

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинська державна медична академія

БУКОВИНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
ВІСНИК

Український науково-практичний журнал
Заснований у лютому 1997р.

ТОМ 7

№ 2

Редакційна колегія:

головний редактор В.П.Пішак

Ю.Т. Ахтемійчук, Л.О. Безруков, Т.М. Бойчук, О.І. Волошин, А.Г. Іфтодій, В.О. Калугін, М.Ю. Коломоєць (заступник редактора), Р.Б. Косуба, І.Ф. Мещишен, В.Ф. Мислицький, Р.В. Сенютович, І.Й. Сидорчук (перший заступник редактора), В.К. Тащук (відповідальний секретар), О.І. Федів (відповідальний секретар), Г.І. Ходоровський, О.М. Юзько

Наукові рецензенти: проф. Т.М. Бойчук, проф. М.Ю. Коломоєць, д.мед.н. О.І. Федів

Чернівці: БДМА, 2003

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

<i>Шаплавський М.В., Коломосць М.Ю., Пішак В.П., Сторожук С.М.</i> Механізм мікроциркуляції як комплекс медико-біологічних проблем	3
---	---

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

<i>Беспалько В.В.</i> Визначення медико-соціальних чинників формування наркоманії серед підлітків	8
<i>Білецький С.В., Білецький С.С., Вдовічен А.М., Демешко М.І., Візюк І.В., Петринич О.А., Шварковська А.А., Дуліна С.О.</i> Стан ліпідного обміну у хворих на стабільну стенокардію та інфаркт міокарда	11
<i>Білоус І.І.</i> Застосування мілдронату та тіотриазоліну в комплексному лікуванні хворих на діабетичну полінейропатію	14
<i>Боброва В.І., Демченко А.В.</i> Нейровізуальні критерії діагностики інфаркту мозку в різні його періоди	18
<i>Боднарюк Н.Д.</i> Видовий склад мікрофлори та її асоціації у хворих на вагініт	21
<i>Бугай Б.Г.</i> Хронічні запальні захворювання біліарної системи: "маска" чи атрибут хронічних вірусних гепатитів?	24
<i>Вакалюк Л.М.</i> Профілактика акушерських інтраопераційних ускладнень під час кесаревого розтину	27
<i>Вальда В.В., Чулак Л.Д., Пашолок С.П., Бажора Ю.І.</i> Імунобіохімічні показники якості профілактики та лікування захворювань слизових оболонок у протезоносіїв	31
<i>Волошин О.І., Чернявська Н.Б., Сеток Б.П., Волошина Л.О.</i> Особливості впливу квателу на процеси шлункового кислотоутворення та жовчовиділення у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки	36
<i>Гарабурда О.Г.</i> Підвищення безпеки та ефективності аміодарону за допомогою краталу та кверцетину	40
<i>Гоженко А.І., Авраменко А.О.</i> До питання про взаємовідношення НР-інфекції та кислотно-пептичного чинника у різних стадіях і періодах виразкової хвороби дванадцятипалої кишки	43
<i>Дацун А.І.</i> Синглетно-киснева суміш у підвищенні радіочутливості пухлинних клітин при лікуванні хворих на первинно-операбельний рак прямої кишки	48
<i>Іванюта Л.І., Корчинська О.А., Ракша І.І.</i> Хірургічне лікування неплідності при генітальному ендометріозі	51
<i>Кендзерська Т.Б.</i> Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованого підходу до лікування хворих на хронічний панкреатит із супутньою ішемічною хворобою серця	55
<i>Кирилюк М.Д.</i> Вплив мінеральної води курорту Сатанів на функціональний стан β -клітин підшлункової залози в осіб з порушеною толерантністю до глюкози і хворих на цукровий діабет 2 типу	59

PREVENTION OF OBSTETRICAL INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS DURING THE CAESARIAN SECTION

L.M. Vakaliuk

Abstract. An analysis of the results of the operations of the first and repeated caesarean section has been made in 250 women. The obstetric technique of guided uterine section and intraoperative extraction of a fetus developed by us favours the prophylaxis of maternal and perinatal morbidity and mortality rate.

