

УДК [616.33/34 – 002.44 + 616.36 – 002] – 08

М.А. Дудченко, П.І. Грегук, М.А. Дудченко, С.П. Сорокшина, Т.П. Шерченко
ВГУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія»

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Исследование проведено на 300 больных ЯБ и ЖКБ. Установлено, что особенностями течения сочетанных заболеваний дуоденальным ulcerогенезом и холецистолитиазом является симптомокомплекс преобладающего в обострении патологического процесса. К лучшим методам лечения сочетанных заболеваний относится консервативная терапия с применением дипромака до степени рубцевания язв, после чего выполнение холецистэктомии лапароскопическим методом с использованием для увеличения объема брюшной полости «зонтичного» лапаролифта. Реабилитацию таких больных проводят на питьевых бальнеологических курортах. Наиболее эффективным из них является курорт Трускавец.

Ключевые слова: ulcerогенез, холецистолитиаз, «дипромак», «зонтичный» лапаролифт.

Работа является фрагментом НИР «Хирургические заболевания в современных условиях: особенности этиологии, патогенеза, клинического течения; усовершенствование диагностической и лечебной тактики. Прогнозирование осложнений и оценка эффективности лечения» (№ государственной регистрации 0105U007024).

В последние годы язвенная болезнь (ЯБ) и желчнокаменная болезнь (ЖКБ) как отдельные нозологические формы являются весьма распространенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Определение частоты развития сочетанной патологии, в связи с возможностью бессимптомного течения у части больных остается одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. По данным многочисленных авторов в развитых странах в течении жизни как одной так, и другой болезнью страдает от 10 до 20 % всего взрослого населения [8,9].

Спорным остается вопрос о взаимосвязи ulcerогенеза и холелитиаза. Ясно только то, что эти два заболевания до некоторой степени являются антагонистами. Действительно, холелитиаз встречается преимущественно у тучных гиперстенического телосложения женщины, тогда как ЯБ – у мужчин с пониженным или нормальным питанием. Не совпадают и возрастные категории больных с соответствующей патологией. Среди страдающих холелитиазом преобладают лица старше 45 лет, а ulcerогенез – удел молодого и зрелого возраста [4,7]. При столь существенных различиях в конституциональных и возрастных предпосылках эти заболевания, казалось бы, должны встречаться совместно лишь в порядке случайного совпадения. В то же время в литературе можно найти указания о нередком (от 2% до 11,3%) сочетании ЯБ с билиарной патологией [2]. Нас больше интересовали клинические проявления сочетанной ЯБ и ЖКБ и особенности лечения указанной группы больных.

Целью работы было изучение клинических особенностей сочетанных заболеваний ulcerогенеза и холецистолитиаза, определение тактики лечения этих больных.

Материал и методы исследования. В работе проанализированы особенности одновременного клинического течения у одного и того же больного ЖКБ и ЯБ 12-перстной кишки (ЯБ ДК) с учетом эффективности отдельных методов их лечения. Под наблюдением находилось 97 больных, госпитализированных в хирургическое отделение в ургентном порядке (12 чел.), на плановое лечение (36 чел.) и в гастроэнтерологический центр (49 чел.) Полтавской областной клинической больницы им. Н. В. Склифосовского с 2006 по 2010 год. Мужчин было 41, женщин – 46 в возрасте от 34 до 70 лет. Длительность заболевания до 6 лет. Все больные обследовались согласно стандартной схемы диагностики. Лечение проводилось консервативное с использованием предложенного нами «дипромака» (патент на изобретение № 95052208 от 25.12.1996 г.) и хирургическое – эндовидеолапароскопическая холецистэктомия с применением изобретенного нами для увеличения объема брюшной полости «зонтичного лапаролифта» (Патент № 26235 от 10.08.2007 г.).

