

Е.В.Гембицкий

**ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФРОНТАХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ
(К 50-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ
1941—1945 гг.)**

Торжественно, как Великий Праздник, отмечает наш народ 50-летие победы в Отечественной войне 1941—1945 гг. Огненный смерч этой тяжелой войны, прокатившейся по огромным пространствам нашей Родины, неся смерть, несчастья и разрушения, породил могучий подъем физических, духовных и интеллектуальных сил нашего народа, одухотворенного общим стремлением отстоять честь и независимость нашей Отчизны. Это проявлялось и массовым героизмом на фронте наших воинов армии, флота, народного ополчения, партизан и самоотверженной работой тружеников тыла, среди которых следует особо выделить женщин. Поэтому закономерно, что победа в Великой Отечественной войне (ВОВ) в исторической памяти народа запечатлелась как всенародный подвиг, позволивший не только защитить нашу страну от фашистского порабощения, но и спасти всю мировую цивилизацию от коричневой чумы. В общее дело борьбы с гитлеровскими захватчиками свой весомый и достойный вклад внесли медицинские работники, включая наиболее многочисленный отряд врачей-терапевтов. Имеются объективные основания утверждать, что опыт работы терапевтов (как и других специалистов) в годы ВОВ представляет не только исторический интерес, но и сохраняет определенную профессиональную поучительность и нравственно-этический заряд.

Деятельность терапевтов в боевых условиях была многогранной, напряженной и продуктивной, и ее нельзя сколько-нибудь полно осветить в рамках одной сравнительно короткой статьи. Мы остановимся на органах дыхания, и для этого имеются, по крайней мере, три серьезных повода: распространенность болезней этого класса в действующей армии, значительная новизна результатов, полученных при их изучении, и определенное влияние последних на развитие учения о болезнях органов дыхания в послевоенные годы.

Подчеркнем, что в военно-медицинской литературе до второй мировой войны не было систематизированных сведений о частоте и структуре легочных заболеваний в войсках во время боевых действий. Однако почти с первых месяцев войны стали учитываться и анализироваться как частота основных заболе-

ваний органов дыхания, так и заболеваемость по всему классу болезней. В общей структуре внутренних болезней они занимали второе место, опережая болезни органов кровообращения. Поскольку внутренние заболевания (в силу низкой инфекционной заболеваемости) составили за годы войны 65—70% всех болезней, второе место болезней органов дыхания по удельному весу в этой структуре должно быть признано достаточно значимым.

По материалам разработки большого массива историй болезни (Поспелов С.А., 1953) первое место среди всех болезней органов дыхания занимают пневмонии (49,3%), второе — группа хронических неспецифических заболеваний легких (42,5%), объединяющих хронический бронхит, эмфизему легких и пневмосклероз. Наблюдения врачей-фронтовиков (войсковые врачи и терапевты), включая автора статьи, оставляли впечатление, что из рассматриваемого класса болезней наиболее часто встречались бронхиты (острый бронхит и обострение хронического). К возникновению (обострению) бронхита предрасполагали многие факторы, характерные для фронтовых условий (частые охлаждения, скученное расположение, задымленность воздуха в блиндажах, невозможность высушить обмундирование и обувь, утомление и т.п.). Но у нас нет точной статистики этих заболеваний, так как наши воины в боевой обстановке обычно старались преодолеть эти относительно легкие недуги и не обращались за медицинской помощью. В этой связи показательно, что А.А.Васильев (Главный патологоанатом Красной Армии), выступая на пятом пленуме Ученого медицинского совета при ГВСУ* (1942 г.), сообщил о наличии бронхитов почти у всех солдат и офицеров, погибших в результате боевой травмы (приводится по Н.С.Молчанову, 1961).

Обращаясь к изложению результатов изучения бронхолегочных заболеваний, предположим ему краткую характеристику системы терапевтической помощи на войне. Исторически важно, что до нападения гитлеровцев на нашу страну велась лишь подготовка к структурному оформлению этой системы, и весь многосложный организационно-методический и научно-практический

* ГВСУ — Главное Военно-санитарное Управление Красной Армии.

комплекс задач по созданию терапевтической службы в рамках развития военно-полевой медицинской доктрины пришлось решать в тяжелой обстановке начального периода войны. И уже в конце 1942 г. полевая терапевтическая служба в основном организационно оформилась и достаточно слаженно работала, что по праву признается одним из приоритетных достижений военной медицины. Конечно, и в следующие периоды военного лихолетья терапевтическая служба продолжала развиваться и совершенствоваться.

