

УДК 616.31-08-039.71

*Д. К. Косенко, к. мед. н.*Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
Национальной академии медицинских наук Украины»**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ  
ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА**

Наиболее распространенным методом лечения осложненных и тяжело протекающих форм язвенной болезни желудка, а также опухолевых образований, является резекция желудка. При этом любой вариант резекции желудка приводит к изменениям физиологического транспорта пищи и процессов пищеварения, которые в большинстве случаев компенсируются за счет адаптации организма. Однако для восстановления функции необходим определенный период времени, в который возможно проявление патологических изменений в других отделах пищеварительного тракта (полость рта, пищевод, нисходящие отделы кишечника).

**Целью нашего исследования.** Изучить состояние полости рта у пациентов с заболеваниями желудка до резекции, через месяц и 6 месяцев после его резекции.

В исследованиях приняли участие 36 пациентов обоих полов в возрасте от 38 до 48 лет. До начала исследования у всех наблюдалась стоматологическая патология - кариес и воспалительные заболевания пародонта. 22 пациентам произведена резекция желудка в связи с осложненной формой язвенной болезни желудка (1-я группа), 14 больным была удалена злокачественная опухоль (2-я группа). Проводилась типичная резекция: удаление около двух третей желудка.

**Результаты исследований.** У пациентов 1-й группы до операции были зафиксированы следующие показатели состояния зубов и пародонта: КПУ  $12,8 \pm 2,0$ ; РМА-  $36 \pm 3,8$ ; ПИ  $2,15 \pm 0,14$ ; глубина пародонтального кармана  $0,77 \pm 0,08$ . У пациентов 2-й группы – КПУ  $10,5 \pm 1,8$ ; РМА –  $27 \pm 3,1$ ; ПИ  $1,71 \pm 0,14$ ; глубина пародонтального кармана  $0,56 \pm 0,06$ . Исходя из этих результатов к моменту резекции у желудка у пациентов 1-й группы с диагнозом язвенная болезнь желудка показатели интенсивности кариеса и состояния пародонта были хуже, нежели у пациентов 2-й группы.

Через месяц после резекции показатели существенного изменения показателей не выявлено. Однако через 6 месяцев ситуация изменилась. У больных 1-й группы, несмотря на то, что был ликвидирован один из провоцирующих факторов - язвенная болезнь, утяжеляющих стоматологическую патологию, КПУ и показатели индексной оценки состояния пародонта, хотя и незначительно, изменились в сторону ухудшения: КПУ  $13,2 \pm 2,5$ ; РМА –  $38 \pm 3,6$ ; ПИ  $2,16 \pm 0,22$ ; глубина пародонтального кармана  $0,82 \pm 0,09$ . У пациентов 2-й группы по отношению к исходным данным произошло более значительное изменение показателей в сторону ухудшения – КПУ  $11,8 \pm 1,7$ ; РМА –  $35 \pm 3,2$ ; ПИ  $1,71 \pm 0,14$ . Это указывает на то, что резекция желудка способствует увеличению интенсивности стоматологической патологии. В связи с этим, дальнейшей нашей задачей является определение патогенетической связи между резекцией желудка и стоматологической патологией.



УДК 616-071 + 616-07 + 616.314-085 + 613.955

*І. Р. Костюк, к. мед. н., В. М. Костюк, к. мед. н.**Г. Д. Семенюк, к. мед. н. М. Н. Воляк к. мед. н.*

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет»

**КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ  
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО  
ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ**

Є думка, що періодонтит ліпше лікувати в одне відвідування. Це допускається при терапії зубів у дорослих, але в постійних зубах у дітей така тактика неприпустима, оскільки апікальним і періапікальним тканинам, які ще недостатньо сформовані та ще й були механічно і хімічно травмовані самим