

У.О. Стадник

## Стоматогенне вогнище інфекції та його значення в перебігу соматичної патології в дітей, зокрема туберкульозу (огляд літератури)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

**Резюме.** У статті наводяться узагальнені результати аналізу впливу хронічного вогнища інфекції порожнини рота на перебіг чи ускладнення загальносоматичних захворювань, у тому числі туберкульозу. За останні десятиліття розповсюдженість цього захворювання тільки зростає, тому питання співпраці лікарів-інтерністів і стоматологів є досить актуальним. Санація порожнини рота повинна бути обов'язковою ланкою лікування будь-якого соматичного захворювання, у тому числі й туберкульозу.

**Ключові слова:** стоматогенне вогнище, інфекція, порожнина рота, соматичні хвороби, туберкульоз, діти.

На сьогодні відомо, що хронічне вогнище запалення в зубі та оточуючих його тканинах впливає на стан усього організму людини і може стати чинником ризику для розвитку чи ускладнення багатьох соматичних хвороб. Цьому сприяють порушення анатомічної структури, функції та імунобіологічних властивостей органів порожнини рота й зубощелепної системи. Наявність патологічних ясенних кишень, каріозних порожнин і постійної вологи в порожнині рота створює умови для гниття та бродіння залишків їжі, а постійна температура в ротовій порожнині сприяє розвитку терmostатних умов для бактерій, грибків і накопичення в організмі токсинів.

Оскільки карієс – це передусім бактеріальна інфекція порожнини рота, що призводить спочатку до руйнування емалі зуба, а в подальшому до втрати зубів, ця хвороба є основною причиною наявності вогнища хронічної інфекції в ротовій порожнині [1, 2]. Крім того, існують інші специфічні чи неспецифічні бактеріальні захворювання, а також хвороби вірусної етіології (наприклад, герпес), які зустрічаються в порожнині рота досить часто і можуть впливати на стан організму людини загалом. Зустрічаються також грибкові ураження порожнини рота, що відображають загальний стан організму, насамперед молочниці [3]. Дуже часто вогнище хронічної інфекції локалізується у тканинах пародонту [4, 5, 6, 7]. Серед вогнищ аутосенсibiliзації в порожнині рота важливими є хронічний тонзиліт, хронічний періодонтит, пародонтит. Безперечно, до вогнищ хронічної інфекції в порожнині рота можна віднести й білякореневі кисти, хронічний остеомиєліт, хронічні запальні процеси у слинних залозах, одонтогенний і риногенний гайморит, напівретеновані зуби з ускладненням від хронічного запалення.

Дослідження, присвячені вивченню взаємозв'язку стоматологічних захворювань і патології внутрішніх органів, почали проводитись іще на початку минулого століття. У 1911 році англійський терапевт Hunter опублікував наукову працю, в якій описав, що після видалення депульпованих зубів йому вдалосьвилікувати хворих на анемію. Американські вчені Rosenow та Bielind створили теорію, згідно з якою з вогнища інфекції мікроорганізми потрапляють у рот або інший орган і

викликають його ураження. Роботи радянських учених І.Г. Лукомського та Д.А. Ентіна дозволили обґрунтувати нові уявлення про механізм можливого впливу стоматогенних локальних вогнищ на основі вчення про імунітет, значення нервової системи та явищ первинної сенсibiliзації. Значну увагу даній проблемі приділяли й науковці Львова, зокрема професори Олійник С.Ф. і Луцик Л.А. Згідно з їх дослідженнями, встановлено, що вогнища хронічної інфекції в порожнині рота провокують виникнення чи загострення різноманітних захворювань організму [8, 9].

Г.Д. Овруцький [10] виділяє три великі групи захворювань, які пов'язані з наявністю стоматогенного вогнища:

- 1) типові вогнищево-обумовлені хвороби, зокрема стоматогенна хроніоінтоксикація, які за своєю природою є хворобами імунних комплексів;
- 2) хвороби та патологічні реакції, викликані сенсibiliзацією до лікарських засобів, що застосовуються в лікуванні зубів і тканин пародонту;
- 3) хвороби та їх ускладнення, пов'язані з імунопригнічувальною дією вогнища інфекції й формуванням імунодефіцитного стану.

Ця класифікація дозволяє прогнозувати перебіг хвороби, визначити зміст та обсяг лікування в кожному конкретному випадку. Приналежність хвороби до відповідної групи визначається на підставі результатів комплексного обстеження хворих.

