

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ИЗУЧЕНИЯ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© А.З. Лихтшангоф

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В работе исследована история изучения наиболее распространенных специфических детских инфекционных заболеваний: кори, дифтерии, коклюша, скарлатины, эпидемического паротита, ветряной оспы и краснухи. В истории их изучения четко прослеживаются общие черты, поэтому оказалось возможным выделить четыре основных этапа с точки зрения степени отражения этой проблемы в медицинской литературе, преимущественного внимания ученых к той или иной стороне патологического процесса, сделанных открытий. 1) с момента первого появления детских инфекционных заболеваний в литературе до середины XVI в.: отрывочные упоминания в трудах врачей и исторических хрониках. 2) 2-я половина XVI — 1-я половина XIX в.: подъем заболеваемости обуславливает начало эмпирического изучения данной группы заболеваний; многие из них при этом описываются впервые. При описании эпидемий уточняются клинические и эпидемиологические черты заболеваний. 3) 2-я половина XIX в. — 1-я половина XX в.: изучается этиопатогенез детских инфекционных заболеваний; найдены их возбудители. Это привело к прорыву в области лечения (сыворотки, антибактериальные препараты). 4) Эпоха массовой вакцинации против большинства детских инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: история педиатрии; детские инфекционные заболевания; корь; дифтерия; коклюш; скарлатина; эпидемический паротит; ветряная оспа; краснуха.

В настоящей работе исследована история изучения наиболее распространенных специфических детских инфекционных заболеваний (ДИЗ) — кори (К), дифтерии (Д), коклюша (Кк), скарлатины (С), эпидемического паротита (ЭП), ветряной оспы (ВО) и краснухи (Кр). В отечественных монографиях и руководствах последнего столетия, посвященных как отдельным ДИЗ, так и этой группе в целом, к сожалению, исторический материал крайне беден (0,5–1 с.), нередко отсутствует вообще и почти никогда не выделяется в самостоятельный раздел. Кроме того, данные, приводимые разными авторами, зачастую противоречивы даже в отношении наиболее заметных событий в изучении того или иного ДИЗ. Работ, посвященных истории группы ДИЗ, нам обнаружить не удалось. Учитывая все вышеизложенное, а также по-прежнему значительный удельный вес ДИЗ в структуре заболеваемости детского населения, диктующий необходимость углубленного изучения этой группы заболеваний, актуальность данной работы представляется нам несомненной.

Рассмотрим историю изучения ДИЗ в порядке их описания.

История изучения *эпидемического паротита* проще, чем большинства других инфекционных заболеваний. Эпидемия ЭП была прекрасно описана Гиппократом ок. 400 г. до н.э. на о.Фасос — упоминались основные симптомы поражения околоушных слюнных желез и, как осложнения, мужских половых желез. Затем подобные описания встречаются в трудах Цельса (I в.), Галена (II в.), ряда византийских и средневековых европейских врачей. Однако до се-

редины XIX в. ЭП практически не привлекал к себе серьезного внимания исследователей. Упоминания заслуживает лишь работа Р. Гамильтона (1790), впервые описавшего нервную форму заболевания и более подробно — орхит [1, 3].

Значительную роль в изучении клинических и патологоанатомических особенностей поражения нервной системы при ЭП сыграли также работы русских ученых А. Д. Романовского (1849) и И. Максимова (1880). Во второй половине XIX в. развернулась дискуссия между патологами во главе с Р. Вирховом, считавшими ЭП заболеванием с преимущественным поражением железистой ткани, и рядом других ученых (в числе которых были и выдающиеся отечественные педиатры Н. Ф. Филатов и И. В. Троицкий), справедливо полагавших ЭП общим инфекционным заболеванием с поражением соединительнотканых прослоек желез (перипаротит). И. В. Троицкий также проанализировал 211 эпидемий ЭП и выявил условия, способствующие подъему заболевания [2, 7].

Следует отметить тот факт, что преимущественно детским заболеванием ЭП стал лишь с 1860-х годов вследствие его более или менее широкого распространения. Длительные и богатые ошибками поиски возбудителя заболевания завершились в 1934 г. открытием *Paramyxovirus parotitidis* К. Д. Джонсоном и Е. В. Гудпасчером. Убитая вакцина против паротита была лицензирована в США в 1948 г. и использовалась с 1950 по 1978 г., вызывая лишь краткосрочный иммунитет с низкой защитной эффективностью. Позже в Японии, СССР, Швейцарии и США были разработаны живые аттенуированные

паротитные вакцины (штаммы Урабе и Джерил-Линн). Специфическая профилактика ЭП в нашей стране проводится уже более 30 лет. За это время ликвидирована смертность, существенно снижена заболеваемость [13].

