

Сумкина О. Б., Бобровский И. Н., Гетман Н. В., Биджиева Ф. А.

**ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТНОГО СПЕКТРА СЛЮНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/1/2008/11/48.html](http://www.gramota.net/materials/1/2008/11/48.html)

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по данному вопросу.

Источник

**Альманах современной науки и образования**

Тамбов: Грамота, 2008. № 11 (18). С. 123-125. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/1.html](http://www.gramota.net/editions/1.html)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/1/2008/11/](http://www.gramota.net/materials/1/2008/11/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [almanac@gramota.net](mailto:almanac@gramota.net)

У пациентов, страдающих сердечно-сосудистой недостаточностью, слизистая оболочка полости рта и красной каймы губ отечна, цианотична. Отмечается сухость и жжение в полости рта, а нередко и боли при еде. Слизистая оболочка легко ранима, часто даже при незначительных повреждениях присоединяется вторичная инфекция, что приводит к образованию длительно не заживающих трофических язв; появляется неприятный запах изо рта. Во время приступа стенокардии или в начальной фазе инфаркта миокарда возможна иррадиация болей в область нижней челюсти. Характерно спонтанное прекращение болей после купирования приступа. При обширном инфаркте миокарда, когда развиваются выраженные нарушения в капиллярном русле, на спинке языка образуются экстравазаты, которые быстро исчезают по мере улучшения общего состояния больного.

Довольно часто (в 11,75% случаев) поражения слизистой оболочки полости рта являются первыми признаками болезней кроветворной системы. При острых и хронических лейкозах, как правило, поражается слизистая оболочка полости рта; появляется сильная кровоточивость десен не только вовремя чистки зубов, но и без всякой видимой причины (спонтанная кровоточивость); возникают многочисленные кровоизлияния по всей поверхности слизистой оболочки, при малейшей травме образуются обширные гематомы. Характерна бледность слизистой оболочки.

По данным онкологов и гематологов, острый лейкоз сопровождается развитием в полости рта язвенно-некротических процессов; в углах рта появляются «лейкемические» заеды. Язык покрыт темно-бурым налетом, на его спинке и боковых поверхностях появляются изъязвления. Некротические процессы в области десневого края распространяются вглубь альвеолярного отростка и захватывают костную ткань, в результате чего начинают расшатываться зубы.

В полости рта при железодефицитной (гипохромной) анемии обнаруживаются сочетанные поражения слизистой оболочки и твердых тканей зубов. Нередко жалобы на боль в языке и губах, сухость во рту, извращение вкусовых ощущений. Десны воспаляются, появляется их кровоточивость. Эмаль зубов теряет естественный блеск, становится хрупкой, в зубах возникают многочисленные кариозные полости.

Аналогичная картина наблюдается и при различных инфекционных заболеваниях. При этом многие инфекционные заболевания характеризуются определенной симптоматикой в челюстно-лицевой области.

Так при скарлатине на слизистой оболочке зева и миндалин (за сутки до появления высыпаний на кожных покровах) возникают очаги ярко-красной гиперемии размером 1-2 мм, на месте которых впоследствии нередко развивается некроз. В первые дни заболевания язык обложен, покрыт сероватым налетом, на 3-4-й день на спинке языка начинается процесс десквамации эпителия. Язык становится блестящим, ярко-красным, на таком фоне гиперплазированные грибовидные сосочки напоминают зерна малины. Такой язык называют «скарлатинозным» или «малиновым».

Другая картина слизистой оболочки полости рта отмечается при кори. Так в продромальном периоде кори на слизистой оболочке щек, реже на губах и на других участках полости рта появляются эритематозные пятна Филатова-Коплика, исчезающие появлением коревой сыпи на коже.

А для ветряной оспы характерно появление на слизистой оболочке полости рта пузырьков, которые часто локализуются на языке и могут возникать как самостоятельно, так и в сочетании с папуловезикулярной сыпью на коже. Изолированные высыпания в полости рта могут стать ведущим симптомом в диагностике заболевания.

