

УДК 61(091)

**ВНЕСОК ПРОФЕСОРА В.М.КОГАНА-ЯСНОГО ТА ЙОГО ШКОЛИ У РОЗВИТОК
ВІТЧИЗНЯНОЇ ВОЄННО-ПОЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ (ДО 130-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ
НАРОДЖЕННЯ)**

**ПОВІДОМЛЕННЯ 1. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ
ОРГАНІВ У РОКИ ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ**

М.П.Бойчак, генерал-майор медичної служби у відставці, доктор медичних наук, професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії



Резюме. *В.М.Коган-Ясний – видатний вітчизняний терапевт, відомий своїми науковими здобутками у багатьох напрямках внутрішньої медицини, маловідомий своїми працями в області воєнно-польової терапії. У роки Другої світової війни, перебуваючи на посадах головного терапевта Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР та головного терапевта евакогоспіталів Харківської області, організовував надання терапевтичної допомоги у військових лікувальних закладах, займався вивченням особливостей перебігу захворювань внутрішніх органів у воєнний час, їх діагностикою та лікуванням. Його праці присвячені різним аспектам екзогенних та ендогенних дистрофій. Розробив їх етіологічну та патогенетичну класифікацію. Описав особливості клінічного перебігу гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби, гепатитів у роки війни. Показав, на відмінну від більшості радянських вчених, що «блокадна гіпертонія» не є якоюсь особливою формою гіпертонії. Описав клінічні прояви та ускладнення виразкової хвороби воєнного часу, особливості їх перебігу та діагностики. Розробив нові напрямки консервативного лікування та покази для хірургічного лікування. Виділив «маски» виразкової хвороби після її оперативного лікування. Розробив класифікацію гострих паренхіматозних гепатитів, поділився своїм досвідом діагностики та лікування гострих гепатитів.*

Ключові слова: *воєнно-польова терапія, Друга світова війна, захворювання внутрішніх органів, дистрофії, авітамінози, виразкова хвороба, гіпертонічна хвороба, гепатити.*

Особливості перебігу захворювань внутрішніх органів у роки Другої світової війни.

Професор Віктор Мойсейович Коган-Ясний (1889-1958) – видатний український терапевт, заслужений діяч науки УРСР, завідувач терапевтичними кафедрами Харківського медичного інституту (1930-1932 рр. – кафедри загальної терапії, 1932-1938 рр. – кафедри внутрішніх хвороб, 1938-1953 рр. – кафедри госпітальної терапії) народився 16 (28) липня

1889 р. у родині службовця. Віктор Мойсейович залишив після себе велику наукову спадщину - численні наукові праці, у тому числі монографії та підручники, був широко відомий своїми розробками у багатьох напрямках внутрішньої медицини (ендокринології та обміну речовин, кардіології, гастроентерології, пульмонології, воєнно-польовій терапії тощо), які популяризував як блискучий лектор та педагог, засновник власної терапевтичної школи.

Звертаючись до життєвого та професійного шляху В.М.Когана-Ясного, ми будемо спиратися, крім літературних джерел, на його автобіографію, яка зберігається у музеї історії Харківського національного медичного університету, матеріали репозитарію Університету (repo.khnmu.edu.ua/Коган-Ясний), що були люб'язно нам надані директором музею Ж.М.Перцевою, за що ми їй дуже вдячні.

В.М. Коган-Ясний у 1923 р. вперше в СРСР отримав інсулін і застосував його у клінічній практиці, організував першу в Радянському Союзі ендокринологічну клініку і по праву може вважатися родоначальником клінічної ендокринології. Разом з професором В.Я. Данилевським створив Органо-терапевтичний інститут (сьогодні - Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського Національної академії медичних наук України»).

Віктор Мойсейович організував Український інститут харчування, систему дієтичних диспансерів (дієтичних столових) по всій країні, є засновником лікувального харчування в Україні, один з організаторів курорту «Березівські мінеральні води».

Важливим напрямком наукових інтересів В.М.Когана-Ясного була розробка концепції (гіпотези) етіології та патогенезу артеріальних гіпертензій (АГ), а саме ролі «гіпертензивних речовин» у їх розвитку. Він першим в Радянському Союзі максимально наблизився до сучасних уявлень щодо механізмів розвитку АГ, зокрема, визначення ролі змін нейрогормональної регуляції судинного тону та запропонував етіопатогенетичну класифікацію гіпертоній, яка надавала підходи до їх диференційованого лікування.

В.М. Коган-Ясний був головою Харківського наукового товариства, організатором з'їздів українських терапевтів, довгий час головним редактором журналу «Врачебное дело».

Коротко зупинимось на «воєнній» біографії вченого. Вона розпочалася ще у роки Першої світової війни, коли він 4 роки служив полковим лікарем у діючій армії (1914-1918). У роки Другої

світової війни В.М.Коган-Ясний разом з 2-м Харківським медичним інститутом евакуювався до м. Фрунзе (сьогодні Бішкек), де на базі Харківського медичного інституту створюється Киргизський медичний інститут, а Віктор Мойсейович стає завідувачем кафедри госпітальної терапії, організовує першу у Киргизії терапевтичну клініку. Багато консулює у місцевих госпіталях, разом з хірургами бере активну участь у лікуванні поранених з проникаючими пораненнями грудної порожнини. Як відомий фахівець з переливання крові широко застосовує цей метод лікування не тільки у поранених, але і при лікуванні захворювань внутрішніх органів. У 1943 р. головним терапевтом Червоної армії М.С.Вовсі В.М.Когана-Ясного було відізнано до Москви, де він очолив терапевтичну клініку Московського обласного науково-дослідного клінічного інституту (відомого як «МОНІКИ»). На базі Інституту було розгорнуто евакогоспіталь № 5020, де проводилося лікування поранених та хворих і, відповідно, науково-дослідна робота з проблем воєнно-польової терапії, оптимізації терапевтичної допомоги пораненим та хворим на етапах медичної евакуації. У 1944 р. після визволення Харкова від німецьких окупантів В.М.Коган-Ясний призначається завідувачем факультетської та госпітальної (об'єднаної) кафедрами санітарно-гігієнічного факультету Харківського медичного інституту, головним терапевтом Управління евакогоспіталів Народного комісаріату охорони здоров'я України і головним терапевтом Управління евакогоспіталів Харківської області, у 1945 р. – головним терапевтом Міністерства охорони здоров'я УРСР. Багато часу у своїй роботі приділяє організації терапевтичної допомоги в евакогоспіталях та консультаційній роботі. Як у Фрунзе, так і в Москві, продовжує працювати над проблемою змін внутрішніх органів у поранених та вивченням особливостей перебігу захворювань внутрішніх органів на війні. Організовує та очолює Харківське наукове товариство лікарів, спрямовує його діяльність на допомогу лікарям евакогоспіталів Харківської області.

