

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, В.А. Кучер, доцент, заведующий курсом фтизиатрии ФПО, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Фтизиатрическое наследие Н.И. Пирогова

К 200-летию со дня рождения

Вся деятельность Пирогова дышит проповедью о правде, о профессиональной честности, о долге и обязанностях врача, как бы показывая, что только эти качества создают прогресс, только они воспитывают, только ими силен врач у постели больного, только они человечны.

Н.М. Волкович

Чем дальше уходит время, в котором жил и созидал Н.И. Пирогов, тем более зримым становится величие этого гениального врача-гуманиста, талантливого хирурга и терапевта-новатора, вдумчивого клинициста, который смело опровергал общепринятые каноны, был образцом внимательного отношения к больным, к самому врачебному искусству, обладал колоссальной эрудицией во многих областях медицины и общественной жизни.

Однажды известный отечественный ученый И.В. Давыдовский задал вопрос: «Кто был Пирогов по специальности?». Дать точный ответ непросто. Прежде всего Н.И. Пирогов был высокообразованным врачом. В то же время Николай Иванович являлся анатомом, хирургом, патологом, организатором. С трудом можно провести между этими частными специальностями какие-то четкие линии.

Значимую лепту Н.И. Пирогов внес и в развитие отечественной фтизиатрии: им описаны наблюдения пациентов с туберкулезом, методы дифференциальной диагностики туберкулезных поражений, лечебные и профилактические мероприятия, что сыграло важную роль в развитии этой науки.

Распространенность туберкулеза среди населения России в XIX веке была огромной. Так, в 1881 г. в г. Петербурге показатель смертности от туберкулеза достиг 60,7 случая на 100 тыс. жителей. В 1870 г. Н.И. Пирогов писал: «Эпидемии господствуют в России постоянно, то там, то здесь; <...> заразные и прилипчивые болезни распространяются в целых селениях». Практикующие врачи все чаще и чаще сталкивались с различными проявлениями специфического процесса, что обуславливало необходимость совершенствования методов диагностики, лечения и поиска путей профилактики этой патологии.

Изучение туберкулеза началось в г. Петербурге в конце XVIII века. 5 апреля 1796 г. адъюнкт-профессор И.А. Смеловский прочел первую в России лекцию, посвященную проблеме туберкулеза, — «О болезненных причинах вообще и о чахотке» — в Петербургском медико-хирургическом училище, на базе которого через два года была создана Петербургская медико-хирургическая академия, ставшая ведущим центром по исследованию туберкулеза в России. Последующая деятельность Академии была неразрывно связана с именем Н.И. Пирогова.

В 1843 г., вскоре после прибытия Н.И. Пирогова в г. Петербург, был создан Пироговский кружок, на заседаниях которого ученый представил свыше 70 сообщений по актуальным вопросам внутренней медицины, в том числе посвященным проблеме туберкулеза, — «О туберкулезном перитоните», «О туберкулезном менингите», «Случай туберкулезного яичка, симулирующий легочную чахотку», «О туберкулезе печени» и др. Параллельно ученый выступал с лекциями в Обществе практических врачей; одной из наиболее известных стала «Об изменениях, происходящих в легких при воспалениях и отложениях в них туберкулезных веществ». Блестящие клинические познания Н.И. Пирогова в области фтизиатрии подтверждаются известным фактом, когда он опроверг установленный Д.И. Менделееву знаменитыми в то время светилами медицины диагноз легочной чахотки.

Пирогов стал первооткрывателем в ряде важнейших вопросов фтизиатрии: первым охарактеризовал тифоидную форму милиарного туберкулеза, сопровождающуюся «горячечными тифозными припадками» (туберкулезный тифобациллез Ландузи был описан лишь 30 лет спустя); одним из первых описал клиническую картину туберкулезного менингита и определил взаимосвязь между предшествовавшими оперативными вмешательствами и развитием этого смертельного осложнения: «Многих я потерял от этой остротуберкулезной пиемии после ампутаций бедра, сделанных по случаю туберкулезного страдания коленного сустава. При исследовании ампутированного члена я находил туберкулезные кисты в губчатой ткани суставных концов, туберкулезные

отложения под надкостницей и острые рассеянные желтые и просяные бугорки во всех органах. Некоторые из оперированных впадали при сотрясательных ознобах в сильные бреды и спячку; у таких при вскрытии я находил просяные и желтые (величиною с горошину) бугорки в тонкой сосудистой мозговой оболочке. У других же, умерших при тех же самых припадках, вскрытие показывало вместе с острыми бугорками легкого и дольчатые инфаркты, перешедшие местами в переносные нарывы, osteomyelitis и нагноения в суставах».