История изучения *дифтерии* несравненно богаче поисками и дискуссиями. Об этом свидетельствует хотя бы обилие употреблявшихся в литературе названий болезни, отражавших те или иные стороны патологического процесса: *ulcus syriacus* (сирийская язва), *morbus suffocatorius* (удушающая болезнь), *angina maligna* (злокачественная жаба), круп и т.д. Ряд наблюдений, которые можно отнести к Д, мы встречаем в «Гиппократовом сборнике» («язвы на миндалинах с лихорадкой»), Талмуде (III в.) — болезнь «ашара», у Асклепиада (I в. до н.э.), предположившего трахеотомию. Первое же достоверное описание принадлежит Аретею Каппадокийскому (I–II вв.), отметившему в своем труде «Причины и признаки острых болезней» такие характерные симптомы Д, как дурнопахнущие налеты на миндалинах с возможным переходом на гортань, лихорадкой и последующим параличом глотательных мышц, чаще встречающиеся у детей и дающие большую летальность. По месту описания болезнь получила наименование «сирийские, или египетские язвы». Историю болезни и смерти от Д семилетней девочки приводит Аэций Амидийский (IV в.). Упоминания о заболевании можно найти в трудах европейских хронистов VI, IX, XI и XIV вв., а также арабоязычных врачей — Ар-Рази, Ибн Сины и др. В средние века Д воспринималась как опасное эпидемическое преимущественно детское заболевание, причем эпидемии ее были в каждой отдельной стране или группе стран столь редки, что очередная вспышка считалась часто уже новой болезнью [1, 3].

Новая литература началась с инкунабулы испанского врача Гутьерреса «Трактат о болезни Гарротилло» (видимо, первой монографии по этому вопросу), в котором болезнь получила образное наименование «петля палача». В XVII–XVIII вв. Д широко распространяется в Средней и особенно Южной Европе. Из многочисленных посвященных ей научных трудов следует отметить книги Г. де Байю (Франция, 1576), Х.П. де Герреры (Испания, 1615), Х. де Виллареала (Испания, 1611), Т. Бартолинуса (1643) и пр. В этих и других работах были описаны две (ангинозная и крупозная) формы заболевания: а) обширные беловатые налеты в зеве с переходом на гортань, почти всегда влекущие смерть от удушья и б) сосредоточение процесса в зеве и глотке с отеком шеи, сильной лихорадкой, также обычно смертельной. На поздних этапах нередко встреча-

лись параличи. Описывались также Д кожи и ран. Не вызвала сомнения заразительность болезни. Из лечебных средств применялись полоскания раствором квасцов, прижигание миндалин, кровопускание, трахеотомия, предложенная в I в. до н.э. Асклепиадом. М. А. Северино провел вскрытие трупа дифтерийного больного и обнаружил мембраны в гортани и трахее.

Если в XVII в. чаще встречалась крупозная, то в XVIII–XIX вв. — ангинозная форма болезни. В 1720–60-х гг. имели место эпидемии в Западной Европе, а в конце XVIII в. Д распространилась и в Новом свете. Кроме ряда описаний этих вспышек, значительный интерес в этот период представляют труды английского врача Ф. Хоума (1765) и американского С. Барда (1771). Первый считал злокачественную ангину и круп (им же введенный термин) разными заболеваниями, чем положил начало длительной дискуссии. Второй, напротив, считал поражение всех слизистых и кожи единым по природе процессом. Интересно, что в большом конкурсе на лучший труд о дифтерии, объявленном в 1807 г. во Франции, победили два врача, разделявших ангину и круп. Исследователями отмечалось нередко сочетание эпидемий Д с эпизоотиями и вспышками экзантематозных инфекций, влияние климатических и других факторов [5].

