

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