



Ризаев Жасур Алимжанович, Элназаров Азамат Тулкин угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БАРИАТРИК ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ СТОМАТОЛОГИК САЛОМАТЛИК

Ризаев Жасур Алимжанович, Элназаров Азамат Тулкин ўғли
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DENTAL HEALTH AFTER BARIATRIC SURGERY

Rizaev Jasur Alimjanovich, Elnazarov Azamat Tulkin ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Долзарблиги. Бариаатрик жарроҳлик сўнги йилларда семизлик учун дунёдаги энг кенг тарқалган жарроҳлик аралашувлардан бири бўлиб қолмоқда. Йилига бажариладиган операциялар сони 10 йил олдингига нисбатан сезиларли даражада камайди. Тадқиқот мақсади. Бариаатрик жарроҳликдан кейинги тиш саломатлигининг хусусиятлари. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Самарқанд ва Тошкент шаҳарларидаги хусусий клиник шифохоналарида ёрдам кўрсатилаётган ўртача ёши $37,6 \pm 10,0$ йил бўлган 102 нафар беморга нисбатан тиббий баён маълумотлари ва қўшимча тадқиқотлар натижалари ўрганилди. Ишининг мақсадига асосланиб, тадқиқот кўйидаги 2 гуруҳда ўтказилди: 1-гуруҳ - Ру-бўйича гастроектомия операциясидан (РуГЭ) ўтказилган 52 бемордан иборат экспериментал гуруҳ ва 2-гуруҳ - 50 бемордан иборат назорат гуруҳи, бариаатрик жарроҳлик учун танланган оғир семизлик ҳолатидаги беморлар. Олинган натижалар: Операция қилинган 52 нафар бемор ва 50 нафар семириб кетган бемор текширилди. Экспериментал гуруҳ (13 эркак ва 39 аёл) ва назорат гуруҳи (14 эркак ва 36 аёл) ўртасида жинси ва ўртача ёши бўйича сезиларли фарқлар мос равишда 1-гуруҳ- $39,6 \pm 9,6$ ва 2-гуруҳ $35,55 \pm 10,2$ йил. Операция ва текширув оралиги $16,9 \pm 20,7$ ойни ташкил этди. Хулоса. Бариаатрик беморларда оғиз бўйлиги касалликлари семириб кетган беморларга ўхшаши бўлган, аммо бариаатрик беморларда периодонтал чўнтак касалликлари кўпроқ тарқалган. Соғлом периодонтал ҳолатни сақлаш семизлик ва бариаатрик беморлар учун яхши стратегия деб ҳисобланиши мумкин.

Калит сўзлар: стоматология, саломатлик, бариаатрия.

Abstract. Relevance. Bariatric surgery in recent years remains one of the most common surgical interventions in the world for obesity. The number of operations performed per year has significantly decreased compared to 10 years ago. The purpose of the study. Features of dental health after bariatric surgery. Material and research methods. The data of medical records and the results of additional studies were studied in relation to 102 patients with an average age of 37.6 ± 10.0 years, who were assisted at the hospital in private dental clinics in the cities of Samarkand and Tashkent. Based on the purpose of the work, the study was conducted in the following 2 groups: G1 - an experimental group with 52 patients who underwent Roux-en-Y gastric bypass surgery (RYGB), and G2 - a control group with 50 patients with severe obesity selected for bariatric surgery. The results obtained: 52 operated patients and 50 obese patients were examined. Significant differences between the experimental group (13 men and 39 women) and the control group (14 men and 36 women) by gender and mean age G1- 39.6 ± 9.6 years and G2- 35.55 ± 10.2 years, respectively. The period between surgery and examination was 16.9 ± 20.7 months. Conclusion. Bariatric patients had a prevalence of oral disease similar to that of obese patients, however, periodontal pocket conditions were more prevalent in bariatric patients. Maintaining a healthy periodontal condition can be considered a good strategy for patients with morbid obesity and bariatrics.

Key words: dentistry, health, bariatrics.