Огромное значение для развития учения о Д имели работы французского врача П. Бретонно (1821–1826), который объединил поражение зева и гортани, описал структуру мембран и подчеркнул специфичность воспалительного процесса, введя термин «дифтерит». Далее поток работ, посвященных Д, начал лавинообразно расти, особенно во Франции. Всего за XVI — 1-ю половину XIX в. было опубликовано 168 книг, в названии которых упоминалась Д, из них 143 — в XIX в. В основном они были посвящены различным лечебным мероприятиям (скарификация или частичное удаление миндалин, прижигание их ляписом, прием щелочных минеральных вод и т.п.), наблюдениям различных локализаций воспаления (нос, глаза и др.), осложнениям (параличи, нарушение чувствительности) и формам болезни. Продолжался спор о единстве. Так, обнаружив различие крупозного и дифтерического воспаления, Р. Вирхов сделал из этого факта вывод о различной природе Д и крупа. Другие ученые рассматривали Д как единое заболевание всего организма, прежде всего крови, со специфическими местными проявлениями. Вероятно, в этом споре, не прекращавшемся вплоть до открытия возбудителя заболевания, отразилась борьба между гуморальной и клеточной теориями патогенеза в середине XIX в. [19].

Абсолютное большинство ученых считали Д (но не круп) контагиозным заболеванием, родственным экзантематозной группе. Изучавший большую эпидемию 1856–1863 гг. А. Труссо изменил название «дифтерит» на современное, подчеркивая общий характер заболевания. Он же вслед за своим учителем П. Бретонно много сделал для распространения трахеотомии при крупе.

Длительные поиски возбудителя в срезах пленок из зева больных увенчались успехом в 1883 г. (Е. Клебс), а в 1884 г. Ф. Леффлер выделил *Corynebacterium diphtheriae* в чистой культуре, доказал ее этиологическую роль и предложил элективную среду. Это открыло широкий простор для дальнейших исследований. В 1885 г. Дж. О'Двайер (США) рекомендовал при стенозе гортани интубацию (аналогичное предложение Бушу было еще в 1858 г. отвергнуто Парижской Академией). В 1888 г. Э. Ру и А. Иерсен обнаружили дифтерийный токсин, который и без введения бактерий обуславливал типичную картину заболевания. В 1890 г. классическая работа Э. Беринга и С. Китасато о создании антитоксической сыворотки произвела переворот в лечении Д. За эту работу Э. Беринг был удостоен первой в истории Нобелевской премии по медицине (1901). Независимо от этих ученых противодифтерийная сыворотка была получена в 1892 г. российским микробиологом Я. Ю. Бардахом.

К 1907 г. (Т. Смит) и 1913 г. (Э. Беринг) относятся первые попытки активной иммунизации комплексом токсин-антитоксин. В 1923 г. французский исследователь Г. Рамон предложил использовать анатоксин (формалинизованный токсин), что и послужило началом эпохи массовой вакцинации против Д. В начале 1940-х гг. одновременно во многих странах началась разработка препаратов, состоящих из различных комбинаций дифтерийного, столбнячного анатоксинов и коклюшного микробов. В Советском Союзе АКДС-вакцина стала применяться в 1960 г. [12]. Продолжались и исследования этиопатогенеза Д. Так, Андерсен с соавт. (1931) выделил 3 типа бацилл Леффлера. Большое значение в этом направлении имели также работы Секкеля (1935–1937), Дикхофа (1937), Штредера (1942), О'Миры (1939) и др.

История изучения кори и оспы тесно переплетается. Обе эти болезни были, видимо, известны человечеству с древнейших времен, однако первое их научное описание было сделано в начале X в. Абу Бакром Ар-Рази в трактате «Об оспе и кори». Он детально описал клинику, провел дифференциальную диагностику оспы и кори, считая их, впрочем, разными формами одного заболевания, К при этом признавалась более опасной болезнью во всем,

за исключением поражения глаз. Оба заболевания, считал Ар-Рази, не заразительны, а представляют собой очищение организма от гниющих внутри субстанций, поэтому сыпь благотворна, а задержка высыпания опасна. В общих чертах эти воззрения сохраняются в медицине вплоть до середины XIX в. Лечебные мероприятия Ар-Рази соответствуют пониманию патогенеза: кровопускания в начале болезни, растирание красной материей и содержание больного в тепле, дабы «выманить» сыпь [6].

Средневековые европейские врачи зачастую описывали под названием «morbilli» все острые инфекционные экзантемы, даже сыпной тиф. Английские врачи XVII в. Т. Сайденхем, а затем Мортон пытались отдифференцировать К и С от оспы, однако практически эти нозологические единицы были выделены лишь в следующем столетии [3, 4].

