

Безмолвные свидетели подвига врачей Ленинградского педиатрического медицинского института в годы блокады

З.В. Давыдова[✉], zлата.davydova@rambler.ru, **Е.Ю. Калинина, Н.М. Аничков, Е.А. Галахова, О.Л. Красногорских, Р.А. Насыров**
Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Резюме

В год 80-летия Победы в Великой Отечественной войне мы вспоминаем подвиг медицинских работников блокадного Ленинграда – мужественных, стойких и отважных людей. В истории войн большие города не выдерживали осаду, они или сдавались, или вымирали в связи с эпидемиями. Но Ленинград жил, работал, сражался. И вместе с родным городом сотрудники Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ) – врачи, медицинские сестры, лаборанты, санитарки работали в экстремальных условиях, а студенты продолжали обучение в холодных аудиториях без электричества, при этом многие из них находились в состоянии алиментарной дистрофии. В данной статье мы обратимся к уникальным материалам, которые хранятся в архиве кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины имени профессора Д.Д. Лохова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета: к протоколам патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий, изложенных в журналах Клинической больницы Ленинградского государственного педиатрического медицинского института за период с 8 сентября 1941 г. по 27 января 1944 г. Протоколы вскрытий – это летопись страшной Ленинградской блокады, наиболее тяжелой, массовой и долговременной экстремальной ситуации, которую когда-либо переживали люди в современной истории. Результатом работы прозектора всегда является сформулированный окончательный диагноз. В тяжелые годы блокады, когда вследствие недоедания, как количественного, так и качественного, переохлаждения, переутомления и психических травм, происходило изменение течения многих, в том числе и опасных, заболеваний, замедление процессов регенерации при ранениях, имела место атипичная клиническая картина острых инфекций. Правильность диагностики позволила не допустить распространение инфекций, лечить различные заболевания в условиях алиментарной дистрофии, авитаминоза. Пристальное внимание прозекторов было направлено на выявление признаков особо опасных инфекций.

Ключевые слова: Ленинград, Великая Отечественная война, блокада, дистрофия, инфекция, цинга

Для цитирования: Давыдова ЗВ, Калинина ЕЮ, Аничков НМ, Галахова ЕА, Красногорских ОЛ, Насыров РА. Безмолвные свидетели подвига врачей Ленинградского педиатрического медицинского института в годы блокады. *Медицинский совет.* 2025;19(11):18–25. <https://doi.org/10.21518/ms2025-283>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Silent witnesses of the feat of doctors of the Leningrad pediatric medical institute during the blockade

Zlata V. Davydova[✉], zлата.davydova@rambler.ru, **Elena Yu. Kalinina, Nikolai M. Anichkov, Catherine A. Galakhova, Olga L. Krasnogorskikh, Ruslan A. Nasyrov**

St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia

Abstract

In the year of the 80th anniversary of the Victory in the Great Patriotic War, we remember the feat of medical workers of besieged Leningrad – courageous, steadfast and brave people. In the history of wars, large cities did not withstand the siege, they either surrendered or died out due to epidemics. But Leningrad lived, worked, fought. And together with their hometown, the employees of the Leningrad Pediatric Medical Institute (LPMI) – doctors, nurses, lab technicians, orderlies worked in extreme conditions, and students continued their studies in cold classrooms without electricity, while many of them were in a state of alimentary dystrophy. In this article, we will turn to unique materials that are stored in the archive of the Department of Pathological Anatomy with a course of forensic medicine named after prof. D.D. Lokhova of the Saint Petersburg State Pediatric Medical University – protocols of pathological anatomical and forensic autopsies, set out in the journals of the “Clinical Hospital of the Leningrad State Pediatric Medical Institute” for the period from September 8, 1941 to January 27, 1944. The autopsy protocols are a chronicle of the terrible Leningrad blockade – the most severe, massive and long-term extreme situation that people have ever experienced in modern history. The result of the prosector’s work is always a formulated final diagnosis. During the difficult years of the blockade, when due to malnutrition, both quantitative and qualitative, hypothermia, fatigue and mental trauma, there was a change in the course of many, including dangerous diseases, a slowdown in regeneration processes in wounds, an atypical clinical picture of acute infections took place. The correctness of diagnostics allowed to prevent the spread of infections, to treat various diseases in conditions of alimentary dystrophy, avitaminosis. Particularly close attention of the prosectors was directed to identifying signs of especially dangerous infections.

Keywords: Leningrad, Great Patriotic War, blockade, dystrophy, infection, scurvy

For citation: Davydova ZV, Kalinina EYu, Anichkov NM, Galakhova CA, Krasnogorskikh OL, Nasyrov RA. Silent witnesses of the feat of doctors of the Leningrad pediatric medical institute during the blockade. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(11):18–25. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-283>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

«НИКТО НЕ ЗАБЫТ, И НИЧТО НЕ ЗАБЫТО»

Прошло 80 лет со дня окончания Великой Отечественной войны. О блокаде Ленинграда, о героических защитниках невольной твердыни, о «наемном убийце» фашистов – блокадном голоде существует обширная документальная литература. В этой статье нам хочется рассказать о том, как трудились прозекторы – врачи-патологоанатомы и судебные медики клинической больницы Ленинградского государственного педиатрического медицинского института в годы блокады. Замкнув кольцо блокады, фашисты четко определили ее задачи. Директива от 29 сентября 1941 г. № 1-а 1601-4 (ставка Гитлера): «...Петербург должен быть стерт с лица земли. После поражения Советской России нет никакого интереса для существования этого населенного пункта. Капитуляция этого населенного пункта, а позже Москвы, не должна быть принята даже в случае, если она была бы предложена противником». Не менее циничны слова немецкого «гуманиста», директора Мюнхенского института питания: «Ленинградцы сами умрут, только не надо выпускать ни одного человека через линию фронта. Пускай их там останется как можно больше, тогда они быстрее умрут, и мы войдем в город свободно, не потеряв ни одного солдата».

