

Опыт лечения пневмонии в медицинских учреждениях Башкортостана в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Ш.З.Загидуллин, Р.Х.Зулкарнеев, А.У.Киньябулатов, Н.Ш.Загидуллин, Н.А.Власова, У.Р.Фархутдинов, Ю.Г.Азнабаева

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России: 450000, Уфа, ул. Ленина, 3

Резюме

В годы Великой Отечественной войны (1941–1945) пневмония была широко распространенным и опасным заболеванием не только среди раненых, но и гражданского населения. Этому способствовали раневое малокровие, переохлаждение, предшествующие хронические заболевания легких, алиментарная дистрофия, авитаминозы. Летальность без этиотропной антибактериальной терапии доходила до 30 %. В данной статье проведен анализ опыта лечения пневмонии, накопленного в специалистами Башкортостана в годы Великой Отечественной войны. Приведена структура пневмоний, осложнивших последствия боевых ранений различной локализации. Описаны особенности течения пневмонии на фоне пандемии гриппа 1943–1944 гг. Представлены методы диагностики, лечения и реабилитации при пневмонии, применявшиеся в эвакуационных госпиталях того времени — клиническая диагностика, рентгеноскопия легких, бактериоскопия мокроты, критерии тяжелого течения заболевания, внутривенная антибактериальная терапия сульфидином, физиотерапия, физическая и психотерапевтическая реабилитация, диетическое питание. Перечисленные мероприятия в комплексе позволили снизить летальность при пневмонии до 4 %. В годы войны отечественными учеными-медиками определены базовые принципы диагностики и лечения пневмоний, в настоящее время применяемые в отечественной и мировой медицине.

Ключевые слова: пневмония, лечение, сульфаниламиды, сульфидин, история медицины, Великая Отечественная война.

DOI: 10.18093/0869-0189-2016-26-5-623-629

An experience of treatment of pneumonia in Bashkortostan during the Great Patriotic War, 1941 – 1945

Sh.Z.Zagidullin, R.Kh.Zulkarneev, A.U.Kin'yabulatov, N.Sh.Zagidullin, N.A.Vlasova, U.R.Farkhutdinov, Yu.G.Aznabaeva

Bashkir State Medical University: 3, Lenina str., Ufa, 450000, Bashkortostan Republic

Summary

The aim of this review was to analyze an experience of treatment of pneumonia in hospitals of Bashkortostan during the Great Patriotic War, 1941 – 1945. *Methods.* Archive materials of the Bashkir State Medical University and Ufa hospitals, attestors' recollections, original scientific papers and articles published in Soviet academic medical journals of the time and later historical issues about the medicine of Bashkortostan at the wartime have been used in this review. *Results.* Clinical course and pathogenesis of pneumonia, treatment and rehabilitation of wounded militaries with pneumonia have been described including specific features of pneumonia during the 1943–1944 influenza pandemics. Typically, diagnosis of pneumonia was based on clinical signs, chest X-ray, and sputum microscopic examination. A common treatment included intravenous antibiotic therapy with Sulfidine, physiotherapy, physical and psychological rehabilitation, and nutritional support. These medical interventions could reduce mortality from pneumonia from 30% to 4%. *Conclusion.* Basic principles of diagnosis and treatment of pneumonia developed by Soviet clinicians during the Great Patriotic War have being currently used both in the national Russian medicine and worldwide.

Key words: pneumonia, treatment, sulfonamides, sulfidine, history of medicine, the Great Patriotic War.

Во время Великой Отечественной войны (1941–1945) пневмония была одной из наиболее актуальных проблем медицины. Заболеваемость пневмонией в структуре всех болезней органов дыхания составляла 49,3 %, крупозная пневмония диагностировалась в 55 % случаев. Летальность при установленном диагнозе пневмонии была весьма высокой и достигала 30 %. Частота пневмоний увеличивалась вследствие ряда предрасполагающих факторов, значительно изменяющих реактивность организма: раневое малокровие, переохлаждение, предшествующие ранения, хронические заболевания легких, нарушение питания, гиповитаминозы [1].

