

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-321-324  
 УДК 616.314.17-008.1-036.1-07-06:616.322-002.2  
 Басіста А. С., Баміз В. М.

**НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛИТОМ**

**Вищий державний навчальний заклад України  
 «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)**

basista.a@bsmu.edu.ua

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Запропоноване дослідження є фрагментом комплексної НДР «Розробка методів діагностики, терапевтичного лікування та реабілітації стоматологічних хворих» (№ державної реєстрації 0115U002765) Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет».

**Вступ.** Захворювання тканин пародонту становлять складну і невирішену проблему сьогодення. Згідно даних ВООЗ, високий рівень гінгівіту і пародонтиту простежується однаковою мірою як у дорослих пацієнтів (у віці 35-44 роки – 65-98,5%), так у підлітків та осіб молодого віку 15-19 років – 55-89%. Запальні захворювання тканин пародонту визнані домінуючими у загальній структурі патологічних процесів порожнини рота та визначаються як результат взаємодії патоген-організм, що має низький рівень захисних сил та формує надмірну чутливість макроорганізму до даного бактерійного навантаження. Запальний процес тканин пародонту відкриває шлях до інфікування не лише тканин порожнини рота, але й глотки. Взаємозв'язок патологічних процесів, що відбуваються у тканинах пародонтального комплексу і глотки, має велике значення з огляду на подібність їх етіологічних та патогенетичних ланок [1-4].

Хронічний генералізований пародонтит та хронічний тонзиліт є найбільш поширеними запально-деструктивними захворюваннями ротової порожнини і фарингіальної ділянки. За даними ВООЗ, більше 80,0% населення у світі мають захворювання тканин пародонту, котрі займають 4-те місце серед неінфекційних захворювань, поступаючись місцем лише серцево-судинним, онкологічним захворюванням та цукровому діабету [5-7].

Як відомо, стан місцевого імунітету слизової оболонки порожнини рота (СОПР) обумовлюється низкою факторів, у тому числі серед яких провідну роль відіграють піднебінні мигдалики. Хронічний генералізований пародонтит у 69,2% випадків поєднується з патологією лімфоїдних утворень глотки. Порушення функціонування місцевих імунних факторів, у тому числі піднебінних мигдаликів, може бути клінічним маркером порушення резистентності місцевого імунітету порожнини рота [5,7-10].

**Мета дослідження** – вивчити нозологічні форми, поширеність, особливості клінічного перебігу захворювань тканин пародонту на фоні супутнього хронічного тонзиліту.

**Об'єкт і методи досліджень.** Дослідження проводилося на базі ЛОР-відділення дорослих та дітей КМУ «Міська лікарня №1», м. Чернівці. Оглянуто 100 пацієнтів віком від 18 до 44 років. Сформовано дві групи: I основна група – 63 осіб із захворюваннями тканин пародонту та супутнім хронічним тонзилітом (ХТ); II група порівняння – 37 осіб із захворюваннями тканин пародонту. Для постановки клінічного діагнозу використовували класифікацію захворювань тканин пародонту М. Ф. Данилевського. Для уточнення супутнього діагнозу вивчали дані історії хвороби, анамнестичні дані та суб'єктивні скарги. Статистичну обробку даних проводили із застосуванням стандартних пакетів програми «Statgraphic 2.3» та «Microsoft Office Excel 2010».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проаналізувавши отримані анамнестичні дані було встановлено, що більшість осіб із захворюваннями тканин пародонту на фоні ХТ мали досить широкий арсенал супутньої соматичної патології, що спонукало нас для проведення аналізу виділених груп, саме з цієї точки зору, для з'ясування ідентичності і можливості порівнювати їх без додаткової соматичної патології (рис. 1).

За анамнестичними даними та суб'єктивними скаргами, було вивчено прояви хронічного тонзиліту у осіб молодого віку. У досліджуваних віком 18-44 роки превалювали компенсовані і субкомпенсовані форми ХТ, які зустрічались у 43,97% та 40,52% обстежених, відповідно.

