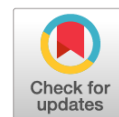


DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ643557>

EDN: TSJDHE



Проблемы клиники внутренних болезней в годы Великой Отечественной войны и раннее послевоенное время: листая исторические страницы журнала «Советская медицина»

С.Н. Котляров, Е.В. Маркова✉

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Введение. Отечественная медицинская наука имеет богатую историю, основанную на вкладе значительного числа ученых и клиницистов. Великая Отечественная война серьезно повлияла на организацию медицинской помощи и подготовку медицинских кадров. Важно отметить, что, несмотря на все сложности, научные исследования и публикации в ряде медицинских журналов не прекращались в годы войны, в том числе в журнале «Советская медицина».

Цель. Определить наиболее распространенные проблемы клиники внутренних болезней за период Великой Отечественной войны и первый послевоенный год.

Были проанализированы публикации журнала «Советская медицина» за период с 1941 по 1946 годы. За изучаемый период советскими медиками рассматривались вопросы использования новых методов исследований (рентгенологический, эндоскопический), а также различные аспекты этиологии, патогенеза, клинических проявлений и лечения многих терапевтических заболеваний. Наиболее часто публиковались работы, посвященные лечению пневмонии, гипертонической болезни, ревматизма, инфекционных заболеваний.

Заключение. В период Великой Отечественной войны терапевтическая наука продолжила своё развитие. Среди наиболее часто описываемых патологий встречаются инфекционные заболевания, ревматизм, пневмонии, сердечно-сосудистые заболевания, поражения желудочно-кишечного тракта, почек, опухоли.

Ключевые слова: Великая Отечественная война; советское здравоохранение; история медицины; военная медицина; советская медицина; ревматизм; Ермольева.

Как цитировать:

Котляров С.Н., Маркова Е.В. Проблемы клиники внутренних болезней в годы Великой Отечественной войны и раннее послевоенное время: листая исторические страницы журнала «Советская медицина» // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2025. Т. 33, № 2. С. 303–316. DOI: 10.17816/PAVLOVJ643557 EDN: TSJDHE

DOI: <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ643557>

EDN: TSJDHE

Problems of the Clinic of Internal Medicine during the Great Patriotic War and the Early Postwar Period: Leafing Through the Historical Pages of the Journal 'Soviet Medicine'

Stanislav N. Kotlyarov, Elena V. Markova✉

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation

ABSTRACT

INTRODUCTION: Domestic medical science has a rich history based on the contribution made by a considerable number of scientists and clinicians. The Great Patriotic War had a serious impact on the organization of medical care and training of medical personnel. It is important to note that despite all the difficulties, scientific research and publications in medical journals did not stop during the war years, including publications in the journal 'Soviet Medicine'.

AIM: To determine the most common problems of the clinic of internal medicine during the Great Patriotic War and in the first postwar year.

Publications of the journal 'Soviet Medicine' for the period from 1941 to 1946 were analyzed. During the period under study, Soviet physicians addressed issues of using new examination methods (radiological, endoscopic), as well as various aspects of etiology, pathogenesis, clinical manifestations and treatment of many therapeutic diseases. The most frequently published works were on the treatment of pneumonia, essential hypertension, rheumatic fever, infectious diseases.

CONCLUSION: In the period of the Great Patriotic War, the therapeutic science continued its development. Among the most frequently described pathologies were infectious diseases, rheumatic fever, pneumonia, cardiovascular diseases, diseases of the gastrointestinal tract, kidneys, and tumors.

Keywords: Great Patriotic War; Soviet healthcare; history of medicine; military medicine; Soviet medicine; rheumatic fever; Ermolyeva.

To cite this article:

Kotlyarov SN, Markova EV. Problems of the Clinic of Internal Medicine during the Great Patriotic War and the Early Postwar Period: Leafing Through the Historical Pages of the Journal 'Soviet Medicine'. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2025;33(2):303–316. DOI: 10.17816/PAVLOVJ643557
EDN: TSJDHE

ВВЕДЕНИЕ

Терапия является одной из основополагающих областей медицины. В год 80-летия Победы представляет немалый интерес медицинская терапевтическая наука периода Великой Отечественной войны. Важно отметить, что на тот период времени терапия была очень обширной областью медицины, так как отдельных специальностей, таких как кардиология или пульмонология, еще не было, а терапевт занимался диагностикой и лечением всех терапевтических больных.

Период до начала войны был связан с интенсивным развитием медицины: строились новые больницы и амбулатории, внедрялись новые методы диагностики и лечения [1, 2]. Это требовало и развития медицинской науки и образования. За короткий период времени вместо 13 высших медицинских учебных заведений с 8 500 студентов в 1913 году перед началом Великой Отечественной войны в 1941 году в стране насчитывалось уже 72 высших учебных медицинских заведения со 115 тысяч студентов в них (не считая Прибалтики). Вследствие этого значительно выросло и число врачей. Действительно, вместо 19 800 врачей в дореволюционной России к началу 1941 года в Союзе Советских Социалистических Республик (СССР) работало уже более 140 тысяч врачей. Только за годы Великой Отечественной войны высшие медицинские учебные заведения страны выпустили свыше 60 тысяч молодых специалистов [3]. Однако еще интенсивнее был рост численности среднего

медицинского персонала: в 1913 году по данным специальностям работали 46 тысяч человек, а в 1940 году уже 472 тысяч человек. В 1940 году в стране насчитывалось 990 средних медицинских учебных заведений с более чем 220 тысяч обучающихся [4].

Таким образом, за период трех десятилетий, предшествовавших Великой Отечественной войне, значительно выросло количество студентов, учреждений медицинского образования и научных кадров, которые способствовали росту научных исследований и их публикаций. В связи с таким интенсивным развитием медицины значительно возросла потребность в получении знаний медицинскими работниками, вследствие чего медицинские научные журналы успешно выполняли эту функцию. К началу Великой Отечественной войны в Советском Союзе выпускалось множество научных медицинских журналов как по фундаментальным, так и по клиническим дисциплинам, а также междисциплинарные клинические журналы. Часть журналов приостановили выпуски в период войны, но ряд изданий продолжили публикации.

Цель — проанализировать наиболее распространенные проблемы клиники внутренних болезней за период Великой Отечественной войны и первый послевоенный год по данным публикаций в журнале «Советская медицина» за период с 1941 по 1946 годы, имеющихся в архиве библиоцентра Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова (табл. 1).

Таблица 1. Выпуски журнала «Советская медицина» за 1941–1946 годы, включенные в анализ

Table 1. Issues of the journal 'Soviet Medicine' for 1941–1946 included in the analysis

Год (периодичность)	Выпуски журнала, включенные в анализ
1941 (выходит два раза в месяц)	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13-14, 15-16, 17-18
1942 (выходит один раз в месяц)	1-2, 5-6, 7, 8, 9, 10, 11-12
1943 (выходит один раз в месяц)	2-3, 9, 10, 11-12
1944 (выходит один раз в месяц)	1-2, 4-5, 6, 7-8, 9, 10-11, 12
1945 (выходит один раз в месяц)	1-2, 3, 4-5, 7-8, 9
1946 (выходит один раз в месяц)	1-2, 3, 4, 5-6, 7, 8-9, 10, 11, 12

Журнал «Советская медицина» издавался с 1937 по 1992 годы. За анализируемый период издание затрагивало вопросы теоретической и практической медицины, публиковало статьи об успехах советской науки, системе здравоохранения. Содержание журналов показывает, что публиковались статьи, посвященные профилактическим и лечебным мероприятиям среди населения, раненых, работе госпиталей. Особое внимание уделялось результатам научных исследований, важных для улучшения дальнейшей работы.

