

Патологоанатомическая служба Ленинградского фронта

В.А. Цинзерлинг

ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

Фронтальная патологоанатомическая лаборатория (ФПАЛ) стала формироваться в Ленинграде сразу после начала Великой Отечественной войны. Первым начальником лаборатории, объединявшей патологоанатомическую и судебно-медицинскую службы стал Александр Александрович Васильев.

После отъезда А.А. Васильева на должность главного патологоанатома фронта и начальника ФПАЛ в сентябре 1941 года был назначен, д.м.н. Всеволод Дмитриевич Цинзерлинг (в дальнейшем чл.-корр. АМН СССР), его заместителем – д.м.н. Михаил Борисович Ариель. Большую часть блокады в ФПАЛ служили Юрий Николаевич Даркшевич, Елена Владимировна Полонская и Ольга Ивановна Базан. В конце войны М. Б. Ариель был отозван на должность главного патологоанатома другого фронта, а на его место назначена Елена Акимовна Попова.



Главный патологоанатом Ленинградского фронта, заведующий кафедрой патологической анатомии 2-го Ленинградского медицинского института д.м.н. В.Д. Цинзерлинг



Заместитель начальника ФПАЛ д.м.н. М.Б. Ариель и врач-специалист – О.И. Базан

В.Д. Цинзерлинг был крупным ученым-практиком, талантливым руководителем, человеком высокой культуры, широко образованным, скромным, спокойным, молчаливым. Он обладал чрезвычайной наблюдательностью и в своих заключениях исходил только из фактов. Его выводы поражали своей простотой и глубиной. Все вопросы он решал сам или совместно с М.Б. Ариелем, никогда не обсуждая их в лаборатории. Несмотря на контактность, кажущуюся простоту и доступность, между ним и сотрудниками всегда сохранялась дистанция, которая удерживалась сама собой. Его никогда не видели его озабоченным, встревоженным, тем более растерянным. Не бывало никаких разносов, упреков, угроз. Провинившийся сам сознавал свою вину.

М.Б. Ариель был также человеком высокой культуры. Будучи крупным ученым и практиком, он отличался неумолимой энергией, некоторой экспансивностью, быстро воспринимал и буквально молниеносно реагировал на события. Человек открытый и прямой, уважаемый и любимый всеми, он легко вступал в контакт и охотно передавал свои знания коллегам. Они с В.Д. Цинзерлингом дополняли друг друга и продуктивно сотрудничали.

Врачи-патологоанатомы были не только хорошими специалистами, но и интересными людьми. Сплотившись в один работоспособный, выносливый коллектив, эти увлеченные люди в тяжелейших, трагических по существу условиях, перенесли блокаду без жалоб и стонов, оставаясь подтянутыми, аккуратными и предельно исполнительными. Вся энергия была направлена на исполнение служебных обязанностей, а это был труд не из легких, труд непрерывный, но результативный. С тоской своей каждый справлялся собственными средствами; придя же в лабораторию, все старались привести себя в надлежащую форму, чему способствовали труд и доброжелательная обстановка в коллективе.

Сложились хорошие деловые отношения между начальником ФПАЛ В.Д. Цинзерлингом и начальником ФЭП-50 (фронтной эвакопункт) М.К. Далем. Такие же отношения на основе уважения, доверия и чувства ответственности за общее дело были между сотрудниками ФПАЛ и остальными военными патологоанатомами (Т. В. Чайкой, В. В. Румянцевой, О.К. Хмельницким, В.Л.Киселевским, Н.А. Анисимовым, В.К. Матвеевым, Л.Н. Лаврентьевым, Е.Н. Ярошевской).

Кроме выполнения обязанностей главного патологоанатома фронта В.Д. Цинзерлинг продолжал руководство ПАО Боткинской больницы, где проводил и отдельные вскрытия .

1228-28' № 236 14/10

Козинков Федор Анатольевич 43г.
21/10 - 18/11 (1941г) заб. с 10.11.41

Клинический диагноз. Endocarditis. Insufficiencia v. mitralis.
Decompensatio cordis. Infarct pulmon. dext.

Анатомический диагноз..

Порок сердца: сращение и утолщение створок митрального клапана (срощ и утолщение створок митрального клапана). Печеночный инфаркт правой половины желудка и дилатация всех камер сердца.
Резкая гипотония кровеносной системы в правой половине и умеренная гипотония в левой половине. Дилатация ветвей артерия pulmonales
Геморрагические инфаркты в нижней, верхней долях правого легкого и в нижней доле левого легкого (в нижней доле правого легкого на фоне крупноочаговой пневмонии?). Застойная пневмония с перестройкой перипневмонической ткани. Наличие конъюнктивитов и воспалительных изменений органов. Застойная гиперемия ногей и селезенки. Бурая гиперемия легких. Рубцы в почках от старых инфарктов.
Общая истощенность.