Результаты исследования и их обсуждения. При поступлении в клиники внутренней медицины №1 (областной гастроэнтерологический центр) и хирургии №2 (хирургическое отделение) ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» в направлениях на госпитализацию указывалось только одно заболевание, которое требовало стационарного лечения. В хирургическое отделение поступило 48 больных. Из них в ургентном порядке госпитализировано с перфоративной язвой желудка 1 и 12-перстной кишки 4 больных; с язвенным кровотечением 3 чел. и желчной коликой 4 больных. Из 36 больных с ЖКБ у 12 чел. выявлена гастропатия, у 6 чел. в анамнезе ЯБ. При УЗИ печени и билиарной системы у всех больных обнаружены камни в желчном пузыре. При ФГС выявлено рубцовые изменения в пилородуоденальной зоне у 14 чел. и ЯБ ДПК у 22 больных. Все 12 ургентных больных прооперированы в ближайшие часы. Больным с желчной коликой (4 чел.) проведена лапаротомическая (3 чел.) и лапароскопическая (1 чел.) холецистэктомия. Ургентным больным с ЯБ (8 чел.) проведено при перфорации (1 чел.) и кровотечении (2 чел.) ушивание язвы

12- перстной кишки. Резекция желудка по Бильрот -1 осуществлена при язвенном кровотечении 1 больному и 2 больным с перфорацией язвы ДПК, остальным больным (2 чел.) проведена операция по Бильрот- 2. Одному больному одновременно выполнены холецистэктомия и ушивание язвы. Больным (14 чел.), у которых были обнаружены рубцовые изменения ульцерогенеза и холецистокалькулез, после кратковременной подготовки, произведена холецистэктомия с переводом в ГЭ центр для продолжения реабилитации и наблюдения за состоянием слизистой и язвенных рубцов ДПК.

Больные, поступившие в плановом порядке в хирургическое отделение (22 чел.) для холецистэктомии с сочетанной ЯБ ДПК в стадии обострения и ЖКБ, были переведены в ГЭ центр для консервативного лечения с последующим, после рубцевания язв, возвращением в хирургическое отделение для оперативного лечения. После холецистэктомии реабилитацию осуществляли в клинике внутренней медицины с продолжением восстановительного лечения по месту жительства и в санаторно-курортных условиях. Все послеоперационные больные выписаны из стационара с положительным результатом. Поступившие в ГЭ центр 49 больных с ЯБ в период обострения имели в желчном пузыре камни, которые были или впервые выявлены или их наличие подтверждено с помощью УЗИ. Следовательно, в ГЭ центре лечились 71 больной с сочетанным активным ульцерогенезом и холецистолитиазом. Среди них у 49 больных преобладали симптомы ЯБ, а из остальных 22 больных у 12 чел. заболевание проявлялось характерными признаками для холелитиаза, у 6 больных патологический процесс сопровождался болями и диспепсическим синдромом, у 4-х заболевание протекало бессимптомно и было выявлено только с помощью УЗИ и ФГС. Все больные с наличием язв подвергались комплексной консервативной терапии, в состав которой входили: Режим лечения №2, Диета №1и 5, Антибиотики : амоксициллин, кларитромицин, Блокаторы протонной помпы: ланзап или оmez, Дипромак, Галстена, Симптоматические препараты.

Послеоперационным больным с зарубцевавшимися язвами в плане реабилитации в ГЭ центре проводилось лечение: Режим №3, Диета №1и 5, Галстена, Дипромак, Симптоматические препараты. 14 послеоперационных больных, которые сначала поступили в хирургическое отделение с ЖКБ и зарубцевавшимися язвами, переведены в ГЭ центр, где в результате 3-5 дневной реабилитации и контрольных исследований были выписаны со значительным улучшением для продолжения восстановительного лечения в поликлинических условиях с рекомендацией приема бутылированных минеральных вод или направления их на бальнеологические курорты с питьевыми минеральными водами для санаторного лечения.

У 71 больного язвенной и желчнокаменной болезнью под влиянием консервативного лечения в ГЭ центре к концу 3-го дня терапии болевые и диспепсические явления значительно уменьшились или совсем прекратились, а к 6-му дню у всех больных вообще исчезли. Начиная с 3-5 дня язвы продолжали эпителизоваться и к 10-15 дню полностью зарубцевались. Больные чувствовали себя практически здоровыми и переводились в хирургическую клинику для холецистэктомии. Через 3-5 дней после операции выписывались для реабилитации в домашних условиях и спустя 1-2 месяца направлялись на санаторно-курортное лечение. В отдаленный период через 3-6 месяцев после операции все 97 больных продолжали свой обычный жизненный режим с некоторым ограничением пищевых продуктов соответственно диетам № 1 и 5, находились на диспансерном учете и в медицинской помощи не нуждались. Для сравнения особенностей клинического течения ульцерогенеза и холелитиаза, а также сочетания этих заболеваний у одного и того же больного, были проанализированы по 100 историй болезни больных, которые лечились в ГЭ центре и хирургической клинике. Распределение больных по клиническим признакам представлены в таблице.

