

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

ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ НА ТЛІ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

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

Хронічний тонзиліт як запальний процес з повільним перебігом, який зумовлений характером патологічних змін в піднебінних мигдаликах, рівнем неспецифічної і специфічної реактивності організму, станом мікробного середовища та напругою індукованих аутоімунних реакцій, залишається одним з розповсюджених захворювань глотки як у дорослих, так і у дітей, незважаючи на велику кількість досліджень з цього приводу [4, 18, 21, 26]. Унікальність визначеної патології полягає в можливості виникнення численних ускладнень з боку інших органів і систем, кількість яких перевищує 100 з невпинною тенденцією до збільшення [14, 24]. А складність проблеми в більшості випадків полягає у відсутності чітких діагностичних тестів для підтвердження або відхилення тонзилогенного характеру запального процесу, особливо коли мова йде про збіг двох або кількох спеціальностей (оториноларингологія, інфекційні хвороби, педіатрія, терапія, імунологія, ревматологія, ортодонтія та ін.).

Однією з таких суміжних проблем стають захворювання порожнини рота, а саме лімфоаденоїдного кільця і зубо-щелепної системи, особливо у дітей. Давно відомо, що гіпертрофія глоткового і піднебінних мигдаликів часто сприяє формуванню деформації лицевого скелету: зміні форми щелеп, неправильному росту зубів і порушенню прикусу, зміні форми твердого піднебіння – особливо у дітей дошкільного віку [2].

Останніми роками увагу педіатрів привертає, з одного боку, все частіше виявлення у дітей молодшого шкільного віку ознак хронічного тонзиліту, часто на тлі гіпертрофії піднебінних мигдаликів, а з другого боку, поширення каріозного ураження зубів. М.Р. Богомільский, В.Р. Чистякова [3] у патогенезі хронічного тонзиліту приділяють велику увагу інкапсульованим осередкам некрозу, які індукують зрив імунологічної толерантності та формування патологічного аутоімунного статусу. На думку авторів, це приводить до зростання частоти розвитку супутніх та поєднаних захворювань внаслідок токсичного впливу інфекції гематогенним і лімфогенним шляхом. Доведено, що рання поява осередків хронічної інфекції (в 2-3-річному віці), а також їх присутність до 5-7 років обумовлюють несприятливий вплив на організм дитини взагалі, а місцево – на стан зубо-щелепної системи [1, 7, 22].

Багато дослідників [10, 15, 23, 34] серед факторів ризику розвитку карієсу зубів, які суттєві для пацієнтів дошкільного і молодшого шкільного віку, називають зниження імунологічної реактивності організму дитини внаслідок частих застудних захворювань, перенесених дитячих інфекцій, хронічних запалень ЛОР-органів, а також часте приймання оральних антигістамінних препаратів, що може викликати призначення секретії слини, порушення функцій ковтання і жування. За даними О.В. Тирса [30], поширеність карієсу у дітей 12-річного віку

складає 98% з різним рівнем інтенсивності, при цьому визначена наявність хронічного тонзиліту у 58,9% хворих з каріозним ураженням зубів на тлі вираженої комбінованої соматичної патології та у 14,3% з карієсом без суттєвих соматичних захворювань. Ним доведено, що зміна факторів гуморального імунітету в ротовій порожнині значною мірою зумовлює особливості клінічного перебігу і ступінь активності каріозного процесу: виявлено зворотний кореляційний зв'язок між вмістом sIgA у змішаній слині, рівнем її мікробного обміненія та інтенсивністю карієсу зубів у 12-річних дітей, прямий кореляційний зв'язок між концентрацією сироваткового IgA і IgG та інтенсивністю карієсу.

В той же час визначено, що місцевий імунітет в порожнині рота значною мірою обумовлюється морфологічною повноцінністю і адекватною функціональною активністю піднебінних мигдаликів. Тому можна припустити, що хронічний тонзиліт на тлі карієсу зубів, може мати деякі особливості перебігу. Дослідженню цього питання у дітей молодшого шкільного віку було присвячено попереднє повідомлення [25].

Мета роботи – в порівняльному плані визначити клініко-епідеміологічні характеристики перебігу хронічного тонзиліту на тлі карієсу зубів у дітей молодшого і старшого шкільного віку.

Матеріали і методи

Для вирішення поставлених завдань нами були проаналізовані результати обстеження дітей шкільного віку з перебігом хронічного тонзиліту на тлі карієсу зубів під час профілактичного огляду у школах м. Харкова:

- 1-а група – 177 дітей віком 6-10 років (без гендерної різниці);

- 2-а група – 50 дітей віком від 14 до 17 років (без гендерної різниці).

Також проаналізована захворюваність дітей зазначеного віку в дитячій поліклініці № 14, на ділянці якої знаходяться школи, і в стоматологічній поліклініці № 7. Огляд проводився педіатром сумісно з отоларингологом і стоматологом. Обстеження виконувалось за загальною схемою. Місце-

вий статус досліджувався традиційно при ото-,рино-, фарингоскопії.