Профессор Цинзерлинг

В легких по нижней доле правого легкого единичные крупные дилатации, единичные эмфизематозные и эмфизематозно-геморрагические бурые участки, единичные с вакуолизацией периферии.

Посев из нижней доли правого легкого - рост диморфного IV гр.

Скан протокола патолого-анатомического вскрытия, проведенного В.Д. Цинзерлингом во время блокады в прозектуре больницы им. Боткина. Следует обратить внимание, что проводилось бактериологическое и цитологическое исследования.

Кроме того, он по совместительству возобновил (до августа 1942 г) работу в отделе патологической анатомии института экспериментальной медицины, а с сентября 1943 возглавил кафедру патологической анатомии 2 медицинского (в дальнейшем санитарно-гигиенического) института. В блокированном городе оставалась вся семья В.Д. Цинзерлинга, а его родители умерли.



Семья Цинзерлингов в блокированном Ленинграде. Слева направо: А.В. Цинзерлинг, Н.В. Цинзерлинг (Коростовцева), В.А. Цинзерлинг-Халютина, В.Д. Цинзерлинг

Основной структурной единицей патологоанатомической службы была ПАЛ. Одна фронтовая ПАЛ, руководимая главным патологоанатомом фронта, и армейские ПАЛ в каждой армии. ФПАЛ организовывала и направляла работу АПАЛ и патолого-анатомических отделений (ПАО) эвакогоспиталей.

Цель и задачи, поставленные перед патологоанатомической службой, сводились, прежде всего, к изучению боевой травмы во всем ее многообразии и соматических заболеваний, в частности, алиментарного истощения, к выявлению особо опасных инфекций. На службу возлагался также контроль за лечебной работой путем выявления недочетов диагностики, лечения и эвакуации раненых и больных с последующим проведением клинко-анатомических и лечебно-контрольных комиссий (КАК, ЛКК), где при объективном разборе ошибок повышалась квалификация всего врачебного коллектива, в том числе и патологоанатомов. Наконец, одним из важнейших моментов работы был научный анализ полученных данных.

ФПАЛ Ленинградского фронта, в связи со сложившейся обстановкой, столкнулась с новым разделом патологии – патологией истощения, где как само истощение, так и возникающие на его фоне инфекционные и соматические болезни протекали своеобразно, атипично, в связи с чем не распознавались при жизни и лишь после упорной и кропотливой совместной работы клиницистов и патологоанатомов вырисовывались новые признаки болезни, устанавливался клинический диагноз, налаживалось лечение. Это в первую очередь касается острых инфекционных болезней, а также туберкулеза, авитаминоза, гипертонической болезни и других. Под влиянием истощения менялся процесс заживления ран, характер осложнений ран, процесс сращения переломов костей, проявление раневого авитаминоза. Эти процессы также подвергались изучению.

Вскрытие трупов и исследование биопсий проводились, как правило, в ПАЛ и ПАО госпиталей. ФПАЛ производила вскрытия по вызовам, в воинских частях, отправляя бригады усиления в армии, где начинались активные наступательные бои, и бригады для вскрытия умерших в зоне непосредственных боевых действий (на поле боя). В таких случаях работа разворачивалась впереди госпиталей первой линии под открытым небом, на быстро сколоченных дощатых столах. Патологоанатомов и командование интересовала острая травма, качество первичной обработки ран, борьба с кровопотерей, шоком, анаэробной инфекцией, столбняком. На поле боя составлялся краткий протокол вскрытия, карта секции и проводилось исследование мазков.

Бригады для работы на поле боя состояли из четырех врачей, четырех лаборантов, четырех санитаров, трех шоферов и начальника. Возглавлял такие бригады В.Д. Цинзерлинг. Бригады добирались на место работы на двух грузовых машинах, везли с собой большую емкость (эмалированную ванну) для забора раненых органов и конечностей с целью приготовления в дальнейшем музейных экспонатов, везли две палатки с брезентовым верхом, умывальники, топор, пилу и другие предметы обихода; везли микроскоп, инструментарий, небольшой набор красителей и др. Все это было необходимо для обустройства походной прозекторской.

В.Д. Цинзерлинг наблюдал за ходом вскрытий (иногда вскрывал сам) и участвовал в окончательной трактовке каждого из них. Выбирая открытое место для работы, на виду у немцев, он однажды сказал, что, увидев, чем мы занимаемся, они пожалеют патроны. Так оно и было. Работали относительно спокойно.



Общий вид импровизированной секционной вблизи линии фронта



В.Д. Цинзерлинг вскрывает труп вблизи линии фронта



В.Д. Цинзерлинг проводит срочное цитологическое исследование вблизи линии фронта

После вскрытия в ПАЛ и ПАО составлялись подробный протокол вскрытия, карта секции, проводилось исследование мазков, цитологическое и гистологическое и, выборочно, другие (бактериологические, химические) исследования секционного материала.

