

удаления из передней камеры ресниц, лежащих на радужной оболочке. Операцию можно производить с помощью бинокулярной лупы. Микронструментарий не требуется.

Техника операции. Обработка операционного поля и анестезия обычные. Глазное яблоко фиксируется лигатурой за соответствующую прямую мышцу. Перпендикулярно расположению ресницы в меридиане залегания делается сквозной разрез роговицы лезвием бритвы длиной 2 мм вне оптической зоны. В разрез вводится микрокрючок, изготовленный из тонкого проволочного мандрена с диаметром кривизны 1—1,5 мм, подводится под ресницу и извлекается вместе с последней. Наложения шва на разрез не требуется, так как роговичная рана хорошо адаптирована.

Приводим выписки из истории болезней двух больных.

Б., 24 лет, поступил в глазное отделение 15.06.84 г. с диагнозом: амагнитное инородное тело в передней камере правого глаза. Перенес корнеосклеральное ранение в 1977 г. При очередном диспансерном осмотре при биомикроскопии обнаружена ресница в передней камере. По описанной выше технике инородное тело удалено. Операция и послеоперационный период протекали гладко. Большой выписан на 8-е сутки. В области разреза остался маленький рубчик длиной 2 мм. Острота зрения не изменилась.

С., 30 лет, поступила в глазное отделение 10.01.85 г. с диагнозом: проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза. Через 20 дней после стихания воспалительных явлений и рассасывания гифемы при биомикроскопии у лимба в меридиане 3 часов обнаружена ресница. Операция произведена тем же способом. Большая выписана на амбулаторное лечение через 7 дней после оперативного вмешательства. Функции глаза не изменились.

Данные примеры показывают, что ресницы из передней камеры могут быть удалены через минимальный разрез роговицы с использованием бинокулярной лупы и описанного нами микрокрючка. Указанный метод не отражается на функциях глаза и сокращает срок пребывания больного в стационаре.

УДК 616.314—084:546.26

А. И. Заболотный (Казань). Фторпрофилактика кариеса зубов методом фторофореза

Введение непосредственно в эмаль зубов ионов минеральных веществ (фтора, кальция, фосфора и др.) с целью повышения ее резистентности является признанным способом патогенетической профилактики кариеса.

Наши предварительные исследования показали, что с помощью ультразвука можно ввести фтора в зубы в 3 раза больше, чем методом аппликации, в результате этого существенно повышается кислотоустойчивость эмали.

Целью настоящей работы являлись разработка методики и оценка противокариозной эффективности ультрафторофореза фторида натрия.

Под наблюдением находились 300 школьников 9—12 лет. Детям основной группы (100 чел.) фтор в зубы вводили с помощью ультразвука. 1-й контрольной (100) — методом аппликации; учащиеся 2-й контрольной группы (100) флюоризацию зубов не проводили.

Все дети обучались гигиеническому уходу за полостью рта, эффективность которого контролировали по методу Федорова — Володкиной.

Ультрафторофорез фторида натрия выполняли следующим образом. Учащийся набирал в рот 1% раствор фторида натрия, затем в преддверье полости рта при сомкнутых зубах вводили источник ультразвука, обращенный излучающей поверхностью к зубам. Излучатель во время процедуры перемещали по поверхности верхних и нижних зубов. В первый раз интенсивность ультразвука была 0,2 Вт/см², время — 3 мин; в последующие сеансы ее повышали до 0,4 Вт/см² при 5 мин экспозиции. Процедуру вели в непрерывном режиме с помощью аппарата ЛОР-3А при частоте ультразвуковых колебаний 880 кГц. Флюоризацию зубов производили один раз в год во время очередной санации полости рта, ежедневно (всего 3 сеанса), через год — 2 сеанса.

Аппликационный способ введения фтора заключался в следующем: на очищен-

Влияние фторпрофилактики на кариес зубов у детей

Группы детей	Показатели					
	КПУ			прирост кариеса		
	исходные	через год	через 2 года	за 1-й год	за 2-й год	за 2 года
Основная	1,69±0,15	2,26±0,20	2,37±0,18	0,57±0,11	0,16±0,11	0,68±0,15
1-я контрольная	1,23±0,21	2,26±0,18	2,94±0,16	1,01±0,15	0,71±0,11	1,74±0,21
2-я контрольная	1,13±0,19	2,36±0,24	3,44±0,21	1,23±0,16	1,08±0,18	2,31±0,18

удаления из передней камеры ресниц, лежащих на радужной оболочке. Операцию можно производить с помощью бинокулярной лупы. Микроринструментарий не требуется.

