

СТОРІНКИ ІСТОРІЇ

Г.І. СТЕЦЕНКО

МОЯ КУРОРТНА МЕДИЦИНА

Оглянувшись у піввіку назад, коли почав лікарувати на курорті, хочеться згадати не побут, взаємовідносини, а особливості курортної медицини і курортної науки – курортології. А особливості ці були і є на курорті, адже тут, на відміну від лікарень, застосують природні засоби. Здавалося б, на перший погляд, що тут особливого. Пийте собі водичку перед їжею і будьте здорові. Так ні. Сотням років формувалася курортологія, від стародавнього Єгипту до сучасного Трускавця. І що там не кажіть, а радянська курортологія була передовою. Адже американці і сьогодні не уявляють, що можна лікувати мінеральною водою. Правда Європа має свою думку. А ми не тільки уявляли, але науково - обґрунтовано лікували. Отож, можна сміливо сказати, що двадцяте століття – то був розквіт курортології і курортного лікування на наших теренах.

Не відразу ставали курортними лікарями, як випускники вузів, так і ті, хто потрапив на курорт після праці у лікарні. Є свої особливості курортної медицини, як і медицини взагалі. Недарма ж кажуть, що медицина – це мистецтво оздоровлення людини.

Спочатку було слово. Слово і у лікаря спершу при початку спілкування з хворою людиною. Слово в устах лікаря – перший засіб у побудові курортного і не тільки курортного лікування. Уміння вислухати і звернутися до людини, не поранивши його душі, людської надії і віри у зцілення – це великий дар, який не кожному дається, а лікарю тим більше. Певно, на вступних іспитах повинен бути екзамен у психолога, а уже потім хімія чи фізика. Слово може вилікувати, слово може і вбити. Уміння спілкуватися з людьми, котрі приїхали на курорт поправляти своє здоров'я, створює авторитет лікаря. Ті, хто приїздить в наступні роки, шукають свого лікаря, хочуть продовжити курортне лікування саме у нього. На жаль, не кожен курортний лікар володіє умінням спілкуватися зі своїм пацієнтом, є такі що і очі не хоче підняти, щоб щиро подивитися в очі того, хто прийшов до тебе з надією. Так чи інакше, а на курорті мусить створитися особливий психологічний клімат для забезпечення видужання, без нього вдалого курортного лікування не досягти.

Пацієнт або як ми звикли – хворой перш за все. Таке правило було у начмеда третього санаторію Володимира Сергійовича Болишканова. Я потрапив до нього прямо зі студентської лави. Уже на першій нараді лікарів я зрозумів, що мені повезло. Так, як робив розбір лікування складного хворого Володимир Сергійович за участю кожного лікаря, в інституті робив лише доцент Букреев на кафедрі терапії у проф. Бурчинського. До речі, доктор Болишканов не мав наукових ступенів і звань, він був лікарем, який пройшов складну школу: від фронтowego до курортного лікаря. Для мене це було не просто початок лікарування, а продовження навчання медицині, навчання терапії, курортній терапії.

Якщо для усіх лікарів санаорію такі медради були щотижня, то я приходив щовечора, коли Володимир Сергійович оглядав тих, хто приїхав після обіду. Треба було, щоб вранці людина розпочала повноцінне лікування. Сидів і прислуховувався, як вдало розпочати і закінчити розмову з пацієнтом. Придивлявся як писав історію доктор Болишканов.