Целью исследования явился анализ богатого опыта лечения пневмонии, накопленного в меди-

цинских учреждениях Башкортостана в годы Великой Отечественной войны.

В обзоре использованы данные архивов ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (в то время — Башкирский медицинский институт — БМИ), эвакуационных госпиталей, размещенных в Уфе, свидетельства участников событий, рукописи оригинальных научных работ, публикации советских научно-медицинских журналов того времени, более поздние научные издания по истории медицины Башкортостана в военные годы.

Организация медицинской помощи Башкортостана с первых дней войны была переведена на режим военного времени. В действующую армию мобили-



Рис. 1. Сотрудники кафедры госпитальной терапии БМИ и врачи эвакуационного госпиталя № 1741 в годы Великой Отечественной войны. В 1-м ряду крайний слева – зав. кафедрой профессор Д.И.Татарinov; во 2-м ряду крайний справа – доцент З.Ш.Загидуллин, затем – ассистент Р.Г.Атласова, доцент М.Н.Фридман
Figure 1. The staff of Department of Hospital Internal Medicine, Bashkir Medical Institute, and physicians of hospital No.741 at the time of the Great Patriotic War
Note. Head of Department, Prof. D.I.Tatarinov is on the first row, far left; Associate Professor Z.Sh.Zagidullin is on the second row, far right; Assistant Lecturer R.G.Atlasova and Associate Professor M.N.Fridman are near him.

зованы 1 305 медицинских работников, 92 из которых с полей сражений не вернулись [2]. Первый эвакуационный госпиталь в Уфе открылся 25.08.41. Всего за период войны на территории Башкортостана развернуто > 50 эвакуационных госпиталей, в которых работали 1 400 сотрудников, специализированную медицинскую помощь получили 250 тыс. раненых. В открытом в 1932 г. БМИ в годы войны будущие врачи продолжили обучение по ускоренной 4-летней программе, все преподаватели-клиницисты университета работали в эвакуационных госпиталях, развернутых также и в зданиях БМИ (рис. 1).

В Башкирскую АССР, в основном в Уфу, эвакуированы около 300 тыс. человек из западной части СССР, в т. ч. специалисты медицинских вузов и научно-исследовательских институтов (НИИ) – Первого Московского медицинского института, НИИ физиологии Академии наук Украинской ССР, Московского областного института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней имени И.И.Мечникова. В 1941–1942 гг. в Уфу эвакуированы выдающиеся советские ученые-медики – П.Е.Лукомский, Н.А.Семашко, В.Х.Высиленко, Н.Д.Стражеско, А.В.Палладин, А.А.Богомолец. В годы Великой Отечественной войны эвакуированные специалисты внесли неоценимый вклад в оказание медицинской помощи раненым и больным в Башкортостане.

В годы войны здравоохранению региона пришлось столкнуться с существенно разными клиническими вариантами пневмонии: 1-й развивался у раненых на фронте, на разных этапах медицинской эвакуации; с определенными допущениями существенную часть случаев пневмонии у раненых по современной классификации можно отнести к госпитальной пневмонии; 2-й тип встречался у военнослужащих, находящихся в тылу, и гражданского населения и соответствовал внебольничному варианту пневмонии.

Детальный обзор патогенеза и клинической картины пневмоний у раненых приведен в статье майора медицинской службы Т.С.Истамановой [3]. Пневмонии закономерно развивались у раненых как с проникающими, так и непроникающими ранениями, контузиями грудной клетки непосредственно вслед за травмой. Пневмонии чаще наблюдались у раненых с резко выраженной анемией, возникшей в результате кровопотери или раневого сепсиса, а также при наличии хронических заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Наибольшее число случаев пневмонии во время Великой Отечественной войны диагностировано в зимнее время у раненых, которые длительно оставались на поле боя и подверглись переохлаждению. В обзоре [3] описаны результаты анализа 300 случаев пневмонии в хирургическом госпитале с января по май 1943 г., проведенного главным терапевтом Н-ского фронта, полковником медицинской службы профессором Гольштейном. Почти 50 % составили случаи пневмонии, осложнившие ранения позвоночника. Чаще всего (60 % случаев) пневмонии развивались при ранениях грудного и шейного отделов позвоночника; поясничного (9 %) и крестцового (0,3 %) отделов. В 83 % случаев пневмонии были двусторонними и часто приводили к гибели раненых. В категории черепных ранений выявлена связь локализации ранений с частотой развития пневмоний. Случаи пневмонии при ранениях затылочной области составили 66,8 %, теменной – 33,2 %, лобной – 5 %. Пневмонии у общехирургических раненых в верхние и нижние конечности, тазовую область отличались от других категорий частым абсцедированием (25,6 % случаев).

