

# НАУЧНЫЕ ШКОЛЫ

УДК616.1/.4:378.4(091)(045)

## НАУЧНАЯ ШКОЛА ПРОФЕССОРА Л.С. ШВАРЦА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

*Л.С. Юданова* – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, доктор медицинских наук.

## SCIENTIFIC SCHOOL OF PROFESSOR L.S. SCHWARZ DURING THE YEARS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR

*L.S. Yudanova* – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Hospital Therapy, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 02.06.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

**Л.С. Юданова. Научная школа профессора Л.С. Шварца в годы Великой отечественной войны. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 209–210.**

В статье представлена история научной школы профессора Л.С. Шварца в годы великой Отечественной войны.

**Ключевые слова:** терапевтическая кафедра, научная школа.

**L.S. Yudanova. Scientific school of professor L.S. Schwarz during the years of the Great Patriotic War. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 1, p. 209–210.**

The article presents the history of scientific school of professor L.S. Schwarz during the years of the Great Patriotic War.

**Key words:** department of therapy, scientific school.

Несмотря на все трудности военного времени: постоянную перегрузку, связанную с основной врачебной деятельностью (переполненность отделений тяжелыми больными, нехватка врачебных кадров, частые дежурства в клинике и по санавиации), интенсивный учебный процесс с досрочным выпуском врачей, на кафедре госпитальной терапии не прерывалась научная работа. Жизнь определила: основная научная тематика кафедры – это патология военного времени. Можно выделить две крупные проблемы, изучение которых носило фундаментальный характер – патология почек в условиях военного времени и алиментарная дистрофия. Первую проблему возглавил на кафедре доцент П.И. Шамарин, являвшийся в годы войны главным терапевтом эвакогоспиталя и имевший возможность наблюдать болезни почек как в клинике среди мирного населения, так и среди военнотравматических, в том числе и при различных ранениях и травмах. Эти наблюдения легли в основу его докторской диссертации, защищенной в 1946 году.

Хорошо известно, что только с началом Великой отечественной войны стало очевидным становление военно-полевой терапии как научной и практической специальности военной медицины. Трудными выдающихся отечественных ученых М.С. Вовси, И.В. Давыдовского формировалась ее глава «Патология внутренних органов при боевой травме». П.И. Шамарин писал, что в этой главе патология почек была представлена еще не в полном объеме. На основе собственных наблюдений он разработал классификацию болезней почек военного времени и выделил 5 групп:

1) заболевания почек, вызванные непосредственно огнестрельным ранением или тупой травмой;

2) почечно-каменная болезнь как осложнение ранения или травмы с повреждением трубчатых костей;

3) токсические нефропатии;

4) очаговые нефриты (эмболические, септические);

5) диффузные нефропатии (острый и хронический гломерулонефрит, амилоидоз почек).

В трудах доц. П.И. Шамарина приведено описание клиники этих форм и их дифференциальная диагностика, патогенетические механизмы и основные направления в лечении. Особую ценность представляют описанные доц. П.И. Шамариным вместе с профессором Л.С. Шварцем особенности возникновения, течения, диагностики и лечебной тактики, в том числе и на этапах медицинской эвакуации, при острых нефритах в военное время, наблюдавшихся как среди военнотравматических, так и среди мирного населения.

Важен вклад П.И. Шамарина в учение о так называемом амилоидно-липоидном некрозе. В те годы, когда среди патологов и врачей господствовало катехорическое деление диффузных заболеваний почек на нефриты и нефрозы, когда отсутствовали еще возможности прижизненного изучения морфологии почек с помощью пункционной биопсии, П.И. Шамарин пришел к убеждению, что поражение канальцев при этом заболевании характерно для поздних фаз болезни. По его мнению, с самого начала при этом заболевании поражаются клубочки и что это заболевание является нефритом — острым или хроническим, а термин и понятие «нефроз» не имеет права на существование.

Изучение алиментарной дистрофии проходило на втором этапе войны, когда в клинику и подшефные госпитали стали поступать лица, перенесшие ленинградскую блокаду. Глубоким изучением алиментарной дистрофии была занята практически вся клиника, о чем свидетельствуют статьи в периодической печати того времени, — «Состояние водного и минерального обмена» (Ауэрбах Т.С.), «Особенности углеводного обмена» (Новицкая З.В.), «Состояние кровяной функции» (Истомина К.В.), «Функциональная патология печени» (Горбункова З.А.), «Функциональная патология желудочно-кишечного тракта» (Ауэрбах Э.И.), «Показатели гемодинамики» (Семенова П.С.). Результаты

**Ответственный автор** – Юданова Лидия Сергеевна  
410012 г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112  
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава,  
кафедра госпитальной терапии лечебного факультета;  
Тел. (8452) 514960,  
E-mail: rebrov@sgu.ru

татом всех этих исследований явилась большая статья профессора Л.С. Шварца в трудах СМИ за 1946 г. «Функциональная патология алиментарной дистрофии». Анализируя и обобщая полученные данные и собственные наблюдения, Л.С. Шварц рассматривает алиментарную дистрофию как сложнейшую патологию, не укладывающуюся в обычные рамки простого количественного голодания. В годы войны картина такой же дистрофии стала наблюдаться после отдельных инфекций (брюшной тиф, дизентерия), на почве тяжелых ранений. В большинстве подобных случаев качественно и количественно неполноценное питание было исключено, и основным механизмом развития дистрофии мог быть токсогенный распад тканей, и таким образом, следовало различать экзогенную и эндогенную форму алиментарной дистрофии. Обе формы возникали во время войны, что их объединяло и позволяло считать, что длительное и тяжелое нервно-психическое напряжение и травмы нервной системы играли определенную роль в их патогенезе. Кроме того, в клинической картине можно было наблюдать довольно раннее возникновение инсипидарного синдрома, а на более поздних стадиях клиника «сухих» форм ничем не отличалась от болезни Симмондса и церебральной кахексии, что давало основание полагать, что в патогенетической цепи определенное место занимает поражение дизэнцефальной области. Ярким доказательством поражения дизэнцефально-гипофизарной сферы при алиментарной дистрофии служит вспышка массовой острой артериальной гипертензии у лиц, перенесших алиментарную дистрофию в блокадном Ленинграде, а также данные патологоанатомов о морфологических изменениях в сером бугре при алиментарной дистрофии, идентичных случаям церебрального истощения.

