

С. Ефим, С. Гирголав, Л. Орбели

**Опыт советской медицины в Великой
Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 томах**

Том XXII. Болезни почек (нефриты)

УДК 61
ББК 5
С11

- С11 **С. Ефим**
Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. В 35 томах: Том XXII. Болезни почек (нефриты) / С. Ефим, С. Гирголав, Л. Орбели – М.: Книга по Требованию, 2021. – 122 с.

ISBN 978-5-458-38444-5

Данное издание освещает обширный круг вопросов, которые внесли в медицинскую науку советские врачи на основе научного обобщения опыта работы в годы Великой Отечественной войны. Первая часть — «Хирургия» — состоит из 15 разделов, отражающих многогранный опыт хирургов в области лечения раненых и профилактики осложнений ранений. Вторая часть «Труда» — «Терапия» — состоит из 11 разделов, включающих характеристику тех заболеваний внутренних органов и нервной системы, а также кожных и инфекционных болезней, которые имели место среди личного состава армии на протяжении войны. Третья часть «Труда» — «Эпидемиология и гигиена» — содержит обобщение опыта по наиболее существенным вопросам противоэпидемического и гигиенического обеспечения войск на фронте и в тылу. В четвертой части «Труда» — «Патология огнестрельной травмы» — освещены механизм действия ранящего снаряда, сущность раневого процесса и патология осложнений, развивающихся на различных этапах эвакуации.

ISBN 978-5-458-38444-5

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2021
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2021

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ГЛАВА I

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР И ОБЩИЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О НЕФРИТАХ В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ

Нефриты и гипертоническая болезнь были известны врачам очень давно, но в период эмпирической медицины их обозначали главным образом по основному, наиболее яркому клиническому признаку (водянка, удушье, расширенное сердце, апоплексический инсульт). Соответственно с этим и в военно-медицинской литературе до середины прошлого века нельзя найти точных сведений об удельном весе болезней почек и кровеносных сосудов в условиях войны. Лишь после описания так называемой брайтовой болезни группа относящихся к ней болезненных форм привлекла к себе более серьезное внимание. Историческая справедливость требует признать, что уже первым исследователям было хорошо известно многообразие клинических проявлений брайтовой болезни; больше того, клиницисты, занимавшиеся ее изучением (Брайт, Н. Ф. Филатов), сознавали, что перед ними были разные болезни, совершенно различные по происхождению и клинико-анатомической сущности. Разделение болезней почек на воспалительные, склеротические и дегенеративные формы, на ряд нозологических единиц произошло к началу первой мировой войны.

В сущности артерио-капиллярный фиброз (интерстициальный нефрит) прежних авторов был не чем иным, как поздней фазой склеротической стадии гипертонической болезни, а паренхиматозный, тубулярный нефрит соответствовал современным представлениям о нефрозах различного генеза. Больше того, самый термин «гломерулонефрит», отражающий более точно поражение почечных клубочков воспалительным процессом, т. е. сущность нефрита, относится к 80-м годам прошлого столетия. Таким образом, существовавшие к началу первой мировой войны клинико-анатомические представления были лишь развитием и завершением длинной цепи исследований, которые позволили выделить из болезней почек нефриты, нефросклерозы (с гипертонией) и нефрозы как отдельные самостоятельные формы.

Однако серьезным дефектом такого деления являлось то, что в его основу был положен морфологический принцип: главным для каждой формы болезни признавалось анатомическое поражение почек, а отнюдь не та сложная, многообразная болезнь целостного организма, которая обуславливала это поражение.

Большая заслуга исследователей, в особенности советских, в период после первой мировой войны заключалась в том, что ими были ясно очерчены отдельные нозологические формы: гипертоническая болезнь с артериосклерозом, острый нефрит (общая капилляропатия), липоидный

нефроз (болезнь липоидно-белкового обмена). Много внимания было уделено изучению этиологии и особенно механизма развития каждой из указанных болезней, тщательно было прослежено клиническое течение и эволюция отдельных болезненных форм, благодаря чему стала возможной их более точная классификация по стадиям болезни, что имело существенное значение для диагноза и прогноза. Немало сделано советскими клиницистами также для дифференцированной терапии описываемых болезней, в особенности в ранние периоды их развития.