Авторами статей были государственные руководители, видные научные работники, сотрудники сферы медицинского обслуживания населения. Помимо описания актуальных вопросов медицины, в журнале систематически публиковались *рецензии на выпускаемые в свет медицинские издания, указатели литературы по важнейшим проблемам медицинской теории и практики, рефераты из иностранной литературы, истории медицины, биографии известных врачей и деятелей медицины*. Таким образом, к началу Великой Отечественной

войны журнал освещал многие ключевые аспекты медицины. В таблице 2 приведен план журнала на 1941 год, размещенный редакцией в номере 3.

Данные темы не только были актуальны на период начала войны, но и не потеряли своего значения в последующие военные годы. Вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи во время Великой Отечественной войны, были описаны во многих областях: *хирургии, ортопедии и травматологии, инфекционных болезнях* и т.д. Особое место уделялось реабилитации бойцов в военные и мирные годы. Остро стояли вопросы, касающиеся *гемотрансфузий, раневого процесса*. Важное значение было отведено *способам обработки инструментария, применению новых технологий*, в том числе вызванных военной необходимостью (рис. 1).

Среди терапевтических проблем в период Великой Отечественной войны освещались различные вопросы, в том числе обсуждались доступные на тот момент методы диагностики. Доцент Я.Г. Эдельман подчеркивал *значимость физикальных методов исследования и клинического мышления* [5], что на сегодняшний день также не потеряло своей актуальности. Свою методику обследования больных при заболеваниях желудочно-кишечного тракта представил также заслуженный деятель науки, профессор, директор клиники лечебного питания Института питания Академии медицинских наук, заведующий кафедрой лечебного питания Центрального института усовершенствования врачей М.И. Певзнер, который известен как основатель диетотерапии и инициатор внедрения лечебного питания в лечебно-профилактические учреждения нашей страны [6]. В своей статье автор акцентирует внимание на совершенствовании физикальных методов исследования, что в большинстве случаев дает возможность поставить предположительный правильный диагноз, который подтверждается далее данными инструментального исследования (рентгенологическое, анализ желудочного сока и кала, ректоскопия и гастроскопия).

Профессор Б.П. Кушелевский из факультетской терапевтической клиники Свердловского мединститута описывает некоторые клинические характеристики систолического шума, который на то время учитывался при прохождении комиссии на пригодность к военной службе. В своей статье он анализирует характеристики различных аускультативных феноменов и предлагает внедрить в практику медицинской экспертизы *понятие о систолическом шуме как физиологическом феномене* [7].

Помимо физикальных методов исследования при постановке диагноза широко применялись инструментальные методы исследования, такие как гастроскопия, ректоскопия, рентгеновские методы исследования [8–11]. Рентгеновским методам исследования уделялось много внимания, в том числе описывалось развитие рентгенологической службы в довоенные

годы, что стало возможно благодаря широкому участию отечественных ученых в изучении природы рентгеновских лучей и конструированию рентгеновских аппаратов [10]. Проблема лабораторных исследований также имела существенное значение в тот период. Уделяется внимание лабораторным исследованиям крови [12], описан новый прибор для определения поверхностного натяжения мочи [13]. В 1941 году профессор И.А. Кассирский в своей статье «О картине крови» обсуждал клиническое значение анемий, необходимость учета ее гипохромности или гиперхромности, размера эритроцитов. Особое внимание он уделял лейкоцитам и «лейкоцитарному профилю», для анализа которого предлагалось в таблице в разных столбцах выделить нейтрофилы, лимфоциты, эозинофилы и базофилы с диапазоном нормальных значений. «Соединив в каждом столбце точки, поставленные в местах, соответствующих абсолютному количеству того или иного вида лейкоцитов, получаем ломаную линию, которая и представляет собой лейкоцитарный профиль... Нормальный лейкоцитарный профиль у взрослого — остроконечный с наивысшей точкой в столбце нейтрофилов и крутым спуском к лимфоцитам» [12]. Лейкоцитарная формула по И.А. Кассирскому, представленная в этой и последующих работах ученого, хорошо известна каждому клиницисту и сегодня.

Среди терапевтических проблем активно обсуждаются вопросы диагностики и лечения пневмонии [11, 14], бронхиальной астмы и бронхоэктатической болезни [15]. Крупозная пневмония в условиях военного времени являлась серьезной проблемой. Было отмечено ее более тяжелое течение, она чаще встречалась у мужчин, протекала у них тяжелее, чем у женщин; смертность у мужчин также была выше. В условиях военного времени значительно преобладала верхнедолевая локализация пневмонии. При этом заболевание чаще протекало ареактивно или субреактивно. Наблюдался большой процент тяжелых случаев с выраженными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы в виде значительного снижения артериального давления, несоответствия пульса с температурой, с изменением паренхиматозных органов (альбуминурия, гематурия, увеличение печени), а также центральной нервной системы. Отмечалось увеличение продолжительности процесса в целом в связи с затяжным наступлением кризиса, удлинением периода выздоровления, а также большим числом осложнений (медленное разрешение, туберкулез — 6,2%, абсцедирование — 0,9% и др.). Арсенал средств для лечения пневмонии был очень ограничен и включал сульфидин, который был эффективен при раннем начале лечения [11, 14]. Важно отметить, что сульфидин или сульфапиридин был синтезирован в 1937 году на кафедре органической химии Уральского индустриального института под руководством профессора И.Я. Постовского, а в 1942 году, учитывая доступные

Таблица 2. План журнала «Советская медицина» на 1941 год (орфография и пунктуация приведены в оригинальной редакции)

Table 2. Plan of the journal 'Soviet Medicine' for 1941 (spelling and punctuation are given in the original version)

