

всех вредных выделений в воздушную среду в цехе приходится на эти отсталые узлы.

6. Наибольшая заболеваемость отмечается в основных профессиях (поливщики, фестонщики, сушильщики, рефондеры, дозаторы и др.), то есть у работающих в темноте и подвергающихся действию паров метанола в концентрации от 0,12 до 1,7 мг/л и других токсических веществ. Заболеваемость рабочих цеха полива выше заболеваемости рабочих перфораторного цеха.

7. Общая заболеваемость работающих в темноте на 70,4—108,5% выше, чем у занятых трудом на свету. Определяющее влияние на рост заболеваемости рабочих в цехе перфорации надо признать, по-видимому, за фактором темноты. Данный вывод для своего обоснования требует дальнейших дополнительных исследований.

Поступила 10 декабря 1959 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОПЫТ 10-ЛЕТНЕГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПОЛЬЗОВАВШИМИСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИЕТОЙ ГЕНЕСА¹

В. И. Чернова

Из Саратовского эндокринологического пункта

Физиологическая диета при лечении больных сахарным диабетом, разработанная и клинически проверенная проф. Генесом и Резницкой, уже давно завоевала всеобщее признание.

Обслуживание больных сахарным диабетом в Саратове было в 1948 г. сосредоточено в диабетическом пункте. На первых этапах деятельности диспансерной работой этот пункт, за ограниченностью штата, заниматься не мог и осуществлял лишь регистрацию поступавших под наблюдение больных сахарным диабетом.

Систематически возрастающий поток больных как из города, так и из области, причем не только сахарным диабетом, но и многими другими эндокринными расстройствами, привел к необходимости преобразования диабетического пункта в эндокринологический. Теперь он представляет собой самостоятельное учреждение, подчиненное Облздравотделу и работающее в контакте (в объединении) с терапевтической клиникой. Пункт имеет два кабинета, лабораторию, включая установку для изотопной диагностики. В штате эндокринологического пункта — заведующий, 2 врача, врач-лаборант и 2 медсестры. Врачи ведут как поликлинический прием, так и больных в стационаре. На каждого больного заводится паспорт, куда вносятся все данные клинического исследования в стационаре, результаты систематических (1—2 раза в месяц) исследований крови и мочи на сахар, назначаемая диета и доза инсулина. Каждый больной сахарным диабетом 1—2 раза в месяц посещает врача.

На учете в эндокринологическом пункте состоит 558 (191 мужчина и 367 женщин) больных, подавляющее большинство которых находится под нашим наблюдением в течение ряда лет.

С легкой формой диабета — 233 больных, средней тяжести — 186, тяжелой формой — 139 (из них 3 с акромегалией).

Из сопутствующих заболеваний отмечены у 8 — ожирение, у 22 — туберкулез легких, у 114 — атеросклероз, у 90 — гипертоническая болезнь.

Всем назначалась физиологическая диета в соответствии с теми рационами, которые были разработаны С. Г. Генесом. Больным сахарным

¹ Доложено на научной сессии Украинского института экспериментальной эндокринологии в Харькове 26/X-1958 г. и на 2-й конференции терапевтов Поволжья 15—18/VI-1959 г.

диабетом, страдавшим атеросклерозом, диета видоизменялась в соответствии с современными принципами диетотерапии атеросклероза. Конечно, в поликлинической практике нельзя рассчитывать на то, чтобы больные точно соблюдали предписанный им диетический режим, и весьма вероятно, что некоторые нарушали диету. Однако, принципиально важным является то, что все с теми или иными отклонениями пользовались расширенной физиологической диетой.

Из 558 больных 145 могли обходиться без инсулина на первой диете Генеса. Это были больные легкой формой диабета и различной степенью ожирения. 389 больных получали диету и инсулин, причем удовлетворительно упитанные больные, а также работники умственного или легкого физического труда получали вторую диету (около 2600 калорий).

При выраженном истощении назначалась третья диета (3500—4000 калорий).

Из 389 больных, лечившихся инсулином, 140 получали до 30 ед. в день, 150 — от 30 до 60 ед. и 99 — больше 60 ед. в сутки. 35 больных в течение последнего года получали сульфаниламидные препараты (нализан, растинон).

При систематическом наблюдении и коррекции потребного количества инсулина 365 больных сохранили свою трудоспособность. Большинство из 193 неработающих относилось за счет домохозяек (42) и пенсионеров (151). Обычно все работающие больные сахарным диабетом один раз в год в плановом порядке помещались в стационар для повторного клинического исследования. Вне этого времени подавляющее большинство больных не нуждалось в освобождении от работы по сахарному диабету.