В частности, нефриты были четко подразделены на острые и хронические, показан переход первых во вторые, определены характерные особенности трех стадий нефрита — начального (острого), длительного (хронического) и конечного. Была выдвинута инфекционная этиология нефритов и вместе с тем подчеркнута роль охлаждения в их происхождении. Большим шагом вперед было накопление экспериментально-клинических доказательств гиперергической природы нефритов.

Это подтвердило представление о патогенезе острого нефрита как о болезни организма в целом, возникающей на почве резкого изменения его реактивности, т. е. изменений аллергического характера в сосудистой системе. Новые патогенетические представления дали возможность объяснить механизм происхождения на первый взгляд различных клинических признаков нефрита как почечных, так и внепочечных (гематурия, альбуминурия, отеки, гипертония), объединенных в сущности единым нарушением центральной нервной регуляции и на этой почве системным поражением мелких сосудов. Новейшие методы исследования позволили также обнаружить ранние нарушения функций кровообращения и выделения при остром нефрите, что имело немалое значение для диагностики этой болезни. В связи с успехами патологии и клиники нефритов создавалась прочная основа для выработки рациональных методов лечения нефритов, в особенности острых.

Свои четкие представления и свой обширный опыт советские терапевты принесли в армию и применили их для распознавания и лечения нефритов.

Статистические данные свидетельствовали, что число больных нефритами в прошлые войны было весьма велико. Так, согласно отчету о гражданской войне в США (1861—1865), только в армиях Севера было отмечено свыше 14 000 заболеваний нефритом, приведших к инвалидности солдат. Немало заболеваний нефритами имело место в армиях в период франко-прусской и русско-турецкой войны. Но особого распространения достигли нефриты в период первой мировой войны, получив тогда в разных армиях специфическое название «окопных», «военных» нефритов. В германской армии, по официальным (отнюдь не полным) данным, число заболевших за 4 года войны (1914—1918) было не менее 300 000. Во Франции в разные годы войны (1914—1918) число госпитализированных по поводу нефрита составляло на 1 000 человек личного состава от 4,2 до 9,5. В немногочисленной экспедиционной английской армии во Фландрии только в июне 1915 г. было зарегистрировано 1 061 заболевание нефритом. Аналогичные сведения (правда, без точных данных об общем числе больных) имеются и по английской экспедиционной армии в Галлиполи.

Относительно заболеваемости нефритом в царской армии точных статистических данных не имеется; в документах войны нефриты не выделены в особую графу. Учитывая, что общее число больных на протяжении войны являлось весьма значительным, было бы естественно предположить высокую заболеваемость также и нефритами. Однако, судя по отчетам, а также

по наблюдениям отдельных клиницистов, количество заболеваний нефритами среди военнослужащих в действующей армии на западном австро-германском фронте было весьма умеренным. Принимая во внимание возможность смещения патологических форм (острого нефрита и недостаточности кровообращения при гипертонической болезни), следует все же признать, что удельный вес заболеваемости нефритом в наших войсках был меньше, чем в войсках противника.

Много внимания уделялось в обширной литературе причинам возникновения нефритов в условиях войны, а также особенностям клиники этой «военной» болезни. При этом обсуждался вопрос, имеется ли достаточно объективных оснований для выделения «военного» нефрита в особую нозологическую единицу.

При исследовании проблемы этиологии «военного» нефрита много дискутировался вопрос о значении влажного холода в качестве фактора, обуславливающего возникновение болезни. На основе массовых наблюдений и статистических данных доказывалось, что заболевания нефритом чаще встречались у лиц, находившихся в окопах, и что абсолютное и относительное нарастание заболеваний возникало больше всего в период таяния снегов. В частности, в германской армии в 1914—1918 гг. обращала на себя внимание значительно бóльшая частота нефритов на восточном (русско-германском) фронте с его суровой зимой, чем на западном (франко-германском), где климат значительно мягче. Однако не было недостатка и в наблюдениях совершенно иного порядка. Так, неоднократно сообщалось о массовых заболеваниях среди работников штабов, канцелярий, складов. Приводились наблюдения, свидетельствовавшие о том, что в воинских частях, переведенных с передовых позиций на отдых и расквартированных в благоприятных условиях, без видимых причин появлялись вспышки нефрита.