13 сентября 1941 г. командир, вошедшей в Петергоф, 1-й дивизии вермахта генерал-майор Ф. Клеффель в своем приказе подчеркнул, что именно голод будет важнейшим средством достижения поставленной цели: «Перед дивизией – новый участок фронта: окружение Петербурга с миллионами жителей. Мы будем обходиться с ним как с крепостью и голодом заставим его сдаться. Эта борьба требует, чтобы у нас не появилось ни малейшей жалости к голодающему населению, даже к женщинам и детям. Эти женщины и дети являются русскими, которые, где это только было возможно, совершали жестокие преступления в отношении наших товарищей. Поэтому я приказываю, чтобы ни один русский солдат и ни одно гражданское лицо, будь то мужчина, женщина или ребенок, не были пропущены через наш фронт. Их следует держать на расстоянии огнем наших частей, находящихся на передовой, а если они все же прорвутся – расстреливать. Каждый солдат дивизии должен быть подробно проинформирован об этом» [1].

С целью быстрее выполнения приказа – захвата города и уничтожения его населения – с чисто немецкой пунктуальностью был развязан «огненный террор». Десятки тысяч снарядов, фугасных и зажигательных бомб обрушилось на мирных жителей города. Среднесуточная продолжительность артиллерийских обстрелов от 3 до 9 часов.

С ноября 1941 г. начался голод. Бомбардировки и артобстрелы разрушили городские коммуникации. В городе

не стало элементарных коммунальных удобств: отсутствовали отопление, водопроводная вода, канализация, остановился городской транспорт.

С ноября 1941 г. установились ранние морозы. Экстремальный холод приводил к обморожениям. Таким образом, жители Ленинграда, включая детей и стариков, подверглись воздействию экстремальных факторов: массовое психоэмоциональное напряжение, развитие алиментарной дистрофии, переохлаждение и обморожение. Любая из этих форм поражения человеческого организма могла оказаться смертельной. Уничтожить жителей Ленинграда гитлеровские захватчики намеревались не только обстрелами, голодом, но и инфекционными болезнями, которые по расчетам врага неизбежно должны были вспыхнуть сначала среди населения, а затем перекинуться на войска, оборонявшие город. Поэтому Гитлер предписал после взятия Ленинграда немедленно уничтожить всех оставшихся жителей, а город взорвать, чтобы не распространялась дальше зараза, в появлении которой фашистские главарь были убеждены.

Уникальным, не имеющим аналогов в мировой истории, является факт предотвращения массовых эпидемий на протяжении 3-летнего периода в крупном городе, лишенном водопровода, канализации и отопления, с учетом предельно низкого иммунитета у истощенных тяжелейшим голодом и непрерывным стрессом людей. Были приняты беспрецедентные меры по предупреждению инфекционных заболеваний. В истории человечества Ленинград останется в памяти потомков единственным городом, в котором при фатальном сочетании неблагоприятных факторов не было эпидемий. О несбывшихся надеждах на развитие эпидемий в заблокированном городе откровенно сказал взятый в плен немецкий врач-эпидемиолог: «В начале войны мы были уверены, что половина населения Ленинграда вымрет от эпидемий, а вторую добьют голод, снаряды и бомбы. Мы очень надеялись на сыпной тиф и кишечные инфекции. Наше настроение стало портиться с лета 1942 года. Блокада себя не оправдала, а голод кончился».

Ни на один день не прекращалась работа клинической больницы Ленинградского педиатрического медицинского института. Педиатрический институт на немецкой карте обстрелов значился как объект № 708 – специальная мишень, подлежащая уничтожению. Детскую больницу обстреливали по 8–10 раз в сутки, однако, благодаря заботе персонала, никто из маленьких пациентов не погиб от бомбежек – детей прятали в подвалах. Во время войны были развернуты госпитали для детей, для больных и раненых воинов, а также для гражданского населения. Институт не эвакуировали – здесь продолжали лечить детей, обучать будущих врачей, разрабатывать методы лечения

алиментарной дистрофии и других заболеваний, детское питание на основе заменителей молока, методы профилактики инфекций [2].

Производились и вскрытия. Результатом работы прозектора всегда является установление диагноза. В тяжелые годы блокады, когда вследствие недоедания, как количественного, так и качественного, переохлаждения, переутомления и психических травм происходило изменение течения многих, в том числе и опасных, заболеваний, замедление процессов регенерации при ранениях, имела место атипичная клиническая картина острых инфекций. Правильность диагностики позволила не допустить распространение инфекций, лечить различные заболевания в условиях алиментарной дистрофии [3].