На этапах медицинской эвакуации пневмонии у раненых развивались не ранее 3–5-х суток после боевой травмы или в течение первых 3 суток после операции [4]. В более поздние сроки чаще встречались случаи абсцедирующей септической пневмонии. При проникающих ранениях груди на непораженной стороне в 50 % случаев развивалась бронхопневмония, причем в 20 % она осложнялась абсцедированием в более поздние сроки. Гангрена легкого сравнительно чаще встречалась у раненых с повреждением челюсти, которая, вероятно, имела аспирационный механизм развития [4].

Отмечены также особенности клинической картины пневмонии в условиях тыла [1]: нередко течение заболевания не сопровождалось высокой лихорадкой, часто встречались неврологические симптомы в виде затемнения сознания, бреда, а также проявления геморрагического диатеза с примесью чистой крови в мокроте, лейкопения; уже в то время наблюдались случаи резистентности к антибактериальной терапии сульфаниламидами.

У 91 % пациентов заболевание развивалось классически – с острым началом, высокой лихорадкой и выделением «ржавой» мокроты [5]. Несколько чаще (60,4 % случаев) поражалось правое легкое, реже – левое (34,2 %), 2-стороннее поражение отмечено в 5,4 % случаев. В 74 % случаев пневмонии воспа-

лительный процесс локализовался в пределах 1 доли, в 14 % — 2 долей, в 12 % отмечено поражение > 3 долей. Течение заболевания с развитием кризиса отмечено у 70 % пациентов, литическое течение — у 30 %. На фоне лечения снижение температуры тела отмечалось в большинстве случаев на 2-й день госпитализации, несколько реже — на 1-й и 3-й дни, еще реже — на 4-й и более поздние дни терапии.

Не только исторический, но и практический интерес представляет описание клинического случая летального исхода пневмонии тех лет [5].

Больной Л., 60 лет, кассир. Поступил в тяжелом состоянии на 6-й день заболевания. Кожа и слизистые синюшны, бочкообразная грудная клетка, частота дыхания — 32 в минуту. Притупление перкуторного звука и бронхиальное дыхание над верхней долей левого легкого. На остальных участках — коробочный звук, ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные влажные и сухие хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 130 в минуту, дикротичный, слабого наполнения. Артериальное давление (АД) — 100 / 70 мм рт. ст. Со 2-го дня поступления начато внутривенное введение 25,0 мг 0,8%-го сульфидина 2 раза в день. Летальный исход на 8-й день заболевания. Патологоанатомический диагноз: основное заболевание — левосторонняя крупозная пневмония верхней и нижней долей. Осложнения: фибринозно-гнойный перитонит, гнойный лептоменингит, мутное набухание мышцы сердца, печени и почек. Сопутствующее заболевание — атеросклероз аорты.

Обращает на себя внимание тщательное клиническое описание случая и детальное патологоанатомическое заключение, позволяющие предположить наличие у больного тяжелых сопутствующих заболеваний — хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца. С высокой степенью уверенности можно утверждать, что помочь данному пациенту даже в современных условиях отделения интенсивной терапии также было бы невозможно.

Распространенность пневмонии в годы Великой Отечественной войны, вероятно, существенно возросла вследствие пандемии гриппа 1943–1944 гг. Вирус гриппа выделен выдающимся советским эпидемиологом, уроженцем с. Аскино Бирского уезда Уфимской губернии (ныне Аскинский район Республики Башкортостан) академиком А.А.Смородинцевым (рис. 2).