Узнавши, що студентом я був на практиці в Трускавці для вивчення ефективності курортного лікування жовчнокам'яної хвороби, Володимир Сергійович відразу запропонував продовжити таку тему в умовах санаторію. Оригінальною була методика виконання. Це був, як тепер кажуть скринінговий метод, шляхом аналізу історій хвороби тих, хто уже пролікувався в санаторії. Протягом кількох місяців я переглянув кілька тисяч історій хвороби, відібрав для себе потрібний матеріал. Була поставлена мета: оцінити динаміку вмісту холестерину, маси тіла і артеріального тиску. Тобто якось пов'язати жовчнокам'яну хворобу з атеросклерозом, яким тоді займалася уся країна. Уявляєте, в моєму розпорядженні була документація десяти лікарів, я не просто вибирав для себе необхідні показники, я вчився у своїх колег, у тому числі і на їх помилках, які розбиралися разом з начмедом. Ось так, строгий, може надто строгий з лікарями старий Болишканов сприяв розвитку мого потягу до науки, до наукового підходу при лікуванні на курорті, до узагальнення. Я його назвав старим, бо усі так називали. Тоді я назавжди зрозумів, що патологія печінки і жовчних шляхів – то моя наукова нива. На стежку до цієї ниви я став ще в інституті і не сходжу до тепер.

Курортна наука у Трускавці в цей час розвивалася завдяки науковим шефам – Одеському НДІ курортології та Львівського медичного інституту. Клінічну групу Одеського інституту, як тоді казали клініку, очолював Віталій Фесенко, котрий тільки що захистив кандидатську дисертацію стосовно курортного лікування патології кишківника. Активно вивчалися особливості природних засобів Трускавці – нові джерела “Нафтусі”, інших джерел, озокериту. Один за другим захистилися Іван Шимонко та Володимир Марковецький, повернувся з Якутська доцент Байкалов Лев Карлович, який невдовзі очолив клініку.

Не можна обминути у розповіді, що курорт надавав велике значення науковим пошукам і для цього був створений базовий санаторій “Каштан”. Не все гладенько було в цьому санаторію. Не було миру між головним лікарем і начмедом. Обоє звільнили і в санаторії змінилося керівництво.

Саме тоді, у 1968 році, мені запропонували взяти участь у конкурсі на посаду лікаря експериментальної лабораторії. То були мої перші кроки в офіційній науці, а може не зовсім офіційній. Першою науковою працею було вивчення лікувальних властивостей води нового джерела, яка пізніше названа “джерело 12”. Разом із Зоряною Гаврилюк та науковцями з Одеського інституту курортології ми доказали лікувальні властивості цієї водіяєя, вона була підключена до бювету і рекомендована при виразковій патології шлунку і дванадцятипалої кишки.

Уже через рік прошов по конкурсу на посаду молодшого наукового працівника Одеського НДІ курортології. Тут почалася справжня наукова робота. Уже працюючи в санаторії “Берізка”, я помітив, що у певної частини хворих з гіпербілірубінемією в кінці лікування зростає вміст білірубину в крові. Уявляєте, людина приїхала з вірою видужати на курорті, а тут таке, майже трагедія. Навіть у санторну книжку записують аналізи. Та людина і сама іноді бачила, що очі пожовтіли. Відмітив про це у своїй дисертації і Володимир Марковецький. Але проблема лишалась. Необхідно було вирішувати, що робити. Була підозра, що в усьому винен озокерит, точніше його гарячі апплікації. Виправдати чи доказати вину озокериту взявся я в своїй дисертації і плановій науковій роботі. Звичайно при підтримці лікарів курорту, за що я усім дуже вдячний.

Спостерігаючи за перебігом хвороби з гіпербілірубінемією, я зрозумів, що необхідно глибоко вивчити обмін білірубину в організмі взагалі і при патології печінки зокрема. Скористався як радянською, так і зарубіжною літературою. Аналізуючи свої спостереження помітив, що рівень білірубину дійсно підвищується при користуванні озокеритом на ділянку печінки. Більше того, встановлено, що підсується рівень вільного, не звязаного білірубину, так званого “непрямого”. Головним чином тоді, коли він і так підвищений. Можна було припустити, що у цих випадках, тобто при такій патології печінки мається порушення глюкуронізації вільного білірубину, тобто звязування його з глюкуроною кислотою. Процес глюкуронізації відбувається за участю ферментів гепатоцита – глюкуронілтрансферази. Памятаючи, що на активність ферментів гіпертермія впливає суттєво, передбачення на роль гарячого озокериту в формуванні стимуляції гіпербілірубінемії майже підтвердилося. Але ж необхідно було ще встановити, якої ж температури прикладається озокерит. Перевірили. виявилось, що більше 50 градусів С. Що робити. Змінювати технологію застосування озокериту чи відмовити цим хворим в апплікаціях озокериту? Відмовити в апплікаціях важко, бо гіпербілірубінемія часто супроводиться дискінезіями жовчних шляхів і дванадцятипалої кишки, де бажано б застосувати озокерит. Психологія людини така: а може обійдеться, бо від озокериту важко відмовитися, адже усі ж беруть озокерит і рохвалюють.

