

Д. М. Давидов, Б. І. Дмитрієв, В. К. Напханюк

СТАН ТІОЛ-ДИСУЛЬФІДНОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Одеський державний медичний університет

Гострий холецистит посідає значне місце у структурі хірургічної патології. При цьому, як відомо, жінки хворіють на нього частіше, ніж чоловіки, що обумовлено статевозалежними особливостями метаболічних процесів у печінці [1; 2]. В свою чергу, розвиток гострого запального процесу жовчного міхура може спричинити реактивні зміни у тканинах печінки, навіть при тривалому перебігу жовчнокам'яної хвороби супроводжуватися хронічним неспецифічним гепатитом [3; 4]. При цьому не виключена можливість порушення функцій печінки, які полягають у синтезі білків плазми крові, у тому числі тіоловмісних, і відповідають за підтримання діяльності систем неспецифічної резистентності на належному рівні. В свою чергу, це може позначатися на тяжкості перебігу гострого холециститу, тривалості відновлення у післяопераційному періоді.

Показником, який би міг охарактеризувати стан систем неспецифічної резистентності організму і водночас функціональний стан тканин печінки, може бути визначення показників тіол-дисульфідної системи сироватки крові. Однак у доступній літературі нами не знайдено даних про стан тіолозалежних систем неспецифічної резистентності сироватки крові у хворих на гострий холецистит.

Метою нашої роботи було визначення стану тіол-дисульфідної системи у хворих на гострий холецистит жінок різного віку до операції та у різні терміни після оперативного лікування.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження сироватки крові проводили у 40 жінок, хворих на гострий холецистит. Пацієнтки були розподілені на чотири вікові групи: 20–39 років, 40–49 років, 50–59 років та 60 років і більше — по 10 хворих у кожній. Дослідження сироватки крові проводили у день оперативного втручання, на 3-тю–5-ту та 7-му–10-ту добу післяопераційного періоду. В сироватці крові визначали вміст Ag^+ — чутливих сульфгидрильних груп білкового і небілкового походження, вміст SO_2 — дисульфідних груп білкового походження за методом зворотного амперометричного титрування азотнокислим сріблом. Визначали коефіцієнт співвідношення білкових сульфгидрильних груп до дисульфідних.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз отриманих результатів дозволяє виявити певні закономірності у стані тіол-дисульфідної системи сироватки крові жінок-донорів, реактивних її змін при гострому холециститі та на етапах його лікування залежно від віку. За фізіологічних умов, результа-

ти яких подано у табл. 1, привертає до себе увагу відсутність небілкових сульфгидрильних груп у сироватці крові в усіх досліджуваних вікових групах, що може свідчити про збереження міцності зв'язку низькомолекулярних тіолів із білковими молекулами. Відносно білкової ланки, то з віком відбувається поступове зміщення рівноваги у реакціях тіол-дисульфідного обміну в бік окислених продуктів і зниження буферної ємності тіолозалежних систем неспецифічної резистентності. Але слід звернути увагу на те, що в усіх вікових групах зберігається певна стабільність тіол-дисульфідної системи, коли зменшення рівня білкових SH-груп супроводжується збільшенням дисульфідних і відсутністю вільних небілкових SH-груп.

Виявлене зниження буферної ємності тіолозалежних систем неспецифічної резистентності з віком може мати неабияке значення у разі розвитку захворювання.

Дійсно, проведені дослідження показали існування залежності у хворих на гострий холецистит характеру реактивних змін тіол-дисульфідної системи у різні періоди лікування від віку, результати

Таблиця 1

Вміст тіолових сполук у сироватці крові здорових жінок ($M \pm m$; мкмоль/л сироватки крові; $n = 10$)

Вікова група, років	Білкові SH-групи	Білкові SS-групи	Співвідношення SH-/SS-груп	Небілкові SH-групи
20–39	528,50±10,26	156,30±5,13	3,38±0,14	0
40–49	504,70±11,30* ¹	158,18±6,28* ¹	3,19±0,15* ¹	0
50–59	475,65±11,30* ²	174,12±7,11	2,73±0,12	0
60 і більше	449,75±12,40	190,57±8,31	2,36±0,12	0

Примітка. *¹ — $P > 0,05$ відносно здорових жінок вікової групи 20–39 років; *² — $P > 0,05$ відносно здорових жінок вікової групи 40–49 років.



Таблиця 2

Вміст тіолових сполук у сироватці крові хворих на гострий холецистит до операції (M±m; мкмоль/л сироватки крові; n = 10)

Вікова група, років	Білкові SH-групи	Білкові SS-групи	Співвідношення SH-/SS-груп	Небілкові SH-групи
20–39	433,37±9,31	138,95±6,10	3,12±0,15* ¹	0
40–49	367,93±12,10	135,24±7,14* ²	2,72±0,14	3,41±0,10
50–59	331,05±16,40* ⁴	160,14±6,96* ³	2,07±0,11	12,74±0,21
60 і більше	316,10±14,20* ⁶	180,57±9,30* ^{5,6}	1,75±0,13* ⁶	23,86±0,95

Примітка. P > 0,05 відносно: *¹ — донорів 20–39 років; *² — хворих 20–39 років; *³ — донорів 50–59 років; *⁴ — хворих 40–49 років; *⁵ — донорів 60 років і більше; *⁶ — хворих 50–59 років.