Если пандемия гриппа 1918–1919 гг. унесла до 40 млн жертв, то в пандемию 1943–1944 гг. смертность составила всего доли процента. Осложнения при гриппозной пандемии 1943–1944 гг. наблюдались достаточно редко, пневмонии — в 3,6 % случаев. Тем не менее при пандемии гриппа 1943–1944 гг.



Рис. 2. Выдающийся советский вирусолог академик РАМН А.А.Смородинцев (1901–1986)
Figure 2. Outstanding Soviet virologist Academician of the Russian Medical Science Academy A.A.Smorodintsev (1901 – 1986)



Рис. 3. Рентгенограмма легких больного атипичной гриппозной пневмонией (1944) [6]
Figure 3. Chest X-ray of a patient with "atypical" influenza-associated pneumonia (1944) [6]

сохранились важнейшие черты «испанки» 1918–1919 гг. — клиническое течение, преимущественная избирательная локализация и поражение органов дыхания. Пневмонии при пандемическом гриппе 1943–1944 гг. характеризовались преимущественно катарально-токсическим характером воспаления [6]. Отличительной особенностью являлся выраженный цианоз, наблюдавший почти во всех случаях. Средняя продолжительность лихорадочного периода составляла 4–5 дней. В большинстве случаев количество лейкоцитов крови составляло $5,5\text{--}6,0 \times 10^{12}/\text{л}$. Рентгенологически инфильтрат обнаруживался нередко уже на 1–3-й день заболевания, достигая наибольшего распространения к 4–6-му дню, реже — позднее. Описан специфический тип поражения легких — пневмонит. Возможно, впервые в медицинской практике рентгенологами того времени использован термин «атипичная пневмония» [6] (рис. 3). Гриппозный пневмонит, сохраняя долевого характер распространения, поражал только части доли от корня, редко поражая периферию. Рентгенологически он имел вид пестрого веера или диска, обнаруживался в период с 1-го по 3-й день заболевания, достигая наибольшего распространения в период с 4-го по 6-й день болезни. Рассасывание инфильтрата протекало по-разному, чаще — медленно, в течение 10–20 дней, в легких случаях отмечался «летучий» характер инфильтрата, который держался 1–2 дня.

Безусловно, в годы войны, как и в настоящее время, ведущими методами первичной диагностики пневмонии являлись анализ жалоб, анамнеза и дан-



Рис. 4. Проведение рентгенографии грудной клетки в эвакуационном госпитале № 3765 (Уфа) в годы Великой Отечественной войны
Figure 4. Chest X-ray examination in the hospital No.3765, Ufa, at the Great Patriotic War time

ных физического обследования больного. Особое внимание уделялось тщательному проведению и описанию результатов перкуссии и аускультации легких. Ведущим инструментальным методом диагностики пневмонии была рентгеноскопия (рис. 4). Она широко применялась у всех раненых, поступавших в эвакуационные госпитали, не только при диагностике пневмонии, но и для скрининга заболеваний легких, в частности туберкулеза. Рентгеноскопия грудной клетки, как правило, производилась в ≥ 2 проекциях. Рентгенография применялась в несколько раз реже в целях экономии расходных материалов. Всего за годы войны в эвакуационном госпитале № 3765 проведено 9 735 рентгеноскопий.

В клиничко-диагностических лабораториях эвакуационных госпиталей (рис. 5) наряду с общим анализом крови и подсчетом лейкоцитарной формулы с целью выявления возбудителей пневмонии и туберкулеза у всех выделяющих мокроту раненых и больных производилась микроскопия с окраской по Граму и Цилю–Нильсену. В 1941–1942 гг. у больных пневмонией выявлены пневмококки (88 % случаев положительного бактериологического исследования), стрептококки (9,5 %), клебсиеллы (2,5 %) [5, 7].

В годы Великой Отечественной войны в СССР основными антибактериальными препаратами для лечения пневмоний были сульфаниламиды – стрептоцид и сульфидин, применяемые энтерально и парентерально. Пенициллин стал поступать в госпитали и больницы только в самом конце войны и массового влияния на исход пневмоний не оказал. Первый в СССР высокоактивный сульфаниламидный препарат сульфидин создан под руководством будущего академика *И.Я.Постовского* в 1937 г., а в 1942 г. начато промышленное производство препарата на Свердловском химико-фармацевтическом заводе [8].