Штат кафедры судебной медицины Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ) до Великой Отечественной войны 1941 г. состоял из заведующего – профессора Александра Герасимовича Леонтьева, ассистентов А.П. Осиповой-Райской, Е.Т. Боковой, лаборанта Р.Ф. Боярчука. В 1942 г. часть студентов и сотрудников кафедры были эвакуированы из блокадного Ленинграда в Сталинабад (с 1961 г. Душанбе), где А.Г. Леонтьев организовал кафедру судебной медицины и заведовал ею до снятия Ленинградской блокады в 1944 г. С марта 1942 г. до июня 1944 г. временно исполняла обязанности заведующей кафедрой судебной медицины ЛПМИ Екатерина Тихоновна Бокова. Более того, весь период Великой Отечественной войны Екатерина Тихоновна руководила «Судебно-медицинской экспертной службой ЛГЗО» (так называлось БСМЭ в то время). Она окончила 1-й Ленинградский медицинский институт только в 1936 г., и, критично относясь к своей экспертной подготовке, Екатерина Тихоновна по совместительству работала рядовым районным судебно-медицинским экспертом. К началу Великой Отечественной войны ее экспертный опыт составлял около 5 лет, а стаж руководителя – три с половиной года. С 1941 года Е.Т. Бокова совмещала практическую работу с преподавательской деятельностью на кафедре судебной медицины ЛПМИ. Е.Т. Бокова смогла обеспечить экспертную работу в тяжелых условиях фронтального города, ее рукой написаны все приказы по СМЭЛ военного времени [4]. Умело совмещая руководство службой в очень сложное время, кафедрой, Е.Т. Бокова проводила вскрытия в прозекторской ЛПМИ. Вместе с ней работал и врач-патологоанатом кафедры патологической анатомии ЛПМИ доцент Яков Хаймович Ланда.

В годы Великой Отечественной войны большая часть коллектива кафедры патологической анатомии ЛПМИ была эвакуирована. Некоторые сотрудники кафедры (П.А. Максименко, В.А. Коленецкая) ушли на фронт. В Ленинграде из преподавателей остался лишь доцент Яков Хаймович Ланда. Он и возглавил небольшой коллектив кафедры и патологоанатомического отделения Клинической больницы ЛПМИ. Яков Хаймович Ланда был человеком высочайшей эрудиции и редкой скромности, он был безотказен в оказании помощи клиницистам, благодаря этому четверо врачей смогли подготовить и защитить кандидатские диссертации в период блокады.

Занятия в то время проводились в условиях совершенно не отапливаемых помещений. Работать приходилось в ватниках, пальто, студенты тоже не снимали верхней одежды. Согреться на короткое время можно было только у единственной печки-буржуйки, дрова для которой приходилось пилить в подвальном помещении самим же преподавателям.

АНАЛИЗ АРХИВНЫХ ДАННЫХ

При написании этой статьи мы обратились к бесценным архивным материалам, сохранившимся на нашей кафедре, – протоколам патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий, изложенных в журналах Клинической больницы Ленинградского государственного педиатрического медицинского института за период с 8 сентября 1941 г. по 27 января 1944 г. Нами было изучено и проанализировано 2367 протоколов.

Сравнительный анализ распространенности причин смерти у детей разного возраста проводился с применением точного критерия Фишера для таблиц сопряженности признаков 13×4 (у детей от 0 до 3 лет) и 9×4 (у детей от 4 до 11 и 12–17 лет) в разные годы с вычислением доли той или иной причины смерти. Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$. Вычисления производились с применением встроенных функций Excel из прикладного пакета Microsoft Office 2010 и алгоритма статистической обработки данных StatXact-8 с программной оболочкой Cytel Studio version 8.0.0. Все данные представлены в виде средних значений доли причины смерти и указаны верхняя и нижняя граница 96% доверительного интервала.

В годы блокады количество вскрытий в ЛПМИ было значительно меньшим (в 1941-м – 380; 1942-м – 724, 1943-м – 864, 1944-м – 163), чем в предвоенные годы (в 1939-м – 1868, 1940-м – 2366), но, как и в мирное время, секционный материал подвергался гистологической обработке, бактериологическому и вирусологическому исследованиям. Всего за период 1941–1944 гг. было исследовано 2113 трупов детей (табл. 1).

Все годы войны и блокады в ЛПМИ работали акушерская клиника и отделение для новорожденных и недоношенных детей. Зимой 1941–1942 гг. возросла общая смертность новорожденных, достигшая 35–37%. Подробную клинико-статистическую характеристику новорожденных периода блокады Ленинграда дал профессор кафедры госпитальной педиатрии А.Н. Антонов. Он писал: «В период особенно глубокого голодания (1-е полугодие 1942 г.) число мертворождений повысилось более чем вдвое против обычного (до 5,6%), число детей, родившихся недоношенными, достигло небывало высоких цифр (41,2%). Число доношенных детей с большим весом при рождении резко снизилось, и, наоборот, резко увеличилось число маловесных детей. Физиологическое падение в весе продолжалось дольше обычного, и величина средней потери веса была больше обычной. Заболеваемость новорожденных детей в этом периоде была необычно высока (32,3%), что отчасти должно быть поставлено в связь с их низкой жизнеспособностью» [2].

- **Таблица 1.** Распространенность причин смерти детей от 0 до 3 лет за период с 1941 по 1944 г. (по материалам протоколов патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий)
- **Table 1.** Prevalence of causes of death of children aged 0 to 3 years for the period from 1941 to 1944 (based on the protocols of pathological anatomical and forensic autopsies)