Разделы журнала	Тематика публикаций
I. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ	1. Сыпной тиф, брюшной тиф и паратиф, дизентерия, коклюш, скарлатина, дифтерит, корь, грипп, анаэробные инфекции, ранняя их диагностика, профилактика, химиотерапия 2. Туберкулез. Коллапсотерапия, химиотерапия, профилактическая вакцинация БЦЖ, раннее выявление туберкулеза и клиника разных форм, особенно у детей и подростков 3. Бруцеллез. Клиника и лечение, ранняя диагностика 4. Ревматизм (болезнь Буйо). Инфекционные и другие артриты 5. Малярия: борьба с малярией на водохранилищах; лечение малярии 6. Сердечно-сосудистые расстройства: грудная жаба, инфаркты миокарда, гипертоническая болезнь 7. Болезни почек: брайтова болезнь (диетотерапия, трудоспособность; профилактика). Расстройства мочеиспускания 8. Злокачественные новообразования. Ранняя их диагностика 9. Острые и хронические пневмонии. Лечение 10. Гепатиты, холециститы. Диетотерапия болезней печени 11. Пищевые токсикоинфекции 12. Гельминтозы. Методы ликвидации их очагов 13. Туляремия. Клиника, профилактика и терапия 14. Шок. Лечение его 15. Переломы и вывихи. Огнестрельные ранения костей и суставов 16. Лечение ран. Остеомиелиты. Активная профилактика анаэробных раневых инфекций. Лечение отдаленных осложнений ран. Восстановительная хирургия 17. Травматология. Методы активной профилактики и правильного лечения травматических повреждений военного, промышленного и сельскохозяйственного характера. Методы ускорения трудоспособности при травмах 18. Вопросы наркоза и обезболивания 19. Витамины. Гипо- и авитаминозы; витаминотерапия 20. Заболевания периферических нервов. Нервные осложнения хронических инфекций 21. Ротовой сепсис. Стоматиты. Челюстно-лицевая хирургия 22. Пиодермия. Туберкулез кожи. Грибковые заболевания. Экзема 23. Травма органов слуха. Острые заболевания уха при инфекционных заболеваниях. Острые стенозы гортани. Тонзиллиты 24. Вопросы акушерства и гинекологии 25. Трахома. Кератиты и конъюнктивиты. Травматические повреждения глаз 26. Эндокринные расстройства. Эндемический зоб. Гипертиреоз 27. Переливание крови. Кислородная терапия. Химиотерапия, гормональная терапия, физиотерапия, курортное лечение 28. Врачебные ошибки (диагностические и лечебные) 29. Сифилис и гонорея 30. Сепсис 31. Важнейшие вопросы физиологии и общей патологии
II. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	1. План работы сельского врачебного участка 2. Работа фельдшерского пункта 3. Работа акушерского пункта 4. Колхозный родильный дом 5. Колхозные детские ясли 6. Работа консультации 7. Организация противозидемической и санитарной службы в районе 8. Общий план мероприятий по борьбе с детской заболеваемостью и смертностью 9. Работа патронажной сестры на селе 10. Организация борьбы с сыпным тифом 11. Организация борьбы с брюшным тифом, с летними детскими поносами и т.д. 12. Дезинфекционное дело 13. Водоснабжение (санитарный надзор) 14. Санитарное благоустройство села (бани, школы) 15. Работа общественного актива на селе 16. Организация медицинской работы в период летних полевых работ 17. Работа секции здравоохранения при советах депутатов трудящихся 18. Учет и отчетность сельского врачебного участка 19. Проектно-сметное дело, строительство и ремонт лечебно-профилактических учреждений 20. Санитарный пищевой контроль 21. Санпросветработа на селе

III. ВОЕННО-САНИТАРНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Оказание первой и квалифицированной помощи на различных этапах эвакуации больных и раненых
2. Примерные схемы работ отдельных госпиталей различных зон действия
3. Санитарная авиация
4. Вопросы эпидемиологии военного времени
5. Передвижная лаборатория и возможности ее использования
6. Служба ПВХО в больницах и госпитале, промышленных объектах села и города
7. Виды газобезопасности, бомбоубежищ, их расчеты и назначения
8. Исследование пищевых продуктов на зараженность отравляющими веществами
9. Самопомощь и взаимопомощь в бою и на производстве
10. Санпросветработа по санхимобороне. Инструктивный материал для подготовки кадров

КЛЕТЧАТКА СТЕБЛЯ ПОДСОЛНУХА КАК ЗАМЕНИТЕЛЬ ГИГРОСКОПИЧЕСКОЙ ВАТЫ И МАРЛИ¹

Б. Ф. СМЕТАНИН

Старший врач районной больницы Алексеевского района Татарской АССР

Учитывая большую капиллярность клетчатки стебля подсолнуха, я начал применять ее для перевязок гнойных ран в 1942 г. в 31 (нач. — капитан медицинской службы Х. Г. Ибрагимов), а с 1943 г. в хирургическом отделении Алексеевской больницы.

Клетчатку стебля подсолнуха очищают от корки стебля, измельчают ножом или ножницами и закладывают в про- стерилизованные марлевые мешочки различной величины, которые накладывают на рану поверх нескольких марлевых салфеток вместо ваты. Мелкие кусочки стебля, пропитываясь отделяемым раной, пабухают, оставляя бинт повязки сухим. Раздражающего действия на рану такая повязка не оказывает.

Подсолнечник (*Helianthus annuus*) — растение из семейства сложноцветных. Корень и стержневая стебель его выполнены рыхлой сердцевинкой. Стебель подсолнуха используют для получения низких сортов бумаги; богатая калием зола стебля и корня используется для получения поташа и идет на удобрение.

4 Советская медицина, № 7—8

25

При микроскопическом исследовании клетчатка стебля подсолнуха представляется состоящей из отдельных крупных клеток, которые хорошо впитывают жидкость, адсорбируют плотные части (гной, раствор краски) на периферии своей.

Чтобы оценить всасывающую способность клетчатки стебля подсолнуха по сравнению с таковой других наиболее распространенных перевязочных материалов, мы произвели следующий простой опыт. Взяли по 100 мг наиболее часто употребляемых перевязочных материалов и поместили их в воду до полного насыщения. При этом оказалось, что клетчатка стебля подсолнуха (измельченная) для полного насыщения требует несколько больше времени, чем другие перевязочные материалы, но поглощает воду в значительно большем количестве (см. таблицу всасывающей способности некоторых перевязочных материалов).

¹ Доложено на заседании общества хирургов Татарской АССР в феврале 1944 г. и на съезде участковых врачей Татарской АССР 23.IX.1944 г.

СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА № 7—8 1945 г.

Сравнительная таблица
всасывающей способности некоторых перевязочных материалов

Название материала	Первоначальный вес в мг	Время, потребное для полного насыщения водой	Вес после полного насыщения в мг
Марля гигроскопическая	100	1—2 секунды	850
Вата	100	12 секунд	2 000
Лигвин	100	1—3 секунды	1 500
Мох	100	3—4 минуты	1 200
Клетчатка подсолнуха куском . .	100	2—5 минут	1 600
» » измельченная	100	2—4 минуты	2 500

Эти качества клетчатки стебля подсолнуха очень ценны для любой повязки, в том числе и для асептической. Обладающая большим пределом насыщения жидкостью, клетчатка подсолнуха создает условия постепенного, по мере его образования, всасывания отделяемого раны, хорошо предохраняет от пропитывания раневым отделяемым бинт повязки, дает значительную экономию марли и ваты.

Клетчатку стебля подсолнуха можно применять при перевязках ран наравне со всеми общепринятыми перевязочными материалами.

В условиях сельскохозяйственных районов клетчатка подсолнуха может быть заготовлена в достаточном количестве.

Рис. 1. Фотография статьи Б.Ф. Сметанина «Клетчатка стебля подсолнуха как заменитель гигроскопической ваты и марли» из журнала «Советская медицина», № 7-8, 1945 г.

Fig. 1. Photo of the article by B. F. Smetanin 'Sunflower stem fiber as a substitute for absorbent cotton wool and gauze' from the journal 'Soviet Medicine' No. 7-8, 1945.

