

Е.Ю.Жаворонкова

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ
В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ
(по материалам “Опыта советской медицины в Великой
Отечественной войне 1941–1945 гг.”)**

Отдел ГЦНМБ, Москва

В марте 1946 г. Совет Министров СССР принял постановление “О научной разработке и обобщении опыта советской медицины во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.”, результатом которого стало издание 35-томного труда, вышедшего в свет в 1949–1955 гг.

Главным редактором “Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.” был назначен академик Ефим Иванович Смирнов — начальник Главного военно-санитарного управления Советской Армии (1939–1946 гг.).

В составлении этого фундаментального труда приняли участие крупнейшие советские ученые-медики, видные деятели гражданского и военного здравоохранения.

В многотомном труде был обобщен и отражен многогранный опыт практических врачей действующей армии.

Вторая часть “Опыта...” — “Терапия” — была посвящена изучению специфики течения и лечения внутренних болезней во время войны как у заболевших, так и у раненых. Ответственным редактором этой части был академик АМН СССР М.С.Вовси. В состав редакционного бюро вошли: В.Н.Виноградов, С.Н.Давиденков, Г.Ф.Ланг, Г.П.Шульцев.

Раздел “Терапия” открывается главой, посвященной болезням органов дыхания — “Болезни легких (особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны)” под редакцией С.А.Поспелова. В написании раздела принимали участие Д.Г.Рохлин, И.С.Дергачев, М.Ф.Рябов, А.Я.Цигельник, Б.Е.Вотчал, Б.И.Мигунов, Ю.Н.Соколов, Н.Г.Рабинович, Р.Г.Гуревич.

Накопленный во время войны опыт и собранный материал позволили рассмотреть самые распространенные заболевания легких, каждому из которых посвящена отдельная глава: пневмонии, абсцессы легких, пневмосклероз, эмфизема легких.

Среди заболеваний органов дыхания наиболее распространенными были острые пневмонии — 49,3%, в том числе 27,7% — крупозная и 21,6% — очаговая.

В главе, посвященной пневмониям, приводятся исторические сведения о распространении, течении, лечении и исходах этого заболевания в войсках. Подробно дается этиология, патогенез, патоморфоло-

гия, рассматриваются клиника и течение, приводятся статистические данные, характеризующие сезонность и возрастные особенности пневмоний военного времени; дается общая симптоматология, а также изменения, наблюдаемые в других системах организма; описываются выявленные осложнения, приводятся методы диагностики, включая флюорографические обследования; определяются сроки госпитализации и этапы медицинской эвакуации, рассматриваются лечение и исходы заболевания, анализируются летальные исходы при крупозной пневмонии.

В подавляющем большинстве случаев сохранялась типичная картина течения пневмонии: сезонный характер заболевания, влияние неблагоприятных климатических условий, малокалорийного питания, стрессовых ситуаций. Но наблюдались и некоторые особенности течения пневмонии, в частности, отсутствие выраженного лейкоцитоза, а иногда и развитие лейкопении, особенно при тяжелом течении заболевания и неблагоприятных его исходах.

В условиях военного времени лишь половина заболевших пневмонией госпитализировались в первые четыре дня от начала заболевания. Поздняя госпитализация неблагоприятно отражалась на течении и исходах болезни, хотя в среднем не превышала соответствующих показателей довоенного времени.

Пневмонии нередко осложнялись абсцедированием. 70% всех абсцессов легкого возникали в связи с пневмониями.

Второе место после пневмоний по частоте заболеваний среди всех болезней органов дыхания составляли хронические неспецифические заболевания легких, к которым были отнесены пневмосклероз, хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь и легочная эмфизема. В своей совокупности они лишь незначительно уступали по частоте острым пневмониям и составляли во время войны почти половину всех заболеваний легких, не считая туберкулеза (42,5%). Бронхоэктатическая болезнь и легочные нагноения встречались в 8,2% случаев заболеваний органов дыхания.

Как правило, различные по своему существу хронические воспалительные процессы в легких определялись как хронические бронхиты. Опыт войны способствовал разрешению ряда неясных вопросов в учении о хронических неспецифических заболеваниях легких.

В военное время лечение хронических неспецифических заболеваний легких в основном сводилось к устранению обострений, связанных чаще всего с хроническим бронхитом и очаговыми пневмониями, и в соответствующих случаях к ликвидации развившихся легочных нагноений, а также явлений легочной и сердечно-легочной недостаточности.