Актуальность. Бариаатрические операции в последние годы остаются одной из распространенных хирургических вмешательств в мире при ожирении. Количество выполняемых операций в год значительно уменьшилось чем 10 лет тому

назад [24]. Будучи одной из серьезных и самых распространенных хронических заболеваний является ожирение. В последние годы каждый четвертый человек страдает от ожирения, либо имеет избыточную массу тела [11,12,16]. По прогнозам

эпидемиологов, предполагается дальнейшее увеличение количества людей, страдающих от ожирения.

Существует тесная связь между ожирением и развитием воспаления в организме, что проявляется во взаимодействии плазмы крови и С-реактивного белка [20]. И тем самым ожирение можно считать одной из самых актуальных проблем современной медицины.

Для стоматологов представляют интерес данные о влиянии бариатрической хирургии на здоровье полости рта у пациентов с морбидным ожирением. В лонгитюдном исследовании Marsicano et al. не обнаружили существенных различий в объеме слюны, распространенности кариеса или стираемости зубов между пациентами с ожирением и пациентами, перенесшими бариатрическую операцию [6]. Высокий уровень избытка веса и связанного с этим в несколько кратном увеличении бариатрической хирургии число стоматологических пациентов с бариатрической хирургией также растет. Частота посещений стоматологических кабинетов увеличивается у пациентов перенесших бариатрическую операцию [4].

Цель исследования. Особенности стоматологического здоровья после бариатрических операций.

Материал и методы исследования. Изучены данные медицинских карт и результаты дополнительных исследований в отношении 102-х пациентов со средним возрастом $37,6 \pm 10,0$ лет, которым оказывалась помощь на стационаре частных стоматологических клиниках городов Самарканда и Ташкента. Исходя, из цели работы исследование проведено в нижеследующих 2-х группах: G1 - экспериментальная группа с 52 пациентами, перенесшими операцию шунтирования желудка по Ру (RYGB), и G2 - контрольная группа с 50 пациентами с тяжелым ожирением, отобранными для бариатрической хирургии.

Эти пациенты были некурящими, и только четверем пациентам было проведено пародонтологическое лечение; однако лечение пародонта проводилось за 2 года до проведения этого исследования.

Стимулированную слюну собирали после того, как пациенты жевали парафин в течение 5 минут, и выплевывали слюну в маленькую чашку, после чего ее измеряли шприцем. Слюноотделение классифицировали как нормальное ($>1,0$ мл/мин) и гипосаливацию ($<1,0$ мл/мин).

Клинические осмотры для наблюдения за средним количеством разрушенных, отсутствующих или запломбированных зубов (индекс DMFT) и состояние пародонта (индекс CPI) оценивались в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения [23].

Индекс износа зубов был получен путем модификации TWI (индекса износа зубов), описанного Sales-Peres et al [3].

Критериями исследования были: (0 — норма: нет признаков износа; 1-начальная стадия: износ эмали зубов; 2-Умеренная: износ зуба в дентине; 3- Тяжелый: износ зуба в пульпе или вторичном дентине; и 4- Восстановленный: износ зуба, приводящий к реставрации; 9-Не оценивалось.

Клинические осмотры проводились предварительно сертифицированным стоматологом.

Использовались как описательный, так и аналитический подходы к анализу данных. Данные были проанализированы на персональном компьютере с использованием Statistica Version. Данные были проанализированы с использованием критерия Стьюдента, критерия Манна-Уитни, корреляции Спирмена и критерия хи-квадрат (χ^2) для подтверждения связи слюноотделения со стираемостью зубов, заболеваниями пародонта и бариатрической хирургией. Уровень значимости был $P < 0,05$.

Результаты исследования. Обследовано 52 оперированных больных и 50 больных с ожирением. Достоверных различий между экспериментальной группой (13 мужчин и 39 женщин) и контрольной группой (14 мужчин и 36 женщин) по полу и среднему возрасту G1- $39,6 \pm 9,6$ года и G2- $35,55 \pm 10,2$ года соответственно. Срок, прошедший между операцией и обследованием, составил $16,9 \pm 20,7$ месяцев. Не было статистически значимой разницы между двумя группами для медианы стимулированного слюноотделения $0,65 \pm 0,47$ мл/мин (G1- $0,64 \pm 0,47$ мл/мин и G2- $0,66 \pm 0,49$ мл/мин; $P > 0,05$). У большинства пациентов наблюдалась гипосаливация.