Key words: caesarian section, difficulties, uterine section, extraction of a fetus.

State Medical Academy (Ivano-Frankivsk)

Buk. Med. Herald. – 2003. – Vol. 7, №2. – P.27–31.

Надійшла до редакції 23.01.2003 року

УДК 616.76:615.477.2]097-08-084

В.В. Вальда, Л.Д. Чулак, С.П. Пашолок, Ю.І. Бажора

ІМУНОБІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК У ПРОТЕЗОНОСІЇВ

Одеський державний медичний університет

Резюме. Вивчено стан місцевого та системного імунітету в протезоносіїв, яким виготовлено протези в плазмі тліючого розряду, а також вживано зі схожими протезами зубний еліксир Біодент-2. Сформовані три групи обстеження: 1 – з протезами, виготовленими за стандартною технологією; 2 – оброблені в плазмі тліючого розряду; 3 – оброблені в плазмі тліючого розряду, а після фіксації призначали полоскання ротової порожнини зубним еліксіром Біодент-2. В осіб, що мали потребу в протезуванні, спостерігалось суттєве підвищення інтенсивності міграції лейкоцитів, ступеня десквамації епітелію, відносного вмісту поліморфноядерних лейкоцитів, мононуклеарів, активності ксилої фосфатази. Оброблення протезів у плазмі тліючого розряду запобігає розвитку запального й дистрофічного процесів у слизовій оболонці ротової порожнини при їх фіксації, але не діє пригнічувально на фактори неспецифічної резистентності і місцевого імунітету як безпосередньо, так і в більш віддалені (6 місяців, 1–2 роки) терміни спостережень. Вказаний ефект посилюється в комплексі вживанням зубного еліксиру Біодент-2.

Ключові слова: зубні протези, тліючого розряду плазма, лейкоцитів міграція, епітелію десквамація.

Вступ. Як відомо, першою лінією захисту в місцевому імунітеті слизових оболонок організму людини є слизовий секрет, що продукується дрібними та великими залозами. Секрет є досить складним біологічним середовищем, у якому можна виділити два взаємопов'язаних між собою комплекси: фактори неспецифічного захисту та комплекс імунних факторів [4].

Неспецифічний захист забезпечують лізоцим, інтерферон, лактоферин, інгібітори вірусної активності, лізосомні ферменти, секреторні протеази, система комплементу тощо [1]. У ротовій порожнині у формуванні першої лінії захисту суттєву роль відіграють слинні залози, секрет яких містить різноманітні антибактеріальні й антивірусні фактори, а також сприяє формуванню "гомеостатичних умов" для оптимальної дії чисельних ланок місцевого імунітету [7]. Як свідчить практика користування акриловими зубними протезами, досить часто вони призводять до розвитку запально-дистрофічних процесів у м'яких тканинах комплексу пародонта, в тому числі – слизових оболонках порожнини рота – так званий "протезний стоматит", до пригнічення захисних механізмів місцевого імунітету, порушення функціональної активності слинних залоз. Це потребує пошуку нових технологій виготовлення протезів, що не мали б таких побічних дій [3].

Мета дослідження. Вивчити біохімічні й імунологічні показники в ротовому секреті та сироватці крові в протезоносіїв у різні строки після фіксації зубних протезів, оброблених у плазмі тліючого розряду.

Матеріал і методи. Дослідження було проведено серед 84 осіб, із них 10 – склали групу практично здорових, в яких при клінічному обстеженні не було виявлено відхилень у порожнині рота. 74 – пацієнти, які потребували ортопедичного лікування; останніх було розподілено на 3 групи: I – 15 осіб, яким було виготовлено протези за стандартно розробленою технологією, II – 18 осіб, яким було виготовлено протези, що оброблено в плазмі тліючого розряду, та III – 41 особа, яким було виготовлено протези, що оброблено в плазмі тліючого розряду, а після їх фіксації додатково призначалося полоскання порожнини рота зубним еліксіром Біодент-2 [5].

