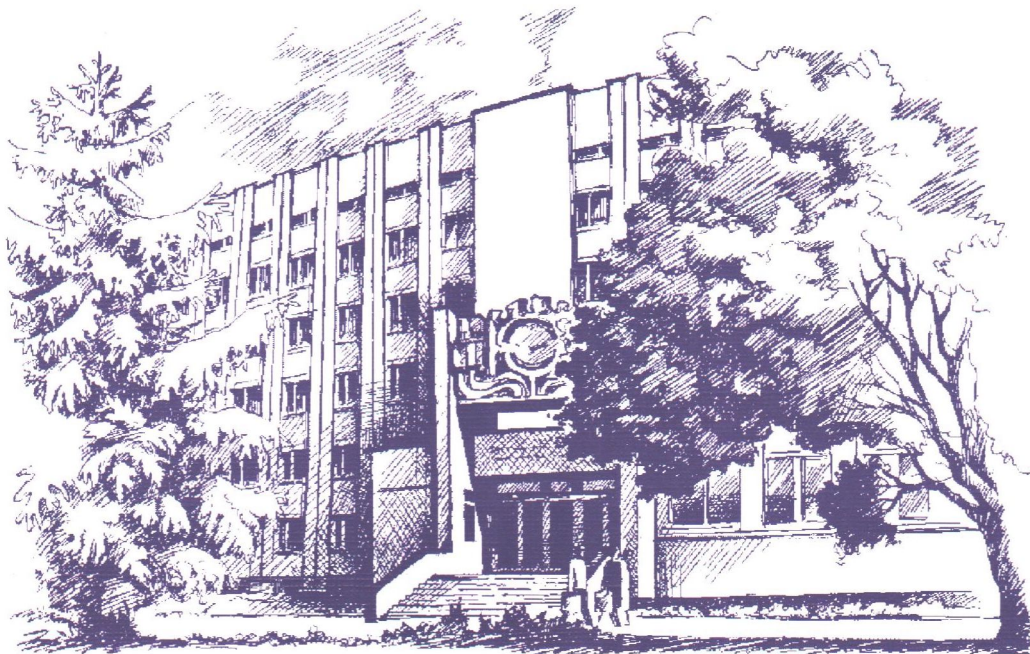


Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”



АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

Станіславчук М.А., Бурдейна Л.В., Назарова М.С., Шершун С.В.	167
ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КАРДІОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Філіппова О.Ю.	170
ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЗАЛЕЖНО ВІД СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В СПОЛУЧЕННІ З ОЖИРІННЯМ	
Хухліна О.С., Урсул О.О., Каньовська Л.В., Восвідка О.С., Гайдичук В.С.	179
ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	
Shuper V.A., Shuper S.V.	182
PATHOGENETIC TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS	
Юхименко О.О.	186
УДОСКОНАЛЕННЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ПАТОГЕНЕЗ РЕЦИДИВУЮЧОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ	
Юшко К.О., Коваль С.М., Старченко Т.Г.	191
ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ	
Лур'є К.І.	194
ДЕЯКІ ПИТАННЯ ТЕХНОГЕННОЇ БЕЗПЕКИ	
Плевинскис П.В.	197
НОВЫЕ И МАЛОИЗУЧЕННЫЕ ФАКТОРЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ И СМЕЖНЫХ ВИДОВ ЭКСПЕРТИЗ СОВРЕМЕННОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ	
Плетенецька А.О.	200
СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ, ПОМЕРЛИМ ВІД ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ (ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ)	
СТОМАТОЛОГІЯ	
Антоненко М.Ю., Значкова О.А., Мельничук Т.А., Ляшенко Н.Ф.	205
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОРГАНІЗАЦІЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ПАРОДОНТА В УМОВАХ ТИПОВИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ДЕРЖАВНОЇ ТА КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМ ВЛАСНОСТІ В УКРАЇНІ	
Голік В.П., Томілін В.Г., Білобров Р.В., Томіліна А.В.	211
ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ КЕРАМІЧНИХ ВКЛАДОК, ЗАСТОСОВАНИХ ПІД ЧАС ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	
Кривенко Л.С.	214
ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЮ ЗАПАЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
Кулигіна В.М., Тепла Т.О.	216
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ ЕКСТРАКРАНІАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ СУДИН ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА НА ФОНІ УРАЖЕННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ	
Петрушанко А.М.	223
ПАТОГЕНЕЗ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТУ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ НЕЗНИМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ	
Походенько-Чудакова І.О., Шотт Е.В., Кабанова А.А.	227
ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА АПИКАЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМ, КИСТОГРАНУЛЕМ, РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	
Риберт Ю.О., Кінаш Ю.О., Магера Н.С.	231
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ АКСІОГРАМ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ОКЛЮЗІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ (ЧАСТИНА 1)	
Сторожева М.В., Григоров С.М., Рекова Л.П., Лобода Г.П., Осипов М.В.	238
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
Сухіна І.С., Соколова І.І.	241
ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ ЦИКЛІВ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ	
ГУМАНІТАРНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ ТА ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ	
Вознюк Л.А., Клекот О.О., Дорошкевич І.О.	245
ЗМІНИ В ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ОСВІТІ І НОВИЙ ПІДХІД ДО НАВЧАННЯ	
Voytkevich N.I.	248
ON THE ISSUE OF CLASSIFICATION OF ONYMS IN THE NAMES OF DRUGS AND PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (IN ENGLISH MEDICAL SLANG)	
Калиниченко Д. О.	251
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ДЛЯ КОНТИНГЕНТУ ДІТЕЙ 15 – 17 РОКІВ	
Малахова С.М., Коваленко В.А.	255
ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ: РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ	