клинические данные о его эффективности, начали промышленное производство сульфидина на Свердловском химико-фармацевтическом заводе [16]. Действительно, опыт применения сульфидина для лечения крупозной пневмонии и бронхопневмонии был еще в период зимней войны с Финляндией 1939–1940-х годов. В то время, по данным публикации 1941 года М.А. Стригина из военно-медицинского госпиталя, применение сульфидина позволило избежать летальных исходов при крупозной пневмонии, хотя до такой терапии смертность составляла 6,9% [11].

Среди респираторных проблем также уделялось внимание и бронхиальной астме. Для купирования тяжелых приступов бронхиальной астмы предлагались инъекции адреналина или атропина в комбинации с внутримышечными инъекциями 25%-го раствора сернокислой магнезии [15].

Широко были освещены вопросы кардиологии, в том числе ревматизм. Диагностика ревматических поражений имела определенные успехи, но с лечением были проблемы. Основным лекарственным средством был салициловый натрий, применение которого *«оказывало хорошие эффекты на полиартрит, но не на ревматический процесс в сердце»*, в частности на развитие пороков. Предполагалось длительное применение салицилатов, в том числе в виде комбинации приема их внутрь и внутривенно, а также дополнительное назначение пирамидона, анальгетика и антипиретика из группы пиразолонов, обладающего анальгетическим, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Этиология ревматизма на тот период времени была еще не известна, но уже было понятно, что его развитие связано с перенесенной накануне ангиной. В этой связи предлагалось уделить внимание случаям ангины, улучшить их выявление и наладить динамическое наблюдение, особенно ангин у пациентов, уже имевших ревматические атаки в анамнезе. Обсуждается также опыт американских врачей по применению стрептоцида при стрептококковой инфекции зева у пациентов с ревматизмом для профилактики его рецидивов [17]. Еще одной частой причиной поражений сердца кроме ревматизма был *сифилис, который, по данным профессора И.М. Рыбакова в статье 1941 года, был причиной 10% сердечных больных*, в том числе поражений аорты и крупных сосудов, повреждений миокарда [18]. Обсуждая «Некоторые вопросы лечения сердечно-сосудистых больных», профессор И.М. Рыбаков предлагал для лечения острой сердечной недостаточности применять строфантин, кофеин и камфору. Для лечения хронической сердечной недостаточности рекомендовалось применить «разгрузочный режим», например *«ограничение пищевого и водного режима, хорошего опорожнения кишечника, постельного режима, ограничения*

диеты в смысле белков и жиров, чтобы создать фон, при котором наиболее эффективно действуют кардиотонические средства. В дальнейшем методом выбора является дигиталисовая терапия, которая дает... в большинстве случаев замечательный эффект...» [18]. Применять дигиталис предполагалось 10 дней, в течение которых должен быть получен терапевтический эффект, затем предлагался перерыв на разгрузочный режим, и терапия дигиталисом могла быть продолжена. При хронической сердечной недостаточности с сердечной астмой предлагалось делать кровопускание (особенно при сочетании с гипертонией), применять морфин с кофеином подкожно и последующую дигитализацию с внутривенным вливанием глюкозы [18].

Терапия гипертонической болезни была еще одной важной проблемой, так как на тот момент отсутствовали эффективные антигипертензивные препараты [19, 20]. По данным доктора медицинских наук А.М. Сигала, случаи выздоровления от гипертонической болезни были очень редкими, а чаще встречались ее «транзиторные формы», предшествующие стойкой постоянной форме. Для лечения предлагалась диетотерапия и ограничение принимаемой жидкости. Применялись также седативные препараты [19]. В статье «Клиническое наблюдение над гипотензивным действием карбохолина и сальсолина» в 1941 году коллективом авторов кафедры поликлиники внутренних болезней Первого Московского медицинского института были описаны результаты применения новых препаратов карбохолина и сальсолина, а также описана эффективность известных на тот момент препаратов. Ведущая роль, по мнению авторов, отводилась бромидам, которые *«в достаточной дозировке оказывают не только благотворное симптоматическое действие, но влияют также и на сам уровень кровяного давления...»* [20]. Для лечения также применялся хлоралгидрат, люминал, наибольшей популярностью пользовались диуретики. Папаверин и атропин могли назначаться *«как дополнительное средство для предупреждения или уменьшения уже имеющихся тех или иных регионарных сосудистых спастических явлений»* [20]. По мнению авторов, заслуживает внимание применение аспирина при лечении гипертонии в качестве «сосудорасширяющего средства». Сальсолин — алкалоид, выделенный из среднеазиатского растения, солянка Рихтера (лат.: *Salsola Richteri*), обладает успокаивающим влиянием на центральную нервную систему и вызывает расширение кровеносных сосудов благодаря снижению тонуса сосудодвигательного центра. Сальсолин и близкий к нему по строению сальсолидин были выделены А.П. Ореховым в 1933–1935 годах и на долгие годы в виде хлоралгидратов вошли в арсенал средств для лечения гипертонии. Интересно, что академику А.П. Орехову, посвятившему научную жизнь изучению

алкалоидов, в 1935 году была присвоена ученая степень доктора химических наук без защиты диссертации¹.

Профессор Я.Ю. Шпирт (Фрунзенская терапевтическая клиника и клиническая база отдела общей патологии Всесоюзного Института Экспериментальной Медицины) приводит методику лечения гипертонической болезни магниальным паранефральным блоком [21]. В статье приведена классификация трех стадий гипертонической болезни: первая — начальная, вторая — нервно-висцеральная и третья — инволюционная. Автор отмечал, что «несмотря на громадное количество предложенных методов и способов лечения, в отношении терапии гипертонической болезни существует в значительной степени скептицизм. Это объясняется тем, что, по мнению большинства авторов, в начальной стадии все средства эффективны, так повышение давления может в ряде случаев спонтанно исчезнуть, в то время как при развернутой картине заболевания артериальное давление под влиянием медикаментозной терапии снижается лишь кратковременно и обходится это снижение весьма дорогой ценой — ослаблением левого желудочка. В так называемой «терминальной стадии» лечение безнадежно» [21]. Учитывая ведущую роль нервного компонента в генезе и в течении заболевания, а также низкую эффективность лечения, авторы предложили терапевтическое вмешательство в виде непосредственного воздействия на нервную систему путем введения в паранефральную область 100 см³ 1%-го раствора сернокислой магнезии в основном однократно. При длительном применении сернокислой магнезии (*per rectum*, подкожно, внутримышечно или внутривенно) наступало субъективное улучшение, хотя гипотензивный эффект оказывался лишь кратковременным и незначительным. Предлагаемый метод лечения имел множество ограничений и объективно не являлся успешной терапевтической стратегией.

Значительная часть публикаций затрагивает вопросы профилактики заболеваний туберкулезом, сыпным тифом, брюшным тифом, малярией и другими опасными инфекциями в условиях военного времени. Так, Н.А. Кост указывал на необходимость борьбы с желудочно-кишечными заболеваниями и призывал больше внимания уделять районам, где размещено много эвакуированного населения [22, 23]. Уделяется внимание и мультидисциплинарным проблемам, например субфебрилитету. Так, профессор Б.С. Бредво, обсуждая субфебрилитет, предлагает его рассматривать как отдельный клинический синдром. В качестве причины синдрома чаще выступают инфекционные заболевания, при этом неинфекционные субфебрилитеты автор разделял на эндокринные и вегетативные. Терапия позволяла приблизительно в 50%

всех случаев достичь положительного терапевтического эффекта [24].