Причины смерти	Годы			
	1941	1942	1943	1944
Мертворожденные	0,57 (0,48; 0,66)	0,41 (0,34; 0,47)	0,55 (0,49; 0,61)	0,42 (0,25; 0,59)
Недоношенность	0,02 (0,004 ; 0,06)	0,04 (0,02; 0,07)	0,02 (0,01; 0,05)	0,04 (0,004 ; 0,15)
Истощение	0,06 (0,02; 0,11)	0,17 (0,12; 0,22)	0,07 (0,04; 0,11)	0,13 (0,04; 0,27)
Заболевания органов ЖКТ	0,10 (0,05; 0,16)	0,15 (0,11; 0,20)	0,13 (0,10; 0,18)	0,14 (0,05; 0,29)
Заболевания органов ДС	0,08 (0,04; 0,14)	0,09 (0,06; 0,14)	0,12 (0,08; 0,16)	0,07 (0,01; 0,20)
Врожденные заболевания	0,08 (0,04; 0,14)	0,05 (0,03; 0,08)	0,05 (0,02; 0,08)	0,10 (0,03; 0,23)
Родовая травма	0,02 (0,004; 0,06)	0,01 (0,001; 0,02)	0 (0; 0,02)	0,04 (0,004; 0,15)
Инфекционные заболевания	0,07 (0,03; 0,12)	0,08 (0,05; 0,12)	0,06 (0,03; 0,09)	0,07 (0,01; 0,20)
Заболевания костно-мышечной системы	0 (0; 0,02)	0 (0,00; 0,01)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,08)
Онкологические заболевания	0 (0; 0,02)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,08)
Заболевания органов ССС	0 (0; 0,02)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,08)
Авитаминоз	0 (0; 0,02)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,08)
Огнестрельная травма	0 (0; 0,02)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,01)	0 (0; 0,08)

Примечание: $p = 7,23 \times 10^{-9}$; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; ДС – дыхательная система; ССС – сердечно-сосудистая система. Представлены значения для 96% ДИ.

По данным А.Ф. Тура, в довоенное время количество недоношенных детей в Ленинграде не превышало 9–10% по отношению ко всем живым новорожденным, в январе 1942 г. число недоношенных детей достигло 40,8%; в марте – 62%; в IV квартале 1942 г. – 20,0%; в декабре 1943 г. – 17,0%, в 1-м полугодии 1944 г. – 11,8% [5]. Результаты нашего исследования показали, что ведущими причинами смерти новорожденных являлись недоношенность (более 40%), истощение (26%), родовая травма (15%). Заведующий кафедрой акушерства ЛПМИ И.И. Богоров отмечал: «Мы теряли более одной трети родившихся младенцев; это, конечно, было очень чувствительным при чрезвычайной ограниченности числа родившихся тогда детей» [6]. Высокий показатель объясняли, главным образом, большим процентом недоношенных детей. В то же время во всех группах новорожденных наблюдалась более высокая смертность по сравнению с мирным временем. Так, среди недоношенных умирало в среднем до 50% детей (до войны – не более 22–26%), среди доношенных – 12% (до войны – не более 1,5–2%).

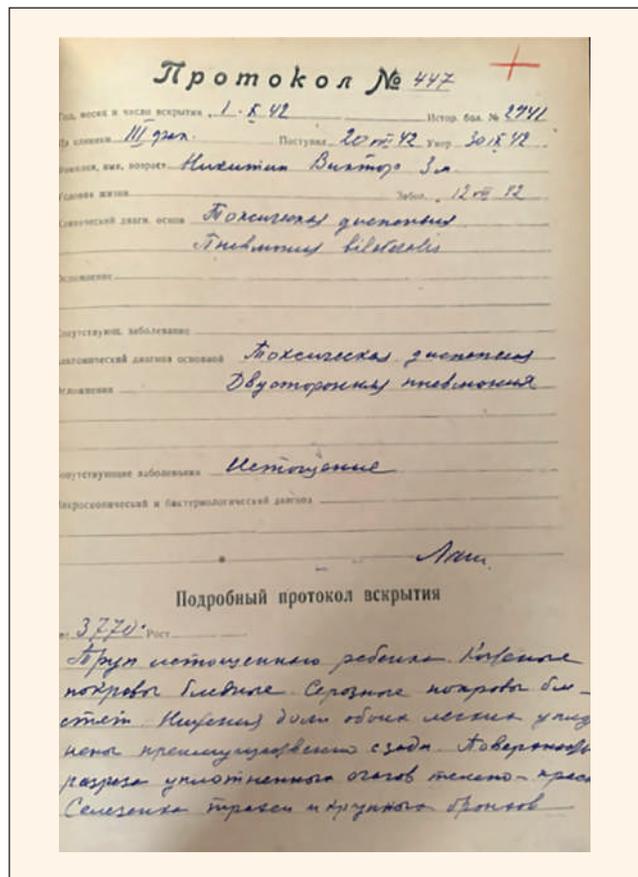
Неблагоприятные условия жизни в осажденном городе не могли не отразиться на показателях смертности детей первого года жизни (581 случай). После небольшого снижения смертности детей 1-го года жизни (78 случаев в 1941 г.), обусловленного массовой эвакуацией, уже с октября 1941 г. отмечался значительный рост числа умерших младенцев (210 случаев в 1942 г. и 257 в 1943 г.). Ведущей причиной смерти детей 1-го года жизни явилось истощение. На рис. 1 представлен протокол вскрытия: «Подобный протокол вскрытия. Вес 3770 гр. Труп истощенного ребенка. Кожные покровы бледные. Серозные покровы

блестят. Нижние доли обоих легких уплощены преимущественно сзади. Поверхность разреза уплотненных очагов темно-красная. Слизистые трахеи и крупных бронхов....».

Но не только от алиментарной дистрофии умирали ленинградские дети. К 1943 г. сформировалась следующая структура причин смерти малышей в возрасте до 3 лет, проходивших лечение в клинике Педиатрического института: истощение – 28%, заболевания органов желудочно-кишечного тракта (энтероколиты, токсическая диспепсия) – 22%, бронхиты и пневмонии составляли до 21%, детские инфекции – 14% (табл. 1). Результаты нашего исследования и данные других авторов [7] показывают, что резко снизилась заболеваемость краснухой, ветрянкой, капельными и летучими инфекциями, хотя, учитывая снижение иммунитета у истощенных детей и условия блокадной жизни, можно было предположить резкое увеличение острых инфекционных болезней (ОИБ) (табл. 2, 3). Но эпидемиологическая ситуация, связанная с заболеваемостью дифтерией, имела крайне неблагоприятный характер. Преобладали токсические и токсико-геморрагические формы, часто развивались осложнения (миокардиты, полиневриты), наблюдалось тяжелое течение, присутствовал очень высокий процент досуточной летальности (более 35% детей, погибших от дифтерии, находились в больнице менее суток).