Віктор Мойсейович у довоєнні і перші післявоєнні роки був широко відомий медичній спільноті не тільки Харкова і України, але й усього радянського простору своїми працями у різних галузях терапії. Проте у 50-ті роки пережив репресії у зв'язку зі звинуваченнями у пресловутій «справі лікарів». Після його смерті у 1958 р. в Радянському Союзі, а потім і в незалежній Україні, його ім'я чи то ненароком, чи то навмисно, майже забули.

Майже невідомими для широкого загалу лікарів залишилися праці В.М.Когана-Ясного з воєнно-польової терапії, на яких ми і зупинимось.

У праці «Современные проблемы терапии и клиники внутренних болезней в период Великой Отечественной войны» та в аналогічній доповіді на конференції медичних працівників Харківської області, з якою В.М.Коган-Ясний виступив 25 листопада 1945 року, були сформульовані основні проблеми клініки внутрішніх захворювань у роки Другої світової війни: «Клиника внутренних заболеваний должна особенно изучать все изменения, вызванные в человеческом организме дистрофическими процессами на почве различных заболеваний военного времени, и в первую очередь нарушения обмена веществ и вегетативной системы, а также авитаминозов, перенесенных различными группами населения в различной форме и степени. Сюда также надо отнести последствия военных нефритов, военных артритов, гепатитов и колитов, а также язвенную болезнь военного времени» [1]. У цих словах фактично надається і визначення воєнно-польової терапії.

Розглянемо найважливіші захворювання внутрішніх органів, які вивчав В.М.Коган-Ясний та його співробітники у роки війни та представляють інтерес для предмета воєнно-польової терапії.

ДИСТРОФІЇ

У роки війни В.М.Коган-Ясний продовжив вивчати питання дистрофічних станів, якими він цікавився іще у 20-ті роки, коли в Україні панував голод. Досвід отриманий ним у роки війни

дозволив подивитись на проблему дистрофій ширше. Враховано було також досвід закордонних дослідників. Крім аліментарних (екзогенних) дистрофій, які у роки війни зустрічались не рідко, значно поширилися ендогенні дистрофії, що розвивались у поранених, після операцій, у хворих з остеомієлітами, трофічними виразками, гнійними затяжними процесами, інфекційними захворюваннями тощо. Результати досліджень, що проводились В.М.Коганом-Ясним та його співробітниками з проблеми дистрофій на різних етапах війни – у Харкові, Фрунзе, Москві, були оприлюднені на конференції у Московському обласному науково-дослідному клінічному інституті 9 лютого 1943 року та на пленумі Вченої ради Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР з питань харчування у 1943 році, надруковані у журналі «Врачебное дело». На цю роботу ми і будемо посилатись, висвітлюючи питання дистрофій [2]. Кінцевим результатом досліджень стала класифікація дистрофій, що включала усі можливі їх причини та патогенетичні механізми розвитку. Наводимо класифікацію дистрофій по В.М.Когану-Ясному:

Вегетативно-нервові дистрофії:

1. Дистрофії при захворюваннях нервової системи;
2. Дистрофії при захворюваннях вегетативної нервової системи;
3. Дистрофії при психічних захворюваннях;
4. Функціональний астеничний синдром.

Вегетативно-ендокринні дистрофії:

1. Дистрофії при захворюваннях гіпофіза;
2. Дистрофії при захворюваннях щитоподібної залози;
3. Дистрофії при захворюваннях підшлункової залози;
4. Дистрофії при захворюваннях наднирників;
5. Дистрофії при захворюваннях статевих залоз.

Вегетативно-гуморальні дистрофії.

А. Екзогенні дистрофії:

1. Харчові дистрофії: а) *hydrops ex inanitione* (набрякова форма); б) *marasmus ex inanitione* (суха форма); в) змішані форми.

2. Хімічні дистрофії.

3. Дистрофії при авітамінозах: а) пелагра; б) скорбут; в) змішані форми.

Б. Ендогенні дистрофії:

1. Дистрофії при хірургічних захворюваннях: а) змішані форми; б) стерті форми; в) *hydrops ex inatione* (набрякова форма); г) *marasmus ex inanitione* (суха форма); д) авітамінози.

2. Дистрофії при інфекційних захворюваннях.

3. Дистрофії при злоякісних новоутвореннях.

Розглянемо більш детально різні групи дистрофій.

Вегетативно-нервові дистрофії.

Вони розвивались при захворюваннях центральної нервової системи, вегетативної нервової системи та при психічних захворюваннях. В.М.Коган-Ясний, разом з доцентом А.І.Вількомірським віднесли до цієї групи і так званий «функціональний астеничний синдром», що зустрічався в осіб з нормальною масою тіла, які часто зазнавали великих нервових навантажень та проявлявся астено-депресивним синдромом – апатія, адинамія, сонливість, часто гіпотонія, гіпотермія, імперативна поліурія, незначні набряки обличчя тощо. Відпочинок, органопрепарати, фізіотерапія і препарати бромиду швидко відновлювали організм у таких хворих.

Вегетативно-ендокринні дистрофії.

Розвивались внаслідок розладів ендокринної системи, що клінічно проявлялись стертими формами відомих ендокринних захворювань і були наслідком бойової травми. До цієї групи відносились дистрофії при початкових захворюваннях гіпофіза, щитоподібної залози, підшлункової залози, наднирників, статевих залоз. Лікувались вони як звичайні ендокринні захворювання.

Вегетативно-гуморальні дистрофії.

У роки війни ця група дистрофій зустрічалась частіше інших. Як видно з класифікації сюди були віднесені екзогенні та ендогенні дистрофії. Розглянемо їх окремо.

Екзогенні дистрофії

Сюди відносились екзогенні дистрофії, які виникали внаслідок голодування (аліментарна дистрофія), внаслідок дії хімічних бойових отруйних речовин, або отруйних речовин на

виробництві. До екзогенних дистрофій були віднесені також авітамінози.

Екзогенні дистрофії внаслідок голодування (аліментарна дистрофія).

Розрізняли дві форми цих дистрофій – набрякову і суху; набрякова форма часто переходила в суху, тоді вона називалась змішаною формою.

Набрякова форма характеризувалась підвищеним, інколи вовчим апетитом (булімія), набряками, у першу чергу, кінцівок і тільки пізніше розповсюдженням їх по всьому тілу. Ще до появи набряків, з ранніх симптомів відмічалась понижена температура тіла, брадикардія, поліурія, виражена слабкість, аж до адинамії, апатія, деяка загальмованість психіки (хворі не одразу відповідали на запитання, немов їм було важко не тільки рухатись, але і думати), обличчя було як маска, шкіра з жовто-сірим відтінком, суха, легко лущилась, легко появлялись виразки з тенденцією до інфікування. Такі хворі ніколи не пітніли. З боку травного тракту – проноси або запори. Поліурія спостерігалась і при великих набряках. Характерно, що сечі виділялось більше, ніж хворі випивали рідини, при цьому набряки збільшувались. У крові – незначна гіпохромна анемія, лімфоцитоз, базофілія, відхилення лейкоцитарної формули вправо, згортання крові підвищено, ШОЕ була сповільненою до 2-7 мм.

