

Т.В. ПОЧУЄВА, Є.Є. ЯМПОЛЬСЬКА, І.М. САПОЖНИКОВА

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ І КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Каф. отоларингології та дитячої отоларингології ХМАПО (зав. – проф. Г.І. Гарюк); КЗОЗ МКЛ № 30 м Харкова (голов. лікар – С.О. Самусенко, Харків. міська дит. поліклініка № 14 (голов. лікар – Т.А. Лазуренко)

Підвищення ефективності санації осередків інфекції ЛОР-органів залишається однією з пріоритетних задач оториноларингології, особливо коли мова йде про дитячий вік пацієнтів. В структурі захворюваності дітей більше 70% припадає на адено-тонзиллярну патологію при відсутності тенденції до зменшення на протязі останніх десятиліть. За даними А.А. Баранова [1], захворюваність на хронічні запалення ротової і носової частин глотки в 1991 р. складала 2354 випадки на 100 тис дитячого населення, в 1997 р. – 2924, зі значним підвищенням у дітей шкільного віку (особливо віком від 14 до 17 р. – до 3500).

Результати спостережень Т.І. Гаращенко [10, 11] свідчать про те, що захворюваність на хронічний тонзиліт залежить від віку: у дітей 2-3 років вона невелика і не перевищує 2%, в дошкільному віці зростає до 5%, а в пубертатному періоді складає 14,4%. При цьому, згідно з думкою Х.М. Маккаєва [24], у дітей практично не буває ізольованих запальних процесів або осередків інфекції тільки в піднебінних або тільки в глотковому мигдалику, в патологічний процес залучається вся лімфоїдна система місцевого імунного захисту носової і ротової частин глотки, а такі низькі показники розповсюдження хронічного тонзиліту можуть бути пов'язані з труднощами їх розпізнавання і гіподіагностикою у маленьких дітей.

Існує багато фактів, які свідчать про наявність певних відмінностей в клінічних проявах хронічних захворювань лімфоїдного глоткового кільця у дітей і дорослих.

Відомо, що морфологічною одиницею мигдаликів – «кріптолімфон» остаточно формується лише до 5-7-річного віку, тому Ю.Є. Вельтищов [9] вважає, що особливо чітко ця різниця виражена у дітей до 7-8 років життя, коли відбуваються і в основному завершуються процеси становлення імунної системи зростаючого організму.

Детальний аналіз деяких зв'язків хронічного тонзиліту з ураженням дихальних шляхів, нирок, суглобів і тканин серця наведений в аналітичних роботах В.А. Снегур [30], В.А. Попи [27]. Педіатри давно звертають увагу на серйозність проблеми сполучення хронічного тонзиліту з іншими соматичними захворюваннями. Приводяться клініко-статистичні дані про можливий взаємозв'язок хронічного тонзиліту з алергічними процесами різної локалізації [12], з гіпоталамічним синдромом інфекційно-алергічної природи [18]. Дослідженнями В.В. Кіщука [14, 15] показано, що у хворих на хронічний тонзиліт частіше виявляється супутня патологія з боку верхніх дихальних шляхів, ніж шлунково-кишкового тракту. Активно вивчається зв'язок хронічного тонзиліту з хронічним гастродуоденітом у дітей [3], з дисбактеріозом кишечника [25], з апендицитом [26], з хронічним гепатитом В [28] та ін.

Можна припустити, що перебіг хронічного тонзиліту має свої особливості при порушенні функції розташованих поруч органів, в тому числі деструктивно-запальних процесів у зубо-щелепній системі. Питанню взаємозв'язку карієсу зубів у дітей із захворюваннями лімфоїдного апа-

рата глотки стоматологи останніми роками приділяють достатньо уваги. О.І. Тирса [32] вказує, що серед дітей з карієсом зубів в 58,9% випадків визначається хронічний тонзиліт. За даними Л.А. Хоменко та співавторів [33], спостерігається парадоксальна ситуація: з'явилися нові, більш досконалі пломбувальні матеріали та інструменти, а кількість дітей, що потребують лікування каріозних зубів, зросла з 50 до 97,23%. При епідеміологічному обстеженні ускладнений карієс не реєструється тому, що його діагностика пов'язана з необхідністю додаткових методів обстеження, що неможливо в умовах проведення планової санації в школах. За даними В.В. Рогінського [29], ускладнений карієс становить близько 35-50% від усіх випадків звертання дітей за стоматологічною допомогою, а майже 90% постійних зубів у школярів потребує лікування. Про збільшення не тільки розповсюдженості карієсу молочних зубів до 62,2-70,3% у дітей 2-3 років, а і його інтенсивності з втраченою в подальшому функціональної цінності корінних зубів і розвитком періодонтитів свідчать результати дослідження Т.П. Терещиною [31], В.К. Леонтьєва, Л.А. Мамедової [20], Л.М. Лукіних [22], В.В. Корчагіної [17]. Тому автори роблять висновок про необхідність оптимізації лікування не тільки елементів зубощелепної системи, а і розташованих поруч органів, особливо ЛАГК, а серед них – піднебінних мигдаликів.

