

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1999

УДК 616.24(092 Н.С.Молчанов)

С.Б.Шустов, Д.Г.Долматов

Н.С.МОЛЧАНОВ И ЕГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА

Военно-медицинская академия, г.Санкт-Петербург



19-го мая 1999 г. исполняется 100 лет со дня рождения Николая Семеновича Молчанова — прекрасного человека, заслуженного деятеля науки РСФСР, академика АМН СССР.

Круг его интересов в медицине был весьма широким. Но наибольшее внимание он уделял проблемам пульмонологии, в которой добился больших успехов. Это позволило ему стать реальным Главой пульмонологической школы страны. Его первые исследования были связаны с поражением органов дыхания на войне. Это пневмонии, пульмониты, ателектазы, абсцессы легких и другие изменения у раненых (1939—1945 гг.), которые нередко определяли течение раневого процесса, его прогноз и исход.

В этиопатогенезе острой пневмонии (ОП) автор отводил большую роль инфекции, охлаждению, уменьшению экскурсии грудной клетки в связи с ранением, снижению иммунобиологических свойств организма,

функциональным нарушениям в системах дыхания и кровообращения, что касается токсико-септических пневмоний, то они чаще возникали при большом размождении тканей в результате ранения, а симпатические — от расстройства рефлекторных механизмов. Собранный и обобщенный материал стал основой классификации ОП у раненых (1944), которая не потеряла своего значения до настоящего времени. Нагноения в легких, по мнению Н.С.Молчанова, чаще возникали при осколочных ранениях, поздней хирургической обработке раны и у пожилых людей, особенно в зимнее время.

Глубокое знание проблемы в сочетании с титаническим трудом многих терапевтов, занимавшихся лечением раненых и больных, обеспечили очень высокий процент выздоровления больных и возвращения их в строй (более 70%). И в этом подвижническом труде есть доля Николая Семеновича и коллективов, которыми он руководил.

Уже после Великой Отечественной войны на XIII съезде терапевтов Николай Семенович привлек внимание специалистов к неспецифическим заболеваниям легких (НЗЛ) у бывших раненых, ставших теперь пациентами госпиталей инвалидов войны.

В 1948 г. Николай Семенович был избран начальником кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии (ВМА), в 1965 г. преобразованной в кафедру терапии для усовершенствования врачей (ТУВ), которой профессор Молчанов руководил до конца своей жизни (1972 г.), одновременно исполняя обязанности Главного терапевта МО СССР.

Поскольку НЗЛ оставались важной медицинской и социальной проблемой, Николай Семенович организовал широкие исследования по ОП и хроническим неспецифическим заболеваниям легких (ХНЗЛ). Для этого были привлечены коллектив кафедры и клиники ТУВ, терапевтическая служба военных округов и флотов, военно-медицинский музей, а в дальнейшем — клиника инфекционных болезней, кафедры эпидемиологии, микробиологии и рентгенологии ВМА. Так было положено начало формирования пульмонологической школы Н.С.Молчанова, которая проделала большую работу в масштабе всей страны по изучению многогранных проблем НЗЛ.

Первые очень важные материалы были получены в конце 50-х годов (Н.С.Молчанов, Б.С.Налимов, А.А.Пономарев, М.Ю.Лянда, В.Х.Чирейкин и другие). Эти материалы составили основу монографии Н.С.Молчанова "Острые пневмонии" (1965 г.) и программного доклада его на XV Всесоюзном съезде терапевтов. Делегаты съезда и врачебная общественность с большим интересом встретили полученные данные. Они касались изменения этиологической структуры ОП, указывали на уменьшение роли пневмококка. Чаще стали высеиваться из мокроты больных стафилококки и грамотрицательные микробы, увеличилась доля вирусных и микоплазменных пневмоний. Выявлены особенности ОП при ревматизме, диффузных заболеваниях соединительной ткани, при ранениях, ожоговой травме и воздействии на органы дыхания боевых отравляющих веществ и бензина.

Более чем у трети больных было констатировано затяжное течение заболевания (В.П.Сильвестров), этому способствовали поздняя диагностика воспаления легких, повторные пневмонии, нерациональное лечение, функциональные изменения в системах дыхания и кровообращения, старший возраст больных.

Для практического использования новых данных в лечебной работе Н.С.Молчанов предложил классификацию ОП. Она была одобрена делегатами XV съезда терапевтов и практическими врачами. Прошло более 30 лет, а классификация продолжает оставаться нужной врачам в силу своей простоты, удобства использования и отражения наиболее важных сторон заболевания.

В это время (1964 г.) вышел из печати 3-й том "Болезни органов дыхания" в десятитомном Руководстве по внутренним болезням, редактором и соавтором которого был Н.С.Молчанов. Следует подчеркнуть, что в начале 60-х годов Николай Семенович начал широкие исследования по ХНЗЛ. А вскоре (1971 г.) вышла монография "Клиника и лечение острых пневмоний" (совместно с В.В.Ставской). В ней особое внимание обращено на клинические варианты течения ОП в связи с различной этиологией заболевания и на комплексную, в том числе и этиотропную, терапию.