Надо отметить большую ценность исследования мазков в военное время. Простота приготовления, возможность просмотра в любых условиях, большие диагностические возможности позволяли быстро установить наличие воспалительного процесса, его характер и давность (прогрессирование или же обратное развитие), а также этиологию. Среди возбудителей болезней выявлялась кокковая флора – стрептококки, стафилококки, диплококки, менингококки, а также палочковая флора – палочка Фридлиндера (*Klebsiella pneumoniae*), туберкулезная, синегнойная, кишечная и др. Исследование мазков позволяло диагностировать кандидоз, актиномикоз и другие грибковые заболевания.

Основным оперативным документом была карта секции, которая отражала клинический и анатомический диагнозы, качество лечения, ведения и эвакуации раненых и больных, заключения КАК и ЛКК.

По картам секций фронта составлялся отчет, которому предшествовала большая разработка материала. Текст отчета диктовал лично В. Д. Цинзерлинг – каждое слово, мысль за мыслью и никакой правки (рис.8). Отчеты патологоанатомической службы фронта отличались глубиной, продуманностью и практической направленностью. Они относились к секретным документам, печатались только в Санитарном Управлении и им же отправлялись в Москву. К сожалению, эти отчеты в настоящее время недоступны.



В.Д. Цинзерлинг диктует О.И. Базан текст отчета

Ведущие патологоанатомы страны, в том числе академик Н.Н. Аничков, высоко ценили и значение работы, и личный героизм коллег в блокированном Ленинграде.

Обобщение обширного патологоанатомического материала фронта, проведенное под руководством В.Д. Цинзерлинга проводилось в сопоставлении с данными полученными ведущими гражданскими патологоанатомами (В.Г. Гаршин, М.А. Захарьевская, Е.И. Савримович и др.). В самое трудное время ФПАЛ проводила регулярные Совещания военных патологоанатомов (председатель В.Д. Цинзерлинг, секретарь О.И. Базан), на которых постоянно присутствовали и активно работали патологоанатомы, не призванные на военную службу. Эти совещания функционировали вплоть до возобновления деятельности Ленинградского научного общества патологоанатомов, первым председателем которого в послевоенный период и стал В.Д. Цинзерлинг.

Васедалине 16. XII 1942 г.
Присутствовавшие:

Мурф Умидович	В.д.м. 48
б.в.р. Гр. Надеждина	Ж 1117
Вест. Захарьевская	Ж 99
В.в.р. З. Варасева	
Мурф Гареевич	Ж 99 272
Мурф Давид	Ж 283
Гр. Арсеньев	Ж 1448
В.в.р. М. Шевцов	Ж 1015
В.в.р. Куликовская	272
В.в.р. М. Моретова	1170
В.в.р. Ф. Фурманов	1015
В.в.р. Н. Николаев	Ж-ца Меркулова
В.в.р. Ф. Фадеева	1117
Гр. Лаврушин	Ж 2222
В.в.р. Г. Гусев	1012
В.в.р. Р. Рюминов	1448
В.в.р. М. Мещеряков	2012
В.в.р. М. Мабоева	283
В.в.р. М. Макашова	1116
В.в.р. П. Писарева	

Явочный лист совещания военных патолого-анатомов блокированного Ленинграда в котором принимали участие практически специалисты, включая гражданских

Особую ценность для решения поставленных жизнью вопросов приобрело доброжелательное сотрудничество патологоанатомов с клиницистами, основанное на полном доверии друг к другу. Вопросы, возникавшие у секционного стола, широко обсуждались на клинико-анатомических конференциях (КАК) и лечебно-контрольных комиссиях (ЛКК). Несмотря на тяжелейшие условия блокадной зимы, врачи тянулись к знаниям, охотно посещали научно-практические конференции. Изможденные, голодные и уставшие люди добирались, как правило, пешком по сугробам блокадной зимы, под непрерывным обстрелом города.