Патоморфологические исследования, проведенные Н.И. Пироговым, значительно расширили познания о сущности туберкулезного процесса и усилили клинко-анатомическое направление в медицине. В 1852 г., характеризуя гистологическое строение туберкулезного бугорка, ученый отметил наличие гигантских клеток с 3-4 ядрами, которые через 16 лет были повторно описаны Лангхансом. Хотя клетки Пирогова-Лангханса встречаются и при некоторых других гранулематозах, их диагностическое значение для распознавания туберкулезного процесса сохраняется и в наше время.

В течение всей жизни Н.И. Пирогов неоднократно подчеркивал, что не эмпирический подход к болезни, интуиция врача и его «здоровый смысл», а только тщательное изучение механизмов патологических процессов и понимание их общих закономерностей позволяют врачу действовать наиболее целесообразно и максимально эффективно: «Исследование причин болезни <...> составляет <...> самую главную обязанность врача. Пренебрежение этиологией отразится несомненно на самом лечении».

Вклад Н.И. Пирогова в изучение природы инфекционных осложнений

Во времена Пирогова инфекционные заболевания подразделялись на миазматические, вызванные «летучим» заразным началом, и контагиозные, заразное начало (контагий) которых передавалось прикосновением. Источником миазмов считалась окружающая природа, источником контагий — больной человек.

Н.И. Пирогов не применял в своих работах термины «микробы» и «бактерии» (как известно, термин «микроб» впервые употребил Седийо в 1876 г.), а пользовался общепринятыми для того времени дефинициями: миазмы, ферменты, контагий и др. Однако еще в 1839 г. ученый сформулировал гипотезу о том, что причиной некоторых инфекционных заболеваний являются особые «бродилы», поступающие в организм извне или находящиеся в крови. Таким образом, в домикробиологическую эру Н.И. Пирогов вплотную подошел к представлению о том, что причиной гнойных осложнений являются живые болезнетворные микробы, и призвал каждого мыслящего врача «не мечтать, а стараться проникнуть посредством наблюдения и опыта при постели больных сквозь этот таинственный мрак».

Ученый говорил о контагиозности многих заболеваний: «В наше время нельзя уже более сомневаться в прилипчивости госпитального омертвления, как и вообще в прилипчивости других миазм, противопологая эпидемическому их распространению заражение рег contactum. Всякая миазма может сделаться поветрием или повальной болезнью, если она из места своего происхождения разнесется, говоря просто, по ветру, или научнее — неопределенными токами». Касаюсь вопроса инфекционных осложнений при ранениях, он писал: «Хотя госпитальные миазмы и не нашли

еще своего Эренберга, Пастера или Пуше, но мы знаем из микроскопических исследований этих наблюдателей, какое множество органических зародышей содержится в окружающем нас воздухе и как легко их сделать предметом наблюдений». Ученый сформулировал гипотезу о том, что «заразительное начало, развиваясь первоначально и в самом теле, от скопления больных организмов в закрытых пространствах из внутреннего делается, наконец, и внешним, а также предположил, что это заразительное начало, сделавшееся внешним, так же разнообразно по своим химическим свойствам, как и внутреннее, а степени его заразительности и прилипчивости различны».

Николай Иванович четко разграничивал понятия о ядах и живых возбудителях. Он считал, что яд имеет свойство только отравлять организм человека, но не заражать его, и не может развиваться и возобновляться. «Факты заставляют искать причину болезни вне организма, и именно в госпитальной миазме, которая не есть, подобно яду, пассивный агрегат химически действующих частиц; она есть что-то органическое, способное развиваться и возобновляться. Миазма, заражая, сама же и воспроизводится зараженным организмом», — писал он.

