трехлетняя – 57,1 ± 13,7 и 38,1 ± 10,8% соответственно. Пятилетняя оказалось незначительно выше после пульмонэктомии – 28,6 ± 26,1%, чем после лобэктомии – 19 ± 8,7%, разница статистически не существенна (p < 0,05).

Анализ качества жизни больных в отдаленные сроки (от года до 5 лет) показал, что рецидив рака культи бронха возникает у 40% (у 14 из 35 радикально оперированных), у 70,5% (у 170 из 241 пролеченного) – наступает прогрессирование опухолевого процесса с метастазированием в отделения органа.

Среди причин утяжеления и ухудшения качества жизни больных раком легкого в отдаленные сроки основными являются: на первом месте рецидив болезни – 87,5% (211), затем дальнейшее прогрессирование заболевания, появление новых метастазов – 86,7% (209) и в 12,8% (31) случаев одной из причин утяжеления состояния пациента может явиться присоединение и обострение конкурентоспособной патологии. Таким образом, анализ качества жизни показал, что адекватно проведенное лечение у больного с распространённой формой рака легкого является вполне успешным и удлиняет продолжительность жизни.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ

[2]Казымова Д.В., [1]Ахмадеева Э.Н.

[1]ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, e-mail: kdv8585@list.ru;
[2]ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», Уфа

С целью уточнения факторов риска формирования интерстициального поражения легких был изучен анамнез жизни 25 детей с облитерирующим бронхиолитом, 19 детей с гиперчувствительным пневмонитом (ЭАА) и 4 детей с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА).

Анализировались заболевания органов дыхания близких родственников в 3 поколениях, аллергологический анамнез и курение родителей.

Среди болезней органов дыхания у близких родственников был выявлен хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких – в 80,0% (*n* = 16) случаев, аллергозаболевания (контактный дерматит, аллергический ринит) были выявлены у близких родственников детей с ИБЛ только в 4 случаях (20,0%).

Факт пассивного курения был установлен в 47,92% случаев у детей с ИБЛ (*n* = 23). Причем у 19 детей курили только отцы, у 3 детей – только матери, которые отрицали активное курение во время беременности. Только у 1 ребенка с гиперчувствительным пневмонитом курили оба родителя.

Далее был изучен перинатальный период детей с ИБЛ. Неблагополучие во внутриутробном периоде было выявлено в 52,08% случаев (*n* = 25). У большинства матерей наблюдались гестоз 1-й половины беременности (20,83%, *n* = 10), угроза прерывания беременности (14,58%, *n* = 7) и острое респираторное заболевание (12,50%, *n* = 6), перенесенное во время беременности.

Установлено, что недоношенными были рождены 8 (16,67%) детей с ИБЛ, причем 5 (10,42%) из них – дети с облитерирующим бронхиолитом и 3 – с ИФА. 4 детей (8,33%) после рождения находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Двое детей (4,17%) имели сочетание патологических состояний: 1 задержку внутриутробного развития (ЗВУР) с респираторным дистресс-синдромом (РДС) и 1 ЗВУР с РДС и внутриутробной пневмонией.

Манифестация заболевания у детей в группе с ИБЛ в среднем наблюдалась в возрасте 7 месяцев (от 2 месяцев до 3 лет). Облитерирующий бронхиолит манифестировал в среднем в возрасте от 1 месяца до 7 месяцев с медианой – 2 месяца (p = 0,003575), ЭАА – в возрасте 4 месяцев – 4 лет с медианой – 7 месяцев (p = 0,004244), а ИФА – в возрасте 10 лет (10–11 лет).

Четырнадцать (29,17%) детей с облитерирующим бронхиолитом и 2 (4,17%) с ИФА проживали в селах, причем часть из них в домах с печным отоплением (*n* = 4, 8,33%). Десять детей с ЭАА (20,83%) также проживали в сельских районах республики, как правило, в домах с печным отоплением. На сырость в жилых помещениях указывали все больные с гиперчувствительным пневмонитом. У трети больных отмечалось ухудшение общего состояния при употреблении кисломолочных продуктов (*n* = 7,14,58%). Ухудшение состояния при контакте с птицами (голуби, волнистые попугаи и др.) больные отрицали.

Изучая причины возникновения облитерирующего бронхиолита, установлено, что в большинстве случаев (44,0%, *n* = 11) облитерации бронхиол предшествует какая-либо инфекция (имеется факт перенесенного острого бронхиолита). В 16,0% (*n* = 4) случаев облитерирующий бронхиолит является исходом бронхо-легочной дисплазии.

Первыми клиническими проявлениями интерстициальных болезней легких были кашель в 91,67% случаев (*n* = 44) и/или одышка в 75,00% (*n* = 36). Повышение температуры тела в начале заболевания наблюдалось у 8 (16,67%) больных с ЭАА и у 2 (4,17%) больных с облитерирующим бронхиолитом. Изменения концевых фаланг пальцев рук при манифестации заболевания отмечались только у 2 (4,17%) больных с ИФА. А снижение массы тела обнаружилось только у больных с альвеолитами – 2 (4,17%) больных, страдающих ИФА, и 4 (8,33%) больных с ЭАА.