В XVIII в. подъемы заболеваемости экзантематозными инфекциями наблюдались в 20–50-х, 60–70-х и 90-х годах. Исследователями отмечалась сезонность эпидемий (усиление в холодные месяцы), нередкое сочетание их со вспышками других ДИЗ, особенно Кк. В 1750-х гг. английские врачи, прежде всего Ф. Хоум, предложили прививать кровь больных К аналогично распространенной тогда вариоляции. При этом они наблюдали облегченное течение заболевания со стойкой невосприимчивостью к последующему заражению, однако широко этот метод не применялся. В 1774 г. английский врач Дж. Квайер, работавший на Ямайке, описал симптом, известный ныне как «пятна Бельского–Филатова–Коплика». Любопытно, что не менее 6 авторов упоминали этот симптом до А. П. Бельского [19].

Для К были характерны опустошительные эпидемии среди ранее не контактировавшего с ней населения (1749 г. — бассейн р. Амазонки, 1846 г. — Фарерские острова, 1875 г. — острова Фиджи и др.). Наблюдая вторую из них, П. Панум сделал попытку четко определить индекс контагиозности и инкубационный период К. В последнюю из перечисленных вспышек заболеваемость составила 100 % туземного населения, а летальность — 26 % (около 40 000 человек). В Европе крупные эпидемии К имели место в 1778–84, 1796–1801, 1827, 1834–37, 1843–49, 1853 и 1858–1863 гг. [17].

Всего за XV — I-ю половину XIX в. К фигурировала в названиях 169 книг. Однако, в отличие от Д, лишь 34 из них были выпущены в XIX в., а в XVII в. было опубликовано даже больше работ (66), чем в XVIII в. (60). Огромное большинство из них посвящено оспе и К вместе. Несмотря на широчайшее распространение К, часть врачей не признавала ее заразительного характера, а возвращаясь к Ар-Рази,

считала болезнь порождением «гастритическо-ревматической конституции». Ряд авторов признавал внутреннее родство всех экзантем.

Весьма активно велись поиски возбудителя К. В 1826 г. таковым сочли грибок, обнаруженный в соломке, на которой спали больные. Начиная с 1870-х гг. на роль возбудителя К выдвигались самые различные палочковые и кокковые микроорганизмы, пока Р. Дегквиз не доказал, что заболевание может вызывать и фильтрат этих бактерий, т. е. причиной К следует считать вирус, который может фиксироваться на различных микроорганизмах. В 1905 г. Гектоен и в 1911 г. Т. Андерсон и Дж. Голдбергер доказали заразительность крови больных К, повторив опыты Ф. Хоума. Сам вирус К был выделен в культуре ткани в 1938 г. (Г. Плотц) и на курином эмбрионе в 1939 г. (Г. Рейк и М. Шеффер). Ряд исследований по серопротекции К получил свое завершение в известной работе Р. Дегквица (1921), что позволило резко снизить летальность [1].

Классический штамм живой коревой вакцины Эдмонстон был получен Эндерсом и Пиблзом в 1954 г. В Российской Федерации вакцинопрофилактика кори проводится с конца 1960-х гг., и за этот период уровень заболеваемости корью снизился почти в 3000 раз [10, 13].

Мы не имеем достоверных сведений о том, был ли известен *коклюш* древним и средневековым врачам. Учитывая весьма характерную клиническую картину заболевания, отсутствие таких сведений говорит в пользу гипотезы о первом появлении Кк в Европе во 2-й половине XVI в. Первое четкое описание Кк («причудливый кашель, повторяющийся в определенные часы») принадлежит «французскому Гиппократу» Г. де Байю, наблюдавшему эпидемию 1578 г. в Париже (опубликована его работа была лишь в 1640 г.). В XVII в. заслуживают внимания работы английских врачей Уиллиса (1658) и Т. Сайденхема (1670), применившего к Кк термин «pertussis», встречавшийся еще у Цельса (I в.) [8, 16, 19].

В XVIII в. эпидемии Кк участились, а к середине XIX в. в большей или меньшей степени охватили практически весь мир. Всего к этому времени было описано 416 эпидемий Кк. Анализируя эти наблюдения, А. Гирш указывает на сезонность вспышек, зависимость от метеоусловий, частую связь с эпидемиями острых экзантем (оспы, К, С) [17]. Всего до 1850 г. Кк было посвящено 128 научных работ, из них 67 — в XIX в. Кк воспринимается как опасное контагиозное преимущественно детское заболевание, поражающее человека лишь однажды. Во многих работах встречаются яркие, но повторяющие друг друга описания приступа спазматического кашля. В 1734 г. появляется французский термин «coqueluche».