Туберкулез: невидимый враг

Наблюдения над течением туберкулеза у солдат в мирное время Н.И. Пирогов проводил на базе сухопутного военного госпиталя, а позже описал их в своих научных трудах: «В госпиталях, переполненных туберкулезными, я замечал, что и лежавшие там больные с гноящимися ранами легко делались туберкулезными. Во 2-й сухопутный госпиталь посылались в течение нескольких лет в мое время (1842-1848 гг.) больные из Литовского и Лейб-гренадерского гвардейских полков. Эти полки на подбор состояли тогда из худощавых, поджарых, высоких и рябых солдат. Большая часть больных из этих двух полков лежала в хирургическом отделении с огромными холодными нарывами и умирали, как показывали вскрытия, от туберкулеза. В то же самое время почти постоянно господствовали в этом отделении госпиталя и между другими хирургическими больными острый туберкулез и различные виды пиемии. У многих поступавших с различными хирургическими болезнями развивался острый туберкулез незадолго до смерти, у многих же пациентов с пиемией я при вскрытиях находил также острые просовидные и желтые бугорки».

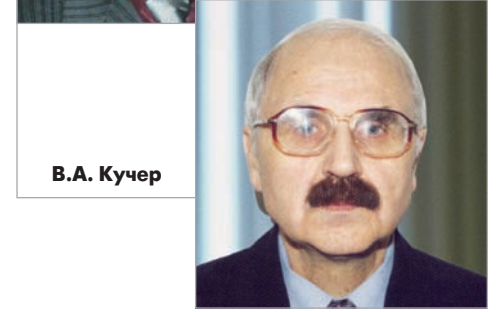
В подтверждение своих клинических наблюдений Пирогов приводит патологоанатомические наблюдения: «Из 400-500 вскрытий, деланных тогда ежегодно, я не менее как в 300 вскрытиях находил бугорки и бугорчатые или серые дольные и дольчатые опеченения». Это описание генерализованных форм туберкулеза: милиарного и гематогенно-диссеминированного. Указанные клинические и патологоанатомические сопоставления Пирогова — единственные достоверные сведения об эпидемии туберкулеза среди русских солдат.

Ученый также описал вспышку туберкулеза среди раненых солдат, возникшую во времена Крымской войны: «Развитие острого туберкулеза у раненых должно приписать в большей части случаев наследственному расположению, скрытому в теле. Скрытый туберкулез обнаруживается после ранения вследствие лихорадочного состояния и слабости тела».

Продолжение на стр. 48.



Ю.М. Мостовой



В.А. Кучер

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрою пропедевтики внутрішніх болезней, В.А. Кучер, доцент, заведуючий курсом фізіатрії ФПО, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

Фтизиатрическое наследие Н.И. Пирогова

К 200-летию со дня рождения

Продолжение. Начало на стр. 47.

Одновременно с этим он изучал и реинфекционный туберкулез: «Я убежден, что и одна госпитальная конституция может развить бугорки у раненого. Крепкие на вид здоровые раненые поражаются совершенно неограниченно острым туберкулезом». Под термином «госпитальная конституция» Пирогов подразумевал «контагий», воздействующий на пациентов в неудовлетворительных гигиенических условиях госпиталей того времени.

Четкое понимание сути заболевания — залог успешного противостояния ему

Уже в первый год своей работы в Медико-хирургической академии (1841 г.) для подтверждения/опровержения собственной теории контагиозности заболевания Н.И. Пирогов изолировал друг от друга больных с чистыми и инфицированными ранами; заменил вытирание раневых отверстий общими губками на орошение ран из оловянных чайников; запретил фельдшерам и больным готовить корпии, компрессы и другие перевязочные материалы из грязного белья; предложил перед применением исследовать перевязочный материал с помощью микроскопа и в случае наличия микробов заменять его (тогда еще не было известно, что микроскопия не может обеспечить контроль чистоты перевязочного материала). Проводимые ученым мероприятия показывают, что он существенно приблизился к правильному пониманию природы инфекционных заболеваний. Требования Н.И. Пирогова по улучшению гигиенических условий госпиталей были совершенно новыми, необычными для России и Европы подходами к профилактике инфекционных осложнений вообще и туберкулеза в частности.

От внимания Н.И. Пирогова не ускользнули явления изменчивости заразного начала и самих эпидемий, отсутствие лечебного эффекта от блестяще действовавших ранее средств, вследствие чего он советовал изменять и средства борьбы с вновь возникающими эпидемиями: «Каждая эпидемия при новом ее проявлении есть всегда нечто новое, но еще и то, что самая зараза, поражая при различных условиях различной местности и народонаселения, сама модифицируется и делается другой, а потому требует для своего уничтожения в зараженном организме и модификации средств... Поэтому опытный врач никогда не будет упорствовать в своих взглядах на болезнь по предшествовавшим наблюдениям и случаям и не будет употреблять в конце войны те же способы лечения, которые были успешны в начале войны».