Что касается глюкозурии и гликемии, то концентрация сахара в моче колебалась от 1 до 3% у 437 больных, от 3 до 5% — у 115 и выше 5% — у 6 больных. Суточная потеря сахара мочой в основном не превышала 5—10% сахарной ценности пищи. Содержание сахара в крови натощак колебалось в следующих пределах: меньше 170 мг% было у 145 больных, от 170 до 200 мг% — у 100, от 201 до 250 мг% — у 165, от 251 до 300 мг% — у 98 и выше 300 мг% — у 50.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при правильной организации диспансерного наблюдения возможно сохранить не только жизнь, но и длительную работоспособность. Огромное значение в этом, несомненно, принадлежит физиологической диете, основы которой были разработаны проф. С. Г. Генесом.

Практика нашей поликлинической работы и длительного диспансерного наблюдения позволяет полностью подтвердить высокую эффективность физиологической диеты Генеса. Вместе с тем наши наблюдения подтверждают также положение Генеса о том, что сами по себе ни длительная глюкозурия (если, конечно, процент неусвоенных углеводов не превышает 5—10%), ни гипергликемия не сказываются отрицательно на течении сахарного диабета. Об этом мы судим по тому, что большинство из 151 пенсионеров, лечившихся у нас, перешли на пенсию в возрасте свыше 60 лет, то есть в том же возрасте, как и лица, не болевшие сахарным диабетом.

Конечно, сахарный диабет, как и другие патологические процессы, имеет свои закономерности течения в зависимости от влияния факторов внешней среды. За последние 10 лет диабетическая кома была у 18 больных. Основными причинами развития диабетической комы были следующие: 1) инфекционные заболевания (грипп, пневмония, кишечные инфекции), когда больные в связи с потерей аппетита переставали по собственной инициативе вводить инсулин, — у 7; 2) несоблюдение режима питания и лечения инсулином — у 9 больных; 3) внезапное прекращение введения инсулина — у 2.

Из 18 больных с диабетической комой погибли 5, остальные были быстро выведены из коматозного состояния, и в настоящее время 13 из них работают. Пять перенесли инфаркт миокарда. В течение всего острого и подострого периодов они получали инсулин и физиологическую диету Генеса, соответственно видоизмененную, применительно к диете больных инфарктом миокарда. Все выздоровели, но в дальнейшем были переведены на инвалидность.

Из числа больных, находившихся под наблюдением диабетпункта, с 1948 г. умерло 40 человек, из них: от диабетической комы — 5, от заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертония, склероз) — 26, от туберкулеза легких — 4, от рака — 5.

Из 40 умерших 34 были старше 50 лет (из них 24 — старше 60).

Как показывает наш опыт 10-летнего наблюдения за больными сахарным диабетом, пользовавшимися диетой Генеса, ни гипергликемия, ни сохранение глюкозурии при достаточном усвоении углеводов и систематическом рациональном лечении инсулином в условиях регулярного диспансерного наблюдения не сказываются отрицательно на течении болезни. В такой же мере эта диета играет большую роль в предотвращении ацидоза (ацетон отмечен нами в единичных случаях) и развитии диабетической комы.

За последний год мы получили в свое распоряжение сульфаниламидные препараты и стали применять их в показанных случаях для лечения больных сахарным диабетом, сохраняя по-прежнему расширенные физиологические диеты. Предварительно больные направлялись в стационар, где устанавливалась необходимая доза препарата. В дальнейшем больной поступал под наше наблюдение.

Наш материал (55 больных) еще количественно слишком мал для обобщений, но предварительные данные указывают на то, что и в условиях лечения диабетических больных сульфаниламидными препаратами физиологическая диета Генеса так же полезна, как и при лечении инсулином.

Поступила 7 сентября 1959 г.

НЕКОТОРЫЕ НАСУЩНЫЕ ВОПРОСЫ БОРЬБЫ С ГЛАУКОМОЙ

Канд. мед. наук М. М. Романовский и м.л. научн. сотр. Л. П. Козлова

Из диспансерного отделения института глазных болезней им. Гельмгольца
(директор — А. В. Рославцев)

Глаукома — распространенное заболевание. Почти 22% всех слепых потеряли зрение от глаукомы.

Успешное применение диспансеризации при ряде хронических заболеваний привело к мысли о целесообразности использования этого метода в борьбе с глаукомой.

Борьба с этим сложным и тяжелым заболеванием до сих пор ведется недостаточно. Как правило, глаукому диагностируют поздно, обследование лиц с подозрением на глаукому и больных глаукомой нередко ограничивается только проверкой остроты зрения и пальпаторным определением внутриглазного давления. Лечение же зачастую сводится к стереотипному назначению какого-либо одного миотического препарата, как правило, пилокарпина.

Надо сказать, что нередко обнаруживаются кардинальные признаки глаукомы у лиц, которых в районной поликлинике сочли здоровыми. С другой стороны, приходилось отменять диагноз глаукомы, опрометчиво, без достаточных оснований поставленный у практически здоровых лиц.