Москва 31 авг. 1942

Дорогой Всеволод Дмитриевич!
Пользуюсь своим временным пребы-
ванием в Москве и одновременно
присутствием здесь П.А. Куприянова,
чтобы поздравить Вас и всех наших
сердечный привет. Мне хорошо из-
вестно из рассказов и писем, как
вам всем было тяжело и что вы
пережили, да еще и продолжаете
переживать. Знаю также о наших ужасных
утратах. У меня все время тяжелое сознание
какой-то вины: я нахожусь в безопасности и в
сносной обстановке как будто бросил для
этого и свое дело, и давних друзей. Но уверяю
Вас, если бы мне дали выбрать, я конечно был
бы у вас. Сейчас мне предлагают остаться в
Москве, занять место А.А. Васильева, но это
мне не по силам, да и окружающим не
нравится. Кажется, будет назначен М.Ф.
Глазунов. А я уже лучше, если нельзя в
Ленинград, вернусь на кафедру в Самарканд. Я
говорил здесь в Управлении, что надо бы вас
всех сменить и заменить другими хотя бы на
предстоящую зиму. Выйдет ли из этого что-
нибудь – не знаю. Попытаюсь добиться
перевода Таисии Васильевны, если она
согласится, к нам на кафедру. Кажется, ей
пришлось особенно тяжело прошлой зимой. У
нас тоже не все благополучно: многие болели,
О.П. Вишневская лишилась мужа, сама очень
плоха (тбк. Перитонит!). Что же будет дальше?
Будем ли когда-либо работать вместе,
наладим ли что-либо? Не знаем, даже не
знаем, увидимся ли когда-нибудь, и эта
неизвестность еще более тяготит, чем
трудности самого положения. Передайте,
пожалуйста, мой сердечный привет всем
нашим. От души желаю всем бодрости, сил,
здоровья.

Письмо Н.Н. Аничкова В.Д. Цинзерлингу с пониманием тягот блокированного Ленинграда и сожалением, что командование не позволяет ему быть вместе с друзьями и

Москва 31 авг. 1942

[Дорогой Всеволод Дмитриевич! Пользуюсь своим временным пребыванием в Москве и одновременным присутствием здесь П.А. Куприянова, чтобы поздравить Вас и всем нашим сердечный привет. Мне хорошо известно из рассказов и писем, как вам всем было тяжело и что вы пережили, да еще и продолжаете переживать. Знаю также о наших ужасных утратах. У меня все время тяжелое сознание какой-то вины: я нахожусь в безопасности и в сносной обстановке как будто бросил для этого и свое дело, и давних друзей. Но уверяю Вас, если бы мне дали выбрать, я конечно был бы у вас. Сейчас мне предлагают остаться в Москве, занять место А.А. Васильева, но это мне не по силам, да и окружающим не нравится. Кажется, будет назначен М.Ф. Глазунов. А я уже лучше, если нельзя в Ленинград, вернусь на кафедру в Самарканд. Я говорил здесь в Управлении, что надо бы вас всех сменить и заменить другими хотя бы на предстоящую зиму. Выйдет ли из этого что-нибудь – не знаю. Попытаюсь добиться перевода Таисии Васильевны, если она согласится, к нам на кафедру. Кажется, ей пришлось особенно тяжело прошлой зимой. У нас тоже не все благополучно: многие болели, О.П. Вишневская лишилась мужа, сама очень плоха (тбк. Перитонит!). Что же будет дальше? Будем ли когда-либо работать вместе, наладим ли что-либо? Не знаем, даже не знаем, увидимся ли когда-нибудь, и эта неизвестность еще более тяготит, чем трудности самого положения. Передайте, пожалуйста, мой сердечный привет всем нашим. От души желаю всем бодрости, сил, здоровья.

Искренне Ваш Н. Аничков]

Совместными усилиями было изучено алиментарное истощение с особенностями морфологии и течения осложнявших его соматических и инфекционных болезней. Первый случай смерти военнослужащего от истощения был зарегистрирован в середине ноября 1941 г., после чего кривая смертности круто взлетела вверх, достигнув своего максимума в феврале, а с конца февраля пошла на снижение, сначала очень быстрое, потом постепенно более пологое, и это продолжалось до ноября 1942 г. Задержка снижения кривой смертности от алиментарного истощения на фоне некоторого улучшения питания была связана с присоединением сначала дизентерии, а позже туберкулеза. Эта сложная патология и получила название патологии истощения (В.Д.Цинзерлинг).

Необходимо отметить, что даже в условиях блокады обеспечивался очень высокий уровень морфологических и бактериологических исследований. Особое внимание уделялось пневмониям. Кроме выращивания микробов на средах, в большинстве случаев проводилось заражение мышей с последующим посевом крови на те же среды. Подсчитывалось число колоний на один грамм ткани, что давало представление о массивности микробного обсеменения. Выделенные пневмококки подвергались серологическому типированию. Во всех случаях было проведено также

бактериоскопическое исследование: мазков из очагов воспаления; микробов в гистологических срезах. Если очаги воспаления были не однотипны, исследовались мазки из разных очагов, а также из разных мест одного и того же очага (из центра и периферии). Для гистологического исследования вырезанные кусочки легкого фиксировались в 10 % растворе формалина, заливались в парафин. Каждый срез окрашивался тремя способами: гематоксилином-эозином, по ван Гизону и по Граму в модификации Вейгерта. К сожалению, в настоящее мирное время это делается лишь в немногих отделениях страны.