Среди тем актуальных как в военное, так и в мирное время были также усиление внимания к выявлению рака, вопросы этиологии гепатитов (сальварсановые желтухи и др.) [25, 26]. Профессор А.С. Мнушкин, заведующий кафедрой госпитальной терапии Самаркандского медицинского института, приводит анализ данных по клинике и патогенезу токсического гепатита с асцитом. Данная проблема была известна клиницистам Средней Азии еще с 1931 года, но интерес к изучению данного вопроса особенно возрос в 1945 году, когда летом и осенью наблюдались значительные вспышки этого заболевания в Самаркандской области (около 500–600 человек). Как и в 1930-е годы, заболевали почти всегда целые семьи, с одинаковой тяжестью процесса у членов данной семьи. При изучении анамнеза всех заболевших выяснилось, что в 90% случаев имело место «длительное употребление горького хлеба и недоброкачественной муки» зимой 1945 года (не менее 3–4 месяцев). Кроме того, в анамнезе некоторых больных отмечалось однообразное питание с весьма низкой калорийностью пищевого рациона. Для основной массы случаев имелись общие симптомы: изменения печени (гепатомегалия), перитонеальный синдром (асцит) и функциональные нарушения со стороны печени, обнаруживаемые специальными биохимическими исследованиями. В 63% случаев наблюдался дерматит и в 55% — атрофия сосочков языка. Смертность достигала 14–16% [27].

Уделялось внимание и вопросам питания, и авитаминозам [28, 29]. Обсуждалась также патология системы органов пищеварения, например желудочная секреция при авитаминозе С [30], комбинированное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки щелочами и витамином С [31, 32]. Применение щелочей для лечения язвенной болезни служило прототипом современных антацидных средств. Специалист клиники лечебного питания Всесоюзного института питания О.Л. Гордон описывает у больных с патологией желудка гипогликемические и гипергликемические явления и их лечение [33]. Выводы, к которым приходит автор, заключаются в следующем: «В происхождении гипер- и гипогликемий играют роль ускоренное всасывание углеводов и повышенная возбудимость вегетативной нервной системы. Иногда эти синдромы являются основным нарушением, в этих случаях они могут имитировать органическое заболевание желудка, однако чаще наблюдается комбинация анатомического поражения желудка с гипер- и гипогликемией. Диета с ограничением углеводов оказывается весьма эффективной при гипер- и гипогликемических явлениях,

¹ ИСАРАН. Архивы Российской академии наук [Интернет]. Режим доступа: <https://arran.ru/isaran>. Дата обращения: 15.12.2024.

при комбинации с ограниченным поражением желудка показано применение щадящей диеты с ограничением углеводов» [33].

На страницах журнала обсуждались также подходы к лечению язвенной болезни. Уточняются вопросы о показаниях к операции пациента с язвенной болезнью с точки зрения терапевта [34]. А.Л. Мясников выделяет несколько подходов к дифференциальной диагностике и терапии калькулезных и некалькулезных холециститов: «Одной из важнейших лечебных мер служит диета. Вторым важнейшим методом лечения при хроническом холецистите и холелитиазе служит лечение минеральными водами и солями. Третий терапевтический метод — дуоденальное зондирование... К вышеописанным способам примыкает и четвертый — назначение желчных кислот или их солей в качестве желчегонных. Можно давать бычью желчь в капсулах или же назначать внутрь соли желчных кислот... Наилучшим средством служит назначение препарата из желчных кислот (дегидрофоллиевой кислоты), так называемого дехолина внутрь или же введение внутривенно... Не следует, конечно, забывать, что желчегонным эффектом обладают и многие другие препараты, как атофан, ментоловое масло, подофиллин, камфора, ревень, салицилаты. За границей широко распространены препараты, представляющие сочетание желчных кислот с различными средствами лецитином (*Bilival*), коллоидным серебром (*Choleval*), уротропином (*Felamin*). Лично мне не пришлось убедиться в том, что лечение желчными солями при холециститах прибавляет что-либо существенное к диететическому и другим обычным способам терапии. Следующую, пятую группу средств представляют препараты, действующие антиинфекционно. К числу их принадлежат уротропин, сульфаниламидные препараты и пенициллин... Следует еще упомянуть о шестой группе назначений, направленных против болей и спазмов со стороны желчного аппарата; сюда относятся препараты атропина, белладонны, опия (папаверин), морфин и пантопон... Тот же эффект дает седьмая категория лечебных назначений при холециститах — тепловые воздействия в разных видах. Тепловая терапия, кроме уменьшения болей и спазмов, полезна еще своим противовоспалительным действием... Лучше всего применять ее не в форме модных инструментальных физиотерапевтических процедур, а в виде грелок, компрессов и в особенности припарок... Наконец, важнейшим лечебным мероприятием при холецистите является, конечно, хирургическое вмешательство...» [35]. Авторы приводят успешные данные о применении холосаса при заболевании печени и желчных путей [36], бессмертника в терапии холецистопатии [37]. Холосас представляет собой экстракт плодов шиповника, долгое время использовавшийся эмпирически. В эксперименте он показал себя довольно активным средством, благоприятно влияющим

как на секреторную, так и на моторную функцию печени. Увеличение общего количества желчи, а также увеличенное содержание в ней холатов, по мнению авторов, оправдывало применение холосаса в практике при заболевании печени. Терапевтический эффект холосаса объяснялся не только изменением химического состава желчи, но и спазмолитическим влиянием на гладкую мускулатуру кишки, а также отчасти объяснялся содержанием в нем витамина С, способствующего повышению гликогена в печеночных клетках [37].

В другой статье описан опыт А.М. Шварцблата в применении отвара торментиллы при гемоколитах [38]. Речь идет об отечественном растении завязнике, или торментилле (лат.: *Tormentilla*), корень которого содержит до 15–20% вяжущих веществ. Для иллюстрации приводится следующий пример: «У больной крупозной пневмонией во время тяжелого кризиса развился не менее тяжелый гемоколит. Это грозное в тот момент осложнение пневмонии было ликвидировано буквально в течение одного дня. Гемоколит (дизентерия?), повторившийся через 7 лет у той же больной, был также излечен отваром торментиллы в течение двух дней» [38].

Среди проблем мочевыделительной системы описаны «серозиты» при заболеваниях почек [39], а также «военный нефрит» [40].

Важно отметить, что в то время практически не было современных лекарственных препаратов. В арсенале врачей были лишь некоторые группы препаратов, большинство из которых уже не используются в настоящее время. Антибиотикотерапия не была так распространена, как в сегодняшние дни. При этом внедрение новых препаратов стало возможно благодаря отечественной химико-фармацевтической промышленности. Научно-исследовательский химико-фармацевтический институт НарКомЗдрава СССР осуществил синтез ряда новых препаратов: сульфазола и метилсульфидиновых препаратов для лечения менингита, пневмонии, гонореи и т.д.; гепалона, применяемого при лечении бирмеровской анемии; витаминов и т.д. Сульфазол был идентичен зарубежным препаратам сульфаметилтиазолу, RP 146, ультрасептилу. Сульфазол — химиотерапевтический препарат, оказывающий аналогичное сульфидину терапевтическое действие при крупозной пневмонии, менингите, гонорее. Было установлено, что сульфазол оказывал специфическое терапевтическое действие на пневмококковые пневмонии, в том числе у детей грудного возраста. При менингококковом менингите сульфазол вызывал явный терапевтический эффект [41]. Метилсульфидин — химиотерапевтический препарат, оказывающий аналогичное сульфидину и сульфазолу действие при крупозной пневмонии, менингите, гонорее. Применялся в одинаковых с сульфидином дозировках [42].