Немало внимания было уделено также и инфекционному фактору. Многие отметили, что возникновению нефритов предшествовали инфекционные заболевания, например, грипп, пневмонии или гнойничковые поражения кожи. Другие обращали внимание на то, что одновременно с нефритом часто имели место катарры верхних дыхательных путей. Чтобы доказать отличие этой болезни от обычных нефритов мирного времени, были приняты поиски специального микробного возбудителя «военного» нефрита, однако все попытки такого рода оказались безуспешными.

При описании клинической картины «военного» нефрита различные авторы единодушно отмечали острое начало болезни, большие, массивные отеки, вплоть до образования асцита, иногда резкую одышку. Некоторые подчеркивали кажущееся противоречие между незначительными в ряде случаев изменениями мочи и крайне тяжелой в то же время картиной болезни. В сущности эти и некоторые иные своеобразные черты «военного» нефрита (правда, обнаруживаемые не во всех случаях) и послужили поводом к выделению этой болезни в особую нозологическую форму. Все же в результате тщательных наблюдений большинство авторов признало, что во время массовых вспышек нефрита в воюющих армиях в первую мировую войну имели место заболевания хорошо известной формой воспаления почек, нередко лишь своеобразно протекавшего.

* * *

Значение отдельных форм двусторонних гематогенных заболеваний почек в Великую Отечественную войну в условиях действующей армии иллюстрируется прежде всего их удельным весом — частотой каждой

нозологической формы среди заболеваний почек воспалительно-дегенеративного характера, т. е. нефритов и нефрозов (рис. 1).

Как видно из рис. 1, среди воспалительно-дегенеративных заболеваний почек преобладали нефриты, составляя 98,0—99,0 % всей «почечной группы больных». Особо следует подчеркнуть преобладание острых нефритов, кото-

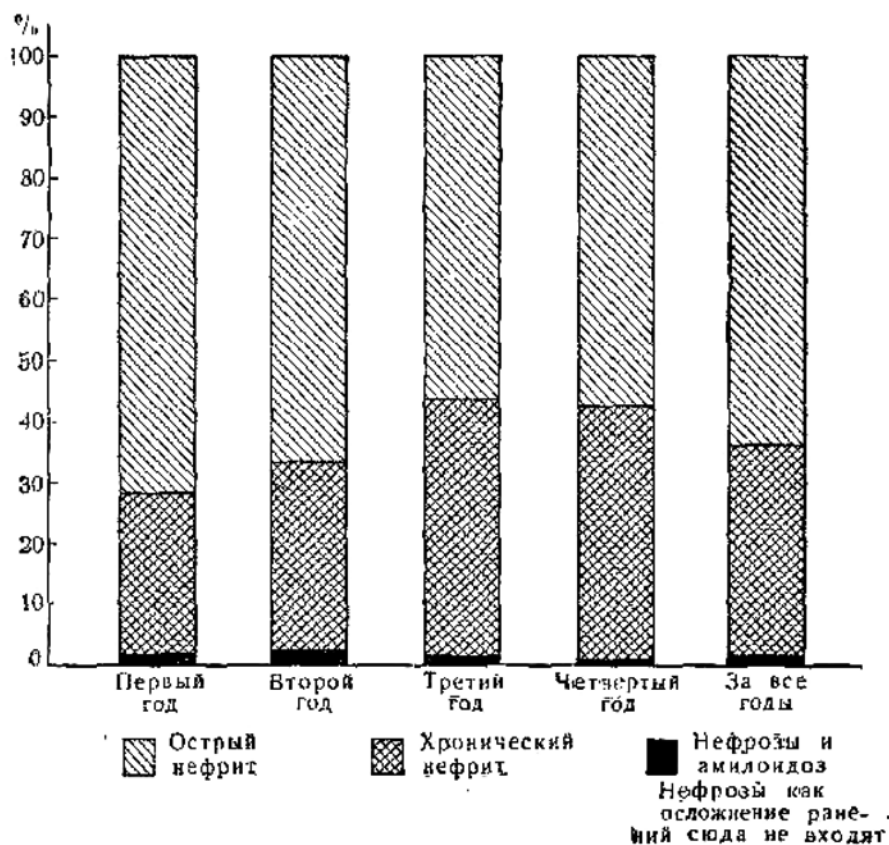


Рис. 1. Соотношение отдельных форм заболеваний почек по годам войны (в процентах).