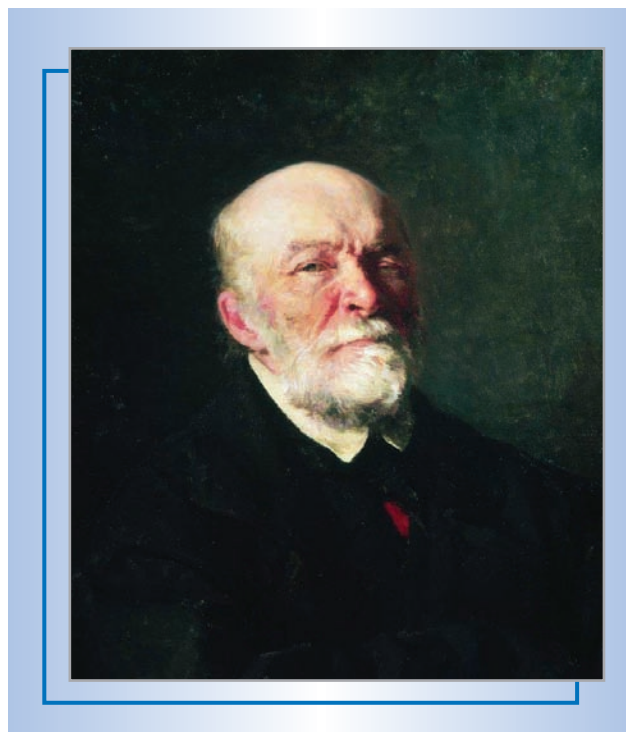
Реформа военно-полевой медицинской службы, проведенная Пироговым, основывалась на твердых убеждениях о необходимости изоляции потенциальных источников инфекции от неинфекционных больных. Раненых русских солдат отправляли в госпитали, устроенные в больших помещениях монастырей или крепостей. Последствия скопления там раненых были тяжелыми. Горцы же лечились в родных аулах, вне контакта с другими ранеными, и это значительно уменьшало смертность среди них.

Одним из направлений реформ, предложенных Пироговым для ликвидации скопления раненых, являлся переход к одноэтажным барачным лазаретам, где пациенты содержались в небольших изолированных домиках, чаще в сельской местности. Изоляция больных туберкулезом Н.И. Пирогов придавал приоритетное значение: «Есть болезни, исключаящие вообще всякое госпитальное лечение; к таким я отношу именно туберкулез. В каком бы лазарете ни поместили нескольких туберкулезных в одном закрытом пространстве, всегда будет плохой результат не только в отношении смертности, но и относительно продолжительности болезни. Для всех грудных больных, будут ли то одержимые травматической (от грудных ран) или туберкулезной чахоткой, воздух составляет главное условие и для лечения, и для облегчения».

Постулаты и принципы Н.И. Пирогова не потеряли своей актуальности до настоящего времени: просматривается сходство его утверждений с современными взглядами на проблему в Приказе МЗ Украины № 600 от 22.10.2008 г. «Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи больным химиорезистентным туберкулезом»: «Пациентов

с заразными формами туберкулеза размещают в отдельных палатах так, чтобы в эти комнаты не попадали лица с подозрением на мультирезистентный туберкулез. ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом или подозрением на туберкулез необходимо размещать в отдельных палатах. Больных с лабораторно подтвержденным мультирезистентным туберкулезом помещают в палаты с примерно одинаковым профилем резистентности микобактерий».

Отсутствие микробиологических и рентгенологических методов диагностики туберкулеза требовало тщательного анализа клинических симптомов, характерных для этого заболевания. Поражает скрупулезность Пирогова в этом отношении. Он уделял большое внимание выявлению предшествующих контактов с туберкулезными больными, характеру температурной, особенно гектической, реакции: «При предшествующих хронических заболеваниях специфические симптомы гектики присоединяются в виде заметной слабости, без нарушения функций организма... В дальнейшем симптомы лихорадочного раздражения усиливаются, повышается жар и частота пульса. Лихорадка носит характер трехдневной и дает регулярные обострения, особенно после еды и к ночи. Возникают



очень сильные и длительные ознобы, последующий жар менее неприятен, чем вначале, но жгуч, кожа суха. Разрешается он проливными ночными потами, длящимися до утра. Общее истощение особенно характерно проявляется на конечностях: исчезновение клетчатки и мускулатуры на спине и руке; искривление ногтей благодаря исчезновению подкладки — мягких тканей; нос заостряется, щеки и глаза западают; все костные утолщения тела резко выступают, особенно колени. Вместе с тем <...> эти больные полны надежд, особенно чахоточные. Наконец, наступают проливные поты, диарея, мочеизнурение и смерть».