Встановлено, що дана когорта досліджуваних відноситься до часто хворюючих. Так, частота ангін, що виникали 1-2 рази або 3 рази і більше на рік становила 31,21% та 54,61%, відповідно. При клінічному обстеженні пацієнтів нами встановлено, що ХТ у більшості хворих перебігав на фоні гіпертрофії піднебінних мигдаликів II + III ступеня,  $p > 0,05$ . Однак,

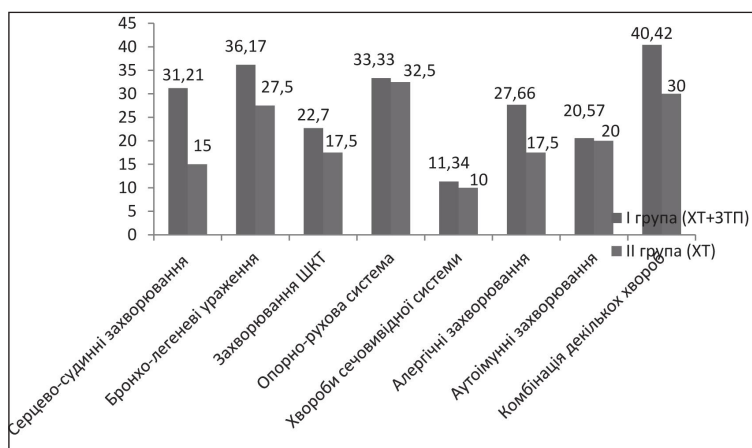


Рисунок 1 – Частота соматичної патології у групах дослідження.

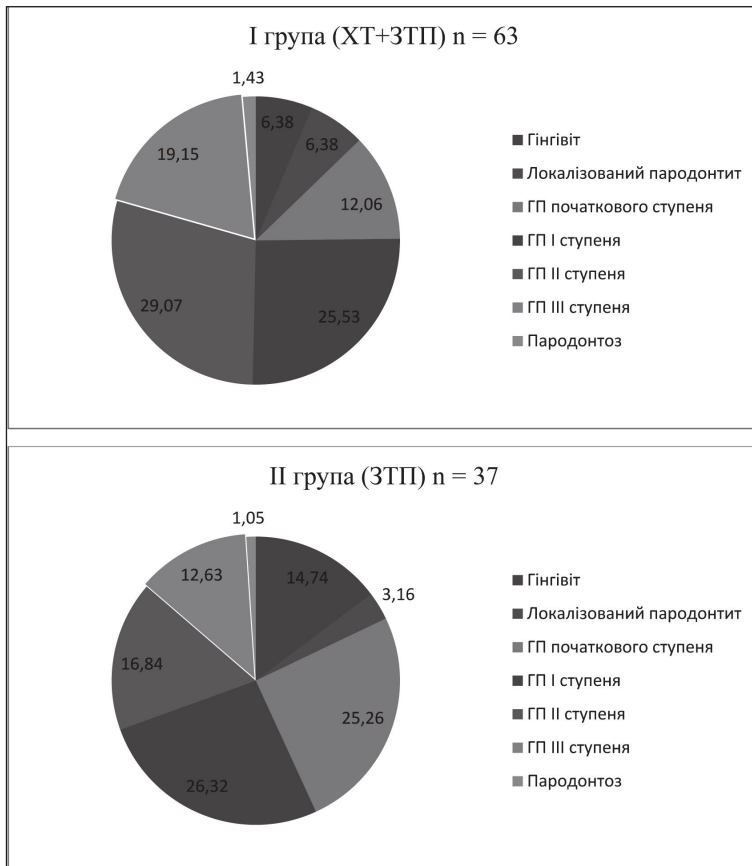


Рисунок 2 – Нозологічні форми захворювань тканин пародонту у осіб I та II групи дослідження.