Большой неожиданностью для клиницистов оказались результаты вскрытия умерших людей с поносами, которые при жизни расценивались как проявление алиментарного истощения (голодные поносы, поносы истощенных). Первые же вскрытия показали, что так называемые голодные поносы не что иное, как тяжелая острая дизентерия с выраженными анатомическими изменениями в кишечнике. Срочно был проведен ряд мероприятий, чтобы оповестить лечащих врачей и принять противоэпидемические меры.

Единичные случаи заболевания дизентерией были выявлены еще в декабре 1941 г., в январе количество их выросло, а в феврале и марте дизентерия явилась главной причиной смерти истощенных больных. Вначале дизентерия не была распознана клиницистами, больные не были изолированы и находились в госпиталях общего профиля. Ошибка диагностики связана со многими факторами и в первую очередь с атипичным течением дизентерии. Характерные для дизентерии мирного времени симптомы, такие как боли в животе, кровавый стул, спазмы, тенезмы, кровавый стул, повышение температуры часто отсутствовали.

Неправильной трактовке способствовало также и то, что большинство врачей было знакомо с алиментарным истощением только по книгам, где указывалось, что поносы у истощенных являются неизбежной, терминальной стадией истощения, когда развиваются тяжелые анатомические изменения кишечника. Трудность диагностики заключалась и в том, что из-за отсутствия тепла и света большинство бактериологических лабораторий города были фактически выведены из строя.

Значительно позднее, в мае 1942 г., дизентерийная природа была подтверждена бактериологами (Новгородская Э.М. и соавт.). Лишь у 12 –15 % умерших этиология поносов не была уточнена. При первых же вскрытиях уверенно и настойчиво отстаивал диагноз дизентерии В. Д. Цинзерлинг. Он немедленно связался с ведущими патологоанатомами города, с главными инфекционистом и терапевтом фронта. После доклада начальнику медицинской службы фронта был введен противоэпидемический режим в госпиталях. Срочно было созвано внеочередное совещание военных патологоанатомов, организованы научно-практические конференции врачей всех профилей, тематические КАК.

Особенностью блокадной дизентерии явилось длительное течение с переходом острых форм воспаления в затяжные с периодическими обострениями. При затяжном течении дизентерии в кишечнике обнаруживался, как правило, язвенный процесс. При обострении дизентерии одновременно можно было наблюдать в одних местах признаки острого воспаления (катарального или фибринозного характера), в других – затянувшийся язвенный процесс или следы перенесенного воспаления.

Затяжная форма дизентерии с длительным течением болезни (до 10 месяцев), развивавшаяся у больных с алиментарным истощением и авитаминозом, явилась тяжелейшим фоном, на котором вспыхнул блокадный туберкулез в феврале -июне 1942 г. Это был период дальнейшего медленного снижения абсолютного числа умерших от алиментарного истощения: кривая смертности медленно, неуклонно движется вниз. При этом абсолютное число умерших от туберкулеза возрастает к марту, достигая максимума в апреле, и в дальнейшем очень медленно уменьшается. Резко возрастает относительное значение туберкулеза среди других причин смерти. Если в первый период патологии истощения туберкулез составил 1,2% (и расценивался как сопутствующее заболевание), в феврале

1942 г. – 7,6%, в марте – 13,9%, то в апреле его значение, как причины смерти, увеличивается до 30,8%, в июне–августе до 52–54,6%. Осенью 1941 г. туберкулез представлял собой ограниченный процесс в верхних отделах легких в виде мелких обызвествленных очагов некроза в фиброзной ткани, без каких-либо признаков обострения. Это был один из вариантов благоприятно текущего вторичного туберкулеза. Он не был связан с алиментарным истощением, не являлся причиной смерти и расценивался как сопутствующее заболевание.

Течение, морфология, исходы блокадного туберкулеза резко отличаются от вторичного туберкулеза мирного времени. Основной его отличительной чертой является лимфо- и гематогенное распространение инфекции, а также экссудативный характер воспаления. Одним из характерных проявлений блокадного туберкулеза является частое поражение лимфатических узлов. Наиболее часто поражались лимфатические узлы ворот легкого, реже средостения, шейные, забрюшинные, подмышечные, паховые и другие. Лимфатические узлы имели вид крупных опухолевидных образований, которые на разрезе представляли собой сплошной казеозный некроз. Другим характерным проявлением блокадного туберкулеза является частое вовлечение серозных покровов, в частности, плевры. Плевриты выявлялись в половине всех случаев смерти от туберкулеза и отличались своей тяжестью). Третьей особенностью блокадного туберкулеза является частая гематогенная генерализация в виде острейшего туберкулезного сепсиса с некротическими бугорками или более крупными некротическими очагами в органах. Гематогенная генерализация наблюдалась как при лимфаденитах, так и при поражении легких. Четвертая особенность – это экссудативный характер воспаления в легком в виде казеозно-пневмонических фокусов сливного характера. Так протекал как острый туберкулез, так и обострение вторичного туберкулеза. Нередко отмечалось поражение гортани и раннее поражение кишечника.