Показники місцевого імунітету визначали у змивній рідині з порожнини рота, а системного – у периферичній крові [2]. Крім того, визначали біохімічні показники в слині та сироватці крові: вміст білка за Лоурі, активність лужної та кислої фосфатаз [5], α -амілази [6], лізоциму [8].

Дослідження проводили при первинному огляді пацієнта, а також через 6 міс., 1 та 2 роки з початку спостережень. Результати піддавали загальноприйнятій статистичній обробці, вірогідність відмінностей визначали за t-критерієм Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Запальні та або дистрофічні відхилення в м'яких тканинах протезного поля виникають часто протягом перших тижнів після фіксації зубного протеза. Основною причиною порушень у м'яких тканинах комплексу пародонта є механічний тиск знімного протеза. У більш віддалені строки причиною протезного стоматиту можуть стати також неpolімеризовані молекули акрилату, що порушує бар'єрну функцію слизових оболонок.

Згідно з власними спостереженнями, у віддалені строки (6 міс., 1 та 2 роки) ряд факторів місцевого імунітету (інтенсивність міграції лейкоцитів, ступінь десквамації епітелію, вміст імуноглобулінів, у тому числі – sIgA) в більшості протезоносіїв, які користувалися пластиночними протезами, виготовленими за стандартною технологією (I група), нормалізується. У деяких хворих цієї групи в строки між 6 міс. та 1 роком відмічали явища запально-дистрофічного характеру, що потребувало проведення додаткових терапевтичних заходів. При цьому ефект досягався шляхом полоскання порожнини рота зубним еліксіром Біодент-2.

Біохімічні дослідження у хворих цієї групи у віддалені строки спостережень показали, що функція слинних залоз суттєво порушується (рис. 1). Так, через 6 міс. знижується рівень стимульованої саливації ($p < 0.05$), через 1 та 2 роки після фіксації протезів саливація при стимулюванні залишалася суттєво зниженою в порівнянні з такою в практично здорових осіб ($p < 0.05$). Одночасно була підвищеною концентрація білка в нестимульованій слині, тоді як у слині, що отримано після стимуляції, концентрація білка практично не змінювалася. На фоні порушення саливації в протезоносіїв цієї групи змінювалася й активність ферментів слини. Через 6 міс. після фіксації протезів у нестимульованій слині підвищувалася активність α -амілази, лужної та кислої фосфатаз ($p < 0.05$). Ця закономірність зберігалася і в подальші строки віддалених спостережень (1 та 2 роки).

Отримані результати дозволяють дійти висновку, що нейроендокринна регуляція процесу саливації при протезному стоматиті порушується. Це, ймовірно, вказує на "параліч" великих слинних залоз, що виникає під впливом токсичних компонентів протезного матеріалу, який діє на секреторні клітини. Як відомо, у нормі відбувається збільшення кількості стимульованої слини у відповідь на різноманітні подразники, в першу чергу, – харчові. У практично здорових осіб стимуляція слиновиділення паралельно супроводжується значним підсиленням активності α -амілази, бо головним її джерелом також є великі слинні залози. Зниження кількості стимульованої слини й активності α -амілази у хворих цієї групи може бути однією з основних причин мікротравмування слизової оболонки протезного поля з обов'язковим розвитком у подальшому протезного стоматиту. Поряд із порушенням функцій великих слинних залоз у віддалені строки страждають і функції дрібних слинних залоз, що непрямо підтверджується суттєвим підвищенням концентрації білка в нестимульованій слині, а також збільшенням активності лужної та кислої фосфатази як у нестимульованій, так і в стимульованій слині, що зобов'язана своїм походженням саме дрібним слинним залозам.

Джерелом цих ферментних систем у слизовому секреті якоюсь мірою можуть бути й лейкоцити, що мігрували на поверхню слизової оболонки. Отримані нами як у найближчі, так і у віддалені строки спостережень дані свідчать про суттєве підвищення цитохімічної активності кислої фосфатази в поліморфноядерних лейкоцитах.

