

Резюме

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА  
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ  
ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ**

**Дудченко М.О., Третяк Н.Г., Дудченко М.А., Сорокіна  
С.І., Шевченко Т. І.**

Дослідження проведено на 300 хворих ВХ і ЖКХ. Установлено, що особливостями перебігу поєднаних захворювань дуоденальним ульцерогенезом і холецистолітіазом є симптомокомплекс переважного в загостренні патологічного процесу. До кращого методу лікування поєднаних захворювань належать консервативна терапія з використання дипромака до стадії рубцювання виразок, після чого виконати холецистектомію методом лапароскопічної хірургії з «зонтичним» лапароліфтом для збільшення об'єма черевної порожнини. Реабілітацію цих післяопераційних хворих проводити на питних бальнеологічних курортах. Найефективнішим є курорт Трускавець.

**Ключові слова:** ульцерогенез, холецистолітіаз, «дипромак», «зонтичний» лапароліфт.

Стаття надійшла 9.06.2011 р.

**FEATURES OF CLINICAL MOTION AND  
TREATMENTS OF PATIENT WITH THE  
COMBINED DIGESTIVE SYSTEM PATHOLOGY**  
**Dudchenko M.A., Tretiak N.G., Dudchenko M.A.,  
Sorokina S.I., Shevchenko T.I.**

There was a research of 300 patients with combination of ulcer disease and gallbladder calculus disease. Clinical admission speciality is connected with dominative symptoms of cholelithiasis or ulcerogenesis. As for us, the best method of treatment is "dipromac"-therapy until the stage of scarring, then laparoscopic cholecystectomy with using "umbrella" laparolifting for enlarging of abdominal cavity. Aquatherapy sanatoria treatment is recommended for rehabilitation of these patients. Truskavets sanatoria is more effective one.

**Key words:** ulcerogenesis, cholelithiasis, "dipromac", "umbrella" laparolifting.

УДК 616.31-002 : 616.24-002.5

М.М.Ільєнко, А.К.Ворождюк, А.В.Кулікова, В.Б.Гриць, О.М.Ворождюк  
ВНІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Київ

**СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

Досліджений стан порожнини рота у 32 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Виявлена висока інтенсивність ураження твердих тканин зубів каріозним процесом та ураженнями некаріозного походження, а також висока розповсюдженість захворювань тканин пародонта.

**Ключові слова:** туберкульоз легень, карієс, некаріозні ураження, захворювання тканин пародонта.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонту та слизової оболонки порожнини рота», реєстраційний номер 104U004411.*

Туберкульоз (ТБ) сьогодні залишається глобальною проблемою в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні. Одна третина населення світу інфікована мікобактеріями ТБ. Щосекунди у світі інфікується збудником ТБ одна людина. За прогнозами ВООЗ до 2020 року буде інфіковано майже 1 млрд. людей, 200 млн. захворіють і 35 млн. помруть, якщо контроль над епідемією не буде посилено. В Україні продовжується епідемія ТБ (захворюваність на ТБ складає більше 50 чоловік на 100 тис. населення), в 2009 році захворюваність ТБ відповідала 77,8. Така захворюваність на ТБ становить серйозну медико-соціальну та народно-господарську проблему в нашій державі та країнах світу [4, 7].

На початкових стадіях діагностувати туберкульоз на стоматологічному прийомі досить важко, тому що найчастіше хвороба проявляється специфічними симптомами в порожнині рота під час генералізації туберкульозного запалення в легенях. Розуміючи патогенез цієї хвороби, ми знаємо, що її виникненню сприяє перш за все зниження імунітету організму. Саме тому, хочеться наголосити на необхідності своєчасної санації та ранньої профілактики захворювань порожнини рота, які не обов'язково викликані мікобактерією ТБ, але можуть з'являтися і ускладнювати течію ТБ легень. Дані літератури вказують на можливість розвитку захворювань тканин пародонта на фоні туберкульозної інфекції із специфічним перебігом, адже у цих хворих відбувається системне пошкодження капілярів та склерозування кістковомозкових судин [1, 2, 5]. Та й взагалі, проблема захворювання органів та тканин порожнини рота у людей хворих на ТБ потребує досконалого вивчення як етіологічного фактору, так і деяких ланок патогенезу, оскільки перебіг їх завжди ускладнюється туберкульозним процесом [3, 6].

**Метою** роботи було вивчення стану порожнини рота у хворих на вперше діагностований ТБ легень.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами було вивчено стан порожнини рота на тлі вперше діагностованого ТБ легень у 32 осіб віком від 25 до 45 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у туберкульозному диспансері. Всі хворі чоловічої статі. Діагноз ТБ підтверджений клінічно, рентгенологічно, лабораторно. Всі хворі мали бактеріовиділення, методом мазка і культурально – 10 чоловік, 22 чоловіки – культурально. Серед обстежених переважна більшість пацієнтів мала інфільтративний ТБ легень – 21 особа і 11 – дисемінований. Оцінку стану твердих тканин зубів проводили з урахуванням поширеності та інтенсивності карієсу зубів (КПВ) та некаріозних уражень твердих тканин зубів. Вивчення гігієнічного стану порожнини рота проводили за індексом Федорова-Володкіної (1971) (Г). Оцінку мінералізуючого потенціалу слини (МПС) здійснювали на основі вивчення її мікрокристалізації (П.А. Леус, 1977).

