

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-33>
УДК: 616.31:616.894

СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: выявление особенностей изменений твердых и мягких тканей органов полости рта у больных, страдающих психическими заболеваниями. Материал и методы: обследованы 147 больных, находящихся на лечении в городской психиатрической больнице №1 города Ташкента и на кафедрах психиатрии Ташкентской медицинской академии. Больных шизофренией было 43, эпилепсией 69, алкогольным психозом 35. Давность заболевания – от 1-го года до 36 лет. Результаты: у больных, страдающих эпилепсией, что в отличие с практически здоровых лиц, отмечается более высокое поражение зубов кариесом (81,16%) и заболеваниями пародонта (88,41%). Частыми были случаи генерализованной формы патологической стираемости (44,2%). Выводы: клинико-стоматоскопические исследования показали, что состояние зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта при психических заболеваниях имеют характерные признаки поражения. Степень выраженности этих поражений зависела от формы и продолжительности основной патологии.

Ключевые слова: психические заболевания, эпилепсия, кариес, заболевания пародонта, патологическая стираемость.

Количество работ, посвященных изучению состояния полости рта у нервно-психических больных весьма невелико. В возникновении патологических процессов в полости рта основная роль, по-видимому, принадлежит нервно-трофическим расстройствам, столь часто наблюдающимся у душевнобольных.

Учитывая, что большая роль в развитии заболеваний органов полости рта придается нарушениям функции центральной нервной системы (ЦНС), мы изучали состояние зубов и слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных, страдающих психическими заболеваниями. Как показал анализ доступной нам литературы, этот вопрос почти не изучен.

Не менее важно определить различие в корковой реакции здоровых и нервно-психических больных на зубной протез, поскольку вопросы замещения дефектов зубных рядов при нервно-психических заболеваниях совершенно не находят освещения в литературе, имеется лишь работа В.Ю. Курляндского, в которой указано на необходимость протезирования больных эпилепсией несъемными зубными протезами.

Вышеизложенное еще раз подчеркивает актуальность проводимых нами исследований, направленных на изучение теоретических и практических вопросов заболевания твердых тканей зубов и пародонта, а также оказание ортопедической стоматологической помощи больным эпилепсией.

Цель исследования: выявление особенностей изменений твердых и мягких тканей органов полости рта у больных, страдающих психическими заболеваниями.

Материал и методы

С целью выявления характера и частоты патологических изменений в полости рта мы обследовали 147 больных, находящихся на лечении в городской психиатрической больнице №1 города Ташкента и на кафедрах психиатрии Ташкентской медицинской академии (заведующий кафедрой проф. Г. Исмаилова).

Обследование включало оценку общего состояния больных (заключение специалистов) и оценку состояния органов полости рта (заключение стоматолога).

Все больные были разделены три группы. 1-ю группу составили 43 больные шизофренией, 2-ю – 69 больных эпилепсией, 3-ю – 35 больных, страдающих алкогольным психозом. Возраст больных – от 18 до 67 лет. Мужчин было 85, женщин – 62. Давность заболевания – от 1-го года до 36 лет. В анамнезе у 63 больных отмечались соответствующие заболевания различных органов и систем.

Контрольную группу составил 51 человек без фоновой патологии в возрасте от 17 до 66 лет, из них 21 (41,18%) мужчин и 30 (58,82%) женщин, в том числе с интактным зубным рядом 18 (35,29%) человек, с дефектом зубов и зубных рядов – 33 (64,71%).

Для объективной оценки состояния полости рта до лечения и после проведенных лечебных мероприятий мы оценивали с помощью индекса КПУ. Для объективной оценки состояния тканей краевого пародонта использовали пародонтальные индексы.

При диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта придерживались классификации А.И. Рыбакова и Г.Н. Банченко (1978), а протезных стоматитов – классификации С.А. Зуфарова (1981).

Для более детального изучения СОПР проводилось стоматоскопическое исследование при помощи операционного микроскопа (модель-178), увеличивающего объекты наблюдения от 4 до 25 раз.

Состояние твердых тканей зубов, костных структур межальвеолярных перегородок, ширины периодонтальной щели определяли рентгенологическими исследованиями.

У больных, пользующихся зубными протезами, определяли их состояние, качество, гигиеническое состояние,

наличие налетов на протезах, характер конструкции и давность их изготовления, а также состояние опорных зубов и подлежащей слизистой оболочки протезного ложа.

На каждого больного была ведена карта углубленного стоматоскопического обследования.

Результаты исследования

Изучение состояния полости рта показало, что 130 (88,4%) пациентов страдали ярко выраженными воспалительно-дистрофическими процессами в тканях пародонта (хронический катаральный гингивит, обнажение шеек зубов, подвижность I и III степени, обильные зубные отложения и пр.). Выраженность пародонтопатии находилась в прямой зависимости от давности заболевания.