У другій групі хворих, яким було виготовлено зубні протези з їх попередньою обробкою в плазмі тліючого розряду, у віддалені строки спостережень також виявлено порушення функцій як великих, так і дрібних слинних залоз, про що свідчать

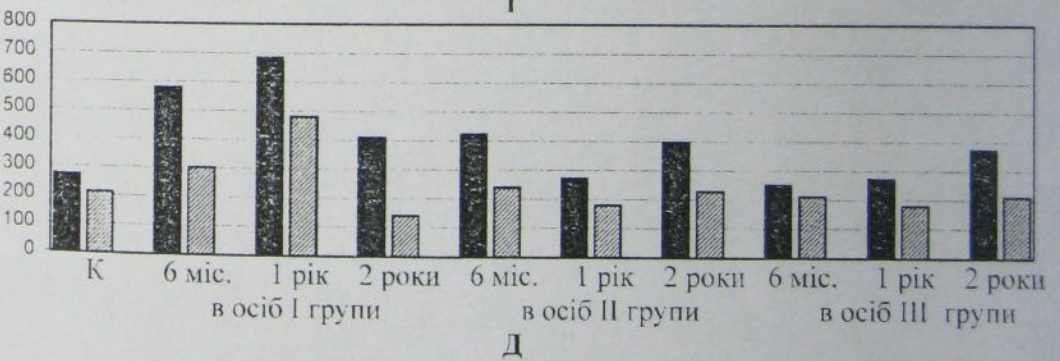
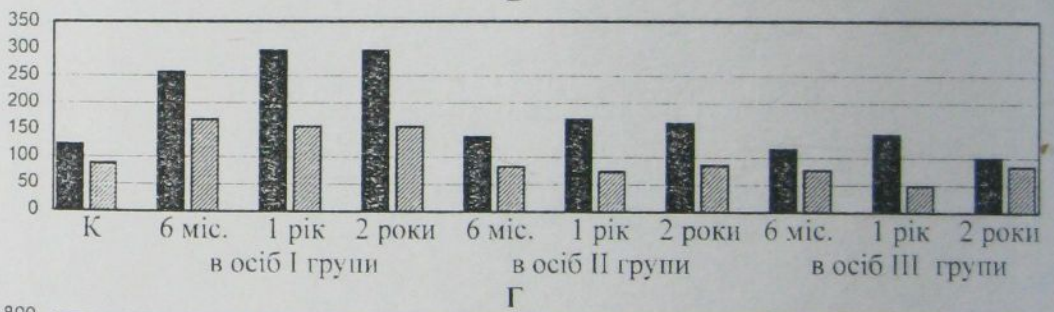
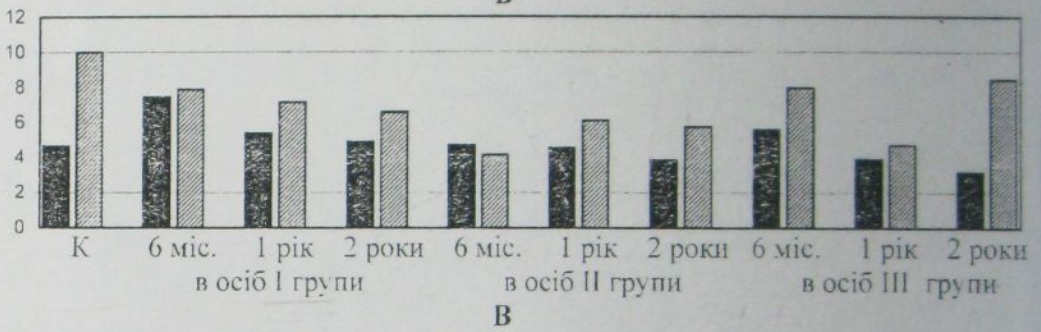
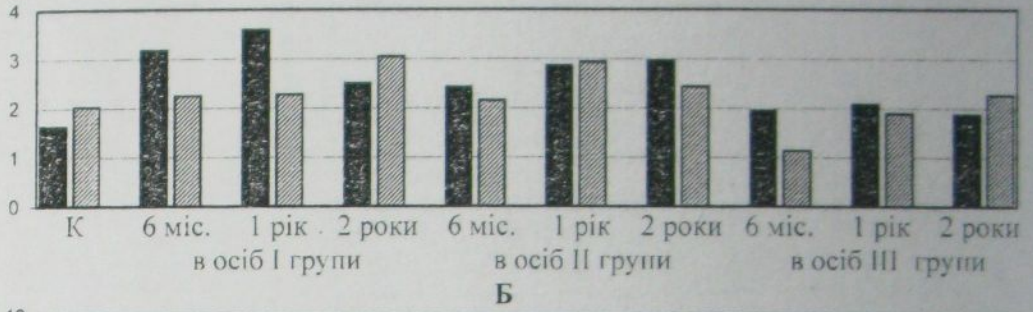
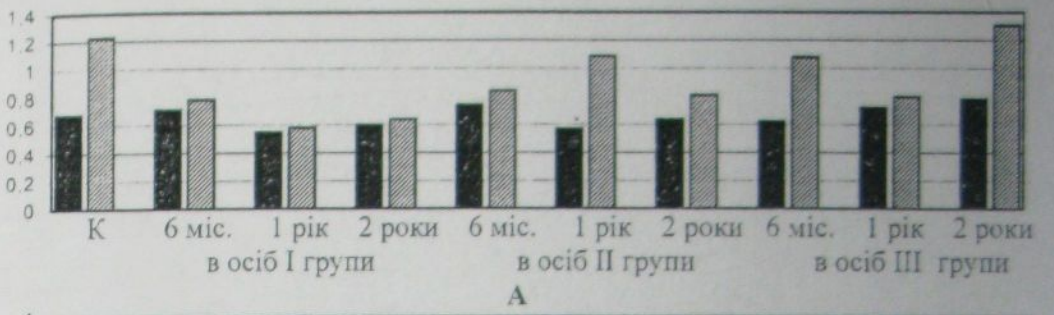