Характер і локалізацію запальних змін в яснах вивчали спеціальними методами. Для визначення наявності хронічного запалення в яснах використовували пробу Шилера-Писарева. Ступінь запалення в яснах пацієнтів оцінювали за допомогою гінгівального індексу РМА (Parma, 1966), вивчення поширеності та інтенсивності пошкоджень навколозубних тканин проводили за пародонтальним індексом ПІ (Russell, 1956). Також використовували індекс потреби в лікуванні захворювань пародонта СРІТН (ВООЗ, 1991). Реєстрацію отриманих даних захворювань здійснювали в картах оцінки стоматологічного статусу ВООЗ (1997), та амбулаторних картах стоматологічних хворих.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При обстеженні хворих та туберкульоз легень, карієс і його ускладнення встановлено у 100% пацієнтів. Інтенсивність ураження карієсом визначали за індексом КПВ : у 6 осіб (18,75 %) індекс низький, у 9 осіб (28,12%) – середній, у 17-ти (53,13 %) – високий. При розшифруванні показників індексу КПВ було виявлено, що у пацієнтів з туберкульозом легень переважають каріозні зуби (К – 3,9 ±1,9) та видалені чи ті, що підлягають видаленню (В- 3,6 ± 2,4). Локалізація каріозних порожнин відрізняється переважно ураженнями пришийкової та контактної поверхні зубів. У виникненні й розвитку карієсу зубів суттєве значення має гігієна порожнини рота. При обстеженні ротової порожнини хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в більшості спостерігалась погана гігієна. У 18 осіб зафарбовувалося більше 1/ 2 поверхні коронки фронтальних зубів, у 9 хворих – ¼ поверхні зубів. Середній показник індексу гігієни становив 2,9 ± 0,1. Поширеність некаріозних уражень твердих тканин зубів в обстежуваних пацієнтів склала 43,7 %. В ході обстеження у хворих були виявлені кліноподібні дефекти у 4 осіб (12,5 %), патологічне стирання зубів у 5 осіб (15,6 %), ерозія емалі у 2 осіб (6,25 %) та гіперестезія твердих тканин у 3 осіб (9,3 %).

Аналіз показників мікрокристалізації слини показав, що у 14 пацієнтів (43,75 %) мінералізуючий потенціал слини відмічався низьким чи дуже низьким – 1,0- 2,0 балів і лише у 4 хворих (12,5 %) він був високим і склав 3,3 бали. Високий рівень ураженості зубів карієсом та його ускладненнями, висока ураженість хворобами некаріозного походження та незадовільний стан гігієни порожнини рота у хворих на туберкульоз легень обумовлює необхідність розробки патогенетичного обґрунтування методів комплексної профілактики хвороб твердих тканин зубів, який дозволить підвищити карієс резистентність і знизити поширеність та інтенсивність карієсу та не каріозних уражень зубів. В обстежуваних пацієнтів захворювання пародонта розділилися таким чином : хронічний катаральний гінгівіт діагностовано у 6 осіб (18,75 %), хронічний генералізований пародонтит у 25 осіб (78,1 %). Позитивна проба Шиллера – Писарева була зафіксована у 31 хворого. Індекс інтенсивності уражень тканин пародонту ПІ в середньому дорівнював 1,9 ±0,4. За індексом СРІТН загальна кількість уражених секстантів у одного обстежуваного становила в середньому 3,6.

При об'єктивному обстеженні в усіх пацієнтів виявлена значна кількість м'якого назубного нальоту білого чи жовтого кольору. Над'ясенні та під'ясенні мінералізовані нашарування визначалися у 19 осіб. Спостерігався набряк та ціаноз ясен, міжзубні сосочки не прилягали щільно до зубів, при зондуванні кровоточили та були болючі. Враховуючи такий стан тканин пародонта у хворих на вперше діагностований ТБ легень, ми проводили навчання пацієнтів гігієнічним навичкам, рекомендували хворим використовувати флоси, лікувально-профілактичні зубні пасти (Парагель, Пародонтаск ), ополіскувачі тощо.

#### **Дискусія**

Результати нашого дослідження вказують на негативний вплив туберкульозної інфекції та тверді тканини зубів та тканин пародонта, що призводить до більш глибоких пошкоджень та генералізації процесу. Усе це націлює на більш детальне і ретельніше дослідження та розробку науково-обґрунтованих методів лікування та профілактики захворювань пародонта та твердих тканин зубів у осіб хворих на ТБ легень.

**Перспективи подальших досліджень в даному напрямку.** В подальшому планується провести дослідження даного контингенту хворих з метою наукового обґрунтування методів лікування та профілактики захворювань твердих тканин зубів та тканин пародонта.