В основу организации службы (военно-полевой терапии) было положено учреждение института главных специалистов на всех уровнях (дивизионном, армейском, фронтовом; также — госпитальных баз), создание специальных полевых учреждений для оказания терапевтической помощи (терапевтический полевой подвижной госпиталь — ТППГ, инфекционный полевой подвижной госпиталь — ИППГ, терапевтический эвакогоспиталь — ТЭГ), организация терапевтических отделений в некоторых полевых учреждениях хирургического профиля (госпитальный взвод медсанбата, отделение для больных в составе госпиталя для легкораненых — ГЛР, в сортировочном эвакогоспитале — СЭГ и др.); понятно, что в штат этих хирургических учреждений были введены должности терапевтов. Принимались меры к тому, чтобы диагностика, лечение и профилактика заболеваний вообще и болезней органов дыхания, в частности, проводились на основе разрабатываемых общих установок и единых взглядов, что является одним из основополагающих принципов военно-полевой медицинской доктрины.

Для руководства работой многотысячного отряда терапевтов-фронтовиков было привлечено тридцать профессоров, более двухсот докторов и кандидатов медицинских наук. Среди руководящего звена было немало и квалифицированных практических врачей. Вскоре после начала войны главным терапевтом Красной Армии был назначен М.С.Вовси (19.09.1941); почти через год вновь учрежденную должность главного терапевта Военно-морского флота было предложено занять А.Л.Мясникову. Среди главных терапевтов фронтов и флотов были видные клиницисты, внесшие значительный вклад в развитие учения о болезнях органов дыхания: Б.Е.Вотчал, Э.М.Гельштейн, П.И.Егоров, Н.С.Молчанов, В.М.Новодворский, С.А.Поспелов, В.А.Равич-Щербо, М.А.Ясиновский и др.

Из болезней органов дыхания остановимся первоначально на озноблении легких (бронхиолите). Отдельные случаи бронхиолита у обмороженных были впервые описаны М.Д.Тушинским в период советско-финляндской войны (1939—1940 гг.). Но только в годы ВОВ Л.М.Георгиевская и М.З.Котик тщательно изучили и подробно описали это малоизвестное, по сути новое заболевание. Оно возникало в четкой связи с общим резким охлаждением (походы во время морозов с пургой, пребывание в ледяной воде и т.д.) и начиналось остро с появления болей в горле и груди, кашля (сухого или со скудной мокротой), слабости, одышки. Состояние быстро ухудшалось и уже через несколько часов или к концу суток оно становилось

тяжелым — заболевший превращался в постельного больного. Объективно обращают на себя внимание одышка и цианоз, то есть выраженные проявления острой дыхательной недостаточности (что я также наблюдал сам). В дальнейшем может наступить помрачение сознания вследствие гипоксии мозга и развиваться легочно-сердечная недостаточность. Характерно появление мелкопузырчатых звучных хрипов над обоими легкими. В годы ВОВ в комплексной терапии этого тяжелого заболевания, наряду с сульфаниламидами и кардиотоническими препаратами, с определенным успехом применялась длительная оксигенотерапия.

Постоянное внимание уделялось изучению пневмонии. Было подтверждено положение о сезонности динамики их заболеваемости: на зимние и весенние месяцы падало около 75% всех случаев крупозной и 70% очаговой пневмонии (Поспелов С.А., 1953). Отмечалось также, что в период наступательных боев поступление больных крупозной пневмонией заметно повышалось (Молчанов Н.С., 1943; Самарин Г.А., 1944); это могло зависеть от максимального физического и нервно-психического напряжения во время наступления, а также от наиболее резкого воздействия неблагоприятных климатических факторов.

В общей структуре болезней органов дыхания доля крупозной пневмонии составила 27,7%, соответственно очаговой — 21,6%. Среди возбудителей пневмоний преобладали пневмококки. С.А.Савваитов (1942—1943 гг.) в условиях эвакогоспиталя у больных крупозной пневмонией отметил высевание пневмококка (преимущественно 1-го типа) в 86%. Н.Г.Рабинович установил зависимость течения пневмонии от вида возбудителя (затяжное течение при пневмококках 2-го типа, абсцедирование при золотистом стафилококке).