Тонзиліт, як запальний осередок хронічної інфекції в піднебінних мигдаликах із загальною інфекційно-алергічною реакцією організму людини, що на протязі життя може загострюватися, стабілізуватися, здобувати різну активність і знаходитися у різному ступені компенсації, визначався за класифікацією Л.А. Луковського [19], яка застосовувалась протягом тривалого часу і в цілому відповідає вимогам практичного лікаря. Відповідно до неї, розрізняються такі форми: компенсована – місцеві ознаки тонзиліту, немає частих ангін та алергізації організму; субкомпенсована – часті ангіни, зниження загальної реактивності організму і його алергізація; декомпенсована – наявність місцевих (паратонзиліт, парафарингіт, гнійний медіастеніт) та/або загальних ускладнень (тонзиллярний сепсис, тонзилотенна інтоксикація, кардіотонзиллярний синдром, ревматизм, нефрит, псоріаз та ін.).

Карієс зубів, як хронічний патологічний процес, що характеризується осередковою демінералізацією тканин зуба з утворенням деструктивної порожнини, знаходиться у різному ступені компенсації [5]. При обстеженні твердих тканин зубів сумісно зі стоматологом виявлялись присутність, розмір, глибина і локалізація каріозних порожнин, використовуючи загально прийнятну аббревіатуру: К/к – каріозні постійні/молочні зуби, П/п – пломбовані постійні/молочні зуби, В – видалені постійні зуби, КПВ + кп – сума каріозних, пломбованих і видалених постійних та молочних зубів у однієї дитини. Виділялись компенсована стадія – поодинокі ураження, які викликані короткочасним впливом місцевих (в основному) і загальних ушкоджуючих факторів (індекс КПВ + кп = 0-5); субкомпенсована (індекс КПВ + кп = 6-8) і некомпенсована – множинні ураження зубів в результаті тривалого впливу як місцевого, так і загального характеру (індекс КПВ+ кп \geq 9) [31].

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

Нами проаналізовані такі епідеміологічні показники:

- захворюваність на 1000 осіб, що відображає число нових випадків зазначеного захворювання, зареєстрованих протягом останнього року, і розраховується як відношення числа вперше зареєстрованих випадків захворювання за який-небудь проміжок часу до величини населення;

- розповсюдженість на 1000 осіб, що відображає суму вперше зареєстрованих випадків захворювання і всіх раніше зареєстрованих випадків по відношенню до чисельності населення; її величина залежить від рівня захворюваності та тривалості перебігу захворювань (з лікуванням чи без).

Відмічено (рис. 1), що поширеність гіпертрофії піднебінних мигдаликів у дітей молодших класів (ГПМ-м) на 1000 осіб складала в середньому 173,4 (межі коливань – 168,1-181,5) з незначною тенденцією до зростання на протязі останніх років. В старших класах (ГПМ-с) цей показник статистично достовірно менше – відповідно 107 (межі коливань – 106-108), що відповідає загально прийнятним уявленням про функціональну активність і розмір піднебінних мигдаликів у допубертатному періоді та про зниження їх (показників) в пубертатному періоді під впливом полових гормонів (Л.Н. Уланова, В.Ф. Прикольцева, 1976; В.А. Снегур, 1978). При цьому кожен рік виявляється така патологія у старшокласників в 16 випадках на 1000 населення (межі коливань 14,2-18,2), а в молодших – у 1,5 рази більше – в 25 (межі коливань – 24,1-26,9).

Це співпадає з результатами досліджень інших авторів [11, 35], які розрізняють кілька критичних періодів становлення імунної системи, коли можливий ріст інфекційно-алергічних та аутоімунних захворювань, у тому числі поєднаних з патологією ЛАГК. За їх уявленням, у дітей молодшого шкільного віку дисбаланс імуноглобулінів крові і секретів в порожнинах верхніх дихальних шляхів приводить до гіперергічних реакцій, в той час як у дітей старшого шкільного віку інтенсивний соматичний ріст поєднується з невисоким темпом дозрівання імунної системи, а рівень полових гормонів зазнає значних коливань, що веде до пригнічення клітинної ланки імунітету з одночасною стимуляцією гуморальних механізмів.