Таблица

Частота симптомов при различных заболеваниях (в %)

Симптомы	ЯБ	ЖКБ	Сочетание ЯБ и ЖКБ
Боли в области эпигастрия	44	58	74
Тошнота	28	46	48
Изжога	61	31	42
Отрыжка	56	47	49
Рвота	44	28	36
Анорексия	10	29	21
Запоры	43	41	43
Поносы	8	19	26

Представленная таблица свидетельствует о том, что при ЯБ у больных преобладают симптомы диспепсического характера, на втором месте болевой синдром, затем запоры. У больных ЖКБ больше беспокоили боли в области правого подреберья, меньше диспепсические явления, затем анорексия и поносы. У больных с сочетанными заболеваниями больше беспокоили боли в области эпигастрия без выраженной локализации, менее выраженными были диспепсические явления, которые по числу больных занимали среднее место по сравнению с больными ЯБ и ЖКБ раздельно взятыми.

Особенностями клинического проявления сочетанных заболеваний являлась зависимость их от преобладания степени выраженности обострившегося заболевания (ЯБ, ЖКБ) и характеризовались теми симптомами и синдромами, которые сопровождают течение отдельно взятой патологии.

Болевой синдром является характерным как для ЯБ, так и для ЖКБ (калькулезного холецистита). Однако болевые ощущения при этих заболеваниях имеют определенное различие. Если для боли связанной с ЯБ будет четко выражена связь ее возникновения с временем приема пищи, особенно острой, то при ЖКБ такие

боли сравнительно редки, кроме того, они обычно усиливаются после приема жирной пищи, в частности сливочного масла, от которого язвенные больные, наоборот, как правило, чувствуют облегчение [1,6]. При ЖКБ и холецистите чаще бывают тупые боли более постоянного характера, не связанные столь остро с временем приема пищи, а при приступах желчной колики характерны внезапно наступающие весьма интенсивные боли, отдающие в правое плечо и лопатку. При обострении обоих заболеваний одновременно картина боли носит характер острого живота без четкой локализации, хотя при щадящем объективном исследовании можно определить более выраженные симптомы конкретного патологического процесса [3].

Поведение больного во время болевого приступа также имеет свои особенности. При желчной колике больные чаще всего не могут лежать спокойно, они мечутся в постели в поисках такого положения, при котором боли уменьшались бы, в то время как язвенные больные, принимают чаще вынужденное, нередко «скрюченное» положение, с ногами, подтянутыми к животу, обычно остаются некоторое время неподвижными. Кроме того, боль при ЯБ, за исключением перфорации, не достигает такой интенсивности, требующей инъекции морфина или омнопона, что весьма часто имеет место при желчной колике. Положение больного при обострении сочетанной патологии с также зависит от заболевания, симптомы которого преобладают. Чаще поведение больного в постели сменяется то возбуждением, то адинамией, однако реальное устранение болевого синдрома возможно на фоне адекватной консервативной терапии или оперативного вмешательства [5].

Рвота при ЖКБ обычно неукротимая и не облегчает болей, в то время как при ЯБ, появляясь на высоте болевого приступа, заметно облегчает или даже полностью снимает его. Точно также приемы соды не оказывают заметного болеутоляющего эффекта при ЖКБ. Пигментация кожи от грелок при ЯБ локализуется в подложечной области, при ЖКБ – в правом подреберье. В пользу преобладания обострения ЖКБ говорит то, что при пальпации после болевого приступа отчетливо проявляется болезненность области желчного пузыря. При этом может иметь значение и то обстоятельство, что в отличие от обострения ЯБ, при котором имеющаяся болезненность уменьшается постепенно, при ЖКБ она нередко исчезает в течение нескольких часов или дней после приступа желчной колики [10].