При осмотре Пирогов обращал тщательное внимание на общий вид больного, выделяя чахоточную конституцию: «слабость и раздражимость дыхательных тонов, плоская грудь, лопатки в виде крыльев, конечности худые и длинные, кожа тонкая и прозрачная, слизистые восприимчивы к катарам», что подразумевало наследственное предрасположение к легочной чахотке, и кахектическую конституцию («бледная окраска лица и вообще болезненный вид»). При физическом исследовании особое внимание он уделял выявлению укорочений перкуторного звука, особенно над верхними отделами легких, и крепитации при аускультации. Ученый подробно описал клиническую симптоматику туберкулеза костей и специфических заболеваний мочеполовой системы.

Патоморфологически Н.И. Пирогов выделял пять вариантов специфического поражения: туберкулезный инфильтрат, туберкулезное опеченение, скученные и рассыпанные туберкулезные зернистости, туберкулезные кисты и милиарные бугорки, которые считал проявлением одного и того же заболевания.

Роль Н.И. Пирогова в развитии учения о туберкулезе костей

В первой половине XIX века вопросы нетравматических поражений костей и суставов практически не исследовались, однако ученый отмечал, что «самый обыкновенный экссудативный процесс, наичаще встречаемый в коленном суставе, есть экссудат туберкулезный».

Н.И. Пирогов первым отметил формирование первичных оститов с дальнейшим распространением процесса на сустав, преобладание первично-костных изменений над первично-синовиальными, описал различные формы туберкулезного поражения суставов, разработал подходы к хирургическому лечению этих заболеваний в зависимости от фазы процесса и его локализации.

Наиболее подробно изложены взгляды Н.И. Пирогова на туберкулез костей и суставов в работах «Анналы хирургического отделения клиники императорского Дерптского Университета» и «К учению о белой опухоли». Эти вопросы широко освещались ученым в лекциях студентам Медико-хирургической академии: «Об изменениях, происходящих в нижних конечностях при страдании бедренно-тазового сустава (coxarthrosace)», «О белых опухолях суставов», «О бугорчатом отложении в костях», «О золотушном страдании суставов и костей», «О золотушном поражении позвоночного столба» и др. Кроме того, ученый проводил разбор клинических случаев и демонстрацию пациентов во время заседаний Пироговского кружка и Общества практических врачей.

Для обозначения туберкулезных поражений кости Н.И. Пирогов применял различные, общепринятые в то время термины: «coxarthrosace», «spondyloarthrosace», «белая опухоль», «золотушное поражение костей и суставов», «бугорчатка», «туберкулез», что создает определенные трудности для интерпретации их современными фтизиатрами. В то же время под этими терминами он подразумевал конкретные патологоанатомические изменения и детально описывал клиническую картину каждого из них.

Ученый подразделял заболевания коленного сустава на «первичные» (острые) и «последовательные» (хронические). Особый интерес при этом представляет описание туберкулезного поражения сустава, приведенное в разделе «первичных» заболеваний как результат отложения в тканях сустава «туберкулезного экссудата» и в разделе «последовательных» заболеваний под названием хронического нагноения, хронической водянки и белой опухоли (tumor albus) с характерным для нее «пульпозным» перерождением синовиальной оболочки (разрастанием грануляций). И хотя Н.И. Пирогов не считал три последних заболевания во всех случаях туберкулезными, описанная им клиническая картина настолько детально и полно, что не оставляет сомнения в том, что речь идет о различных формах именно туберкулезного поражения.

Не отрицая первично-синовиальной формы поражения сустава, Н.И. Пирогов подчеркивал преобладающее значение при возникновении суставного туберкулеза первичного поражения суставных отделов костей: «Костный туберкулез всегда является первичным болезненным процессом, а белая опухоль — только последствие бугорчатого поражения эпифизов». Эти взгляды ученого на патогенез суставного туберкулеза достаточно точно соответствуют современным представлениям, согласно которым артритической фазе при туберкулезе предшествует формирование первичного костного очага.