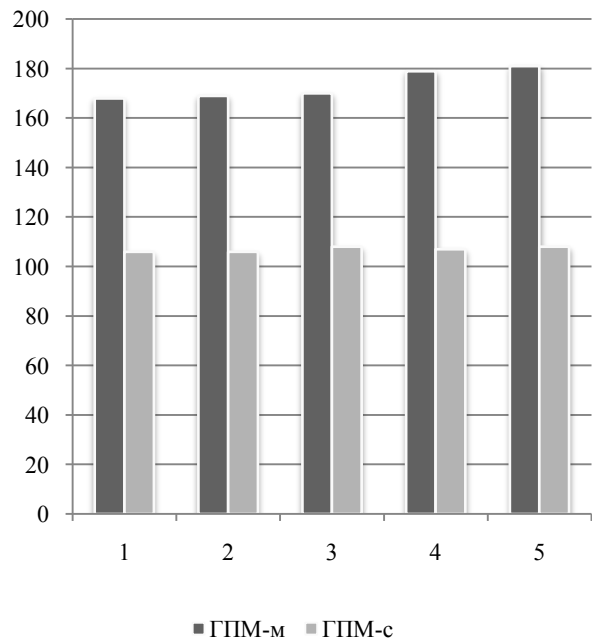


Рис. 1. Порівняння розповсюдженості гіпертрофії піднебінних мигдаликів у дітей молодших (ГПМ-м) і старших (ГПМ-с) класів за останні 5 років (1 – 2010 р., 2 – 2011 р., 3- 2012 р., 4 – 2013 р., 5 – 2014 р.).

Ознаки хронічного тонзиліту виявляються у дітей молодшого і старшого шкільного віку також в різних кількісно-якісних категоріях (рис. 2).

Констатовано, що розповсюдженість хронічного тонзиліту у дітей молодших класів (ХТ-м) на 1000 осіб складала в середньому 17,9 (межі коливань – 15,6-20,1) також з незначною тенденцією до зростання. В старших класах (ХТ-с) цей показник статистично достовірно більше (приблизно у 1,5 рази) – 27,3 (межі коливань – 26,5-28,2), що відповідає середньостатистичним даним багатьох дослідників [3, 6, 8]. При цьому кожен рік виявляється така патологія у молодших школярів приблизно в 1,3 випадках на 1000 населення (межі коливань – 1,2-14,1), а у старших – приблизно в 2,5 разів частіше, а саме: в 3,3 випадках на 1000 населення (межі коливань – 2,9-3,6).

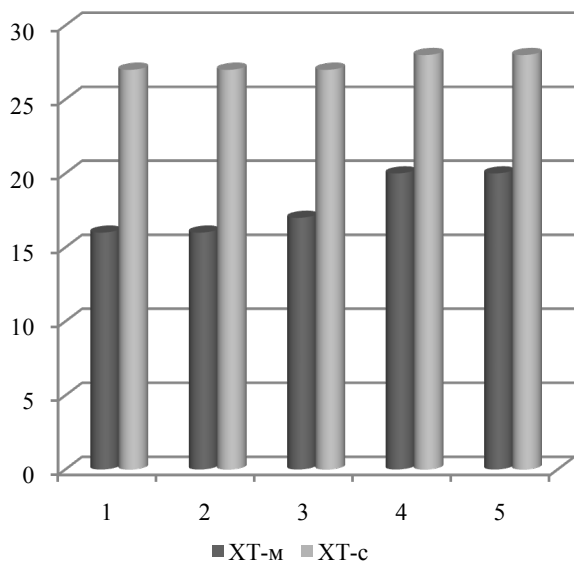


Рис. 2. Порівняння розповсюдженості хронічного тонзиліту у дітей молодших (ХТ-м) і старших (ХТ-с) класів за останні 5 років (1 – 2010 р., 2 – 2011 р., 3 – 2012 р., 4 – 2013 р., 5 – 2014 р.).

Підтверджена нами зворотно пропорційна залежність гіпертрофії піднебінних мигдаликів і хронічного тонзиліту у дітей до- і пубертатного періодів обумовлена особливостями становлення імунної системи, її зв'язками з вегетативною нервовою системою і гіпоталамо-гіпофізарною функцією [3, 12, 17]. Відомо, що у дошкільнят клітинний склад піднебінних мигдаликів представлений на 80% Т-клітинами, але кількісний склад Т-хелперів недостатній, це призводить до неадекватного диференціювання В-лімфоцитів і при збільшенні антигенного навантаження викликає гіперпродукцію IgE, а не секреторного IgA в лімфоїдній тканини, що обумовлює інфекційно-алергічний патогенез хронічного тонзиліту. Низька здатність лімфоїдній тканини до синтезу повноцінних антитіл викликає гіперплазію піднебінних і глоткового мигдаликів. У молодшому шкільному періоді закінчується морфологічна реорганізація піднебінних мигдаликів, які отримують максимальну площу поверхні за рахунок повного розвитку лакун та крипт, і вже на цьому етапі можливе більш-менш тривале порушення дренажу лакун. Пубертатний період характеризується зменшенням маси лімфо-

їдних органів зі стимуляцією гуморальної ланки імунітету [4, 6, 8, 17].