гіпертрофія піднебінних мигдаликів III ступеня зустрічалась у 39,72%,  $p < 0,05$ . Дана тенденція може свідчити про недостатню функціональну активність і перенапруження місцевих захисних механізмів лімфоглоткового кільця. Звертало увагу, переважання рубцевих спайок між мигдаликами та піднебінними дужками (63,12%,  $p > 0,05$ ), а також статистично достовірне збільшення регіонарних підщелепових вузлів (49,65%,  $p > 0,05$ ). Наявність рідкого гною у мигдаликах об'єктивізували в 7,80% осіб.

Порівняльний аналіз нозологічних форм захворювань тканин пародонту (рис. 2) був проведений між хворими I основної групи та II групи порівняння. За критеріями ВООЗ, поширеність захворювань тканин пародонту була високою і становила  $79,31 \pm 3,76\%$  у даній віковій групі,  $p > 0,05$ . Встановлено, що поширеність запальних захворювань тканин пародонту (гінгівіт, локалізований пародонтит) складала  $12,76 \pm 2,06\%$  обстежених у осіб I групи, що було у 1,4 рази менше ніж у осіб II групи –  $17,90 \pm 2,18\%$ ,  $p > 0,05$ . При цьому, у осіб II групи гінгівіт діагностувався у 2,3 рази частіше, ніж у хворих I групи ( $14,74 \pm 3,63\%$  проти  $6,38 \pm 2,06\%$ ,  $p < 0,05$ , відповідно). Значно частіше у хворих II групи об'єктивізувалися початкові форми хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП), ніж у осіб I групи ( $51,58 \pm 4,44\%$  проти  $37,59 \pm 3,93\%$ , відповідно,  $p < 0,05$ ). Звертало увагу, що у хворих II групи ХГП початкового ступеня зустрічався у 2,0 рази частіше, ніж у I групі,  $p < 0,05$ . У той же час, розвинуті форми ХГП діагностувались у 1,6 рази частіше у осіб I групи порівняно з II групою ( $48,22 \pm 3,93\%$  проти

$29,47 \pm 3,61\%$ ,  $p < 0,01$ ). При цьому, у представників I групи ХГП II ступеня зустрічався у 1,7 рази частіше, ніж у осіб II групи ( $29,07 \pm 4,19\%$  проти  $16,84 \pm 3,83\%$ ,  $p < 0,05$ ). Поширеність пародонтозу коливалась від  $1,43 \pm 0,37\%$  у I групі до  $1,05 \pm 0,21\%$  у II групі,  $p > 0,05$ .

Аналіз структури захворювань пародонту залежно від віку показав, що у осіб I групи частота гінгівіту складала  $9,78 \pm 3,09\%$ , що було у 3,9 рази менше, ніж у осіб II групи –  $37,83 \pm 7,97\%$ ,  $p < 0,01$ . Частота локалізованого пародонтиту була однаковою у групах дослідження та коливалась від  $9,78 \pm 3,09\%$  осіб у I групі до  $8,11 \pm 4,48\%$  досліджуваних II групи,  $p > 0,05$ . Практично однаковою була поширеність ХГП початкового ступеня у осіб віком 18-44 роки:  $14,13 \pm 3,63\%$  у I групі та  $16,21 \pm 6,06\%$  – у II групі,  $p > 0,05$ . У осіб I групи ХГП I ступеня діагностували у 1,9 рази частіше, ніж у хворих II групи ( $30,43 \pm 4,79\%$  проти  $16,21 \pm 6,06\%$ ,  $p > 0,05$ , відповідно). При цьому, у I групі розповсюдженість ХГП II та ХГП III ступенів була у 1,6 рази та у 1,7 рази вище, відповідно, ніж у II групі,  $p > 0,05$ . Пародонтоз у хворих віком 18-44 роки не діагностували.

При оцінці клінічного стану тканин пародонту у хворих I та II груп при запальних захворюваннях тканин пародонту спостерігали однаковий симптомокомплекс перебігу захворювання. Хворі скаржились на кровоточивість ясен під час вживання їжі і чищення зубів, неприємний смак і запах з рота. При об'єктивному огляді визначали набряк та гіперемію ясенного краю та міжзубних сосочків, кровоточивість із верхівок сосочків при натисканні у їх основи, наявність зубних відкладень, йодпозитивну реакцію. При рентгенологічному дослідженні патологічних змін у кістковій тканині альвеолярних відростків щелеп не виявляли.