До *першої групи*, крім власне стоматогенної хроніоінтоксикації, належать такі імунокомплексні хвороби, як інфекційно-алергічний міокардит, справжній ревматизм (хвороба Сокольського-Буйо), ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, склеродермія, вузловий періартеріїт, дерматоміозит, васкуліт, хронічні форми нефриту та ін. Для хвороб цієї групи характерні спільні клінічні симптоми, що пов'язано не тільки й не стільки з ураженням сполучнотканинного субстрату, скільки з наявними ознаками аутоімунних змін.

*Друга група* вогнищево-обумовлених хвороб охоплює медикаментозні алергічні реакції, пов'язані з лікуванням стоматогенного вогнища, васкуліти, еритеми, капіляріти, ангіоневротичний набряк Квінке, кон'юнктивіти, риніти, екзематозні та сверблячі дерматити,

бронхіти, напади бронхіальної астми, артралгії, гіпотонія, ураження системи крові (геморагічні діатези, анемії, лейкоцитарні реакції, лейкоцитоз, лейкопенії). У більшості хворих спостерігається загальна реакція у вигляді гарячки, запаморочення, головного болю, загальної слабкості, змін у системі крові. Можуть розвинути порушення дихальної системи (бронхіальна астма), функції нирок, печінки, серцево-судинної системи й навіть такий тяжкий стан, як хвороба Лайєлла. У виникненні хвороб цієї групи велике значення мають природа застосованого лікарського засобу, спосіб його використання. Особливої уваги потребує реакція на медикаменти, що депонуються в порожнині зуба і тканинах пародонту.

Перелік хвороб *третьої групи*, пов'язаних з імуніпрігнічувальним впливом стоматогенного вогнища й розвитком імунodefіцитного стану, певною мірою безмежний. Не випадково С.Ф. Олійник уважав, що в цьому разі можливе uszkodження будь-якого органа. Адже імунна недостатність, для якої характерна різноманітність клінічних проявів, не має специфічних і патогномонічних симптомів і може проявлятися під маскою інших хвороб у вигляді таких синдромів, як інфекційний, аутоімунний, атопічний, імуніпроліферативний та ін. Хворі з імунною недостатністю схильні до тяжких хронічних або рецидивуючих інфекційних хвороб, розвитку ускладненого перебігу гострої інфекційної патології бактеріальної й вірусної природи, активізації прояву латентної інфекції, наприклад, вірусу простого герпесу, хвороб шлунково-кишкового тракту, паренхіматозних органів, погіршення адаптаційних можливостей організму. Хворими в такому імунodefіцитному стані Р.В. Петров та І.В. Орадовська пропонують уважати характерний контингент: часто і тривало хворіючі дорослі й діти, які, як правило, обтяжені стоматогенним вогнищем інфекції [11].

На сьогодні доведено, що значна кількість хронічних хвороб різних органів і систем організму пов'язана з наявністю в порожнині рота вогнища хронічної інфекції [12]. Зокрема, за дослідженнями професора Смоляр Н.І. [13], серед обстежених хворих на ревматизм явища хронічного тонзиліту спостерігались у 52,6 % випадків, ускладнений карієс – у 42,8 % осіб. Доволі часто зустрічаються захворювання ШКТ, нирок, очей [14]. До них же відносяться й екзема, неврити, невралгія, захворювання крові.

Надзвичайно чутливими до хронічної одонтогенної інфекції є діти, зважаючи на лабільність дитячого організму, його високу чутливість до будь-якої інфекції, у тому числі і хронічної. За даними [15], у всіх дітей з декомпенсованою формою карієсу зубів виявлена соматична патологія (хвороби ЛОР-органів, ендокринні розлади, респіраторні захворювання), причому в більшості обстежених дітей (80 %) виявлено поєднаний характер соматичної патології. Отримані дані збігаються з результатами досліджень [16] і вказують на те, що хронічні хвороби, які розцінюються як вихід за межі адаптаційних можливостей, впливають на інтенсивність каріозного процесу. Результати досліджень [17] показали, що серед дітей віком 1–6 років, у яких діагностовано карієс зубів, хронічні соматичні захворювання зустрічаються у 87,9 %; слід відмітити, що 82,9 % дітей мають одноименну патологію з батьками. У багатьох випадках лікарі-стоматологи та лікарі-педіатри не помічають зв'язку між одонтогенним вогнищем і ревмокардитом, поліартритом. За даними Ємельяненко Н.В. [18], при обстеженні дітей з патологією нирок захворювання пародонту виявлено в 49,4 % дітей, хворих на пієлонефрит, і в 66,7 % дітей із гломерулонефритом. Клінічними дослідженнями виявлено, що діти з наявними періапикальними вогнищами в більшості бліді, апатичні, погано вчаться,

легко втомлюються, страждають головним болем, порушенням функції шлунково-кишкового тракту тощо, часто мають субфебрильну температуру.