рые с самого начала войны и до ее конца являлись доминирующей формой в ряду болезней почек. Нефрозы и амилоидоз занимали небольшое место. Из рис. 1 видно также, что с течением войны соотношение острого и хронического нефрита несколько изменилось: со второго года войны и особенно на третий и четвертый год удельный вес острого нефрита уменьшился, а удельный вес хронического, наоборот, возрос.

Одновременно следует подчеркнуть, что общее количество нефритов по отдельным годам Великой Отечественной войны претерпело значительные изменения (табл. 1).

Таблица 1

Динамика заболеваемости нефритом по годам войны
(количество заболеваний в первом году принято за 100)

Наименование группы	Год войны			
	первый	второй	третий	четвертый
Все нефриты	100,0	114,8	82,8	49,0
Острый нефрит	100,0	106,4	64,9	39,3
Хронический нефрит	100,0	131,7	130,0	74,6

Некоторое увеличение числа нефритов в течение второго года войны объясняется улучшением диагностики этой болезни в связи с совершенствованием терапевтической помощи в целом. В последующие годы (третий и четвертый год войны) количество нефритов, в частности, острых, неуклонно уменьшалось (табл. 1).

Явное преобладание острого нефрита становится особенно очевидным при изучении соотношения заболеваний применительно к отдельным

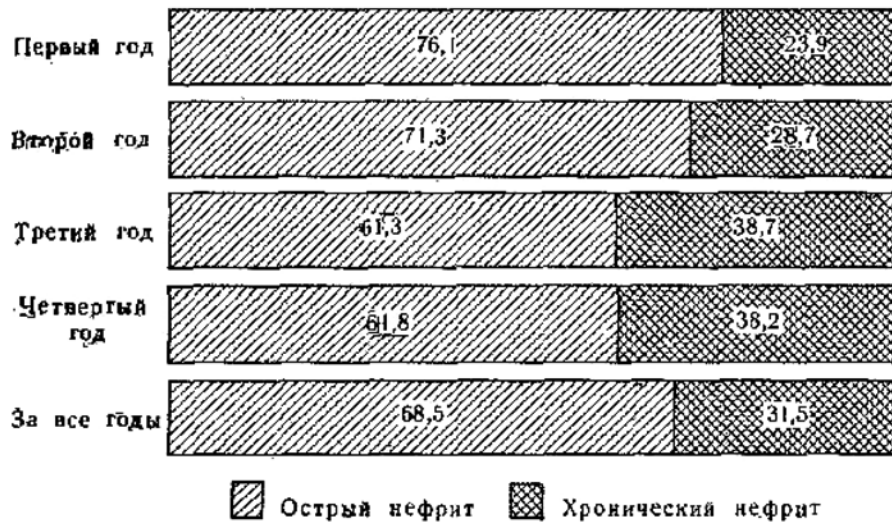


Рис. 2. Соотношение острого и хронического нефрита в войсковом районе по годам войны (в процентах).

