

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.

При поражении гладкой кожи препарат К-2 применяли следующим образом: очаги тушировали 2 раза в день в течение 5 дней подряд, при этом на поверхности очага образовывалась пленка. На 6-й день на пораженный участок накладывали на 24 ч под компресс 5% салициловую мазь, которую на 7-й день лечения соскабливали скальпелем. Затем очаг промывали водой и оставляли без местного лечения до следующего, 8-го дня, когда брали первый соскоб на контрольный анализ. У всех больных при первом же контроле результатов анализа на грибки оказались отрицательными. К этому дню лечения очаг выглядел уплотщенным, без отчетливых очертаний и гиперемии. Люминесцентное свечение пушковых волос не обнаруживалось после снятия пленки уже на 7-й день лечения.

В последующем проводили обычное местное йодо-мазевое лечение по общепринятой схеме в течение 5—7 дней, после чего назначали второй контрольный анализ на грибок (14—15-й дни лечения). Двукратные отрицательные анализы при полном регрессе клинической картины заболевания являлись основанием для выписки больного из стационара и дальнейшего поликлинического наблюдения по месту жительства.

При поражении волосистой части головы волосы у больных сбривали каждые три дня, а пораженную кожу ежедневно утром тушировали препаратом К-2, во второй половине дня втирали 33% серную мазь. На следующий день утром кожу головы мыли теплой водой с мылом и щеткой, тщательно просушивали полотенцем. Такое лечение повторяли в течение 10 дней. По истечении этого срока очертания очагов становились нечеткими, и дальнейшее лечение осуществляли по схеме: утром после мытья головы кожу смазывали 3% раствором йода, днем втирали 33% серную мазь.

Одновременно все больные получали поливитамины, сироп шиповника и по показаниям — гризеофулин в дозах, рассчитанных на единицу массы тела.

Из 12 больных с поражением волосистой части головы люминесцентное свечение волос прекращалось в следующие сроки лечения: у 9 — через 12—18 дней, у 3 — через 21—24 дня.

При поражении гладкой кожи первый отрицательный результат был получен на 8-й день терапии у тех больных, которые получали препарат К-2, у леченных без него — только на 12—15-й день, при поражении волосистой части головы — соответственно на 16—18-й (у 9), 23—26-й (у 3) и на 25—30-й день лечения.

Переносимость препарата К-2 у наблюдавшихся больных была хорошей.

Анализ отдаленных результатов лечения у 70 больных показал, что рецидив заболевания возник только у одного пациента с поражением гладкой кожи и вовлечением в процесс пушковых волос, однако после дополнительного курса обычной терапии он выздоровел.

Таким образом, препарат К-2 эффективен при лечении микроспории, особенно при локализации очагов на гладкой коже. Применение препарата не сопровождается побочными эффектами и позволяет сокращать сроки пребывания больных в стационаре в среднем на 4—6 дней.

УДК 613.69

Т. П. Федорова, Г. В. Павлова, В. А. Зеленин (Устинов). Гигиеническая оценка условий труда при изготовлении изделий из пенополиуретанов

Мы изучили условия труда в производстве изделий из пенополиуретанов для автомобилестроения. Синтез полиуретанов происходит при взаимодействии изоцианатов с полиэфирами в присутствии стабилизаторов, катализаторов, эмульгаторов, вспенивателей, красителей и др. Из всех используемых соединений наиболее токсичными являются толуилендиизоцианат (ТДИ), дифенилметандиизоцианат (ДМИ) и амины триэтилгентамины, триэтанолламины.

Для выяснения степени загрязнения воздуха вредными веществами мы определяли концентрацию изоцианатов, хлористого и фтористого водорода, аммиака и формальдегида на стадии приготовления компонентов, у конвейера (на заливке пенокомпозиции в формы, на выемке изделий и смазке форм), на участке механической обработки и контроля готовых изделий.

В теплый период года было установлено, что ДМИ в воздухе рабочей зоны на участках интегральной и полужесткой пены обнаруживается на единичных рабочих местах у пусковых установок и на станции приготовления компонентов в концентрации 0,3—0,4 мг/м<sup>3</sup> при ПДК, равной 0,2 мг/м<sup>3</sup>. Концентрация фтористого водорода превышала допустимую, особенно у вакуум-формовочных агрегатов, и составляла от 0,2 до 6,0 мг/м<sup>3</sup> при ПДК, равной 0,5 мг/м<sup>3</sup>. Содержание окиси углерода в 80 случаях из 116 было выше допустимого в 1,5—3 раза у пусковых установок на заливке пенокомпозиции в формы и у вакуум-формовочных агрегатов.

На участке полужесткой пены выявлены более высокие концентрации вредных веществ (окись углерода, аммиак, фтористый водород, ДМИ). Наличие ТДИ отмечалось в 50% случаев, на отдельных рабочих местах (на участке заливки пенокомпозиции в формы) концентрация ТДИ была высокой (от 0,25 до 2,0 мг/м<sup>3</sup>) при ПДК, равной 0,05 мг/м<sup>3</sup>.

В зимний период года наблюдалось превышение концентрации вредных веществ (ТДИ, ДМИ, окись углерода, фтористый водород и др.) чаще и на большую величину, чем в летний период.

Микроклимат в цехах в теплый и холодный периоды года был относительно благоприятным. Периодически (при определенных параметрах микроклимата наружного воздуха) на некоторых постоянных рабочих местах (у конвейера на выемке и чистке форм) создавались неблагоприятные сочетания параметров микроклимата воздуха рабочей зоны: температура была равна 30—33°, подвижность воздуха — 0,05 м/с, относительная его влажность — 60—65%. В цехе, где используется ТДИ, имеются источники инфракрасного излучения с интенсивностью 125 кДж·ч/м<sup>2</sup>. В зимний период года относительная влажность в цехах