В той же час, за даними літературних джерел, визначенню особливостей перебігу хронічного тонзиліту у дітей молодшого шкільного віку, з наявністю карієсу зубів, з точки зору отоларинголога, увага не приділялась.

Мета дослідження – визначити клініко-епідеміологічні паралелі і особливості перебігу хронічного тонзиліту у дітей молодшого шкільного віку із супутнім карієсом зубів.

Матеріали і методи

Для вирішення поставлених завдань нами були проаналізовані результати обстеження 1710 дітей молодших класів під час профілактичного огляду у школах №№ 22, 46, 125, 147, 148, 149, 150, 154, 159, 169 м. Харкова. Огляд проводився багатьма

суміжними спеціалістами (педіатр, отоларинголог, стоматолог, при потребі – інші фахівці педіатричного профілю). Також проаналізована захворюваність дітей означеного віку в дитячій поліклініці КЗОЗ №14, на ділянці якої знаходяться вищезазначені школи.

Обстеження виконувалось за загальною схемою. В поліклініці скарги уточнювались зі слів батьків, в анамнезі визначалась тривалість захворювання на хронічний тонзиліт, частота звертань, ефективність лікування, наявність попередніх хірургічних втручань на ЛОР-органах. В анамнезі життя уточнювався характер та частота перенесених інфекцій, зокрема ГРВІ, існування супутньої соматичної патології.

Місцевий статус досліджувався традиційно при ото-, рино-, фаринго- і, якщо можливо, ларингоскопії. Хронічний тонзиліт визначався за класифікацією Л.А. Луковського [23], яка застосовувалась на протязі тривалого часу, не втратила свої позитивні ознаки і до цього часу, в цілому відповідає вимогам практичного лікаря. Відповідно до неї розрізняються компенсована, субкомпенсована і декомпенсована форми.

Патологію зубощелепної системи оцінював стоматолог.

Статистична обробка отриманих даних проводилась в програмах «Excel» і «STATISTICA 6.0». Ряди даних перевірялись на нормальність за допомогою описової статистики, графічно, з використанням статистичних критеріїв Shapiro-Wilk (для малої вибірки) і Колмогорова-Смірнова (для великих вибірок).

Результати дослідження та їх обговорення

За статистичними даними показників щорічних звітів за останні 5 років (2010-2014 рр.) в КЗОЗ №14 констатовано, що розповсюдженість захворювань лімфоносового апарата на 1000 осіб складає в середньому 64,8 (межі коливань: 59,1-69,1), а рівень захворюваності – 15,8 на 1000, що перевищує наведені вище літературні дані [4]. Щорічно вперше визначається така патологія в середньому у 127 осіб (межі коливань: 104-163), що представлено в табл. 1.

Розповсюдженість і захворюваність на патологію лімфоглоткового кільця
у дітей молодшого шкільного віку в досліджуваному регіоні

Досліджуваний показник	Період дослідження (в роках)				
	2010	2011	2012	2013	2014
	кількість хворих				
	2346	2441	2547	2673	2776
Рівень розповсюдженості на 1000	64,3	65	69,1	66,5	59,1
Рівень захворюваності на 1000	21,2	14,7	12,7	13,7	13,1

На обліку у отоларинголога в цей період щорічно знаходилося в середньому 518 дітей з гіпертрофією піднебінних мигдаликів (межі коливань: 497-542), що складало в середньому 42,8 на 1000 (межі коливань: 39,1-45,7). Певні ознаки хронічного тонзиліту, з приводу якого проходили курси консервативного протирецидивного лікування, виявлено у 165 дітей (межі коливань: 157-173), що становило 13,7 на 1000 (рис. 1).

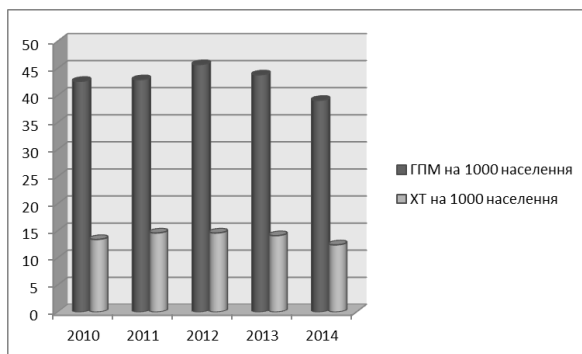


Рис. 1. Частота виявлення гіпертрофії піднебінних мигдаликів (ГПМ) і хронічного тонзиліту (ХТ) у дітей молодшого шкільного віку в м. Харкові.