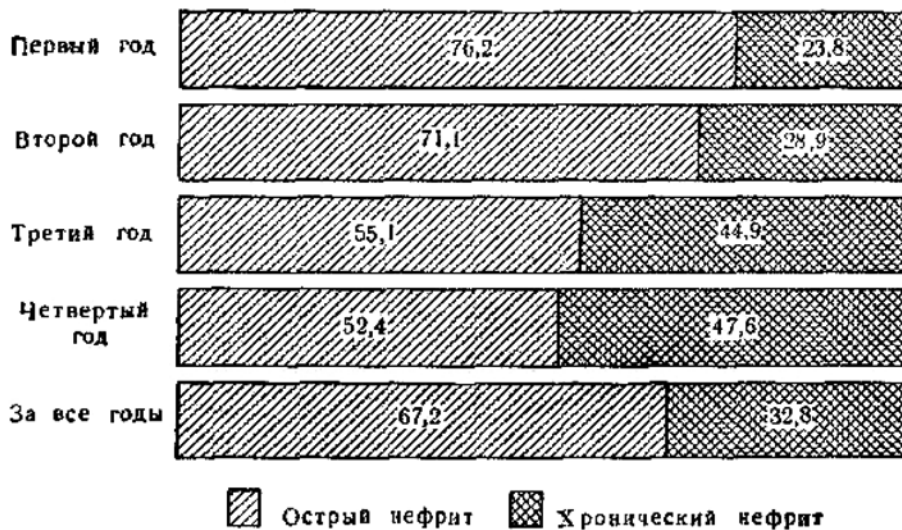


Рис. 3. Соотношение острого и хронического нефрита в армейском районе по годам войны (в процентах).

этапам эвакуации. В армейском и войсковом районе, где проходило и подвергалось наблюдению подавляющее большинство почечных больных, резко преобладали заболевания острым нефритом. Лишь в течение третьего и четвертого года войны, очевидно, в связи с переходом острого нефрита в некоторой части случаев в хронический нефрит, относительно возросло число заболеваний последним, преимущественно среди больных, лечившихся в армейских госпиталях. Тем не менее острый нефрит и здесь оставался главной формой воспалительных заболеваний почек (рис. 2 и 3).

Иные, отличные от предыдущих, соотношения наблюдались в тыловых госпиталях, куда эвакуировали всех больных хроническим нефритом и лишь тех больных острым нефритом, у которых заболевание протекало упорно и длительно.

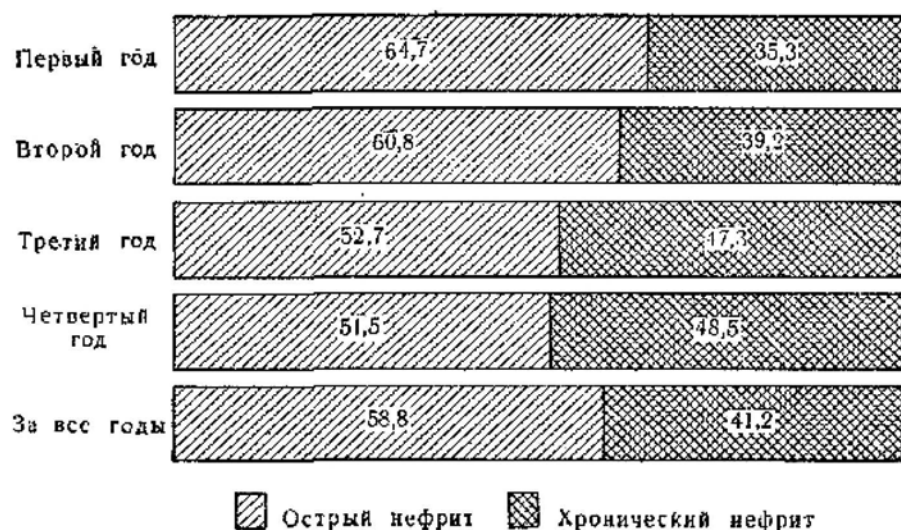


Рис. 4. Соотношение острого и хронического нефрита в тыловых госпиталях по годам войны (в процентах).

Рис. 4 показывает, что в тыловых госпиталях уже в первый год войны удельный вес хронических форм был выше, чем в войсковом и армейском районе.

Увеличение удельного веса хронического нефрита видно и на примере, приводимом в табл. 2 (взятом из отчета одного из округов за 3 года Великой Отечественной войны) (1941—1944 гг.).

Таблица 2

Соотношение между острым и хроническим нефритом
(по материалам одного из округов (в процентах))

Наименование группы	Полугодие войны			
	июль — декабрь 1942 г.	январь — июль 1943 г.	июль — декабрь 1943 г.	январь — июль 1944 г.
Острый нефрит	72,0	52,0	48,0	34,0
Хронический нефрит	28,0	48,0	52,0	66,0
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

Материалы табл. 2 отражают только один из участков тылового района; однако если в 1942 г. здесь преобладали больные с острыми формами заболевания, то к 1944 г. их стало меньше и $\frac{2}{3}$ составили больные с хроническими формами.