Рис. 1. А – салівація (мг/мл), Б – концентрація білка (мк-кат/л), В – активність α-амілази (мк-кат/л), Г – лужної фосфатази (мк-кат/л), Д – кислої фосфатази (мк-кат/л) в змішаній слині протезоносців у віддалені строки спостережень. Перший (темний) стовпчик – нестимульована секреція. Другий (світлий) стовпчик – стимульована секреція.

зміни кількості нестимульованої та стимульованої слини, концентрації білка в змішаній слині, а також показників активності α-амілази, лужної та кислої фосфатаз. Проте в більш пізні строки спостережень (через 1 та, особливо, 2 роки) деякі

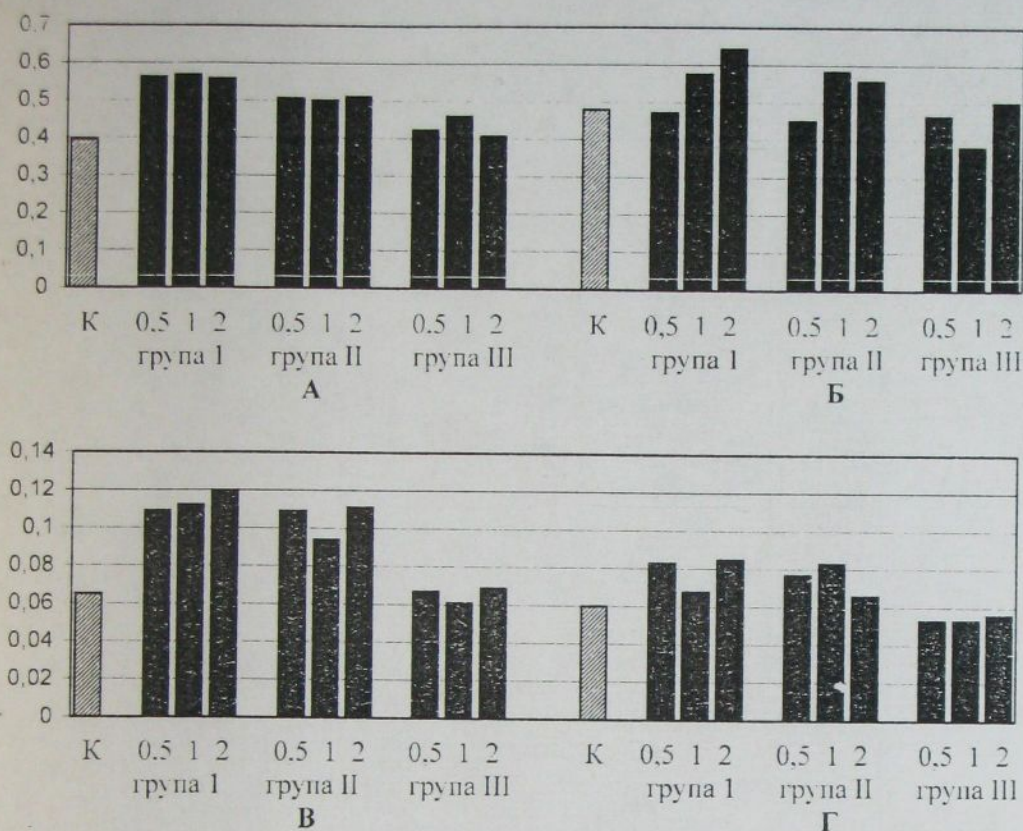


Рис. 2. А – активність α -амілази (мк-кат/л), Б – лізоциму (γ /мл), В – лужної фосфатази (мк-кат/л), Г – кислої фосфатази (мк-кат/л) у сироватці крові протезоносіїв у віддалені строки спостережень. Перший (світлий) стовпчик – контроль.

показники суттєво відрізнялися від таких в осіб I групи. Таким чином, удосконалена технологічна обробка акрилових зубних протезів у плазмі тліючого розряду забезпечує щільне зв'язування остаточного мономера та зниження виходу токсичних агентів за межі протеза.

Обробка протеза в плазмі тліючого розряду й одночасне з їх фіксацією застосування зубного еліксиру Біодент-2 не призводить до порушення досліджених показників, що характеризують функціональний стан як великих, так і дрібних слинних залоз. Стійкий клінічний ефект, що отримано до 2 років спостережень, можна пов'язати з дією адаптогену "Біотрит", який входить до складу зубного еліксиру Біодент-2. Очевидно він усуває патогенний вплив токсичних речовин акрилової пластмаси на слинні залози. Зниження активності лужної та кислої фосфатаз у слині в протезоносіїв цієї групи свідчить про переважання функціональної діяльності великих слинних залоз над дрібними, що характерно для практично здорових осіб.