Виявлено, що з обстежених нами 1710 дітей молодшого шкільного віку ознаки хронічного тонзиліту мали 254, що складає 14,9% і частково співпадає з даними Т.І. Гаращенко [10]. Прояви карієсу зубів різної інтенсивності спостерігались у 286 з них, що становить 16,7% від обстежених і менше, ніж за даними Л.А. Хоменко та співавторів [33].

При цьому комбінація хронічного тонзиліту і карієзного ураження зубів у однієї

дитини молодшого шкільного віку визначена у 177, що складає 10,4%. У 77 дітей перебіг хронічного тонзиліту відбувався без проявів карієсу зубів, а у 109 – карієс не супроводжувався ознаками хронічного тонзиліту і/або гіпертрофії піднебінних мигдаликів, що представлено на рис. 2.

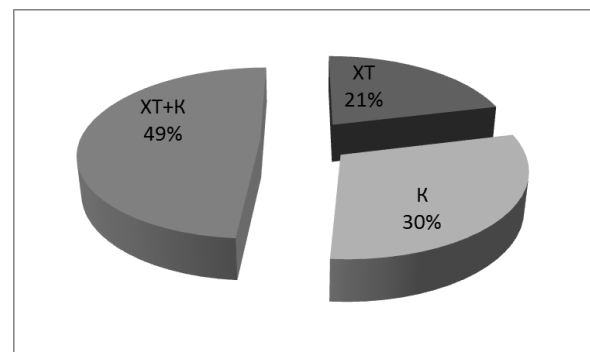


Рис. 2. Відсоткове співвідношення пацієнтів з хронічним тонзилітом (ХТ), карієсом зубів (К), а також комбінацією обох патологій (ХТ+К) серед обстежених дітей молодшого шкільного віку.

Перенесена тонзилектомія з анамнезу визначена тільки у 19 дітей, причому в комбінації з аденомотією у 16 з них. Серед обстежених у 3 були карієзні зуби. Це свідчить про те, що тенденція до значного зниження кількості хірургічних втручань на піднебінних мигдаликах взагалі і у дітей допубертатного періоду, в тому числі, зберігається. Зроблений висновок співпадає з обґрунтованими даними В.В. Кіщука [14, 15], А.І. Крюкова та співавторів [19], С.Г. Арзамазова, І.В. Іванець [2].

Таким чином, нами обстежено дві групи пацієнтів:

1-я група – 177 дітей віком 6-10 років з хронічним тонзилітом і карієсом зубів, хлопчаків – 97 (54,1%), дівчаток – 80 (45,9%);

2-а група – 77 дітей віком від 6 до 10 років з хронічним тонзилітом без карієсу зубів, хлопчаків – 37 (48,1%), дівчаток – 40 (51,9%).

Статистично достовірної різниці між хлопчиками і дівчатками в жодній з цих груп не виявлено, що узгоджується з думкою інших авторів [5, 20, 21].

Прояви хронічного тонзиліту у обстежуваних дітей мали свої особливості та де-що різнились в 1 і 2-й групах, що відображено в табл. 2.

Таблиця 2

Прояви хронічного тонзиліту у обстежуваних пацієнтів

Ознаки хронічного тонзиліту	1-а група (n=177)	2-а група (n=77)
<i>Скарги хворих, анамнез захворювання</i>		
Частота виникнення ангін:		
1-2 рази за все життя або ніколи	43 (24,3%)*	8 (10,4%)
1-2 рази на рік	105 (59,3%)*	59 (76,6%)
3 і більше разів на рік	29 (16,4%)	10 (13%)
Часті ОРВІ (більше 6 разів на рік)	135 (76,3%)	62 (80,5%)
В якому віці почалось захворювання:		
з 2-3 років	79 (44,6%)*	54 (70,1%)
останні 1-2 роки	98 (55,4%)*	23 (29,9%)
Періодичні болі в глотці	156 (88,1%)	63 (81,8%)
Періодичні болі в області підщелепних лімфатичних вузлів	118 (66,7%)	42 (54,5%)
Неприємний запах з рота	78 (44,1%)*	19 (24,7%)
Відкашлювання гнійних пробок	23 (13%)	8 (10,4%)
Слабкість, підвищена стомлюваність	84 (47,5%)	37 (48,1%)
Тривалий субфебрилітет	78 (44,1%)	37 (48,1%)
Паратонзиліти в анамнезі	7 (4%)	3 (3,9%)
<i>ЛОР-статус</i>		
Потовщення країв передніх і задніх піднебінних дужок (ознака Б.С. Преображенського)	118 (66,7%)	49 (63,6%)
Набряклість верхнього кута між передньою і задньою піднебінними дужками (ознака Ст. Н. Зака)	98 (55,4%)	37 (48,1%)
Рубцеві спайки між мигдаликами та піднебінними дужками	112 (63,3%)*	35 (45,5%)
Наявність казеозно-гнійних пробок у лакунах мигдаликів при ротації	108 (61%)	51 (66,2%)
Наявність рідкого гною у лакунах мигдаликів при ротації	7 (4%)	3 (3,9%)
Збільшення і ущільнення регіонарних лімфатичних вузлів	72 (40,7%)*	21 (27,3%)
Гіпертрофія мигдаликів:		
1 ступеня	28 (15,8%)	16 (20,8%)
2 ступеня	72 (40,7%)	22 (28,6%)
3 ступеня	77 (43,5%)	39 (50,6%)
<i>Форми хронічного тонзиліту</i>		
Компенсована	70 (39,5%)*	40 (51,9%)
Субкомпенсована	100 (56,5%)*	34 (44,2%)
Декомпенсована	7 (4%)	3 (3,9%)