Сухі форми спостерігалися як первинні так і вторинні (після набрякові), коли після сходження набряків на хворому залишалася тільки шкіра і кістки (хворий наче скелет обтягнутий шкірою). Загальна втрата маси тіла могла досягати 40-45%. На перший план у клініці виступало різке схуднення. Симптоми такі ж самі, як і при первинній формі, тільки були відсутні набряки і спостерігалися більш виражені больові синдроми, особливо характерним був біль у кістках і м'язах. У крові – картина перніціозної анемії. Сухі форми завжди мали поганий прогноз. Часто хворі втрачали пам'ять, пульс важко було прощупати. Поліурія відсутня, сечі виділялось дуже мало.

Лікування обох форм дистрофії повинно бути етіологічним, тобто необхідно добиватись

поповнення вичерпаних харчових запасів організму. Їжа має бути повноцінною, калорійною. Харчувати хворого потрібно розпочинаючи з малих порцій, поступово збільшуючи кількість їжі і кількість її прийомів. Розпочинати потрібно з рідкої їжі, поступово переходячи до більш густої та твердої, кожен день збільшуючи число калорій, доводячи їх до 3000-4000. Підходять лікувально-харчові концентрати, полівітаміни, зелень, дріжджі, молоко, м'ясо, риб'ячий жир і печінка. У великій кількості призначаються солі кальцію, особливо при набряковій формі (хлористий кальцій, яєчна шкарлупа, кістковий порошок), соляна кислота і пепсин, препарати заліза та фосфору, переливання крові невеликими дозами. Важливим був також повний спокій для хворого протягом 1-2 місяців, гарний догляд, ванни, фізіотерапевтичні процедури.

Авітамінози

Війна стала тим явищем, коли нестача вітамінів в організмі проявилася у повній мірі. Не зупиняючись детально на клініці та лікуванні авітамінози В.М.Коган-Ясний акцентував увагу на найважливіших моментах.

Про авітаміноз А – гемералопія (курина сліпота) необхідно подумати у випадку скарг на ослаблення гостроти зору вночі, під час світломаскування. Про цей авітаміноз слід згадати у випадках стійкого, рецидивуючого фурункульозу.

Про появу авітамінозу С треба думати у випадках ран, що довго не заживають, при геморагічних діатезах та незрозумілих анеміях, при стійких гіпотоніях.

Треба мати на увазі також не рідкі випадки у роки війни авітамінозу К, що проявлявся геморагічними діатезами та кровотечами.

При аліментарній дистрофії дефіцит вітамінів виникав не тільки у результаті дефіциту їх у їжі, але і в наслідок важких порушень обміну речовин в організмі (особливо білкового) і як наслідок розвиток вторинного авітамінозу. Вітчизняний вчений О.В.Палладін при цьому завжди наголошував, що багато вітамінів в організмі існує у комплексі з білками і при недостатній кількості білків порушуються

як процеси всмоктування вітамінів у кишківнику, так і їх використання [3].

Ендогенні дистрофії.

До цієї групи були віднесені дистрофії при воєнних травмах, при хірургічних захворюваннях, при важких та хронічних інфекціях (частіше всього це були дизентерія, туберкульоз, малярія), при злоякісних новоутвореннях.

У вітчизняній медицині це була відносно нова глава воєнної патології, хоча у закордонній літературі цим станам уже давно приділялась певна увага. Частіше всього зустрічались праці, присвячені порушенням білкового обміну при різних хірургічних захворюваннях. Велись дискусії стосовно механізмів розвитку гіпопротеїнемії у важких хірургічних хворих, мова також йшла про можливі внутрішні причини втрати білків, особливо альбуміну. Розглядалась роль печінки у стабільному утриманні білків у кров'яному руслі, а також роль гіпофізу у білковому обміні, який міг впливати на рівень білків сироватки крові через кору наднирників.

Що стосувалось клініки ендогенних дистрофій, то вона мала багато спільного з екзогенними дистрофіями і характеризувалась безбілковими набряками у хірургічних та інфекційних хворих, коли внаслідок інтоксикації, дії мікробів, організм починав посилено втрачати білки власних тканин, а також втрачати їх через гній, опікові рани. Дистрофія у хірургічних хворих проявлялась у вигляді сухої форми, або змішаної. Проте клініка дистрофій у хірургічних хворих не завжди чітко вкладалася у три класичні клінічні форми. З урахуванням дефіциту вітамінів або мінералів, вона була досить різноманітною. У зв'язку з цим В.М.Коган-Ясний писав: «Мне неоднократно приходилось видеть при затяжных тяжелых остеомиелитах и гнойных септических процессах, в одних случаях - такой комплекс дистрофических состояний, как безбелковые отеки, гемералопия и пеллагроидные явления с резкими нарушениями кальциевого обмена, в других – сухие формы дистрофии с пернициозно-подобной анемией, в третьих –

с резким геморрагическим диатезом; словом, каждый раз комплекс этих дистрофических состояний варьировал, и только внимательное, детальное их изучение и комплексная терапия помогли спасти больного и восстановить его способность к реституции, и то только в том случае, если диагностика была ранняя, помощь своевременная и борьба за жизнь больного упорная».

Лікування ендогенних дистрофій.

Лікування ендогенних дистрофій не завжди було простим і не завжди закінчувалось успішно. Це у багатьох випадках пов'язувалось з тим, що не був точно відомим механізм розвитку гіпопротеїнемії і лікування проводилось у сліпу, фактично було тільки симптоматичним. Загальні принципи лікування ендогенних дистрофій були такими ж як і лікування аліментарної дистрофії, якщо вони мали однакові клінічні прояви. Гіпопротеїнемію удавалось корегувати за допомогою додаткового введення амінокислот (триптофан, цистин).

Великого значення надавалось вітамініотерапії, так як дистрофічні процеси часто поєднувались з дефіцитом тих, чи інших вітамінів, а не рідко з дефіцитом одразу декількох вітамінів. Розвитку авітамінозів сприяв не тільки їх дефіцит у продуктах харчування, але були й ендогенні причини: порушення всмоктування їх у шлунково-кишковому тракті, втрата їх у наслідок високої температури тіла, блювоти, вливання великої кількості глюкози, яка у ті роки широко застосовувалась (збільшувалось споживання коензимів, не поповнюючи їх витрат).

Для заживлення ран мав значення, у першу чергу, вітамін С, причому рекомендувалось призначати його у великих дозах (до 1 гр на добу, при потребі здорової людини 50 мг на добу).