Якщо вважати, що піднебінні мигдалики впливають безпосередньо на стан місцевого імунітету, то доцільно згадати роботи стосовно вивчення вмісту sIgA у змішаній слині дітей з різною інтенсивністю каріозних уражень зубів, які є досить суперечливими. Одні автори визначають значне зменшення цього показника [5, 13, 16, 28, 37], проте інші вказують на його збільшення [20]. Щодо інших класів імуноглобулінів, то існують тільки поодинокі дослідження [1], які відмічають існування прямих кореляційних зв'язків між інтенсивністю каріозних уражень зубів і вмістом sIgA та IgM в ротовій порожнині.

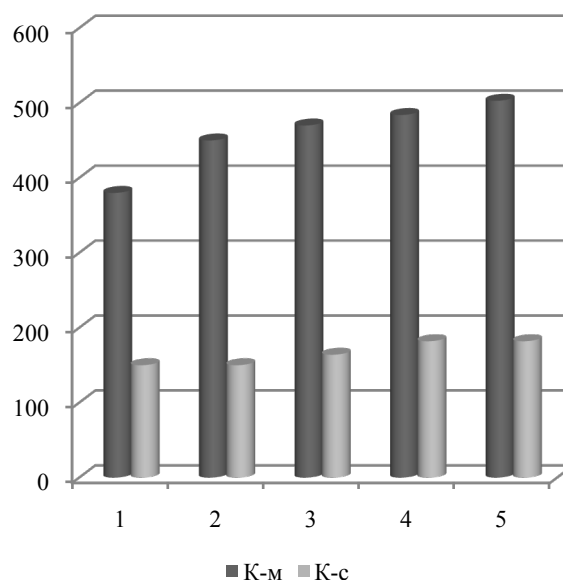


Рис. 3. Порівняння розповсюдженості карієсу зубів у дітей молодших (К-м) і старших (К-с) класів (1 – 2010 р., 2 – 2011 р., 3 – 2012 р., 4 – 2013 р., 5 – 2014 р.).

Нами виявлено (рис. 3), що розповсюдженість карієсу зубів у дітей молодших класів (К-м) на 1000 осіб становила в середньому 457 (межі коливань – 380-503) з незначною тенденцією до зростання протягом останніх років. В старших класах (К-с) цей показник був статистично достовірно менше (приблизно у 2,7 рази) – відповідно 166 (межі коливань – 150-182). При цьому кожен рік виявляється така патологія у молодших школярів в 46,4 випадках на 1000 насе-

лення (межі коливань 42-50), у старших – трохи рідше, а саме в 36,8 випадках на 1000 населення (межі коливань – 35-39).

Таким чином, нами визначена цікава тенденція: незважаючи на те, що в старших класах, коли проведення стоматологічного лікування більш можливе з фізичної і психоемоційної точок зору, поширеність карієсу зубів у дітей цього віку поступово зменшується, а захворюваність зберігає приблизно той же рівень, що і у молодших, кількість хворих на хронічний тонзиліт зростає

(розповсюдженість – в 1,5, а захворюваність – в 2,3 рази). Особливості перебігу хронічного тонзиліту у дітей молодшого шкільного віку в клінічному плані на тлі карієсу зубів різної інтенсивності і без нього детально описані нами в попередньому повідомленні [25]. В цій роботі ми приділили увагу старшому шкільному віку, обстеживши 50 дітей віком 14-17 років з хронічним тонзилітом на тлі карієсу зубів, і порівняли з аналогічним станом у дітей молодшого віку (таблиця).

Порівняння клінічної симптоматики хронічного тонзиліту на тлі карієсу зубів у дітей молодшого і старшого шкільного віку

Ознаки хронічного тонзиліту	1-а група (n=177)	2-а група (n=50)
	число хворих	
Скарги, анамнез захворювання		
Частота виникнення ангін:		
1-2 рази за все життя або ніколи	43 (24%)	18 (36%)
1-2 рази на рік	105 (60%)	27 (54%)
3 і більше разів на рік	29 (16%)	5 (10%)
Періодичні болі в глотці	156 (88%)	36 (72%)
Періодичні болі в області підщелепних лімфатичних вузлів	118 (67%)	22 (44%)*
Неприємний запах із рота	78 (44%)	33 (66%)*
Відкашлювання гнійних пробок	23 (13%)	9 (18%)
Слабкість, підвищена стомлюваність	84 (47%)	26 (52%)
Тривалий субфебрилітет	78 (44%)	17 (34%)
Паратонзиліти в анамнезі	7 (4%)	9 (18%)
ЛОР-статус		
Валикоподібне потовщення країв передніх і задніх піднебінних дужок	118 (67%)	24 (48%)
Смужка застійної гіперемії по передній дужці	98 (55%)	30 (60%)
Рубцеві спайки між мигдаликами та піднебінними дужками	112 (63%)	37 (74%)
Наявність казеозно-гнійних пробок у лакунах мигдаликів при ротації	108 (61%)	38 (76%)
Наявність рідкого гною у лакунах мигдаликів при ротації	7 (4%)	10 (20%)
Збільшення і ущільнення регіонарних лімфатичних вузлів	72 (41%)	9 (18%)*
Форми хронічного тонзиліту		
Компенсована	70 (39%)	11 (22%)
Субкомпенсована	100 (56%)	25 (50%)
Декомпенсована	7 (4%)	14 (28%)*
Стадії каріозного процесу		
Компенсована	52 (29%)	19 (38%)
Субкомпенсована	118 (67%)	33 (64%)
Декомпенсована	7 (4%)	9 (18%)