Общей особенностью клиники воспаления легких было увеличение числа случаев заболеваний “с вялым ареактивным течением” (С.А.Поспелов). Многие авторы отмечали также учащение случаев так называемой повторной пневмонии, которая по крупным сводным данным достигала 20%. К.Г.Никулин объяснял это (и, по-моему, вполне обоснованно) не только наличием “аллергической установки”, но и изменениями в легких, оставшимися от предшествующего первого заболевания.

На основе подробного изучения симптоматики разрабатывались клинические критерии прогнозирования (реакции ЦНС, отсутствие лейкоцитоза, артериальная гипотония и др.). Проводились также разносторонние исследования патогенеза и патоморфологии пневмоний (А.И.Абрикосов, И.В.Давыдовский и др.). Были изучены особенности течения пневмоний у больных алиментарной дистрофией (Э.М.Гельштейн, Н.С.Молчанов и др.); они характеризовались постепенным началом заболевания, скудными стетоакустическими данными, небольшим повышением числа лейкоцитов (или отсутствием лейкоцитоза). Привожу все эти данные не только как фактологический материал, но и для иллюстрации масштаба и уровня проводимых исследований.

Просматривая работы по пневмониям военных лет, нередко встречаешься с указанием на позднюю госпитализацию больных пневмониями. Действительно, по

крупным сводным материалам "Опыта советской медицины..." (том 30, 1953), не более 50% всех больных острыми пневмониями были госпитализированы в первые четыре дня. Но, оценивая данный недостаток (как организационно-медицинский), надо объективно учитывать, что это были не просто экстремальные условия войны, но часто и периоды активных боевых действий.

Большая часть больных пневмониями заканчивали лечение в тыловых эвакуогоспиталях (72% — больных крупозной пневмонией, 62% — очаговой пневмонией). Правильная диагностика пневмоний в ТЭГ (по секционным данным) — 87,8%. Продолжительность госпитального лечения варьировала от трех до семи недель. Возможности лечения острых пневмоний в те годы были ограничены. Наиболее действенными антибактериальными препаратами были сульфаниламиды (практически — сульфидин), которые в это время давали отчетливый лечебный эффект. Но этих препаратов нередко не хватало, в силу чего сульфаниламидотерапия была проведена лишь 70—75% больных. Возвращены в строй в пределах фронта 58% больных, уволены около 8% (Гембицкий Е.В. и др., 1972). Несмотря на все трудности военного времени, летальность от пневмоний не превысила в среднем довоенного уровня, а на четвертом году войны на некоторых фронтах снизилась в три—четыре раза по сравнению с показателями первого года (Рабинович Н.Г., 1953).

Надо хотя бы очень кратко остановиться на легочных нагноениях, которые во время ВОВ получили определенное распространение, составив суммарно 2,5% от всех болезней органов дыхания (без туберкулеза). Около 70% острых абсцессов были связаны с пневмониями, чаще — очаговыми. Заметно повысился и удельный вес метастатических абсцессов легких, обусловленных преимущественно эмболией легочной артерии на почве тромбоза периферических вен (по Д.С. Линденбратену, они составили 23,3% всех нагноительных процессов в легких, тогда как в мирное время их доля выражалась 2,7—7,7%). Стали чаще встречаться абсцессы легких на фоне раневого сепсиса. У больных алиментарной дистрофией абсцессы легких встречались нечасто, отличались "стертой", малосимптомной клиникой.

Хирургические вмешательства предпринимались редко, в большинстве случаев применялось консервативное лечение. Использовались внутривенные вливания 25% раствора спирта (15—30 мл), 40% раствора уротропина (5—10 мл), новарсенола по 0,3—1,45. На большом материале выздоровление отмечено в 46%, улучшение в 35,4% (Цигельник А.Я., 1953).

В годы войны были получены важные результаты в области изучения хронического бронхита, пневмосклероза, эмфиземы легких, то есть распространенных заболеваний, которые в последние два десятилетия принято включать в группу хронических неспецифических заболеваний легких. Было установлено, что эти болезни встречаются часто, и под влиянием неблагоприятных условий боевой жизни и деятельности войск

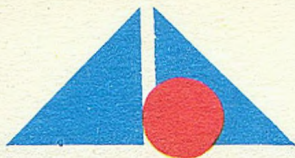
(физическое и психическое напряжение, охлаждение, скученность и т.п.) может наступать их обострение, нередко сопровождающееся развитием легочной, а затем легочно-сердечной недостаточности.