При затяжних остеомієлітах розвивались авітамінози В1 та В6 (проявлялись дерматитами пеллагроїдного характеру) та авітаміноз Д з порушеннями кальцієвого і фосфорного обміну (проявлявся оксалатними каменями в сечових шляхах).

При дефіциті нікотинової кислоти (вітамін РР) розвивався пеллагроїдний синдром. У клініці В.М.Когана-Ясного вивчалась ефективність синтезованої у Радянському Союзі у 1942 році азотнокислої солі нікотинової кислоти. Її лікувальна дія виявилась кращою, а токсичність меншою, ніж в імпортованій нікотиновій кислоті [4].

У клініці В.М.Когана-Ясного проводилось вивчення ефективності синтезованих у лабораторії українського біохіміка О.В.Палладіна вітаміну К3 та його похідного - вікасолу при дефіциті вітаміну К3. Було показано, що обидва препарати зупиняли різні кровотечі, у тому числі капілярні та венозні, крім того препарати сприяли скорішому загоєнню ран, позитивно впливали на стан ендотелію судин. Обидва препарати були ефективними як при пониженому, так і при нормальному вмісті протромбіну [5].

Посилаючись на праці американського хірурга В.Старра, Віктор Михайлович рекомендував такі дози вітамінів при лікуванні ендогенних дистрофій у хірургічних хворих: вітамін В1 – 50 мг, вітамін В2 – 100 мг, вітамін В3 (нікотинова кислота) – 100 мг, вітамін К – 2 мг. Така схема лікування пропонувалась за три тижні до оперативного втручання, та в залежності від показів – продовження курсу після операції.

Необхідно зазначити, що уже в ті часи В.М.Коган-Ясний передбачив важливе значення для функціонування організму мікроелементів (заліза, йоду, міді, фосфору, магнію, цинку, марганцю, сірки). Була уже відома їх дія, клінічні прояви нестачі в організмі. Було також відомо, що ці мікроелементи за кордоном випускались промисловістю у вигляді спеціальних гранул і застосовувались при різних дистрофічних станах. У Радянському Союзі таких препаратів на той час іще не було.

Дуже важливим у лікуванні дистрофій була спільна праця хірурга і терапевта, тому Віктор Мойсейович закликав до дружньої спільної роботи цих спеціалістів: «...вот где необходимо, зорко следя за раной, за органом, не проглядеть опасности, грозящей всему организму, и вот

почему необходимо, чтобы теперь интернист вошел в хирургические палаты не как гость, не как консультант, а как врач, отвечающий за течение болезни наравне с хирургом, на ежедневном обходе совместно решая, что необходимо применить в данное время – активную хирургию или активную терапию». До цих слів нічого додати, вони і на сьогодні залишаються актуальними.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА.

Гіпертонічна хвороба у роки Другої світової війни займала особливе місце. По-перше, вона стала зустрічатись у військовослужбовців і серед цивільного населення частіше ніж до війни. По-друге, захворювання значно частіше зустрічалося у осіб молодого віку. І по-третє, появились гострі форми гіпертонії з характерною клінічною картиною, що відрізнялась від перебігу хвороби до війни [6]. Відомий радянський терапевт професор Є.М.Тарєєв вважав «гостру гіпертонію воєнного часу» як своєрідний варіант злоякісної гіпертонії, яка набула широкого поширення. Якщо до війни вона складала всього 7,5% серед усіх форм гіпертонії, то у кінці війни ця цифра досягла 23,5% [7].

Гіпертонія була одним із тих захворювань, яким В.М.Коган-Ясний займався протягом багатьох років, як до війни, так і в роки війни. Дослідження проводились як в експериментальному напрямку, так і в клініці. За визнанням багатьох вчених, цикл його праць по вивченню гіпертонічної хвороби був виконаний на найвищому рівні експериментальної майстерності того часу. Запропоновані нові методи створення штучної експериментальної гіпертонії дозволили чітко об'єднати дані клініки та експерименту. У результаті праці великого колективу вчених під керівництвом Віктора Мойсейовича у Харкові, в роки війни – у Фрунзе та Москві, було показано, що разом з важливим значенням нервової системи у розвитку гіпертонії, мають значення також гуморальні фактори, а в цілому ряді випадків і гормональні. Була запропонована оригінальна класифікація гіпертоній (1936 р.), розроблені методи лікування, у тому числі новими препаратами.

Ще у 40-і роки В.М.Коганом-Ясним стали виділятися окремі форми гіпертоній, в основі яких були порушення тої чи іншої гуморальної ланки в діяльності організму. Так стали діагностувати такі форми ендокринних гіпертоній, як клімактерична, тиреогена, супраренальна, панкреатогена. Виділялась також нефрогенна і склеротична гіпертонії. Таким чином, іще до війни, коли провідні радянські вчені говорили про гіпертонічну хворобу як цілісну нозологічну форму з єдиним (центрогенним) механізмом розвитку, В.М.Коган-Ясний фактично започаткував поняття про симптоматичні гіпертонії, у кожному конкретному випадку якої мала місце та чи інша причина захворювання [8].

Експериментальними працями харківських вчених (Є.К.Приходькова, Р.А.Вартапетов, Р.Я.Співак, А.М.Агалецька, А.К.Горчаков, Є.А.Дуткевич та інші) було доказано, що при всякій гіпертонії у крові появляються гіпертензивні речовини, при нирковій гіпертонії – токсичні речовини, які гуморально-ендокринним шляхом впливають на нервову, а потім і на судинну систему, спричиняючи підвищення кров'яного тиску. В експерименті було також показано, що кров гіпертоніків впливає на ізольовані органи та судини, викликаючи різке збудження їх діяльності, у тому числі підвищення кров'яного тиску. За допомогою сироватки крові хворих на гіпертонічну хворобу удавалось отримувати експериментальну гіпертонію у тварин, яка зберігалась протягом декількох місяців [9].

Існування гіпотетичних гіпертензивних речовин підтверджувалось і в клініці. Застосовуючи переливання сироватки крові гіпертоніків хворим на гіпотонію, отримували в останніх підвищення кров'яного тиску, клінічно пацієнти з гіпотонією стали краще себе відчувати, у них покращувалась працездатність, зникала втома, збільшувалась вага тіла. Даний факт був підтверджений в експерименті і знову у клініці. У тварин з експериментальним травматичним шоком сироватка крові «гіпертоніків» виводила їх з шокowego стану. У роки війни цей спосіб лікування шоку було

застосовано у поранених, коли уже через 5-10 хвилин після вливання 50 см³ сироватки крові гіпертоніків удавалось купувати явища травматичного шоку. Цікаво, що така сироватка зберігала свою активність до одного року при стерильних умовах зберігання. Переливання крові від хворих з гіпертонічною хворобою пацієнтам з хворобою Аддісона призводило до стійкого підвищення кров'яного тиску та активації діяльності серцево-судинної системи [10].