Средний индекс DMFT для обеих групп больных составил $16,08 \pm 5,72$. После бариатрической операции было $16,11 \pm 5,19$ и у больных с ожирением $16,06 \pm 6,29$ (табл. 1 и 2). Статистически значимых различий по индексу DMFT обнаружено не было ($P = 0,96$).

Не было никакой корреляции между потоком слюны и индекс DMFT ($r = 0,06$, $P = 0,58$). Средний CPI составил $2,86 \pm 1,08$ (G1- $3,05 \pm 0,84$ и G2- $2,66 \pm 1,25$). Показано, что заболевания пародонта присутствуют у 73,1% секстантов хирургических больных и у 48,1% пациентов с ожирением.

Распространенность пародонтальных карманов составила 88,45% в G1 и 70,00% в G2 ($P = 0,02$) поток и ИПЦ ($r = -0,1$, $P = 0,34$) (табл. 2). Что касается гигиены полости рта, то 66% пациентов чистили зубы 2-3 раза в день, 17% чистили зубы более трех раз в день и только 13% чистили зубы только один раз в день. Корреляции между снижением слюноотделения не выявлено.

Таблица 1. Индекс износа зубов (DWI)

Степень	Резцы		Клыки		Премоляры		Моляры	
	ГИ n (%)	ГИИ n (%)	ГИ n (%)	ГИИ n (%)	ГИ n (%)	ГИИ n (%)	ГИ n (%)	ГИИ n (%)
0	15 (3,6)	17 (4,3)	5 (2,4)	6 (3,0)	9 (2,2)	10(2,5)	13(2,1)	32(5,4)
1	123 (29,6)	179 (44,8)	81 (38,9)	79 (39,5)	269 (64,7)	244 (61,0)	304 (48,7)	273 (45,5)
2	224 (53,8)	150 (37,5)	105 (50,5)	88 (44,0)	36 (8,6)	59 (14,8)	15(2,4)	26(4,3)
3	4 (1,0)	4 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
9	50 (12,0)	50 (12,5)	15 (7,2)	27 (13,5)	102 (24,5)	87 (21,7)	292 (46,8)	269 (44,8)

Таблица 2. Одномерный анализ пациентов, перенесших или перенесших бариатрическую операцию

Факторы	Группы		Одномерный анализ		
	бариатрический	Тучный	Отношение шансов	95% ДИ	P-значение
Поток слюны	Нормальный	13	0,95	0,38-2,34	0,910
	Гипосаливация	39			
Активный кариес зубов	Нет	15	1,39	0,60-3,19	0,575
	Да	37			
Стоматологическая одежда	Эмаль	11	1,18	0,45-3,10	0,920
	Дентин	40			
Износ зубов - передние зубы	Эмаль	11	1,15	0,45-2,91	0,957
	Дентин	40			
Износ зубов - задние зубы	Эмаль	30	0,70	0,32-1,54	0,498
	Дентин	22			
Заболевания пародонта	Нет	1	5,67	0,64-50,34	0,189
	Да	51			
Пародонтальный карман	Нет	6	3,29	1.16-9.33	0,039*
	Да	46			

Все пациенты (контрольная группа и пациенты хирургической группы) имели некоторую степень стираемости зубов (таблицы 1 и 2). Не было обнаружено статистически значимой разницы между группами в отношении индекса DWI ($P = 0,82$), слюноотделения и стираемости зубов ($r = 0,04$, $P = 0,70$).

Одномерный анализ показал, что только фактор наличия пародонтальных карманов был значимо значимымсвязаны с пациентами, перенесшими бариатрическую операцию ($OR=3,29$; $P<0,039$) (таблица 2).

Обсуждение результатов исследования. Факторы питания связаны с системными заболеваниями и заболеваниями полости рта, включая избыточный вес и ожирение, гипертонию, диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз, кариес зубов, желудочно-кишечные расстройства и большинство видов рака, включая рак полости рта [19]. Часто менее агрессивные методы лечения не дают удовлетворительных результатов при заболеваниях, вызванных неправильным питанием, таких как морбидное ожирение, для которого наиболее эффективным является бариатри-