Примітки: * - статистично достовірної різниці між 1 і 2 групами.

Аналізуючи наведені вище дані, можна зазначити, що діти молодшого шкільного віку, які хворіють на хронічний тонзиліт, в більшості випадків (відповідно, 75-80%) відносяться до категорії часто хворіючих, при цьому маючи компенсовану і субкомпенсовану форми (до 96%). Це відповідає і навіть трохи перебільшує показники інших авторів [1, 13, 16]. При цьому цікавим виявився факт, що в 2-й групі у 70% осіб захворювання починалось з дитинства, в той час як при комбінації хронічного тонзиліту і карієсу зубів в 55% випадків за останні 1-2 роки. Ангінами 3 і більше разів на рік страждає приблизно однаковий відсоток дітей (відповідно, 19-13%), але в 2-й групі значно частіше (77 проти 59%), явне загострення хронічного тонзиліту виникало 1-2 рази на рік, в той час як в 1-й групі досить вагомий відсоток (24 проти 10%) належить пацієнтам з безангінозною формою хронічного тонзиліту.

Традиційно характерним для обох груп залишаються скарги на періодичні болі в глотці і в області підщелепних лімфатичних вузлів у більшості пацієнтів, приблизно у половини – періодична слабкість, підвищена стомлюваність з тривалим субфебрилітетом у 44-48% з них. Статистично дос-

товірна різниця по групах за скаргами виявлена лише в наявності неприємного запаху з рота у пацієнтів 1-ї групи, що, безумовно, може бути наслідком патогенної мікрофлори як на/в мигдаликах, так і на поверхні зубів [6-8].

Об'єктивні ознаки хронічного тонзиліту (ознаки Б.С. Преображенського, С.Н. Зака, наявність казеозно-гнійних пробок у лакунах мигдаликів при ротації) також спостерігаються у понад половини обстежених, його перебіг відбувається на фоні гіпертрофії піднебінних мигдаликів 3 ступеня, відповідно, у 43-50% пацієнтів, що може свідчити про недостатню функціональну активність і перенапруження місцевих захисних механізмів лімфоглотового кільця.

В цілому, для пацієнтів 1-ї групи була більш притаманна субкомпенсована форма хронічного тонзиліту (57%), а для 2-ї – компенсована (52%).

Зважаючи на те, що більшість дітей мала деякий арсенал супутньої соматичної патології, ми проаналізували виділені групи пацієнтів саме з цієї точки зору для з'ясування ідентичності та можливості порівнювати без додаткового соматичного обстеження, що представлено в табл. 3.

Таблиця 3

Супутня соматична патологія у обстежуваних хворих

Системи організму	1-а група (n=177)	2-а група (n=77)
	кількість хворих	
Серцево-судинна	75 (42,4%)	31 (40,3%)
Бронхо-легенева	59 (33,3%)	34 (44,2%)
Кишково-шлунковий тракт	91 (51,4%)	32 (41,6%)
Хребет і суглоби	62 (35%)	22 (28,7%)
Сечовивідна	28 (15,8%)	15 (19,5%)
Імунна	35 (19,8%)	11 (14,3%)
Алергічні хвороби	81 (45,8)	31 (40,3%)
Комбінація декількох хвороб у одного пацієнта	81 (45,8%)	36 (46,8%)

Примітки: * - статистично достовірна різниця між 1 і 2 групами.

Зміни імунної системи характеризувались зафіксованим у імунолога імунодефіцитним станом, носійством вірусу герпесу, вірусу Епштейна-Барра з наявністю в анамнезі перенесеного мононуклеозу. Майже у половини обстежуваних дітей (46%-

40%) визначались алергічні реакції різного роду (харчова, медикаментозна алергія, полінози, кропивниця). Серед інших захворювань відмічені: atopічний дерматит, реактивний артрит суглобів, пієлонефрит, еутиреоїдне збільшення щитоподібної залози і т.ін.,

які самостійно визначалися в поодиноких випадках, але часто доповнювали симптоми комбінованої патології у одного хворого (відповідно, 46-47%), що само собою досить значуще. О.І. Тирса [32], В.В. Корчагіна [17] констатують, що 90,1% хворих на хронічний тонзиліт з карієсом зубів відносяться до 3-ї клінічної групи, визначаючи у них в більшості випадків комбіновану супутню соматичну патологію. Порівнюючи з даними О.І. Тирса [32], можна констатувати, що за деякими показниками (комбінація соматичних захворювань у одного хворого, патологія кишково-шлункового тракту) наші дані дещо менші, а за іншими (захворювання серцево-судинної, бронхо-легеневої системи, різні прояви алергії) – дещо вищі.