Изучение патогенеза заболеваний приводило к представлению о близости хронического бронхита и пневмосклероза, а также хронического бронхита и эмфиземы легких (субстанционально). Удельный вес этого последнего заболевания ко всем болезням легких за годы войны составил 23,2%; динамика заболеваемости (аналогично пневмониям) отличалась выраженной сезонностью: на так называемые холодные месяцы приходилось 60—65% всех диагностированных случаев эмфиземы легких.

Практические запросы и нужды, связанные с диагностикой и лечением рассматриваемых заболеваний, выдвинули проблему легочного сердца — патологического состояния, которое в те годы обычно именовали "кардиопульмональной недостаточностью". Последняя встречалась необычно часто. Ряд авторов указывал, что страдающие этой патологией составляли 8,5—9% от числа всех госпитализированных терапевтических больных; в отдельных госпиталях тыла их удельный вес был еще выше (приведено по А.Г. Дембо, 1952).

Наряду с исследованием этиологических и этиопатогенетических факторов хронического легочного сердца, разрабатывались рентгенологические и электрокардиографические критерии его диагностики, детально изучалась клиническая симптоматология. Все это, естественно, способствовало улучшению диагностики и лечения хронических заболеваний легких, осложненных сердечной недостаточностью. При этой форме декомпенсации назначался строфантин; в комплексе лечения собственно бронхитов предлагалось включать сульфаниламиды (практически — сульфидин), атропин, эфедрин. Вероятно, теперь мало известно, что в годы войны больным ХНЗЛ довольно широко назначалась дыхательная гимнастика с приемами задержки дыхания на выдохе.

Замечу, что лишь в конце войны стал накапливаться первый, весьма ограниченный, опыт применения антибиотиков (практически — только пенициллина) для терапии воспалительных заболеваний органов дыхания (острые пневмонии, абсцессы легких). В связи с утвердившейся практикой антибиотикотерапии последних десяти лет небезынтересно для сопоставления напомнить, что, например, в середине сороковых годов при лечении острых пневмоний с выраженным (не виданным ранее) положительным эффектом назначался пенициллин в суточной дозе 120 000—240 000 ЕД (по 15 000—30 000 ЕД через три часа под кожу или в мышцу). Едва ли огромные различия в дозах препарата, применявшихся на заре антибиотикотерапии и принятых в современных лечебных программах, можно свести лишь к фармакологическим (фармацевтическим) отличиям между лекарствами разных периодов времени. Здесь нельзя не считаться не только с широко распространенным мнением об изменении микробного пейзажа (с нарастанием пенициллинрезистентных форм); кроме того, можно привлечь представление



Taema

ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Кислородный концентратор ЗЕФИР, предназначенный для проведения оксигенотерапии на дому

СОВЕРШЕНСТВО

объемный выход кислорода может достигать 5 л/мин.

НАДЕЖНОСТЬ

концентрация кислорода 94% $\pm$ 2% при объемном выходе ниже 4 л/мин

КАЧЕСТВО

несколько тысяч коммерческих организаций в Европе отдают предпочтение по качеству проведения кислородотерапии на дому прибору ЗЕФИР



CP90 и DP90 используются для лечения синдрома ночного апноэ.

БЕСШУМНОСТЬ

уровень шума ниже 38 дБ

**КОМПАКТНОСТЬ
И ЛЕГКОСТЬ**

масса менее 3 кг.

УДОБСТВО ДЛЯ ПАЦИЕНТА



DP90/VP90 и MONNAL DCC используются для проведения вспомогательной вентиляции

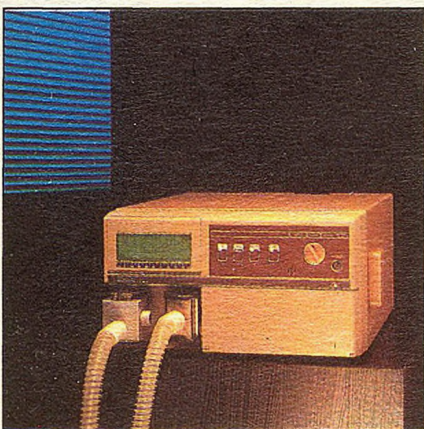
**ПРОСТОТА
И ТОЧНОСТЬ
РЕГУЛИРОВКИ**

возможность проведения спирометрии

АВТОНОМНОСТЬ

встроенные батареи обеспечивают трехчасовую вентиляцию при объемном выходе 12 л/мин в случае перебоев электроснабжения