Привлекает внимание подробное описание клинических симптомов поражений костей и суставов: «Признаки туберкулезного страдания концов костей при жизни весьма слабы и неопределенны, и определить такое состояние костей в данном случае чрезвычайно трудно! <...> Там, где при страдании костей и сустава мы имеем местную, ограниченную, глубокую, сверлящую боль, утолщение концов кости, опухоль мягких частей с отеком клетчатки, если найдем при этом признаки присутствия бугорков в других частях тела, диагноз еще возможен; в противном случае он бывает чрезвычайно труден. <...> Так, если, например, мы имеем дело с золотушным дитятей, который долго страдал органической болезнью коленного сустава, соединенной уже с измененным положением концов костей, с невозможностью движений в колене, с согнутым положением члена, если при всем этом замечают вокруг сустава свищевые ходы, одни еще свежие, источающие жидкий, клочковатый гной, другие зажившие, если больной такого рода пользуется, по-видимому, хорошим здоровьем,

потом вдруг коленный сустав его начнет припухать, разовьется в короткое время опухоль с сильным натяжением сумки и других мягких частей, с возвышенной температурой, с сильными лихорадочными знобами, — тогда, конечно, смело можно предполагать, что имеем дело с туберкулезом коленного сустава, с размягчением бугорков, разрушением хрящей и излитием гноя в полость синовиальной сумки. В этом мнении утверждают нас золотушное сложение больного, его возраст, ход болезни, внезапные перемены в суставе и в общем состоянии и проч.».

Н.И. Пирогов подразделяет лечение туберкулезных поражений сустава на «лечение рациональное и специфическое». Его заслугой являлась осторожность относительно риска лимфо- и гематогенного распространения инфекции после оперативного вмешательства, в частности после вскрытия натечных абсцессов, связанных с туберкулезным спондилитом и поражением суставов: «После операций над туберкулезными опухолями, туберкулезными костоедами <...> весьма часто развивается острая туберкулезная инфильтрация, убивающая больного еще скорее чистой пневмонией, тем более что она поражает обыкновенно оба легких». В то же время он настаивал на дифференцированном подходе к выбору тактики лечения: «Там, где воспалительные припадки от времени до времени возобновляются в суставе вследствие новых туберкулезных отложений, необходимо спойкостические средства... Но если болезнь длится уже несколько лет, если в некоторых пунктах коленного сустава образовались частные склейки твердых и мягких частей, сокращение связок, мышечных сухожилий, если больной член согнут в колене, если в суставе уже потухла всякая воспалительная реакция, можно употребить мгновенное выпрямление члена — extention forcée, возвратить члену нормальное положение, утвердить его в нем с помощью неподвижных аппаратов и для предотвращения новых отложений употребить после этого общий способ лечения».

Новаторством Н.И. Пирогова являлось использование метода иммобилизации конечностей, что не считалось тогда обязательным: «Где нет еще контрактур и анкилозов, надобно стараться держать член в приличном положении с помощью ортопедических средств, крахмальных повязок и проч.».

К вопросу о туберкулезе органов мочевыделительной системы

Много внимания Н.И. Пирогов уделял изучению туберкулеза органов мочевыделительной системы. В лекции «О бугорках яичка», опубликованной в журнале «Друг здоровья» (1852), он детально проанализировал клиническую картину заболевания и его дифференциальную диагностику.

Вся указанная работа состоит из описания многочисленных клинических наблюдений и является образцом врачебного мышления, тщательного поиска симптомов, характерных для специфического процесса. Огромное значение ученый придавал своевременному выявлению заболевания, а к трудностям, возникающим во время диагностики, относился философски: «Нужно быть знакомым с этими трудностями не для того, чтобы робко и с недоверчивостью стоять у кровати больного, но чтобы, по возможности отстраняя их, обращать на все самое тщательное внимание и ни малейшей вещи не пропускать без исследования».

