

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.

26 детям из 31 было проведено оперативное вмешательство, 3 — склерозирующая терапия сосудистых опухолей 80° алкоголем; у 2 операции не было в связи с выявленным противопоказанием (скарлатина, алиментарная анемия). Оперативное вмешательство выполняли путем клиновидного иссечения опухоли вместе со слизистой оболочкой (у 23) либо отсепарированием последней по Евдокимову (у 2). У одного ребенка осуществлена цистэктомия. Швы снимали через 7—8 дней после вмешательства.

Приводим краткую выписку из истории болезни.

З., 7 лет, поступила в отделение с жалобами на опухоль языка, которая затрудняла прием пищи, речь и вызывала боль от кислого и соленого. Ограниченное образование на языке родители заметили у девочки в 2-летнем возрасте. Когда ей исполнилось 4 года, они обратились к врачу в связи с ростом данной опухоли, но лечение не было предпринято. Периодически опухоль уменьшалась, но в последнее время ее размеры не меняются.

При осмотре обнаружено утолщение передней половины и кончика языка, больше справа. На слизистой оболочке языка — множественные прозрачные просовидные образования местами красной или желтоватой окраски. При пальпации отмечается утолщение всех тканей пораженной части языка; болей нет. После санации полости рта произведено клиновидное иссечение опухоли с ее предварительным обшиванием. Послеоперационный период протекал без осложнений. Клинико-морфологический диагноз — лимфангиома языка.

В заключение следует подчеркнуть, что раннее выявление доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований языка и их своевременное лечение является составной частью профилактических мероприятий, которые следует проводить с целью предупреждения возможных нарушений функций не только органа, но и зубочелюстной системы.

УДК 616.314—06:612.887:615.849.19

### **И. В. Лысова, Т. П. Сенаторова (Казань). Применение лазера при гиперестезии твердых тканей зубов**

К настоящему времени предложено немало способов лечения гиперестезии твердых тканей зубов, однако их недостаточная эффективность обусловила поиск новых методов лечения.

Мы изучали эффективность излучения гелий-неонового лазера при гиперестезии зубов, не связанной с патологией пародонта. Под наблюдением находились 24 пациента в возрасте от 34 до 70 лет с гиперестезией твердых тканей зубов I—III степени. У 8 больных зубы реагировали на температурные раздражители, у 14 — на температурные и химические, у 2 — на все виды раздражителей и у 2 — только на тактильные раздражители. У большинства пациентов гиперестезия твердых тканей зубов являлась осложнением эрозии эмали, патологической стертости или клиновидных дефектов. У 8 больных отмечалась резкая реакция на температурные раздражители со стороны интактных зубов.

Ранее курс лечения препаратами фтора прошли 10 больных. У одного из них 15 сеансов электрофореза оказались неэффективными, у 2 осталась повышенная чувствительность отдельных зубов, у 7 улучшение было временным.

При лечении использовали лазерное излучение со следующими параметрами: плотность мощности — 200 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция — 1,5 мин на каждый зуб с оральной и вестибулярной сторон.

У больных с чувствительностью к тактильным раздражителям жалобы исчезли через день после однократного облучения, с гиперестезией твердых тканей зубов I степени — после 3 (у 7 из 8) и 5 сеансов (у 1), с гиперестезией II степени — после 3—4 облучений, причем у одного больного заметное улучшение состояния наступило только после 3 сеансов. За 4 мес наблюдения рецидив отмечен у одной больной с гиперестезией II степени. Повторное лечение дало положительный результат после 3 облучений.

У пациентов с повышенной чувствительностью зубов на все виды раздражителей для исчезновения жалоб понадобилось 3—5 сеансов. После одного облучения у больных ослаблялась чувствительность к тактильным раздражителям, после 2 — резко уменьшалась чувствительность к холоду. После исчезновения тактильной и температурной чувствительности пропадала повышенная чувствительность к химическим раздражителям. Повторная электроодонтодиагностика не выявила изменений электровозбудимости пульпы зубов.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности лазеротерапии гиперестезии твердых тканей зубов.

УДК 616.993.195—08—031.84

### **З. Г. Фаткуллина, В. Н. Рокицкая (Казань). Опыт лечения больных микроспорией**

С 1984 г. при лечении больных микроспорией гладкой кожи и волосистой части головы в микологическом стационаре мы применяли препарат К-2. Его состав: йод кристаллический (5,0), тимол (2,0), деготь березовый (10,0), рыбий жир (15,0), хлороформ (45,0), спирт камфорный (40,0).

Препаратом К-2 лечены 70 больных, из них у 58 диагностирована микроспория гладкой кожи (в том числе у 31 — поражение пушковых волос), у 12 — микроспория волосистой части головы. В возрасте от 3 до 6 лет было 23 человека, от 7 до 14 — 42, от 15 до 17 — 2, старше 17 — 3.

У всех больных при поступлении и на этапах лечения через каждые 10 дней проводили анализы мочи, крови и кала. Патологических отклонений не обнаружено. Из сопутствующих заболеваний у 4 пациентов отмечена ангина, у одного — ОРВИ.