

## ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ К 50-ЛЕТИЮ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Акимов

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. М. Г. Сватко, научный консультант — засл. деят. науки проф. Н. Н. Лозанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В дореволюционной России насчитывалось около 300—400 врачей-специалистов по болезням уха, горла и носа, в распоряжении которых имелось около 200 коек. Кафедры по оториноларингологии были только в Военно-медицинской академии, на Высших женских медицинских курсах, в клиническом институте усовершенствования врачей, на медицинских факультетах Московского и Саратовского университетов. Повышение квалификации врачей осуществлялось лишь в клиническом институте, открытом в 1885 г. в Петербурге, да и то по очень ограниченному количеству дисциплин (в частности, кабинет по ушным болезням был открыт только в 1889 г.). Разумеется, при подобном положении дел не могло быть и речи о сколько-нибудь эффективном оториноларингологическом обслуживании населения страны.

После Великой Октябрьской революции неуклонно расширяется коечная сеть, увеличивается число медицинских учреждений для подготовки и усовершенствования врачей.

Были созданы условия для развития оториноларингологии как самостоятельной научной дисциплины. 27/IX 1922 г. Государственный Ученый Совет утвердил новый учебный план в вузах, согласно которому оториноларингология, наряду с другими специальными дисциплинами, была введена в программу медицинских факультетов как предмет, обязательный для подготовки врача.

Историю советской оториноларингологии можно разделить на три основных периода.

В первом периоде (1917—1935) была создана в системе советского здравоохранения оториноларингологическая служба. Итоги этого периода были подведены на IV Всесоюзном съезде оториноларингологов (1935).

Второй период охватывает два последующих десятилетия — с конца тридцатых и до конца пятидесятих годов. Он ознаменовался широким внедрением в практику сульфаниламидов и антибиотиков. Особенностью этого периода явилось широкое изучение проблем ЛОР-травматологии, связанное с Великой Отечественной войной. Итоги этого периода были подведены на V Всесоюзном съезде оториноларингологов (1958).

Третий период — современный — характеризуется дальнейшим развитием отоларингологии и пересмотром ряда ранее существовавших взглядов.

За первый период число отоларингологов с 300—400 в предреволюционные годы возросло до 2270, а число отоларингологических коек — с 200 до 6900 (данные на 1940 г.). Этому прогрессу способствовало выделение в 1930 г. медицинских факультетов университетов в самостоятельные вузы, число которых к этому времени достигло 40, причем в каждом из них функционировали ЛОР-кафедры, развернувшие, наряду с лечебной и педагогической, и научно-исследовательскую работу.

Несмотря на то, что наша страна в этот период переживала большие материальные трудности роста, были созданы специальные научно-исследовательские ЛОР-институты: в Саратове научно-исследовательский институт физиологии верхних дыхательных путей (1926—1937), в Ленинграде научно-исследовательский институт по болезням уха, горла, носа и речи (с 1930 г.), в Харькове Украинский научно-исследовательский институт уха, горла и носа (1931—1955), в Москве Центральный научно-исследовательский институт уха, горла и носа (с 1935 г.).

В 1933 г. было учреждено Всероссийское общество оториноларингологов. Вопросы практической и теоретической оториноларингологии стали широко обсуждаться на конференциях и съездах. В первом периоде состоялось четыре всесоюзных съезда отоларингологов: 1-й был созван в 1924 г. в Ленинграде, 2-й — в 1927 г. в Москве, 3-й — в 1929 г. в Одессе, 4-й — в 1935 г. в Ленинграде.

Уже в этом периоде была начата разработка важных проблем: физиология вестибулярного аппарата и методы его тренировки; борьба с профессиональными заболеваниями, глухотой, глухонемой, гнойными отитами и их осложнениями, тонзиллитами, злокачественными новообразованиями. Для диагностики стали применять более совершенные гематологические, биохимические, микробиологические, эндоскопические и рентгенологические методы. Уже в 20—30-х годах отмечен значительный прогресс хирургической техники, широко внедряются местная анестезия, переливание крови, лучевая терапия.

Все это не замедлило сказаться на снижении заболеваемости и смертности от наиболее опасных ЛОР-заболеваний. Так, воспаления среднего уха, поражавшие в царской России даже в центральных областях страны почти треть крестьянского населения [6, 10], к началу 30-х годов встречались уже только в 16,5% [19].

В результате эффективных профилактических мероприятий к концу 30-х годов почти исчезли профессиональные заболевания уха [17]; значительно снизилось число глухонемых, чему способствовали не только лечебные и профилактические мероприятия, но и большая работа по обучению глухих детей овладению речью [9].

