная программа / Под ред. акад. РАМН. проф. А.Г. Чучалина. — изд. второе, перераб. и доп. — М., 2004. — 64 с.

27. Хронические обструктивные болезни легких: Федеральная программа. — М., 1999. — 40 с.

28. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких / Под ред. А.Н. Кокосова. — СПб.: Лань, 2002 — 288 с.

29. Хронический бронхит. Патогенез, диагностика, клинико-анатомическая характеристика / В.Л. Коваленко, А.В. Кононов, Е.Л. Казачков, В.В. Полосухин. — Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 1998. — 384 с.

30. Шулутко Б.И. Хроническая болезнь почек как мы ее видим / Б.И. Шулутко // Нефрологический семинар, 2005. — СПб.: Фолиант, 2005. — С. 20—33.

31. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Workshop report / NHLBI. — Bethesda, 2001. — P. 96.

32. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Workshop report / NHLBI. — Bethesda, 2003. — 98 p.