Определенное значение в характеристике сочетанных заболеваний имеет желудочная секреция. При ЖКБ и хроническом калькулезном холецистите рН желудочного сока, как правило, повышался значительно, нередко до более выраженных цифр, особенно при длительном течении болезни. ЯБДПК сопровождалась низкими значениями рН-метрии. Для сочетанных заболеваний закономерным являлось сохранение рН желудочного сока в пределах нормальных цифр (рН-1,5-2). В этом процессе, надо полагать, существенная роль принадлежит местным рефлекторным и гормональным взаимосвязям.

При неосложненных ЯБ и ЖКБ температура тела, как правило, была нормальной. Однако при ЯБ у некоторых больных отмечалось незначительное монотонное повышение температуры, обычно не превышающей 37,3-37,5°. Редко при желчной колике температура кратковременно повышалась до 40°C, при нормальных показателях крови. Температурная реакция подобного типа, как в первом, так и во втором случаях, на наш взгляд, являлась следствием перевозбуждения терморегулирующего центра обусловленного вегетативной реакцией. Возникновение лейкоцитоза с тенденцией к нейтрофильной реакции со сдвигом влево и ускорение СОЭ свидетельствовало о возникновении воспалительных процессов как в самих органах, так и вокруг них в виде перипроцессов. Что касается инструментальных исследований, то в недалеком прошлом ведущее место в диагностике придавали рентгенологическому методу. Как выяснилось позже, примерно в 30-35% случаев, имеющиеся в желудке язвы не обнаруживаются рентгенологически, несмотря на достаточную их глубину. Поверхностные же язвы, захватывающие только слизистую, естественно, выявляются при рентгенологическом исследовании еще реже. То же относится и к рентгенологической диагностике ЖКБ. Лучшими методами диагностики в настоящее время являются фиброгастроуденоскопия для ЯБ и УЗИ – для ЖКБ, хотя методы диагностики постоянно совершенствуются.

Развитие сочетанной патологии органов пищеварения часто возникало под воздействием одних и тех же этиологических факторов практически одновременно. В других случаях по мере прогрессирования патологического процесса к заболеванию одного органа присоединялось поражение второго, третьего, вследствие чего страдала в той или иной степени вся пищеварительная система в целом. Определенно утверждать, какая патология была первичной, а какая вторичной в каждом отдельном случае не представлялось возможным. Все же просматривается тенденция, что дуоденальный ульцерогенез предшествовал холецистолитиазу. Такого мнения придерживаются и другие авторы [2].

Следует подчеркнуть, что у преобладающего большинства больных сочетанное заболевание протекало упорно, длительно и с относительно частыми обострениями. Нередко первично возникшие заболевания уходило на второй план в рубрику сопутствующей болезни, а вторично проявившееся заболевание становилось основной болезнью, что приводило к изменению плана лечения больного.

Причинами торпидности течения сочетанных заболеваний являлись как усиление взаимосвязанных органических изменений, так и дополнительно включающиеся патологические процессы. Так, в ряде случаев перигастриты и перидуодениты распространялись на желчный пузырь. На присоединение этих перипроцессов указывали изменения болевого синдрома, который становился более длительным с локализацией в правом подреберье. Сращения иногда вызывали перегибы и стриктуры, которые нарушали отток желчи и создавали условия для инфицирования билиарного тракта.

Существенную роль в симптомокомплексе сочетанных ЯБ и ЖКБ играла вегетодистония. Дискинезии желчных путей изменяли клиническую картину болезни. Так, у больных с ульцерогенезом и холецистолитиазом, у которых преобладали синдромы ЯБ с присоединением гиперкинетической дискинезии боли вначале локализовались преимущественно в правом подреберье иногда с иррадиацией в правое плечо и четко связывались с приемом жирной пищи, хотя до этого жиры облегчали боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, что характерно для ЯБ.