Процесс в легком, как правило, был обширным, ползущим, двусторонним, с массивным распадом и образованием острых каверн и новых очагов. Зона продуктивного воспаления на границе со здоровой тканью отсутствовала или была выражена незначительно. Массивное рассеивание инфекции по всем органам приводило к некрозу ткани, без каких-либо признаков сопротивления со стороны организма, в частности, не было признаков продуктивного воспаления. Ткани были полностью беззащитны и погибали.

Всю сложность отношений между пораженными органами отразить было невозможно, так как процессы сочетались, наслаиваясь друг на друга. При любой локализации поражений часто развивалась терминальная гематогенная генерализация. Все это вместе взятое создавало большое многообразие патологоанатомических находок, трудно укладывавшееся в какую-либо классификацию (Ариель М.Б., Цинзерлинг В.Д.).

Встречались случаи, когда на фоне общетоксических явлений появлялись чисто местные, например, легочное кровотечение.

Пневмония встречалась во все периоды патологии и истощения. Пневмония наблюдалась почти как постоянное явление во весь длительный период патологии истощения, достигая 85% среди умерших (за исключением умерших от туберкулеза). Резкое снижение числа пневмоний наблюдалось в январе и феврале 1942 г. (59,2% и 51,7%), что связано с преобладанием в эти месяцы острой дизентерии, которая и явилась непосредственной причиной смерти. Среди пневмоний на секционном материале большинство составляли очаговые формы (81,1–84,4 % умерших от пневмонии). Сливная и рассеянные очаговые формы встречались одинаково часто. Крупозные пневмонии наблюдались относительно редко, составляя 3–8% всех умерших от пневмонии, а вместе с крупноочаговыми – 8–15%.

Еще реже встречались на секционном материале абсцедирующие пневмонии. Так, по секционным данным фронта, с ноября 1941 г. по март 1942 г., т.е. в месяцы жесточайшего голода, эти формы пневмонии у истощенных не были зарегистрированы ни разу, в апреле 1942 г. они составили 3,6 %,

в мае – 3,1 %, в июне – 2,7 %, в августе – 8,9 %. Редкость абсцедирующих пневмоний и других гнойных осложнений отмечали как клиницисты, так и патологоанатомы.

Клиническая картина заболевания была стертой. Температура тела больше чем в половине случаев оставалась нормальной или давала эпизодические подъемы. В ряде случаев она несколько повышалась, но не выходила за пределы нормы. Даже единичные случаи крупозной пневмонии, выявленные на вскрытии, по своему клиническому течению несколько не отличались от очаговых. Лейкоцитоз, как правило, не наблюдался. Особенности течения пневмоний у истощенных, трудность их исследования в связи с общим положением в госпиталях, а также недостаточная фиксация внимания врачей на состояние легких в связи с тяжелым течением основного страдания привели к тому, что процент нераспознанных пневмоний в первые месяцы блокады явился небывало высоким. Так, в ноябре и декабре 1941 г. на обширном материале фронта пневмония не распознавалась при истощении совсем, в феврале 1942 г. процент нераспознанных пневмоний был равен 50%, в марте – 40%, в апреле – 23,5%, в мае – 33,1%. Надо отметить, что большой процент таких ошибок падает и на крупозную пневмонию. В апреле 1942 г. не было распознано три четверти, а в мае – половина таких случаев. Улучшению диагностики способствовала совместная работа клиницистов и патологоанатомов, их встреча у секционного стола и на КАК. В тех госпиталях, где раньше начались и более систематически проводились вскрытия, диагностика была несравненно лучше. Для клиницистов патологоанатомические находки были основой, от которой они отталкивались в поисках важнейших симптомов прижизненной диагностики пневмоний, в создании новой картины течения болезни. Следовательно, при изучении больного в целом, фиксации внимания на общем состоянии больше, чем на местных изменениях, и при учете всех косвенных признаков прижизненная диагностика улучшалась. Клиницисты указывали на большое значение для прижизненной диагностики данных вскрытия и совместного разбора материала на конференциях.

С наступлением зимы 1941/42 гг. исчезла эпидемичность скарлатины. Заболевание стало редким, течение — легким, токсические формы встречались крайне редко, септические вообще отсутствовали. Отмечались замедление и недостаточная эффективность специфической серотерапии.