В 1941–1942 гг. в клинике кафедры госпитальной терапии БМИ доцентом *З.Ш.Загидуллиным* под руководством заведующего кафедрой профессора *Д.И.Татарина* разработан улучшенный способ внутривенного введения сульфидина на основе кислого раствора, который был существенно стабильнее других растворимых форм препарата для паренте-



Рис. 6. Проведение процедур в отделении физиотерапии в эвакуационном госпитале № 3765 (Уфа)

Figure 6. Physiotherapeutic treatment at the hospital No.3765, Ufa

рального введения [9]. Ими же проведено клиническое исследование эффективности и безопасности внутривенного введения сульфидина для лечения пневмонии. Материал охватывал 50 случаев крупозной пневмонии у больных в возрасте от 15 до 70 лет. Всего на курс лечения вводилось 0,75–3,0 г сульфидина. При терапии сульфидином существенно – с 15 до 4 % снизилась летальность при крупозной пневмонии.

В качестве вспомогательной антисептической терапии в медицине военного времени также использовались внутривенные вливания 20%-го этилового спирта по 20–30 мл или спиртовые микроклизмы по 70–80 мл 10%-го спирта [4], внутривенные инъекции новарсенола через 2–3 дня по 0,15; 0,3 и 0,45 г. С общеукрепляющей целью широко применялись повторные гемотрансфузии по 200–250 мл с 3–4-дневными перерывами [10]. Упоминаются также внутривенные инъекции хлорида кальция, внутримышечные инъекции камфоры, хинина, фильтратотерапия по Безредко [7].

Большое значение придавалось немедикаментозному лечению пневмоний (рис. 6). Отделение физиотерапии эвакуационного госпиталя № 3765 было оснащено электрическим вибромассажером грудной клетки, инфракрасной лампой «Солюкс», аппаратами гальванизации, диатермии, паровыми ингаляторами. Активно применялись массаж и грязелечение.



Рис. 5. Клиничко-диагностическая лаборатория эвакуационного госпиталя № 3765 (Уфа)

Figure 5. Diagnostic laboratory of the hospital No.3765, Ufa



Рис. 7. Занятия ЛФК с ранеными в эвакуационном госпитале № 3765 (Уфа)

Figure 7. Physical rehabilitation of wounded patients at the hospital No.3765, Ufa

Лечебная грязь доставлялась с курорта Красноусольский (Гафурийский район Башкирской АССР).

Значительное место при профилактике и реабилитации пневмонии у раненых в эвакуационных госпиталях занимала лечебная физкультура (ЛФК). Каждый день в госпиталях начинался с утренней зарядки для всех раненых и больных, за исключением самых тяжелых. В теплое летнее время зарядка и ЛФК с ходячими больными под руководством методиста проводилась на открытом воздухе, с лежащими больными — в палатах при открытых окнах. В зимнее время утренняя зарядка проводилась в палатах. Дополнительно организовывались специальные занятия ЛФК для раненых с ампутированными конечностями (рис. 7).

Большое внимание уделялось укреплению боевого духа раненых, их воли к выздоровлению. С ранеными регулярно проводились политзанятия, самодеятельные и профессиональные артисты, творческие коллективы выступали с концертами. Важный психотерапевтический и реабилитационный эффект у раненых оказывали занятия по профессиональному переобучению новым трудовым навыкам взамен утраченных. Для организованного досуга был предназначен Красный уголок, где раненые могли читать газеты и книги, слушать радио, играть в настольные игры.

Несмотря на постоянную нехватку и ограниченный набор продуктов, большое внимание уделялось лечебному питанию раненых и больных (рис. 8). Для витаминизации пищи использовались морковь, лук, помидоры, капуста в сыром виде, настои шиповника и рябины, витамины А, В, С, рыбий жир.