Серед хвороб із хронічним типом перебігу на сучасному етапі доволі високою є розповсюдженість туберкульозу. Зміна соціально-економічного стану країни, поширення безробіття, наркоманії та алкоголізму серед молоді призвели до сплеску нової хвилі епідемії туберкульозу, яка почала розвиватися в останні десять років минулого століття й набула нові особливості на початку третього тисячоліття за рахунок розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Початок епідемії припав на 1995, а пік – на 2005 рік [19]. На зростання поширеності туберкульозу в суспільстві у значній мірі вплинуло також підвищення в останні десятиліття міграції населення (у тому числі у зв'язку з курортним сезоном, сільськогосподарськими роботами), подорожування, безпритульності, знедоленості [20, 21, 22, 23].

Епідеміологічна ситуація з туберкульозом серед дорослого населення впливає на стан захворюваності на туберкульоз у дітей і підлітків, у зв'язку з чим ситуація з дитячим і підлітковим туберкульозом залишається складною [24]. При оцінці епідеміологічної ситуації з дитячим туберкульозом в Україні встановлено, що в 1996 році захворюваність на туберкульоз становила 18,3 на 100 тис. населення, що на 10,2 % більше, ніж у 1995 році; захворюваність на туберкульоз органів дихання серед дітей зросла всього за один рік на 11,6 % [25]. Захворюваність на туберкульоз дітей за період 2006–2010 років зазнала позитивні зміни і знизилась на 22 % – із 15,5 на 100 тис. у 2006 р. до 12,1 на 100 тис. у 2010 р. Знизився та стабілізувався рівень захворюваності підлітків, який у 2010 р. становив 29,9 випадку на 100 тис. підліткового населення. Захворюваність на туберкульоз у дітей віком 0–14 років включно становила 7,8 випадку на 100 тис. дитячого населення [26].

Згідно з даними О.І. Білогорцевої, Ю.І. Фещенка, в Україні структура захворюваності на туберкульоз дітей (0–14 років) за локалізацією процесу має свої особливості: на позалегеневий туберкульоз припадає 61,1 % випадку захворювання, на туберкульоз легенів – 38,9 % випадку, серед них важкі та розповсюджені форми зустрічались у 41,7 % хворих, обмежені форми без бактеріовиділення (МБТ+) – у 18,9 %, що свідчить про збільшення майже на 5 % у порівнянні з попередніми роками серед уперше виявлених хворих осіб з деструктизацією в легенях і бактеріовиділенням [27].

У молодшому й дошкільному віці найчастіше зустрічаються первинні форми туберкульозу (80,3 і 95,5 %), у дітей-школярів у 23,8 % випадку виявляють вторинний туберкульоз [28]. Слід зауважити також, що в дітей шкільного віку туберкульоз виявляється переважно флюорографічно та при обстеженні за контактом (86,5 %) при недостатній увазі до результатів масової туберкулінодіагностики підлітків. У групах ризику необхідним є також більш ретельне обстеження дітей-дошкільнят у фтизіатра з метою раннього виявлення туберкульозу [29].

Дослідження, проведені Шило М.Г. (2012), також показали вікову залежність поширення певних форм туберкульозу. У дітей віком від 6 до 14-ти років зустрічаються переважно клінічні форми первинного туберкульозу (туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, первинний туберкульозний комплекс) (42,1 %). У дітей вікової групи 15–17 років переважають клінічні форми вторинного туберкульозу – інфільтративна, вогнищева, дисемінована, які склали 57,9 % випадку.

Оскільки туберкульоз у дітей найчастіше виникає безпосередньо після контакту із джерелом інфекції, показник захворюваності дітей теоретично відображає

загальну епідеміологічну ситуацію з туберкульозом. Діти чуттєво реагують на зміни епідемічної ситуації з туберкульозом, а рівень захворюваності дітей на туберкульоз вважається важливим прогностичним показником, який віддзеркалює зсуви епідеміологічного рівня [30, 31]. Така ситуація виводить дану хворобу в ранг не тільки інфекційного, а й соціального захворювання, оскільки всі несприятливі фактори – уживання в сім'ї алкоголю, наркотиків, незадовільні соціально-побутові умови – сприяють поширенню туберкульозу серед дітей [32, 33, 34, 35]. Понад 60 % серед усіх випадків захворювання складають діти із сімей з різними соціальними проблемами – або із соціально-дезадаптованих сімей, або із сімей медико-соціального ризику [36].