Примітка: * - статистична різниця між 1 і 2-ю групами

Виявлено, що у дітей старшого шкільного віку у яких прояви хронічного тонзилі-

ту поєднуються з карієсом зубів, зберігається тенденція до безангінозної форми перебі-

гу, як і в молодших класах. Підлітки частіше звертаються до педіатрів з приводу неприємного запаху з рота (66% і 44%), який може мати як місцеве походження (хронічний осередок інфекції на зубах і/або в мигдаликах), так і віддалене (патологія кишково-шлункового тракту або дихальної системи). І тут обов'язковими повинні бути не тільки орофарингоскопія, а ротація мигдаликів, коли виявляється наявність казеозно-гнійних пробок (у 76%) і навіть рідкий гній (20%) в лакунах мигдаликів. В підлітковому періоді у обстежуваних статистично достовірно частіше мала місце вказівка в анамнезі на прояви паратонзиліту (28% проти 4%). Це співпадає зі зменшенням реакції підщелепних лімфатичних вузлів під час запалення (періодичні болі в них та розміри вузлів) у пубертатному періоді. В цілому в 2-й групі збільшується кількість пацієнтів з некомпенсованою формою хронічного тонзиліту до 28%, що потребує хірургічного втручання, а найчисленнішою залишається субкомпенсована форма (50%).

При порівнянні стадій каріозного процесу у дітей молодшого і старшого шкільного віку виявлено дисонанс між кількісними і якісними показниками. Незважаючи на зменшення розповсюженості карієсу зубів у дітей віком 14-17 років, більшість хворих знаходиться в стадії субкомпенсації (64%), що не відрізняється від аналогічних показників у дітей 6-10 років (67%). Ці результати співпадають з даними інших авторів [9, 10, 34].

Література

1. Аксенова Т.В. Клинико-иммунологический статус больных с осложнениями кариеса зубов / Т.В. Аксенова // Кубанский научный мед. вестн. – 2004. – № 2-3. – С. 7-9.
2. Антонив В.Ф. Новый взгляд на гипертрофию глоточной миндалины: аденоиды – аденоидная болезнь / В.Ф. Антонив, В.М. Аксенов, П.А. Рауцкис // Рос. мед. журн. – 2004. – № 3. – С. 45-46.
3. Богомільский М.Р. Детская оториноларингология: учебник / М.Р. Богомільский, В.Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 576 с.
4. Быкова В.П. Современный аспект проблемы тонзиллярной болезни / В.П. Быкова // Арх. патологии. – 1996. – № 3. – С. 23-30.
5. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Виноградова Т.Ф. – М.: Медицина, 1998. – 256 с.
6. Гарашенко Т.И. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей / Т.И. Гарашенко, М.Р. Богомільский, Е.В. Шишмарева // Детские инфекции. – 2004. – №1. – С. 26-20.
7. Говорун М.И. К механизму распространения инфекционного агента из миндалин при хро-

Висновки

Нашими дослідженнями з'ясовано, що захворюваність на хронічний тонзиліт у дітей молодшого шкільного віку залишається на досить високому рівні на протязі останніх 5 років, а в підлітковому періоді зростає ще приблизно у 1,5 рази, незважаючи на проведення традиційних лікувальних заходів.

При комбінації хронічного тонзиліту і карієсу зубів у дітей як молодшого, так і старшого шкільного віку переважає безангінозна форма хронічного тонзиліту, яка не завжди помітна при поверхневому огляді навіть отоларингологом, а тим більше педіатром, що не спонукає батьків до проведення протирецидивних заходів. Основними скаргами при звертанні до лікарів стає неприємний запах з рота, який виявляється частіше в підлітковому періоді (66% і 44%). При ротації мигдаликів, яку ми вважаємо обов'язковим методом дослідження, окрім рубцевих спайок між мигдаликами та піднебінними дужками, особливо у верхньому полюсі, визначається наявність казеозно-гнійних пробок і рідкий гній в лакунах. Карієс зубів при цьому обтяжує перебіг хронічного тонзиліту.

Наведені дані наглядно демонструють важливість своєчасного проведення протирецидивного лікування саме дітей молодшого шкільного віку, хворих на хронічний тонзиліт, особливо в тих випадках, коли його перебіг здійснюється на тлі карієсу зубів.