Таким образом, проведенный анализ выявил, что различные формы органной патологии проявляются в полости рта определенной симптоматикой, что в ряде случаев помогает поставить правильный диагноз основного заболевания.

#### ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТНОГО СПЕКТРА СЛЮНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Сумкина О. Б., Бобровский И. Н., Гетман Н. В., Биджиева Ф. А.  
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

В настоящее время, по данным мировой литературы и статистики, более 45,8% людей старшего трудоспособного возраста имеют жалобы или ярко выраженную симптоматику, связанную с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в целом, и поджелудочной железы, в частности. А проблемы своевременной диагностики различной патологии, связанной с дисфункцией данного образования, выдвигаются на передовые позиции.

Поджелудочная железа, в силу своего глубокого забрюшинного расположения, мало доступна физикальным методам исследования, поэтому большое значение в диагностике заболевания этого органа приобретают различные лабораторные исследования.

В настоящее время, внимание многих исследователей привлекают изменения количества различных маркеров-индикаторов (бикарбонатной щелочности и ферментов) в слюне у больных с острыми и хроническими патологическими изменениями поджелудочной железы. Основанием к этому служат работы Деско и соавт. (1973), Минар и соавт. (1975), Козизаки и соавт. (1971, 1974, 1977, 1981, 1987), установивших в эксперименте корреляцию морфологических и функциональных изменений между поджелудочной и слюнными железами.

По данным А. А. Шелагурова и Л. П. Воробьевой, при остром панкреатите увеличивается активность амилазы в слюне.

Более тщательный анализ литературы по исследуемому вопросу показал, что в литературе отсутствуют данные об изменении объема слюны, ее бикарбонатной щелочности, активности ферментов при острых и хронических заболеваниях поджелудочной железы. Это имеет сугубо практическое значение, так как забор слюны, в отличие от забора крови, мочи и тем более дуоденального сока, значительно легче и может быть многократно повторен как в ходе эксперимента, так и применимо к практической деятельности узких специалистов.

Нами обследовано 60 здоровых в возрасте от 18 до 60 лет, 153 больных с острым панкреатитом и 186 - хроническим в стадии обострения в возрасте от 18 до 60 лет. В группе здоровых мужчин было 36, женщин - 24, среди больных острым панкреатитом мужчин было - 42, женщин - 111, в группе больных хроническим панкреатитом мужчин - 33, женщин - 153.

Утром, натощак, в течение 10 минут у пациентов, относящихся к группе исследуемых, собирали слюну. Определение бикарбонатов и ферментов проводили в смешанной слюне после ее центрифугирования в течение пяти минут со скоростью 3200 оборотов в минуту. Бикарбонаты определяли методом обратного титрования, амилазу - амилокластическим методом Каравея, липазу - липолитическим методом Бонди в модификации Л. С. Рожковой, но в качестве субстрата использовали эмульсию не касторового, а оливкового масла (как наиболее специфический субстрат).

Диагноз хронического панкреатита во время операции подтвержден у 72 пациентов, у 114 - поставлен на основании клинико-лабораторных данных. В группе больных острым панкреатитом у 87 пациентов заболевание выявили при оперативном вмешательстве, у остальных диагностировали на основании данных клинико-лабораторных методов исследования.

При остром панкреатите снижение количества бикарбонатов отмечено у 21 пациента, повышение у 69 пациентов, у остальных пациентов количество бикарбонатов, по сравнению с аналогичными показателями у здоровых исследуемых, не изменилось. Снижение количества бикарбонатов имело место у 21 пациента с диагнозом «хронический панкреатит», повышение имело место у 84, а без изменений - у 81 пациента соответственно.