Значну роль у поширенні туберкульозу серед дітей відіграють відсутність систематичної та якісної туберкулінодіагностики, недостатнє проведення чи взагалі відсутність вакцинації, перенесені дитячі інфекції, пневмонії, бронхіти. У працях [37] указується, що відсутність чи неякісне проведення вакцинації відмічається в анамнезі 89,8 % дітей, хворих на туберкульоз, часті ГРВІ в анамнезі спостерігаються у 56,7 % дітей, перенесені пневмонії в 47,8 %, а дитячі інфекції (кір, вітряна віспа) – у 43,3 % хворих дітей.

При дослідженнях, проведених Шило М.Г. (2012), в обстежених дітей в анамнезі також було констатовано часті респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів (87,3 %) вірусної (ГРВІ) та бактеріальної (бронхіти) етіології. Серед хворих 6–12-річного віку в більш ніж половини обстежених (59,7 %) мав місце контакт із хворими на туберкульоз родичами. Соціально-побутові умови проживання дітей були незадовільними в 65,7 % обстежених, 4,5 % дітей учились у школах-інтернатах (Шило М.Г., 2012).

У ймовірності захворіти на туберкульоз значну роль відіграє стан опірності макроорганізму. У значній частині пацієнтів із груп ризику та хворих на туберкульоз виявляються супутні захворювання, які ускладнюють проведення туберкульозної терапії й відновлення втрачених функцій організму. Так, згідно з даними російських фтизіатрів, понад 80 % хворих та інфікованих дітей мають різні супутні патології, причому більша частина серед них має по 2–3 супутні захворювання. Найбільш часто (35,7 %) діагностуються супутні неспецифічні захворювання органів дихання та ЛОР-органів [36]. У дітей молодшого віку достовірно частіше (70,4 %) вдається встановити наявність контакту із хворими на туберкульоз. У більш старшому віці джерело зараження в кожному другому випадку залишається невстановленим, старші діти інфікуються поза сім'єю й поза найближчим оточенням [29].

Це має особливу актуальність при туберкульозі, оскільки перебіг і результат даного захворювання зумовлюються не тільки інфекційною етіологією, а залежить головним чином, від стану імунної системи. Як указує у своїх роботах Солов'ова І.П. [38], особливістю туберкульозу в сучасних умовах є його розвиток на тлі різного генезу неспроможності системи імунного захисту. Наукові праці останніх кількох десятиліть указують на те, що ураження організму дитини туберкульозною інфекцією супроводжується значними порушеннями як клітинного, так і гуморального імунітету [39]. Це підтверджується даними, що загальна патологія, перебіг якої пов'язаний зі значним імунодефіцитом, сприяє підвищенню захворюваності на туберкульоз [40, 41]. Найбільш значні зсуви імунологічної реактивності виявляються при важких поширених формах туберкульозу, і зі зменшенням вираженості патологічних змін відмічається тенденція до нормалізації імунних показників [42]. Значні зсуви імунологічних показників, які

виявляються при туберкульозі, призводять до того, що зміни, викликані туберкульозним ураженням, проходять у різних органах і системах організму дитини.

Зокрема, існує низка наукових досліджень, які вказують на присутність певного впливу туберкульозної інфекції на стан ротової порожнини, у тому числі і тканин пародонту [43]. За даними [44], при туберкульозі легенів спостерігаються множинний карієс зубів, специфічні стоматити, ураження пародонту. Механізм таких уражень автори пояснюють двома факторами: дією туберкульозної інфекції безпосередньо на тканини та органи ротової порожнини та дією інтоксикації організму при зниженому місцевому й загальному імунітеті. У результаті візуального та анамнестичного вивчення стану слизової оболонки порожнини рота у хворих на туберкульоз легенів у 65-ти осіб (54,62±5,00 %) було виявлено патологічні зміни слизової оболонки на відміну від контрольної групи, де тільки чотири особи мали подібні зміни. Таким чином, різниця між показниками становила вісім разів [45]. При обстеженні дітей з туберкульозом легенів було виявлено 80,8-відсоткове ураження карієсом, 6,1 каріозних зубів на одну обстежену дитину [46]. За даними цього ж автора, у дітей без клінічних проявів туберкульозу, але з позитивною реакцією Манту каріозність становила 88,1 %. За свідченнями [47], при обстеженні 916 хворих на туберкульоз захворювання пародонту виявлено у 80,7 % (у здорових ця цифра становила 57 %). За даними цього ж автора, туберкульозна інфекція частіше (82 %) супроводжується запальними змінами в яснах. Динамічне спостереження, проведене [48], показало, що у хворих на туберкульоз кількість нових каріозних порожнин перевищує таку у практично здорових у 2,5 разу.