Наші наукові пошуки були в напрямку зміни технології застосування озокериту, тобто зменшення температурного режиму нижче 45 градусів С. Дійсно довелося створювати новий склад озокериту, точніше додати до так званого медичного озокериту більше парафіну і кращої якості. Плєсканки озокериту зберігали в термостаті і прикладали на раве підреберя при температурі не вище 42 градусів. Так народжувалася мітигована (ослабленої температури) озокеритотерапія. Такий підхід був схвалений Вченою радою Одеського НДІ курортології після заслуховування виконання моєї дисертаційної роботи.

Наукові пошуки з удосконалення курортного лікування патології печінки продовжувалися. Я відчув, що необхідно було удосконалювати і діагностику патології печінки. Напрямки, завдяки літератури і спільно з керівником клініки доц. Бакаловим були вибрані. На той час в санаторії “Каштан” повернули реограф і ми, спільно з працівниками Львівського заводу “РЕМА” налагодили реографію печінки, тобто визначення внутрішньопечінкового кровообігу. Використання реографії при патології печінки широко застосовувалося в багатьох клініках, були

наукові публікації. Попрацювавши рік, я зрозумів, який цінний метод реграфії для діагностики патології печінки. Всі ми впевнилися, що при хронічному гепатиті не буває нормального кровообігу в печінці, а при доброякісній гіпербілірубінемії – кровообіг у печінці не порушений. Ось так використали реогепатографію для диференціальної діагностики між хронічним гепатитом і доброякісною гіпербілірубінемією.

Другим напрямком удосконалення діагностики патології печінки було впровадження на курорті радіоізотопної гепатографії. Ентузіастом цього впровадження був лікар Петро Станіславович Домбровський. Біля нього виростили молоді кадри – Мирон Полянський, Степан Совяк та інші. Завдяки радіоізотопній гепатографії с фарбою бенгал-роз Йод-131 визначалася як поглинна, так і видільна функція печінки. З'явилася змога встановити на яку з них погубно діють аплікації озокериту. Наближались до розкриття механізму підвищення гіпербілірубінемії, щоб вибрати оптимальний курортний комплекс. Виявилось, що все-таки при збільшенні гіпербілірубінемії знижується поглинна функція печінки у хворих на хронічний гепатит, тоді як при класичній доброякісній гіпербілірубінемії Жильбера така патологія печінки відсутня. Здавалося зовсім близько до вирішення проблеми з гіпербілірубінемією в умовах курорту.

У цей час в літературі з'явилися способи лікування доброякісної гіпербілірубінемії з використанням індукторів печінкових ферментів. Враховуючи, що фенобарбітал був доступним і дешевим препаратом, в нашій практиці використали саме його. Застосування цього препарату дозволило використовувати озокерит там, де була гіпербілірубінемія за рахунок вільного білірубіну. Рівень білірубіну знижувався, а частіше нормалізувався поряд із ліквідацією болю в правому підребер'ї.

Це були мої перші кроки в курортній науці. Завершилися вони в 1976 році кандидатською дисертацією “Діагностика і диференційована терапія хронічного епідемічного гепатиту на курорті Трускавець”. Цілих десять років витрачено, але я не жалкував. Отримав моральне задоволення, бо курорт мав можливість дійсно використовувати диференційний підхід в побудові лікувальних комплексів при патології печінки. Наступні роки були присвячені оптимізації озокеритотерапії на курорті Трускавець, особливостям реабілітації потерпілих від чорнобилької катастрофи та інші.