Підсумком роботи з проблеми артеріальної гіпертонії у роки війни стала доповідь В.М.Когана-Ясного у вересні 1944 р. на пленумі Вченої медичної ради Наркомздраву СРСР (Ленінград), присвяченому гіпертонії.

Таким чином, уже у 40-і роки ХХ ст. харківськими вченими була обґрунтована роль нейрогуморальних факторів у розвитку гіпертонії, а наявність у крові хворих особливих гіпертензивних речовин було пізніше доказано, вони були розшифровані, створені, на основі вчення про РААС, нові класи гіпотензивних препаратів. Ренінова теорія первинної артеріальної гіпертензії була сформована V.Vertes, H.R.Brenner, J.H.Laragh тільки у 1970-1980-х роках.

На жаль, пріоритетні праці харківських вчених були мало відомі, не отримали подальшого розвитку. У Радянському Союзі на той час активно розвивалася та пропагувалася нейрогенна теорія гіпертонічної хвороби Г.Ф.Ланга (1922р.), основана на вчені І.П.Павлова, яку у 50-і роки продовжив розвивати О.Л.Мясников. Широке визнання, всебічна підтримка та пропаганда на найвищому науково-бюрократичному рівні нейрогенної теорії в Радянському Союзі (за кордоном вона не мала особливої підтримки) багато років не допускалось говорити про якісь інші можливості розвитку гіпертонічної хвороби. Праці В.М.Когана-Ясного та його співробітників піддавались критиці з боку провідних вчених країни (Г.Ф.Ланг, В.П.Зеленін), які не признавали провідної ролі гуморальної та ендокринної систем у розвитку гіпертонії [11]. В.М.Коган-Ясний не

погоджувався з твердженням Г.Ф.Ланга, що пусковою причиною у розвитку гіпертонічної хвороби завжди є нейро-психічна травма, а головним та майже єдиним патогенетичним механізмом є невроз вазомоторних центрів. Опонуючи Лангу, Віктор Мойсейович наводив численні приклади, коли пусковим механізмом були не нервові та емоціональні фактори, а первинні порушення в ендокринній системі або порушення гуморального (внутрішнього) середовища з появою у крові активних гіпертензивних речовин. Не відкидалось і ураження центральної нервової системи як одна з багатьох можливих причин гіпертонії. Підкреслювалося, що в основі етіології можуть бути ураження нервової системи, ендокринної системи а також зміни в обміні речовин, появою зрушень у гуморальному середовищі організму (різке збільшення гіпертензивних, або зменшення гіпотензивних речовин). Звідси і поліпатогенність у розвитку захворювання. При будь-якій етіології страждають у тій чи іншій послідовності усі системи організму - нервова, ендокринна, гуморальна [12]. З урахуванням досягнень сьогодення у вивченні артеріальної гіпертонії, можна допустити, що погляди В.М.Когана-Ясного на її розвиток (поліетіологічність, поліпатогенність) близькі до «мозаїчної» теорії артеріальної гіпертензії І.Пейджа (I. Page, 1979).

Не було спільного розуміння у В.М.Когана-Ясного з московськими колегами і щодо так званої гіпертонії воєнного часу – блокадної гіпертонії («ленінградська гіпертонія»), особливо у молодих людей, як особливої форми гіпертонічної хвороби. Віктор Мойсейович вважав, що ця гіпертонія є не що інше як та сама гіпертонія мирного часу, яка під впливом воєнної травми, нервово-психічних факторів і воєнних потрясінь стала зустрічатись у роки війни частіше. До такого висновку він дійшов, спостерігаючи за хворими у роки війни у різних географічних зонах країни (Харків, Фрунзе, Москва). Більшість радянських вчених (Г.Ф.Ланг, М.Д.Тушинський, М.В.Черноручський, В.А.Вальдман та інші) вважали, що «ленінградська гіпертонія» мала своєрідне

походження і надавали великого значення у її виникненні аліментарній дистрофії. Разом з тим, не всі, навіть лєнінградські терапевти, були згідні з такою точкою зору. Так, професор Б.І.Шулутко підтримував В.М.Когана-Ясного і не бачив нічого «специфічного лєнінградського» у цій гіпертонії. У Сталінграді чи в інших місцях, де довго тривали умови фронтової обстановки, зустрічались такі ж хворі [13].

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА.

Захворювання шлунково-кишкового тракту у роки Другої світової війни займали одне з перших місць серед терапевтичної патології, а виразкова хвороба у їх структурі посідала провідну роль. На пленумі Госпітальної ради Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР у 1943 році головний терапевт евакогоспіталів професор О.М.Крюков повідомив, що виразкова хвороба, за даними евакогоспіталів, складала 8-10% від усіх внутрішніх захворювань, через які військовослужбовці звільнялись з армії. Летальність від виразкової хвороби тоді досягала 2,3%.

В.М.Коган-Ясний, як головний терапевт Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР брав участь у всіх важливих конференціях, пленумах, які проводились вищим медичним керівництвом країни та були присвячені виразковій хворобі. Така активність в наукових закладах була пов'язана не тільки з його службовими обов'язками, але і з чисто професійними інтересами – виразкова хвороба була завжди у його полі зору як науковця. Іще у 1933 році на 5-му з'їзді українських хірургів він виступив з програмною доповіддю «Консервативное лечение язвенной болезни» [14].

Уже у роки війни (вересень 1943 р.) він виступив з доповіддю по виразковій хворобі на об'єднаному засіданні Московського хірургічного і терапевтичного товариства; 27 грудня 1943 року – на 4-му пленумі Лікарняної ради Наркомздраву СРСР та Наркомздраву РСФСР; 27 грудня 1944 року – на 1-й окружній конференції госпіталів Харківського військового округу. На матеріали цієї конференції та

довідь В.М.Когана-Ясного «Язвенная болезнь, ее распространение, особенности течения и лечения» ми будемо посилаєть, висвітлюючи нашу тему [15].

На 1-й окружній конференції госпіталів Харківського військового округу під головуванням В.М.Когана-Ясного, виступили також з доповідями вчені Харківського медичного інституту, лікарі евакогоспіталів: професор М.М.Лєвін «Гастродуоденальные язвы военного времени – особенности клиники и лечения», професор Г.Л.Дерман «К паталогической анатомии язвы желудка в военное время», головний терапевт Харківського військового округу підполковник медичної служби Ф.П.Єрухимович «Клиническая характеристика язвенных больных по данным гарнизонных госпиталей Харьковского военного округа за 1944г.», доцент Б.Л.Малкова-Рябова «Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки физическими методами». Секретарем конференції була заступник начальника лікувального відділу Харківського військового округу капітан медичної служби Л.Т.Малая.