В 1944 году на страницах журнала вышла статья «Пенициллин и его применение» профессора

З.В. Ермольевой, которая вместе с коллегой Л.М. Якобсон в 1943 году была удостоена Сталинской премии I степени за создание первого отечественного пенициллина. Ей вручили золотую медаль, диплом и денежное вознаграждение — 100 тысяч рублей. Полученные деньги Зинаида Виссарионовна отдала на нужды фронта, чтобы на них был построен истребитель. Самолет назвали ее именем. В статье профессор З.В. Ермольева описывает историю изучения пенициллина, начиная с того, как в 1928 году при исследовании стафилококка, выращенного рядом с колонией плесени, британским ученым А. Флемингом был выделен новый биологический агент, уничтожающий микробов. «Штамм плесени, который продуцировал агент, вызывающий это действие, был идентифицирован как *Penicillium notatum*. Фильтрат бульонной культуры этой плесени, а затем активное очищенное вещество, полученное из этого фильтрата, названо Флеммингом пенициллином. Однако эта работа прошла незамеченной... И только в связи с войной (1941–1943 гг.) Ченом, Абрагамом, Флори и др. были опубликованы детальные исследования, посвященные химии и терапевтическому действию пенициллина. У нас в Союзе отделе биохимии микробов ВИЭМ (прим. авторов: ВИЭМ — Всесоюзный институт экспериментальной медицины) было изолировано 93 штамма *Penicillium*. Как показали исследования Т.И. Балезиной, активностью обладал штамм, идентифицированный как *Penicillium crustosum*. Имевшийся в нашем распоряжении штамм *Penicillium notatum* (выделенный нами из воздуха газобомбоубежища) обладал меньшей активностью. Активное бактериостатически действующее вещество, полученное из культуральной жидкости *Penicillium crustosum*, названо нами пенициллин-крустозин. Чрезвычайно важным обстоятельством является факт воздействия пенициллин-крустозина не только на грамположительных кокков, но и на некоторых грамотрицательных бактерий (хотя и в более слабой степени). Это свойство отличает его от пенициллина Флемминга, не обладающего этим действием. Пенициллин не относится к быстро действующим антибактериальным агентам, и эффект, вызываемый им, носит преимущественно характер бактериостатический...» [43]. Клинические испытания показали эффективность применения пенициллина при сепсисе, раневых и других инфекциях.

«Столь благоприятные результаты, полученные на большом клиническом материале, вызвали необходимость заводского производства пенициллина. Технология этого производства разработана у нас в лаборатории, и в настоящее время организуется производство очищенного и сухого пенициллина ВИЭМ на двух заводах и нативного в различных участках фронта. Препарат наш апробирован в октябре 1943 г. Фармакологическим комитетом Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР» [43]. Применение отечественного пенициллина

оказало серьезную помощь в лечении инфекций в период Великой Отечественной войны (рис. 2).

«Огромное влияние на качество работы лечебных и санитарных учреждений оказал Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26.06. 1940 г. Наряду с общим повышением трудовой дисциплины, уменьшением прогулов, опозданий, резким снижением текучести отмечается также улучшение качества медицинского обслуживания больных в большинстве лечебных учреждений. В результате перестройки, проведенной на основе Указа Президиума Верховного Совета СССР, в ряде лечебных учреждений введен бригадный метод обслуживания больных: врач — сестра — санитарка; организованы дежурства по неотложной помощи; улучшено обслуживание больных в вечернее и ночное время; расширилась работа лабораторий и рентгеновских кабинетов; увеличились внутри- и внебольничные консультации и т.д.» [1].

Уделялось внимание в журнале и вопросам оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению, проводился анализ проблем городского и сельского здравоохранения. Высоко ценилась роль врача-терапевта в полевой санитарной службе [44]. На страницах журнала встречаются статьи о выдающихся личностях медицины разных эпох — Гиппократе, П.В. Постникове и др. Печатались рецензии на книги. Вопросы зарубежной прессы также не оставались без внимания советских врачей. Обзор новейших данных в гастроэнтерологии (за рубежом) опубликован в одном из номеров 1946 года [45]. Раздел «Информация и хроника» в журнале размещал информацию о совещаниях, конференциях по вопросам здравоохранения, статистические данные.

Опыт, накопленный советской медициной в годы Великой Отечественной войны, был полезен и для изменения подходов к подготовке медицинских кадров. Особый интерес представляет статья начальника главного управления медицинских учебных заведений Наркомздрава СССР А.Н. Шабанова, в которой обсуждаются реформы высшего медицинского образования, которые произошедшие в период Великой Отечественной войны. Эти изменения в будущем на многие десятилетия определили подготовку медицинских кадров в Советском Союзе, а затем и в России. В 1944 году было принято постановление Совета народных комиссаров СССР о переходе медицинских институтов с 1945 года на шестилетний срок обучения. Тогда же были внесены изменения в учебный план, которые закрепили важность изучения фундаментальных дисциплин. По новому учебному плану после второго курса студенты сдавали переводные экзамены по анатомии человека, гистологии с эмбриологией, биологической химии и физиологии. На их основе предполагалось освоение клинических дисциплин. Вводились курсы диагностики и частной патологии и терапии, истории медицины, увеличивалось количество часов на микробиологию, нервные

