

вали с должными величинами, принятыми на Ленинградском симпозиуме по клинической физиологии дыхания в 1973 г. Работу дыхания и растяжимость легких изучали в тех же условиях.

У курящих мужчин по сравнению с некурящими ( $P < 0,05$ ) отмечалось снижение показателей, характеризующих бронхиальную проходимость (ОФВ<sub>1</sub>, ОФВ<sub>1</sub>/ЖЕЛ, МВЛ, мощность выдоха). Общая работа дыхания, эластический и неэластический ее компоненты в состоянии покоя, а также коэффициент удельной работы дыхания (отношение работы дыхания к вентиляции в литрах) были достоверно увеличены. Кроме того, в состоянии покоя была снижена динамическая растяжимость легких. Показатели ЖЕЛ и мощность вдоха у курящих и некурящих не различались.

Таким образом, у курильщиков в среднем через 6,5 лет от начала курения были выявлены изменения бронхиальной проходимости, растяжимости легких, общей работы дыхания. Можно допустить, что эти начальные, чисто функциональные изменения, наряду с другими хорошо изученными факторами, могут способствовать развитию хронического бронхита и эмфиземы легких у курящих.

УДК 616.76—002—089.5—031.84

**И. С. Ильинский, В. И. Бекмачев, М. Ф. Муравьев (Устинов). Лечение крепитирующего тендовагинита новокаиновыми блокадами с гидрокортизоном в условиях поликлиники**

Под нашим наблюдением с 1980 по 1982 г. находилось 105 больных крепитирующим тендовагинитом предплечья в возрасте от 19 до 60 лет, из них 72% составляли мужчины с поражением правого предплечья (69%).

Все три симптома (боль, отек, крепитация) выявлены лишь у 79 (75,2%) больных с локализацией у 73 (92,4%) в нижней трети предплечья, в проекции длинной отводящей I палец мышцы и его короткого разгибателя, у 6 — в области лучезапястного сустава и тыльной поверхности кисти.

У 19 (18%) больных при наличии боли и отека крепитация не определялась, у 7 (6,6% женщин) отмечена боль в области шиловидного отростка лучевой кости.

При лечении 105 больных выполнено 300 новокаиновых блокад с гидрокортизоном. Число дней нетрудоспособности больных составило в среднем 4,4.

Методика лечения заключалась в следующем. Из одного укола на тыльной поверхности нижней трети предплечья через иглу, проведенную под апоневроз, вводили 10—20 мл 0,25—0,5% раствора новокаина с добавлением 25—50 мг суспензии гидрокортизона. Затем с внутренней стороны производили иммобилизацию конечности с помощью гипсовой лонгеты от кончиков пальцев до верхней трети предплечья. Кисть фиксировали в положении легкой дорсальной флексии, II—V пальцы — в положении ладонного сгибания, I палец — в оппозиции ко II—III пальцам. Курс лечения составлял 2—3 блокады с интервалами в 1—3 дня. Общее количество гидрокортизона на весь курс лечения не превышало 100—120 мг.

Инъекции выполняли в утренние часы, до приема больных в условиях операционной хирургического кабинета поликлиники, со строгим соблюдением правил асептики и антисептики. Кожу на предплечье обрабатывали перед инъекцией 5% раствором йода и спиртом. После инъекции накладывали асептическую повязку.

После первого введения больные чувствовали уменьшение боли и отека, исчезновение крепитации. Повторные блокады способствовали рассасыванию отека, купированию болей, выздоровлению больных с выпиской на основную работу. В трудоустройстве нуждались лица с рецидивом заболевания.

В период лечения после очередной блокады больным в домашних условиях рекомендовали к месту инъекции прикладывать периодически холод, внутрь принимать антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), витамины.

Другие методы лечения не применяли.

У 3 (2,8%) больных после инъекции возникла боль в месте введения, державшаяся в течение 1—3 ч и прекратившаяся самостоятельно. У 2 (1,9%) пациентов выявлен рецидив заболевания через один месяц после выписки на работу. Проведение повторного курса лечения новокаиновыми блокадами с гидрокортизоном (3 инъекции с интервалом в 3 дня) привело к выздоровлению и полному восстановлению функции и трудоспособности больных, но к увеличению срока нетрудоспособности соответственно до 16 и 25 дней.

В контрольную группу вошли 100 больных, у которых были применены обычные методы лечения (физиотерапия — УВЧ, УФО, электрофорез, антибиотикотерапия, повязки с мазью Вишневского, иммобилизация). Сроки лечения больных составили 10,3 дня. У 6 больных наблюдался рецидив заболевания.

Итак, применение новокаиновых блокад с гидрокортизоном способствовало сокращению срока нетрудоспособности в среднем с 10,3 до 4,4 дня, то есть в 2,3 раза, а количество рецидивов заболевания — в 3 раза. Экономия средств достигла 4956 рублей.

Следовательно, избранный метод лечения крепитирующего тендовагинита предплечья оказался более эффективным, а простота его выполнения при строгом соблюдении правил асептики и антисептики позволяет использовать его в амбулаторных условиях.

УДК 616.313—006.5—053.2

**И. Г. Ямашев (Казань). Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования языка у детей**

Под нашим наблюдением находился 51 ребенок (мальчиков — 22, девочек — 29) с различными заболеваниями и травмами языка, в том числе с воспалительными процессами — 9, с повреждениями — 11, с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями — 31. Последние по возрасту распределялись следующим образом: до одного года — 2, с 2 до 5 лет — 13, с 7 до 9—6, с 11 до 14—10 детей (мальчиков — 8, девочек — 23).

Клинико-морфологические диагностированы папилломы и папилломатоз у 6 детей, фибромы — у 5, лимфангиомы — у 11, гемангиомы — у 4, ботриомикомы — у 2, зернисто-клеточная опухоль — у 1, кисты языка — у 2. У 10 детей опухоли были врожденные. Остальные больные (21) обратились за медицинской помощью в различные сроки после обнаружения новообразования: через 1—3 мес — 7, через 6—9 мес — 2, через 1—2 года — 5, через 3—4 года — 2, через 5—7 лет — 3; у 2 время появления новообразования установить не удалось.