Несмотря на тяжелое, полное лишений военное время, в БМИ активно велась научно-исследовательская работа. За период Великой Отечественной войны защищены 2 кандидатские диссертации, посвященные изучению пневмонии. В 1942 г. доцентом кафедры госпитальной терапии БМИ *З.Ш. Загидуллиным* защищена кандидатская диссертация «О некоторых гемодинамических показателях при крупозной пневмонии». В результате изучения 158 случаев пневмонии с использованием капилляроскопии, измерения АД и венозного давления и прямого измерения скорости кровотока определены гемодинами-



Рис. 8. Персонал и оборудование пищеблока эвакуационного госпиталя № 3765 (Уфа)
Figure 8. Staff of a food unit at the hospital No.3765, Ufa

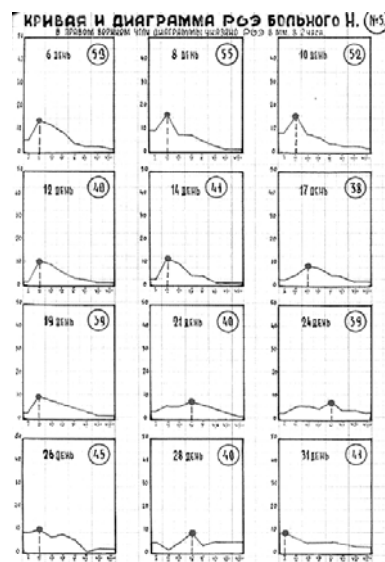


Рис. 9. Динамика временного профиля СОЭ у пациента с пневмонией в процессе выздоровления [11]

Figure 9. Change in erythrocyte sedimentation rate of a convalescent patient with pneumonia [11]

ческие критерии неблагоприятного исхода заболевания [5], в число которых вошли тахикардия (> 120 в минуту — для молодых и > 100 в минуту — для пожилых пациентов) и снижение систолического АД на > 30 мм рт. ст. во время кризиса относительно величины АД в разгаре болезни. Примечательно, что эти критерии практически совпадают с соответствующими критериями современных шкал оценки тяжести и прогноза пневмонии и других критических состояний — PSI, SOFA, APACHE и т. п. В результате исследования выделены ведущие сердечно-сосудистые нарушения при крупозной пневмонии — падение тонуса сосудов, снижение скорости кровотока, замедление или стаз капиллярного кровотока. В 4 случаях, закончившихся летально, отмечена специфическая картина пареза капилляров, замедленный кровоток вплоть до полного стаза, перикапиллярный отек. В качестве причины развития артериальной гипотензии и шока при крупозной пневмонии рассматривается массивный выброс различных гистаминаподобных пневмотоксинов, с современных позиций — «медиаторный взрыв» при генерализованной бактериальной инфекции.

В 1947 г. участником советско-финской войны (1939–1940) доцентом кафедры госпитальной терапии БМИ *М.Н. Фридманом* защищена кандидатская диссертация «Реакция оседания эритроцитов при крупозной пневмонии», в которой представлены особенности динамики временного профиля скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у больных пневмонией ($n = 375$) в динамике заболевания [11]. В ходе исследования производилась тщательная регистрация СОЭ через каждые 15 мин в течение 2 ч, всего 8 последовательных измерений. Выделен временной период с максимальной величиной СОЭ (рис. 9). В качестве референтных методов использовались определение концентрации альбуминов, глобулинов, хлоридов в плазме крови, микроскопический анализ мокроты. Установлено, что максимальная СОЭ в 1-й четверти часа отражает состояние гиперергии и более тяжелое течение заболевания. Максимальная СОЭ во 2-й четверти

часа характеризует более легкие случаи крупозного воспаления легких. По мере выздоровления максимальная СОЭ смещается на 3, 4 и 5-ю четверти часа, уменьшается также и угол наклона кривой динамики СОЭ. Автором выделены несколько типов динамики СОЭ, отражающие активность воспалительного процесса и развитие осложнений пневмонии. Полученные результаты актуальны и сегодня. Определение СОЭ остается в арсенале современной медицины и в условиях чрезвычайных ситуаций, исключающих проведение сложной лабораторной диагностики, может оказаться весьма востребованным анализом.