Техника операции. Обработка операционного поля и анестезия обычные. Глазное яблоко фиксируется лигатурой за соответствующую прямую мышцу. Перпендикулярно расположению ресницы в меридиане залегания делается сквозной разрез роговицы лезвием бритвы длиной 2 мм вне оптической зоны. В разрез вводится микрокрючок, изготовленный из тонкого проволочного мандрена с диаметром кривизны 1—1,5 мм, подводится под ресницу и извлекается вместе с последней. Наложения шва на разрез не требуется, так как роговичная рана хорошо адаптирована.

Приводим выписки из истории болезней двух больных.

Б., 24 лет, поступил в глазное отделение 15.06.84 г. с диагнозом: амагнитное инородное тело в передней камере правого глаза. Перенес корнеосклеральное ранение в 1977 г. При очередном диспансерном осмотре при биомикроскопии обнаружена ресница в передней камере. По описанной выше технике инородное тело удалено. Операция и послеоперационный период протекали гладко. Больной выписан на 8-е сутки. В области разреза остался маленький рубчик длиной 2 мм. Острота зрения не изменилась.

С., 30 лет, поступила в глазное отделение 10.01.85 г. с диагнозом: проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза. Через 20 дней после стихания воспалительных явлений и рассасывания гифемы при биомикроскопии у лимба в меридиане 3 часов обнаружена ресница. Операция произведена тем же способом. Большая выписана на амбулаторное лечение через 7 дней после оперативного вмешательства. Функции глаза не изменились.

Данные примеры показывают, что ресницы из передней камеры могут быть удалены через минимальный разрез роговицы с использованием бинокулярной лупы и описанного нами микрокрючка. Указанный метод не отражается на функциях глаза и сокращает срок пребывания больного в стационаре.

УДК 616.314—084:546.26

А. И. Заболотный (Казань). Фторопрфилактика кариеса зубов методом фонофореза

Введение непосредственно в эмаль зубов ионов минеральных веществ (фтора, кальция, фосфора и др.) с целью повышения ее резистентности является признанным способом патогенетической профилактики кариеса.

Наши предварительные исследования показали, что с помощью ультразвука можно ввести фтор в зубы в 3 раза больше, чем методом аппликации, в результате этого существенно повышается кислотоустойчивость эмали.

Целью настоящей работы являлись разработка методики и оценка противокариозной эффективности ультрафонофореза фторида натрия.

Под наблюдением находились 300 школьников 9—12 лет. Детям основной группы (100 чел.) фтор в зубы вводили с помощью ультразвука, 1-й контрольной (100) — методом аппликации; учащимся 2-й контрольной группы (100) флюоризацию зубов не проводили.

Все дети обучались гигиеническому уходу за полостью рта, эффективность которого контролировали по методу Федорова — Володкиной.

Ультрафонофорез фторида натрия выполняли следующим образом. Учащийся набирал в рот 1% раствор фторида натрия, затем в преддверье полости рта при сомкнутых зубах вводили источник ультразвука, обращенный излучающей поверхностью к зубам. Излучатель во время процедуры перемещали по поверхности верхних и нижних зубов. В первый раз интенсивность ультразвука была 0,2 Вт/см², время — 3 мин; в последующие сеансы ее повышали до 0,4 Вт/см² при 5 мин экспозиции. Процедуру вели в непрерывном режиме с помощью аппарата ЛОР-3А при частоте ультразвуковых колебаний 880 кГц. Флюоризацию зубов производили один раз в год во время очередной санации полости рта, ежедневно (всего 3 сеанса), через год — 2 сеанса.

Аппликационный способ введения фтора заключался в следующем: на очищен-

Влияние фторопрфилактики на кариес зубов у детей

Группы детей	Показатели					
	КПУ			прирост кариеса		
	исходные	через год	через 2 года	за 1-й год	за 2-й год	за 2 года
Основная	1,69±0,15	2,26±0,20	2,37±0,18	0,57±0,11	0,16±0,11	0,68±0,15
1-я контрольная	1,23±0,21	2,26±0,18	2,94±0,16	1,01±0,15	0,71±0,11	1,74±0,21
2-я контрольная	1,13±0,19	2,36±0,24	3,44±0,21	1,23±0,16	1,08±0,18	2,31±0,18

ную от налета поверхность (жевательную и вестибулярную) зубов на 10 мин накладывали ватные валики, пропитанные 1% раствором фторида натрия. Всего провели 3 сеанса в начале первого года, через год — еще 2 сеанса.