С начала эры микробиологических исследований стали публиковаться сообщения о находках возбудителя Кк. Однако в действительности обнаружить и выделить возбудителя Кк удалось лишь в 1906 г. Ж. Борде и О. Жангу. Датский врач Мадсен в 1925 г. первым сообщил о результатах клинических испытаний цельноклеточной вакцины от коклюша во время эпидемии коклюша 1923–1924 гг. на Фарерских островах. [1]

Впервые *скарлатина* описана в 1552 г. итальянским врачом И. Ф. Инграссиасом под названием «gossalia» и французским ученым Г. де Байю — «gubiola», а более четко — немецкими врачами М. Дерингом и Д. Зеннертом (1627). Все они подчеркивали отличия новой болезни от оспы и К, но описания были столь неполны, что не позволяли достоверно отграничить С от других острых экзантем. Следует предполагать, что эпидемии С встречались и ранее, проходя под всеобщим диагнозом «morbilli». Впрочем Мальфатти (1799) даже знаменитую чуму Фукидида (431–429 до н. э.) объявил С. Более четкую дифференциальную диагностику этой группы заболеваний провел, как уже указывалось нами выше, Т. Сайденхем (1675). Он же предложил английский термин «scarlet fever», т. е. «алая лихорадка». М. Деринг и особенно Шторх (1751) описывали водянку, нарушение мочеотделения и темный цвет мочи, а Д. Зеннерт — поражение суставов при С. Шведский педиатр Н. Розен фон Розенштейн (1764) описал случаи С без сыпи. Фотергилл (1750) считал причиной болезни своеобразный «яд», попадающий в организм с вдыхаемым воздухом [14].

Во второй половине XVIII в. С стала обычной болезнью в Европе, проникла в Северную (1735) и Южную (1828) Америку, Новую Зеландию (1848) и другие страны. В 1824 г. эпидемию С с большой летальностью наблюдал П. Бретонно. В работе Цендера был приблизительно правильно определен инкубационный период С, отмечена ее связь с антигенами. Ряд научных работ этого периода был посвящен разграничению скарлатинозной и дифтерийной ангина, поражению почек как причине нередко следующей за С водянки. В лечении С главное место занимала активная противовоспалительная терапия, особенно кровопускания, а в случае водянки — мочегонные средства и хина. По мнению основоположника гомеопатии С. Ганемана, прием белладонны может предотвратить заболевание С. Всего до 1850 г. С было посвящено 186 работ, из них 133 — в 1 половине XIX в. [3, 19]

На роль возбудителя С предлагались различные бактерии, простейшие, вирусы. Наиболее обоснованной явилась стрептококковая теория. Впервые

патогенный стрептококк был обнаружен при роже и раневой инфекции Т. Бильротом (1874), а при сепсисе — Л. Пастером и выделен Ф. Розенбахом (1884). Большое значение в изучении этиологической роли стрептококка имели работы Г. Н. Габрического (1905), приготовившего антистрептококковую вакцину для профилактики С, И. Г. Савченко (1905), получившего стрептококковый токсин, использованный позднее для создания антитоксической сыворотки, В. Шутца и В. Чарлтона (1918), описавших феномен гашения сыпи в месте введения этой сыворотки, а также супругов Г. Ф. и Г. Х. Дик (1923–1925), предложивших внутрикожную реакцию со стрептококковым токсином для определения чувствительности к С. В настоящее время возбудителем С считается бета-гемолитический стрептококк группы А по Лансфилд (1943) [9].

Параллельно велись исследования и по выделению вирусов. В 1911 г. Бернхардту с соавторами удалось вызвать скарлатиноподобное заболевание у обезьян путем введения фильтратов соскобов с языка и миндалин. Однако при проверочных исследованиях этот опыт, как и аналогичные позднейшие, не получили подтверждения. Выдвигалась также гипотеза о роли вирусно-стрептококковой ассоциации (в различных комбинациях) в этиологии С (Златогоров С. И., 1927; Бингель, 1949; Ное, 1950).

Большую роль в снижении летальности при С сыграло введение антибактериальной терапии — сульфаниламидных препаратов (Г. Домагк, 1935) и антибиотиков (А. Флеминг, 1929; Г. Флори и Э. Чейн, 1942).