Он подчеркивал, что бугорчатка яичек может быть как изолированным процессом, так и проявлением общего заболевания, что играет важную роль при определении тактики лечения: «Конечно, в большей части случаев туберкулезный процесс одного органа бывает соединен с общей туберкулезной дискразией, но нет сомнения, что туберкулезные отложения могут быть и местные; по крайней мере, судя по исходу этих отложений, по влиянию их на организм. Во многих случаях мы не вправе отвергать, что это отложение может существовать местно. <...> Следовательно, делая диагноз, можно с некоторой только вероятностью определить, местная ли то болезнь или общая. Но при назначении лечения в случаях сомнительных и не требующих безотлагательной помощи я думаю, что выгоднее для больного предположить общую дискразию, потому что часто, предположив местное поражение и сделав операцию, можно подвергнуть больного развитию очень быстрого бугорчатого процесса в других важных органах».

Суждения Н.И. Пирогова о лечении туберкулеза яичек несколько схожи с современными представлениями: «Вот общие правила, которыми я руководствуюсь при лечении бугорчатости яичка: если болезнь

еще в сыром периоде, то поступаю различно, смотря по тому, имею ли дело с одним только бугорчатым отложением или в соединении с обильной водяной влажливой оболочкой. В первом случае предписываю перемену климата, морские и соляные ванны и грязи, рыбий жир, йодистое железо с цикуттой и йодистые втирания в мошонку. Во втором случае, кроме этих средств, впрыскиваю еще водянистый раствор йодистой настойки во влажливую оболочку, оставляя ее в прикосновении с свищом. Если бугорки перешли в размягчение и уже образовались свищевые ходы в мошонке без общего страдания в организме, то, ограничиваясь теми же самыми гигиеническими и фармацевтическими средствами, расширяю иногда свищевые ходы и советую больному вооружиться терпением. Если же изнурение вследствие размягчения, фунгозные большие наросты, сочувственное общее страдание и все обстоятельства, приведенные мною, угрожают истощением всего организма <...> если образуются глубокие фистулезные ходы, которые занимают не только мошонку, но распространяются на паховую сторону и на промежность, когда один нарыв следует за другим, причиняет лихорадку, нагноение делается значительным и художачественным, то опасность истощения, особенно в госпитальной практике, делает показание к операции необходимым... Приступаю к снятию яйца даже иногда и в тех случаях, когда туберкулезный процесс не ограничивается одним яйцом и есть подозрение на поражение легкого, основываясь на том, что это поражение во многих случаях есть следствие местного страдания».

Переходя к разделу о консервативных методах лечения туберкулеза, применявшихся ученым, необходимо подчеркнуть, что он не считал туберкулез неизлечимым заболеванием: «Туберкулы не должны считать неизлечимыми: они могут излечиваться натурой через обесцеление, через отложение известковых солей, через размягчение и даже через изъязвление (в этом случае туберкулезная каверна затягивается рубцом); если же мы большею частью и не встречаем благоприятного исхода, то это зависит от количества и формы отложения, от органа, в котором оно развивается, от последовательного размягчения и изъязвления новых отложений».

В то же время Николай Иванович констатировал, что возможности врача при этих поражениях весьма ограничены: «Как при отложении бугорков и в других частях тела, средства наши весьма ограничены и во многих случаях безуспешны. Мы можем, сколько позволят средства и обстоятельства больного, поправить его общее состояние, улучшить местную болезнь, поставив его в приличные гигиенические и диетические условия, посоветовав ему перемену климата, образа жизни, употребление морских ванн, купаний, грязей и, смотря по конституции больного, употреблять от времени до времени то тонические средства — хинин, железные препараты, то средства, изменяющие кривизну крови, как-то: йод в его соединении, то действующие на систему лимфатическую, на органы пищеварения и проч.».

Совершенно новым на то время и сохранившим свою актуальность до наших дней было учение Пирогова об индивидуализации подходов как к больному, так и в отношении групп пациентов.

Принципы комплексного лечения туберкулеза

Отсутствие этиотропной терапии вынуждало заниматься поиском средств для лечения туберкулеза. Первым принципом комплексного лечения Н.И. Пирогов считал обеспечение раненому «душевного покоя», ибо «совершенное спокойствие тела и духа играет важную роль в лечении всех ран груди» и ранений вообще: «Часто причиной истощения служит вместе с нагноением и тоска по родине. Свидание с земляками и родственниками удивительно действует на больного. У одного молодого человека, прибывшего в госпиталь издали и страдавшего по определению врачей настоящею чахоткою, свидание с приехавшим неожиданно отцом действовало так благотворительно, что он мог уже через неделю и сам уехать из госпиталя на родину». «Много способствует успеху лечения то, если больной в госпитале чувствует себя, как дома», — часто повторял ученый.