При вивченні особливостей перебігу захворювань пародонту на тлі туберкульозу легенів було визначено, що виникненню та розвитку хвороб пародонту у хворих на туберкульоз сприяють прогресування основної патології та відсутність або нерегулярність догляду за ротовою порожниною [49]. Окрім цього на клінічний перебіг захворювань пародонту, за даними автора, впливає виникнення на тлі туберкульозного ураження капілярпатій і трофічних порушень тканин ясен, причому характер структурних змін судин ясен є аналогічним зі змінами в інших органах і тканинах організму. Згідно з даними цього ж автора [50], на тлі туберкульозу в ротовій порожнині виникає специфічне ураження тканин пародонту, яке спостерігається в ділянці кількох зубів на тлі неспецифічного пародонтиту. За даними цього ж автора [51], у хворих на туберкульоз значно поширеніша така патологія твердих тканин зубів, як карієс, у порівнянні зі здоровими особами.

При обстеженні групи хворих на туберкульоз [52] було встановлено, що у хворих з туберкульозним ураженням, ускладненим одонтогенним вогнищем, спостерігався більш важкий перебіг основного захворювання, ніж у хворих без одонтогенного вогнища. Окрім цього у хворих з явищами хронічного верхівкового періодонтиту специфічний процес мав менш сприятливий перебіг, ніж при пародонтальному вогнищі.

За даними [53], при обстеженні дітей з первинними формами туберкульозу визначено, що частота гінгівіту в дітей з первинним туберкульозним комплексом становила 93,93 %, урахувавши симптоматичний гінгівіт при пародонтиті; у дітей з туберкульозним бронходенітом частота запального ураження ясен становила 83,70 %; на тлі туберкульозної інтоксикації дані показники склали 87,90 % дітей.

Л.Г. Єрмакова, С.Г. Павленко (2010) при вивченні особливостей перебігу стоматологічних захворювань у хворих на туберкульоз легенів виявили, що стоматологічні захворювання в них характеризуються високою

поширеністю й тенденцією до прогресування. Патологічні прояви в порожнині рота не тільки вказують на туберкульозну інфекцію, а можуть виступати й ранніми клінічними маркерами цієї інфекції. Автори вказують, що до найпоширеніших ранніх уражень порожнини рота належать: значне поширення та інтенсивність каріозного процесу у пришийкових ділянках зуба і множинний характер патології; низький рівень гігієнічного догляду за порожниною рота; хронічний перебіг запалення тканин пародонту; дифузний характер симптоматичного гінгівіту; поєднання уражень слизової оболонки порожнини рота з патологічними змінами губ, щік та альвеолярного відростка; характерним є прояв геморагічного синдрому у вигляді петехій [54].

Результати досліджень, проведені Савичук Н.О. [55], указують на те, що у хворих на туберкульоз легенів на слизовій оболонці порожнини рота виявляється значна кількість супутніх патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, що мають здатність викликати ускладнення бактеріальної етіології.

При вивченні особливостей клінічного перебігу хвороб пародонту в дітей на тлі первинного туберкульозу було встановлено високу поширеність патології тканин пародонту (68,8%), яка залежить від віку дитини, клінічної форми та тривалості туберкульозу [56]. За даними автора, катаральний гінгівіт буває у 59,3% дітей, а пародонтит – у 7,8–1,1%, з віком збільшується поширеність

хронічних форм. У більшості хворих на туберкульоз дітей визначено поганий стан гігієни ротової порожнини (75,04%), причому діти доглядають за порожниною рота нерегулярно або взагалі не чистять зуби. Більшість цих дітей є із сімей з незадовільними соціально-побутовими умовами, тобто із груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.

Отже, підсумовуючи вищесказане, можна дійти висновку, що визнання важливого значення стоматогенних вогнищ хронічної інфекції в захворюваннях організму, зокрема при туберкульозі, має велике практичне значення, оскільки ліквідація вогнища ураження часто призводить до зникнення розладів в органах і системах, віддалених від нього. Тому вогнища хронічної інфекції в порожнині рота треба розглядати не як місцеве захворювання, а як джерело автоінфекції та автоінтоксикації організму.