Таблиця 3

Вміст тіолових сполук у сироватці крові хворих на 3-тю–5-ту добу післяопераційного періоду (M±m; мкмоль/л сироватки крові; n = 10)

Вікова група, років	Білкові SH-групи	Білкові SS-групи	Співвідношення SH-/SS-груп	Небілкові SH-групи
20–39	475,65±9,10* ¹	150,48±6,10* ¹	3,16±0,14	5,44±0,09
40–49	412,34±12,10	141,88±5,13* ²	2,91±0,12* ^{2,3}	10,10±0,09
50–59	366,25±17,43	180,41±10,30* ⁴	2,03±0,12	15,10±0,67
60 і більше	299,32±11,41	189,24±8,06* ^{5,6}	1,58±0,08	26,39±1,08

Примітка. P > 0,05 відносно: *¹ — донорів 20–39 років; *² — хворих 20–39 років; *³ — донорів 40–49 років; *⁴ — хворих 40–49 років; *⁵ — донорів 60 років і більше; *⁶ — хворих 50–59 років.

Таблиця 4

Вміст тіолових сполук у сироватці крові хворих на 7-му–10-ту добу післяопераційного періоду (M±m; мкмоль/л сироватки крові; n = 10)

Вікова група, років	Білкові SH-групи	Білкові SS-групи	Співвідношення SH-/SS-групи	Небілкові SH-групи
20–39	584,76±9,38	157,19±6,02* ¹	3,72±0,11	0
40–49	478,46±12,10* ³	156,60±7,14* ^{2,3}	3,01±0,13* ³	0
50–59	370,16±12,43	152,96±6,20* ⁴	2,42±0,09	10,30±0,70
60 і більше	323,32±11,41	179,90±8,21* ⁵	1,80±0,08	21,19±1,00

Примітка. P > 0,05 відносно: *¹ — донорів 20–39 років; *² — хворих 20–39 років; *³ — донорів 40–49 років; *⁴ — хворих 40–49 років; *⁵ — донорів 60 років і більше.

яких подані у табл. 2, 3, 4. Так, з віком відбувається помітне виснаження буферної ємності тіолозалежних систем неспецифічної резистентності до операції в жінок, хворих на гострий холецистит. При цьому в жінок більш молодого віку (20–39 та 40–49 років) поряд зі зменшенням функціонально активних SH-груп білкового походження у сироватці крові відбуваються процеси, направлені на відновлення їх рівня. У свою чергу, у післяопераційному періоді виявлене швидке відновлення стану

білкової ланки тіол-дисульфідної системи сироватки крові у хворих цих груп і навіть її активізація у пацієнок віком 20–39 років. На користь достатньо високої стабільності білкових молекул також свідчать незначна кількість небілкових SH-груп у сироватці крові цих пацієнок і швидке їх зникнення під час лікування. Особливо це стосується жінок віком 20–39 років.

На відміну від хворих більш молодого віку, у пацієнок наступних вікових груп під час передопераційного періоду

спостерігали значне пригнічення тіолозалежних ланок систем неспецифічної резистентності сироватки крові, їх інертність. На користь цього свідчило помітне зниження сульфгідрильних груп білкового походження, майже відсутні зміни дисульфідних груп, що може бути доказом низької швидкості реакцій тіол-дисульфідного обміну, направлених у бік відновлених продуктів, нарешті, відчутне зниження редокс-потенціалу. До того ж, не можуть не привертати увагу денатураційні зміни у білкових молекулах, індикатором яких є поява, у порівняно великій кількості, небілкових сульфгідрильних груп. Значні негативні зміни до оперативного втручання у тіол-дисульфідній системі сироватки крові жінок у вікових групах 50–59 та 60 і більше років позначилися і на характері відновних процесів у післяопераційному періоді.

Привертає увагу наявність у сироватці крові небілкових SH-груп і на 3-тю–5-ту добу і на 7-му–10-ту добу після оперативного втручання у жінок цих груп. Особливо це стосується пацієнок віком 60 років і більше. Поруч з цим, спостерігалось більш повільне відновлення гомеостазу в тіол-дисульфідній системі сироватки крові жінок віком 50–59 років у післяопераційному періоді. Лише на 7-му–10-ту добу значення редокс-потенціалу перевищило нижню межу середньофізіологічних показників тіол-дисульфідної системи. У свою чергу, в жінок 60 років і більше на 3-тю–5-ту добу продовжувалося виснаження буферної ємності тіолозалежних систем неспецифічної резистентності сироватки крові, й цей процес припинявся лише на 7-му–10-ту добу.

