

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 ± 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-

тивности бронхов (ГРБ) при данном заболевании и оптимизация методов лечения.

Под наблюдением находилось 99 больных коклюшем (средний возраст $7,6 \pm 0,3$ года). Более половины детей (75,7%) были не привиты против коклюша. Дизайн исследования предусматривал выделение больных с клиникой бронхообструктивного синдрома – 41 (41,4%) человек (выборка А) и пациентов без клинических симптомов обструкции бронхов – 58 (58,6%) детей (выборка Б). Для объективизации результатов клинического обследования оценена функция внешнего дыхания у 73 больных методом пикфлоуметрии. Иммунологическое обследование включало проведение тестов I и II уровней. Исследовался цитологический спектр секретов дыхательных путей.

Результаты недельного мониторингования пиковой объемной скорости выдоха (ПОС выд) в выборках А и Б выявили сходные изменения. Установлено достоверное снижение ПОС выд по сравнению с должной величиной ($p < 0,05$), что свидетельствовало о нарушении БП. Анализ суточной вариабельности ПОС выд показал, что в обеих выборках независимо от сроков болезни, она превышала 20%, что является одним из важных критериев наличия ГРБ. Высокий уровень общего IgE и выраженные суточные колебания ПОС выд должн,%, отмеченные у детей с высоким числом эозинофилов в мокроте ($p < 0,001$), подтверждали значение определения секреторной эозинофилии при коклюше, как маркера ГРБ.

При мониторингование ПОС выд выявлена зависимость тяжести болезни от состояния БП. Проанализировано число лимфоцитов крови у детей с неизменной (ПОС выд/ должн,% > 80) и нарушенной (ПОС выд/ должн,% < 80) БП. Путем деления абсолютного числа нейтрофилов на абсолютное число лимфоцитов рассчитан нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ). При сравнительном анализе числа лейкоцитов крови у детей с пониженной и нормальной ПОС выд обнаружены различия в уровне Т0 лимфоцитов, НЛИ и показателях Е-РОЛ и М-РОЛ. У детей с нарушением БП при коклюше абсолютное число лимфоцитов и Т0 клеток было значительно выше, чем у паци-

ентов с неизменной проходимость бронхов ($p < 0,05$). Лимфоцитоз у детей с нарушенной БП при коклюше соответствовал низким значениям НЛИ ($p < 0,05$). Эти результаты позволили сделать вывод о том, что число Т0 лимфоцитов и НЛИ могут являться не только объективным гематологическим критерием, отражающим форму тяжести коклюша у детей, но и компенсаторной реакцией, которая, с одной стороны, является ответом на антигенное раздражение, с другой, поддерживает патологический процесс в легких и способствует развитию нарушения БП. В спазматическом периода коклюша выявлен комплекс изменений, характеризующихся наличием эозинофилов в секретах дыхательных путей, значительным уровнем общего IgE в сыворотке крови, низкими показателями ПОС выд должн,%, суточной вариабельностью ПОС выд. Сильная корреляционная связь между этими параметрами является индикатором наличия ГРБ и свидетельствует о высоком риске развития аллергического воспаления при коклюше.

Результаты клинико-иммунологического и функционального обследования детей с коклюшем явились основой для введения в комплекс терапии этого заболевания фенспирида (зреспала) (Франция "SERVIER"). Фенспирид способствует не только уменьшению отека слизистой оболочки и гиперсекреции, улучшению отхождения мокроты и улучшению мукоцилиарного клиренса, но, что не менее важно при коклюше, противодействует бронхоконстрикции, уменьшая воспаление и ГРБ, а значит риск развития хронической патологии органов дыхания.

А.Ю. Прокопов, И.А. Власова, В.А. Козлов, С.В. Казанцева

ДИНАМИКА ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

УГМА

Воспаление – индуктор регуляторных сдвигов в иммунной системе. Учитывая это, мы предположили, что на ранних сроках приступ катарально-