В подальшому ми спостерігали за перебігом хронічного тонзиліту у дітей протягом протягом року, у яких стоматологом проведена санація зубів, а отоларингологом – консервативне протирецидивне немедикаментозне лікування за протоколами МКЛ 10 (промивання лакун піднебінних мигдаликів розчином антисептиків, фізіотерапія – УВЧ, лазеро- чи магнітотерапія на зону проекції піднебінних мигдаликів). Курс лікування – 10 процедур на апараті «Тонзилор». Спосіб лікування вибирався не тільки згідно з клінічними проявами тонзиліту, а і можливістю його проведення у дитини.

Виявлено, що у 69 осіб (39%) з 1-ї групи і 45 (58,4%) з 2-ї групи прояви хронічного тонзиліту і частота рецидивів значно зменшились. Покращання проявлялось в зникненні загострень на протязі року, в меншій частоті захворювання на ГРВІ, в зменшенні валикоподібного потовщення країв передніх і задніх піднебінних дужок та набрякlostі верхнього кута між ними і казеозних мас при ротації мигдаликів. У інших 108 осіб (61%) 1-ї групи після санації каріозних зубів і консервативного немедикаментозного лікування, а також у 32 дітей (41,6%) 2-ї групи покращання не спостерігалось, що вимагало до більш поглибленого обстеження та пошуку інших методів впливу.

Висновки

Нашими дослідженнями з'ясовано, що захворюваність на хронічний тонзиліт у

дітей молодшого шкільного віку в м. Харкові залишається приблизно на однаковому рівні на протязі останніх 5 років і складає в середньому 13,7 на 1000 населення. З обстежених 1710 дітей молодшого шкільного віку ознаки хронічного тонзиліту мали 254, що складало 14,9%, карієс зубів різної інтенсивності був у 286 осіб (16,7%), а комбінація хронічного тонзиліту і каріозного ураження зубів у однієї дитини молодшого шкільного віку визначена у 177 (10,4% осіб від обстежених і 49% від хворих на хронічний тонзиліт).

В групі пацієнтів з комбінацією хронічного тонзиліту і карієсу зубів статистично достовірно частіше відносно 2-ї групи визначалась безангінозна форма хронічного тонзиліту (24% осіб) з початком захворювання в останні 1-2 роки у понад половини (55% осіб). Перебіг захворювання супроводжувався неприємним запахом з рота у 44% дітей, рубцевими спайками між мигдаликами та піднебінними дужками, особливо у верхньому полюсі, у 63% з них, збільшенням і ущільненням регіонарних лімфатичних вузлів – у 41%, що може свідчити про більш виражені порушення в мікробіологічному та імунному статусі таких пацієнтів.

Перебіг хронічного тонзиліту у дітей молодшого шкільного віку на тлі різноманітної супутньої соматичної патології відбувається практично у половини дітей, часто комбінованої, але без достовірної різниці між групами в залежності від паралельно існуючого карієсу зубів.

Взагалі, в 1-й групі статистично достовірно частіше визначалась субкомпенсована форма хронічного тонзиліту (56,5% випадків), а в 2-й групі – компенсована (51,9%). Традиційна протирецидивна консервативна терапія і санація каріозних осередків зубів призвела до поліпшення перебігу запалення в лімфо-глотковому кільці у 39% осіб 1-ї групи і 58% - з 2-ї групи. Вищенаведені результати свідчать про необхідність пошуку додаткових методів обстеження таких дітей і адекватних способів корекції виявлених порушень. В цьому і полягає перспективність досліджень з обраної проблеми.