Первые попытки выделить **краснуху** из группы «morbilli» были предприняты во 2-й половине XVI в. И. Инграссиасом и г. де Байю. Впрочем, некоторые авторы узнают Кр в болезни «хумак» арабоязычных врачей (Ар-Рази, Ибн Сины, Али Аббаса). Однако и в XVII в. под «gubeola» часто понимали самые различные кожные высыпания. Учение о специфичности Кр было сформулировано в середине XVIII в. де Бергеном и уроженцем Прибалтики А. И. Орловским. В то же время, противоположные взгляды имели в рассматриваемый период столь авторитетные авторы, как И. П. Франк, К. Гуфеланд, позднее Ф. Гебра. Известный терапевт И. Шенляйн рассматривал Кр как гибрид К и С. Подобное воззрение практически господствовало в 1-й половине XIX в. Лишь Вагнер в 1834 г. выступил за специфичность Кр, аргументируя свою позицию тем, что перенесенное заболевание не препятствует в дальнейшем заражению ни К, ни С и наоборот. В 1850–60-х гг. на эту тему велись довольно оживленные дискуссии, пока Л. Томас не описал в 1869 г. Кр как самостоятельное заболевание с чет-

ко очерченным симптомокомплексом, что и было окончательно зафиксировано Лондонским конгрессом в 1881 г. [1, 3, 15, 19].

В целом, Кр не находилась в центре внимания врачебного мира. До 1850 г. ей было посвящено лишь 22 научных работы. Новая волна интереса к Кр началась в середине XX в. с работы австралийского врача Н. Грегга (1941), доказавшего частую связь врожденных пороков развития детей с перенесенной в первые месяцы беременности Кр. В 1958 г. японский ученый И. Хиро и С. Тасака доказали вирусную этиологию заболевания, в 1962 г. вирус Кр был выделен П. Паркманом и Г. Мейером. На основе этого вируса М. Хилльманом была в 1969 г. получена первая живая ослабленная противокраснушная вакцина.

История *ветряной оспы*, естественно, тесно связана с историей оспы натуральной. Вопрос о разделении этих заболеваний был впервые поставлен итальянскими врачами В. Видиусом (1526) и И. Инграссиасом (1552) — они описали болезнь «cristalli». Г. Гезер, однако, видит ВО в той же болезни «хумак». В дальнейшем эпидемии ВО описывались под разными названиями Д. Зеннертом (1632), Цвингером (1712), Ф. Буассье де Соважем (1760) как особое детское заболевание или как разновидность оспы [19]. Утверждению ВО как болезни *sui generis* весьма способствовало распространение вариолации. Четкий дифференциальный диагноз обеих экзантем впервые дали В. Геберден (1767) и Р. Фогель (1772), предложивший термин «varicella». С этого момента началась долгая и упорная борьба между течениями унитаристов и дуалистов. Всего за XVII — 1-ю половину XIX в. ВО посвящена 21 работа [3].

После начала вакцинации ВО часто смешивали с вариолоидом, пока Томсон не описал последний как специфическую сыпь, появляющуюся при прививании оспы и совершенно отличающуюся от ВО. Впрочем, и он считал натуральную оспу, ВО и вариолоид тремя формами оспенной инфекции. Унитарная теория одержала победу к середине XIX в. благодаря авторитету венской дерматологической школы во главе с Ф. Геброй. Однако новые эпидемии оспы, и особенно их спад после введения обязательного оспопрививания, например в Германии, при сохранном уровне заболеваемости ВО (1870-е гг.) возбудили новые ожесточенные дискуссии, которые привели к победе дуалистов, но тем не закончились, ибо после появления белой оспы (аластрим) неоунитаристы (Сали, Йорге) в 1924 г. вновь поставили вопрос о едином семействе оспенных вирусов [11]. Важной вехой в изучении ВО явилось открытие Я. Бокаем (1888) ее эпидемиологической связи с опоясывающим лишаем. Вирусные тельца были обнаружены Арагао

(1911) и Е. Пашеном (1917, 1933). Культивирование возбудителя ВО в курином эмбрионе осуществлено Танигуши (1932–35) [1]. Вакцины против ветряной оспы были разработаны в середине 1970-х гг., рекомендованы к применению в отдельных странах с середины 1980-х годов и массово применяются с начала 1990-х годов.

Таким образом, проблема ДИЗ во все времена привлекала пристальное внимание ученых-медиков (зачастую крупнейших), причем не только педиатров. Большой вклад в ее изучение внесли такие корифеи, как Гиппократ, Ар-Рази, Г. де Байю, Т. Сайденхем, А. Труссо, Н. Ф. Филатов, Э. Беринг и др. ДИЗ посвящено значительное количество научных работ. В далеко не полном списке педиатрической литературы, изданной до 1850 г., Ф. Майсснера, по нашим подсчетам, труды, в названиях которых фигурируют ДИЗ, не считая глав в общих работах и руководствах, насчитывают 695 наименований, что составляет более 10% работ по педиатрии. Если же считать с оспой, тоже практически являвшейся тогда ДИЗ и включенной в указатель педиатрической литературы, то это число превысит 2800 наименований, или 42% [18].