У цьому аспекті не слід забувати, що санація порожнини рота як дорослих, так і дітей є обов'язковою ланкою загального лікування багатьох соматичних захворювань, особливо хвороб хронічного перебігу, які супроводжуються зниженням реактивності організму, до яких, безперечно, відноситься туберкульоз. Адже усунення вогнищ хронічної інфекції в порожнині рота в багатьох випадках може призвести до видужання та попередження рецидивів загальносоматичних захворювань, у тому числі туберкульозу.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Левицкий А.П. Современные представления об этиологии и патогенезе кариеса зубов / Левицкий А.П. // Вісник стоматології. – 2002, № 4. – С. 119–126.
2. Леонтьев В.К. Кариез зубов – сложные и нерешенные проблемы / Леонтьев В.К. // Новое в стоматологии. – 2003, № 6. – С. 6–7.
3. Данилевский Н.Ф. Пародонтология детского возраста / Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. – К.: Здоров'я, 1981. – 295 с.
4. Гончарук Л.В. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и соматической патологии / Гончарук Л.В., Косенко К.Н., Гончарук С.Ф. // Современная стоматология. – 2011. – № 1. – С. 37–40.
5. Held A. Periodontal disease and general pathology / Held A. // Int. Dent. – 1996. – V. 16. – P. 260.
6. The periodontium and systemic disease / Scully C. et al. // Dent. Update. – 1982. – V. 14, N. 6 – P. 247–254.
7. Mercado F.B. Relationship between rheumatoid arthritis and periodontitis / F.B. Mercado, R. Marshall, A.C. Klestov // J. Periodontol. – 2001. – Vol. 72, № 6. – P. 779–787.
8. Олійник С.Ф. Хронісептичні хвороби внутрішніх органів / Олійник С.Ф. / Пер. з рос. Федоріва Я.М. – Львів, ЛНМУ, 2009. – 28 с.
9. Луцки Л.А. Варианты острой инфекции у детей с пониженной реактивностью организма / Луцки Л.А. // В сборнике «Хирургическая и ортопедическая стоматология». – Киев, 1978. – С. 102–104.
10. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг / Овруцкий Г.Д. – М.: Медицина, 1993. – 144 с.
11. Петров Р.В. Эпидемиология иммунодефицитов / Петров Р.В., Орадовская И.В. – ВНИМИ, сер. Медицинская генетика и иммунология. – М.: Медицина, 1998. – С. 80–96.
12. Мащенко И.С. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.С. Мащенко // Вісник стоматології. Спеціальний випуск. – 2003. – № 1. – С. 22–25.
13. Смоляр Н.И. Состояние ротовой полости и стоматологическая профилактика у больных ревматизмом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Смоляр Н.И. – Львов, 1975. – 34 с.
14. Dahshan A. Gastroesophageal reflux disease and dental erosion in children / A. Dahshan, N. Patel, J. Delaney et al. // J. Periatr. – 2002. – № 4, Vol. 140. – P. 474–478.
15. Казакова Р.В. Рівень соматичного здоров'я у дітей з декомпенсованою формою карієсу зубів / Р.В. Казакова, М.В. Билищук, Н.С. Лук'яненко, М.В. Воляк // Вісник стоматології. – 2010. – № 2. – С. 110–113.
16. Яцкевич Е.Е. Множественный кариес у детей при соматической патологии / Е.Е. Яцкевич, Ад.А. Мамедов // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Стоматология сегодня и завтра». – М., 2005. – С. 162–163.
17. Кан В.В. Факторы риска развития и распространенность кариеса у детей раннего и дошкольного возраста полных семей / В.В. Кан, В.Ф. Капитонов, А.С. Виткин, О.А. Гаврилюк // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – № 7 (15). – <http://www.sisp.nkras.ru/>
18. Александріна Т.А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні / Т.А. Александріна // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 2 (09). – С. 7–13.
19. Емельяненко Н.В. Состояние зубов, тканей пародонта и организация стоматологической помощи у детей с хроническими заболеваниями почек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Емельяненко Н.В. – Львов, 1984. – 15 с.
20. Выявление туберкулеза у бездомных и их социально-психологическая характеристика / В.В. Пунга, Л.П. Алексеева, Л.Н. Рыбка и др. // Пробл. туберкулеза. – 1996. – № 6. – С. 29–32.
21. Петренко В.І. Туберкульоз у мігрантів: сучасний стан проблеми / В.І. Петренко, Г.В. Радіш, І.І. Шульжик // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 3 (06). – С. 9–25.
22. International Organization of Migration. World Migration Report 2010 – The Future of Migration: Building Capacities for Change. – Geneva, November 2010. – № 5. – P. 115–124.
23. Бурятинський В.М. Проблеми питання виявлення та лікування хворих на туберкульоз у Херсонській області у 2006–2010 роках // В.М. Бурятинський, Г.В. Коваль, Т.М. Ленчевська, О.М. Панченко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 1 (08). – С. 96–99.
24. Сахелашвілі М.І. Частота і характер захворюваності на туберкульоз серед дітей та підлітків із осередків туберкульозної інфекції / М.І. Сахелашвілі, Т.М. Балита, І.Л. Платонова та ін. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 2 (09). – С. 99–105.
25. Фещенко Ю.І. Епідеміологічна ситуація з туберкульозом в Україні та діяльність протитуберкульозної служби / Фещенко Ю.І., Мельник В.М. // Укр. пульмонолог. журнал. – 1997. – № 3. – С. 5–9.
26. Фещенко Ю.І. Туберкульоз в Україні: сучасний стан проблеми та перспективи розвитку / Фещенко Ю.І., Черненко С.О. // Здоров'я України. – 2011. – № 2 (14). – С. 8–9.
27. Білогорцева О.І. Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу у дітей та показники протитуберкульозної роботи серед дитячого населення в Україні у 2010 році / Білогорцева О.І., Фещенко Ю.І. // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 4. – С. 11–15.