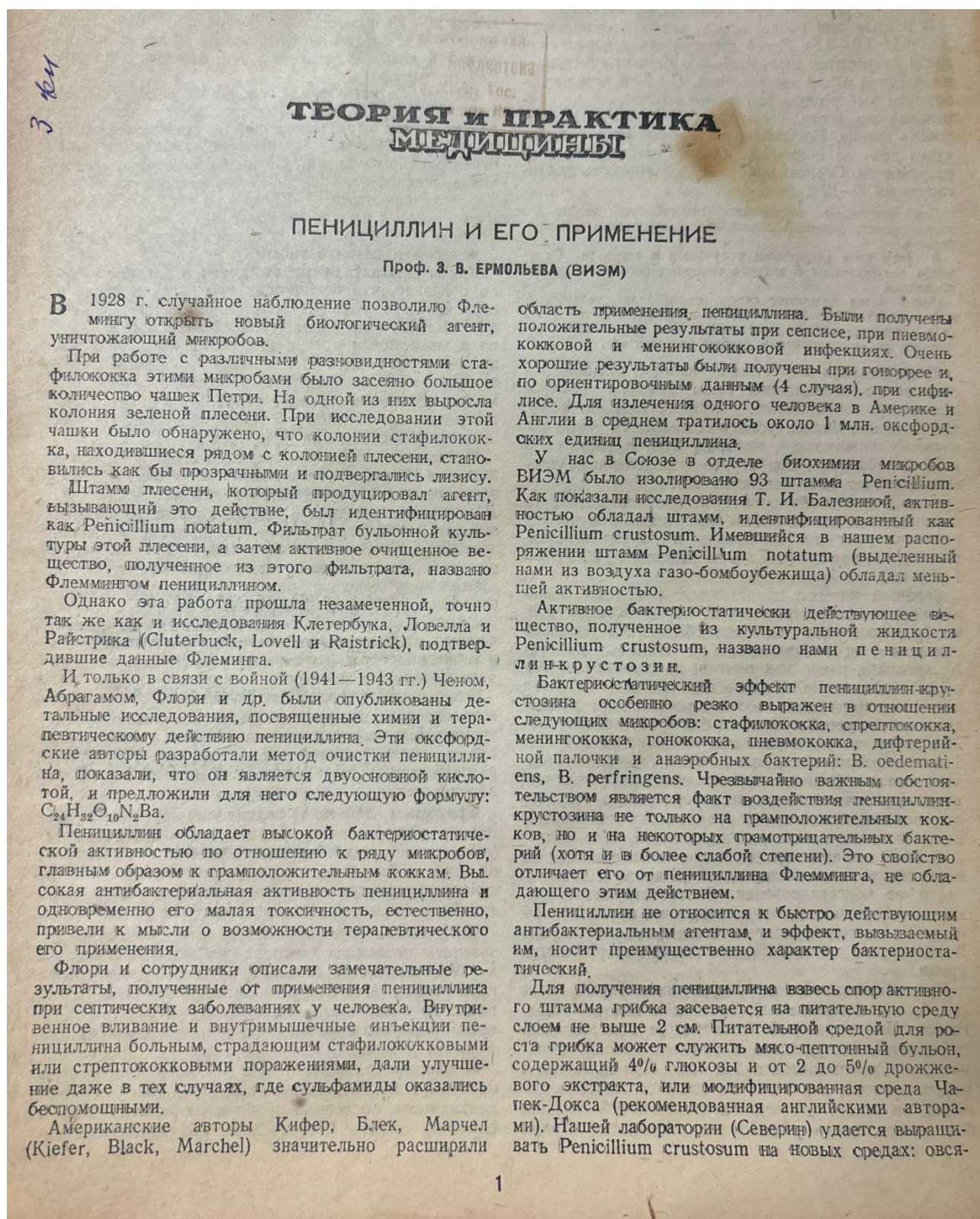


Рис. 2. Фотография статьи З.В. Ермольевой «Пенициллин и его применение» из журнала «Советская медицина», № 7-8, 1944 г.

Fig. 2. A photo of the article by Z.V. Ermolyeva 'Penicillin and its Application' from the journal 'Soviet Medicine', No. 7-8, 1944.

болезни, факультетскую терапию с курсом туберкулеза, вводились обязательные дежурства для студентов в факультетской клинике по акушерству и гинекологии. Уделялось внимание демонстрационным лекциям, клинико-анатомическим разборам, конференциям. Вводились две производственные практики после 4 курса на правах субординаторов в районных и участковых больницах и после 5 курса на правах врачей в городских и районных больницах. Интересно, но в последнем семестре предполагалось чтение факультативных лекций по избранным вопросам физиологии, патологической физиологии и патологической анатомии [3, 46]. В 1946 году профессор Г.Б. Гецов описывал переход подготовки студентов на шестилетнее обучение, увеличение самостоятельной работы студентов и проведение производственной практики. В статье практику в соответствии с новым учебным планом рекомендовалось проводить в летнее время для того, чтобы можно было направить студентов из университетских больниц «на периферию», что было показано на примере II Московского государственного медицинского института, студенты которого были направлены на практику в Калининскую (Тверскую) и Рязанскую области [46].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ материалов, размещенных на страницах журнала «Советская медицина» в годы войны, позволяет сделать некоторые выводы. Публикации информировали медицинское общество о главных задачах в сфере здравоохранения, политике государства в этой отрасли. Статьи носят важные практические выводы и рекомендации очевидцев событий Великой Отечественной войны.

Таким образом, в период Великой Отечественной войны терапевтическая наука продолжала своё развитие. Издание «Советской медицины» не прекращалось в течение всей Великой Отечественной войны, лишь сократилось количество номеров. Это подчеркивает внимание государства к образованию и просвещению врачей, научных исследователей. Прделанная советскими медиками колоссальная работа того периода ведет нас к пониманию теоретических аспектов современной патологии. Обсуждались вопросы, связанные непосредственно с военным временем (методы стерилизации, санитарно-эпидемиологическая работа), а также вопросы терапевтической науки. Вопросы о лечении инфекционных заболеваний более остро стояли в период Великой Отечественной войны, что связано с ограниченным перечнем антибактериальных средств. Обращает на себя внимание большой блок внутренних болезней. Среди наиболее часто описываемых патологий встречаются инфекционные заболевания, патология дыхательной системы, сердечно-сосудистые заболевания, поражения желудочно-кишечного тракта и почек,

опухоли. Арсенал лекарственных препаратов врачей того времени был серьезно ограничен в сравнении с текущим временем, не было еще понимания принципов доказательной медицины при проведении исследований новых лекарственных средств, однако при этом врачи и исследователи заложили прочную диагностическую основу, подходы к выявлению заболеваний, немедикаментозную терапию, которые во многом применяются и сегодня.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. С.Н. Котляров — концепция исследования, редактирование; Е.В. Маркова — подбор и анализ литературных источников, написание текста. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой ее части.

Этическая экспертиза. Неприменимо.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние 3 года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Редакционная политика в отношении совместного использования данных к настоящей работе не применима, новые данные не собирали и не создавали.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента, член редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions. S.N. Kotlyarov — concept of the study, editing; E.V. Markova — selection and analysis of literary sources, writing the text. All authors approved the manuscript (the publication version), and also agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring proper consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of it.

Ethics approval. Not applicable.

Funding sources. No funding.

Disclosure of interests. The authors have no relationships, activities or interests for the last three years related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality. The authors did not use previously published information (text, illustrations, data) when creating this work.

Data availability statement. The editorial policy regarding data sharing does not applicable to this work, and no new data were collected or created.