С осени 1941 г. среди больных лечебных учреждений заметно увеличилось число школьников и подростков. В конце ноября и в декабре 1941 г. у населения города из-за нехватки продовольствия наблюдалось развитие дистрофических состояний, и появились массовые случаи заболевания алиментарной дистрофией, которая

- **Рисунок 1.** Протокол вскрытия ребенка, умершего в возрасте 3 месяцев. Диагноз «Токсическая диспепсия. Двусторонняя пневмония». Врач Ланда Я.Х.
- **Figure 1.** Autopsy report of a child who died at the age of 3 months. Diagnosis: "Toxic dyspepsia. Bilateral pneumonia". Doctor Landa Ya.Kh.



встречалась чаще у детей. Блокадной зимой 1941–1942 гг. эти дети оказались в особенно неблагоприятных условиях жизни, поскольку имели недостаточный пищевой паек, получая продовольственные карточки по социальной группе иждивенцев, а в начале блокадных месяцев не были охвачены системой общественного питания [8]. В этот период часто наблюдали присоединение к дистрофическому состоянию острых желудочно-кишечных расстройств (табл. 2, 3). Среди дистрофических диарей выделяли группу с характерным слизистым гемоколитом. И хотя течение этих заболеваний было относительно легким, они нередко заканчивались летально. Вопрос о природе этих диарей долгое время оставался невыясненным. По мнению многих врачей, причиной диарей при истощении являлось нарушение моторной (функциональной) деятельности желудочно-кишечного тракта.

Цинга (скорбут) была выявлена у 2/3 ленинградских детей блокадного времени [9]. Необходимо отметить, что в период тяжелейшего голода цинга на вскрытии не выявлялась, авитаминоз появился позже: у истощенных, страдающих затяжной диареей (в нашем исследовании максимальное количество больных приходится на 1943 г., это дети в возрасте 12–17 лет). К общим ранним клиническим проявлениям цинги относится повышенная возбудимость,

раздражительность, бессонница. Проявления цинги у истощенных были выражены слабо. Главным ее проявлением являлись точечные кровоизлияния на коже конечностей, живота, туловища, на слизистых оболочках. На рис. 2 представлен протокол вскрытия девочки, 14 лет:

«Протокол №133. Врач Ланда Я.Х.

Год, месяц и число вскрытия: 30/IV-42 г. История болезни №1744.

Из клиники: I Хир. ст. Поступил: 24/IV-42 г. Умер: 28/IV-42 г. Фамилия, имя, возраст: Васильева Евгения, 14 лет.

Условия жизни: из распределителя. Забол.: без сведений.

Клинический диагноз. Основной: Дистрофия III. Цинга. Пиодермия.

Осложнение: Флегмона правого плеча.

Сопутствующее заболевание: Малярия. Афтозный стоматит.

Анатомический диагноз основной: Истощение.

Осложнения: Скорбут. Геморрагический диатез. Флегмона правого плеча. Отеки.

Сопутствующие заболевания: Малярия.

Подробный протокол вскрытия.

Труп истощенной девочки. На коже брюшной стенки точечные кровоизлияния. Нижние конечности отечны. В области верхней трети правого плеча с внутренней стороны дефект кожи и мягких тканей овальной формы размерами 10 x 6 см, дно и края дефекта покрыты гнойными массами; глубина дефекта до 5 см в области подмышечной ямки. Правое лёгкое лежит свободно. Нижняя доля левого лёгкого сращена с пристеночной плеврой. Слизистая трахеи и крупных бронхов блестящая. Правое лёгкое воздушное, пушистое. В нижней доле левого лёгкого большой очаг уплотнения ткани. Поверхность разреза его мелкозернистого вида, отделяет гноевидные массы. Мышца сердца бледно-красная, блестящая, клапаны без особенностей. Слизистая желудка и кишечника бледно-розовая, блестящая. Печень обычного вида, красно-бурого цвета. Селезёнка маленькая, умеренной плотности; поверхность разреза тёмно-красная. Поверхность почек гладкая бледно-серого цвета; ткань плотная, рисунок ясный. Череп не вскрыт».

Нередко обнаруживались следы кровоизлияний в виде очаговой точечной пигментации кожи или же пигментации в виде полос на передней поверхности голени. С цингой связан геморрагический характер пневмоний, плевритов, полисерозитов. Под влиянием цинги замедлялось заживление ран, краевая эпителизация развивалась с опозданием. Отмечалось замедление сращения переломов костей. В блокаду Ленинграда имела место полигипоавитаминозная болезнь с более яркой картиной одного из авитаминозов, но основной причиной авитаминозов был голод.