Следует отметить, что больных с кариозным поражением зубов, по нашим данным, было значительно больше, чем сообщают другие авторы. Так, из 147 обследованных только у 2 были интактные зубы, у 98,6% мы обнаружили поражение зубов кариесом. Среднее количество пораженных зубов на одного человека составило 11,1%. У 65 (44,2%) больных выявлена патологическая генерализованная стираемость твердых тканей зубов. Полная вторичная адентия диагностирована у 91 больного. У 94 больных были мостовидные протезы и одиночные коронки, у 6 – съемные протезы. В большинстве случаев протезы не соответствовали требованиям, предъявляемым к ним. Так, искусственные коронки не охватывали плотно шейки зубов, последние были оголены, имели обильные зубные отложения, взаимоотношение протезов с тканью полости рта неравномерное, режим пользования и ухода протезами не соблюдается. Нуждаемость в протезировании составила 87%.

При углубленном стоматоскопическом обследовании полости рта больных, страдающих алкогольным психозом, были выявлены следующие особенности: на языке явления атрофии, сглаженность нитевидных сосочков, грибовидных сосочков мало, гиперемированные, в 78% случаев наблюдается складчатость языка, на слизистой оболочке щек, на линии смыкания зубов, в углах рта и на красной кайме губ обнаруживаются очаги помутнения, кератоз. Эти признаки обнаружены у 32,6% обследованных.

При шизофрении в результате абулических расстройств больные перестают ухаживать за зубами и своевременно обращаться за лечебной помощью к врачам-стоматологам. Неблагоприятное влияние на состояние полости рта оказывало также лечение различными психофармацевтическими препаратами. По нашим данным, кариес и патология тканей пародонта встречаются практически у каждого больного шизофренией. Так, из 43 больных кариес выявлен у 42 (97,7%), патология пародонта имела у 36 (83,78%). При стоматоскопии у 82% больных в области десневого края наблюдалось значительное просвечивание радиально расположенных сосудов, что говорило о наличии гингивита.

Клинические наблюдения проведены у 69 больных с различными формами эпилепсии, среди них больных парциальной формой было 18, генерализованной – 51. Среди

больных были 22 мужчины и 47 женщин в возрасте от 18 до 78 лет с длительностью заболевания от 1-го года до 36 лет.

В зависимости от длительности заболевания эпилепсией все обследованные больные разделены на 4 подгруппы: 1-я – 16 человек с длительностью заболевания до 10 лет; 2-я – 25 больных, продолжительность заболевания от 10 до 20 лет; 4-я – 17 человек, продолжительность заболевания от 20 до 30 лет; 4-я – 11 больных, длительность заболевания 30 лет и более.

Данные о возрастном и половом составе обследованных больных эпилепсией представлены на рис. 1.

При проведении клинко-стоматоскопических исследований твердых тканей зубов у больных эпилепсией выявлена высокая степень интенсивности кариеса. При стоматоскопическом исследовании было установлено, что у больных эпилепсией распространенность кариеса равна 81,16% (56 чел.), то есть намного чаще, чем у лиц контрольной группы (79,9%). Количество удаленных зубов у больных эпилепсией было больше, чем пациентов контрольной группы (в среднем у одного больного $9,3 \pm 0,3$; в контрольной группе – $3,94 \pm 0,2$), что свидетельствует о более низком охвате данного контингента своевременной стоматологической помощью.

Выявлена также высокая интенсивность кариеса. Суммарный индекс КПУ в среднем составил 10,65 зуба на одного осмотренного. Отмечается возрастание интенсивности поражения зубов кариесом в зависимости от длительности основного заболевания. Так, при длительности основного заболевания до 3-х лет интенсивность кариеса зубов в среднем составила $8,80 \pm 0,54$, а при длительности основного заболевания до 10 лет и более – $12,71 \pm 0,87$. При возрастании длительности заболевания индекс КПУ достоверно возрастает (табл. 1).

При исследовании зубов и зубных рядов клиновидные дефекты выявлены у 5 (2,6%) человек, патологическая стираемость – у 6 (8,69%), травма зубов с отколами части коронковой части зуба – у 18 (26,08%), частичная вторичная адентия – у 53 (76,81%). У 32 (46,3%) обследованных имела место вторичная деформация зубных рядов.

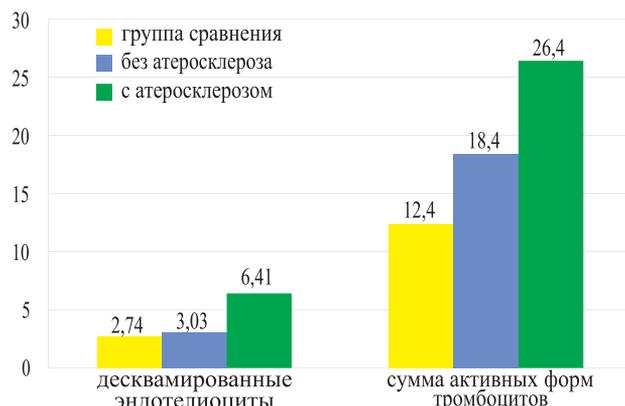


Рис. 1. Распределение больных эпилепсией по полу и возрасту, n=69.