Таким образом, только 8 (16,67%) детей с интерстициальными болезнями легких были рождены преждевременно. Четверо из них наблюдались впоследствии с диагнозом бронхолегочная дисплазия (до 3-летнего возраста), в исходе которого развился облитерирующий бронхиолит. У каждого 2 ребенка с ИБЛ установлен факт пассивного курения. На повышение температуры тела указывал лишь каждый 4–5 ребенок с ИБЛ при манифестации заболевания. Изменение концевых фаланг пальцев рук – признак хронической дыхательной недостаточности, уже при манифестации заболевания, отмечали только больные с ИФА (4,17%, $n = 2$). Малопродуктивный кашель и одышка – неспецифичные симптомы болезни. Только дети с гиперчувствительным пневмонитом указывали на улучшение состояния при отъезде из дома и указывали на сырость в жилых помещениях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАСТЫ «ЛЕДЕРМИКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ У ДЕТЕЙ

Каспакова Л.А., Кубжасарова Г.У., Мухтарова К.С., Обухович Ю.В.

КГМУ, Караганда, e-mail: lyazat_ablanovna@mail.ru

Течение и исход воспалительного процесса пульпы находятся в тесной зависимости от общего состояния организма ребенка, возраста, локализации и развития кариозного процесса, вирулентности микробов, характера и давности воспаления. Значение при выборе способа лечения воспаления пульпы имеют в первую очередь распространение воспаления и анатомические условия, характеризующие корневые каналы, затем состояние зубов и общее состояние ребенка. Основная задача лечения пульпита – ликвидация одонтогенного воспаления и профилактика заболеваний периодонта, челюстных костей и мягких тканей челюстно-лицевой области. У детей также важно обеспечить условия для дальнейшего развития корней несформированных зубов. При этом желательно, чтобы методика лечения была возможно более простой, а все манипуляции – малоболезненными [1, 2].

Материалы и методы. При выборе лечебных средств при методе частичной пульпотомии важно учитывать их антибактериальное действие, способность к диффузии, влияние на пульпу зуба. Так, гидрат окиси кальция, входящий в состав кальций содержащих препаратов, обладает определенным антибактериальным и противовоспалительным действием, но оно распространяется лишь на поверхностные слои пульпы, непосредственно контактирующие с пастой. На более глубокие слои антибактериальное действие кальций содержащих препаратов практически не распространяется. Поэтому при обострении воспалительного процесса в корневой пульпе необходимо провести более интенсивную противовоспалительную терапию. Для этой цели использовалась паста «Ледермикс», содержащая демеклоциклин гидрохлорид и триамцинолон ацетонид. Данная паста обладает выраженным противовоспалительным, противоотечным и обезболивающим действием, непосредственно воздействуя как на этиологическую причину воспаления (бактериальную флору), так и на патологические ответные факторы организма (болевой синдром) [3, 4].

Проводилось лечение 20 пациентам с обострением хронического фиброзного пульпита с несформированными корнями в возрасте от 8 до 15 лет. Все больные были разделены на 2 группы, в зависимости от применяемого метода лечения. Больным основной группы (10 чел.) для снятия противовоспалительного эффекта при обострении хронического фиброзного пульпита использовали пасту «Ледермикс». Пациентам контрольной группы (10 чел.) с обострением хронического фиброзного пульпита использовали традиционные антибиотики широкого спектра действия.

Результаты. При применении пасты «Ледермикс» у пациентов основной группы раскрытие полости зуба и удаление коронковой пульпы проводили после инфильтрационного или проводникового обезболивания. Раскрыв полость зуба, производили ампутацию коронковой пульпы и удаляли 2/3 корневой пульпы с сохранением 1/3 корневой пульпы в апикальной части корня. Для остановки кровотечения на раневую поверхность накладывали гемостатические средства. На раневую поверхность корневой пульпы накладывали пасту «Ледермикс» осторожно, без давления. Медикаментозная обработка проводилась 0,005% раствором хлоргексидина. Зуб закрывали под временную пломбу на 3 дня. За время наблюдения у пациентов отмечалась положительная динамика. Купирование болевого синдрома отмечалось сразу после нанесения пасты у 8 пациентов, а у пяти пациентов в течение 6 часов. На 2 день противовоспалительный эффект отмечался у всех пациентов. Жалобы на боль отсутствовали, отмечалась незначительная реакция на температурные раздражители. В контрольной группе также отмечалась положительная динамика, но в более поздние сроки. Дальнейшее лечение проводилось по общепринятым методикам.

Эффективность лечения контролировали через 3–6 мес, а затем 1 раз в год с помощью рентгенологического метода и электроодонтодиагностики до полного завершения формирования корня. Если выявлено, что формирование корня прекратилось, по показаниям производили полную пульпэктомию пульпы.

Анализ результатов исследования показал, что у больных основной группы, в лечении которых была включена паста «Ледермикс», в непосредственном, ближайшем и отдаленном