Анализ полученных данных позволяет уверенно выделить в истории изучения ДИЗ *ряд основных этапов* с точки зрения степени отражения этой проблемы в медицинской литературе, преимущественного внимания ученых к той или иной стороне патологического процесса, сделанных открытий. Аналогичные попытки предпринимались в отечественной литературе в отношении отдельных ДИЗ — Д, К, однако они ограничивались фиксацией важнейших открытий (скажем, Е. Клебса-Ф. Леффлера, Э. Беринга и Г. Рамона) в качестве этапов изучения заболевания. Периодизация истории изучаемой группы заболеваний в целом не проводилась.

К первому этапу можно отнести период с момента первого появления ДИЗ в литературе до середины XVI в. Содержание данного этапа — это отрывочные упоминания о некоторых ДИЗ (ЭП, Д, К, Кр?, С?, ВО?) в трудах выдающихся врачей и исторических хрониках. Лучшее всех на этом этапе описана К — ей посвящен специальный классический трактат Ар-Рази, определивший устойчивый интерес к этому заболеванию на протяжении всего Средневековья и эпохи Возрождения. Остальные ДИЗ лишь с большей или меньшей натяжкой узнаваемы.

На втором этапе (2-я половина XVI в. — 1-я половина XIX в.) подъем заболеваемости ДИЗ обуславливает начало эмпирического изучения данной группы заболеваний. Многие из них при этом описываются впервые (Кк, Кр, С, ВО). В этот период

эпидемии все учащаются, и к концу его ДИЗ в большей или меньшей степени распространены в абсолютном большинстве стран мира, а в Европе становятся практически всеобщими. В немалом числе работ, созданных в жанре описания той или иной вспышки, уточняются клинические и эпидемиологические черты заболеваний; предлагаемое лечение слишком общо и довольно примитивно. Для этого этапа очень характерна размытость очертаний нозологических единиц, выливавшаяся в ожесточенные дискуссии о самостоятельности и единстве ряда ДИЗ, в которые вовлекались лучшие медицинские умы Европы. При этом даже такие выдающиеся ученые, как Р. Вирхов, Ф. Гебра, И. Шенляйн, нередко поддерживали своим авторитетом ошибочные представления. Изучение отдельных ДИЗ шло в это время неравномерно. Если К (и в несколько меньшей степени другие экзантемы) активно изучалась еще в XVII в., то основная масса работ о Кк и особенно Д падает на 1-ю половину XIX в. К концу описываемого этапа типичные клинические формы и частые осложнения ДИЗ, их основные эпидемиологические характеристики были известны врачам.

На третьем этапе (2-я половина XIX в. — 1-я половина XX в.) внимание ученых обращается прежде всего к проблеме этиопатогенеза ДИЗ. Именно в этот период были выделены возбудители заболеваний данной группы (прежде бактерии, затем вирусы), каковой процесс в большинстве случаев шел также очень негладко и изобиловал множеством ложных находок. Вскрылись и основные патогенетические составляющие заболеваний. Все это привело к прорыву в области лечения ряда ДИЗ, особенно Д; большое значение в снижении летальности имело также введение антибактериальной терапии. Уточняются в это время и детали клиники, эпидемиологии ДИЗ, их редкие осложнения и атипичные формы. Иногда это приводит к пересмотру сложившихся взглядов на то или иное заболевание (яркий пример — Кр).

Легко видеть, что изучение ДИЗ шло параллельно прогрессу медицинской науки в целом. В этом сравнительно небольшом разделе отражались многие знаменитые дискуссии (например, между сторонниками гуморальной и клеточной патологии) и открытия (Л. Пастера, А. Флеминга и др.); преимущественное внимание тем или иным сторонам патологического процесса уделялось в связи с достижениями крупных отраслей медицинской науки: клинической медицины в 1-й половине XIX в., патологической анатомии в середине века, бактериологии во 2-й половине столетия, иммунологии на рубеже веков, вирусологии и фармакологии во 2-й четверти XX в. и т. д.

В конце третьего периода внимание ученых все более обращается к способам профилактики. Большинство медиков осознает, что противоэпидемических мероприятий, разработанных на предыдущем этапе, недостаточно для решительного снижения заболеваемости ДИЗ, что эту проблему способна разрешить лишь вакцинация. Эпоха массовой вакцинации против ряда ДИЗ, сопровождающаяся резким падением заболеваемости, и составляет содержание четвертого этапа, переживаемого ныне. Здесь на первый план выходят помимо научных и организационные вопросы.