Під час роботи в Московському обласному науково-дослідному клінічному інституті Віктор Мойсейович продовжував вивчати виразкову хворобу воєнного часу. Матеріали своїх спостережень надрукував у журналі «Клиническая медицина» за 1944 рік у статті «Некоторые особенности клиники и терапии язвенной болезни военного времени».

В.М.Коган-Ясний, як і більшість авторів, які займались проблемою виразкової хвороби, констатував більш високу захворюваність на виразкову хворобу у роки війни. При цьому він посилався також на дані академіка М.Д.Стражеско, який на пленумі Лікарняної ради Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР говорив, що «зараз у терапевтичних відділеннях лікарень лежить в три рази більше хворих, ніж у мирний час». Крім зростання частоти виразкової хвороби, відмічав також більш важкий її перебіг, часті ускладнення виразки, звертав увагу на погане загоєння

виразок, на збільшення смертності. За його даними, збільшилась кількість хворих із свіжими виразками (в основному це були молоді люди та жінки). Взагалі частіше хворіли на виразку люди середнього віку, вони, як правило, були «хроніками», які уже мали виразкову хворобу іще до призову в армію. Саме у них частішими були рецидиви захворювання та різні ускладнення.

Піднімаючи питання про причини захворювання, Віктор Мойсейович посилався на праці вітчизняних вчених (І.П.Павлова, М.Д.Стражеско, М.М.Губергріца, О.Р.Лурія та ін.) та свої дослідження, які достатньо чітко підтвердили роль центральної та вегетативної нервової системи, роль ендокринної та гуморальної систем організму у патогенезі виразкової хвороби. Етіологічним чинником була сама війна з її колосальними фізичними і психічними травмами, хвилюваннями і потрясіннями, що переносились людьми. Неповноцінне харчування, куріння, алкоголь тільки сприяли захворюванню.

Враховуючи свої дослідження та дані літератури, В.М.Коган-Ясний виділив такі особливості перебігу виразкової хвороби у воєнний час:

1. Виражений больовий синдром, який важко піддавався лікуванню. Болі були настільки сильними, що інколи симулювали «гострий живіт». При цьому клініка захворювання нагадувала крупозну пневмонію, нирковокам'яну хворобу, гострий пієліт, защемлену діафрагмальну грижу, аневризму черевної аорти, тромбоз коронарних артерій, важкий клімакс, пухлину матки тощо. Подібне розмаїття клініки пояснювалось вісцеро-вісцеральними рефlekсами між шлунком і сусідніми органами, наприклад, вісцеро-кардіальний рефлекс проявлявся болями в області серця, у зв'язку з цим Віктор Мойсейович любив приводити поговорку: «коли у молодого чоловіка болить серце, загляньте обов'язково у його шлунок».

2. Тривале та важке загосення виразкової ніші та інших дефектів слизової оболонки шлунка. У таких хворих рекомендував

застосовувати антацидні препарати, лікування інсуліном з глюкозою, стимулюючу терапію у вигляді антиретиккулярної цитотоксичної сироватки О.О.Богомольця.

3. При ускладненнях кровотечею, остання погано зупинялась, що пояснювалось супутнім авітамінозом С і К. У таких хворих, крім застосування гемотрансфузій, необхідно було призначати великі дози вітамінів С і К.

4. З ускладнень виразкової хвороби досить часто зустрічались пенетрація виразки і раптова, неочікувана перфорація, інколи навіть без анамнезу виразкової хвороби.

5. Характерними для ускладнених форм виразкової хвороби були великі за величиною та формою інфільтрати, «кальозні» виразки, які нерідко симулювали злоякісні новоутворення.

6. Збільшилась частота переходу виразки у рак.

7. Характерним також був тривалий спазм пілоричної частини шлунку. У такому випадку успішно застосовувались атропін та нові адреналові препарати (ефедрин, веритоль, первитин, фенамін).

8. Важливою особливістю виразки у роки війни була тривала втрата працездатності.

С.А.Передельський, використовуючи клінічний матеріал терапевтичної клініки В.М.Когана-Ясного та пропедевтичної хірургічної клініки професора М.М.Левина (за 1939-1946 рр.), звертав увагу також на велику кількість хворих з рубцевими пілородуоденальними стенозами у роки війни (11,5%), а також на важливість їх своєчасної діагностики, коли вони були ще на стадії відносної компенсації [16].

Таким чином, враховуючи усі ці особливості перебігу виразкової хвороби на війні, В.М.Коган-Ясний мав усі підстави говорити про виразкову хворобу воєнного часу, що мало спонукати клініцистів знати ці особливості її перебігу та враховувати їх у процесі діагностики та індивідуально підходити до її лікування. Саме на індивідуальному підході постійно акцентував увагу Віктор Мойсейович. Це стосувалось усіх напрямків лікування: дієтичного, медикаментозного, фізіотерапев-

тичного. Не дивлячись на те, що йшла війна, не відмінялись рекомендації щодо надання хворому фізичного та психічного спокою, правильно підібраної дієти, заборона паління тютюну.

Зупинимось тільки на деяких, запропонованих у клініках В.М.Когана-Ясного, методах лікування виразкової хвороби. У терапевтичній клініці Московського науководослідного клінічного інституту його співробітником І.К.Грабенко вивчалось застосування внутрішньом'язового введення власної «лакової» крові пацієнта (кров розведена дистильованою водою). Була показана ефективність цього методу, його простота та безпечність [17]. Іншою співробітницею клініки А.П.Орловою запропоновано лікування за допомогою антиретиккулярної цитотоксичної сироватки О.О.Богомольця, як методу стимулюючої терапії на загоєння виразок та підвищення загальної реактивності організму [18]. Сам Віктор Мойсейович був автором широко розповсюдженого у роки війни та у післявоєнні роки лікування виразкової хвороби глюкозоінсуліновою сумішшю. З метою тимчасового виключення впливу симпатичної іннервації на шлунок та зняття болювого синдрому застосовувалась двостороння новокаїнова блокада по Вишневському. Вона сприяла також скорішому загоєнню виразки. При виражених болях ефективною була рентгенотерапія. Звичайно, що базовою терапією був атропін, лужні препарати, препарати кальцію та вітамінотерапія. Незважаючи на війну, в евакогоспіталях була можливість застосовувати і фізіотерапію. Велике значення надавалось диспансеризації хворих і її старались проводити, використовуючи міжбойовий період, періоди оборони.

Вивчав В.М.Коган-Ясний також різні аспекти хірургічного лікування виразкової хвороби (покази до оперативного лікування, віддалені наслідки). Що стосувалось показів до хірургічного лікування, то він називав такі випадки:

1.Перфорація.

2.Стеноз.

3. Дегенерація (мабуть мова йшла про розвиток дистрофії у таких хворих – авт.).