- ническом тонзиллите / М.И. Говорун, А.А. Горохов, П.А. Паневин // Рос. оториноларингология. – 2006. – № 4. – С. 22-23.
8. Гофман В.В. Особенности функциональной активности и функционального резерва небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом / В.В. Гофман // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 354-357.
 9. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко та співав. // Київ: Медицина, 2010. – 604 с.
 10. Добровольська, М. К. Стан тканин ротової порожнини першокласників м. Хмельницького / М.К. Добровольська, В.І. Левицька // Вісн. стоматології. – 2004. – № 3. – С. 92-94.
 11. Заболотный Д.И. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита / Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников. – Київ: Здоров'я, 1998. – 122 с.
 12. Касаткин А.Е. Изменение функциональной активности небных миндалин при лечении больных хроническим тонзиллитом и вегетозами / А.Е. Касаткин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. Санкт-Петербург, 2007. – 18 с.
 13. Кипиани Г.Э. Состояние местного иммунитета при кариесе зубов у детей / Г.Э. Кипиани // Стоматология. – 1989. – Т.68, № 5. – С. 82-83.
 14. Кишук В.В. Исследование связи между состоянием лимфоузлов и развитием патологии в организме / В.В. Кишук // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 1. – С. 47-49.
 15. Косенко К. Н. Эпидемиология основных стоматологических заболеваний у населения Украины и пути их профилактики / К. Н. Косенко: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Одесса, 1993. – 56 с.
 16. Кочетова Л.И. Иммунный статус у детей с различной интенсивностью кариеса и хронического гингивита / Л.И. Кочетова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рига, 1988. – 21 с.
 17. Крюков А.И. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А.И. Крюков, Г.Н. Изотова, А.Ф. Захарова, П.Л. Чумаков, О.А. Киселева // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – № 5. – С. 4-6.
 18. Лазарев В.Н. Хронический тонзиллит: Руководство для врачей / В.Н. Лазарев. – М., 2005. – 308 с.
 19. Луковский Л.А. Новые данные к обоснованию единой клинической классификации тонзиллита / Л.А. Луковский // Сердечно-сосудистая патология. – Киев, 1966. – С. 259-266.
 20. Лукниных Л.М. Кариес зубов (этиология, лечение, профилактика) / Л.М. Лукниных. – Н.Новгород: НГМА, 1999. – 186 с.
 21. Мельников О.Ф. Современные теоретические аспекты тонзиллярной проблемы / О.Ф. Мельников // Матер. наук.-практ. конф., посвящ. 100-річчю з дня народження проф. О.С. Коломійченка. – Київ, 1998. – С. 287-293.
 22. Пальчун В.Т. Роль и место учения об очаговой инфекции в патогенезе и современных подходах к лечебной тактике при хроническом тонзиллите / В. Т. Пальчун, Б.М. Сагалович // Вестн. оториноларингологии. – 1995. – № 5. – С. 5-12.
 23. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. – М.: Медицина, 2003. – 640 с.
 24. Попа В.А. Хронический тонзиллит / В.А. Попа. – Кишинев: Штийнца, 1984. – 252 с.
 25. Почуєва Т.В. Клініко-епідеміологічні паралелі хронічного тонзиліту і карієсу зубів у дітей молодшого шкільного віку / Т.В. Почуєва, Є.Є. Ямпольська, І.М. Сапожнікова // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2015. – № 4. – С. 27-37.
 26. Преображенский Б.С. Ангины, хронический тонзиллит и сопряженные с ними общие заболевания / Б.С. Преображенский, Т.М. Попова. – М.: Медицина, 1970. – 384 с.
 27. Руденко М.М. Состояние стоматологического статуса у школьников из различных регионов Украины / М. М. Руденко, В. С. Бондаренко, Ю. Н. Коваль, Н. Ф. Коновалов // Вісн. стоматології. – 1998. – № 2. – С. 77-79.
 28. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов у детей и подростков: Учебное пособие / Х.М. Сайфуллина. – Москва: МЕДпресс, 2000. – 95 с.
 29. 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.
 30. Тирса О.В. Підвищення ефективності застосування засобів первинної профілактики карієсу у дітей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2005. – 17 с.
 31. Удовицька О.В. Дитяча стоматологія / О.В. Удовицька, Л.Б. Лепорська, Т.М. Спірідонова. – К.: Здоров'я, 2000. – 296 с.
 32. Уланова Л.Н. Некоторые особенности пубертатного развития детей, больных хроническим тонзиллитом / Л.Н. Уланова, В.Ф. Прикольцева // Вопросы охраны материнства. – 1976. – № 2. – С. 41-44.
 33. Хмельницкая Н.М. Оценка функционального состояния небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом / Н.М. Хмельницкая, В.В. Власова, В.А. Косенко // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 4. – С. 33-39.
 34. 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.
35. Цветков Э.А. Аденонозиллиты и их осложнения у детей / Э.А. Цветков. – СПб., 2003. – 83 с.
36. Цкаровели Г.О. Влияние экзогенных и эндогенных факторов на функциональное состояние гипофизарно-надпочечниковой системы у детей здоровых и больных хроническим тонзиллитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тбилиси, 1989. – 19 с.
37. Чижевский И.В. Клеточная система иммунитета у детей с множественным кариесом зубов / И.В.Чижевский // Современная стоматология. – 2002. – №4 (20). – С. 46-47.