Заключение

В годы Великой Отечественной войны накоплен богатый опыт комплексной диагностики и лечения пневмонии, который до настоящего времени сохраняет не только историческое, но и научно-клиническое значение. В это суровое время отечественными клиницистами определены практически все современные базисные принципы ведения больных пневмониями. Уже тогда пневмония рассматривалась как заболевание с выраженными системными проявлениями и потенциальным развитием полиорганной недостаточности. Выработан стандарт клинической диагностики пневмонии, включавший рентгенологическое обследование легких в нескольких проекциях и микроскопию мокроты с окраской по Граму. Определены критерии тяжелого течения заболевания, установлена необходимость раннего начала внутривенной антибактериальной терапии. В качестве заместительной иммунотерапии использовались повторные гемотрансфузии, комплексно применялось немедикаментозное лечение — физиотерапия, физическая и при необходимости — психотерапевтическая реабилитация, нутритивная поддержка. Эти принципы, безусловно, сохраняют актуальность и в настоящее время.

Сегодня для оказания эффективной помощи больным пневмониями следует изучать и творчески осмысливать богатейший опыт отечественной медицины, приобретенный в годы Великой Отечественной войны.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, связанных с рукописью. Работа над рукописью проводилась без поддержки спонсоров.

Conflict of interest.

The authors declare no conflict of interest related to the article. Support the publication. The article was written without any sponsorship.

Литература

1. Губергриц М.М. Об особенностях течения крупозной пневмонии. *Советская медицина*. 1944; 9: 16–18.
2. Кулагина А.А. Медики Башкирии в боях за Родину. Уфа: Полиграфкомбинат; 1995: 1–80.
3. Истаманова Т.С. К вопросу о патогенезе пневмоний у раненых. *Клиническая медицина*. 1944; 22: 50–68.
4. Шапиро Я.Е. О легочных осложнениях у раненых на разных этапах санитарной эвакуации. *Клиническая медицина*. 1944; 22 (1–2): 48–52.
5. Загидуллин З.Ш. О некоторых гемодинамических показателях при крупозной пневмонии: Дисс. ... канд. мед. наук. Уфа; 1942.
6. Коган М.Б. Клинические формы гриппозной (вирусной) пневмонии. *Клиническая медицина*. 1944; 22 (7–8): 34–49.
7. Загидуллин З.Ш. Крупозная пневмония по данным госпитальной терапевтической клиники Башмединститута. *Сборник рефератов научных работ БашМИ*. 1949; 8: 81–82.
8. Постовский И.Я. К 70-летию со дня рождения. *Химия гетероциклических соединений*. 1968; 1: 186–188.
9. Загидуллин З.Ш. Опыт лечения пневмонии внутривенным введением сульфидина. В кн.: *Сборник научных трудов Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ*. Уфа: Башгосиздат. 1946; 8: 151–156.
10. Дымшиц Ю.И. Клиника и лечение огнестрельных ранений легких и плевры. Санитарное управление фронта. 1942.
11. Фридман М.Н. РОЭ при крупозной пневмонии: Дисс. ... канд. мед. наук. Уфа; 1947.
1. Gubergrits M.M. About particularities of lobar pneumonia course. *Sovetskaya meditsina*. 1944; 9: 16–18 (in Russian).
2. Kulagina A.A. Bashkir healthcare workers in Patriotic War. Ufa: Poligrafkombinat; 1995: 1–80 (in Russian).
3. Istamanova T.S. About pathogenesis of pneumonia in wounded patients. *Klinicheskaya meditsina*. 1944; 22: 50–68 (in Russian).
4. Shapiro Ya.E. About pulmonary complications in wounded patients at different stages of sanitary transportation. *Klinicheskaya meditsina*. 1944; 22 (1–2): 48–52 (in Russian).
5. Zagidullin Z.Sh. Some hemodynamic parameters in lobar pneumonia: Diss. Ufa, 1942 (in Russian).
6. Kogan M.B. Clinical variants influenza-associated (viral) pneumonia. *Klinicheskaya meditsina*. 1944; 22 (7–8): 34–49 (in Russian).
7. Zagidullin Z.Sh. Lobar pneumonia according to findings of Hospital Therapeutic clinics of Bashkir Medical Institute. *Collected scientific papers of Bashkir Medical Institute*. 1949; 8: 81–82 (in Russian).
8. Postovskiy I.Ya. To the 70th birthday. *Chemistry of heterocyclic compounds*. 1968; 1: 186–188 (in Russian).
9. Zagidullin Z.Sh. An experience of treatment of pneumonia using intravenous Sulfidin. In: *Collected scientific papers of Bashkir Medical Institute*. Ufa: Bashgosizdat. 1946; 8: 151–156 (in Russian).
10. Dymshits Yu.I. Clinical features and treatment of gunshot wounds of the lungs and the pleura. Front Sanitary Administration. 1942 (in Russian).
11. Fridman M.N. Erythrocyte sedimentation rate in lobar pneumonia. Ufa; 1947 (in Russian).