Преобладание хронических форм отмечено также в терапевтических эвакуогоспиталях фронтового района (острый нефрит за все годы—41,7%, хронический—58,3%), в то время как по всем госпиталям фронтового района соотношение было иное—60,2% : 39,8%. Повидимому, в условиях ТЭГ

так же, как и в тыловых госпиталях, концентрировались больные с наиболее затяжным течением нефритов. Наоборот, наименьшее относительное число хронических форм, как и следовало ожидать, отмечено в ГЛР (соотношение между острым и хроническим нефритом за все годы войны 69,8 : 30,2).

Для выявления причин заболеваний нефритами и определения при этом роли внешних (метеорологических) факторов было существенно важно изучить сезонность возникновения нефритов (рис. 5 и 6).

Как видно, наибольшее число случаев острого нефрита за всю войну в целом приходится на май. В первый год войны на зиму 1941 г. и весну 1942 г. падает 89,3% всех случаев острого нефрита за год. Подъем отмечается с декабря и достигает максимума в мае, затем число заболеваний уменьшается. В июле — сентябре первого года отмечается наименьшее количество заболеваний. Во второй и третий год войны сохраняются примерно такие же соотношения (весенний максимум). В четвертый год соотношения изменяются: весеннего максимума уже нет. Наибольшее число заболеваний приходится на зимние месяцы.

Обострения хронического нефрита повторяют соотношения, отмеченные при остром нефрите: наибольший процент заболеваний отмечен в весеннее время (апрель — май).

Приведенные данные о нарастании нефритов в период неблагоприятных метеорологических условий согласуются с наблюдениями отдельных авторов, изучавших этот вопрос на некоторых фронтах (см. главу II). Снижение с годами войны процента нефритов в весенний период (например, в апреле, мае, июне) свидетельствует о том, что проведение соответствующих санитарно-гигиенических профилактических мероприятий по борьбе с переохлаждением оказало, несомненно, благоприятное влияние.

До сих пор остается неясной частота заболеваний лиц различных возрастов отдельными формами нефрита. В частности, неизвестно, болеют ли острым нефритом чаще молодые люди или пожилые. Некоторый ответ на этот вопрос дают соотношения, приводимые в табл. 3.

Таблица 3

Соотношение между острым и хроническим нефритом в различных возрастных группах

Диагноз \ Возраст	20—24 года	25—29 лет	30—34 года	35—39 лет	40—44 года	45—49 лет	Старше 49 лет
Острый нефрит	69,7	68,8	66,8	64,7	61,1	53,6	39,1
Хронический нефрит	29,1	29,6	32,2	33,8	38,1	45,4	60,0
Нефроз и амилоидоз	1,2	1,6	1,0	1,5	0,8	1,0	0,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Табл. 3 показывает, что в молодых возрастных группах преобладал острый нефрит, в то время как среди пожилых относительно чаще встречался хронический нефрит, что связано, повидимому, с повторными заболеваниями нефритом, переходом его в затяжные формы и т. д.

Что касается распределения нефритов среди различных родов войск, то среди стрелковых частей оно было следующее: острый нефрит — 63,2%, хронический — 35,7%, нефрозы — 1,1%; близко к этому соотношение