Клиника и кафедра ТУВ ВМА стали реальным методическим центром по изучению ОП и ХНЗЛ. Это продолжалось вплоть до открытия ВНИИ пульмонологии.

Было организовано углубленное изучение ОП в различных климатогеографических зонах: Дальний Восток (П.И.Федотов; А.И.Лужняк), Северный Урал и Молдавия (В.Г.Рысич), юг Украины (В.П.Лакиза; Н.И.Мочалкин), центральные области России (В.В.Ермаков с соавт.; А.П.Чернов), северо-запад страны (Г.М.Цыганков), Прибалтика (В.Некрашас; Н.Эльштейн). Эти исследования продолжались более 30 лет и проводились по единой программе, что позволяло делать необходимые сопоставления и углубленный анализ.

Николай Семенович стал академиком АМН СССР и руководителем проблемной комиссии "Физиология и патология легких" при Ученом совете МЗ Союза. Для дальнейшего изучения проблемы ему была выделена специальная академическая группа научных сотрудников.

В 70—80-е годы, уже после смерти Н.С.Молчанова, его школа продолжала дело учителя и, в частности, был обобщен 20-летний опыт изучения ОП. Это был большой материал, охватывающий всю страну, и ценен он был тем, что заболевшими были молодые мужчины, жившие в одинаковых социальных условиях, неотягощенные хроническими заболеваниями (Д.Я.Шурыгин, В.П.Сильвестров, В.С.Матковский, Д.Г.Долматов, А.П.Казанцев, А.А.Селиванов, И.Е.Колуканов, А.И.Минько, Д.Т.Попов, Г.Э.Спеваков). Руководил работой профессор Е.В.Гембицкий.

Полученный материал вызвал широкий отклик в кругах медицинской военной и гражданской общности, он обсуждался на Всеармейской конференции терапевтов, пульмонологов и других специалистов (1981), на заседании Ленинградского научного общества терапевтов им.С.П.Боткина. Интерес к материалу был вызван прежде всего его большой практической значимостью. Именно он послужил основой для написания (Д.Г.Долматов) методических указаний Центрального Военного медицинского управления — "Диагностика, лечение и профилактика острых пневмоний", не потерявших своего значения до настоящего времени.

Кроме этого, в 70—80-е годы разрабатывались такие проблемы, как абсцедирующая пневмония, иммунологические проблемы патогенеза, течение заболевания в различных регионах страны, лечение и психологическая реабилитация переболевших пневмонией (Д.Г.Долматов, Ю.Р.Грозовский, Б.Б.Удальцов, Г.Е.Чумак, В.А.Казанцев, М.А.Харитонов, А.В.Козлов и другие). Диссертации, отчеты, методические разработки содержали глубокие теоретические положения и ценные практические рекомендации по профилактике и лечению заболевания легких.

В конце 50-х годов Н.С.Молчанов проводил большие эпидемиологические исследования по ХНЗЛ, они показали, что в Ленинграде эти заболевания выявлены в 12,7% случаев среди работающих на крупном заводе (Б.З.Данович, О.В.Коровина, И.П.Смирнов).

В клинике ТУВ больные ХНЗЛ тщательно обследовались; изучалась функция внешнего дыхания (ФВД), газы крови, КОС, напряжение кислорода в тканях (С.О.Вульфович, В.В.Медведев, В.П.Сильвестров, Д.Г.Долматов, А.Д.Пушкарев). Все это позволило углубить знания по дыхательной недостаточности, артериальной гипоксемии и тканевой гипоксии у больных ХНЗЛ и предложить методы их коррекции, в том числе и с помощью оксигенотерапии. Полученные материалы отражены в ряде диссертаций и монографий "Хроническая пневмония" (Б.С.Агов, Т.Е.Гембицкая, Н.И.Колычева, И.Г.Куренкова, Г.В.Летуновская, Н.А.Анисимова, Д.Г.Долматов и другие).

Н.С.Молчанов был автором классификации хронической пневмонии (1964, 1972), которая на определенном этапе изучения ХНЗЛ сыграла положительную роль; она позволила составить более четкое представление о структуре ХНЗЛ. Рамки статьи не позволяют указать имена многих доцентов, ассистентов, кандидатов медицинских наук, практических врачей — после-

дователей, трудившихся под руководством Николая Семеновича Молчанова. Укажем д.м.н. и профессоров В.П. Сильвестрова, Е.В.Гембицкого, Л.М.Клячкина, О.В.Коровину, Т.Е.Гембицкую, М.М. Кирилова, Б.Б.Удальцова, Г.Е.Чумака, В.В.Вытрищак, Ю.Н.Шишмарева, И.Г.Куренкову, которые в проблеме НЗЛ продолжили идеи академика Н.С.Молчанова.

Глубокое изучение заболеваний легких и их социально-экономическое значение позволило обосновать необходимость создания пульмонологической службы с сетью специализированных поликлиник, стационаров, реабилитационных центров и выделить специальность врач-пульмонолог. В Ленинграде было создано Общество пульмологов. Роль трудов Николая Семеновича и его школы была очень высокой.