Уже с конца 1941 г. наблюдалось нарастание числа токсических форм дифтерии. В 1942 г. удельный вес токсических форм значительно выше, чем в 1939 и 1940 гг. Наряду с этим наблюдалось и более тяжелое течение локализованных форм. В конце 1941 г. и в начале 1942 г. летальность локализованных форм была равна летальности токсических форм в 1940 г. Отмечалось также своеобразное течение дифтерии дыхательных путей. Почти не наблюдались случаи изолированного поражения гортани, а у больных с поражением гортани очень редко развивался стеноз гортани. В большинстве случаев это были распространенные токсические формы дифтерии зева с одновременным поражением гортани, причем доминирующим симптомом, определившим течение и исход заболевания, был не стеноз гортани, а интоксикация. Это подтверждается почти полным отсутствием интубированных больных. Соответственно повышению числа тяжелых форм дифтерии возросло и число осложнений. Среди осложнений первое место, как и при других инфекциях, принадлежало пневмониям. Затем следуют парезы, миокардиты, полиневриты, причем эти обычные, свойственные дифтерии осложнения наступали в значительно более поздние сроки болезни, чем это наблюдалось в довоенные годы. Вовсе не наблюдались стрептококковые и септические осложнения. В то же время имели место фузоспирохетозные наслоения, вызывавшие ихорозно-некротические поражения, которые в ряде случаев являлись непосредственной причиной смерти.

Отмечалась замедленная и недостаточная эффективность специфической серотерапии, особенно у истощенных больных. В ряде случаев после первых введений больших доз противодифтерийной

сыворотки налеты в зеве даже распространялись, нарастал отек шейной клетчатки, не уменьшалась и общая интоксикация.

Следует отметить значительное снижение числа случаев сывороточной болезни. Так, в 1940 г. последняя наблюдалась в 38 % случаев сывороточной терапии, в 1942 г. — в 12%, а в 1 квартале 1942 г лишь в 5%.

Наблюдавшиеся случаи сывороточной болезни имели место при более легких формах заболевания и у менее истощенных больных.

В соответствии со значительно возросшим удельным весом токсических форм находится и высокая летальность от дифтерии.

Удивительным является и то, что в огромном городе, находившемся в жесточайшей осаде, столь длительное время не было тяжелых, неуправляемых, со стихийным распространением эпидемий, в частности эпидемий сыпного и брюшного тифа.

Блокадные условия — это целый комплекс длительного воздействия вредных факторов на организм, на его как иммунобиологическое, нервно-психическое, так и соматическое состояние. Для решения вопросов, возникших при изучении патологии истощения, необходима глубокая исследовательская работа. Одни и те же условия обитания для одного микроба были оптимальными, а для другого (стрептококк) были сдерживающими, тормозившими его размножение и вирулентность. В ранах истощенных людей присутствуют гноеродные микробы, но они маловирулентны. При выходе больного из состояния истощения микробная флора активизируется, повышается ее вирулентность, что вызывает воспалительные реакции тканей с развитием различных гнойно-некротических осложнений (абсцессы, флегмоны, сепсис и др.).

Частота и тяжесть фузоспирохетозной инфекции наблюдались в нашей стране в 1918-20 гг в период разрухи и голода. По мере нормализации жизни фузоспирохетозные заболевания исчезли и вновь появились во время блокады Ленинграда. Надо полагать, что возбудители весь этот длительный период времени (более 20 лет) находились в латентном состоянии и лишь в условиях блокады при попадании в организм истощенных больных вирулентность их повышалась и развивались нередко тяжелые осложнения в основном среди гражданского населения. В этом наблюдении взаимодействие истощенного организма с микробами — противоположного типа. Попав в истощенный организм, микробная флора активизируется, вирулентность ее повышается, развиваются тяжелые ихорозно-некротические осложнения.

У детей, находящихся в равных условиях жизни в самый трудный период блокады, вспыхнула тяжелая эпидемия дифтерии, в то время как заболеваемость скарлатиной снизилась до не бывало низкого уровня, течение болезни легкое. Указанные наблюдения позволяют заключить, что вирулентность различных микробов у истощенных людей различна. Одни микробы становятся высоко вирулентными, они бурно размножаются и вызывают прогрессирующий воспалительный процесс в тканях и органах, другие находятся в латентном состоянии и активизируются по мере выхода больного из состояния истощения. В целом этот вопрос остается мало изученным и требует дополнительных исследований.

В.Д.Цинзерлинг был признанным авторитетом среди медицинских работников. Присутствие его на КАК и ЛКК любого уровня обеспечивало глубокий научно-практический разбор патологии, в частности, врачебных ошибок. Он создавал спокойную, доброжелательную обстановку, когда в дискуссию постепенно вовлекались не только главные специалисты, но и молодые врачи. Лишь такой разбор, без прокурорского тона, приносил пользу.

Перед ЛКК ставились 4 вопроса:

1. Констатация и суть дефекта медицинской помощи (нераспознанное основное заболевание или смертельное осложнение, дефект операции и др.).
2. Выяснение причины ошибки (тяжесть больного и кратковременность пребывания в госпитале, переоценка лабораторных данных, переоценка заключения консультанта, некомпетентность, халатность лечащего врача и др.).
3. Привела ли диагностическая ошибка к ошибке лечебной.
4. Какое значение дефект медицинской помощи имел для наступления смертельного исхода.

