

тиц, а также уровень кислородного метаболизма, фиксированный в НСТ-тесте, почти в два раза превышают аналогичные показатели нейтрофилов крови.

Полученные данные убедительно показывают большую выраженность локальных внутрисуставных иммунных реакций по сравнению с системными реакциями организма при ревматоидном артрите. Можно предположить, что регуляторы этих процессов имеют «местное» происхождение. Это диктует необходимость включения в план комплексного обследования пациентов с данной патологией ряда иммунологических тестов, характеризующих активность процесса (иммуноглобулины, фагоцитарная активность, С-реактивный белок).

С.С. Григорьев

РОЛЬ ЭУБИОТИКА «БИОСПОРИН» В КОРРЕКЦИИ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ШЕГРЕНА

УГМА

В отечественной и зарубежной литературе имеются исследования, посвященные изучению патогенеза, клиники, морфологии, иммунологии, состояния слюнных желез, стоматологического статуса и использования лекарственных препаратов при синдроме Шегрена (СШ).

Учитывая, что значительная роль в развитии симптомов заболевания при СШ со стороны полости рта принадлежит дисбиотическим изменениям, целесообразно изучить необходимость коррекции микрофлоры полости рта. С этой целью нами использован эубиотик «Биоспорин».

Под наблюдением в клинике терапевтической стоматологии УГМА находились 106 пациентов с синдромом Шегрена. При обследовании пациенты предъявляли жалобы на периодическое увеличение околоушных слюнных желез, светобоязнь, сухость красной каймы губ, заеды в области углов рта, жжение и болезненность слизистой оболочки полости рта. Имели место и

участки эрозии и гиперемии на СОИР, множественный кариес с атипичной локализацией, заболевания пародонта. Данные симптомы усугублялись в зависимости от степени тяжести ксеростомии.

При изучении пораженности зубов кариесом и особенностей его клинического течения у пациентов с СШ мы отметили высокую интенсивность кариозного процесса, КПУз составил $16,0 \pm 0,04$, КПУп $42,0 \pm 0,04$. При анализе этих данных необходимо подчеркнуть, что максимального значения они достигли у больных СШ в стадию выраженных клинических проявлений КПУз ($23,6 \pm 0,51$) и КПУп ($48,0 \pm 0,30$). Кариозные полости и пломбы в большинстве случаев располагались у шейки зуба, кроме того, мы отметили поражение кариесом бугров, режущего края, гладких поверхностей, т.е. иммунных зон по отношению к кариозному процессу. У всех пациентов в позднюю стадию заболевания наблюдается полная потеря зубов.

При анализе гигиенического состояния полости рта у больных с СШ нами установлено неудовлетворительное гигиеническое состояние (ИГ – изменился от 2,1 в начальной стадии заболевания до 2,38 в стадии выраженных клинических проявлений). При оценке пародонтологического статуса пациентов мы выявили достоверную закономерность повышения значения индексов КШИ, РМА, ПИ, ИК по мере возрастания тяжести основного заболевания.

Проведенные микробиологические исследования у больных с СШ, в зависимости от степени тяжести ксеростомии относительно контрольной группы, позволили выявить характерные изменения микробного пейзажа. В начальной стадии и стадии выраженных клинических проявлений на первый план выступает увеличение представителей кокковой флоры. Наблюдается сплошной рост α , β и негемолитического стрептококков, увеличению количества *S. aureus* и *S. saprophyticus*. В поздней стадии заболевания на фоне уменьшения кокковой флоры выявлено резкое увеличение грибов рода *Candida*.

Подбор доз эубиотика «Биоспорин» проводили методом лунок, из суточной культуры выросших микроорганизмов, взятых из полости рта пациентов. Это позволило назначать «Биоспорин» по следующим схемам :

- *начальная стадия*: по 2 дозы 2 раза в день в течение 7 дней;
- *стадия выраженных клинических проявления*: по 2 дозы 3 раза в день в течение 14 дней;
- *поздняя стадия*: по 3 дозы 3 раза в день в течение 14 дней.

С целью профилактики и закрепления проведенного лечения назначали эубиотик «Биоспорин» по следующим схемам:

- *начальная стадия*: один раз в год – по 1 дозе 2 раза в день в течение 7 дней;
- *стадия выраженных клинических проявлений*: 2 раза в год весной и осенью – по 2 дозы 2 раза в день в течение 7 дней;
- *поздняя стадия*: 4 раза в год – по 2 дозы 2 раза в день в течение 14 дней.

Повторное обследование пациентов проводили несколько раз: через 2 недели, 6 мес., 1 год и 2 года после окончания курса лечения эубиотиком. При этом у пациентов в начальной стадии заболевания нам удалось добиться нормализации микробного пейзажа в полости рта.

Количество микроорганизмов рода *Streptococcus* и *Staphylococcus* после коррекции эубиотиком “Биоспорин” соответствовало данным контрольной группы. В стадию выраженных клинических проявлений более чем на 75% уменьшилось количество всех видов стрептококков и более чем на 50% – всех видов стафилококков и грибов рода *Candida*, количество лактобацилл стало соответствовать контрольной группе. В группе больных с подней стадией заболевания мы добились полного вытеснения микроорганизмов сем. *Enterobacter*, в 2 раза снизилось количество *S.aureus*, *S.epiderm.* и α стрептококков, в 1,5 раза – количество *S.saproth.*, β гем. и негемол. стрептококков, в 2,5 раза - количество грибов рода *Candida*, количество лактобацилл стало соответствовать контрольной группе.

Все больные отметили уменьшение сухости в полости рта, что подтверждается данными сиалометрии (С.С. равна $2,7 \pm 0,2$ мл слюны в начальной стадии заболевания, $1,95 \pm 0,1$ в стадию выраженных клинических проявлений, $0,5 \pm 0,1$ в позднюю стадию). Трещинки в углах рта исчезли. Слизистая оболочка бледно – розового цвета гладкая, влажная, блестящая, без видимых патологических изменений. Язык нормальных размеров. Спинка языка без налета, розового цвета, сосочки атрофированы. Повысились показатели pH ротовой жидкости от 6,5 до 5,6. Изменилась структура КПУз: если до лечения превалировала составная «К», то после лечения – «П».

При диспансерном наблюдении пациентов осложнения в виде кариеса, выпадения пломб, изменения в цвете, как правило, появлялись через 1,5 года. Снизился гигиенический индекс на 48% ($p < 0,05$) в начальной стадии и на 35% ($p < 0,05$) в стадии выраженных клинических проявлений. Индекс кровоточивости в начальной стадии снижается на 50% ($p < 0,05$), в стадию выраженных клинических проявлений на 46% ($p < 0,05$), КПИ составил соответственно $0,5 \pm 0,2$ и $1,07 \pm 0,01$ ($p < 0,05$), ПМА снизился до 14,0 и 20,6% ($p < 0,05$) в выраженную стадию.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости коррекции микрофлоры полости рта у больных с СШ и о положительном влиянии эубиотика «Биоспорин».

С.А. Царькова

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНСПИРИДА (ЭРЕСПАЛА) ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ

УГМА

В связи с появлением сведений о возможности формирования аллергического хронического воспаления у детей, перенесших коклюш, заслуживает внимания анализ состояния бронхиальной проходимости (БП) и гиперреак-