В нашей стране и за рубежом известны труды Н.С.Молчанова, он с честью представлял нашу меди-

цину, в том числе и пульмонологию, в ряде стран Европы и Южной Америки.

За большие заслуги перед отечеством Николаю Семеновичу Молчанову было присвоено высокое звание Героя Социалистического Труда, а клиника, где плодотворно трудился ученый, академик, выдающийся врач более четверти века, носит его имя.

В течение ряда лет Н.С. Молчанов выполнял большую общественную работу — был председателем Ленинградского научного общества терапевтов им. С.П.Боткина, членом редколлегии журналов "Терапевтический архив", "Военно-медицинский журнал", "Клиническая медицина", "Центральный реферативный журнал".

Жизнь Николая Семеновича, отданная медицине и, в первую очередь, пульмонологии — прекрасный пример для молодых врачей.

Хроника. Информация

ПРОТОКОЛ 228-го ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА г. МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 26.05.98.

Председатель — акад. РАМН М. И. Перельман. Референт — проф. Н. С. Королева

Доклады

1. М. М. Абакумов, А. Н. Погодина, В. А. Береснев, И. Е. Маныкин, Л. В. Леонова (Институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского). Проникающие ранения груди.

Проникающие ранения груди относятся к тяжелым и опасным для жизни видам открытой травмы. В последние годы отмечается неуклонный рост количества больных с открытой травмой груди вследствие ранений холодным и огнестрельным оружием. Наибольшей тяжестью характеризуются сочетанные ранения груди и других анатомических областей, летальность при которых достигает 50—86%. Проблема совершенствования методов диагностики повреждений в предоперационном периоде, рациональной хирургической тактики, раннего выявления послеоперационных и посттравматических осложнений и их лечения является актуальной.

За последние пять лет в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского на лечении находились 2122 больных с проникающими ранениями груди. Ранения холодным оружием были у 1740 больных, огнестрельные ранения — у 382 пациентов. Изолированная открытая травма груди имела место в 1453 наблюдениях (у 1323 больных при колото-резаных ранениях и у 130 больных с огнестрельной травмой). Сочетанные ранения наблюдались у 417 больных с колото-резаными ранениями и 252 пациентов с огнестрельной травмой, что соответствовало 24 и 66% в каждой группе больных. Среди сочетанных повреждений преобладали торакоабдоминальные ранения (261 наблюдение при ранении холодным оружием и 106 наблюдений при огнестрельной травме). Особенностью огнестрельных ранений были множественные тяжелые повреждения внутренних органов, преимущественно с массивным разрушением тканей, контузионными повреждениями рядом расположенных органов, а также частое сочетание травмы груди с ранениями позвоночника, спинного мозга, огнестрельными множественными переломами ребер, костей таза, конечностей. Характер и частота повреждений внутренних органов при травме холодным и огнестрельным оружием имели свои особенности. При изолированных проникающих колото-резаных ранениях

груди в 76% случаев имело место ранение легкого, в 28% наблюдений выявлено ранение сердца. При огнестрельной изолированной травме частота повреждений сердца составила всего 2%, что может быть обусловлено большей тяжестью огнестрельных ранений сердца и наступлением смерти на догоспитальном этапе. При торакоабдоминальных ранениях (холодным и огнестрельным оружием) частота травмы паренхиматозных органов брюшной полости была одинаковой. Так, ранения печени выявлены в 22 и 24% случаев, ранения селезенки в 18—20%, почек — соответственно в 2—4%. Ранения полых органов при огнестрельной травме наблюдались более чем в 2 раза чаще, чем при ранениях холодным оружием.

В диагностике изолированных и сочетанных ранений груди важное значение имеет тщательный клинический осмотр пострадавших, рентгенологическое исследование груди и смежных областей, а также ультразвуковое исследование груди и живота. Перед хирургическим вмешательством основной задачей диагностики было выявление признаков свободной жидкости в плевральных полостях, полости перикарда, брюшной полости, забрюшинном пространстве. Метод ультразвукового исследования грудной клетки и брюшной полости позволял в кратчайшее время получить данные о наличии жидкости в плевральной полости и животе и дать количественную оценку содержимого. Высока диагностическая достоверность ультразвукового метода и возможность выполнения исследования непосредственно в операционной при одновременном проведении реанимационных мероприятий делают его незаменимым в диагностике повреждений при ранениях груди.

Объем и характер хирургического лечения зависел от вида и тяжести травмы. При наличии малого гемоторакса производили ревизию и хирургическую обработку раны, пункцию плевральной полости. В случаях среднего гемоторакса хирургическую обработку раны завершали дренированием плевральной полости. Показаниями к торакотомии были: большой гемоторакс, подозрение на ранение сердца, трахеи и бронхов, диафрагмы (524 наблюдения).

Наиболее сложным было лечение больных с сочетанными ранениями груди. Хирургическая тактика основывалась на выявлении преобладающего повреждения. Так, при торакоабдоминальных ра-