

exposure in enamel and dentine substrates: An in vitro study. *J Clin Exp Dent*. 2021. Vol. 13, N. 1: e48–55. <https://doi.org/10.4317/jced.57385>

8. Nirmala S. S., Subba Reddy V. V. A comparative study of pH modulation and trace elements of various fruit juices on enamel erosion: An: in vitro study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2011. Vol. 29, N. 3. P. 205–215. DOI: 0.4103/0970-4388.85814

9. Srivastava R., Tangade P., Priyadarshi S., Agarahari P., Kumari T. The brewed connection: A comprehensive review of the relationship between caffeine and oral health. *Inter J Dent Res*. 2023. Vol. 5, N. 2. P. 68–74.

10. Manno S. H., Manno F. A., Ahmed I., Ahmed R., Shu L., Li L., et al. Spectroscopic examination of enamel staining by coffee indicates dentin erosion by sequestration of elements. *Talanta*. 2018. Vol. 189. P. 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.talanta.2018.07.032>

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-559-7-22>

## **ЛІКУВАННЯ РЕКУРЕНТНОГО (РЕЦИДИВУЮЧОГО) ТОНЗИЛІТУ В ПРОФІЛАКТИЦІ КАРІЕСУ**

**Чернишева І. Е.**

*кандидат медичних наук,*

*доцент кафедри акушерства, гінекології та педіатрії*

*Міжнародний університет*

*м. Одеса, Україна*

Лімфоєпітеліальні утворення знаходяться на межі зовнішнього і внутрішнього середовищ. Ці органи є вхідними воротами для мікробних антигенів, вони забезпечують контакт антигену з лімфоцитами.

Статистика показує, що найчастіше тонзилітом хворіють діти і молоді люди. Три чверті всіх хворих на тонзиліт – це люди у віці до 30 років. Особливо велика питома вага серед захворілих становить група дітей і підлітків у віці від 7 до 14 років. Відзначено, що дівчатка хворіють на тонзиліт частіше, ніж хлопчики.

Починаючи з дитячого віку і аж до 35 років, тканина мигдаликів прогресивно збільшується в об'ємі. До трьох років фолікули розростаються і кількість їх в кожній мигдалині досягає 35–40. Після 35–40-річного віку кількість фолікулів поступово зменшується, і у людей похилого віку, 70 років воно становить лише 9–12, тобто менше ніж у однорічного немовляти.

Часте враження піднебінних мигдаликів може призвести до хронізації процесу з розвитком такої патології як рекурентний (рецидивуючий) тонзиліт. Основними мікроорганізмами, які викликають цю патологію – патогенні стрептококи (1, с. 21) та стафілококи. Під час застуди, загального зниження імунного захисту, не регулярній гігієні порожнини рота, неправильному харчуванні кількість мікроорганізмів збільшується, що може призвести до каріозного процесу (2, с. 40).

Таким чином одна патологія може стати причиною другої. Якщо санація порожнини рота не буде проводитися одночасно отоларингологом та стоматологом, це може викликати інфікування твердих і м'яких тканин, підвищити ризик розвитку отиту, гаймориту, лімфаденіту, розвитку запальних захворювань ШКТ.

**Метою** цієї роботи була оцінка ефективності профілактики карієсу під час лікування хронічного тонзиліту.

**Матеріали та методи.** У дослідну групу включено 60 хворих з рекурентним (рецидивуючим) тонзилітом і карієсом. З них 30 чоловіків і 30 жінок.

I-а група (ОГ) з 30 хворих, яким проводилося промивання лакун мигдаликів розчином бетадину 10% протягом 10 днів та фізіотерапевтичне лікування, яке включало магніто-лазеротерапію під кути нижньої щелепи протягом 10 днів та лікування карієсу.

II-а група (КГ) з 30 хворих, які отримували тільки традиційне лікування карієсу.

**Результати.** При контрольному бактеріологічному дослідженні порожнини рота через 3–6 місяців після лікування у хворих ОГ підтверджено значне зниження кількості патогенної флори у 99% обстежених та відсутність рецидиву захворювання.

**Висновки.** Проведені дослідження свідчать про клінічне значення санації слизової оболонки від патогенної мікрофлори, що призводить до поліпшення загального стану хворих та відсутності загострення захворювань слизової оболонки порожнини рота.

### Література:

1. Кошель І. В. Гострі запальні захворювання лімфоглоткового кільця у практиці лікаря-педіатра. *Тематичний номер «Педіатрія»*. 2022. № 5. С. 21.

2. Євчев Ф. Д., Чернишева І. Е., Євчева А. Ф., Євчев Д. Ф. Вибір раціональної терапії хворих з патогенною бактеріальною флорою слизової оболонки верхніх дихальних шляхів. *ЖУНГ(б)*. 5-с. 2016. С.40–41.