Важны и интересны совместные публикации профессора Л.С. Шварца и доцента П.И. Шамарина об особенностях течения ревматизма в годы войны. Наблюдая большую группу больных ревматизмом, прошедших через клинику и госпиталь более чем за 4 года, они отметили редкость свежих случаев ревматизма. Практически все больные, которых они наблюдали, страдали ревматическими пороками сердца и поступали в клинику в связи с активацией процесса, либо с развитием сердечной недостаточности, часто и того, и другого вместе. Интересно наблюдение о том, что больные ревматизмом начали поступать не ранее второго года войны, т.е. после известного накопления воздействия на здоровье тяжелых условий военных лет. Впервые в своей практике два опытных клинициста убедились в наличии колоссальных возможностей миокарда компенсировать пороки. Так, многие военнослужащие, несомненно имевшие уже пороки сердца, участвовавшие в длительных маршах, пеших переходах, переплывавшие реки, выполнявшие спецзадания (разведка), не испытывали при этом физических ограничений со стороны больного сердца.

Много важных особенностей течения описано в трудах Л.С. Шварца и М.А. Абезгауз относительно язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. По данным клиники и подшефного госпиталя авторы отмечают значительное учащение не столько свежих случаев, сколько рецидивов язвенной болезни и особенно язв желудка. Если в довоенное время среди язвенных больных преобладали женщины (52:38, по Лурья), то в годы войны наблюдалось существенное преобладание мужчин (из общего количества в 100 больных мужчин было 92, женщин 8 и, притом что, во всей патологии преобладала желудочная локализация язв). В те годы единственной причиной ухудшения считалось нарушение режима питания и характер

пищи. Но явно выступала и такая причина, как длительное нервно-психическое напряжение. Так, в ряде случаев наблюдались рецидивы при нормальном питании и, наоборот, в период ремиссии никакие самые грубые отклонения в питании не вызывали ухудшения. Рецидивы вспыхнули далеко не сразу после перехода на плохое питание, а много месяцев спустя (от 4-5-6 месяцев до года пребывания на фронте).

Это наблюдение как бы заранее готовило почву для создания в последующем теории Быкова и Курцына о патогенезе язвенной болезни. Другая особенность язвенной болезни военных лет — это очень большая частота осложнений — кровотечений и перфораций, что особенно хорошо было видно на материалах хирургических клиник и госпиталей. Авторы подчеркивали, что в большом количестве случаев кровотечение и перфорация были первыми проявлениями язвенной болезни у бойцов, не имевших в анамнезе каких-либо указаний на заболевание желудка.

Много статей как самого профессора Л.С. Шварца, так и его сотрудников (врач Ларина В.С.), посвящено крупозной пневмонии, уносившей в те годы множество жизней молодых людей, и особенно лечению крупозной пневмонии препаратами сульфидина (он только появился во второй половине войны). Была проведена большая работа по апробации различных методов разведения и назначения сульфидина, включая и внутривенное введение с применением различных доз. Внутривенное введение даже в умеренных дозах, хотя и уступало несколько по эффективности пероральной терапии, было признано важным в тех случаях, когда пациент — по тем или иным причинам не мог глотать.

Анализируя публикации сотрудников кафедры тех лет, приходишь к выводу, что не одно сколько-нибудь важное наблюдение, представлявшее ценность своими нестандартными проявлениями, не проходило без замеченного острым взглядом клинициста. Такова статья профессора Л.С. Шварца «Проникающие ранения грудной клетки — вопросы диагностики и терапии». Здесь терапевт, прежде всего, отмечает трудности физического обследования раненого (обширные повязки, вынужденное положение). Но главные выводы касаются тех мер, которые неукоснительно должны соблюдаться всеми врачами, в чьи руки попадают эти раненые с первых этапов эвакуации. Это обязательная сульфидинотерапия с первых дней после ранения, планомерность и преемственность на всех этапах эвакуации, своевременное (раннее), хирургическое вмешательство (разгружающие пункции и операции, борьба с остаточными гнойными полостями).

Такова статья ассистента Т.С. Ауэрбаха «К проблеме патогенеза алиментарной алейкии». Это заболевание, описанное в довоенное время как апластическая анемия, или геморрагическая алейкия, или агранулоцитоз, в военные годы участилась. Выявилась связь наблюдаемых случаев с употреблением в пищу перезимовавших злаков (алиментарная алейкия), а в последующем был обнаружен грибок, растущий на этих злаках и обладающий большой токсичностью.

Такова статья клинического ординатора Э.Д. Лебзак «Клиника и лечение отравлений антифризом» — описание симптоматики и неотложной помощи при заболевании, встретившемся практически впервые в военные годы.

Войну не зря называли своеобразным экспериментом на людях, предъявившим к человеку — здоровому и больному — чрезвычайные и чрезмерные требования. В связи с этим открылись новые страницы в проявлениях заболеваний, в реакциях здорового организма. Велика заслуга тех врачей, кто сумел эти изменения увидеть и описать.