4. Кровотеча, яка не піддавалась консервативному лікуванню.

5. Виражений болювий синдром, який не піддавався консервативному лікуванню.

6. Дефект тканини (ніша), що довго не заживала, не дивлячись на проведений курс лікування.

7.Тривала втрата працездатності.

8. Хвороби оперованого шлунка.

У кожному сумнівному випадку, коли не було абсолютних показів до термінового хірургічного лікування, В.М.Коган-Ясний пропонував сумісний огляд хворого терапевтом та хірургом для вирішення питання, що краще для хворого – оперативне чи консервативне лікування [19].

Протягом всієї професійної діяльності терапевта В.М.Коган-Ясний цікавився та вивчав наслідки оперативного лікування виразкової хвороби. На противагу деяким клініцистам, що вважали хворобу виразковою, Віктор Мойсейович своїми дослідженнями та багаторічними спостереженнями за перебігом хвороби, стверджував, що хворий на пептичну виразку – хворий на все життя. Інша справа, що після консервативного чи хірургічного лікування захворювання приймає різні форми клінічного перебігу, зовсім не схожі за клінікою на виразкову хворобу, це так звані її «маски»: «Но стоит только сорвать маску, как перед нашими глазами появляется старая знакомая – язвенная болезнь, принявшая другие формы и выражающаяся в других жалобах и других симптомах».

У праці «Отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни» В.М.Коган-Ясний разом зі своїми колегами (А.М.Агалецька, Д.Є.Каган, Р.М.Перчік, Р.Я.Співак, Є.І.Самсон та інші) здійснили надзвичайно поглиблене обстеження 89 оперованих хворих. Дослідження проводились як у воєнні роки, так і в після війни (1942-1946 рр.). Вивчався обмін речовин (вуглеводний, обмін хлору, індикану, вітамінів),

досліджувались: функції печінки, підшлункової залози, показники крові (у тому числі фактор Кастла), медіатори (ацетилхолін, адреналін), проводилось ретельне клінічне обстеження. Було показано, що після оперативного лікування (резекція шлунка) у хворих на виразкову хворобу рано чи пізно наступають значні порушення обміну речовин, порушується не тільки функція шлунку, але і функція інших органів (печінки, підшлункової залози, кровотворного апарату, серцево-судинної системи), тобто порушується гармонійність функцій усього організму [20].

З доповіддю про віддалені наслідки хірургічного лікування виразкової хвороби В.М.Коган-Ясний виступив на 13-му Всесоюзному з'їзді терапевтів (Ленінград, 1947р.), який підбивав підсумки роботи терапевтичної служби у роки війни. У своєму виступі розповів про дослідження, виконані у процесі спостереження над прооперованими хворими, отримані результати та виділив «маски» виразкової хвороби після її оперативного лікування у вигляді таких синдромів: гепатогастральний, кардіальний, перніціозоподібний гіперхромний або гіпохромний, синдром порушеного обміну речовин (вуглеводного, білкового, мінерального), синдром авітамінозу С та інші залежно від того, який орган чи система включились у патологічний процес у післяопераційному періоді. Рекомендував у кожному конкретному випадку підбирати відповідну замісну та корегуючу терапію. Хворі на виразкову хворобу мали постійно перебувати на диспансерному обліку [21].

ГЕПАТИТИ.

Питання гепатитів у роки Другої світової війни залишалось складним як з питань етіології, так і з питань класифікації. Не дивлячись на те, що вірусна природа гепатитів була уже відома, але три відомі нам сьогодні форми гепатитів часто змішувались, чітко не розділялись як окремі нозологічні форми. Мова йде про сучасні вірусний гепатит А, вірусний гепатит В та лептоспіроз (хвороба Вейля). На той час збудник вірусних гепатитів не був

ідентифікований, було встановлено тільки, що це фільтр- вірус, відкритий вірусологами Д.Фіндлеєм та Мак Коллумом у 1938 році. Ідентифікація вірусів гепатитів була встановлена значно пізніше – у 70-80-ті роки ХХ ст. У 30-40 роки стали розрізняти тільки гепатити, що розвивались після щеплень (описано багато випадків після щеплення від жовтої гарячки, лихоманки паппатачі тощо) та мали тривалий інкубаційний період, від гепатиту, що розвивався фекально-оральним шляхом через забруднену воду та харчові продукти з коротким інкубаційним періодом. У роки війни уже чітко стали виділяти з групи гепатитів лептоспіроз (хвороба Вейля). Подібне уявлення про гепатити зберігалось досить довго. Навіть у 70-ті роки, за рекомендацією ВООЗ, під терміном «вірусний гепатит» мали на увазі два захворювання, що мали суттєві епідеміологічні, клінічні та інші відмінності: гепатит А (вірус гепатиту А відкрив С.Фейнстоун у 1973р.), що мав більше 40 синонімів (хвороба Боткіна, інфекційний гепатит, епідемічний гепатит, катаральна жовтяниця та ін.), та гепатит В, що також мав велику кількість синонімів (сироватковий гепатит, парентеральний гепатит, посттрансфузійний гепатит, прищеплювальна жовтяниця та ін.). Іще пізніше «гепатитна азбука» була розширена за рахунок відкритих нових збудників вірусних гепатитів (С, Д, Е, F, G, та ін.).

Але повернімося до воєнних років. В.М.Коган-Ясний, підбиваючи підсумки своїх спостережень за хворими на гепатит у воєнні та перші післявоєнні роки у праці «Современные представления об острых гепатитах» (Врачебное дело, 1949, №1) запропонував класифікацію гострих гепатитів, поділився своїм досвідом діагностики та лікування захворювання. Нижче ми наводимо його класифікацію, зауваживши лише, що під вірусними гепатитами – хворобою Боткіна, він мав на увазі два захворювання: гепатит з ентеральним шляхом розвитку (аліментарний), та гепатит з парентеральним шляхом розвитку.

Класифікація гострих паренхіматозних гепатитів (по В.М.Когану-Ясному, 1949):

Інфекційні.

Первинні: а) вірусні – хвороба Боткіна (у тому числі аліментарна); б) іктеро-геморагічні спірохетози (лептоспірози) – хвороба Вейля.

Вторинні: а) токсико-інфекційні: аліментарні (птомайні), малярійні, тифо-паратифозні, септичні, пневмонічні; б) травматичні.

Токсичні.

Екзогенні: жовтяниці, обумовлені різними отруєннями (фосфором, грибним ядом, неосальварсаном тощо).

Ендогенні: при Базедовій хворобі, виразковій хворобі, панкреатитах, колітах тощо.

Етіопатогенез епідемічних гепатитів В.М.Коган-Ясний розглядав таким чином: фільтр-вірус попадає в організм людини через шлунково-кишковий тракт із забрудненими харчами чи водою, рідше – через носоглотку. Інкубаційний період в середньому 4 тижні, хоча міг затягуватися і до 2-3 місяців.

