

Наиболее многочисленную группу (56) составили больные, у которых в картину шизофрении включалась неврозоподобная симптоматика. Эти пациенты сами обращались к врачу, были заинтересованы в лечении, а по уменьшении неврозоподобных проявлений указывали на улучшение состояния даже на фоне сохраненной симптоматики основного заболевания.

Во второй группе (16) можно было уловить черты сенильноподобности (возраст больных — 65—70 лет). Грубых нарушений интеллекта в большинстве случаев не было найдено, но у ряда больных бредовые идеи в силу возникшего снижения памяти приобрели отрывочный характер.

Третья группа больных (19) отличалась появлением несвойственных шизофрении феноменов, представляющих элементы органического психосиндрома, в частности зрительных галлюцинаций типа Лермитта, когда больные сообщали об эпизодическом возникновении зрительных образов «седого старика», кошек, медведей. У одной больной возникли судорожные припадки. У некоторых больных были выраженные сенестопатии с ипохондрической фиксацией и включением их в бредовые переживания.

Особое место занимает четвертая группа больных (29), у которых имелись очаговые неврологические симптомы, возникшие в результате нарушения мозгового кровообращения. При этом развивались варианты постапоплексической деменции.

В лечении шизофрении не было принципиальных различий с общепринятыми положениями. Однако такие активные методы, как инсулинотерапия, сульфозинотерапия, ЭСТ применялись с большой осторожностью, относительно реже. В основном приемлемы все формы биологической терапии шизофрении, но следует учитывать возраст больных, заболевание атеросклерозом и иные интеркуррентные заболевания.

В организации лечения обязательной является комплексная одновременная терапия атеросклероза. Необходимо назначение средств, направленных на компенсацию церебральной и сердечно-сосудистой недостаточности. Применяются все современные медикаменты, широко назначаются витамины, ноотропы (гамалон, аминалон), средства, снижающие холестерин в крови.

Осложнения, которые были отмечены нами, являлись выражением церебральной или кардиальной недостаточности. В процессе инсулинотерапии возникали серии судорожных припадков (1%). Во время лечения нейролептиками развивались экстрапирамидные расстройства (12%), которые отличались стойкостью (6%) несмотря на отмену препаратов и проведение активных мероприятий, направленных на снятие этих осложнений (назначение кофеина, атропина, витаминов группы В₁, глюкозы, корректоров). Обратимые гипотонические кризы возникали при применении аминазина, тизерцина (3%).

В профилактике осложнений, как и в проведении лечения, должны объединиться усилия психиатров, невропатологов, терапевтов. Что касается особенностей терапии, то следует рекомендовать гипогликемические субкоматозные дозы инсулина курсом, не превышающим 20—25 субком. Глубокие комы нецелесообразны. Лечение психотропными средствами надо проводить на минимальных и средних дозах. При терапии нейролептиками (в особенности галоперидолом, триседилом, трифтазином) с первого же дня рекомендуется назначать корректоры.

УДК 617.753.2—053.5

Л. В. Белецкая (Казань). Клиника начальной близорукости

Близорукость занимает первое место среди причин понижения зрения у детей школьного возраста. Среди школьников г. Казани дети, страдающие близорукостью, составляют 7,5%.

Из 3139 детей, обратившихся на консультативный прием в Республиканскую офтальмологическую больницу в период с 1972—1978 гг., у 492 выявлена близорукость, в том числе у 262 — начальной степени, у 129 — средней и у 101 — высокой. Девочек было 67%, мальчиков — 33%.

Подробно собран анамнез у 108 детей. Выяснено, что от патологической беременности (резус-фактор, токсокоз) родилось 2, от патологических родов (вакуум-экстрактор, щипцы, длительный безводный период) — 3, недоношенными — 6, искусственно вскормлены 2. Большинство перенесли по 1—3 детских инфекции. Хронический тонзиллит был у 10. Однако подавляющее большинство детей и в прошлом, и в настоящем соматически вполне здоровы.

65% много читают, 63% постоянно смотрят телевизор, 50% имеют дополнительные зрительные нагрузки (музыка, рукоделие, занятия в спецшколах с повышенными требованиями).

На близорукость у родственников указывают 324 ребенка, из них 72,7% имеют близоруких родителей, а 27,3% — близоруких дедушку или бабушку.

Возраст, в котором развилась миопия, колеблется от 7 до 15 лет. Одинаково часто и чаще, чем в другие возрасты, миопия появляется в 8, 9, 13 лет. После начала чтения миопия наступает также в разные сроки (от 1 до 9 лет), но у большинства — через 2—3 года. У начавших читать до школы миопия возникает чаще в 8 лет.