Слід підкреслити, що у сукупності показники, що характеризують тіол-дисульфідну систему, свідчили про те, що в жінок віком 60 років і більше, у післяопераційному періоді



тіолозалежні системи неспецифічної резистентності залишалися у пригніченому стані.

Висновки

1. Стан тіол-дисульфідної системи сироватки крові відрізняється у здорових жінок різного віку.

2. Гострий холецистит супроводжується реактивними змінами у тіол-дисульфідній системі сироватки крові, сту-

пінь виразності яких залежить від віку хворих.

3. Швидкість відновлення тіол-дисульфідної системи у пацієнток, прооперованих з приводу гострого холециститу, залежить від стану цієї системи до оперативного втручання і від віку хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Петухов В. А., Кузнецов М. Р., Болдин Б. В. Желчнокаменная болезнь: современный взгляд на про-

блему // *Анналы хирургии.* — 1998. — № 1. — С. 12-16.

2. Рамазанов Р. М. Опыт 1000 лапароскопических холецистэктомий в условиях районной больницы // *Хирургия им. Пирогова.* — 2000. — № 10. — С. 28-30.

3. Зміни антиокислювального гомеостазу при хірургічному лікуванні хворих на холестеринний холелітіаз / В. Т. Зайцев, Ю. Е. Журов, А. В. Параніч та ін. // *Шпитальна хірургія.* — 1998. — № 2. — С. 9-12.

4. Ермолов А. С. Хирургия желчнокаменной болезни // *Анналы хирургии.* — 1998. — № 3. — С. 13-23.

УДК 616.314.007

Дхуаі Хатем Бен, М. М. Руденко

ПОШИРЕНІСТЬ І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСВЕРЗАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ

Одеський державний медичний університет

Зубощелепні аномалії є одним з найбільш розповсюджених видів патології жувального апарату. Вони призводять до порушень функції жування і мовлення, естетичних недоліків, травмують психіку дітей.

Згідно з останніми даними вітчизняних та іноземних дослідників, зубощелепні аномалії трапляються більш ніж у 50–70 % дітей [1; 2].

Серед численних клінічних різновидів зубощелепних аномалій неабияке значення мають трансверзальні аномалії. До них належать усі види звуження та розширення щелеп, мікро- і макрогнатія, скупченість зубів і різновиди косо-го прикусу. Про частоту цієї патології в літературі відомості дуже суперечливі. Наводяться показники від 3 до 74,6 % [1–3].

Така низька вірогідність даних пояснюється різним підходом до діагностики трансверзальних аномалій. Деякі дослідники при проведенні епідеміологічних обстежень дитячого населення до трансверзальних аномалій зараховували тільки косий прикус [4–6]. Однак трансверзальні аномалії частіше трапляються у сполученні з іншими аномаліями. Тому дослідники, що враховують усі відхилення в трансверзальній площині в сполученні з іншими видами аномалій, указують на значно вищу частоту [7; 8].

Все це свідчить про те, що потребують подальшого поглибленого вивчення поширеність і клініка трансверзальних аномалій прикусу з метою розробки раціональних методів діагностики та лікування цієї патології.

Мета дослідження — вивчення поширеності та клінічної характеристики різновидів трансверзальних аномалій прикусу.

Матеріали та методи дослідження

Усього під спостереженням перебувало 346 пацієнтів 6–22 років, які одержували ортодонтичне лікування на кафедрі стоматології дитячого віку ОДМУ в 2000–2002 рр. З них 124 особи чоловічої статі і 222 — жіночої. Усіх обстежених було розподілено на дві вікові групи: до першої увійшли діти 6–12 років зі змінним прикусом, до другої — діти з постійним прикусом віком після 13 років та дорослі до 22 років.

Стоматологічне обстеження проводили при стандартному штучному освітленні, за допомогою звичайного стоматологічного набору. Зубощелепні аномалії визначали відповідно до сучасної номенклатури найменувань ВООЗ. Усі аномалії розглядалися у тривимірній системі: в сагітальній, вертикальній і трансверзальній площинах. Враховували кількість зубів, їхнє розташування, форму зубних дуг і взаємне розташування щелеп. За розташуванням перших молярів визначали клас аномалії за Енглем.

До трансверзальних аномалій було залічено усі види патології розмірів і форм щелеп у площині: звуження верхньої щелепи, звуження обох щелеп, скупчене положення зубів внаслідок зменшення поперечного розміру щелеп, а також невідповідність ширини верхньої і нижньої щелеп через зменшення або збільшення однієї із щелеп (косий прикус).

Діагноз визначали, враховуючи всі виявлені відхилення. За наявності кількох аномалій у одного хворого спочатку вказували головне, а потім другорядні порушення.

Дані клінічного обстеження були підтвер-