К концу войны в лечении легочных заболеваний стали применять пенициллин, при необходимости проводилось хирургическое лечение.

В военное время активно изучались заболевания внутренних органов, возникавшие в различные сроки после ранений, на различных этапах эвакуации, с учетом влияния боевой обстановки на их возникновение и течение.

В главе "Заболевания легких у раненых" анализируется собранный за время войны материал о кровоизлияниях в легочную ткань при ранениях грудной клетки, при ранениях черепа и контузиях, описываются методы лечения в условиях военного времени.

Значительная часть этой главы посвящена травматическим пневмониям как у раненых в грудную клетку, так и при ранениях других локализаций. Приводится клиническая картина, рассматриваются этиология, патологоанатомические изменения и патогенез пневмоний у раненых, обобщается опыт по профилактике и лечению травматических пневмоний (Налимов Б.С., Шварц З.С., Шор В.Г., Щерба М.Л.). Нагноительные процессы в легких у раненых и их лечение описал В.Х.Чирейкин.

Опыт медиков во время войны подтвердил положения И.М.Сеченова, С.П.Боткина, И.П.Павлова о целостности организма, о его взаимодействии с внешней средой, о влиянии внешних факторов на патологические изменения. Практика лечения раненых показала, что травма поражает весь организм, о чем говорил ещё Н.И.Пирогов.

Было установлено, что наиболее частыми осложнениями ранений среди терапевтических заболеваний были заболевания легких в виде воспалительных процессов вокруг раневого канала, кровоизлияний в легкие, гемоаспирационных ателектазов, пневмоний, нагноительных процессов (абсцессы, гангрены).

Кровоизлияния в легкие наблюдались не только при ранениях в грудную клетку, но и при ранениях черепа, а пневмонии и нагноительные процессы в легких являлись частым осложнением при ранениях различных областей тела. Так, пневмонии у раненых в грудную клетку встречались в 18,4%, при ранениях черепа и лица — в 17,3%, при ранениях живота — в 35,8% и т.д. В случаях ранений грудной клетки пневмонии возникали как на стороне ранения (34,9–46,2%), так и на противоположной стороне (40,7–23,8%).

Шестой раздел части "Терапия" посвящен особенностям возникновения, предупреждения и лечения туберкулеза легких во время войны (Равич-Щербо В.А.). В разделе рассматривается организация борьбы с

туберкулезом легких в действующей армии, своеобразие основных его форм, специфика первичного туберкулеза в годы Великой Отечественной войны, в том числе: патоморфология, острые формы, параспецифические реакции, клинко-анатомические сопоставления при первичном туберкулезе; а также особенности клиники и течения туберкулеза верхних дыхательных путей, влияния нарушений питания на заболевание туберкулезом, туберкулез при боевой травме.

В.А.Равич-Щербо отмечает такие особенности туберкулеза в военно-полевой обстановке как сезонность туберкулезных вспышек (критический период — весна), большое влияние полноценного питания на улучшение самочувствия больных туберкулезом, тенденцию к диссеминации и генерализации всех проявлений туберкулеза, хотя сам диссеминированный туберкулез давал внелегочные метастазы примерно в 2–3 раза реже, чем до войны. Отмечено изменение морфологии диссеминации: вместо мелкоочагового обсеменения на первый план выходила крупная очаговость с очагами, стремящимися к инфильтратам с наклонностью к распаду и образованию каверн.

Обобщение и статистическая обработка материалов по данному заболеванию в военное время дали повод к пересмотру взглядов на сущность противотуберкулезного иммунитета, которые могли быть объяснены лишь с позиций учения И.П.Павлова о физиологическом единстве организма и главенствующей роли интерорецепторной связи через центральную нервную систему. Специфический противотуберкулезный иммунитет рассматривался как физиологическое приспособление всего организма, всех его тканей к отграничению инфекта в рамках миниатюрных патоморфологических образований. Установлена связь обострений туберкулеза с неблагоприятными эмоциями (а в военно-полевой обстановке центральная нервная система находится в высочайшем эмоциональном напряжении), на что указывали ещё С.П.Боткин и Г.А.Захарьин.