Таблица 1. Интенсивность кариеса зубов и гигиенический индекс у больных эпилепсией

Группа пациентов	Общее число больных	Структура элементов КПУ				ГИ
		зуб кариозный	зуб пломбированный	зуб удаленный	индекс КПУ	
Больные эпилепсией	69	5,71	0,59	4,35	10,65	4,9
Контрольная группа	51	0,58	0,76	3,94	5,28	1,6

Таблица 2. Распределение больных по степени тяжести заболевания пародонта в зависимости от длительности основного заболевания, абс. (%)

Степень тяжести заболевания пародонта	Число больных	Длительность заболевания, лет				Всего, %
		до 1-го	1-5	6-10	11 и более	
Отсутствие патологии пародонта	8	4 (5,80)	3 (4,34)	1 (1,45)	-	11,59
Легкая форма	9	2 (2,90)	6 (8,70)	1 (1,45)	-	13,05

Результаты стоматоскопических исследований и их анализ о состоянии полости рта всех 69 больных с эпилепсией показал, что 61 (88,4%) из них страдал ярко выраженными воспалительно-дистрофическими процессами в тканях пародонта сохранившихся зубов. Выраженность отмеченной картины имела прямую зависимость от давности заболевания.

Обследование полости рта у больных, страдающих эпилепсией, представляет интерес в том отношении, что при лечении основного заболевания (эпилепсии) применяются такие фармакологические препараты, которые, обладая противосудорожным действием, вызывают гипертрофию десен. Так, из 69 больных эпилепсией у 55 (79,7%) наблюдались гипертрофические гингивиты. У 19 (27,5%) больных она сопровождалась гиперемией десневого края и кровоточивостью, которая носила локализованный характер. Клинически гипертрофия десны проявлялась утолщением десневого края с образованием валика плотной консистенции с помутнением (рис. 2).

Изучение состояния тканей пародонта показало, что у больных эпилепсией патология тканей пародонта в виде различных форм гингивита, пародонтита и пародонтоза составляет 88,41%.

В таблице 2 приведены данные о состоянии пародонта в зависимости от длительности основного заболевания. Так, при длительности эпилепсии до 3-х лет наблюдается легкая стадия пародонтита, с увеличением срока заболевания до 10 лет отмечается средняя и тяжелая стадия генерализованного поражения пародонта. Плохая гигиена полости рта и ухудшение общего состояния больного увеличивают частоту встречаемости средней и тяжелой степени пародонтита.



Рис. 2. Гипертрофический гингивит из-за хронического использования (психотропных препаратов) фенитоина.

На основании клинико-стоматоскопических исследований слизистой оболочки протезного ложа были выявлены очаги помутнения поверхности слизистой оболочки губ и щек за счет белесовато-грязного налета и явления очагов кератоза. У 52 (75,4%) больных отмечалась отечность щек с наличием отпечатков зубов. Эпителий кератизированных участков непрозрачный, сосудистая сеть не просвечивает.

Слизистая оболочка альвеолярного отростка и твердого неба у всех больных имела бледную (иногда желтушную) окраску, у 20 (28,9%) – сглаженность поверхности слизистой оболочки.

Сопоставление результатов исследования, показало, что у больных, страдающих эпилепсией, что в отличие с практически здоровых лиц, отмечается более высокое поражение зубов кариесом (81,16%) и заболеваниями пародонта (88,41%). Частыми были случаи генерализованной формы патологической стираемости (44,2%).

Таким образом, результаты клинико-стоматоскопических исследований показали, что состояние зубов, тканей пародонта и СОПР при психических заболеваниях имеют характерные признаки поражения. Степень выраженности этих поражений зависела от формы и продолжительности основной патологии.

Список литературы

1. Бессмертная Е.В., Бессмертная Е.А. Стоматологические проявления у больных эпилепсией // *Вестн. стоматол.* – 2010. – №1 (31-32). – С. 96.
2. Биалер М. Взаимодействие лекарственных препаратов при лечении эпилепсии // *Эпилепсия, медико-социальные аспекты. Диагностика и лечение: Материалы Междунар. конф.* – М., 2004. – С. 47-53.
3. Гагарина Т.Ю. Клинико-физиологические особенности состояния органов и тканей полости рта у больных с психогенными расстройствами: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2004. – 105 с.
4. Зиньковская Е. П. Особенности состояния полости рта у больных эпилепсией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2007. – 21 с.
5. Ильина Р.Ю., Ямашев И.Г., Мухамеджанова Л.Р. Роль слюны в формировании заболеваний пародонта у психически больных // *Институт стоматологии.* – 2009. – №3. – С. 68-69.