О нанесеніи ранъ крестьянину
дер. Выли-базара, Аликовской волости
Петру Яковлеву Соломкину

2ч. 148ст. Уложенія Наказ.

Началось 21 Сентября 1905 года.

Окончено 29 Сентября 1905 года.

Возвращено

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
М. П. КОНЧАЛОВСКОГО и С. П. ФЕДОРОВА

КНИГА ШЕСТАЯ

Проф. С. С. ЗИМНИЦКИЙ

ЛЕЧЕНИЕ БРАЙТОВОЙ БОЛЕЗНИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА ☆ 1926 ☆ ЛЕНИНГРАД

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Получив от редакции „Библиотеки Практического Врача“ предложение написать очерк терапии Брайтовой болезни, я тем охотнее откликнулся, что уже обещал читателям в своей книге „Болезнь почек (Брайтова болезнь)“ (1924) современем дать его.

Приступая к выполнению этой трудной задачи, я поставил во главу угла, во-первых, функциональную диагностику и ее требования и, во-вторых, современные терапевтические достижения в этом вопросе на Западе.

Поэтому в этом проспекте имеется отражение взглядов немецкой школы [начиная с Г. Сенатора (H. Senator)' Лейбе (Leube), ф. Ноордена (v. Noorden), А. Штрюмпеля (Strümpell), Ортнера (Ortner) и кончая Г. Штраусом (H. Strauss), Мунком (Munk), Лихтвитцем (Lichtwitz), Фольгардом (Volhard), Шлайером (Schlayer), Умбером (Umber) и др.] и французской [Гоше (Gaucher) и Галлуа (Gallois), Гастон Лиона (Gaston Lyon), А. Робена (A. Robin), Бро (A. Brault), А. Мартине (Martinet) Марклена (Marklen), Жансельма (Jeanselme) и Шоффара (Chauffard) и Флиссингера (Fliessinger) и др.].

Как всегда, не забыты и выдвинуты достижения русских исследователей в затрогиваемом вопросе.

Хотя я очень далек от убеждения, что в этом очерке взятая тема будет исчерпана с достаточной полнотой,

однако я смею думать, что мной все же дана в определенной системе современная основа терапии Брайтовой болезни, т.-е. та необходимая база для практически полезного разрешения вопроса, в которой чувствовалась настойчивая нужда.

Зимницкий.

Казань, 1925.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.

Qui bene diagnoscit, bene medebitur — эта общая фраза, положенная в основу рациональной терапии, в настоящее время должна быть расшифрована и понимаема не с точки зрения анатомической диагностики (sedes et substratum morbi), а функциональной (functio laesa). Всякий наблюдательный врач теперь знает, что все дело, касающееся жизни больного, заключается в состоянии функций заболевшего органа. И поэтому мы нередко видим в практике кажущиеся парадоксальными факты: так, например, люди с больным сердцем, как показала прошлая эпидемия сыпного тифа, против ожидания, выживали, а с клинически здоровым — умирали именно от острой недостаточности сердца. Здесь, конечно, надо иметь в виду отсутствие быстрой приспособляемости у здорового органа и его неподготовленность к быстрому расстройству функций. Больные же с пороком сердца имели хотя и пострадавшую функцию (functio laesa), но зато больной орган обладал уже выработанной временем приспособляемостью, и такие больные справлялись в силу функциональной эластичности с новыми заданиями во время тифа, таким образом выходя победителями из тяжелого положения.

Я нарочно взял этот пример — он еще многим памятен — и я уверен, что многие задумывались над причиной этого своеобразного и с первого взгляда парадоксального явле-

ния. Я привел его потому, что он лучше, проще и нагляднее всего подчеркивает значение functionis laesae, приспособляемости и ее ширины в деле борьбы организма с вредностью.

Касаясь вопроса о лечении болезней почек (Брайтовой болезни), я прежде всего хочу отметить, что именно здесь, где все зависит от состояния функции заболевшего органа — почек — рациональная терапия, если она не может быть специфической и этиологической, должна быть не шаблонной, как это было прежде, а функциональной и эклектической.

Не так давно на IV съезде российских терапевтов в Киеве („Труды", 1912, стр. 171) наш ветеран-терапевт проф. Ф. Г. Яновский так говорил с кафедры: „Существующие в наше время методы исследования почек все-таки надо считать далеко недостаточными. А между тем и теперь в клинике чувствуется острая необходимость владеть методами точного распознавания функциональной способности почек. Работать дальше при всем убожестве почечной диагностики, лечить больного, не зная, в каком именно положении у него та или другая из важнейших функций почек, не зная, на что еще способна в данном случае больная почка, — для современного врача становится уже невыносимым".

Вековым опытом было понято, наконец, то, что должно быть положено в основу и диагностики заболевания органа и терапии, и было открыто высказано, что „анатомическое заболевание и функциональное расстройство суть понятия отнюдь не обязательно совпадающие друг с другом, что они не всегда идут параллельно, что функциональная диагностика не может итти по анатомической колее, а должна создавать себе новые пути, новые способы (Рихтер — Richter).