УДК 618.19-006.6+612.015:616.31+615.28

Сухіна І.С., Соколова І.І.

ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ ЦИКЛІВ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет

Проведене дослідження ротової рідини у хворих на рак молочної залози до початку проведення поліхіміотерапії виявило, що для них є характерним значне зниження рівня лізоциму – $0,059 \pm 0,022$ од/л (приблизно в 2 рази відносно норми) на всіх етапах ПХТ, зниження активності еластази – $0,370 \pm 0,091$ мккат/л (в 2,5 рази від норми), різке підвищення активності уреазу – $0,782 \pm 0,110$ мккат/л (в 6–8 разів вище норми), помірне підвищення вмісту МДА – $0,320 \pm 0,046$ мкмоль/л на тлі зниження активності каталази – $0,174 \pm 0,022$ мкат/л (більш ніж в 2 рази). Визначено зростання ступеня орального дисбіозу в 13,3 та зниження індексу АПІ в 3 рази до початку проведення ПХТ порівняно з нормою. Ці зміни зберігаються на всіх етапах ПХТ. Отримані дані свідчать про зниження бактерицидних властивостей ротової рідини, підвищення бактеріального обсіменіння і розвиток оксидативного стресу в основному за рахунок пригнічення антиоксидантної активності внаслідок перенесеної раніше операції і променевої терапії.

Ключові слова: ротова рідина, поліхіміотерапія, рак молочної залози.

Дана робота виконана згідно з договором про науково-творчу співпрацю між кафедрою стоматології Харківського національного медичного університету і ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» та відповідно до наукової тематики кафедри стоматології «Удосконалення та розробка нових індивідуалізованих методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань у дітей та дорослих», № державної реєстрації 0112U002382.

Вступ

Антибластомна терапія у хворих на рак молочної залози (РМЗ) часто супроводжується розвитком ускладнень у порожнині рота.

Одним з найбільш значних побічних ефектів сучасної протипухлинної терапії є запалення слизової оболонки – хіміотерапевтично-асоційований мукозит, який може вражати будь-яку частину шлунково-кишкового тракту, в тому числі порожнину рота (стоматит), становлячи серйозну проблему, значно знижуючи якість життя пацієнтів за рахунок больового синдрому, приводячи до порушення харчування, втрати ваги, зміни термінів лікування [10, 11, 12, 14].

Для хворих на РМЗ ця проблема є особливо важливою через високу захворюваність та тропність хіміопрепаратів до слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, навіть при стандартних протоколах лікування [6, 9, 13, 15].

У більшості хворих спостерігаються різні стоматологічні захворювання – гіпосалівація, хейліти, мукозити, захворювання тканин пародонту та ін. При цьому на різних етапах протипухлинної терапії на патогенез розладів у порожнині рота можуть впливати різні чинники, що слід враховувати при розробці нових комплексів профілактично-лікувальних заходів.

Мета дослідження

Оцінити основні показники нестимульованої ротової рідини у хворих на рак молочної залози до початку та під час проведення поліхіміотерапії (ПХТ).