References

- Aksenova T. Clinical and immunological status of patients with complications of dental caries. *Kubanskiy nauchnyi med. vestn.* 2004;(2-3):7-9. Russian.
- Antoniv V, Aksenov V, Rautskis P. A new look at the pharyngeal tonsil hypertrophy: adenoids - adenoid disease. *Russian Medical Journal.* 2004;(3):45-6. Russian.
- Bogomilsky M, Chistyakov V. *Children's otolaryngology: the textbook.* Moscow: GEOTAR Media; 2012. 576 p. Russian.
- Bykov V. The modern aspect of the problem tonsillar disease. *Arkh patologii.* 1996;(3):23-30. Russian.
- Vinogradov T. *Clinical examination of children at the dentist.* Moscow: Medicine; 1998. 256 p. Russian.
- Garashenko T, Bogomilsky M, Shishmareva E. New approaches to the treatment of exacerbations of chronic tonsillitis in children. *Detskie infektsii.* 2004;(1):24-27. Russian.
- Govorun M, Gorokhov A, Panevin P. The mechanism for the spread of the infectious agent from the tonsils in chronic tonsillitis. *Russian otorhinolaryngology.* 2006;(4):22-3. Russian.
- Hoffman V. Features of functional activity and functional reserve of the tonsils in chronic tonsillitis. *System analysis and management in biomedical systems.* 2014;13(2):354-7. Russian.
- Danilevsky M, Borisenko A. *Dental therapeutic.* Kiev: Zdorov'ja; 2010. 604 p. Ukrainian.
- Dobrovolska M, Levytskyj V. State of oral tissues of first graders of Khmel'nitsky city. *Visnik stomatologii.* 2004;(3):92-4. Ukrainian.
- Zabolotny D, Melnikov O. Theoretical aspects of the genesis and treatment of chronic tonsillitis. Kiev: Okhorona Zdorov'ja; 1998. 122 p. Russian.
- Kasatkin A. Changes in functional activity of the tonsils in the treatment of patients with chronic tonsillitis and vegetozs [dissertation]. St. Petersburg: Military Medical Academy named after S.Kirov; 2007. 18 p. Russian.
- Kipiani G. Status of local immunity in dental caries in children. *Stomatologiya.* 1989;68(5):82-3. Russian.
- Kischuk V. Investigation of the relationship between the state of limfoglo-pharyngeal ring and the development of disease in the body. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob.* 2001;(1):47-9. Russian.
- Kosenko K. *Epidemiology of major dental diseases among the population of Ukraine and ways of their prevention [dissertation].* Odessa; 1993. 56 p. Russian.
- Kochetova L. *Immune status in children with different intensity of caries and chronic gingivitis [dissertation].* Riga; 1988. 21 p. Russian.
- Kryukov A, Izotov G, Zakharova A, Chumakov P, Kiselev O. The urgency of the problem of chronic tonsillitis. *Vestnik otorinolaringologii.* 2009;(5):4-6. Russian.
- Lazarev V. *Chronic tonsillitis: A Guide for Physicians.* Moscow; 2005. 308 p. Russian.
- Lukovsky L. New data to the justification of a single clinical classification tonsillitis. *Cardiovascular disease.* Kyiv; 1966. P. 259-66. Russian.
- Lukninyh L. *Dental caries (etiology, treatment, prevention).* Nizhny Novgorod: NGMA; 1999. 186 p. Russian.
- Melnikov O. *Modern theoretical aspects tonsillar-term problems. Proceedings of jubilee scientific and practical conference dedicated to the 100th anniversary of prof. AS Kolomyichenko.* Kyiv; 1998. P. 287-93. Russian.
- Palchun V, Sagalovich B. The role and place of the doctrine of focal infection in pathogenesis and current approaches to the treatment strategy for chronic tonsillitis. *Vestnik otorinolaringologii.* 1995;(5):5-12. Russian.
- Piersyn L, Elizarov V, Dyakov S. *Pediatric Dentistry.* Moscow: Medicine; 2003. 640 p. Russian.
- Popa V. *Chronic tonsillitis.* Chisinau: Shtiintsa, 1984. 252 p. Russian.
- Pochueva T, Yampolska E, Sapozhnikova I. Clinical and epidemiological parallels chronic tonsillitis and dental caries in primary school children. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob.* 2015;(4):27-37. Ukrainian.
- Preobrazhensky B, Popova T. *Angina, chronic tonsillitis and associated common diseases.* Moscow: Medicine; 1970. 384 p. Russian.