Да, мы долго переживали время клинико-анатомических корреляций, но оно волей-неволей по мере углубления наших знаний в сущность процессов в зависимости не от анатомических изменений, а функциональных, изживается и по отношению почек уже почти изжито.

Единая прежде диагностика распадается теперь на диагностику каузальную, анатомическую, клиническую, или симптоматическую и главным образом функциональную (diagnostic causal, lésionel, clinique et fonctionnel. A. Martinet. Diagnostic clinique. Paris 1922), а это значит, что мы должны охватывать „morbus" не только с анатомической точки зрения, но и с других.

Перипетии жизни — болезни — должны учитываться с точки зрения патологической физиологии не как нечто мертвое (substratum mortuum morbi), а как нарушение нормальных функций органов в частности и организма в целом.

Здесь врач должен оценить расстройство функций, реакцию организма на вредность. Надо суметь точно понять, правильно и достаточно ли проявляется в больном организме защитная реакция, нужная для процессов самоисцеления, при этом задачей врача является произвести учет: достаточна ли она или повышена, соответствует ли выявление ее интересам организма, или она понижена и даже выпадает.

Точная оценка этих моментов и функциональных расстройств и есть основа рациональной терапии. Поэтому врач должен мыслить не анатомически, т.-е. не удовлетворяться diagnosis sedis morbi et substrati anatomici eius, а патогенетически, т.-е. понимать на больном все болезненные акты и сопряженные с ними расстройства функций, происшедшие и происходящие в больном организме с момента внедрения в него вредности, и заканчивая той минутой, когда организм или останется победи-

телем или погибнет: организм в это время становится театром, в котором развертывается драма, название коей — „болезнь“.

И так как болезнь есть нечто движущееся, подверженное прогрессу и регрессу, и нечто, постоянно изменяющее функции органа, органов и даже организма, то одной симптоматической терапии недостаточно, нужна, как говорит проф. Ландузи (Landouzy), терапия эклектическая, т.-е. основанная не на шаблоне и памяти, а на размышлении и строгой оценке функциональных расстройств.

Надо не забывать, что есть много методов лечения известной болезни, но для конкретного случая есть только один правильный. Чем глубже будут познаны функциональные расстройства органа, вызвавшие болезнь, тем избирательней и рациональней будет терапия, а следовательно, и существеннее результаты ее.

Таким образом эти данные ставят во главу угла терапии заботу о сердце и сосудах.

Изучение доброкачественной гипертонии с точки зрения функциональной диагностики почек показывает:

1.—Что концентрирующая способность почек в 20% всех случаев (Клейн) ограничена (максимум через 12—16 часов удельный вес = 1,022); в других — она затяжная и наступает не скоро, выявляясь нередко по ночам (1,030 и выше).

2.—Проба с водой обычно выпадает хорошо, если нет сердечных расстройств: иногда повышенная реакция (ueberschiessende Reaktion) сопровождается сгущением крови.

3.— RN в $^1/_2$ случаев бывает временами повышен, колеблясь в пределах от 50 *мг* % до 70 *мг* % (никогда не выше 80 *мг* %). Клейн отмечает повышение константы Амбара в 43%.

4.— При пробе с отягощением мочевиной (20,0) наблюдается обычно повышение диуреза, а не увеличение концентрации или же имеет место затяжное выделение.

5.—Нарушения в выведении NaCl, если нет сердечных расстройств, не отмечается.

6.— Кровяное давление отличается неустойчивостью (лябильностью); преходящая недостаточность сердца имеет место в $^1/_3$ всех случаев доброкачественного нефросклероза.

Таким образом этот функциональный обзор явлений показывает нам, что при доброкачественном нефросклерозе, хотя и есть недочеты в деятельности почек, но они сами по себе невелики и стоят большею частью в зависимости от состояния сердца в момент исследования. Нужно полагать, что они зависят или от уменьшения притока крови к почкам благодаря временному спазму [Gefässkrämpfe Паля (Pal)], от чего кровоснабжение почек падает ниже критической линии (Фольгард) или от ослабления пропульсаторной силы сердца или от обоих факторов вместе.

Хотя при доброкачественной гипертонии такие уклоны

непостоянны и по большей части преходящи, что является патогномоническим признаком артериальных гипертоний, по Килину, однако все это отзывается на правильной работе сердца, ведя к гипертрофии главным образом левого желудка (Kirsch. D. Arch. f. kl. Med. Bd. 146, S. 351) и его изнашиванию.

Знакомство с этими данными функционального изучения патологических особенностей процесса намечает линию терапевтических мероприятий.

В течение доброкачественной гипертонии с точки зрения терапии надо наблюдать за работой сердца, и в этом отношении можно различать три периода: 1) период компенсации, 2) период предвестников расстройства сердечной деятельности и 3) период декомпенсации, которая может быть сначала временной и затем устойчивой.