Також нами був проведений порівняльний аналіз клінічної симптоматики перебігу ХГП у осіб I та II групи дослідження. Звертало увагу, що у хворих I основної групи виразна гіперемія ясен була присутня у  $60,33 \pm 4,44\%$  обстежених, що було у 1,6 рази більше, ніж у II групі порівняння,  $p < 0,01$ . На болючість ясен вказувало  $57,02 \pm 4,50\%$  осіб I групи, що у 1,4 рази перевищувало значення у осіб II групи –  $41,56 \pm 5,61\%$ ,  $p < 0,05$ . Виразну гіперемію об'єктивізували у 2,4 рази більшої кількості обстежених I групи порівняно з даними у II групі. Гноєвиділення з пародонтальних кишень зустрічалось у 1,2 рази частіше в I групі, ніж у осіб II групи, однак отримані дані не відрізнялись статистичною значущістю між собою ( $52,07 \pm 4,54\%$  проти  $42,86 \pm 5,63\%$ , відповідно,  $p > 0,05$ ). Глибокі пародонтальні кишень визначали у  $67,77 \pm 4,24\%$  осіб I групи, що перевищувало відповідні значення у хворих II групи у 1,6 рази,  $p < 0,01$ . Патологічна рухомість зубів, що не відповідала ступеню резорбції альвеолярної кістки діагностувалась у  $57,02 \pm 4,50\%$  осіб I

групи і перевищувала аналогічні значення у досліджуваних II групи у 1,5 рази,  $p < 0,05$ .

## Висновки

1. Хронічний тонзиліт у обстежених перебігає на тлі різноманітної супутньої соматичної патології, частіше комбінованої.

2. Поширеність захворювань тканин пародонту була високою і становила  $79,31 \pm 3,76\%$  у осіб віком 18-44 рр.

3. У даній когорті пацієнтів спостерігалася більш виражена активація запально-дистрофічних проце-

сів у пародонті та яскравіша клінічна симптоматика, яка підтверджується високою частотою хронічного генералізованого пародонтиту, що також, ймовірно, пов'язано з акумулюючою дією патогенетичних факторів хронічного тонзиліту.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження будуть спрямовані на розробку та впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів при лікуванні захворювань тканин пародонта у осіб із хронічним тонзилітом.

## Література

1. Borysenko AV, Volovik IA. Sostoyanie stomatologicheskogo statusa u lits molodogo vozrasta v zavisimosti ot nalichiya zabolevaniy parodonta. *Sovremennaya stomatologiya*. 2016;1:28-34. [in Russian].
2. Shevchuk MM. Poshyrenist i struktura khvorob tkanyn parodonta khvorykh statsionaru Lvivskoi oblasnoi klinichnoi likarni zalezho vid viku. *Ukrainian Dental Almanac*. 2018;4:16-21. [in Ukrainian].
3. Luchynskiy MA, Pyasetska LV, Luchynska YuI. Parodontalniy status osib molodogo viku zalezho vid psyhofiziologicheskogo stanu. *Klinichna stomatolohiia*. 2018;2:21-5. [in Ukrainian].
4. Zabolotnyy TD, Bandrivskiy YuL, Dyryk VT. Sostoyanie mestnogo i sistemnogo immuniteta u bol'nykh s raznymy techeniem generalizovannogo parodontita. *Stomatologiya*. 2016;95(6):23-5. Dostupno: <https://doi.org/10.17116/stomat201695623-25> [in Russian].
5. Koval YN, Novikova ZhA. Izuchenie immunologicheskogo statusa pri khronicheskom generalizovannom kataral'nom gingivite u detey na fone khronicheskogo tonzillita. *Visnyk stomatolohii*. 2017;26(4(101)):55-8. [in Russian].
6. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard Ph, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45(20):219-29. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12951>
7. Georgalas C, Kanagalingam J, Zainal A, Ahmed H, Singh A, Patel KS. The association between periodontal disease and peritonsillar infection: a prospective study. *Otolaryngology, Head and Neck Surgery*. 2002 Jan;126(1):91-4. DOI: 10.1067/mhn.2002.121318
8. Borysenko AV, Kolenko YG, Timokhina TO. Porushennia mistsevoho imunitetu ta tsytokinovoho statusu u khvorykh na heneralizovanyi parodontyt. *Suchasna stomatolohiia*. 2019;1:34-7. DOI: 10.33295/1992-576X-2019-1-34-37 [in Ukrainian].
9. Gurtskaya NA. Optimizatsiya lecheniya i profilaktiki zabolevaniy parodonta u lits s LOR-patologiyami. *Sovremennaya stomatologiya*. 2014;2:26-9. [in Russian].
10. Diener VN, Gay A, Soyka MB, Attin T, Schmidlin PR, Sahrman P. What is the influence of tonsillectomy on the level of periodontal pathogens on the tongue dorsum and in periodontal pockets. *BMC Oral Health*. 2018;18:62. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0521-7>

## НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ

**Басіста А. С., Батіг В. М.**

**Резюме.** В статті представлені результати клінічних досліджень у осіб молодого віку із захворюваннями тканин пародонту на фоні супутнього хронічного тонзиліту. Метою дослідження було вивчити нозологічні форми, поширеність, особливості клінічного перебігу захворювань тканин пародонту на фоні супутнього хронічного тонзиліту.

Оглянуто 100 пацієнтів віком від 18 до 44 років. Сформовано дві групи: I основна група – 63 осіб із захворюваннями тканин пародонту та супутнім хронічним тонзилітом (ХТ); II група порівняння – 37 осіб із захворюваннями тканин пародонта. У досліджуваних віком 18-44 роки превалювали компенсовані і субкомпенсовані форми ХТ, які зустрічались у 43,97% та 40,52% обстежених.

Проведено порівняльний аналіз структури та клінічної симптоматики захворювань тканин пародонту у осіб із ХТ та без супутньої патології. За критеріями ВООЗ, поширеність захворювань тканин пародонту була високою і становила  $79,31 \pm 3,76\%$  у даній віковій групі,  $p > 0,05$ . Встановлено, що поширеність запальних захворювань тканин пародонту (гінгівіт, локалізований пародонтит) складала  $12,76 \pm 2,06\%$  обстежених у осіб I групи, що було у 1,4 рази менше ніж у осіб II групи –  $17,90 \pm 2,18\%$ ,  $p > 0,05$ . Значно частіше у хворих II групи об'єктивізувалися початкові форми хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП), ніж у осіб I групи ( $51,58 \pm 4,44\%$  проти  $37,59 \pm 3,93\%$ , відповідно,  $p < 0,05$ ). Звертало увагу, що у хворих II групи ХГП початкового ступеня зустрічався у 2,0 рази частіше, ніж у I групі,  $p < 0,05$ . Також нами був проведений порівняльний аналіз клінічної симптоматики перебігу ХГП у осіб I та II групи дослідження.

У даній когорті пацієнтів спостерігалася більш виражена активація запально-дистрофічних процесів у пародонті та яскравіша клінічна симптоматика, яка підтверджується високою частотою хронічного генералізованого пародонтиту.

**Ключові слова:** молодий вік, поширеність, гінгівіт, пародонтит, мигдалики, тонзиліт.

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

**Басистая А. С., Батиг В. М.**

**Резюме.** В статье представлены результаты клинических исследований у лиц молодого возраста с заболеваниями тканей пародонта на фоне сопутствующего хронического тонзиллита. Целью исследования было изучить нозологические формы, распространенность, особенности клинического течения заболеваний тканей пародонта на фоне сопутствующего хронического тонзиллита.