Обследовано 50 школьников с миопией начальной степени (1—3 Д) в возрасте от 10 до 16 лет. Для уточнения рефракции мы проводили релаксацию цилиарной мышцы

различными способами: обычной атропинизацией (3—10 дней), длительной атропинизацией (30 дней), оптическим микрозатуманиванием с дивергентной дезаккомодацией (МЗ с ДДА) от 10 до 45 сеансов. Наибольшее увеличение остроты зрения констатировано при МЗ с ДДА (50% на $0,23 \pm 0,04$). Наибольшее уменьшение субъективной (в 75% на $0,69 \pm 0,01$ Д) и объективной рефракции (в 59% на $0,68 \pm 0,04$ Д) достигнуто при длительной атропинизации. При релаксации МЗ и ДДА и обычной атропинизацией отмечались колебания рефракции как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения ($0,41—0,63$ Д).

Уже при начальной степени миопии обнаруживалось нарушение бинокулярного зрения (8,2%), периодическое расходящееся косоглазие (17,8%). В 70% определялась несколько большая (на $0,5—0,25$ Д) миопия на ведущем глазу.

Объем абсолютной аккомодации был нормальным в 80% и несколько пониженным в 20%. Резервы конвергенции, определенные призмой Гершеля, равны $23,4 \pm 4,8$; резервы дивергенции — $7,96 \pm 1,06$ пр. д.; фузионные резервы: положительные — $31 \pm 8,2$ пр. д., отрицательные — $8,65 \pm 2,31$ пр. д. Передне-задний размер глаз, определенный эхографически, равен $24,8 \pm 0,2$ мм.

Глазное дно оказалось нормальным у 75,4%. Среднегодовой градиент прогрессирования составил $1,1 \pm 0,08$.

УДК 615.835.3:576.75

Е. И. Сидоренко, О. И. Зудина, О. И. Сереброва (Москва). Влияние карбогена на функции организма

Для улучшения гемодинамики и оксигенации тканей предложена ингаляция смеси кислорода с двуокисью углерода — карбогена.

Нами проведено 898 исследований у 75 пациентов. Средний возраст больных составил 57 лет. Больные получали карбогенотерапию при первичной глаукоме 1—3-й стадий, атрофии зрительного нерва, макулодистрофии, окклюзии центральной вены сетчатки высокой близорукости, пигментной дегенерации сетчатки, ретробульбарных невритах и др.

Курс лечения включал 20—35 процедур, которые проводили по 15—20 мин 1—2 раза в день. Процедуру больной получал лежа, так как в этом случае диффузионная способность легких на 15—20% больше, чем в положении сидя. Карбоген давали в концентрации 3, 5, 7, 8, 9, 10%.

Клинические исследования показали, что ингаляции хорошо переносятся больными. Небольшая часть пациентов отмечала быстропроходящие головную боль, головокружение, боли в области сердца во время ингаляций 8—10% карбогена, поэтому такие концентрации мы применяли редко.

Ингаляции карбогена не вызывали существенных изменений кислотно-основного равновесия, и все показатели его находились в пределах нормы. Отдаленные исследования выявили незначительное, но длительное (до 30 дней) повышение pCO_2 в капиллярной крови.

Влияние карбогенотерапии на функции органа зрения нами исследовано у 116 человек. При сравнительном изучении зрительных функций в 2 группах больных — леченных только карбогеном (1-я группа) и получавших комбинированное лечение (2-я группа) — улучшение в 1-й группе выявлено у 62,7% больных, а во 2-й — у 71%. Это указывает на то, что карбоген предпочтительнее применять в комплексном лечении. Улучшая гемодинамику и оксигенацию тканей, карбоген вместе с тем не может заменить собой витамины, энергетические средства, этиотропное лечение. Карбогенотерапия наиболее эффективна при пигментной абитрофии сетчатки, ретробульбарном неврите, передней ишемической нейроретинопатии, глаукоме, диабетической ретинопатии, макулодистрофиях, высокой близорукости.

ЛЕКЦИЯ

УДК 616.24—002.5—079

ОРГАНИЗАЦИЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Проф. Г. А. Смирнов

(Казань)

После внедрения в практику противотуберкулезных антибиотиков и химиопрепаратов заболеваемость населения туберкулезом стала быстро снижаться. Этому способствовало значительное уменьшение массивности бактериовыделения у лиц с открытыми формами процесса под влиянием туберкулоостатической терапии. Абацеллирование происходит настолько быстро, что эпидемиологическая опасность больных уже через