28. Барышникова Л.А. Туберкулез у детей различного возраста: вакцинация, химиопрофилактика, особенности выявления, клинического течения // Проблемы туберкулеза и болезней легких / Барышникова Л.А. – 2009. – № 6. – С. 16–19.
29. Барышникова Л.А. Особенности туберкулеза у детей и подростков, получавших ранее химиопрофилактику / Барышникова Л.А., Аксенова В.А., Федорин И.М. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1. – С. 30–33.
30. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость детей туберкулезом как показатели общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу / Аксенова В.А. // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 1. – С. 6–9.
31. Севостьянова Т.А. Гипердиагностика первичного туберкулеза у детей / Севостьянова Т.А., Стерликов С.А., Пучков К.Г. и др. // Туберкулез в России – год 2007: Материалы VIII российского съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 239.
32. Бубочкин Б.П. Факторы риска и особенности выявления туберкулеза легких у лиц молодого возраста на современном этапе / Бубочкин Б.П., Засухин О.А. // Пробл. туберкулеза. – 1988. – № 11. – С. 5–8.
33. Кононеко В.Г. Влияние отрицательных социальных факторов на возникновение туберкулеза у детей / Кононеко В.Г., Тельковская Т.Г., Поддубная Л.В. // Пробл. туберкулеза. – 1991. – № 3. – С. 21–23.
34. Митинская Л.А. Туберкулез у детей на современном этапе / Митинская Л.А., Яворский К.М. // Вопросы охраны материнства и детства. – 1991. – Т. 36, № 8. – С. 3–6.
35. Ходзицкая В.К. Выявление туберкулиновых реакций у детей / Ходзицкая В.К., Зосимов А.Н. // Харьковский мед. журнал. – 1997. – № 1. – С. 47–52.
36. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам / Овсянкина Е.С. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1. – С. 3–10.
37. Митинская Л.А. Новые методы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей / Митинская Л.А., Елуфимова В.Ф., Гольцова Н.А. и др. // Пробл. туберкулеза. – 1991. – № 1. – С. 9–12.
38. Соловьева И.П. Особенности первичной профилактики туберкулеза в морфологическом освещении: Лекция / Соловьева И.П. // Пробл. туберкулеза. – 1991. – № 5. – С. 48–51.
39. Гудзь Е.А. Иммунологическая реактивность больных с различной активностью туберкулезного процесса / Гудзь Е.А., Прилуцкий А.С. // Пробл. туберкулеза. – 1987. – № 3. – С. 44–46.
40. Кравченко А.В. Туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией / Кравченко А.В. // Тер. архив. – 1996. – № 4. – С. 69–71.
41. Рехтина И.Г. О трудностях диагностики туберкулеза у больных с системными заболеваниями крови / Рехтина И.Г., Щекотилин С.М. // Тер. архив. – 1998. – № 4. – С. 60–62.
42. Костромина В.П. Состояние системного иммунитета у детей школьного возраста из очагов туберкулезной инфекции / Костромина В.П., Когосова Л.Г. // Пробл. туберкулеза. – 1989. – № 9. – С. 25–28.
43. Садиков Ж.С. Комплексное обследование и лечение болезней пародонта у больных туберкулезом легких / Садиков Ж.С. // Мед. журнал Узбекистана. – 1987. – № 1. – С. 19–21.
44. Рыбаков А.И. Стоматологические заболевания и их взаимосвязь с внутренними органами / Рыбаков А.И., Челидзе Л.Н. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1976. – 202 с.
45. Савичук Н.О. Особливості ураження слизової оболонки порожнини рота у хворих на туберкульоз легень / Н.О. Савичук, Л.Г. Єрмакова // Современная стоматология. – 2011. – № 2. – С. 62–65.
46. Демнер Л.М. Состояние полости рта при туберкулезе / Демнер Л.М. // Казанский мед. журнал. – 1975. – № 3. – С. 9–11.
47. Бусыгина М.В. Состояние пародонта при хронических инфекциях и интоксикациях организма / Бусыгина М.В. // 6-й Всесоюзный съезд врачей-стоматологов: Тез. докл. – М., 1976. – С. 160–162.
48. Проскверняк Г.П. Особенности клинического проявления кариеса зубов у больных туберкулезом / Проскверняк Г.П. // Пробл. туберкулеза. – 1981. – № 1. – С. 48–50.
49. Авдонина Л.И. Ультраструктурные изменения десны у больных туберкулезом легких / Авдонина Л.И., Хомутовский О.А. // Стоматология. – 1986. – Т. 65, № 2. – С. 16–18.
50. Авдонина Л.И. Профилактика туберкулезного пародонтита и периодонтита / Авдонина Л.И. // Стоматология. – Киев. – 1987. – Вып. 22. – С. 57–59.
51. Авдонина Л.И. Осложненный кариес в клинике туберкулеза / Авдонина Л.И. // Стоматология. – 1990. – Вып. 25. – С. 21–24.
52. Вайндинер И.М. Влияние устранения одонтогенного очага на течение туберкулеза легких / Вайндинер И.М. // Казанский мед. журнал. – 1988. – Т. 69, № 2. – С. 107–108.
53. Данилевский Н.Ф. Пародонтология детского возраста / Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. – Киев: Здоров'я, 1981. – 296 с.
54. Єрмакова Л.Г. Особливості перебігу стоматологічних хвороб у хворих на туберкульоз легень / Л.Г. Єрмакова, С.Г. Павленко // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2010. – № 3. – С. 30–37.
55. Савичук Н.О. Мікробна концепція розвитку стоматологічних захворювань у хворих на туберкульоз легень / Н.О. Савичук, Л.Г. Єрмакова // Современная стоматология. – 2010. – № 3. – С. 88–92.
56. Смоляр Н.І. Особливості клінічного перебігу хвороб пародонта на фоні первинного туберкульозу / Смоляр Н.І., Стадник У.О. // Вісник стоматології. – 2000. – № 2. – С. 36–38.