Література

1. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. – Пермь, 2006. – 86 с.
2. Арзамазов С.Г. Некоторые особенности течения хронического тонзиллита / С.Г. Арзамазов, И.В. Иванец // Вестн. отоларингологии. – 2011. – № 1. – С.55-57.
3. Ахмедова Г.К. Клинико-микробиологические исследования хронического тонзиллита у детей с хроническим гастродуоденитом / Г.К. Ахмедова // Рос. оториноларингология. – 2011. – № 6. – С.11-16.
4. Баранов А.Л. Здоровье детей России / А.Л. Баранов, И.А. Камаев и др. – Нижний Новгород: НГМА, 2003. – 257 с.
5. Біденко Н.В. Особенности клиники, профилактики та лікування карієсу і гінгівіту у дітей з дифузним еугіреодним волом / Н.В. Біденко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 1997. – 18 с.
6. Бондаренко В.М. Этапы развития инфекционного процесса и двойственная роль нормальной микрофлоры / В.М. Бондаренко, В.Г. Петровская // Вестн. РАМН. – 1997. – № 3. – С.7-10.
7. Бухарин О.В. Некоторые особенности микрофлоры миндалин и межмикробного взаимодействия (в норме и при патологии) / О.В. Бухарин, Б.Я. Усвяцов, Л.М. Хуснутдинова // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2000. – № 4. – С.128 (82-85).
8. Бухарин О.В. Фундаментальные и прикладные аспекты проблемы персистенции микроорганизмов / О.В. Бухарин, Б.Я. Усвяцов, Л.М. Хуснутдинова // Журн. микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. – 2003. – № 4. – С. 3-8.
9. Вельтищев Ю.Е. Клиническая иммунология и иммунопатология детского возраста / Ю.Е. Вельтищев // Лекция для врачей. – М., 1996. – 384 с.
10. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии / Т.И. Гаращенко // Рос. ринология. – 1999. – № 1. – С.59-61.
11. Гаращенко Т.И. Лимфоидно-глоточное кольцо в инфекции и иммунном ответе у детей // Детские инфекции. – 2006. – № 1. – С. 65-67.
12. Заболотный Д.И. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита / Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников. – К.: Здоров'я, 1999. – 145 с.
13. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения / О.В. Зайцева // Consilium medicum. Приложение: педиатрия. – 2004. – № 3. – С.3-7.
14. Кищук В.В. Исследование связи между состоянием лимфоглоточного кольца и развитием патологии в организме / В.В. Кищук // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 1. – С.47-49.
15. Кищук В.В. Клініко-імунологічні підходи до оцінки функціонального стану піднебінних мигдаликів для діагностики та лікування хворих на хронічний тонзиліт: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. В. Кищук. – Київ, 2001. – 33 с.
16. Коровина Н.А. Иммунокорректирующая терапия часто и длительно болеющих детей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, А.В. Чебуркин и др. // Руководство для врачей. – М.: Контимед, 2001. – 78 с.
17. Корчагина В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / В.В.Корчагина. – М.: «МЕДпресс-информ», 2008. – 150 с.
18. Кошель В.И. Хронический тонзиллит и гипоталамические синдромы инфекционно-аллергической этиологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Центр. ин-т усовершенствования врачей. – М., 1988. – 18 с.
19. Крюков А.И. Хирургическая активность при хроническом тонзиллите во временном аспекте / А.И. Крюков, Р.Б. Хамзалиева, А.Ф. Захарова // Вестн. оториноларингологии (Приложение). – 2006. – № 5. – С. 301.
20. Леонтьев В.К. Эволюция представлений о причинах возникновения кариеса зубов / В.К. Леонтьев, Л.А. Мамедова // Стоматология. – 2000. – №1. – С.20-22.
21. Лукниных Л.М. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и мотивация к регулярному уходу за полостью рта у детей / Л.М. Лукниных, С.Ю. Косюга // Новое в стоматологии. – 2001. – № 5. – С.73-75
22. Лукниных Л.М. Эффективность использования препарата Имудон для профилактики и лечения кариеса зубов / Л.М. Лукниных // Стоматология. – 2002. – Том 81, № 3. – С.59-61.
23. Луковский Л.А. Новые данные к обоснованию единой клинической классификации тонзиллита / Л.А. Луковский // Сердечно-сосудистая патология. – Киев, 1966. – С. 259-266.
24. Маккаев Х.М. Распространенность, особенности клинических проявлений и осложнения хронических заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей / Х.М. Маккаев // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 1. – С.28-33.
25. Некрасова М.Н. Нормализация микрофлоры миндалин и кишечника при комплексной фитотерапии хронического тонзиллита, осложненного дисбактериозом кишечника у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2004. – 23 с.

26. Подсви́ров В.И. Сравнительная характеристика функций небных миндалин у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом и больных острым аппендицитом / В.И. Подсви́ров // Рос. оториноларингология. – 2014. – № 1. – С.179-181.
27. Попа В.А. Хронический тонзиллит / В.А. Попа. – Кишинев: Штиница, 1984. – 171 с.
28. Ражабов А.Х. Особенности клинического течения хронического тонзиллита у детей, больных хроническим гепатитом В / А.Х. Ражабов, Ф.И. Иноятова, Ш.Э. Амонов // Рос. оториноларингология. – 2012. – №6 (61). – С. 132-136.
29. Рогинский В. В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей / Под ред. В.В. Рогинского. – М.: Детстомиздат, 1998. – 241 с.
30. Снегур В.А. Связь хронического тонзиллита с заболеваниями внутренних органов в зависимости от возраста и пола / В.А. Снегур // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. – № 1. – С.35-41.
31. Терещина Т.П. Гомеостаз ротовой жидкости у 7-8 летних детей с различной степенью подверженности кариесу / Т.П. Терещина // Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування / Матеріали Всеукраїнської науково-практ. конф. лікарів-стоматологів (26-27 вересня 1996р.) – Полтава, 1996. – С.90.
32. Тирса О.В. Підвищення ефективності застосування засобів первинної профілактики карієсу у дітей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2005. – 17 с.
33. Хоменко Л.А. Динамика развития структуры составляющих элементов показателей интенсивности кариеса зубов (КПУз) у детей 6-14 лет / Л.А. Хоменко, Е.Ф. Кононович, Эль Муттаки Фатима Захра // Вісн. стоматології. – 2001. – № 4. – С. 41-42.