Спершу захворювання супроводжувалися лихоманкою та іншими симптомами інфекції, зокрема змінами зі сторони крові. У подальшому захворювання проявлялось, головним чином, ураженням печінки (жовтяниця, гепатомегалія, гіпербілірубінемія та ін.). Позапечінкові зміни розвивались як наслідок гепатиту. Одні з них залежали від гіпербілірубінемії (підвищення тонусу блукаючого нерва і зв'язані з цим брадикардією, гіпотонією, свербіжом); другі симптоми – від функціональної недостатності печінки, наприклад, підвищена кровоточивість, нервові та мозкові явища; треті симптоми – проявлялись у вигляді реакції на ураження печінки, наприклад, збільшення селезінки, зміни зі сторони крові.

Найбільш несприятливий перебіг захворювання полягав у розвитку картини гострої або під гострої жовтої дистрофії печінки, які зовні проявлялись синдромом церебральних порушень: блювота, судоми, збудження з подальшим переходом у коматозний стан, втратою рефлексів. Другим важливим проявом жовтої дистрофії печінки було зменшення її

розмірів за рахунок виникнення ділянок пом'якчення. Як правило, цей симптом спостерігався за декілька днів перед смертю хворого. Третій прояв дистрофії – токсичне ушкодження різних органів: міокарда, стінок судин, кісткового мозку, слизової шлунково-кишкового тракту, нирок, підшлункової залози, яке супроводжувалось важкими розладами їх функцій.

З точки зору функціональної діагностики В.М.Коган-Ясний важливого значення надавав динамічній протромбіновій пробі (зміна протромбінового числа під впливом навантаження вікасолем), що була запропонована у його клініці Р.М.Гланц та С.П.Рабінович.

При лікуванні гострих гепатитів важливе значення надавалось режиму: спокій, тепло, ізоляція хворих в окремих палатах, дієтичне харчування: їжа переважно вуглеводиста, жири та білки – обмежено, достатня кількість вітамінів (С, група В, А, К). З медикаментозного лікування важливим вважалось введення великої кількості слабих розчинів глюкози (5-8% від 5 до 8 літрів на добу) у поєднанні з інсуліном. Глюкоза вводилась через назогастральний зонд протягом 3-5 і більше днів. При сильних головних болях, що виникали внаслідок інтоксикації та можливого ураження мозку, необхідними були огляд невропатолога і виконання люмбальної пункції. При важкій інтоксикації обов'язковими були внутрішньовенні крапельні вливання ізотонічного розчину 5% глюкози, або розчину №28 Ленінградського інституту переливання крові.

Варто зазначити, що Віктор Мойсейович, на початку своєї статті щодо гепатитів у роки війни, відмітив внесок українських вчених у розвиток вчення про це захворювання – головного терапевта Чорноморського флоту професора М.О.Ясиновського, армійського терапевта Н.Б.Щупака, вихованця Харківського медичного інституту В.М.Жданова – видатного вірусолога зі світовим ім'ям [22].

Література

1. Коган-Ясный В.М. Современные проблемы терапии и клиники внутренних болезней в период Великой Отечественной войны// Врачебное дело – 1944 - № 12 – с.5-10.
2. Коган-Ясный В.М. Дистрофические состояния организма и борьба с ними// Врачебное дело – 1945 - № 1-2 – с.44-54.
3. Палладин А.В., Палладина Л.И., Горюхина Т.А. и др. Биохимия алиментарной дистрофии// Врачебное дело – 1945 - № 11-12 – с. 545-548.
4. Егонян Е.Я., Иосикоап В.М. О лечении дистрофических состояний (преимущественно пеллагры) азотнокислой солью никотиновой кислоты// Врачебное дело – 1945 - № 1-2 – с.22-24.
5. Научная жизнь. Третья Всесоюзная витаминная конференция// Врачебное дело – 1945 - № 1-2 – с. 89-90.
6. Молчанов Н.С. Военно-полевая терапия. – Л., 1961 – с. 228-229.
7. Мухин Н.А. Е.М.Тареев и проблемы артериальной гипертензии//Фарматека – 2010 - № 12 – с. 12-17.
8. Альбов Н.А., Каневский Г.Л., Спивак Р.Я. Всесоюзная гипертоническая конференция на пленуме главных республиканских терапевтов// Врачебное дело – 1949 - №6 – с.562.
9. Спивак Р.Я. Экспериментальная гипертония, полученная введением сыворотки крови больных гипертонией// Врачебное дело – 1946 - № 11-12 – с. 342-344.
10. Воронов Я.К. Переливание крови от больных гипертонией больным Аддисоновой болезнью// Врачебное дело – 1946 - № 11-12 – с.915-920.
- 11.Ланг Г.Ф. Достижения советской кардиологии за 25 лет// Клиническая медицина – 1942 - №11-12 – с. 30.
12. Коган-Ясный В.М. Об артефициальных гипертониях и нейрогуморальных факторах// Врачебное дело – 1946 - № 11-12 – с. 793-800.
13. Шулутко Б.И. К трактовке термина «ленинградская блокадная гипертония»// Врачебное дело – 1946 - №11-12 – с. 815-818.
14. Коган-Ясный В.М. Консервативное лечение язвенной болезни// Вестник хирургии – 1935 – том 31 – с. 92-94.
15. Коган-Ясный В.М. Язвенная болезнь, ее распространение, особенности течения и лечения. В кн.: Труды первой окружной конференции госпиталей харьковского военного округа. 25-28 декабря 1944 г. Ответ. Ред.. Н.С.Соколов. – Харьков, 1946 – с.71-79.
16. Передельский С.А. Ранняя диагностика пилородуоденальных стенозов при язвенной болезни// Врачебное дело – 1946 – № 1 – с.27-32.
17. Грабенко И.К. Лечение язв желудка и двенадцатипалой кишки порэнтеральным введением лаковой крови// Врачебное дело – 1945 - №7-8 – с. 331-333.
18. Орлова А.П. Антитретикальная сыворотка как метод стимулирующей терапии при язвенной болезни// Врачебное дело – 1944 - №12 – с.39-42.
19. Коган-Ясный В.М. Некоторые особенности клиники и терапии язвенной болезни военного времени// Клиническая медицина – 1944 - №4 – с. 12-15.
20. Коган-Ясный В.М., Коган С.А. Отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни// Врачебное дело – 1948 - № 1 – с.39-48.
21. Гельфгант И.И., Богуславская Т.В. 13 Всесоюзный съезд терапевтов// Врачебное дело – 1948 - № 1 – с. 88-89.
22. Коган-Ясный В.М. Современные представления об острых гепатитах// Врачебное дело – 1949 - № 1 – с. 27-34.