ческая операция. Растущее число бариатрических процедур увеличило потребность в полном понимании их побочных эффектов. Бариатрическая хирургия приводит к ряду анатомических и физиологических изменений. В этом исследовании оценивалась хирургия RYGB, которая представляет собой рестриктивную и деабсорбирующую бариатрическую хирургию; однако рестриктивный компонент имеет большее клиническое значение. Исключение двенадцатиперстной кишки и сегмента тощей кишки в дополнение к адекватному приему пищи может вызвать дефицит железа, фолиевой кислоты, витамина B12, A, D, E и K. Тошнота и рвота обычно возникают после бариатрической хирургии. В большинстве случаев эти осложнения могут быть вызваны неправильными пищевыми привычками, такими как переедание, слишком быстрый прием пищи или плохое пережевывание пищи [21]. Состояние полости рта у пациентов с ожирением может измениться после бариатрической хирургии, потому что эта процедура может иметь побочные эффекты, которые могут вызвать изменения полости рта. Взаимосвязь между стоматологическими аспектами и

побочными эффектами бариатрической хирургии не была должным образом описана в медицинской литературе, поскольку было проведено мало исследований.

Риск кариеса увеличивается, если высокая частота употребления сахара, особенно когда сахар задерживается во рту в течение длительного периода времени. Воздействие сахара или других углеводов на кариес зубов может быть уменьшено применением фтора и хорошей гигиеной полости рта, однако основным подходом должно быть снижение потребления сахара, поскольку это имеет много преимуществ для здоровья [19].

В этом исследовании индекс DMFT был одинаковым в обеих группах, и хотя индекс кариеса был низким по сравнению с эпидемиологическим исследованием, проведенным Министерством здравоохранения Бразилии [8].

В одном исследовании сообщалось, что после бариатрической хирургии наблюдалась разница в характере питания/напитков. Основное различие включало 5 приемов пищи/перекусов в день по сравнению с 3 основными приемами пищи [5]. Такая ситуация увеличивает риск развития кариеса и заболеваний пародонта у пациента, особенно при наличии ксеростомии.

Результаты этого исследования отличаются от результатов, полученных Hague и соавт. [13], которые наблюдали за пациентом, у которого после бариатрической операции наблюдалось увеличение активности кариеса и снижение слюноотделения (таблица 2).

Хотя пациенты, подвергшиеся бариатрической хирургии, могут считаться группой высокого риска развития кариеса зубов, поскольку частота кормления и тип пищи могут быть связаны с образованием бактериального налета, который, как показано, является основным этиологическим агентом кариеса зубов и заболевания пародонта [3].

Несколько недавних исследований показали, что пародонтит чаще возникает у людей с ожирением, чем у людей с нормальной массой тела [1, 7].

По данным [2], у людей с избыточной массой тела заболевания пародонта были более тяжелыми, если оценивать их по зубному налету, кровоточивости при зондировании и глубине кармана.

В этом исследовании не было обнаружено различий между оперированной группой и группой пациентов с ожирением в отношении СРІ, однако была значительная разница в глубине кармана ($P < 0,05$) (таблица 2). Разница между двумя группами в отношении потери альвеолярной кости может быть связана с дефицитом витаминов или минералов, таким как гипокальциемия, после бариатрической хирургии [21].

Исследования подтвердили, что костная масса может быть снижена после бариатрической хирургии, даже когда назначаются добавки с кальцием и витамином D, а потеря костной массы часто происходит из-за метаболических заболеваний костей (остеопения и остеопороз) [9] и может быть кофактором потери альвеолярной кости. Таким образом, остеопороз может быть возможным фактором риска заболеваний пародонта.

Любая кислота с pH ниже критического pH зубной эмали (5,5) может растворять кристаллы гидроксиапатита в эмали. Желудочный рефлюкс может иметь pH ниже 2,0, и, таким образом, вероятность эрозии зубов увеличивается, когда нестимулированное слюноотделение низкое [14].

Рвота и другие желудочные расстройства являются важными факторами риска стирания зубов. Хотя рвота, характерная для бариатрических пациентов, может рассматриваться как фактор риска износа зубов. Индекс износа зубов был одинаковым для обеих групп (таблицы 1 и 2). Heling и соавт. [14] подтвердили, что 37% из 113 пациентов сообщили о повышенной гиперчувствительности зубов после бариатрической хирургии. Изнашивание зубов может привести к обнажению дентинных канальцев, что может вызвать гиперчувствительность зубов.

