

роботі представлені переваги використання сорбенту «Ентеросгель», антигомтоксичного препарату «Лімфоміозот Н» при лікуванні гнійних ран у пацієнтів з необтяженим соматичним анамнезом.

Summary

EFFECT OF DETOXIFICATION THERAPY ON THE COURSE OF WOUND PROCESS IN PATIENTS WITH ACUTE SUPPURATIVE INFLAMMATION OF MAXILLOFACIAL AREA

Hretskykh Ye.V., Storozheva M.V.

Key words: periostitis, phlegmon, sorbent, antihomotoxic medicine, cytology.

The article describes the results of comparative study of cytograms in patients with acute purulent periostites of alveolar processes and phlegmons of maxillofacial area of various locations depending upon the terms of the pathologic process course and the methods of medication therapy. The research proves the advantages of sorbent *Enterogel*, antihomotoxic medicine *Lymphomyosot* H for treatment of purulent wounds in patients with non-aggravated somatic history.

УДК 616.31 – 008.8:612.017

Гришко Ю.М., Мошель Т.М., Ганчо О.В.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКТИВНОСТІ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ ІЗ СТОМАТОЛОГІЧНИМ І СОМАТИЧНИМ СТАТУСОМ

Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

В статті наведений аналіз дослідження активності лізоциму ротової рідини в залежності від впливу місцевих та загальних чинників. Результати обстеження 50 студентів IV курсу стоматологічного факультету показали достовірне зниження активності лізоциму при наявності соматичної патології, а також при її поєднанні зі шкідливими звичками (паління) ($p < 0,05$) та деяке підвищення активності лізоциму ротової рідини при хронічному катаральному гінгівіті ($p < 0,01$).

Ключові слова: активність лізоциму, соматичні захворювання, хронічний катаральний гінгівіт.

Лізоцим, як гідролітичний фермент, який розщеплює специфічні полісахариди клітинних стінок бактерій, має широкий спектр фізіологічної дії: бактеріолітичну, бактеріостатичну, імуномодулюючу, регуляторну і т.і. У деякій мірі лізоцим пригнічує синтез білка мікроорганізмами біоплівки, активує інтактні лімфоцити і уповільнює стимульовані, різко посилює хемотаксис нейтрофілів і достовірно зменшує остеорезорбцію [5]. Найбільш чутливі до цього ферменту Грам+ сапрофіти родів мікрококів і сарцин. Чутливі до нього деякі штами патогенних бактерій, а також гриби роду *Candida* і віруси. У найбільш стійких видів стрептококів лізоцим викликає виникнення множинних точкових отворів у клітинній стінці [4].

Окрім антимікробної дії, лізоцим стимулює розвиток імунної відповіді на різні антигени, викликає аглютинацію ряду мікроорганізмів, викликає інактивацію токсинів ліпополісахаридної природи, прискорює процеси загоєння тканин макроорганізму [6].

Лізоцим ротової рідини людини виконує важливу функцію по захисту організму від вторгнення інфекцій. Активність цього ферменту в ротовій рідині у 4-6 разів перевищує його активність у сироватці крові [5]. Лізоцим міститься також і в слизовій оболонці порожнини рота, зокрема в яснах. Його присутність там пояснюється адсорбцією із ротової рідини або утворенням лейкоцитами [6].

Зменшення рівня лізоциму ротової рідини ві-

діграє суттєву роль у надлишковому рості умовно-патогенної та патогенної мікрофлори і розвитку захворювань тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота [7].

Мета роботи

Визначення активності лізоциму ротової рідини у студентів 4 курсу стоматологічного факультету ВДНЗУ «УМСА» в залежності від стану гігієни порожнини рота, шкідливих звичок та наявної соматичної патології.

Матеріали та методи дослідження

Для визначення стану неспецифічної резистентності порожнини рота було обстежено 50 студентів 4 курсу стоматологічного факультету віком 19-22 років. З них 23(46 %) чоловіки і 27 (54%) жінок. Дослідження проводили на базі кафедри мікробіології, вірусології та імунології ВДНЗУ „УМСА”. Забір ротової рідини здійснювали у мікропробірки в кількості 1мл.

Для оцінки стану порожнини рота використовувалися клініко-лабораторні методи дослідження та анкетування [1]. Оцінка стану неспецифічної резистентності порожнини рота проводилась шляхом визначення активності лізоциму ротової рідини за В.Г. Дорофейчук з використанням музейного штаму тест-культури *Micrococcus lysodeicticus* [2]. Для цього зі скошеного агару готували завесь тест-культури у фосфатному буфері, яку стандартизували на КФК-2 (виробництва Загорського оптико-механічного заводу) з використанням зеленого світлофільтру у кюветах робочою довжиною 3 мм. Для визна-

чення активності лізоциму брали 1,47 мл мікробної зависі, до неї додавали 0,03 мл ротової рідини, яка попередньо розведена 1:20 фосфатним буфером.