Патология детей существенно менялась в разные периоды блокады, и педиатры тщательно отслеживали эти изменения. Так, в 1941–1942 гг. в наиболее тяжелый период целый ряд болезней стал большой редкостью, например, дети почти не болели крупозной пневмонией, ревматизмом, ангинами, скарлатиной, острым нефритом, бронхиальной астмой, т.е. заболеваниями, в патогенезе

- **Таблица 2.** Распространенность причин смерти детей от 4 до 11 лет за период с 1941 по 1944 г. (по материалам протоколов патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий)
- **Table 2.** Prevalence of causes of death of children aged 4 to 11 years for the period from 1941 to 1944 (based on the protocols of pathological anatomical and forensic autopsies)

Причины смерти	Годы			
	1941	1942	1943	1944
Истощение	0,02 (0,0001; 0,12)	0,10 (0,05; 0,18)	0,31 (0,23; 0,41)	0,05 (0,003; 0,20)
Заболевания органов ЖКТ	0,33 (0,18; 0,52)	0,23 (0,15; 0,34)	0,14 (0,08; 0,22)	0,12 (0,03; 0,30)
Заболевания органов ДС	0,08 (0,02; 0,22)	0,23 (0,15; 0,34)	0,20 (0,13; 0,29)	0,12 (0,03; 0,30)
Инфекционные заболевания	0,30 (0,15; 0,48)	0,21 (0,13; 0,31)	0,16 (0,09; 0,24)	0,30 (0,14; 0,52)
Заболевания костно-мышечной системы	0,08 (0,02; 0,22)	0,05 (0,01; 0,11)	0,03 (0,01; 0,08)	0,14 (0,04; 0,33)
Онкологические заболевания	0,08 (0,02; 0,22)	0,07 (0,03; 0,15)	0,11 (0,06; 0,18)	0,09 (0,02; 0,28)
Заболевания органов ССС	0,10 (0,03; 0,25)	0,10 (0,05; 0,18)	0,06 (0,02; 0,11)	0,19 (0,06; 0,38)
Авитаминоз	0 (0; 0,09)	0 (0; 0,04)	0 (0; 0,03)	0 (0; 0,12)
Огнестрельная травма	0 (0; 0,09)	0,01 (0,00004; 0,05)	0 (0; 0,03)	0 (0; 0,12)

Примечание: $p = 1,44 \times 10^{-8}$. ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; ДС – дыхательная система; ССС – сердечно-сосудистая система. Представлены значения для 96% ДИ.

- **Таблица 3.** Распространенность причин смерти детей от 12 до 17 лет за период с 1941 по 1944 г. (по материалам протоколов патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий)
- **Table 3.** Prevalence of causes of death of children aged 12 to 17 years for the period from 1941 to 1944 (based on the protocols of pathological anatomical and forensic autopsies)

Причины смерти	Годы			
	1941	1942	1943	1944
Истощение	0,03 (0,002; 0,15)	0,13 (0,05; 0,25)	0,08 (0,02; 0,19)	0,02 (0,00; 0,15)
Заболевания органов ЖКТ	0,36 (0,20; 0,54)	0,25 (0,13; 0,40)	0,26 (0,14; 0,39)	0,21 (0,08; 0,40)
Заболевания органов ДС	0,34 (0,18; 0,53)	0,34 (0,21; 0,49)	0,23 (0,12; 0,37)	0,42 (0,23; 0,62)
Инфекционные заболевания	0,17 (0,07; 0,34)	0,13 (0,05; 0,25)	0,12 (0,05; 0,24)	0,15 (0,05; 0,33)
Заболевания костно-мышечной системы	0 (0; 0,09)	0 (0; 0,07)	0 (0; 0,06)	0 (0; 0,11)
Онкологические заболевания	0 (0; 0,09)	0 (0; 0,07)	0 (0; 0,06)	0,00 (0,00; 0,11)
Заболевания органов ССС	0,08 (0,02; 0,23)	0,10 (0,03; 0,22)	0,08 (0,02; 0,19)	0,08 (0,01; 0,25)
Авитаминоз	0 (0,00; 0,09)	0,05 (0,01; 0,15)	0,22 (0,12; 0,36)	0,13 (0,03; 0,30)
Огнестрельная травма	0,02 (0,00; 0,12)	0,01 (0,00; 0,09)	0,01 (0,0001; 0,08)	0 (0; 0,11)

Примечание: $p = 0,01343$; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; ДС – дыхательная система; ССС – сердечно-сосудистая система. Представлены значения для 96% ДИ.