References

1. Albitsky VY, Baranov AA. Sickly children. Clinical and social aspects, the path of recovery. Perm; 2006. 86 p. Russian.
2. Arzamazov SG, Ivanec IV. Some features of chronic tonsillitis. Vestnik Otolaringologii. 2011;(1):55-57. Russian.
3. Akhmedova GK. Clinical and microbiological study of chronic tonsillitis in children with chronic gastroduodenitis. Russian otorhinolaryngology. 2011;(6):11-6. Russian.
4. Baranov AL. The health of children in Russia. Moscow; 2000. 257p. Russian.
5. Bidenko NV. Features of clinic, prevention and treatment of dental caries and gingivitis in children with diffuse euthyroid ax [dissertation]. Kyiv; 1997. 18 p. Ukrainian.
6. Bondarenko VM, Peter VG. Stages of development of the infectious process and the dual role of the normal microflora. Vestnik RAMN. 1997;(3):7-10. Russian.
7. Bukharin OV, Usvyatsov BJ, Khusnutdinova LM. Some features of the microflora of tonsils and intermicrobial interaction (in normal and pathological). Zhurnal mikrobiologii epidemiologii i immunobiologii. 2000;(4):82-85. Russian.
8. Bukharin OV, Usvyatsov BJ, Khusnutdinova LM. Fundamental and applied aspects of microbial persistence. Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii. 2003;(4):3-8. Russian.
9. Veltischev YE. Clinical immunology and immunopathology childhood. Lecture for doctors. Moscow, 1996. 384 p. Russian.
10. Garashchenko TI. Tonsillar problem in pediatrics. Russian Rhinology. 1999;(1):59-61. Russian.
11. Garashchenko TI. Pharyngeal lymphoid ring in the infection and the immune response in children. Det. infekcii. 2006;(1):65-67. Russian.
12. Zabolotny DI, Melnikov OF. Theoretical aspects of the genesis and treatment of chronic tonsillitis. Kiev: Health Protection; 1999. 140 p.
13. Zaitseva OV. Sickly children, some aspects of the prevention and treatment. Consilium medicum. Appendix: pediatrics. 2004;(3):3-7. Russian.
14. Kischuk VV. Investigation of the relationship between the state of lymphopharyngeal ring and development of pathology in the body. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2001;(1):47-9. Russian.
15. Kischuk VV. Clinical and immunological approaches to the assessment of the functional state of the tonsils for the diagnosis and treatment of patients with chronic tonsillitis [dissertation]. Kiev; 2001. 33 p. Ukraine.
16. Korovin NA, Zaplatnikov AL, Cheburkin AV. Immunotherapy in sickly children. A Guide for Physicians. Moscow: Kontimed; 2001. 78 p. Russian.
17. Korchagina VV. Treatment of dental caries in young children. Moscow: MEDpress-inform; 2008. 150 p. Russian.
18. Koshel VI. Chronic tonsillitis and hypothalamic syndrome, we infectious-allergic etiology [dissertation]. Moscow; 1988. 18 p. Russian.
19. Kryukov AI, Hamzalieva RB, Zakharova AF. Surgical activity in chronic tonsillitis in terms of time. Vestn. otorinolaringologii. 2006;(5):301. Russian.