Пробірки витримували у термостаті при температурі 37°C протягом години. Після цього проводили нефелометрію. Показники реєстрували за шкалою світлопропускання. Відсоток активності лізоциму визначали за числовими показниками. Для цього відсоток світлопропускання вихідної мікробної зависі (20%) віднімали від відсотку зависі, яка досліджується.

Статистичну обробку отриманих даних проводили варіаційно-статистичним методом аналізу результатів досліджень на персональному комп'ютері Pentium IV з використанням програм

із пакету Office XP (Microsoft Excel). Вірогідність отриманих результатів оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення

В результаті проведених досліджень встановлено, що у 33 (66%) осіб пародонт був інтактним; а у 17 (34%) – діагностований хронічний катаральний гінгівіт.

За даними лабораторних досліджень, середній рівень активності лізоциму ротової рідини серед 50 обстежених складав $29,77 \pm 0,97$ %. У 26 студентів спостерігався досить високий рівень активності лізоциму – $35,04 \pm 0,92$ %, а у 24 студентів було виявлено зменшення цього показника до $24,06 \pm 0,58$ % ($p < 0,01$) (Табл. 1).

Таблиця 1
Активність лізоциму ротової рідини ($M \pm t$, %)

Середній показник n=50	Високий рівень n=26	Низький рівень n=24
29,77±0,97	35,04±0,92	24,06±0,58 p<0,01

Примітки: n – кількість студентів; p – вірогідність відмінностей між групами

Для аналізу взаємозв'язку активності лізоциму ротової рідини з місцевими та загальними чинниками були обрані вибірки за окремими ознаками. Як показали результати досліджень, достовірних відмінностей у показниках активності лізоциму між чоловіками та жінками не виявлено. Також не відрізнялась активність лізоциму у курців, порівняно з особами без шкідливих звичок. Але у студентів із супутньою соматичною патологією нами виявлено вірогідне зменшення

показника у 1,15 рази ($p < 0,05$). Також вірогідне підвищення активності лізоциму спостерігалось при поєднанні соматичної патології, переважно захворювань ШКТ, із палінням. Так, показник підвищувався у 1,16 ($p < 0,05$) рази. Суттєве підвищення активності лізоциму у 1,3 рази ($p < 0,01$) спостерігалось при патології тканин пародонта, зокрема хронічному катаральному гінгівіті. (Табл. 2).

Таблиця 2
Зміни активності лізоциму ротової рідини в залежності від місцевих та загальних чинників ($M \pm t$, %)

Ознака		n	Активність лізоциму
Стать	жінки	27	29,3±1,14
	чоловіки	23	30,33±1,63 ($p > 0,05$)
Паління	немає	42	29,73±1,06
	є	8	29,75±2,53 ($p > 0,05$)
Соматична патологія	немає	29	30,21±1,46
	є	21	26,17±1,13 ($p < 0,05$)
Паління+соматична патологія	немає	23	30,93±1,17
	є	27	26,63±1,5 ($p < 0,05$)
Гігієна порожнини рота	добра	26	30,33±1,32
	задовільна	24	28,91±1,47 ($p > 0,05$)
Патологія пародонта (гінгівіт)	немає	33	26,69±0,85
	є	17	35,74±1,5 ($p < 0,001$)

Примітки: n – кількість досліджень; p – вірогідність відмінностей між ознаками

Висновки

В результаті проведених досліджень встановлено зменшення показника активності лізоциму ротової рідини, яке пов'язане з наявністю соматичної патології, зокрема шлунково-кишкового тракту, а також поєднанням шкідливої звички паління із соматичною патологією. Достовірне підвищення показника неспецифічної резистентності порожнини рота при наявності патології тканин пародонта, на нашу думку, пов'язане з міграцією лейкоцитів у ротову рідину та інфільтрацією ясен лейкоцитами при наявності катарального запалення.

Дані отриманих результатів дають підставу вважати визначення стану неспецифічної резистентності порожнини рота одним із важливих методів профілактики, діагностики та вивчення ефективності лікування захворювань пародонта.