ПРОСТОТА В ЭКСПЛУАТАЦИИ И ОБСЛУЖИВАНИИ



За дополнительной информацией просим обращаться:

во Франции: г-н Иссам Бенайед тел: 8-1033-1-40-96-66-00 факс: 8-1033-1-40-96-67-00

в России: г-н Оливье Карли (Москва) тел: (095)-280-03-40 факс: (095)-288-95-16

о снижении иммунологической антимикробной резистентности организма на популяционном уровне, то есть об изменении ранее бывшего биоценоза.

Кратко остановимся на борьбе с туберкулезом в войсках во фронтовых условиях, хотя это большая самостоятельная тема. Во время прошлых войн часто наблюдалось значительное распространение туберкулеза (легочной чахотки) и его тяжелое прогрессирующее течение. В Красной Армии во время ВОВ был широко использован опыт советской медицины в области изучения туберкулеза и проведения противотуберкулезных лечебно-профилактических мероприятий. Тем не менее, во второй и третий годы войны число госпитализированных как с активными, так и с неактивными формами заболеваний было, например, в полтора раза выше, чем в первый год войны, что лишь отчасти можно объяснить улучшением диагностики заболевания. Зато на четвертый год войны появилась четкая тенденция к уменьшению числа госпитализированных по поводу туберкулеза, что, безусловно, свидетельствует об улучшении противотуберкулезной работы в условиях тяжелой и изнурительной войны. С этим согласуются и показатели летальности, которая на третий год войны составила 83,4%, а на четвертый — около 60% по отношению к уровню летальности за первый год, принятому за 100%.

Улучшению диагностики и лечения туберкулеза у военнослужащих во многом способствовало комплексное исследование особенностей клиники и патоморфологии заболевания в военных условиях. Эта работа проводилась под руководством и с участием видных терапевтов-фтизиатров, рентгенологов, патологоанатомов (В.А.Равич-Щербо, А.Н.Шмелев, Б.М.Хмельницкий и др.). Было установлено учащение гематогенно-диссеминированных и инфильтративных форм туберкулеза с более острым началом и течением болезни, чем в мирное время.

Выраженные изменения в течении туберкулеза были выявлены у больных алиментарной дистрофией в конце 1941—1942 гг. в Ленинграде (Е.Е.Клионский). Характерными оказались острота и злокачественность течения болезни, обширное и множественное поражение лимфатических узлов, частое возникновение плевритов и даже полисерозитов. Было установлено также определенное влияние боевой травмы (чаще — ранения) на возникновение туберкулеза: в первые два—три месяца после ранения нередко наблюдалась активизация латентных очагов туберкулезной инфекции, что в наибольшей мере зависит от общего состояния раненого и характера туберкулезного очага.

Важным направлением научных исследований терапевтов в военные годы стало изучение и разработка проблемы заболеваний внутренних органов, и особенно легких, у раненых и контуженных. Уже в послевоенные годы один из первых исследователей этой

проблемы Н.С.Молчанов писал: “В основу изучения были положены идеи, высказанные в свое время основоположниками отечественной медицины Н.И.Пироговым и С.П.Боткиным, и учение великого русского физиолога И.П.Павлова о целостности организма, о его взаимоотношениях с внешней и внутренней средой.”* Соответствующие наблюдения и исследования стали проводиться с первых месяцев войны на всех этапах медицинской эвакуации: от медсанбата и ХППГ до эвакуационного госпиталя ГБФ и тыла страны. Эти работы в большинстве случаев выполнялись в виде комплексных исследований, в которых, наряду с терапевтами, участвовали хирурги, невропатологи, патологоанатомы; в некоторых исследованиях участвовали также представители теоретической медицины: физиологи, патофизиологи, биохимики и другие специалисты.

Уже в 1942 г. материалы изучения посттравматической висцеральной патологии регулярно обсуждаются на различных научных конференциях и совещаниях: армейских и фронтовых конференциях, пленумах ученого совета ГВСУ (1942, 1943), Пленуме госпитального совета Наркомздрава (1942).