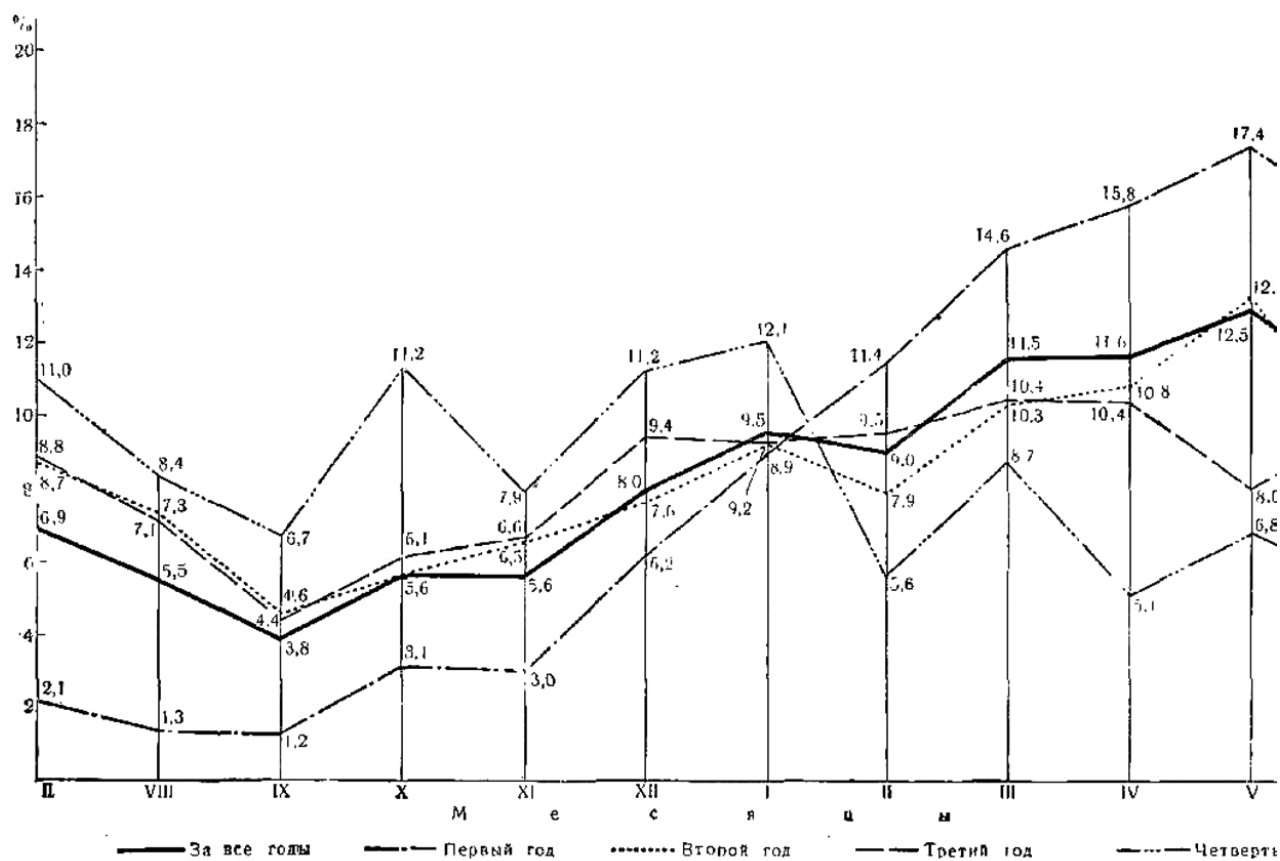


Рис. 5. Распределение острого нефрита по месяцам (по годам болезни и за всю войну в целом в процентах)