Активность амилазы слюны определяли у 150 пациентов с недавно установленным диагнозом «острый панкреатит» и у 180 пациентов с хроническим панкреатитом в стадии обострения. Результаты проведенных исследований показали, что у 63 пациентов с острым панкреатитом активность амилазы была повышенной, у 57 - пониженной, у 30 - не изменялась. В группе пациентов с хроническим панкреатитом повышение уровня амилазы отмечено у 54, понижение - у 102, и у 24 пациентов показатели мало отличались от аналогичных показателей у здоровых.

Исследование липазы проводилось у 96 пациентов с острым панкреатитом и у 105 с хроническим. При остром панкреатите повышение активности липазы выявлено у 87 пациентов, у 9 этот показатель был без изменений. При хроническом панкреатите повышение активности липазы отмечено у 48 пациентах, понижение - у 27, а у 30 активность липазы не изменялась соответственно.

Нами проведена статистическая обработка материала по Стьюденту. Анализ полученных данных показал, что у пациентов, имеющих хронический панкреатит определяется статистически достоверное снижение объема секреции слюны натощак ( $3,0 \pm 0,4$  мл у больных хроническим панкреатитом и  $4,5 \pm 0,52$  мл у здоровых ( $P < 0,05$ )) и уменьшение активности амилазы ( $13,21 \pm 0,81$  ч/л/час и  $15,9 \pm 0,72$  ч/л/час соответственно ( $P < 0,05$ )), количество бикарбонатной щелочности (БЩ) и активности липазы (АЛ) повышается (БЩ -  $111 \pm 4,5$  ед и  $99,4 \pm 4,5$  ед; АЛ -  $35 \pm 3,0$  ед. соответственно, ( $P < 0,05$ )).

У больных острым панкреатитом отмечено статистически достоверное увеличение количества бикарбонатной щелочности и липазы в слюне (БЩ -  $113 \pm 0,14$  ед и  $99,4 \pm 0,14$  ед; АЛ -  $65 \pm 4,0$  и  $29 \pm 3,0$  соответственно ( $P < 0,02$ )). Изменение активности амилазы и объема секреции слюны статистически недостоверно.

Кроме этого, под наблюдением специалистов исследовательской группы находилось шестеро пациентов с опухолью головки поджелудочной железы. У всех наблюдалось значительное повышение количества амилазы, липазы и бикарбонатов в слюне, объем секреции не отличался от такового у здоровых.

Особый интерес, с точки зрения участников и организаторов данного исследования представляет вопрос изучения взаимосвязи между секрецией ферментов поджелудочной и слюнными железами у пациентов, имеющих диагностированный и установленный хронический панкреатит.

Для установления данной взаимосвязи у 78 пациентов мы провели одновременное исследование активности ферментов в дуоденальном содержимом и в слюне. Проведенный анализ показал, что у 48 из 63 пациентов с пониженной ферментовыделительной функцией поджелудочной железы снижение дебита амилазы в дуоденальном содержимом сопровождалось снижением содержания амилазы в слюне, у девяти - количество амилазы в слюне было выше нормы, у шестерых - без изменений. Активность липазы у девяти пациентов этой группы была повышена, у остальных отмечены незначительные колебания.

В группе пациентов с повышенной ферментовыделительной функцией поджелудочной железы (15 чел.) лишь у троих отмечено повышенное количество амилазы в слюне, у остальных отклонения активности ферментов от нормы были незначительны.

Таким образом, при хроническом панкреатите удается проследить определенную зависимость между секрецией амилазы поджелудочной и слюнной желез, а именно, при снижении ферментовыделительной функции поджелудочной железы наблюдается снижение активности амилазы в слюне.

Аналогичные данные получены Нанорха и соавт. Авторы объясняют эти изменения следующими вероятными причинами:

1) повреждение околоушной слюнной железы токсическими веществами, вырабатываемыми поджелудочной железой;

2) торможение секреции околоушной слюнной железы субстанцией, секретируемой в кровяное русло патологически измененной поджелудочной железой, возможно гормональной природы.