Значительное число работ было посвящено наиболее часто встречающимся легочным осложнениям (заболеваниям). В этих исследованиях участвовали многие видные терапевты (М.С.Вовси, П.И.Егоров, Н.С.Молчанов, К.Г.Никулин, К.А.Щукарев, А.Г.Дембо), рентгенологи (Д.Г.Рахлин, Д.С.Линденбратен и др.), патологоанатомы, патофизиологи, физиологи (А.А.Васильев, А.Д.Сперанский, А.В.Тонких). Н.С.Молчанов разработал клинико-морфологическую группировку болезней легких и рабочую классификацию пневмоний у раненых (1943), которая с небольшими дополнениями используется и в настоящее время. Был впервые описан синдром гипергидратации легких при травме (Штефко В.Г., 1943; Рейнберг С.А., 1943), образно обозначенный как “легочное болото” (соответствует понятию “влажные легкие”).

Научные исследования, относящиеся к легочным осложнениям у раненых, и приобретаемый практический опыт их диагностики, лечения и профилактики не просто подтвердили полезность привлечения терапевтов к лечению раненых, но и расширили и углубили конкретные формы их участия в рассматриваемой работе. В этой связи поучительно, что на некоторых фронтах в состав групп госпиталей, предназначенных для раненых в грудь, включали и ТППГ с задачей лечения определенных групп раненых в послеоперационном и восстановительном периодах.

Существенно отметить, что уже со второго года войны для терапевтов (как, конечно, для хирургов и других специалистов) определилась задача быстрого и, по возможности, полного восстановления работоспособности (боеспособности) проходивших лечение больных и раненых, включая, разумеется,

* “Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне”. Медгиз. 1951. Москва. Т.29, С.13.

всех пациентов с легочными заболеваниями и осложнениями. Теперь ретроспективно этот комплекс задач можно рассматривать (Клячкин Л.М., 1990) в качестве того продуктивного направления, которое за последние 30—35 лет утвердилось под именем реабилитации (восстановительное лечение). Базой для этого служили ГЛР и специальные отделения при эвакуогоспиталях, где широко использовались трудотерапия, ЛФК, психотерапия, физические методы лечения.

Историческую поучительность составляет тот факт, что результаты научных (научно-практических) исследований, достижения передового опыта оперативно и регулярно внедрялись в лечебно-диагностическую практику посредством разных форм и методов (врачебные конференции, издание трудов по актуальным вопросам медицины, составление инструктивно-методических материалов и др.). Показательно, например, что первый сборник трудов терапевтов Волховского фронта был издан уже в 1942 г. (главный терапевт — Н.С.Молчанов), что в каждой армии ежегодно проходили в среднем две научно-практические конференции врачей и еще одна конференция — фронтового масштаба.

На протяжении войны, несмотря на все ее тяготы, постоянно и в достаточно больших масштабах проводилась работа по повышению квалификации врачей. Для усовершенствования врачей использовались ТППГ и ТЭГ; оно осуществлялось под контролем главного терапевта фронта и (или) армейского терапевта, преимущественно в межбоевые периоды.

Клиницисты-педагоги искали и находили новые доступные приемы обучения, учитывающие нужды военно-полевой работы. Так, известно, что исследование легких у раненных в грудь, живот, позвоночник крайне затруднено (иммобилизирующие повязки, ограниченная подвижность и др.). В связи с этим предпринимались успешные попытки обучать выслушиванию через бинты: молодых терапевтов и токсикологов учили выслушивать легкие у больных-реконвалесцентов с предварительно забинтованной грудной клеткой. Через две недели тренировок на таких “моделях” наблюдались отчетливые положительные результаты (из воспоминаний бывшего армейского терапевта А.Г.Дембо).

Подводя итоги изучения болезней органов дыхания за годы ВОВ, можно с удовлетворением подчеркнуть, что были получены во многом новые данные об особенностях возникновения и течения пневмоний в боевых условиях, о симптоматике этого заболевания у больных алиментарной дистрофией, о недостаточности кровообращения при хронических заболеваниях легких; подробно изучено почти неизвестное, фактически новое, заболевание — ознобление легких (бронхиолит). Ценные и во многом новые данные как в клиническом, так и в организационном отношении были установлены в области борьбы с туберкулезом на фронте. Впервые были разносторонне исследованы легочные осложнения

(заболевания) у раненых и контуженных. Указанные результаты научных разработок и приобретенный практический и организационно-методический опыт существенно способствовали, как говорилось выше, улучшению диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания, включая туберкулез легких.

