

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.

Необходимо особенно подчеркнуть, что отсутствие яркой глазной симптоматики в начальном периоде глаукомы приводит больных к врачам других специальностей. Периодические, приступообразные головные боли, часто в области виска, надбровных дуг, половине головы, нередко служат поводом для обращения за помощью к терапевту, невропатологу, что, естественно, не позволяет своевременно начать лечение глаукомы.

С целью усиления эффективности борьбы с глаукомой целесообразно включение врачей разных специальностей в борьбу с ней, систематическое повышение их знаний об этом заболевании.

На основании пятилетнего опыта работы диспансерного отделения института им. Гельмгольца выработан ряд организационных форм ведения борьбы с глаукомой.

В частности, ценные практические и научные данные дают активные профилактические осмотры здорового населения на предмет выявления глаукомы. Так, профилактическое обследование более 6000 чел. старше 40-летнего возраста показало, что почти 10 чел. на 1000 чел. «здорового» населения этой возрастной группы страдают глаукомой.

К активным профилактическим методам следует отнести осмотры всех лиц старше 40 лет, обращающихся за глазной помощью. Такие осмотры должны стать правилом в работе любого глазного кабинета. При профилактическом осмотре исследуются глазное дно, острота зрения и внутриглазное давление; поле зрения — лишь по мере необходимости.

Поскольку в основе успешной борьбы с глаукомой лежит выявление ранних фаз этого заболевания, важно было установить, в каких субъективных симптомах и клинических признаках кроется начало данного заболевания, часто, к сожалению, просматриваемого.

Было установлено, что глаукома начинается не сразу. Существует период, который мы называем предглаукомным, когда под влиянием различных факторов могут иметь место кратковременные подъемы внутриглазного давления, быстро однако, выравниваемые. Период этот — фаза транзиторной гипертензии — не всегда переходит в дальнейшем в типичную глаукому.

Функциональные и клинические расстройства, характерные для предглаукомной фазы и начальной стадии глаукомы, ярче всего выступают на фоне повседневных раздражителей бытовой и трудовой среды исследуемых лиц.

У лиц, помещенных в условия круглосуточного стационара, с полной изоляцией от раздражителей их обычной среды, регуляторные механизмы быстро приходят к норме, и на этом фоне они способны не только удерживать постоянный уровень тех или иных функций, но даже полноценно компенсировать временные перегрузки, создаваемые искусственно в виде так называемых нагрузочных проб. Вот почему в случаях обычного стационарного исследования лиц с глаукомой *in suspectu* они так часто уходят из стационара без четкого ответа на вопрос, есть глаукома или нет.

В институте им. Гельмгольца работает стационар нового типа, так называемый ночной стационар. Отличительной его особенностью является то, что исследуемые находятся в нем с 18 час. до 8 час. утра следующего дня. Днем они выполняют свою обычную работу. В стационаре у лиц с подозрением на глаукому и у больных глаукомой проводятся всестороннее клиническое исследование, изучение состояния суточной ритмики внутриглазного давления.

Шестилетний опыт работы ночного стационара подтверждает значительное его преимущество перед круглосуточным стационаром. Ночной стационар позволяет чаще и в более короткие сроки выявлять глаукому, устанавливать отдельные отрицательные факторы труда и быта, способ-

ствующие возникновению глаукомы и ухудшающие ее течение; ночной стационар экономичнее для государства в материальном отношении.

Более активное привлечение средних медицинских работников к лечебно-профилактической работе вообще и борьбе с глаукомой, в частности, явится, несомненно, полезным делом и принесет большую пользу как больным, так и самим медицинским работникам. Опыт показывает, что в диспансерном отделении медицинские сестры прекрасно овладевают техникой тонометрии, проверки остроты и поля зрения, субъективного определения рефракции и др., то есть исследований, считавшихся ранее доступными только врачу.

Для правильного организованного ведения борьбы с глаукомой важно, чтобы окулисты районных поликлиник могли в необходимых случаях посылать своих больных в квалифицированное учреждение, где решались бы сложные вопросы диагностики и лечения. Для этого необходимы клиничко-методические центры по борьбе с глаукомой или так называемые глаукоматории.

В соответствии с планом мероприятий Министерства здравоохранения СССР по дальнейшему снижению глазной заболеваемости и слепоты, глаукоматории должны организовываться на базе существующих областных, краевых, республиканских глазных учреждений, а в некоторых областях — на базе трахоматозных диспансеров.

Надо думать, что в будущем, в связи с постепенным уменьшением функций и роли трахоматозных диспансеров, они будут реорганизованы в глазные диспансеры. Имеется в виду значительное расширение диапазона их действия.

Глаукоматории могут на первых порах состоять из небольшого штата медперсонала: 1—2 врача и столько же сестер. Глаукоматорий должен иметь небольшой ночной стационар и осуществлять, наряду с лечебной работой, также организационно-методические действия по борьбе с глаукомой.

Таким образом, организационная структура службы по борьбе с глаукомой представляется нам в виде трехзвенье-вой системы, в которой первое звено — глазной кабинет районной поликлиники, где проводятся выявление и нехирургическое лечение четко установленной глаукомы и отбор лиц, у которых подозревается глаукома, второе звено — клиничко-методический центр по борьбе с глаукомой (с ночным стационаром) — место, куда направляются больные из кабинетов первого звена для уточнения диагноза в неясных случаях и определения характера дальнейшего лечения, и, наконец, третье звено — глазной стационар обычного типа, место хирургического и специального лечения, исследования и консультации особо сложных, а для клиник — тематических больных глаукомой.

Опыт показывает, что при определенной целенаправленности и руководстве работой практической сети здравоохранения диспансерное обслуживание больных глаукомой, то есть их раннее выявление и эффективное лечение, — вполне реальная и осуществимая ныне задача.

Поступила 6 августа 1958 г.