Профилактический эффект оценивали по индексам КПУ и приросту кариеса, о котором судили по числу образовавшихся кариозных дефектов за год. В таблице отражены результаты наблюдений за детьми. Исходные значения КПУ во всех группах существенно не различались.

После ультрафонофоретического и аппликационного введения фтора у детей зарегистрировано выраженное снижение поражения зубов кариесом. После фонофореза фтора поражаемость зубов кариесом снизилась на 70,6%, аппликационного способа — на 41,1%. Полученные данные о высоком противокариозном эффекте ультрафонофореза фторидом натрия позволяют рекомендовать этот метод для широкого применения.

УДК 616.24—002.5—078.839:577.158.45

А. А. Визель, М. Э. Гурылева, Э. А. Гурылев (Казань). Функция печени у больных туберкулезом органов дыхания

Во фтизиатрии широко применяются туберкулостатические препараты, многие из которых обладают гепатотоксическим действием. Задачей настоящего исследования было изучение активности гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) сыворотки крови как показателя функции печени у больных туберкулезом органов дыхания, получающих туберкулостатическую терапию.

Было обследовано 42 пациента (6 женщин и 36 мужчин), больных туберкулезом. Средний возраст — $43,2 \pm 1,8$ лет; бактериеносители составляли 45,2%. У 14 больных был диагностирован инфильтративный туберкулез, у 9 — очаговый, у 4 — диссеминированный, у 5 — туберкулемы, у 5 — плевриты, у 3 — фиброзно-кавернозный и у 2 — цирротический туберкулез легких. Туберкулостатическая терапия проводилась в среднетерапевтических дозировках. Длительность непрерывной химиотерапии у большинства больных варьировала от 2 до 4 мес.

Наряду с ГГТ, изучали активность аланин-аминотрансферазы (АлТ), содержание билирубина и его фракций, ставили реакцию Вельтмана, оценивали величины СОЭ, лейкоцитоза. За нормальные значения активности ГГТ для мужчин принимали 6—28 ЕД/л, для женщин — 4—18 ЕД/л.

Активность ГГТ оказалась выше 30 ЕД/л (в среднем — $45,5 \pm 4,8$ ЕД/л) у 10 (23,8%) пациентов. У 5 из них был инфильтративный туберкулез легких, у 1 — диссеминированный, у 1 — фиброзно-кавернозный, у 2 — туберкулезный плеврит, у 1 — очаговый туберкулез. Наряду с возрастанием активности ГГТ у этих больных умеренно увеличивалась активность АлТ (в среднем до 36 ЕД/л); у 6 больных укорачивалась коагуляционная лента Вельтмана. Содержание билирубина в сыворотке крови существенно не менялось. У 5 лиц заболевание выявлено впервые, у 5 был хронический туберкулез органов дыхания. Следует отметить, что 8 из 10 больных с повышенной активностью ГГТ получали такие гепатотропные туберкулостатики, как этионамид и протионамид, у 2 других в комплекс лекарственных препаратов входили рифадин и изониазид. У всех этих пациентов имелись признаки активности воспалительного процесса, которая подтверждалась повышенной СОЭ (в среднем $20,3 \pm 5,0$ мм/ч).

При изучении ГГТ у больных не было обнаружено специфического увеличения или уменьшения активности данного фермента в зависимости от той или иной формы туберкулеза органов дыхания. При каждой нозологической форме уровень активности ГГТ имел большие колебания (например, при инфильтративном туберкулезе — 11—66 ЕД/л, при очаговом — 15—78 ЕД/л), что позволило предположить решающее значение антибактериального лечения и сопутствующих заболеваний. Корреляционный анализ показал прямую линейную зависимость активности ГГТ от длительности непрерывного туберкулостатического лечения ($r=0,70$; $P<0,001$). В то же время связи изменений активности этого фермента с возрастом больных ($r=0,19$; $P>0,1$), временем от момента обнаружения туберкулеза ($r=0,11$; $P>0,1$), величинами СОЭ ($r=0,32$; $P>0,1$) не установлено.

Определенный параллелизм выявлен между динамикой активности ГГТ и изменениями АлТ ($r=0,59$; $P<0,01$), в то время как между содержанием билирубина ($r=0,34$; $P>0,1$) и реакцией Вельтмана ($r=-0,26$; $P>0,1$) такой параллели не прослеживалось.