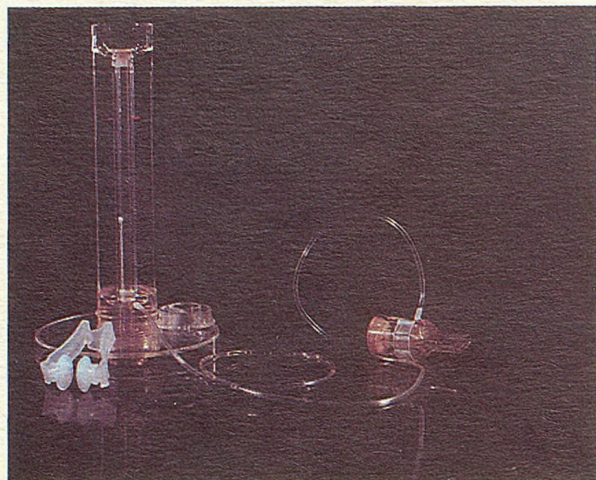
Вместе с тем все это позволило яснее очертить нерешенные вопросы, выдвинуть новые проблемы. И потому вполне закономерно, что в повестку дня первого послевоенного — 13-го Всесоюзного съезда терапевтов (Ленинград, 1947 г.) в число основных программных вопросов были включены: 1. “Неспецифические заболевания легких и легочно-сердечная недостаточность”; 2. “Туберкулез легких”. К этому нельзя не добавить, что в первом докладе, сделанном на съезде главным терапевтом Советской Армии М.С.Вовси на тему “Внутренняя медицина в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.”, значительное место было уделено неспецифическим болезням органов дыхания, туберкулезу легких, легочным осложнениям у раненых. В решениях съезда специально указывалось на необходимость творческого использования накопленного за годы войны уникального опыта в интересах дальнейших разработок актуальных проблем заболеваний органов дыхания различной этиологии. Признавалось важным сохранить сложившиеся близкие контакты терапевтов и хирургов в программах развития грудной хирургии, а в круг дальнейших исследований висцеральной патологии (на первом плане — легочных осложнений) при травме рекомендовалось включить наблюдения за инвалидами Отечественной войны.

В начале пятидесятых годов фтизиопульмонологические исследования военных лет получили систематизированное и достаточно полное освещение в известном тридцатипяти томном издании — “Опыте советской медицины...”, вышедшем по постановлению Совмина СССР № 664 от 28.03.1946 г. (главный редактор — Е.И.Смирнов); его 25-й том (1951 г.) посвящен туберкулезу легких, 30-й том (1953 г.) — болезням легких, 29-й том (1951 г.) — внутренним болезням у раненых.

Результаты научной, организационно-методической и практической работы терапевтов на фронте и в тылу в годы ВОВ оказали значительное влияние на развитие внутренней и военной медицины (особенно — военно-полевой терапии) в послевоенные десятилетия. Мы уже затронули это положение в связи с работой 13-го съезда терапевтов, и теперь хотелось бы кратко сделать отдельные дополнения. Представляется, что на фоне прошедшего пятидесятилетия может быть прослежена цепочка научной преемственности в развитии проблемных вопросов патологии органов дыхания. Например, учение о пневмониях (Н.С.Молчанов, В.Д.Цинзерлинг, В.П.Сильвестров, О.В.Коровина и др.), о хронических неспецифических заболеваниях легких, включая

* Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. Москва. Медгиз 1951—1953 гг.

Новое в медикаментозном лечении бронхиальной астмы



Комплект устройств для регуляции дыхания

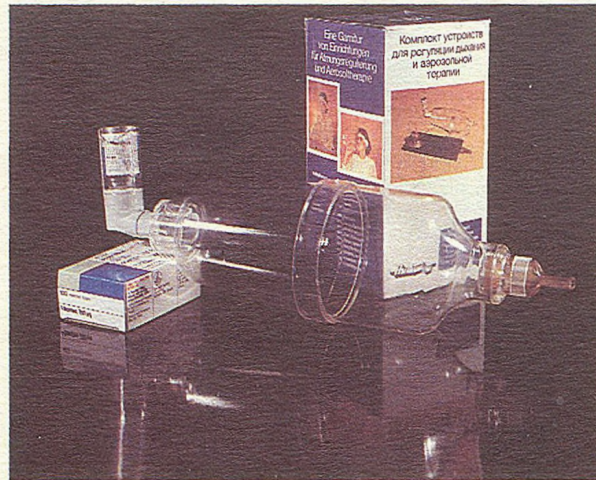
Набор приборов позволяет улучшить вентиляцию легких больных обструктивными заболеваниями органов дыхания, что является важным мероприятием в комплексном лечении данной патологии.

