

## ЛАЗЕРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАЙ-МОРИТОВ

*Н.Н.Клодченко, В.Р.Деменков*

Луганский государственный медицинский университет

Нами применялся гелий-неоновый лазер АФЛ-1 с длиной волны 0,65 мкм при лечении 18 больных острым и хроническим гайморитом на фоне антибактериальной терапии. Клиника заболевания была типичной, рентгенография придаточных полостей носа указывала на одно— или двухсторонний процесс.

Лазерное излучение по световоду диаметром 5 мм подавалось на зоны проекции гайморовых пазух - по 5 мин, лобных пазух и в носовые хода - по 2 мин, на подчелюстные лимфоузлы и сонные артерии - по 3 мин. Сеансы проводились ежедневно в

количестве 10-15 в зависимости от течения заболевания.

Улучшение, самочувствия, уменьшение выделений из носа пациенты отмечали уже после 3-5 сеансов. К концу лечения исчезали жалобы, контрольная рентгенография свидетельствовала о восстановлении пневматизации пазух и отсутствии признаков воспаления.

Применение гелий-неонового лазера позволяет проводить эффективное лечение без пункции гайморовых пазух.

## ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Н.К.Клодченко, Г.М.Чудновец, О.А.Пирогова, Г.М.Кулагина*

Луганский государственный медицинский университет

Мы проводили гипербарическую оксигенацию по классической схеме у следующих больных: бронхиальная астма - 5, хронический бронхит - 8, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 6. Сеансы проводились ежедневно в количестве 8-10. Одновременно больные, получали традиционное медикаментозное, лечение.

После проведенной терапии у двух пациентов с бронхиальной астмой приступы удушья исчезли, у двух — стали реже и менее выраженными; у одного

больного существенных изменений в течении заболевания не отмечалось.

Общее состояние больных хроническим бронхитом улучшилось, прекратился кашель, количество мокроты стало незначительным, улучшились показатели функциональных исследований.

Контрольная эндоскопия констатировала заживление язвенных дефектов луковицы двенадцатиперстной кишки на 6 дней раньше, чем при обычной противоязвенной терапии.

УДК: 616.314-003.663.4

## ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФЛЮОРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОДОНТОГЛИФИЧЕСКОГО РИСУНКА ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ

*А.В. Марченко*

Украинакая медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

Исследовано 40 больных, у которых были изучены одонтоглифические показатели верхних резцов при флюорозе.

Легкая форма флюороза характеризуется отложением фтора в виде белесоватых штрихов на вестибулярной поверхности по ходу экзо- и дистостиля, частично - по ходу мезиостиля.

При средней форме флюороза фтор на вестибулярной поверхности наиболее выражено откладывается в области эконуса, что сопровождается частичным дефектом и пигментацией в виде коричневых пятен. В области мезио-, экзо- и дистостиля - штриховидная пигментация. На лингвальной поверхности в области эконуса и мезиостиля - де-

фект емали. В области дистостиля и гребня тригониды - крапчатая и линейная пигментация.

Тяжелая форма флюороза характеризуется на вестибулярной поверхности выраженным дефектом

емали, идущему по всему режущему краю (дефект эконуса). Область мезио- и дистостиля поражена линейной и пятнистой пигментацией.

## ДО ПИТАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ ТА БІОФІЗИЧНИХ МЕТОДІВ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Казаков Ю.М., Зв'язінцева Л.А., Катюхін С.В., Чекаліна Н.І. Дегтяр О.М.*

Українська медична стоматологічна академія

В сучасній клінічній практиці ретельну увагу приділяють пошуку комплексних методів реабілітації хворих ІХС з супутньою патологією внутрішніх органів.

Метою наших досліджень є порівняльна оцінка лікувального впливу природних та біофізичних факторів лікування стабільних стенокардії з супутньою патологією органів дихання, системи травлення та периферичної нервової системи.

В клініці вивчено 376 хворих. З них 50 хворих ІХС з супутнім хронічним гастритом та гастродуоденітом, 70 - з супутнім остеохондрозом хребта, 20 хворих ІХС, які приймали традиційну терапію, 80 осіб, які були підвергнуті пролонгованому стресу - ліквідатори аварії на ЧАЕС, 16 - контрольна група здорових осіб.

В комплексі лікувальних засобів використовували бішофітотерапію, лазерну терапію, магнітотерапію, аероіонізацію, нормобаричну гіпоксію, ультрафіолетове опромінення крові, рефлексотерапію, бальнеотерапію, дуоденальну декомпресію.

Здійснювалась оцінка стану ліпідного обміну, перекисного окислення ліпідів, гемокоагуляції, реології крові, гормонального обміну, гемодинаміки.

Використання в лікувальній кардіологічній практиці природних та біофізичних лікувальних факторів сприяло усуненню резистентності до медикаментозної терапії, прискоренню стабілізації клінічного стану хворих, що корелювало з показниками гемо-гомеостазу та гемодинаміки, зменшенню строків реабілітації на 3-5 днів, зниженню частоти ускладнень на 75%, подовженню строків ремісії.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*И.В.Редчиц, В.И.Редчиц, С.И.Треумова, Ю.О.Зверев*

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей течения острой пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.

Нами обследовано 35 больных острой пневмонией, из которых 22 в пожилом и 13 больных в старческом возрасте. Мужчин - 28, женщин - 7. Очаговая пневмония диагностирована у 29, крупозная - у 6 больных.

Основным показателем атипичного течения заболевания является преобладание интоксикационного синдрома над бронхо-легочно-плевральным.

В интоксикационный синдром входят слабо выраженная температурная реакция (33%), общая слабость (92%), потливость (78%), потеря массы тела (21%). Признаками бронхо-легочно-плеврального синдрома являются кашель (85%),

боли в грудной клетке (44%), одышка (84%), кровохарканье (15%).

При объективном обследовании обращает на себя внимание цианоз лица, губ (52%), наличие herpes labialis (15%), поверхностного дыхания (62%). Притупление легочного звука наблюдается реже (17%) из-за наличия эмфиземы легких (92%), особенно при очаговой пневмонии. Аускультативно чаще выслушивается ослабленное везикулярное дыхание (92%), влажные среднепузырчатые хрипы (43%), реже - бронхиальное дыхание (13%). Весьма часто выслушиваются сухие хрипы (56%), как результат наличия бронхоспазма.

Рентгенологически при очаговой пневмонии выявляются отдельно расположенные очаги инфильтрации различной формы с нечеткими контурами, корни легких обычно расширены, инфильт-