Література

1. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т.3. Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Медицина, 2008. – 616 с.
2. Дорофейчук В.Г. Определение активности лизоцима нефелометрическим методом / В.Г. Дорофейчук // Лабораторное дело. – 1968. – №1. – С. 28-30.
3. Запорожець Н.М. Взаємозв'язок виникнення хронічного катарального гінгівіту з рівнем лізоциму і секреторного IgA в осіб молодого віку // Матеріали науково-практичної конференції „Сучасні проблеми терапевтичної стоматології”, пам'яті проф. М.А. Кодо-

- ли і 40-річчю кафедри терапевтичної стоматології Інституту стоматології КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2004р. – С. 83-84.
4. Шматко В.І. Захисні механізми порожнини рота / В.І. Шматко, М.І. Голубева, Н.В. Біденко [та ін.] // Вісник стоматології. – 1998. – №4. – С.79-84.
5. Левицкий А.П. Лизоцим вместо антибиотиков / Левицкий А.П. – Одесса : КП ОГТ, 2005. – 73 с.
6. Лобань Г.А. Мікробіологія, вірусологія та імунологія порожнини рота / Г.А. Лобань, В.І. Федорченко. – Полтава, 2004. – 123 с.
7. Чумакова Ю.Г. Состояние местного иммунитета полости рта и системного иммунитета у лиц молодого возраста с хроническим катаральным гингивитом / Ю.Г. Чумакова, Н.Н. Запорожец, О.В. Мороз // Вісник стоматології. – 2002. – №1. – С.22-24.

Реферат

ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ И СОМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

Гришко Ю.М., Мошель Т.Н., Ганчо О.В.

Ключевые слова: активность лизоцима, соматические заболевания, хронический катаральный гингивит.

В статье приведен анализ исследования активности лизоцима ротовой жидкости в зависимости от влияния местных и общих факторов. Результаты обследования 50 студентов IV курса стоматологического факультета показали достоверное снижение активности лизоцима при наличии соматической патологии, а также при ее сочетании с вредными привычками (курение) ($p < 0,05$) и некоторое повышение активности лизоцима ротовой жидкости при хроническом катаральном гингивите ($p < 0,01$).

Summary

CORRELATION BETWEEN ORAL FLUID LYSOZYME ACTIVITY, STOMATOLOGICAL AND SOMATIC STATUS

Hryshko Yu.M., Moshel T.N., Hancho O.V.

Key words: lysozyme activity, somatic diseases, chronic gingivitis.

This paper presents the analysis of oral fluid lysozyme activity depending on local and general factors. The results obtained by the inspection of 50 fourth-year dental students have shown the reliable decrease in lysozyme activity somatic pathology as well as under its combination with pernicious habits (smoking) ($p < 0,05$) and some increase of oral liquid lysozyme activity in chronic catarrhal gingivitis ($p < 0,01$).

УДК 616. 833.17 – 002.2 – 071

Іваницька О.С., Рибалов О.В., Скікевич М.Г.

КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯК ОСНОВА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

В роботі запропоновано алгоритм комплексного обстеження пацієнтів із прозопопарезом у стадії залишкових явищ, який включав вивчення особливостей клінічного перебігу хронічного ураження лицевого нерва з урахуванням локалізації патологічного процесу, дослідження стану імунної системи та системи мозкового кровообігу, аналіз електрофізіологічних параметрів роботи периферичного відділу нерва та нейронів головного мозку, встановлення стоматологічного та психоемоційного статусів. Отримані результати дослідження дозволяють розробити патогенетично обґрунтоване лікування хворих із периферичними ураженнями лицевого нерва у стадії залишкових явищ.

Ключові слова: периферичні ураження лицевого нерва, алгоритм обстеження хворих.

Робота є фрагментом комплексної теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Вроджені та набуті морфо-функціональні порушення зубо-щелепно-лицевої системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (№ державної реєстрації 0111U006301)

Проблема діагностики та лікування нейростоматологічних захворювань становить значний теоретичний та практичний інтерес для лікарів-стоматологів. Її актуальність пояснюється, зокрема, невідповідним зростанням на сьогоднішній день кількості хворих, що звертаються за медичною допомогою з приводу наявних у них чутливих, рухових, секреторних та трофічних розладів у щелепно-лицевій ділянці [1,16,20]. Не в останню чергу, це обумовлюється розвитком сучасного суспільства з його техногенними катастрофами, стрімким ритмом життя, погіршенням екологічної ситуації, посиленням стресового навантаження на людину тощо. При цьому неврологічні захворювання обличчя, у зв'язку з унікальністю цієї частини людського тіла, відзначаються неабиякими особливостями їх симптоматики та

клінічного перебігу, що утруднюють встановлення правильного діагнозу та вибір оптимальних шляхів їх лікування [3,12].

Одним із найбільш поширених серед нейростоматологічних захворювань фахівці вважають периферичні ураження лицевого нерва (ПУЛН) [6,11,13,18]. Необхідність детального вивчення проявів даного захворювання та патологічних змін, ним викликаних, продиктована потребою знайти найефективніші способи подолання недуги, що значно знижує якість життя хворих через її тяжкість та нерідкі ускладнення, особливо у випадках, коли вона набуває хронічного характеру.

Мета дослідження

Створення алгоритму комплексного обсте-