#### **Література**

1. Борисенко А.В. Характеристика распространенности и интенсивности кариеса зубов среди больных псориазом / А.В. Борисенко, Л.Т. Чегринюк // Современная стоматология. - 2009.-№ 3. – С. 14-15.
2. Єрмакова Л.Г. Особливості перебігу стоматологічних хвороб у хворих на ТБ легень / Л.Г. Єрмакова, С.Г. Павленко // Український науково-практичний журнал: Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. - №3. - 2010.-С. 30-38.

3. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов / [Рединова Т.Л., Поздеев А.Р.] - Ижевск, 1994.-24с.
4. Клініка і діагностика первинного туберкульозу органів дихання у дорослих. Методичні рекомендації для лікарів. / [Сахелашвілі М.І., Ільницький І.Г., Чуловська У.Б. та інші.] - Львів, 2001.-25с.
5. Лабунец В.А. Сравнительная характеристика распространенности и интенсивности кариеса зубов среди городского и сельского населения Кировоградской области / В.А.Лабунец //Вісник стоматології.-2004.-№ 2.-С.29-30.
6. Савичук Н.О. Особенности клинических проявлений кариозной болезни у больных на туберкулез легень / Н.О.Савичук, Л.Т.Єрмакова // Современная стоматология .- 2009.- № 4.- С.64-69.
7. Туберкулез: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко, [та інші.] - К.: Здоров'я.- 2010.- 448с.

Резюме

**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С  
ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Иленко Н.Н., Вородюхина А.К., Куликова А.В., Гринь  
В.Э., Вородюхина О.Н.**

Обследовано состояние полости рта у 32 больных с впервые диагностированным ТБ легких. Выявлена высокая интенсивность поражения твердых тканей зубов кариозным процессом и поражениями некариозного происхождения, а также высокая распространенность заболеваний тканей пародонта.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, кариес, некариозные поражения, болезни тканей пародонта.

Стаття надійшла 5.07.2011 р.

**THE ORAL CAVITY STATE IN PATIENTS  
WITH PRIMARY DIAGNOSED LUNG  
TUBERCULOSIS**

**Ilenko N.N., Vorodykhina A.K., Kulikova A.V.,  
Grin V.E., Vorodykhina O.N.**

The oral cavity state of 32 patients with primary diagnosed lung tuberculosis has been examined. High intensity of teeth decay and non-carious lesions have been revealed, as well as high spread of periodontal diseases.

**Key words:** lung tuberculosis, teeth decay, non-carious lesions, periodontal diseases.

УДК 616-079.7, 616.12, 616-079.7

И.Р. Исмаилова

Азербайджанский Государственный Институт усовершенствования Врачей им. А. Алиева, г. Баку,  
Азербайджан

**ВЛИЯНИЕ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА С  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖСКОГО ПОЛА 20-59 ЛЕТ  
ЗАКАТАЛЬСКОГО РАЙОНА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Изучена связь ишемической болезни сердца (ИБС) с избыточной массой тела (ИМТ), низкой физической активностью (НФА), артериальной гипертензией (АГ), курением и гиперхолестеринемией (ГХС). Этническая принадлежность не оказывала значительного влияния на показатели взаимосвязи ИБС и факторов риска (ФР). Однако, только у азербайджанцев отсутствовала положительная корреляция ИБС и НФА, и только у аварцев имела место положительная корреляция ИБС и гипертриглицеридемия (ГТГ). Среди цахуров отмечено преимущество в отношении таких ФР как курение, НФА, АГ при наличии ИБС. Здесь налицо полный набор тех факторов, которые являются причиной инсулинорезистентности. Самое главное, что в отсутствии ИБС эти ФР имели высокие значения, что свидетельствует о неблагоприятном характере эпидемиологической ситуации.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, факторы риска, мужчины.

Роль факторов риска в формировании коронарной болезни сердца (КБС) убедительно доказана в популяционно-эпидемиологических исследованиях, широко проводимых во всем мире. Среди большого количества факторов риска (ФР) особое внимание уделяется таким как избыточная масса тела (ИМТ), низкая физическая активность (НФА), артериальная гипертензия (АГ), курение (К), потребление алкоголя (ПА), гиперхолестеринемия (ГХС), гипертриглицеридемия (ГТГ), пониженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности. [4, 10, 12, 13]

На формирование эпидемиологии факторов риска и их взаимосвязи с ишемической болезнью сердца (ИБС) значительное влияние оказывает большое количество факторов и, среди них этническая принадлежность имеет первостепенное значение. [14] Эпидемиологические исследования, изучающие распространенность ФР и их взаимосвязи с ИБС проводятся в Азербайджанской Республике давно. В них были изучены особенности, касающиеся населения г. Баку [5]. Однако Азербайджанская Республика изобилует климатогеографическими зонами. Одна из них - Закавказский район, отличающийся горным и предгорным расположением. О том, какую роль играют климатогеографические условия и, в частности, проживание в горных и предгорных районах, позволили установить популяционно-эпидемиологические исследования на территории бывшего СССР, а также других регионов мира. [8, 9]