20. Leontiev VK, Mammadov LA. The evolution of ideas about the causes of dental caries. *Stomatologiya*. 2000;(1):20-2. Russian.
21. Lukninyh LM, Kosyuga SY. The intensity and prevalence of dental caries and motivation to regular oral care for children. *Novoe v stomatologyy*. 2001;(5):73-5. Russian.
22. Lukninyh LM. Efficiency of Imudon drug for prevention and treatment of dental caries. *Dentistry*. 2002;81(3):59-61. Russian.
23. Lukovsky LA. New data to the justification of a single clinical classification tonsillitis. In: Lukovsky LA. *Cardiovascular disease*. Kyiv; 1966. P. 259-66. Russian.
24. Makkaeva HM. The Prevalence, clinical manifestations and complications of chronic diseases pharyngeal lymphoid ring in children. *Rossyjskyj vestnyk perynatologyy u pedyatryy*. 2002;(1):28-33. Russian.
25. Nekrasov MN. The normalization of microflora of tonsils and intestines at complex physical therapy of chronic tonsillitis complicated by intestinal dysbiosis in children [dissertation]. Moscow; 2004. 23 p. Russian.
26. Podsvirov VI. Comparative characteristics of the functions of the tonsils in patients with chronic decompensated tonsillitis, and patients with acute appendicitis. *Russian otorhinolaryngology*. 2014;(1):179-81. Russian.
27. Popa VA. *Chronic tonsillitis*. Chisinau: Shtinita; 1984. 171 p. Russian.
28. Rajabov AH, Inoyatov FI, Amonov ShE. The clinical course of chronic tonsillitis in children with chronic hepatitis B. *Russian otorhinolaryngology*. 2012;61(6):132-6. Russian.
29. Roginskii VV. Inflammatory diseases of the maxillofacial area in children. Moscow: Detstomizdat; 1998. 241 p. Russian.
30. Snegur VA. Communication chronic tonsillitis with diseases of internal organs, depending on age and gender. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob.* 1978;(1):35-41. Russian.
31. Tereschina TP. Homeostasis oral liquid 7-8 year old children with varying degrees of susceptibility to caries. The main dental diseases, their prevention and treatment. Proceedings of All-Ukrainian scientific-practical Conference of dentists (26-27 September 1996r.). Poltava; 1996. P. 90. Russian.
32. Tyrsa OI. Improving the effectiveness of primary prevention of caries in children [dissertation]. Kyiv; 2005. 17 p. Ukrainian.
33. Khomenko LA, Kononovich EF, Fatima Zahra El Mottaki. The dynamics of the structure of the constituent elements of performance intensity of dental caries (KPUz) in children 6-14 years. *Visnyk stomatologii*. 2001;(4):41-2. Russian.

Надійшла до редакції 30.06.15.

© Т.В. Почуєва, Є.Є. Ямпольська, І.М. Сапожнікова, 2015

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА И КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Почуева Т.В., Ямпольская Е.С., Сапожникова И.М. (Харьков)

А н н о т а ц и я

На основании обследования 1710 детей при проведении школьных профосмотров выяснена частота встречаемости хронического тонзиллита в данном регионе среди больных в возрасте от 6 до 10 лет, которая составляет 14,9%. При этом почти половина из них имеют кариес зубов разной степени выраженности.

В клинической симптоматике хронического тонзиллита отмечен достаточно большой для детей такого возраста процент (24%) безангинозной формы, со всеми типичными признаками хронического воспаления, но с более частым наличием неприятного запаха изо рта, увеличением регионарных подчелюстных лимфоузлов и рубцовыми изменениями небных миндалин с дужками, особенно у верхнего полюса, на фоне их гипертрофии. Разнообразная сопутствующая соматическая патология, с превалированием функциональных изменений сердечно-сосудистой, бронхо-легочной систем и желудочно-кишечного тракта почти у половины обследованных, часто протекающих на фоне предрасположенности к аллергическим реакциям, не отличалась от таковой при отсутствии кариеса зубов в этой возрастной категории детей.

Доказано, что проведение планового противорецидивного лечения больных хроническим тонзиллитом традиционными средствами и санация кариеса зубов приводит к стабилизации процесса только в 39% наблюдений, что обосновывает необходимость более углубленного изучения у этих пациентов особенностей микробиологического, иммунного статуса и выработки дополнительных методов адекватной терапии.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, кариес, эпидемиология, дети.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PARALLELS TO CHRONIC TONSILLITIS AND DENTAL CARIES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Pochueva T.V., Yampol'ska E.S., Sapozhnikova I.M.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education; e-mail: pochuev@mail.ru

Abstract

Materials and methods. Based on the survey of 1710 school children during prophylactic examinations the incidence of chronic tonsillitis in the region among children 6-10 years old was clarified.

Results and discussion. The incidence of chronic tonsillitis made 14.9%. Moreover, almost half of them have dental cavities of varying severity. Chronic tonsillitis in the study was presented by non-anginal form (24% of patients), with all the typical signs of chronic inflammation, but with more frequent presence of bad breath, increase in regional and submandibular lymph nodes, scars between the tonsils and arches, especially at the upper end, on the background of their hypertrophy. Various concomitant somatic pathology, with a prevalence of functional changes in the cardiovascular, bronchopulmonary and gastrointestinal systems in almost half of the patients, often occurring on the allergic background does not differ from that in the absence of dental caries in children of this age group.

Conclusion. It is proved that the conduct of the planned anti-relapse treatment of chronic tonsillitis by traditional means and tooth decay sanitation leads to the stabilization process in only 39% of cases. This justifies the need for a more in-depth study of these patients' microbiologic features, their immune status and the development of additional methods of adequate therapy.

Key words: chronic tonsillitis, dental caries, epidemiology, children.