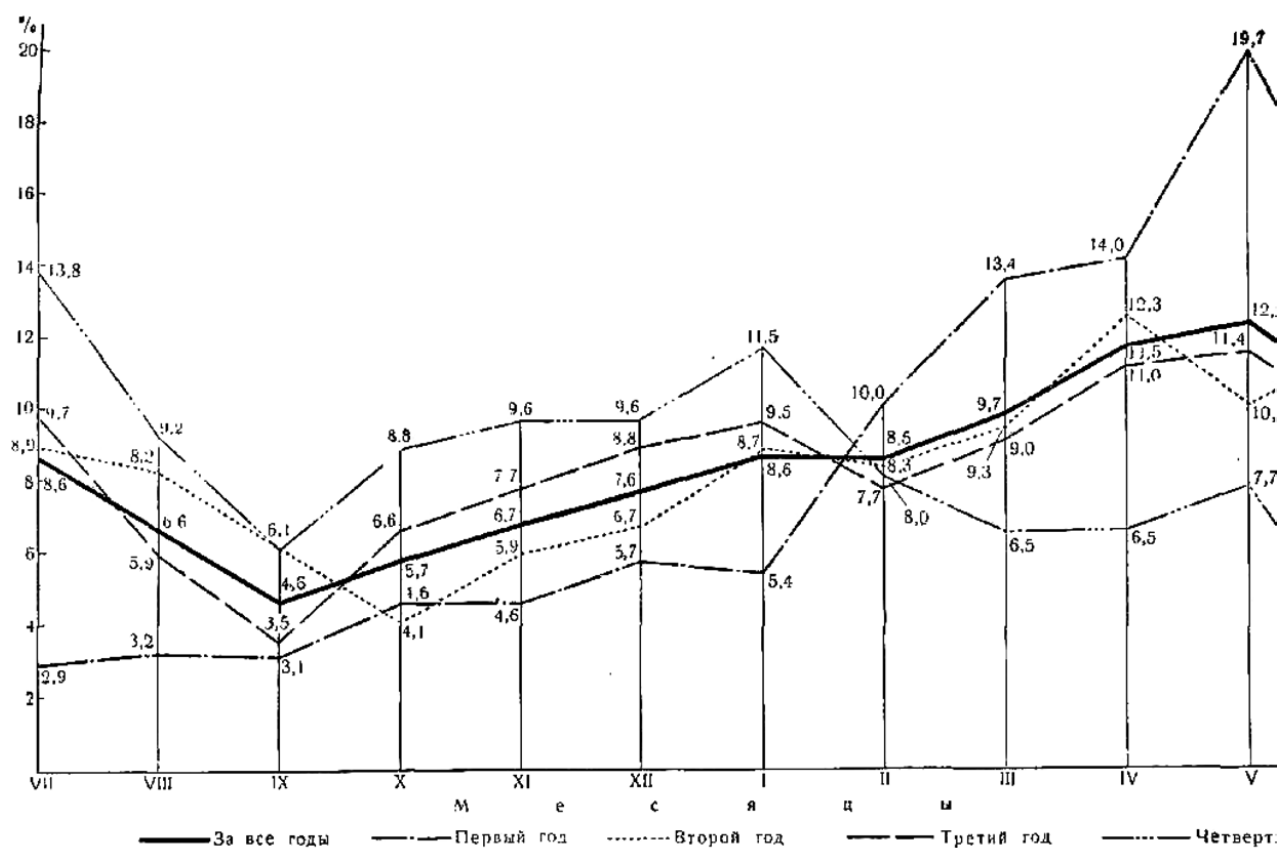


Рис. 6. Распределение хронического нефрита по месяцам (по годам войны и за всю войну в целом в проц

и в других родах войск. Исключение составляют моторизованные части, в которых соотношение было таким: острый нефрит 72,5%, хронический — 26,3%, нефрозы — 1,2%. Возможно, что условия труда и быта в пехотных частях в большей мере способствовали обострениям имевшихся ранее хронических нефритов.

Специальному анализу был подвергнут вопрос о влиянии продолжительности службы в армии на возникновение острых и хронических нефритов. Оказалось, что у лиц, прослуживших в армии не более 6 месяцев, острый нефрит отмечался в 52,6% случаев, хронический — в 46,4%, нефрозы — в 1,0%. Такой относительно высокий удельный вес хронических форм уже в первые месяцы пребывания в действующей армии объясняется только тем, что в этих случаях обострился существовавший у таких лиц до их призыва в армию благоприятно протекавший воспалительный процесс в почках. Наоборот, среди лиц, прослуживших в армии 1—2 года, острые нефриты составляли 61,8%, хронические нефриты — 37,1% и нефрозы — 1,1%. Таким образом, в этой группе почечных больных относительно чаще встречались острые формы, возникшие на протяжении войны, в период пребывания этих лиц в армии.

Влияние перенесенных до армии заболеваний на возникновение нефритов в условиях войны заслуживает особого внимания. Среди больных острым нефритом у 17,6% в анамнезе отмечен ранее перенесенный нефрит, закончившийся выздоровлением. Таким образом, повторное заболевание можно рассматривать и как вторую «атаку» после, очевидно, полностью излеченного «первого» нефрита. Может быть, перенесенный в прошлом нефрит имеет отношение к последующим «атакам», создавая известное «предрасположение».

Среди больных хроническим нефритом у 54,5% в прошлом отмечалось заболевание нефритом. Нужно думать, что это заболевание, протекавшее благоприятно, обострилось под влиянием обстановки действующей армии. Таким образом, более чем в половине всех случаев хронических нефритов можно говорить об обострении старого «довосного» хронического нефрита.