Ответы на все эти вопросы были обязательными и являлись основой постановления ЛКК по каждому случаю. Для решения этих вопросов был регламентирован определенный порядок ведения ЛКК. Прежде всего, слово предоставлялось лечащему врачу, который заканчивал его оглашением окончательного клинического диагноза. Непосредственно вслед за клиницистом докладывал свои данные патологоанатом, сообщая окончательный патологоанатомический диагноз. После этих двух докладов председатель ЛКК констатировал наличие медицинской ошибки и оценивал ее сущность. Это было необходимо для того, чтобы в начале разбора всем присутствующим (многие больного не знали) стала ясна суть дела и чтобы выслушать возражения.

Только после этого выступали рецензенты и открывалась широкая дискуссия врачей-клиницистов и патологоанатомов: выясняли причины ошибки и искали ответ на два последних вопроса. Решение давалось трудно, болезненно, но иного пути просто не было.

Разбор наблюдений привел к различной трактовке и различной оценке допущенных ошибок. Этот разбор показывает правильность точки зрения В.Д. Цинзерлинга, который возражал против оценки работы госпиталей лишь по количеству допущенных ошибок. Здесь необходим глубокий анализ каждой из них, а не простая арифметика.

С целью повышения квалификации всего врачебного коллектива В.Д. Цинзерлинг умел направить дискуссию в определенное русло и создать спокойную обстановку для решения всех вопросов. К врачу, допустившему ошибку, повлекшую за собой тяжелые последствия, по рекомендации ЛКК применялись административные меры. Иногда на ЛКК приглашались медсестры, которые своей «помощью» нанесли вред больному (ожоги грелкой, нагноение места инъекции, путаница в раздаче лекарств и др.). Для провинившихся и для всех сестер госпиталя это была хорошая, впечатляющая школа.

В июне 1944 г. в Москве было созвано 1-е Всеармейское совещание фронтовых и армейских патологоанатомов ГВМУ. Делегатами Ленинградского фронта были В.Д. Цинзерлинг, М.К. Даль, М.Б. Ариель, Л.И. Громов, Н.Ф. Порываев, Ю.Н. Даркшевич, Д.Н. Руновский, О.И. Базан. Они опоздали на совещание из-за задержки поезда в пути. Подойдя к залу заседания, В.Д. Цинзерлинг открыл дверь и пошел по проходу вперед, а за ним и все остальные. Вдруг сидящие в президиуме и в переполненном зале встали и начали аплодировать. Слышались возгласы: «Ленинград жив!». Большинство членов делегации выступали с докладами – В.Д. Цинзерлинг, М.Б. Ариель, Ю.Н. Даркшевич, О.И. Базан. Кроме военных, на конференции присутствовали не мобилизованные крупнейшие патологоанатомы страны: А.И. Абрикосов, И.В. Давыдовский, А.В. Русаков, В.Т. Талалаев и др. Открывал совещание начальник ГВМУ генерал-полковник Е.И. Смирнов, он же выступил с большим докладом.



Делегация Ленинградского и Волховского фронтов в Москву на I Всеармейское совещание фронтовых и армейский патологоанатомов ГВМУ. Слева направо сидят: М.Б. Ариэль, В.Д. Цинзерлинг, Т.И. Чайка; стоят: Н.Ф. Порываев, А.И. Кусевицкий, О.И. Базан, Д.Н. Руновский, Ю.Н. Даркшевич, М.К. Даль. Москва, 1944

Работа фронтовых патологоанатомов в период блокады Ленинграда в первую очередь демонстрирует их исключительную стойкость и мужество, позволившие в тяжелейших условиях обеспечить высококвалифицированную работу, приносящую реальную практическую помощь городу-фронту. Можно с полной уверенностью говорить, что благодаря их работе было спасено немало человеческих жизней. Кроме того, проведенный анализ позволил выявить особенности течения многих заболеваний в условиях голодания и эмоционального стресса. Изучение особенностей течения ОИБ в период блокады, авитаминозов, туберкулеза, особенностей заживления ран, гипертонической болезни и других патологических процессов дает возможность сделать вывод, что возникновение и патогенез болезней человека в нормальных и экстремальных условиях различны. Открываются новые взаимоотношения между макро- и микроорганизмом, определяющие возникновение и течение болезней. Некоторые из выявленных фактов были объяснены уже в те годы, другие ещё ждут своей оценки. Необходимо заметить, что блокадный туберкулёз сходен с современным на фоне ВИЧ-инфекции.

*В подготовке публикации использованы материалы
из архива Ольги Ивановны Базан*