Ожирение было связано со снижением скорости потока стимулированной цельной слюны и кариесом зубов [18]. Более того, выделение слюны связано с неадекватным потреблением воды у пациентов, перенесших бариатрическую операцию [13]. Однако в этом исследовании в обеих группах было обнаружено снижение слюноотделения. Неясно, оказывает ли ожирение прямое или косвенное негативное влияние на скорость слюноотделения. Исходя из этого вопроса, провоспалительные цитокины, полученные из адипоцитов и макрофагов, которые накапливаются в жировой ткани [18], могут негативно влиять на функцию слюнных желез из-за хронического вялотекущего воспаления в железе. Кроме того, авторы сообщают о повышении уровня провоспалительных цитокинов в десневой жидкости у подростков с ожирением, когда по сравнению с субъектами с нормальным весом [17], что также указывает на гипервоспалительную реакцию в тканях пародонта.

Данные настоящего исследования показали, что не было никакой корреляции между снижением слюноотделения и заболевания полости рта, хотя некоторые исследователи обнаружили тесную взаимосвязь между объемом слюны и развитием заболеваний пародонта, кариеса и износа зубов [15]. Взаимосвязь между противомикробными препаратами. Тем не менее, у бариатрических пациентов было больше заболеваний, чем у тучных.

Здоровье полости рта и питание могут иметь синергетическую двунаправленную связь. Инфекционные заболевания полости рта и системные заболевания с оральными проявлениями влияют на функциональную способность принимать пищу, влияя на диету и статус питания [22]. Плохое состояние полости рта и потеря зубов отрицательно сказываются на речевых функциях и способности потреблять здоровую пищу. Аналогичным образом, питание и диета могут влиять на развитие и целостность полости рта, а также на прогрессирование заболеваний полости рта.

Бариатрическая хирургия очень важна для здоровья; однако для надлежащего обслуживания пациентов необходим многопрофессиональный персонал.

Вывод. У бариатрических пациентов наблюдалась распространенность заболеваний полости рта, аналогичная таковой у пациентов с ожирением, однако у бариатрических пациентов было более распространено состояние пародонтальных карманов. Поддержание здорового состояния пародонта можно считать хорошей стратегией для пациентов с морбидным ожирением и бариатри.

Литература:

1. Аль-Захрани М.С., Биссада Н.Ф., Боравскит Э.А. Ожирение и пародонтоз у детей молодого, среднего и старшего возраста. *J. Periodontol* 2003. № 74. С. 610-615
2. Гудсон Дж.М., Гроппо Д., Халем С., Карпино Э. Является ли ожирение бактериальным заболеванием полости рта? 2009. № 88. С. 519-523.
3. Карвалью Салес-Перес С.Х., Гойя С., де Араужо Ж.Дж., Продажи Перес А., Лаурис Дж. Р., Бузалаф М. А. Распространенность износа зубов среди 12-летних бразильских подростков, использующих модификацион индекса износа зубьев. *Общественное здравоохранение* 2008. № 122. С. 942-948
4. Лиза Дж. Моравек, RDH, MSDH; Линда Д. Бойд. Бариатрическая хирургия и последствия для полости рта. *Здоровье: история болезни. Журнал стоматологической гигиены* Vol. 85 № 3 2011. С.166-176
5. Мандель Л., Да Силва К. Гипертрофия околоушной железы и бариатрическая хирургия. Клинический случай. *J Oral Maxillofac Surg* 2008. № 66. С. 572-574
6. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини.* – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

7. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования.* – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
8. Brasil Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Oral health status of the Brazilian population 2002-2003. Main results. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secre-tária de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, 2004.
9. Compher CW, Badellino KO, Boullata J.I. Vitamin D and the bariatric surgical patient: a review. *Obes. Surg.* 2008.№ 18. P. 220-224.
10. de Carvalho Sales-Peres SH, Goya S, de Araújo JJ, Sales-Peres A, Lauris JR, Buzalaf MA. Prevalence of dental wear among 12-year-old Brazilian adolescents using a modification of the tooth wear index. *Public Health* 2008.№ 122. P. 942-948.
11. Eremin, A.V. Assessment of cardiovascular risk factors in patients with chronic periodontitis A.V. Eremin, T.E. Lipatova, A.V. *Lepilin Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2020. v. 16. №. 1. P. 45-49.
12. Ermolaeva L.A., Shishkin A.N., Sheveleva N.A., Penkovo E.A. Condition of the periodontal tissues at patients with obesity. *Science 4 health.* 2015. P. 185-186.
13. Hague AL, Baechle M. Advanced caries in a patient with a history of bariatric surgery. *J. Dent. Hyg.* 2008.№ 82. P. 22.
14. Heling I, Sgan-Cohen HD, Itzhaki M, Beglaibter N, Avrutis O, Gimmon Z. Dental complications following gastric re-strictive bariatric surgery. *Obes Surg* 2006.№ 16. P. 1131-1134.
15. Ito T, Komiya-Ito A, Arataki T, Furuya Y, Yajima Y, Yamada S, Okuda K, Kato T. Relationship between antimicrobial pro-teins levels in whole saliva and periodontitis. *J Periodontol* 2008. № 23. P. 316-322.
16. Khamnueva, L.Yu., Andreeva LS, Koshikova IN. Irkutsk Obesity. Classification, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment. 2007. P. 4 - 5
17. Lundin M, Yucel-Lindberg T, Dahllof G, Marcus C, Modeer T. Correlation between TNFalpha in gingival crevicular fluid and body mass index in obese subjects. *Acta Odontol Scand* 2004. № 62. P. 273-277.
18. Modeer T, Blomberg C, Wondimu B, Lindberg TY, Marcus C. Association between obesity and periodontal risk indicators in adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2011. № 6. P. 26-270.
19. Palacios C, Joshipura K, Willett W. Nutrition and health guidelines for dental practitioners. *Oral Dis* 2009. № 15. P. 369-38.
20. Pradhan, A.D., Manson J.E., Rifai N., Buring J.E., P.M. Ridker C-reactive protein, interleukin 6, and

- risk of developing type 2 diabetes mellitus. JAMA. 2001. Vol. 286. P. 327-334.
21. Rizaev J. A., Khaidarov N. K., Abdullaev S. Y. Current approach to the diagnosis and treatment of glossalgia (literature review) // World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 96-98.
22. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.
23. WHO. Oral health survey: basic methods. Geneva 1997.
24. Wilkinson LH, Peloso OA. Gastric (reservoir) reduction for morbid obesity. Arch. of Surg. 1981. № 5 P. 602-605.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Ризаев Ж.А., Элназаров А.Т.

Резюме. Актуальность. Бариатрические операции в последние годы остаются одной из распространенных хирургических вмешательств в мире при ожирении. Количество выполняемых операций в год значительно уменьшилось чем 10 лет тому назад. Цель исследования. Особенности стоматологического здоровья после бариатрических операций. Материал и методы исследования. Изучены

данные медицинских карт и результаты дополнительных исследований в отношении 102-х пациентов со средним возрастом $37,6 \pm 10,0$ лет, которым оказывалась помощь на стационаре частных стоматологических клиниках городов Самарканда и Ташкента. Исходя, из цели работы исследование проведено в нижеследующих 2-х группах: G1 - экспериментальная группа с 52 пациентами, перенесшими операцию шунтирования желудка по Ру (RYGB), и G2 - контрольная группа с 50 пациентами с тяжелым ожирением, отобранными для бариатрической хирургии. Полученные результаты: обследовано 52 оперированных больных и 50 больных с ожирением. Достоверных различий между экспериментальной группой (13 мужчин и 39 женщин) и контрольной группой (14 мужчин и 36 женщин) по полу и среднему возрасту G1- $39,6 \pm 9,6$ года и G2- $35,55 \pm 10,2$ года соответственно. Срок, прошедший между операцией и обследованием, составил $16,9 \pm 20,7$ месяцев. Вывод. У бариатрических пациентов наблюдалась распространенность заболеваний полости рта, аналогичная таковой у пациентов с ожирением, однако у бариатрических пациентов было более распространено состояние пародонтальных карманов. Поддержание здорового состояния пародонта можно считать хорошей стратегией для пациентов с морбидным ожирением и бариатрией.

Ключевые слова: стоматология, здоровье, бариатрия.