Нами, разумеется, намечена здесь только приблизительная схема истории ДИЗ. Распространение и изучение их происходило неравномерно, неодинакова и их значимость в истории человечества, однако четко прослеживаются общие черты, позволяющие не только с клинической, но и с исторической точки зрения объединять эти заболевания в одну группу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башенин В.А. Курс частной эпидемиологии. — Л., 1955. — 556 с.
2. Виноградов-Волжинский Д.В., Шаргородская В.А. Эпидемический паротит. — Л., 1976. — 128 с.
3. Гезер Г. История повальных болезней. — Т. 1–2. — СПб., 1867. — 735 с.
4. Доброхотова А.И. Корь и борьба с ней. — М., 1959. — 158 с.
5. Лихтшангоф А.З. История изучения дифтерии // Проблема человека: Гуманитарные аспекты, ч. 2. — СПб., 1998. — С. 33–37.
6. Лихтшангоф А.З. История изучения кори // Проблема человека: Гуманитарные аспекты. — СПб., 2001. — С. 33–35.
7. Лихтшангоф А.З. К истории изучения эпидемического паротита // Проблема человека: Гуманитарные аспекты, ч. II. — СПб., 2003. — С. 63–65.
8. Лихтшангоф А.З. Материалы к истории изучения коклюша // Проблема человека: Гуманитарные аспекты, ч. VI. — СПб., 2005. — С. 60–64.
9. Лихтшангоф А.З. Материалы к истории скарлатины и ее изучения // Хранитель традиций и истории российской медицины. — СПб., 2012. — С. 134–137.
10. Носов С.Д., ред. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М., 1980. — 600 с.
11. Стукс Г.Г. Ветряная оспа. — М., 1958. — 60 с.
12. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Вакцинопрофилактика: настоящее и будущее. — М., 2001. — 400 с.
13. Юминова Н.В. Вакцинопрофилактика кори, эпидемического паротита и краснухи: двойной эффект // Вакцинация. — 2008. — № 1–2 (52). — С. 5–7.
14. Bohn H. Scharlach // Handbuch der Kinderkrankheiten. — Tübingen, 1877. — Bd. 2 — S. 252–294.
15. Emminghaus H. Röteln // Handbuch der Kinderkrankheiten. — Tübingen, 1877. — Bd.1 — S.334–356.
16. Hansen F. Keuchhusten // Handbuch der Kinderheilkunde. — Berlin–Heidelberg–New York, 1971. — S. 368–387.
17. Hirsch A. Geschichte der historisch-geographischen Pathologie. — Bd. 1–3. — Stuttgart: Enke, 1881–86. — 1920 S.
18. Meissner F.L. Grundlage der Literatur der Pädiatrie. — Leipzig, 1850. — 262 S.
19. Peiper A. Chronik der Kinderheilkunde. — Stuttgart: Thieme, 1992. — 732 S.

MAIN STAGES OF STUDYING CHILDHOOD INFECTIOUS DISEASES

Likhtshangof A.Z.

◆ **Resume.** The article deals with the history of studying the most common childhood specific infectious diseases: measles, diphtheria, whooping cough, scarlet fever, mumps, chickenpox, and rubella. Similarities are clearly observed in the history of their study, so it was possible to distinguish four main phases according to reflection of the problem in medical literature, mainly scientists' attention to one or another side of the pathological process, the discoveries made. 1) Since the first appearance of childhood infectious diseases in the medical literature until the mid XVI century: fragmentary references in the doctors' writings and historical chronicles. 2) Mid XVI century – mid XIX century: due to a rise of the diseases incidence their empirical study started, many of them were described for the first time. While describing epidemics clinical and epidemiological features of diseases were specified. 3) Mid XIX century – mid XX century: the ethiopathogenesis of childhood infectious diseases was studied, their agents were found. These discoveries led to a break-through in the treatment (serums, antibacterials). 4) Period of mass vaccination against most childhood infectious diseases.

◆ **Key words:** history of pediatrics; childhood infectious diseases; measles; diphtheria; whooping cough; scarlet fever; mumps; chickenpox; rubella.

◆ Информация об авторе

Лихтшангоф Александр Зиновьевич — канд. мед. наук, доцент, профессор, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики. ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: zinovich@list.ru.

Likhtshangof Alexander Zinovievich — MD, PhD, Associate Professor, Department of Medical Humanities and Bioethics. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: zinovich@list.ru.