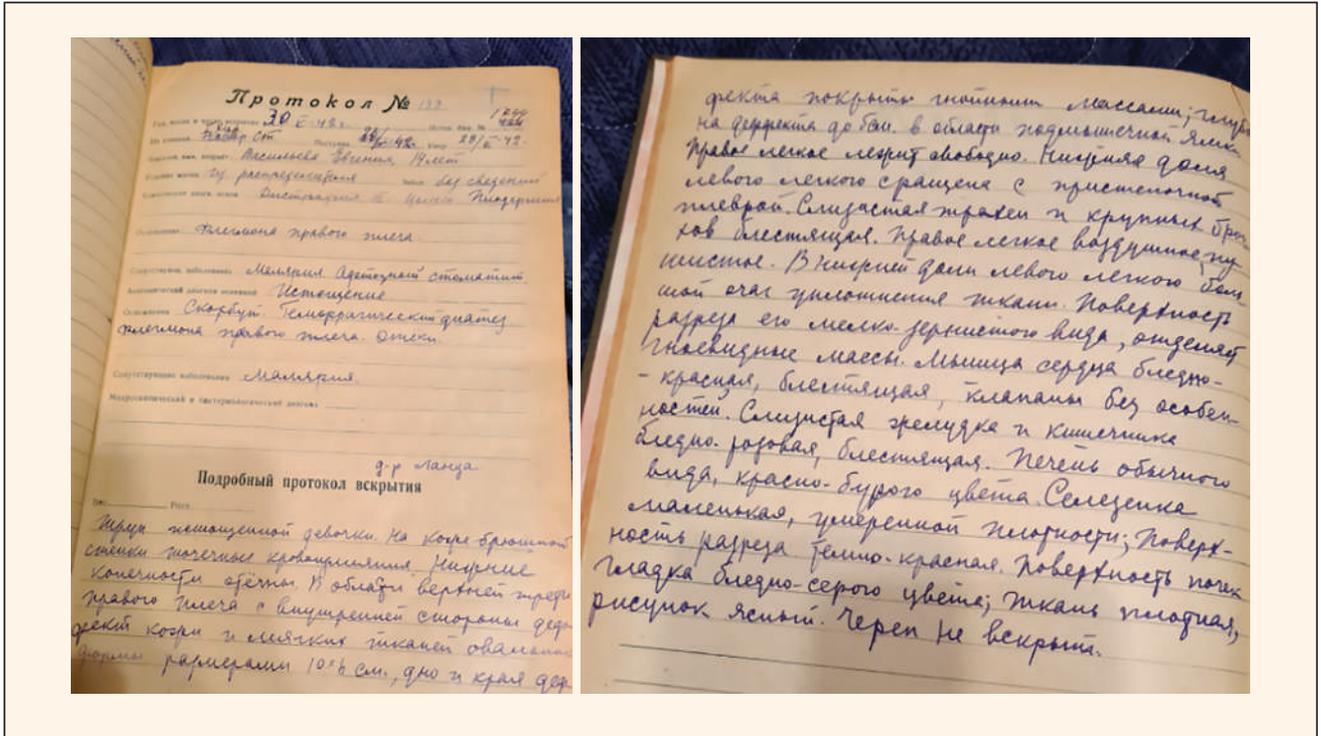
которых решающая роль принадлежит повышенной реактивности организма. Кроме того, педиатры отмечали значительные изменения в самом течении некоторых заболеваний: в то время как одни болезни приняли более доброкачественный характер (та же скарлатина), другие протекали весьма тяжело. Изменился характер дизентерии: исчезли острые токсические формы – стали доминировать затяжные со скудными клиническими проявлениями, которые, однако, неблагоприятно влияли на течение и исход алиментарной дистрофии.

Но одно из первых мест среди заболеваний, отличавшихся особенно тяжелым течением в этот период, занял туберкулез. Основной отличительной чертой блокадного туберкулеза является лимфо- и гематогенное распространение инфекции, а также экссудативный характер воспаления. Одним из характерных проявлений блокадного

туберкулеза является частое поражение лимфатических узлов. Наиболее часто поражались узлы ворот легкого, реже средостения, забрюшинные, подмышечные. Лимфатические узлы имели вид крупных опухолевидных образований, которые на разрезе представляли сплошной казеозный некроз. Другим характерным проявлением блокадного туберкулеза явилось частое вовлечение в патологический процесс серозных покровов, в частности, плевры. Третьей особенностью блокадного туберкулеза считают частую гематогенную генерализацию в виде острейшего туберкулезного сепсиса [10].

В прозекторской производили исследование трупов и взрослых (всего 136 случаев): пациенты попадали с ранениями (8 случаев огнестрельно-взрывной травмы), умирали беременные и роженицы (11 случаев), были отравления (1 случай), истощения (27 случаев), авитаминозы

- Рисунок 2. Протокол вскрытия девочки 14 лет
- Figure 2. Autopsy report of a 14-year-old girl



(15 случаев), заболевания органов дыхательной системы (16 случаев), сердечно-сосудистой системы (21 случай), желудочно-кишечного тракта (16 случаев), онкологические заболевания (10 случаев), инфекционная патология (9 случаев).

Госпитализировали в клинику и оказывали помощь пострадавшим с огнестрельной травмой. В исследуемых материалах мы встретили 8 случаев огнестрельно-взрывной травмы: из них 4 детей и 4 взрослых; выявлено 3 ранения в голову (2 слепых, 1 сквозное), 1 сквозное ранение грудной клетки, 3 проникающих слепых ранения брюшной полости, 1 сквозное ранение нижних конечностей. Непосредственной причиной смерти в 62,5% случаев явилась острая кровопотеря, в 37,5% случаев – повреждение вещества головного мозга с развитием септического состояния.

25 июля 1942 г. в морге проведено исследование трупа 3-летней девочки, которая с тяжелым огнестрельным ранением была госпитализирована в хирургическое отделение клиники ЛПМИ. Несмотря на тяжесть состояния

и дефицит лекарственных средств, ребенок на протяжении 22 дней находился на лечении в стационаре, и непосредственной причиной смерти явилась не сама травма, а ее осложнение – сепсис.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К сожалению, до сих пор точно неизвестно, сколько детских жизней спасли ленинградские педиатры. Известно также, сколько врачей, медсестер, санитарок и студентов погибли. Но известно, что самый страшный эксперимент гитлеровцев – одновременное уничтожение тысяч детей голодом, холодом, болезнями и огнем – в блокаде Ленинграда провалился. Мы навсегда сохраним в наших сердцах память о подвиге, стойкости и верности долга врачей и самоотверженности ленинградцев.

