

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ

Проф. В. Н. ШУБИН

Из кафедры общей хирургии Казанского государственного медицинского института
и 1-го хирургического отделения республиканской больницы ТАССР

В 1953 году нами была высказана мысль¹ о необходимости диспансеризации больных облитерирующим эндартериитом. Несколько раньше и позднее аналогичные предложения были сделаны Лидским, И. Иоффе, Шабановым, Захаровой и др. Затем были предприняты практические шаги для осуществления этих предложений. Так, в Свердловске, Саратове, Казани, Ленинграде и других городах проводились мероприятия по диспансеризации, более или менее полно разрешающие поставленные цели. Наступила пора подвести некоторые итоги этим мероприятиям и наметить дальнейший план борьбы с облитерирующим эндартериитом.

Мнение всех, проводивших диспансеризацию при облитерирующем эндартериите, единодушно: она приносит определенную пользу. Миновал тот период, когда о диспансеризации при этой болезни говорилось, как об идее, не подтвержденной практикой, и для борьбы с эндартериитом предпочитали другие методы, проверенные опытом — физиотерапевтическое, медикаментозное, оперативное лечение.

Конечно, было бы неправильным становиться на путь противопоставления одного метода другому. Мы, как и большинство врачей, придерживаемся в лечении эндартериита принципа комбинированной терапии. Но во врачебной среде и среди больных все еще существуют взгляды о преимуществах того или другого медикамента или приема (редергам, дифацил, пахикарпин, кислород, сероводородные ванны, пересечение нервов, симпатэктомия), которые, якобы, совершают переворот в патологическом процессе или, как иногда выражаются, производят «полом» патологического процесса, после чего наступает быстрое или медленное, но верное выздоровление.

Мы убеждены, что облитерирующий эндартериит представляет собой устойчивый процесс, настолько глубоко поражающий различные ткани и системы тела, что попытки ликвидировать его одним курсом лечения — задача, совершенно не осуществимая.

Если же признать, что облитерирующий эндартериит является болезнью нервно-сосудистой, возникающей в результате образования порочного условного рефлекса на те или иные вредности, то представляется вполне закономерным создать обстановку для разрушения сосудистого рефлекса и лишь на этом пути искать приемы рациональной терапии заболевания; далее — следует приступить к разрушению рефлекса в тот период, когда болезнь находится в обратимой стадии. Надлежит бороться с привычками к курению, алкоголю, с неправильным «образом жизни» (нервирующие факторы быта или профессии, переутомляющие нервную систему, отсут-

¹ Журнал «Хирургия», 1953, № 3.

ствие режима труда и отдыха и пр.). Наконец, должны быть устранены вредные внешние условия производственной или домашней обстановки — холод, сырость, мелкие острые или тупые травмы орудиями производства или частями машин, шумы и прочие неблагоприятные влияния, прогрессивно ухудшающие не только состояние сосудов и нервов отдельных конечностей, но сосудистую и нервную систему в целом.

Если признать ведущее значение решающих для излечения условий и мощность их совокупного действия, то станет совершенно ясным, что различные одно- или многомоментные, но производимые на кратком отрезке времени лечебные приемы не могут устранить заболевания, а лишь несколько ослабляют его выраженность. Намерение быстро излечить эндартериит терпит поэтому в большинстве случаев неудачу. А разочарование от неуспеха таких попыток вызывает потерю интереса многих врачей к лечению эндартериита.

В то же время мы не можем отказаться от лечения этих больных, и исследователь проблемы борьбы с эндартериитом может оптимистически смотреть в будущее, если стать на путь диспансерного метода лечения.

При этом надо более точно определить, что следует понимать под термином «диспансеризация». Некоторые считают, что диспансеризация — это учет больных, их раннее выявление и последующее лечение. Но если принять во внимание сказанное о «фоне» для возникновения и развития эндартериита, то такое ограничение понятия явится неправильным.

Позволим вкратце сообщить итоги нашей работы в области диспансеризации больных облитерирующим эндартериитом, хотя он уже освещен в работе В. А. Сабуровой¹. Диспансеризация была организована нами в гор. Казани с 1952 года, когда, по указанию горздравотдела, все амбулаторные врачи города стали направлять больных и подозрительных на заболевание эндартериитом в первое хирургическое отделение республиканской клинической больницы (она же — клиника общей хирургии института) для установления диагноза и лечения. Для определения характера сосудистого расстройства (атеросклеротические формы диспансеризации не подвергались) использовались возможно более объективные методы: проба Мошкова, изучение изменений пульсовой волны, плетизмография, осциллография и артериография. Изучались условия труда и быта больных, и принимались меры к устранению вредных влияний: запрещение табака и алкоголя, установление режима труда и отдыха, перевод на работу, не связанную с холодом и высокой влажностью или с переутомлением, в особенности, ног. Многие больные получали путевки в санатории и дома отдыха. Всем больным проводился курс лечения в стационаре. Последнее необходимо, ибо поликлинические посещения не могут дать необходимый эффект. Дело в том, что только в больнице воспитывается привычка к соответствующему режиму и могут быть прочно зафиксированы, путем выработки навыков, рекомендуемые приемы лечения, а также внушается важность и доказывается необходимость длительного их применения, в особенности необходимость повторения курсов терапии, в чем вновь поступающие убеждаются на примерах других больных, явившихся для повторных курсов. Повторно поступающие в нашу клинику являлись лучшими пропагандистами нового метода лечения. В результате подавляющее большинство лиц, ранее мало обращавших внимание на свое состояние, усваивало полезные установки и аккуратно являлось для консультации, осмотра и, если это было необходимо, для дальнейшего лечения.