Если первый период может и не требовать специальных сердечных средств, то во втором и третьем показуется проведение гигиенических и диететических мероприятий.

Лихтвитц в основу терапии кладет умеренность во всех направлениях; советует избегать моментов и обстоятельств, ведущих к повышению кровяного давления. Поэтому рекомендуется ограничение воды и пищи.

Юшар предписывает уменьшение потребления мяса (1 раз в неделю 200 *г*), нужное количество калорий он советует заменять молоком и растительной пищей (кашами, пюре с маслом и т. п.). Это ведет к улучшению диуреза и способствует падению кровяного давления.

Фольгард с этой же целью облегчения работы сердца проводит лечение ограничением питья (Durstkur); жидкости можно вводить не больше $1^1/_2$ литра в день.

Мы видим хорошие результаты от Кареллевского лечения (по 200 *куб. см* молока 4—5 раз в день), проводимого периодически; оно особенно хорошо влияло на тучных и полнокровных субъектов, а также при отеках.

Ограничивая потребление воды, мы 1 раз в неделю, следуя совету ф. Ноордена, представляли больному свободу в смысле введения жидкости, и это даже необходимо делать тогда, когда почки начинают терять свою концентрирующую способность. В это время очищение организма идет не путем концентрации, а путем повышения диуреза, который периодически можно провоцировать, повышая время от времени водяной рацион (2—$2^1/_2$ литра жидкости в день), конечно если почки реагируют соответственно.

Дальнейшей нашей заботой является борьба с гипертонией.

В своей книге „Болезни почек" (стр. 224) я указал, что гипертония слагается из двух факторов: лябильных и стойких; первую фазу я называю функциональной, когда наблюдается большое колебание в кровяном давлении; с течением времени эта функциональная гипертония все более и более уменьшается, и все более и более нарастает гипертония органическая. Килин считает особенностью нефросклеротической доброкачественной гипертонии — ее лябильность. Паль (Pal. Kl. Wchschr. 1923, № 25) считает гипертонию „симптомом". Так как этот симптом может быть временным и постоянным, естественно, он может оказывать очень большое влияние на сердце. Он обусловливает не только гипертрофию и последовательное изнашивание сердца, но и целый ряд других явлений: angina pectoris, asthma cardiale etc.; кроме того, вызывая изменения в стенках нежных сосудов, способствует их ломкости; отсюда: кровотечения, кровоизлияния (апоплексии).

Поэтому имеется показание — и показание существенное — к борьбе с этой вредностью. Однако до настоящего времени у нас нет верных средств для этого.

Юшар считает, что одним из лучших средств является теобромин, ведущий к расширению мелких сосудов. Лечение должно быть длительным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

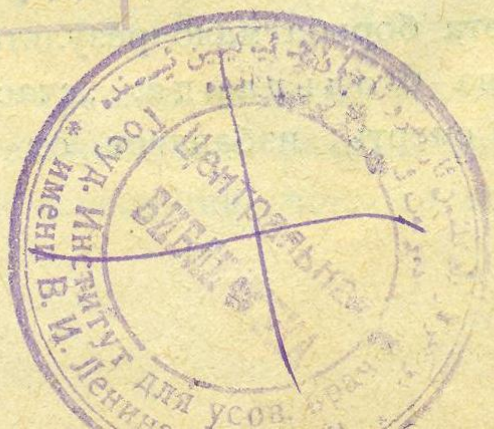
Заканчивая изложение, я далек от мысли, что мной набросан с исчерпывающей полнотой очерк лечения Брайтовой болезни.

Я смотрел при изложении терапии Брайтовой болезни на этот очерк не как на исчерпывающее руководство для врача-читателя, я хотел дать только канву, по которой, основываясь на данных общей и частной терапии, выдвинутых нами, врач-практик мог бы не путем рефлекторной мысли, зиждущейся на памяти, а эклективно нарисовать терапевтические узоры для каждого момента данной болезни: „ne te poeniteat profundius discere morbum!“

И при этом нужно, чтобы каждый терапевтический шаг был точно рассчитан во времени и хорошо нивелирован для данного случая: „quidquid agis, prudenter agas et respice finem!“

Я старался объективно изложить все, что́ имеет свой raison d'être и что̀ является обоснованным в терапии этой разновидности болезней почек с точки зрения функциональной диагностики, и я виноват лишь тем, что сквозь цепь объективизма иногда прорывались субъективные взгляды старого педагога и терапевта-практика.

Смею думать, что имеющиеся недочеты не будут мне поставлены в упрек: в условиях современности feci, quod potui.



крестьянки с. Нова-Мордова, Щер-
бенской вол., Анны Михайловой
Дорокиной — родной дочерью
ея Авдотьей.

1534 лист. Клерк о Нак.

Началось 13 Января 1907 года

Окончено 19 Января 1907 года

Возвращено

Вновь отослано