Поступила 26.02.16
UDC 616.24-002-08(470.57)

References

Received February 26, 2016
UDC 616.24-002-08(470.57)

Информация об авторах

Загидуллин Шамиль Зарифович – д. м. н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (962) 546-76-22; e-mail: znaufal@mail.ru
Зулкарнеев Рустем Халитович – д. м. н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (962) 546-76-22; e-mail: zrustem@mail.ru

Киньябулатов Азат Уранович – к. м. н., доцент кафедры общественно-го здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (927) 336-20-88; e-mail: azatur3@yandex.ru

Загидуллин Науфаль Шамилович – д. м. н., доцент, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (962) 546-76-22; e-mail: znaufal@mail.ru

Власова Наталья Александровна – д. м. н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (917) 447-00-11; e-mail: natalya.vlasova.2012@mail.ru

Фархутдинов Усман Раульевич – д. м. н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (917) 431-00-66; e-mail: babe@bk.ru

Азнабаева Юлия Геннадьевна – к. м. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: (987) 251-25-10; e-mail: rectorat@bashgmu.ru

Author information

Zagidullin Shamil' Zarifovich – MD, Professor, Head of Department of Propae-
deutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, факс: (347) 272-37-51;
e-mail: zshamil@inbox.ru

Zulkarneev Rustem Khalitovich – MD, Professor at Department of Pro-
paedeutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, факс: (347) 272-37-51;
e-mail: zrustem@ufanet.ru, zurustem@mail.ru

Kin'yabulatov Azat Uranovich, PhD, Associate Professor at Department of
Public Health and Management, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, факс: (347) 272-37-51;
e-mail: azatur3@yandex.ru

Zagidullin Naufal' Shamilevich, MD, Professor at Department of Propae-
deutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, факс: (347) 272-37-51; e-mail:
nau36@ufanet.ru

Vlasova Natal'ya Aleksandrovna, MD, Professor at Department of Pro-
paedeutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, факс: (347) 272-37-51;
e-mail: natalya.vlasova.2012@mail.ru

Farkhutdinov Usman Raul'evich, MD, Professor at Department of Propae-
deutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, (347) 232-80-00; факс (347) 272-
37-51; (347) 232-19-22; e-mail: babe@bk.ru

Aznabaeva Yuliya Gennad'evna, PhD, Associate Professor at Department of
Public Health and Management, Bashkir State Medical University, Health-
care Ministry of Russia; tel.: (347) 272-41-73, факс: (347) 272-37-51;
e-mail: albert3574@rambler.ru

Уважаемые подписчики!

Обращаем Ваше внимание, что подписка
на журнал «Пульмонология», начиная с № 1 / 2017,
будет осуществляться по Объединенному каталогу
«ПРЕССА РОССИИ»

Подписной индекс **для физических лиц — 73322**

Цена за 1 номер — **303,3 руб.**, за полугодие (3 номера) — **900,9 руб.**,
за год (6 номеров) — **1 801,8 руб.**

Подписной индекс **для организаций — 80642**

Цена за 1 номер — **1 782 руб.**, за полугодие (3 номера) — **5 346 руб.**,
за год (6 номеров) — **10 692 руб.**