Мы можем с удовлетворением отметить, что в обстановке диспансеризации, когда наряду с основной массой больных в начальной ста-

¹ См. «Сборник научных работ КГМИ», 1957.

дии, лечились и больные с запущенными формами, палата не представляла знакомую врачам обычную картину скопления мучеников, истощенных, раздраженных, то сидящих, качаясь от боли и поддерживая свою пострадавшую ногу, то бессильно лежащих или спящих в той позе, в какой их застиг благодетельный сон. Нет, мы видели теперь спокойных, бодрых людей, с интересом и доверием выполняющих врачебные назначения и удовлетворенных их результатами. Больные уже не отчаивались и не ждали с ужасом, когда врач произнесет роковое слово: «ампутация». Они видели в своей среде лишь отдельных больных подобного рода; это укрепляло уверенность у остальных в необходимости своевременного лечения и убеждало лучше всех врачебных предупреждений в возможности осложнений, если они, выйдя из больницы, не будут выполнять назначений, в особенности, если не будут повторно лечиться.

Из 308 больных, леченных нами в условиях диспансеризации, с первой стадией заболевания (спастической) было 105 чел. Из них ни у одного не развилась вторая стадия (невротическая), ни одному не потребовалась ампутация. Как показали отдаленные результаты (до 5 лет), из 40 проверенных 10 выздоровели, то есть у них появился пульс на главных артериях стопы. Из 160 чел., поступивших во вторую стадию болезни, третья стадия развилась у 10, из них были подвергнуты ампутации 3 чел. Поступили с третьей стадией заболевания (гангрена) 43 чел., из них подвергнуты ампутации 13 чел. Общее количество ампутированных (причем все они не были своевременно диспансеризованы) составило 5,1% лечившихся. До применения диспансеризации в клинике лечились 110 чел., из них ампутировано 28, или 25,4%. Отсюда ясно, что путем выявления ранних форм болезни и диспансеризации, в том числе консервативного лечения, удалось задержать развитие болезни, в некоторых случаях даже излечить больных (появление пульса). А задержка развития болезни на данном этапе наших знаний, когда сущность процесса еще неизвестна, является нашей основной задачей.

Лечение эндартериита с применением диспансеризации составляет, разумеется, лишь часть, хотя и важную, системы лечения. Мы стремились применить лечение, наиболее действенное в каждой из стадий, бороться с основным ведущим патологическим симптомом, обращая внимание на его патогенез. Короче говоря, мы стремились разработать систему патогенетической терапии болезни. С этой целью мы применяли в первой, спастической, функциональной стадии противоспазматические средства: влажное и сухое тепло в различных видах, диатермию, пахикарпин, дистиллированную воду, предоставление работы в теплом помещении, ношение теплой обуви, утепление квартиры и пр. Во второй, невротической стадии, сопровождающейся болями, те же приемы, что и в первой, и, кроме того — болеутоляющие: новокаин с морфием внутривенно по Еланскому, метод А. В. Вишневого (новокаиновая поясничная блокада, бальзамические повязки и гипс); для устранения выраженной гипоксии тканей — кислород под кожу, длительный прерывистый сон. Но повторяем, что успех зависит не от лечения тем или иным средством или даже их комбинацией, а от последовательного использования всех приемов диспансеризации, о чем сказано выше.

Мы принципиально против хирургических способов лечения, в частности, операций на нервах, которые считаем нефизиологическими. Однако еще не пришло время совершенно отказаться от них. Это время наступит, когда больные будут своевременно обращаться за помощью, а врачи проникнутся уверенностью в пользе диспансеризации. Мы применяли, и иногда с определенным успехом, удаление отдельных пальцев (III стадия). Мы имели стойкий положительный результат там, где

нам удавалось путем опроса установить наиболее беспокоящий палец. Там, где это не удавалось, успех от удаления даже нескольких пальцев неутешителен. Большие ампутации мы производим всегда в средней трети бедра,— ампутации в верхней трети голени, в большинстве случаев, были недостаточны.

Для того, чтобы диспансеризация получила более широкое распространение с проверкой на значительном контингенте больных, нам кажется, время уже наступило. Пора Министерству здравоохранения, обсудив на конференции вопросы диспансеризации больных облитерирующим эндартериитом, принять решение о повсеместном применении этого метода и создать соответствующие условия.

Для этого необходимо немного:

1. Организовать небольшие отделения в крупных центрах или палаты в районных больницах для лечения больных. Такие палаты могут быть выделены не только в хирургических, но и в терапевтических или невропатологических отделениях.

2. Обязать врачей всех специальностей выявлять больных в начальных стадиях болезни всеми доступными для них путями: во время приемов по специальности, при массовых осмотрах на туберкулез, рак или малярию и затем направлять их к врачу района, ответственному за их лечение. Таким врачом может быть хирург, терапевт или невропатолог.

Наш опыт в гор. Казани показал, что для выполнения этих мер не нужны дополнительные помещения или средства на содержание штата, так как значительная часть больных уже занимает койки в разных стационарах. Мы обращаем внимание всей медицинской общественности и органов здравоохранения на необходимость создания этой группе больных современного вида медицинской помощи, в которой они сильно нуждаются.

Статья поступила в июне 1957 г.