Осмотрено 100 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет. Сформированы две группы: I основная группа – 63 человек с заболеваниями тканей пародонта и сопутствующим хроническим тонзиллитом (ХТ) II группа сравнения – 37 человек с заболеваниями тканей пародонта. В исследуемых в возрасте 18–44 года преобладали компенсированные и субкомпенсированные формы ХТ, которые встречались у 43,97% и 40,52% обследованных.

Проведен сравнительный анализ структуры и клинической симптоматики заболеваний тканей пародонта у лиц с хроническим тонзиллитом и без сопутствующей патологии. По критериям ВОЗ, распространенность заболеваний тканей пародонта была высокой и составила  $79,31 \pm 3,76\%$  в данной возрастной группе,  $p < 0,05$ . Установлено, что распространенность воспалительных заболеваний тканей пародонта (гингивит, локализованный пародонтит) составляла  $12,76 \pm 2,06\%$  обследованных у лиц I группы, что было в 1,4 раза меньше чем у лиц II группы –  $17,90 \pm 2,18\%$ ,  $p < 0,05$ . Значительно чаще у больных II группы объективизировались начальные формы хронического генерализованного пародонтита (ХГП), чем у лиц I группы ( $51,58 \pm 4,44\%$  против  $37,59 \pm 3,93\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Обращало внимание, что у больных II группы ХГП начальной степени встречался в 2,0 раза чаще, чем в I группе,  $p < 0,05$ . Также нами был проведен сравнительный анализ клинической симптоматики течения ХГП у лиц I и II группы исследования.

В данной когорте пациентов наблюдалась более выраженная активация воспалительно-дистрофических процессов в пародонте и ярче выражена клиническая симптоматика, что подтверждается высокой частотой хронического генерализованного пародонтита.

**Ключевые слова:** молодой возраст, распространенность, гингивит, пародонтит, миндалины, тонзиллит.

### NOSOLOGICAL STRUCTURE OF PERIODONTAL TISSUE DISEASES IN PERSONS WITH CONCOMITANT CHRONIC TONSILLITIS

**Basista A. S., Batig V. M.**

**Abstract.** The article presents the results of clinical studies in young people with periodontal disease on the background of concomitant chronic tonsillitis. A comparative analysis of the structure and clinical symptoms of periodontal disease in persons with chronic tonsillitis and without concomitant pathology. The aim of the study is to study the nosological forms, prevalence, features of the clinical course of periodontal tissue diseases on the background of concomitant chronic tonsillitis.

The investigation involved 100 subjects aged 18-44 years, of which formed two study groups. I main group – 63 subjects with periodontal disease and concomitant chronic tonsillitis (CT); Comparison group II – 37 patients with periodontal disease. The compensated (43.97%) and subcompensated forms (40.52%) of chronic tonsillitis prevailed in patients aged 18-44 years.

A comparative analysis of the structure and clinical symptoms of periodontal disease in patients with chronic tonsillitis and without concomitant pathology. According to WHO criteria, the prevalence of periodontal disease was high and amounted to  $79.31 \pm 3.76\%$  in this age group,  $p > 0.05$ . It was found that the prevalence of inflammatory diseases of periodontal tissues (gingivitis, localized periodontitis) was  $12.76 \pm 2.06\%$  of those examined in persons of group I, which was 1.4 times less than in persons of group II –  $17.90 \pm 2.18\%$ ,  $p < 0.05$ . Significantly more often in patients of group II the initial forms of chronic generalized periodontitis (CGP) were objectified than in persons of group I ( $51.58 \pm 4.44\%$  vs.  $37.59 \pm 3.93\%$ , respectively,  $p < 0.05$ ). We also conducted a comparative analysis of clinical symptoms of CGP in individuals of groups I and II of the study.

In this cohort of patients there was a more pronounced activation of inflammatory-dystrophic processes in the periodontium and more pronounced clinical symptoms, which is confirmed by the high frequency of chronic generalized periodontitis, which is also likely due to the accumulating effect of pathogenetic factors of chronic tonsillitis.

**Key words:** young age, prevalence, gingivitis, periodontitis, tonsils, tonsillitis.

*Рецензент – проф. Гасюк П. А.  
Стаття надійшла 23.10.2020 року*