Поступила / Received 12.06.2025
Поступила после рецензирования / Revised 28.06.2025
Принята в печать / Accepted 30.06.2025

Список литературы / References

1. Ломагин НА. В тисках голода. Блокада Ленинграда в документах германских спецслужб, НКВД и письмах ленинградцев. М.: Яуза-каталог; 2017. 489 с.
2. Иванов ДО, Микирчичан ГЛ, Савина ИА, Ляхов ИД, Петренко ЮВ, Ляхова ВА и др. Ленинградский полк педиатров. На страже здоровья войны вопреки. СПб.: СПбГПМУ; 2025. 296 с. Режим доступа: <https://pl.spb.ru/oegallery/item.php?ID=70490>.
3. Аничков НМ. 12 очерков по истории патологии и медицины. СПб.: Синтез Бук; 2013. 239 с. Режим доступа: <https://spblib.ru/en/catalog/-/books/12882393-12-ocherkov-po-istorii-patologii-i-meditsiny>.
4. Калинина ЕЮ, Давыдова ЗВ, Насыров РА, Аничков НМ, Назаров ЮВ, Мамойлова НЕ. Врач, ученый, руководитель. Памяти Екатерины Тихоновны Боковой. *Педиатр*. 2020;11(3):135–138. <https://doi.org/10.17816/PED113135-138>.
5. Тур АФ. Алиментарные дистрофии у детей Ленинграда в 1941–1944 гг. В: Маслов МС, Тур АФ, Воловик АБ, Менделева ЮА (ред.). *Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда: сборник 2*. Л.: Медгиз, Ленинградское отделение, ЛГПМИ; 1946. С. 5–15.
6. Богоров ИИ. Об особенностях работы женских консультаций Ленинграда по обслуживанию беременных в период блокады 1941–1942 гг. В: *Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады*. Л.: Гос. изд-во мед. лит., Ленинградское отделение; 1943. Вып. 1. С. 92–96.

7. Ерусалимчик ГЛ. Особенности течения острых инфекционных болезней в Ленинграде в условиях блокады. В кн.: *Работы Ленинградских врачей за годы Отечественной войны*. Вып. 6. Л.: Ленмедгиз; 1945. С. 206–209.
8. Маслов МС, Тур АФ, Воловик АБ, Менделева ЮА (ред.). *Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда: сборник 2*. Л.: Медгиз, Ленинградское отделение, ЛГПМИ; 1946.
9. Тур АФ. Расстройства питания и другие заболевания у детей Ленинграда в 1941–1943 гг. *Педиатрия*. 1944;(4):10–16.
Tur AF. Eating disorders and other diseases in children of Leningrad in 1941–1943. *Pediatriya*. 1944;(4):10–16. (In Russ.)
10. Базан ОИ. *Патологоанатомическая служба в блокадном Ленинграде. Научный анализ, личные воспоминания специалиста*. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2006. 123 с.

Вклад авторов:

Концепция статьи – **З.В. Давыдова, Н.М. Аничков, Р.А. Насыров**

Написание текста – **З.В. Давыдова, Е.Ю. Калинина**

Сбор и обработка материала – **З.В. Давыдова, Е.Ю. Калинина**

Обзор литературы – **Е.А. Галахова, О.Л. Красногорских**

Анализ материала – **Е.А. Галахова, О.Л. Красногорских**

Статистическая обработка – **Е.А. Галахова**

Редактирование – **Н.М. Аничков, Р.А. Насыров**

Утверждение окончательного варианта статьи – **Н.М. Аничков, Р.А. Насыров**

Contribution of authors:

Concept of the article – **Zlata V. Davydova, Nikolay M. Anichkov, Ruslan A. Nasyrov**

Text development – **Zlata V. Davydova, Elena Yu. Kalinina**

Collection and processing of material – **Zlata V. Davydova, Elena Yu. Kalinina**

Literature review – **Catherine A. Galakhova, Olga L. Krasnogorskikh**

Material analysis – **Catherine A. Galakhova, Olga L. Krasnogorskikh**

Statistical processing – **Catherine A. Galakhova**

Editing – **Nikolay M. Anichkov, Ruslan A. Nasyrov**

Approval of the final version of the article – **Nikolay M. Anichkov, Ruslan A. Nasyrov**

Информация об авторах:

Давыдова Злата Вячеславовна, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины имени профессора Д.Д. Лохова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; <https://orcid.org/0000-0002-6673-8230>; zlata.davydova@rambler.ru

Калинина Елена Юрьевна, к.м.н., доцент, заведующая кафедрой анатомии человека, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; <https://orcid.org/0000-0001-7077-3584>; drkalinina@yandex.ru

Аничков Николай Мильевич, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины имени профессора Д.Д. Лохова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; <https://orcid.org/0000-0003-1834-7881>; anichkov@bk.ru

Галахова Екатерина Александровна, ассистент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины имени профессора Д.Д. Лохова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; <https://orcid.org/0009-0006-0685-3567>; galahova.cater@yandex.ru

Красногорских Ольга Леонидовна, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины имени профессора Д.Д. Лохова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; <https://orcid.org/0000-0001-6256-0669>; krasnogorskaya@yandex.ru

Насыров Руслан Абдуллаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины имени профессора Д.Д. Лохова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; <https://orcid.org/0000-0001-8120-2816>; ran53@mail.ru

Information about the authors:

Zlata V. Davydova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Professor D.D. Lohov Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6673-8230>; zlata.davydova@rambler.ru

Elena Yu. Kalinina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of Department of Human Anatomy, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-7077-3584>; drkalinina@yandex.ru

Nikolai M. Anichkov, Dr. Sci. (Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Professor, Professor D.D. Lohov Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-1834-7881>; anichkov@bk.ru

Catherine A. Galakhova, Assistant of Professor D.D. Lohov Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; <https://orcid.org/0009-0006-0685-3567>; galahova.cater@yandex.ru

Olga L. Krasnogorskikh, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Professor D.D. Lohov Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-6256-0669>; krasnogorskaya@yandex.ru

Ruslan A. Nasyrov, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Professor D.D. Lohov Department of Pathological Anatomy with a Course of Forensic Medicine, St Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya St., St Petersburg, 194100, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-8120-2816>; ran53@mail.ru