Развитие и внедрение в практику трахеобронхоэзофагоскопии уже в первом периоде значительно снизили смертность от закупорки верхних дыхательных путей и пищевода инородными телами.

В результате непрерывного совершенствования методов диагностики и оперативных вмешательств и широкого внедрения их в работу все расширяющейся сети оториноларингологических учреждений смертность от отогенных внутричерепных осложнений постепенно снизилась в среднем на 20—25% [11].

Методы лечения злокачественных новообразований уже в первом периоде непрерывно совершенствуются. Особое внимание было обращено на внедрение более совершенных оперативных методов и соблюдение правил абластики [4, 15, 18]; на повышение эффективности актинотерапии [1, 2]. Все это в значительной мере улучшило помощь онкологическим больным.

Значительные успехи были достигнуты в первые два десятилетия советской оториноларингологии в борьбе с тонзиллитами. Ряд исследований осветил многие стороны тонзиллярной проблемы, в частности роль повторных ангина в генезе многих заболеваний внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Эти исследования обосновали целесообразность оперативных методов лечения хронического тонзиллита [11, 12, 13, 14], что в конечном счете способствовало снижению хроническим и ревматическим заболеваниям.

Второй период совпал с Отечественной войной и широким внедрением в практику сульфаниламидов и антибиотиков.

На полях сражений полностью оправдала себя этапная система лечения ЛОР-раненных с эвакуацией их по назначению. Приближение квалифицированной медицинской помощи к полю боя и ее специализация позволили добиться возвращения в строй более 72% раненых. К этому показателю близко и число возвращенных в строй раненых с поражениями ЛОР-органов.

Даже во время войны не прекращалась забота Партии и Правительства о подготовке кадров и развитии медицинской науки. В 1944 г. было принято постановление Советского правительства о переходе на шестилетний срок обучения в медицинских вузах. В том же году была создана Академия медицинских наук и Всесоюзное общество оториноларингологов. Несмотря на огромные потери, понесенные здравоохранением в годы Великой Отечественной войны, уже к 1950 г. коечный фонд был восстановлен, число же оториноларингологических коек достигло 8,8 тыс. (вместо 6,9 тыс. в предвоенные годы), специалистов-оториноларингологов стало 4543 (вместо 2641 в 1940 г.); к 1958 г. эти цифры достигли соответственно 15,6 тыс. и 8342.

Благодаря широкому внедрению в практику новых антибактериальных средств — антибиотиков и сульфаниламидов — были достигнуты большие успехи в лечении раненых и больных, особенно с острыми воспалительными процессами. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения стали встречаться реже и чаще заканчивались выздоровлением; так, смертность от внутричерепных осложнений по различным нозологическим единицам снизилась до 10—36% [3, 7, 16]. Сами гнойные отиты стали встречаться уже только в 3,6% [5]. Возможность купировать многие острые воспалительные ЛОР-заболевания антибиотиками привела к сокращению числа хирургических вмешательств (например, при острых мастоидитах). В то же время сульфаниламиды и антибиотики позволили расширить объем операций, главным образом при травмах, злокачественных опухолях и пластических реконструктивных операциях. Все это способствовало еще большему снижению заболеваемости и смертности при оториноларингологических заболеваниях и их осложнениях. Кроме того, антибиотики дали возможность приступить к широкой разработке методов функциональной хирургии уха, что и привело к большим успехам в области тимпанопластики при хронических гнойных отитах в хирургическом лечении тугоухости при отосклерозе.

Быстро растет специализированная помощь. К 1967 г. число врачей-оториноларингологов достигло 12 788, количество коек — 31,1 тыс.

К 50-летию советского здравоохранения число вузов и медицинских факультетов, проводящих подготовку врачей и по оториноларингологии, достигло 88. Специализация и совершенствование осуществляются в 13 институтах. Разработка научных и практических вопросов ведется также в Московском, Ленинградском, Киевском научно-исследовательских институтах оториноларингологии.

В оториноларингологии возникают новые области: детская оториноларингология, ЛОР-онкология, аудиология, кофохирургия. Хирургические вмешательства становятся, с одной стороны, более щадящими, с другой, в случае необходимости объем их расширяется с целью удаления ранее недоступных очагов поражения, чему в немалой степени способствует совершенствование инструментария и аппаратуры, внедрение новых видов обезболивания и др.