Об'єкт і методи дослідження

Для даного дослідження взято однорідну групу пацієнок — 26 жінок, хворих на рак молочної залози T₁N₀M₀ – T₂N₁M₀ стадій, які отримали на 1

етапі комбіноване лікування: радикальна мастектомія за Мадденом та післяопераційний курс променевої терапії на шляхи регіонарного лімфовідтоку в дозі 40 Гр.

Через 2 тижні після закінчення післяопераційного курсу променевої терапії розпочато проведення курсу поліхіміотерапії, який складається з 6 циклів наступними препаратами [7]:

- доксорубіцин 30 мг/м² 1 та 8-й день внутрішньовенно;
- 5-фторурацил 500 мг/м² 1 та 8-й день внутрішньовенно;
- циклофосфан 400 мг через день №8 внутрішньом'язово.

Тривалість 28-денного циклу хіміотерапевтичного лікування складає 14 днів [7].

Пацієнтки перед початком проведення ПХТ вранці натщесерце через 3 хвилини після попереднього ополіскування порожнини рота кип'яченою водою (забороняли чистити зуби та використовувати зубні еліксири та ополіскувачі, жування чого-небудь, куріння, тощо) збирали ротову рідину протягом 10 хвилин у мірну пробірку. Після центрифугування (2500 об/хв., 10 хв.) відбирали надосадкову рідину у чисті сухі пеніцилінові флакони.

Для об'єктивної оцінки стану порожнини рота проведено дослідження в нестимульованій ротовій рідині біохімічних маркерів запалення (активність еластази [1,5], зміст малонного діальдегіду (МДА) [1]), маркеру мікробного обсіменіння (активність уреазу [2]), показників неспецифічного імунітету (активність лізоциму [4]), рівня антиоксидантного захисту (активність каталази [3]) до початку ПХТ, перед II, IV та VI циклами.

По співвідношенню відносних рівнів активності уреазу та лізоциму розраховували ступінь дисбіозу за Левицьким А.П. [8], а по співвідно-

шенню активності каталази і змісту МДА розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ) [1].

Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася за допомогою пакета програм STATISTICA.

Результати досліджень та їх обговорення

Динаміка досліджуваних показників в процесі циклів ПХТ представлена в таблиці.

З представлених даних видно, що у всіх хворих на РМЗ, ще до початку проведення ПХТ, активність уреазі збільшується в 7,1 рази ($p < 0,05$), що свідчить про значне збільшення мікробного обміненіння порожнини рота. На тлі проведення

ПХТ відбувається деяке зниження активності уреазі і перед VI циклом ПХТ її показники перевищують норму в 5,5 рази.

Рівень лізоциму ротової рідини був в 2 рази нижче нормального. Подібний знижений рівень лізоциму зберігався на всіх етапах ПХТ і навіть демонстрував деяку тенденцію до подальшого зниження перед IV та VI циклами ПХТ.

Відмінність вихідних показників від норми пояснюється тим, що пацієнткам з РМЗ на попередніх етапах лікування проводили хірургічне втручання і вони отримували променеви терапію/

Таблиця

Біохімічні показники ротової рідини у хворих на рак молочної залози в процесі поліхіміотерапії

Показники	Здорові донори	Всі хворі (вихідний рівень)		Перед II циклом		Перед IV циклом		Перед VI циклом	
	n = 20	n = 20		n = 7		n = 8		n = 8	
		M±m	Медіана	M±m	Медіана	M±m	Медіана	M±m	Медіана
Еластаза, мк-кат/л	1,04±0,15	0,418±0,048*	0,455	0,370±0,091*	0,350	0,385±0,055*	0,365	0,430±0,092*	0,470
МДА, мкмоль/л	0,330±0,030	0,254±0,034	0,200	0,320±0,046	0,350	0,390±0,053**	0,365	0,397±0,034**	0,345
Уреаза, мк-кат/л	0,110±0,02	0,762±0,023*	0,612	0,782±0,110*	0,606	0,646±0,087*	0,695	0,601±0,084*	0,652
Лізоцим, од/л	0,115±0,012	0,057±0,010*	0,059	0,059±0,022*	0,047	0,046±0,015*	0,030	0,043±0,006*	0,048
Каталаза, мкат/л	0,28±0,03	0,140±0,015*	0,152	0,174±0,022*	0,189	0,094±0,012* **	0,094	0,144±0,047*	0,170
Ступінь дисбіозу, од.	1,0±0,2	13,4±0,23*	–	13,3±0,110*	–	14,0±0,087*	–	13,9±0,084*	–
Індекс АПІ, од.	17,5±1,1	5,5±0,6*	–	5,4±0,5*	–	2,4±0,3* **	–	3,6±0,4* **	–

Примітка: * – вірогідно до норми, ** – вірогідно до вихідного рівня.