Применение приспособлений требует участия медицинского персонала.

При регулировке дыхания достигаются следующие цели:

возможно купирование
и предупреждение легких приступов
экспираторного диспноэ
уменьшается субъективное
ощущение одышки
улучшается отхождение мокроты
укрепляется дыхательная мускулатура
повышается физическая
работоспособность
улучшается кровоток в альвеолах

**Набор прост, компактен, рассчитан
на длительное использование**



Комплект устройств для аэрозольной терапии

**Комплект предназначен для лечения
обструктивных заболеваний легких
дозированными аэрозолями.**

При применении дозированных аэрозолей большая часть препарата оседает в ротовой полости и верхних дыхательных путях, где быстро всасывается в кровь. При этом возникает большое количество побочных эффектов, особенно при применении ингаляционных симпатомиметиков. Применение комплекта позволяет увеличить долю препарата, попадающего в бронхиальное дерево.

Использование препарата позволяет упростить методику применения дозированных аэрозолей, так как при этом не требуется синхронизации выхода препарата из баллончика и маневра вдоха, что особенно важно для детей и пожилых людей.

Комплект создает сопротивление на выдохе и позволяет выравнивать температуру аэрозоля, что полезно при наличии симптомов гиперреактивности.

По вопросам приобретения обращаться:

127540, Москва, а/я 26, медико-инженерный центр «Аккорд».

Телефон: (095) 488-91-52. Факс: (095) 901-16-90

легочные нагноения (Б.Е.Вотчал, А.Я.Цигельник, К.Г.Никулин, Л.Д.Сидорова, М.И.Перельман, Н.В.Путов, А.Н.Кокосов, Н.Р.Палеев и др.); о бронхиальной астме (А.Д.Адо, П.К.Булатов, Г.Б.Федосеев, П.Н.Юренев, А.Г.Чучалин, Б.Б.Коган, И.Г.Даниляк и др.); о туберкулезе легких (В.А.Равич-Щербо, Б.М.Хмельницкий, А.Г.Хоменко и др.); о легочных осложнениях при травме (Н.С.Молчанов, Е.В.Гембицкий, Л.М.Клячкин, М.М.Кириллов и др.).

Современные экологические концепции в патологии и, в частности, в легочной патологии (Н.А.Агаджанян, Б.Т.Величковский, М.Т.Луценко, К.Р.Седов, А.Г.Чучалин, Г.И.Суханова и др.) некоторыми корнями (иногда жестко, иногда как бы пунктиром) также связаны с опытом и итогами изучения особенностей возникновения и течения внутренних болезней, включая бронхолегочные заболевания, в военные годы.

Зарождение отечественной пульмонологии относится к концу шестидесятых годов, и в работе на этом исходном этапе активно участвовали видные отечественные терапевты-фронтвики академики АМН СССР Б.Е.Вотчал и Н.С.Молчанов. Однако в самостоятельное научное направление пульмонология оформилась лишь в середине 80-х годов, продолжая успешно развиваться за истекшее десятилетие. Это связано с

широким кооперированием усилий специалистов различного профиля, как внутри страны, так и на международном уровне (А.Г.Чучалин, 1991 г.), с животворящим использованием достижений иммунологии, генетики, молекулярной биологии, с исследованием механизмов защиты и повреждения легочных и бронхиальных структур (Н.А.Дидковский и др.). Кажется, есть основание думать, что названные направления научного поиска в определенной мере имели идейной предтечей тогда еще несколько аморфные, но утвердившиеся представления военных и послевоенных лет об изменениях общей и местной реактивности как важнейшего фактора патогенеза многих легочных заболеваний.

В заключение хотелось бы сказать, что напряженный и продуктивный опыт работы по изучению, лечению и профилактике различных заболеваний органов дыхания не просто заслуживает внимания и благодарной памяти, но, будучи беспримерным по своим масштабам и полученным результатам, он может и сейчас служить вдохновляющим источником для дальнейшего развития пульмонологии, фтизиатрии, внутренней и военной медицины.

Поступила 09.03.95.