Кофохирургия достигла больших успехов в деле улучшения и даже полного восстановления слуха у ряда больных отосклерозом, свидетельством чему является награждение в 1964 г. ряда отечественных отохирургов Ленинской премией (А. И. Ко-

ломийченко, В. Ф. Никитина, Н. А. Преображенский, К. Л. Хиллов, С. Н. Хечинашвилли).

В современном периоде развития советской оториноларингологии наряду с дальнейшим совершенствованием консервативного и хирургического лечения стали широко изучаться реактивность организма, роль аллергии, гормонов и ферментов.

Реактивность организма в настоящее время сказывается на учащении атипично протекающих форм воспалительных заболеваний: тонзиллитов, отитов, мастоидитов и их осложнений. Атипичность отмечается и в течении злокачественных новообразований, которые диагностируются в более молодом возрасте. Чаще наблюдаются аллергические заболевания верхних дыхательных путей. Это привело к изменению во взглядах на патогенез, лечение, профилактику ряда ЛОР-заболеваний. Антибиотики стали применять по более строгим показаниям, широко внедряется десенсибилизирующая терапия. Гормональную терапию после некоторого периода увлечения стероидными гормонами начинают применять более осторожно. В ЛОР-онкологии увеличивается роль актино- и химио- и антибиотикотерапии опухолей. Все это способствует дальнейшему оздоровлению населения СССР.

Ближайшими задачами оториноларингологии в нашей стране следует считать еще большее расширение специализированной ЛОР-помощи, приближение ее к населению, создание в составе крупных больничных комплексов специализированных ЛОР-отделений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бринд И. Е. Тр. Центр. НИИ рентгенологии и радиологии. М., 1941.—
2. Верещинский А. О. Злокачественные опухоли глоточного кольца. Л., 1933.—
3. Вольфович М. И. Вестн. оториноларингол., 1957, 3.—4. Воячек В. И. Мед. сборн. жел.-дор. врачей Закавказья. 1924.—5. Дреннова К. А., Гришин С. И., Мартыненко и др. Вестн. оториноларингол., 1961, 3.—6. Изачик И. С. Ушные болезни в ряду других заболеваний крестьянского населения по данным поголового осмотра. Дисс. В.-мед. акад., СПб., 1895.—7. Калина В. О. Вестн. оторинолар., 1950, 1, 7.—8. Коломийченко А. И. ЖУНГБ, 1967, 5.—9. Компанец С. М. Руководство по болезням уха, горла и носа, 1937.—10. Кострицкий Д. П. К вопросу о частоте ушных болезней и глухоты в сельском крестьянском населении по данным поголового осмотра жителей Романоукотской волости Хотинского уезда Бессарабской губернии. Дисс. В.-мед. акад., СПб., 1896.—11. Левин Л. Т. Вестн. сов. отоларинг., 1935, 2; Хирургические болезни уха. М., 1937.—12. Лозанов Н. Н. Тр. I научн. конф. Баш. мед. ин-та. Уфа, 1940.—13. Луковский Л. А. Русск. отоларингол., 1931, 3.—14. Преображенский Б. С. Вестн. оториноларингол., 1967, 5.—15. Свержевский Л. И. ЖУНГБ, 1931, 3.—16. Светлаков М. И., Кравченко А. А., Горбачева К. М. Вестн. оториноларингол. 1966, 2.—17. Темкин Я. С. Вестн. сов. отоларингол., 1935, 2.—18. Ундриц В. Ф. ЖУНГБ, 1924, 10—12.—19. Эйгес С. Н. Вестн. сов. отоларинг., 1932, 4.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ

УДК 616.1

### СЕРДЕЧНАЯ АСТМА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НЕЙ

М. Я. Арьев

(Ленинград)

Сердечная астма чаще всего наблюдается при гипертонической болезни и атеросклеротическом кардиосклерозе и много реже при пороках клапанов сердца. У наших больных (148) мы встречали ее в единичных случаях при сифилитическом аортите, остром и хроническом нефрите.

У больных сердечной астмой в свободное от приступов время клинические данные со стороны сердечно-сосудистой системы соответствуют основному заболеванию. Около трети больных страдают недостаточностью кровообращения II—III и III ст. В ряде случаев в анамнезе отмечается инфаркт миокарда; он может возникнуть и в момент приступа. Довольно часто наблюдается блокада левой ножки пучка Гиса, мерцательная аритмия.

У больных с пороками клапанов сердца находят более или менее выраженный застой в малом кругу, а при гипертонической болезни и атеросклеротическом кардиосклерозе — соответствующую возрастную эмфизему легких.