Исходя из наших наблюдений, острый панкреатит и хронический панкреатит в стадии обострения сопровождаются статистически достоверным повышением активности липазы и бикарбонатной щелочности в слюне. Хронический панкреатит в стадии обострения с наличием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы сопровождается, по нашим данным, статистически достоверным снижением уровня амилазы и объема секреции слюны.

Данные, полученные при определении объема секреции, количества бикарбонатной щелочности и активности амилазы, липазы в слюне, можно использовать как дополнительный диагностический критерий при диагностировании и возможном предупреждении возникающих осложнений и последствий при остром и хроническом панкреатите.

## ИЗМЕНЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА СОБАК, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ И ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Сумкина О. Б., Гетман Н. В., Биджиева Ф. А., Бобровский И. Н.  
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

По данным анализа имеющейся литературы, около 67,12% жителей Российской Федерации имеют различные заболевания желудочно-кишечного тракта, что соответствует статистическим данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ, г. Москва), а также данным, полученным ВОЗ при проведении глобального изучения здоровья населения.

Данные ретроспективного анализа, проведенного выборочным методом генеральной совокупности населения на территории Ставропольского края Южного Федерального Округа, показали, что около 72,16% жителей трудоспособного возраста имеют различные заболевания желудочно-кишечного тракта.

При этом удельный вес пациентов, использующих этап санаторно-курортного лечения для лечения данных нозологических единиц на вышеуказанной территории, на конец 2008 года составил около 82% (82,03%) (аналогичный показатель 1998 года - 63,22%, а 2003 - 74,91%).

Удельный вес пациентов, перенесших резекцию или полное удаление поджелудочной железы, среди указанного контингента лиц, составляет более 60% (64,28%).

Удаление части поджелудочной железы проводится не только при раке, но и при других опухолях, кистах, хроническом и остром панкреатите, закрытых и открытых повреждениях поджелудочной железы (Милонов О. Б., Цациниди К. И., Смирнов В. А. 1983; Усов Д. В., Махнев В. А., Лыков Н. И. 1983; Majeski, Tyler 1980).

В связи с этим весьма актуальным является вопрос изучения состояния различных органов и систем в условиях отсутствия части или всей поджелудочной железы.

Развитию заболеваний полости рта (слизистой оболочки, слюнных желез) наиболее часто способствуют системные заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности поджелудочной железы. Это можно считать следствием морфофункционального единства пищеварительного аппарата, включая его начальный отдел - ротовую полость. Кроме того, по данным литературы, наиболее выражены изменения в полости рта также при сахарном диабете, что указывает на тесную связь полости рта с состоянием эндокринных желез.

Параллельно следует отметить и тот факт, что в плане изучения реакции органов и систем на удаление отдельных частей или всей поджелудочной железы представляет интерес рассмотрение изменений в слюнных железах, особенно в понимании общей взаимосвязи и взаимообусловленности пищеварительных желез. Слюнные железы являются первыми железами, участвующими в пищеварении. Они связаны с другими железами пищеварительной системы, в частности с поджелудочной железой. Слюнные железы давно привлекали внимание исследователей, так как секретирующая клетка серозной слюнной железы является одним из удобных (ставшим уже классическим) объектом изучения секретобразования в живой клетке.

Целью исследования явилось стремление выявить изменения, происходящие в слизистой полости рта, а также в слюнных железах после резекции центрального отдела поджелудочной железы собаки, с перевязкой и пересечением основного выводного протока поджелудочной железы, что, по данным проанализированной литературы, соответствует удалению головки поджелудочной железы человека.

К слюнным железам собаки принято относить околоушные, подчелюстные и подъязычные. Нами предпринята попытка к выяснению реакции слюнных желез на выключение внешней и внутренней секреции поджелудочной железы. Вполне вероятно ожидать развития реактивных, возможно компенсаторных изменений в слюнных железах.