Вторым принципом комплексной терапии было широкое использование смены климата, морские и соляные ванны и грязи, прогулки на свежем воздухе. Пирогов утверждал, что «переведа больного в деревню, назначив ему рыбий жир, может быть, удастся и навсегда приостановить ход разрушительного

процесса», и подчеркивал, что «наблюдал довольно случаев излечения хронической эмпиемы, когда больной жил на чистом воздухе».

Третьим принципом было рациональное калорийное питание. В этом отношении Н.И. Пирогов по праву может считаться основоположником диетотерапии. Он писал: «Вот мои правила. Не навязывать <...> еды насильно и не оставлять никогда чувства голода неудовлетворенным. Не отнимать позыва на пищу искусственным воздержанием и диетой, а поддерживать его удобоваримой и питательной пищей. Не вдруг и не слишком изменять обычную пищу и желудку, приученному к плотной и обильной пище или к спиртным напиткам, не отказывать безусловно ни в мясе, ни в вине... Строгою госпитальной диетой, назначаемой без разбора всем раненым, можно у всех отбить и последний аппетит на еду, сделав язык бленнорейным. <...> Во множестве случаев для наших больных поселян молоко и мясо, а иногда и хороший хлеб — лекарство, без которых аптечные снадобья мало дают надежды на успех».

Он одобрял «чайное довольствие» больных: «Наши раненые в лихорадке имели позыв не на вино и не на пищу, а на теплый чай. Известно, что этот напиток, утоляя жажду и слегка питая, не портит аппетит. Поэтому я и старался поддержать <...> употребление чая, давая его и с молоком, и с булкой и находя, что он для больного, лишенного аппетита и лежащего в жару, несравненно полезнее и приятнее <...> наших госпитальных овсяных каш и ячменных отваров».

Из внутренних средств Пирогов применял, особенно «у людей молодых, торпидных и лимфатических смесь из рыбьего жира с йодистым калием (на 180 г рыбьего жира 0,6-1,2 г Kalii iodati как суточная порция); анемическим же больным я давал вместе с рыбьим жиром и йодистое железо (бланкардовы пилюли) с цикуттой». Хотя ученый в отдельных случаях применял популярные еще с времен Гиппократова моксы и фонтанели (прижигания и искусственные язвы), которые, как считалось, должны действовать антагонистически к основному очагу заболевания, он решительно возражал против их применения при туберкулезе: «Я очень жалею, что испытал действие каленого железа в одном далеко зашедшем случае костного туберкулеза. Фонтанели на спине только умножали страдания больного, так как они сделали горизонтальное положение на спине болезненным и в какой-то степени ускорили развитие истощения».

«Будущее принадлежит медицине предохранительной»

Говоря о деятельности Н.И. Пирогова как ученого и врача с широким кругозором, следует отметить, что он был одним из наиболее ярких и последовательных сторонников профилактического направления в медицине: «Будущее принадлежит медицине предохранительной. Эта наука, идя рука об руку с государственной, принесет несомненную пользу человечеству». Несколько лет спустя он написал: «Верный моим убеждениям, высказанным мною уже не раз во всеуслышание, я не верю в действия медицины, самой по себе, на уменьшение смертности масс и особенно при повальных болезнях. Будущее отечественной медицины — в руках государственной и научной администрации, а не врачебной техники. Только идя рука об руку с рациональными и государственными распоряжениями во всех отраслях народного хозяйства и просвещения, медицина может содействовать к уменьшению распространения и к предотвращению болезней и тогда этим косвенным путем, а не лечением может содействовать, наконец, и к уменьшению смертности масс».

С позиций современной фтизиатрии, обладающей точными методами микробиологической, рентгенологической и инструментальной диагностики, эффективными химиопрепаратами, многие представления Н.И. Пирогова о туберкулезе могут показаться ошибочными и устаревшими. Однако нужно помнить, что фундамент современной фтизиатрии на протяжении столетий создавался благодаря кропотливому накоплению крупиз знаний и самоотверженному труду ученых, в том числе Н.И. Пирогова и его многочисленных последователей.

В ноябре исполняется 200 лет со дня рождения великого хирурга и естествоиспытателя Н.И. Пирогова. В ознаменование юбилея великого соотечественника «Медична газета «Здоров'я України» иницирует публикацию материалов, посвященных его многогранному научному наследию, и приглашает авторов и читателей поддержать это начинание.