Визначення ступеня орального дисбіозу у даних хворих показало його зростання в 13,3 рази.

Незважаючи на зниження активності уреазі і лізоциму перед VI циклом ПХТ, у порівнянні з вихідними даними, ступінь дисбіозу не змінюється: 13,3 од. – на початку, і 14 од. – перед VI циклом ПХТ. Отримані дані свідчать про значне збільшення мікробного обміненіння порожнини рота у хворих на РМЗ на тлі проведення циклів ад'ювантної ПХТ.

Рівень активності еластази у всіх обстежених хворих на РМЗ перед проведенням ПХТ був знижений в 2,5 рази відносно норми. Знижений рівень активності ферменту зберігався протягом усіх етапів проведення ПХТ.

Це можна пояснити тим, що у більшості хворих ($61,5 \pm 9,7\%$) на РМЗ відзначалася гіпосалівація, що може бути і причиною, і наслідком зниження активності еластази.

Вихідний рівень МДА був дещо нижче нормального, хоча це і невірогідно (0,254 проти 0,330, $p > 0,05$). Перед II циклом ПХТ рівень МДА відповідав нормальному, а перед IV та VI циклами підвищувався по відношенню до вихідного ($p < 0,05$).

Активність каталази у хворих на РМЗ після променевої терапії та перед ПХТ була вдвічі нижче за нормальну ($p < 0,05$) і залишалася на вихідному рівні, тобто нижче норми, впродовж всього періоду проведення ПХТ. Мінімальні зна-

чення активності даного ферменту відзначалися перед IV циклом ПХТ, коли цей показник був навіть нижче вихідного ($p < 0,05$). Перед VI циклом ПХТ вихідні значення активності каталази відновлювалися, але залишалися нижче нормальних.

Індекс АПІ до початку проведення ПХТ знижений в 3 рази порівняно з нормою ($p < 0,05$), що свідчить про значне пригнічення захисної антиоксидантної системи порожнини рота. Перед IV циклом ПХТ АПІ продовжує знижуватися в 2,3 рази в порівнянні з вихідним рівнем ($p < 0,05$), дещо підвищуючись перед VI циклом ПХТ ($p < 0,05$), залишаючись нижче вихідного рівня в 1,5 рази.

Зіставляючи зміни змісту продукту ПОЛ (МДА) і антиоксидантної ферментативної активності в ротовій рідині хворих на РМЗ, які отримували курси ПХТ, можна зробити наступні висновки.

Порівняно невелике підвищення активності ПОЛ в ротовій рідині, судячи з рівня МДА, не пов'язане з підвищенням АО-активності, оскільки активність АО-ферменту каталази була значно знижена впродовж всього періоду протипухлинного лікування більш ніж в 2 рази. Слід зазначити, що у онкологічних хворих проведення променевої та хіміотерапії часто супроводжується розвитком лейкопенії. Наявністю лейкопенії можна пояснити помірний розвиток синдрому перо-

кисадації в порожнині рота на етапах проведення ПХТ. При цьому в обстежених хворих на РМЗ спостерігалось характерне для синдрому пероксидації зниження антиоксидантної активності.

Висновки

В цілому, проведено дослідження ротової рідини у хворих на РМЗ показало, що ще до початку ПХТ для них характерним є значне зниження рівня лізоциму (приблизно в 2 рази відносно норми) на всіх етапах ПХТ, зниження активності еластази (в 2,5 рази від норми), різке підвищення активності уреазы (в 6 – 8 разів вище норми), помірне підвищення вмісту МДА (на 30 – 50 %) на тлі зниження активності каталази (більш ніж в 2 рази). Ці зміни зберігаються на всіх етапах ПХТ.

Подібна картина свідчить про зниження бактерицидних властивостей ротової рідини, підвищення бактеріального обсіменіння і розвиток оксидативного стресу в основному за рахунок пригнічення антиоксидантної активності внаслідок перенесеної раніше операції і променевої терапії.

Перспективи подальших досліджень

Отримані данні дозволяють прогнозувати розвиток побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота та розробити патогенетично-обумовлений комплекс заходів для профілактики цих серйозних ускладнень, які нерідко призводять до погіршення загального стану онкологічних хворих.