27. Rudenko M, Bondarenko V, Koval N, Konoval NF. Dental status of schoolchildren from different regions of Ukraine. *Visnyk stomatologii*. 1998; (2):77-9. Russian.
28. Saifullina H. Dental caries in children and adolescents: Textbook. Moscow: "MEDpress"; 2000. 95 p. Russian.
29. Snegur V. Communication chronic tonsillitis with diseases of internal organs, depending on the age and sex. *Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob*. 1978;(1):35-41. Russian.
30. Tirso O. Improving the effectiveness of primary prevention of caries in children [dissertation]. Kyiv; 2005. 17 p. Ukrainian.
31. Udovitska O, Leporska L, Spiridonova T. *Pediatric Dentistry*. Kiev: Health; 2000. 296 p. Ukrainian.
32. Ulanova L, Prikoltseva V. Some features of pubertal development of children with chronic tonsillitis. *Maternity protection*. 1976;(2):41-4. Russian.
33. Khmelnytsky N, Vlasov V, Kosenko V. Evaluation of the functional state of the tonsils in chronic tonsillitis. *Vestnik otorinolaringologii*. 2000;(4):33-9. Russian.
34. Khomenko L, Kononovich E, Fatima Zahra E 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.
35. Tsvetkov E. Adenotonsillitis and their complications in children. St-Petersburg, 2003. 83 p. Russian.
36. Tskaroveli G. Effect of exogenous and endogenous factors on the functional state of the pituitary-nadpochechnikoey of healthy children and patients with chronic tonsillitis [dissertation]. Tbilisi; 1989. 19 p. Russian.
38. Chizhevsky I. The cellular immune system in children with multiple dental caries. *Sovremenaia stomatologia*. 2002:20(4):46-7. Russian.

Надійшла до редакції 01.12.15.

© Т.В. Почуєва, Є.Є. Ямпольська, І.М. Сапожнікова, 2016

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ КАРИЕСА ЗУБОВ, У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

А н н о т а ц и я

На основании анализа эпидемиологических показателей поликлиник педиатрического и стоматологического профиля за последние 5 лет в одном из крупных районов г. Харькова подтверждена актуальность и важность изучения течения хронического тонзиллита у школьников. При этом распространенность этой патологии у подростков в 1,5 раза больше, чем у младших школьников, а ежегодный прирост количества вновь выявляемых случаев – в 2,5 раза больше. На этом фоне в сравнительном плане закономерно снижается частота развития гипертрофии небных миндалин в 1,5 раза. Распространенность кариеса зубов от младшего к старшему школьному возрасту уменьшается в 2,7 раза, хотя первично выявляемых очагов в течение года меньше только в 1,3 раза. При этом две трети таких школьников имеют субкомпенсированную стадию кариеса зубов.

В клинической симптоматике хронического тонзиллита, протекающего на фоне кариеса зубов, продолжает доминировать безангинозная форма со стертыми иногда признаками хронического воспаления, но с еще более частым по отношению к младшим школьникам выявлением у подростков неприятного запаха изо рта, рубцовыми изменениями небных миндалин с дужками, наличием казеозно-гнойных пробок и жидкого гноя в лакунах. Приведенные данные наглядно демонстрируют важность своевременного проведения противорецидивного дифференцированного лечения именно детей младшего школьного возраста, больных хроническим тонзиллитом особенно в тех случаях, когда он протекает на фоне кариеса зубов.

RATIONALE FOR STUDY OF FEATURES OF CHRONIC TONSILLITIS COMORBID WITH DENTAL CARIES IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE

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

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

Abstract

The importance of studying the course of chronic tonsillitis in schoolchildren was affirmed based on analysis of epidemiological indicators of pediatric clinics and dental profile of the last 5 years in one of the large districts of Kharkiv. At the same time the prevalence of this disease in adolescents is 1.5 times greater than that of younger students, and the annual increase in the number of newly diagnosed cases - 2.5 times greater. And the incidence of hypertrophy of the tonsils naturally reduces by 1.5 times. The prevalence of dental caries from junior to senior school age decreases by 2.7 times, although the frequency of primary caries detected during the year is just less than 1.3 times.

Non-anginal form with blurred signs of chronic inflammation continues to dominate among the clinical forms of chronic tonsillitis. Halitosis, scar changes in the tonsils, the presence of purulent-caseous plugs and liquid pus in lacunas are more frequent symptoms in adolescents.

These data demonstrate the importance of the timely implementation of antirelapse differentiated treatment exactly of primary school age children with chronic tonsillitis, especially in cases where it comorbid with dental caries.