## Стоматологический очаг инфекции и его значение в течении соматической патологии у детей, в том числе туберкулеза (обзор литературы)

У.О. Стадник

**Резюме.** В статье приводятся обобщенные результаты анализа влияния хронического очага инфекции полости рта на течение или осложнения общесоматических заболеваний, в том числе туберкулеза. В последние десятилетия распространенность этого заболевания возрастает, поэтому вопрос сотрудничества врачей-интернов и стоматологов довольно актуален. Санация полости рта должна быть обязательным звеном лечения любого соматического заболевания, в том числе и туберкулеза.

**Ключевые слова:** стоматогенный очаг, инфекция, полость рта, соматические болезни, туберкулез, дети.

## Dental infection and its influence on the somatic pathology including tuberculosis in children (review)

U. Stadnik

**Summary.** In this article there are presented the summarized results of the influence of chronic infection of the oral cavity on the course or complications of somatic diseases, including tuberculosis. Over the past decade, the prevalence of this disease has been increasing, that's why cooperation between physicians and dentists are quite actual. Sanation of the oral cavity should be necessary during treatment of any medical condition, including tuberculosis.

**Key words:** chronical infection, oral cavity, somatic disease, tuberculosis, children.

Стадник Уляна Олегівна – канд. мед. наук,  
доцент кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.  
Тел.: +38 067 773-95-35.  
E-mail: s\_uiana@mail.ru.