Generative AI. Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review. This work was submitted to the journal on its own initiative and reviewed according to the usual procedure. Two external reviewers, a member of the editorial board and the scientific editor of the publication participated in the review.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

- Kolesnikov SA. Plan zdravookhraneniya na 1941 god. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(1):3–9. (In Russ.)
- Yaroslavskaya MM. Rabota sel'skikh sezonnykh yasley v voyennoye vremya. *Sovetskaya Meditsina*. 1942;(7):28–29. (In Russ.)
- Shabanov AN. Ocherednyye zadachi vysshey meditsinskoj shkoly. *Sovetskaya Meditsina*. 1945;(7–8):30–31. (In Russ.)
- Pogodin Yul, Kulbachinsky VV, Medvedev VR, Tarasevich YuV. Soviet healthcare and military medicine in the Great Patriotic War. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2015;5(1):8–15. EDN: RSLWDR
- Edel'man YaG. K voprosu o pal'patsii pecheni. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(7):23. (In Russ.)
- Pevzner M. K metodike issledovaniya bol'nykh pri zabolevaniyakh zheludochno-kishechnogo trakta. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(5–6):21–23. (In Russ.)
- Kushelevskiy BP. Sistolicheskiy shum kak fiziologicheskiy fenomen u molodykh lyudey prizynogo vozrasta. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(8):13–18. (In Russ.)
- Gasan-Dzhalalov GA. Sposob ostanovit' ikotu. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(3):35. (In Russ.)
- Berishteyn VB. Diagnosticheskoye znachenie rektoromanoskopii. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(5–6):24. (In Russ.)
- Reynberg SA. Puti razvitiya russkoy i sovetskoy rentgenologii. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(3):1–8. (In Russ.)
- Strigin MA. Opyt lecheniya pnevmonii sul'fidinom. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(13–14):38. (In Russ.)
- Kassirskiy IA. O kartine krovi. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(3):21–24. (In Russ.)
- Mayorskiy VN. Opredeleniye poverkhnostnogo natyazheniya mochi. Novyy pribor. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(13–14):41–42. (In Russ.)
- Karaseva SI. Osobennosti techeniya krupoznoy pnevmonii v voyennoye vremya. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(11):15–16. (In Russ.)
- Sheykin AI. K voprosu o lechenii bronkhial'noy astmy sernokisloy magneziiy. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(13–14):38. (In Russ.)
- Zulkarneev RK, Zagidullin ShZ, Vlasova NA. Treatment of pneumonia with sulfidine during the Great Patriotic War, 1941–1945. *Pulmonologiya*. 2017;27(3):427–430. doi: 10.18093/0869-0189-2017-27-3-427-430 EDN: ZEKQAT
- Nezlin VE. Aktual'nyye voprosy revmatizma. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(12):3–9. (In Russ.)
- Rybakov II. Nekotoryye voprosy lecheniya serdechno-sosudistyykh bol'nykh. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(8):8–13. (In Russ.)
- Sigal AM. Terapiya gipertonicheskoy bolezni. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(8):26–29. (In Russ.)
- Gal'pern SS, Abramova ND, Vasil'yeva PN. Klinicheskiye nablyudeniya nad gipotenzivnym deystviyem karbokholina i sal'solina. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(8):29–31. (In Russ.)
- Shpirt YaYu. Lecheniye gipertonicheskoy bolezni magnezial'nym paranefral'nym blokom. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(8):21–26. (In Russ.)
- Kost NA. Bor'ba s zheludochno-kishechnymi zabolevaniyami v usloviyakh voyennogo vremeni. *Sovetskaya Meditsina*. 1942;(5–6):35–37. (In Russ.)
- Sergiyev PG. Osnovnyye zadachi v bor'be s malyariyey v 1942 g. *Sovetskaya Meditsina*. 1942;(8):24–27. (In Russ.)
- Brevdo BS. Klinika subfebrilitetov. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(2):3–7. (In Russ.)
- Rakov AI. O pokazaniyakh k napravleniyu v onkologicheskiy institut. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(4):31–32. (In Russ.)
- Lukomskiy PE. O tak nazyvayemykh sal'varsanovykh zheltukhakh. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(8–9):14–16. (In Russ.)
- Mnushkin AS. Materialy k klinike i patogenezu toksicheskogo gepatita s astsitom. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(8–9):17–19. (In Russ.)
- Ezvovich EYa. Ob avitaminozakh pri polnoetsennom pitanii. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(4):29–30. (In Russ.)
- Marshak MS. Lechebnoye pitaniye v sel'skoy rayonnoy bol'nitse. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(10):38–42. (In Russ.)
- Shul'tsev GP, Bondar' ZA. Zheludochnaya sekretiya pri avitaminoze S. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(4):27–29. (In Russ.)
- Rogovoy AF. Kombinirovannoye lecheniye yazvennoy bolezni zheludka i dvenadsatiperstnoy kishki shchelochami i vitaminom S. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(10):28–29. (In Russ.)
- Acharkan AI. Vitamin S i yazvennaya bolezni zheludka i dvenadsatiperstnoy kishki. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(10):26–28. (In Russ.)
- Gordon OL. Gipoglikemicheskiye i giperglikemicheskiye yavleniya u zheludochnykh bol'nykh i ikh lecheniye. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(10):24–26. (In Russ.)
- Gordon OL, Ryzhkovskaya PB. K voprosu ob utochnenii pokazaniy k operatsii yazvennogo bol'nogo s tochki zreniya terapevta. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(11):28–31. (In Russ.)
- Myasnikov AL. Differentsial'naya diagnostika i terapiya kal'kuleznykh i nekal'kuleznykh kholestsistov. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(8–9):1–6. (In Russ.)
- Maksimadzi SO. Kholosas pri zabolevanii pecheni i zhelchnykh putey. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(8–9):42–43. (In Russ.)
- Panchenkov MM. Bessmertnik v terapii kholestsistopatii. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(8–9):43. (In Russ.)
- Shvartsblat AM. Lechebnoye deystviye otvara tormentilly pri gemokolitakh. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(1):40. (In Russ.)
- Shulutko IB. O serozitakh pri zabolevaniyakh pochek. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(2):8–10. (In Russ.)
- Tareyev VM. Voyennyy nefrit. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(8–9):19–22. (In Russ.)
- Mashkovskiy MD. Sul'fazol. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(6):39–40. (In Russ.)
- Mashkovskiy MD. Metilsul'fidin. *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(6):40. (In Russ.)
- Ermol'yeva ZV. Penitsillin i yego primeneniye. *Sovetskaya Meditsina*. 1944;(7–8):1–3. (In Russ.)
- Smirnov YEI. Voprosy voyenno-polevoy terapii (Rol' vracha-terapevta v polevoy sanitarnoy sluzhbe). *Sovetskaya Meditsina*. 1941;(17–18):6–10. (In Russ.)
- Loriye IF. Obzor noveyshikh dannykh v gastroenterologii (za rubezhom). *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(5–6):30–32. (In Russ.)
- Getsov GB. Proizvodstvennaya praktika studentov-medikov i lechebno-profilakticheskiye uchrezhdeniya rayona. *Sovetskaya Meditsina*. 1946;(3):29–32. (In Russ.)

ОБ АВТОРАХ

Котляров Станислав Николаевич, д-р мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0002-7083-2692;
eLibrary SPIN: 3341-9391;
e-mail: 79065410775@yandex.ru

***Маркова Елена Владимировна**, канд. мед. наук;
адрес: Российская Федерация, 390026, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9;
ORCID: 0000-0002-6753-7828;
eLibrary SPIN: 3898-6124;
e-mail: marcova.elena302@gmail.com

AUTHORS' INFO

Stanislav N. Kotlyarov, MD, Dr. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0002-7083-2692;
eLibrary SPIN: 3341-9391;
e-mail: 79065410775@yandex.ru

***Elena V. Markova**, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 9 Vysokovolttnaya st, Ryazan, Russian Federation, 390026;
ORCID: 0000-0002-6753-7828;
eLibrary SPIN: 3898-6124;
e-mail: marcova.elena302@gmail.com

* Автор, ответственный за переписку/Corresponding author