Дослідження ферментативної активності сироватки крові, що проведено в протезоносіїв зазначених трьох груп паралельно, вказує на наступне. Через 6 міс. після фіксації зубних протезів і в подальші строки підвищується амілазна активність (рис. 2). Як відомо, головним джерелом амілази в сироватці крові є підшлункова залоза та великі слинні залози. У даному випадку підвищення активності цього ферменту відбувається, ймовірно, за рахунок подразнення слинних залоз унаслідок дії акрилових протезів. Обробка полімеру в плазмі тліючого розряду знижує реакцію слинних залоз на подразнюючий вплив токсичних речовин, а поєднане із зубним еліксиром Біодент-2 застосування таких протезів практично нормалізує діяльність слинних залоз. Активність лужної та кислої фосфатаз у сироватці крові протезоносіїв, порівняно з контрольною групою, підвищена, що збігається з підсиленням цитохімічної активності поліморфноядерних лейкоцитів периферичної крові та дисбалансом імуноглобулінів класів А, М, G, що може бути пов'язано з декількома причинами, в тому числі – з порушенням функції печінки та системи імунітету. На користь подібного припущення свідчать і результати визначення активності лізоциму в сироватці крові. У протезоносіїв I та II груп із збільшенням термінів носіння протезів активність лізоциму набуває тенденцію до збільшення, що можливо за рахунок активації секреції цього ферменту з лейкоцитів.