Література

1. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: метод. рекомендации / [А.П. Левицкий, О.В. Денга, О.А. Макаренко и др.] – Одесса : КП ОГТ. – 2010. – 16 с.

2. Гаврикова Л.М. Ферментативная активность ротовой жидкости человека как показатель бактериального дисбаланса полости рта при патологии пародонта : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.21 «Стоматология» / Л.М. Гаврикова. – Тверь : ВМА, 1996. – 22 с.
3. Гирин С.В. Модификация метода определения активности каталазы в биологических субстратах / С.В. Гирин // Лаб. диагностика. – 1999. – № 4. – С. 45–46.
4. Левицкий А.П. Лизоцим вместо антибиотиков / А.П. Левицкий. – Одесса : КП ОГТ, 2005. – 74 с.
5. Левицкий А.П. Методы определения активности эластазы и ее ингибиторов: метод. рекомендации / А.П. Левицкий, А.В. Стефанов // К. : ГФЦ Украины, 2002. – 15 с.
6. Добровольский Н.А. Методы профилактики и лечения орального мукозита на фоне химио- и/или лучевой терапии / Н.А. Добровольский, Н.Е. Таваркиладзе, С.А. Стороженко [и др.] // Университетська клініка. – 2013. – Т. 9. – № 1. – С. 22–25.
7. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / [под ред. Н.И. Переводчиковой]. – 2-е изд., доп. – М. : Практическая медицина, 2013. – С. 432–433.
8. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: метод. рекомендации / [А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, И.А. Селиванская и др.] – К. : ГФЦ Украины, 2007. – 26 с.
9. Seiler S. Adverse event management of oral mucositis in patients with breast cancer / S. Seiler, J. Kosse, S. Loibl, C. Jackisch // Breast Care (Basel). – 2014. – № 9 (4). – P. 232–237.
10. Clarkson J. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment / J. Clarkson - The Cochrane Collaboration. – 2010. – 78 p.
11. Rubenstein E.B. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis / E.B. Rubenstein, D.E. Peterson, M. Schubert [et al.] // Cancer. – 2004. – Vol. 100, Suppl. 9. – P. 2026–2046.
12. Saito H. Effects of professional oral health care on reducing the risk of chemotherapy-induced oral mucositis / H. Saito, Y. Watanabe, K. Sato [et al.] // Support Care Cancer. – 2014. – № 22 (11). – P. 2935–2940.
13. Fukazawa M. High incidence-rate of oral mucositis in breast cancer patients receiving anthracycline-based chemotherapy (FEC100) / M. Fukazawa, H. Kawaguchi, H. Shigematsu [et al.] // Gan To Kagaku Ryoho. – 2012. – № 39 (3). – P. 395–398.
14. Scully C. Oral mucositis / C. Scully, S. Sonis, P.D. Diz // Oral dis. – 2006. – Vol. 12, № 3. – P. 229–241.
15. Loo W.T. Status of oral ulcerative mucositis and biomarkers to monitor posttraumatic stress disorder effects in breast cancer patients / W.T. Loo, Q. Liu, M.C. Yip [et al.] // Int. J. Biol. Markers. – 2013. – № 28 (2). – P. 168–173.

Реферат

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Соколова И.И., Сухина И.С.

Ключевые слова: ротовая жидкость, полихимиотерапия, рак молочной железы.

Проведенное исследование ротовой жидкости у больных раком молочной железы до начала проведения полихимиотерапии выявило, что для них характерно значительное снижение уровня лизоцима – $0,059 \pm 0,022$ ед/л (примерно в 2 раза относительно нормы) на всех этапах ПХТ, снижение активности эластазы – $0,370 \pm 0,091$ мккат/л (в 2,5 раза от нормы), резкое повышение активности уреазы – $0,782 \pm 0,110$ мккат/л (в 6–8 раз выше нормы), умеренное повышение содержания МДА – $0,320 \pm 0,046$ мкмоль/л на фоне снижения активности каталазы – $0,174 \pm 0,022$ мкат/л (более чем в 2 раза). Определен рост степени орального дисбиоза в 13,3 и снижение индекса АПИ в 3 раза до начала проведения ПХТ по сравнению с нормой. Эти изменения сохраняются на всех этапах ПХТ. Полученные данные свидетельствуют о снижении бактерицидных свойств ротовой жидкости, повышении бактериальной обсемененности и развитии оксидативного стресса в основном за счет угнетения антиоксидантной активности вследствие перенесенной ранее операции и лучевой терапии.