Течение туберкулеза в армии во время Великой Отечественной войны было более тяжелым, чем в мирное время, но уровень заболеваемости был ниже показателей периода Первой мировой войны, что объясняется целенаправленностью мероприятий по борьбе с туберкулезом.

Предвидя опасность распространения туберкулеза в условиях военного времени, органами здравоохранения страны были предприняты необходимые меры даже в период интенсивного наступления противника. Активно проводились противотуберкулезные мероприятия и в действующей армии.

Выполнение приказов, постановлений, распоряжений правительства и руководства военно-медицинской службой позволило четко организовать систему противотуберкулезных мероприятий, включая профилактическую работу, в масштабах страны и армии в военное время.

“Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.” стал фундаментальным научным трудом своего времени, отражающим большим вклад в медицинскую науку и практику, он и в дальнейшем способствует развитию отечественного здравоохранения. Основные положения “Опыта...”

не устарели, они и сегодня помогают в организации медицинской помощи военнослужащим, принимающим участие в вооруженных конфликтах, в том числе в профилактике и лечении заболеваний легких у них.

Поступила 15.02.01.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ., 2001

УДК 616.248

Л.М.Огородова, Ф.И.Петровский, Ю.А.Петровская, О.С.Кобякова

СЛОЖНАЯ АСТМА

Сибирский государственный медицинский университет

Многочисленные современные руководства по лечению и диагностике бронхиальной астмы (БА), основанные на рекомендациях национальных институтов здоровья США 1997 г. [25], выделяют четыре степени тяжести течения астмы, каждая из которых характеризуется определенными клиническими и функциональными признаками. В соответствии со степенью тяжести рекомендуется назначать лечение, которое, по мнению экспертов, должно привести к контролю симптомов астмы. Однако часто случается так, что адекватно, согласно рекомендациям, проводимая терапия не приводит к желаемым улучшениям. Попытки доктора сделать режим фармакотерапии более агрессивным также не приносят результата. Подобная ситуация известна, вероятно, любому врачу, вовлеченному в лечение астмы, и представляет собой постоянные трудности в клинической практике. Пациенты, не отвечающие на “адекватную” терапию, зачастую значительно отличаются друг от друга, имеют различную симптоматику, функциональные показатели, историю болезни и прогноз, но тем не менее, все они относятся к группе “сложных” пациентов. Сложная астма может быть определена (характеризуется) как неконтролируемая астма, не отвечающая на оптимальное лечение. Несмотря на продолжающиеся споры по поводу определений, природа данного заболевания, клиническая ситуация сложной астмы хорошо знакома каждому врачу и легко распознается, поскольку “очень сложно лечится”. Сложная астма зависит от нескольких параметров, включая самого пациента (согласие и сотрудничество, контроль окружающей среды, материальное положение), медицинское обслуживание (знания и опыт врача, доступность лекарственных препаратов) и отсутствие исследований и глубоких знаний данной проблемы в целом. Нужно признаться, что такое

определение не может быть удовлетворительным в силу неоднородности клинического течения, но, к сожалению, отсутствие четких знаний об этиологии и патогенезе различных клинических вариантов сложной астмы и даже отсутствие разработанной классификации данных клинических вариантов оставляет нам единственный признак, объединяющий сложную астму — её терапевтическую сложность.

Клиническая характеристика

Первые попытки пульмонологов России обсудить эту проблему прошли в рамках дискуссии о тяжелой БА. Действительно, эволюция классификации болезни, произошедшая на протяжении последних 10 лет, продемонстрировала важность учета не только клинических симптомов (70–80-е годы), функциональных легочных параметров (80–90-е годы), но также объема проводимой терапии (с 90-х годов). С этой точки зрения пациенты с неконтролируемой сложной астмой, которые, как правило, со временем испытывают единообразную метаморфозу терапии — увеличение дозы кортикостероидов до агрессивных, в конечном итоге должны быть отнесены к тяжелой БА. При этом клинические и функциональные симптомы болезни у некоторых из них могут годами соответствовать среднетяжелой БА или клинические — только легкой эпизодической.

На наш взгляд, при отсутствии достаточных знаний о механизмах и причинах некоторых форм сложной астмы может оказаться, что увеличенный объем терапии, не приводящей к клиническому результату, будет учитываться при формулировке диагноза в течение какого-то времени до выяснения ключевых механизмов, после чего будут предложены другие принципы классификации этих состояний.