Висновок. У віддалені строки після фіксації акрилових зубних протезів в організмі спостерігаються суттєві функціонально-метаболичні зміни ряду біохімічних й імунологічних показників, що пов'язано зі змінами реакції слинних залоз і функціонального стану імуноної системи.

Обробка полімеру в плазмі тліючого розряду й, особливо, застосування цієї технології в сполученні з призначенням регулярного полоскання порожнини рота зубним еліксіром Біодент-2 знижує, а за рядом показників навіть унеможлиблює шкідливий вплив потенційно токсичних компонентів акрилових протезів на організм.

Перспективою подальшого вивчення даної проблеми вбачається рівень впливу інших технологічних способів та засобів гігієни ротової порожнини на токсичні властивості компонентів акрилових протезів.

Література. 1. *Беляков И.М.* Иммуная система слизистых // Иммунология. – 1997. – №4. – С. 7–13. 2. *Дюмин О.В.* Оценка местного им системного иммунитета в диагностике и лечении профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей / Методические рекомендации. – Одесса: МЗ УССР. 1990. – 14 с. 3. *Зубопротезна техніка:* Навчальний посібник / Чулак Л.Д., Штурмінський В.Г. – Одеса: Олес. держ. мед. ун-т, 2001. – 316 с. 4. *Клінічна імунологія* / Бажора Ю.І., Запорожан В.М., Кресюн В.І., Голзієва І.М. – Одеса: Олес. держ. мед. ун-т, 2000. – 384 с. 5. *Левицький А.П., Марченко О.І., Рыбак Т.Л.* Сравнительная оценка трех методов определения активности фосфатаз слюны человека // Лаб. дело. – 1973. – №10. – С. 624–625. 6. *Левицький А.П., Кановець В.М., Марченко О.І.* Вікові зміни активності α-амілази слини людини // Фізіол. ж. АН УРСР. – 1973. – Т. 19. №6. – С. 819–823. 7. *Робустова Т.Г.* Иммуноный статус в полости рта / Методические рекомендации. – М.: МЗ РСФСР. 1990. – 28 с. 8. *Шисіна О.О., Левицький А.П.* Привушна залоза – джерело лізоциму в хом'яків // Фізіол. ж. АН УРСР. – 1974. – Т.20. №3. – С. 400–402.

IMMUNO-BIOLOGICAL INDICES OF THE QUALITY OF PREVENTION AND TREATMENT OF MUCOUS MEMBRANES DISORDERS IN PATIENTS WITH DENTAL PROSTHESES

V.V. Val'da, L.D. Chulak, S.P. Pasholok, Yu.I. Bazhora

Abstract. The state of the local and systemic immunity in patients with dental prostheses made in the smouldering discharge plasma and a simultaneous usage of the dental elixir "Biodent-2" was studied. Three groups of patients were formed: 1- with dental prostheses made according to the standard technology; 2- with dental prostheses pretreated in the smouldering discharge plasma and rinsing the oral cavity prescribed with the help of the dental elixir "Biodent-2" after fixation. Patients requiring tooth replacement demonstrated a significant increase of the leukocyte migration intensity, the level of epithelial desquamation, a relative content of the polymorphonuclear leukocytes and mononuclear cells, acidic phosphatase. Pretreatment of dental prostheses in the smouldering discharge plasma prevents the development of inflammatory and dystrophic processes in the mucous membrane of the oral cavity in case of their fixation, but does not exert a suppressing effect on the factors of nonspecific resistance and local immunity, both during the immediate and late (6 months, 1 and 2 years) follow up period. The mentioned effect is enhanced in combination with the use of the dental elixir "Biodent-2".

Key words: dental prostheses, smouldering, discharge plasma, migration of leukocytes, epithelial desquamation.

State Medical University of Ukraine's Ministry of Health Protection (Odessa)

Buk. Med. Herald. 2003. Vol.7. №2. P.31-35.

Надійшла до редакції 11.02.2003 року