При нормальной и пониженной кислотности желудочного сока преобладала гипокINETическая дискинезия желчных путей, а при повышении кислотообразования чаще наблюдалась гиперкинетическая дискинезия. Безусловно не подлежит сомнению, что патологические изменения при дискинезии желчных путей происходят главным образом в сфинктерном аппарате. Это явление подтверждают исследования Ф. И. Комарова с сотр. [6], в которых был установлен нормальный тонус сфинктера Одди только у 37 из 103 больных с дуоденальным ульцерогенезом. Почти с одинаковой частотой встречалась гипертония сфинктера Одди при ускоренном, замедленном и нормальном опорожнении желчного пузыря. Гипотония сфинктера Одди и Люткенса отмечались преимущественно при ускоренном опорожнении желчного пузыря (у 24 из 31 больного), тогда как гипертоническое состояние сфинктерного аппарата более свойственно замедленному опорожнению пузыря (у 24 из 45 больных).

Таким образом, сочетание язвенной и желчнокаменной болезни нередко встречаются среди пациентов с патологией ЖКТ. Своими патоморфологическими и патофизиологическими изменениями отягощают взаимосвязанное их течение, усиливая страдания больных. В клинической картине преобладают симптомы заболевания, обострение которого более выражено в данный период. В то же время наличие сочетанной патологии (ЯБ и ЖКБ) способствует прогрессированию и усугубляет патологический процесс в каждом из пораженных органов. Клинически оправданной при сочетанной патологии является предложенная тактика предварительной консервативной терапии язвенной болезни с последующей холецистэктомией.

Выводы

1. Имеют место определенные трудности диагностики сочетанной патологии (ЯБ и ЖКБ) в связи с нередким бессимптомным течением одного из заболеваний.
2. Особенности клинического течения сочетанных заболеваний пищеварительного тракта является преобладание симптомов заболевания, обострение которого более выражено в данный период.
3. Оптимальными методами лечения сочетанных заболеваний для ЯБ является предложенная консервативная терапия с применением «дипромака», а ЖКБ – лапароскопическая холецистэктомия с использованием «зонтичного» лапаролифта. Рекомендовать лечение и реабилитацию таких больных на курорте Трускавец, где используются минеральные воды, позволяющие одновременное лечение различных заболеваний ЖКТ.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Учитывая сложные патоморфологические и патофизиологические изменения в организме больных с сочетанием ЯБ и ЖКБ, мы считаем актуальным дальнейшее изучение вопросов этиологии и патогенеза, совершенствование диагностики и разработку более современных принципов лечения и тактики ведения больных сочетанной патологией пищеварительной системы. Есть основания предполагать, что в практическом плане наиболее перспективно сочетанное использование органосохраняющего эндоскопического хирургического метода (холецистостомия с эвакуацией конкрементов) и лазеротерапии. Применение неинвазивных методов лазерного воздействия вполне логично, особенно если учесть высокую проникающую способность лазерного излучения в биологические ткани и простоту проведения таких процедур.

Литература

1. Дудченко М. А. Язвенная болезнь / М. А. Дудченко. – Полтава : Дивосвіт. – 2005. – 207 с.
2. Лиир Г. Важная триада: печень, желчные пути, поджелудочная железа. Пер. с нем. Т. Корчагиной. – М.: Уникум Пресс, 2003. – 224 с.
3. Ногаллер А. М. Диагностика и лечение хронических заболеваний органов пищеварения / А. М. Ногаллер. – М. : Медицина, 1966. – 366 с.
4. Огороков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 1 / А. Н. Огороков. – М. : Медицинская литература, 2002. – 548 с.
5. Огороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов / А. Н. Огороков. – М. : Медицинская литература, 2001. – 534 с.
6. Сочетанные заболевания органов дуоденохоледохопанкреатической зоны / [Ф. И. Комаров, В. А. Галкин, А. И. Иванов и др.]. – М., 1983. – 256 с.
7. Фишзон-Рысс Ю. И. Гастро-дуоденальные язвы / Ю. И. Фишзон-Рысс, Е. С. Рысс. – Л. : Медицина, 1978. – 228 с.
8. Шулушко Б. И. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней / Б. И. Шулушко, С. В. Макаренко. – СПб. : Элби-СПб, 2004. – 780 с.
9. Язвенная болезнь или пептическая язва? / под ред. В. Г. Передерия. – К. : Здоровье, 1997. – 160 с.
10. Яицкий Н. А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, В. П. Морозов. – М. : МЕД-пресс-информ, 2002. – 368 с.

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.