

Особенности течения кариеса и его осложнений у больных шизофренией

А.В. МИТРОНИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой

Б.Д. ЦЫГАНКОВ**, д.м.н., проф., зав. кафедрой

С.А. БУТАЕВА*, асп.

*Кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО

**Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Peculiarities of the course of dental caries and its complications in patients with schizophrenia

A.V. MITRONIN, B.D. TSYGANKOV, S.A. BUTAEVA

Резюме: На основании клинических исследований изучены особенности течения кариеса и его осложнений у больных шизофренией. Больные шизофренией редко следят за гигиеной полости рта. И чем выраженнее негативная симптоматика шизофрении, тем в большей степени проявляют себя стоматологические заболевания. Больные шизофренией, как правило, обращаются к стоматологу лишь при возникновении острой боли, обусловленной заболеваниями пульпы и периодонта. Полученные данные диктуют необходимость внедрения комплексной программы профилактики кариеса и его осложнений у больных шизофренией.

Ключевые слова: больные шизофренией, воспалительные процессы полости рта, интенсивность кариеса, распространенность кариеса, осложнения кариеса.

Abstract: On the basis of clinical research the peculiarities of the course of dental caries and its complications were studied in patients with schizophrenia. The patients with schizophrenia seldom monitor the hygiene of the oral cavity. The more evident the negative symptoms of schizophrenia are, the more dental diseases manifest themselves. The patients with schizophrenia, as a rule, contact the dentist only in the case of the acute pain, caused by the diseases of the pulp and periodontium. The findings call for implementation of a comprehensive program of prevention of dental caries and its complications in patients with schizophrenia.

Key words: patients with schizophrenia, inflammation processes of the mouth, intensity of caries, prevalence of caries, dental caries complications.

Шизофрения – прогрессирующее эндогенное психическое заболевание, для которого характерны утрата единства психических функций, нарушение мышления, обеднение эмоциональной сферы и нарастающее ослабление психической активности. Во всем мире около 2% взрослого населения страдает различными формами течения шизофрении [3, 6].

Сочетанность заболеваний полости рта и внутренних органов занимает видное место в стоматологии, так как позволяет отразить сущность генеза многих стоматологических заболеваний и наметить пути разработки комплексных профилактических мероприятий [1, 9, 8].

У больных шизофренией отмечены значительные нарушения в иммунной, нейрогуморальной, эндокринной системах, а также нарушения секреции слюнных желез, что способствует развитию ряда соматических патологий, в том числе патологическим изменениям в полости рта. Увеличивается поражаемость зубов кариесом, а также возможность его осложнений [2, 4, 7].

Больные шизофренией редко следят за гигиеной полости рта. Заболевания полости рта при шизофрении чаще отмечаются у тех пациентов, которые в течение длительного времени находятся в психиатрических больницах. Чем выраженнее негативная симптоматика

шизофрении, тем в большей степени проявляют себя стоматологические заболевания [5, 10].

В литературных источниках крайне мало научных работ по изучению показателей течения кариеса и его осложнений у больных шизофренией, а в связи с ростом распространенности психических заболеваний среди населения актуальность этой проблемы возрастает.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение особенностей течения кариеса и его осложнений у больных, страдающих различными формами шизофрении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено стоматологическое обследование 100 больных шизофренией и 50 человек без психической патологии, составивших группу контроля.

Больные шизофренией в возрасте от 20 до 35 лет, страдающие шизофренией в течение пяти лет, находящиеся на стационарном лечении, однотипного социального положения, вне зависимости от наличия у них различных системных заболеваний. Группу контроля составили пациенты стоматологического приема от 20 до 35 лет, без психической патологии, имеющие заболевания ЖКТ и находящиеся на амбулаторном лечении.

Таблица 1. Интенсивность кариеса зубов у больных шизофренией

	Первая группа	Вторая группа	Контроль
КПУ	21,56 ± 0,81	21,18 ± 0,97	11,64 ± 0,41
К	11,28 ± 0,75	9,02 ± 0,60	1,82 ± 0,13
П	3,88 ± 0,47	4,28 ± 0,44	7,80 ± 0,35
У	6,40 ± 0,79	7,88 ± 0,94	3,02 ± 0,38

Среднее значение индекса КПУ у больных шизофренией (21,56 ± 0,81, 21,18 ± 0,97) достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в группе контроля (11,64 ± 0,41).

Обследованные были разделены на три группы:

1. Больные с непрерывной формой течения шизофрении.

2. Больные с приступообразной формой течения.

3. Группа контроля.

У всех 100 обследуемых и 50 человек, составивших контрольную группу, проводили осмотр полости рта, определяли интенсивность поражения зубов кариесом и его осложнениями с использованием индекса КПУ.

Для статистической оценки результатов исследования использовали t-Критерий Стьюдента (для сравнения средних значений), а также метод Фишера (для сравнения непараметрических данных).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных шизофренией при осмотре выявлены множественные поражения твердых тканей зуба кариесом с преимущественной локализацией полостей в пришеечной области и на апроксимальных поверхностях. Распространенность кариеса составила 100% в группах больных шизофренией. В группе контроля этот показатель составил 95%.

Значения интенсивности кариеса у больных шизофренией представлены в табл. 1.

Анализ результатов, представленных в табл. 1, показывает, что значение индекса интенсивности кариеса в первой группе в 1,85 раза выше ($p < 0,05$), во второй – в 1,81 раза выше ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля.

Что касается компонентов индекса КПУ, то в группах больных шизофренией среднее количество кариозных зубов было достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в контрольной группе. Так, у пациентов первой группы этот показатель достиг 11,28 ± 0,75, что в 6,2 раза выше ($p < 0,05$), чем в группе контроля. У обследованных второй группы среднее количество кариозных зубов в 4,9 раза выше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе.

Величина компонента «П» у больных первой и второй групп оказалась достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной группе. Так, среднее количество пломбированных зубов в группе контроля превышало этот показатель у пациентов первой группы в 2 раза ($p < 0,05$), а у пациентов второй группы – в 1,8 раза ($p < 0,05$).

Среднее количество удаленных зубов в группах больных шизофренией достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе контроля. У пациентов первой и второй групп среднее количество удаленных зубов в 2,1 и 2,06 раза выше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе.

Выявлено, что острые процессы в полости рта у больных шизофренией протекают без ведущего симптома боли. Из всего количества диагностированных нами пульпитов у больных шизофренией 5% случаев составляют пульпиты с ведущей жалобой на острую боль. Удельный вес пульпитов, сопровождающихся острой болью, у пациентов с нормальной психикой составляет 25%, а у больных шизофренией аналогичный показатель в пять раз ниже. Чаще всего это обострение хронического пульпита. Полость зуба практически всегда вскрыта. Жалобу на острую боль больной шизофренией может предъявлять в период снижения дозы нейролептика. Ведущим симптомом при остром апикальном периодонтите и периапикальном абсцессе в 95% случаев является не боль, а явления периостита и ухудшение общего состояния больного в виде слабости, вялости, отсутствия аппетита, а также изменений показателей красной и белой крови. Количество случаев острого апикального периодонтита и периапикального абсцесса составляет 38% от всех случаев заболевания периодонта, а хронический апикальный периодонтит – 72%. 60% зубов с хроническим апикальным периодонтитом подлежат удалению по показаниям.

Выводы:

— Стоматологический статус больных шизофренией характеризуется высоким индексом интенсивности кариеса зубов за счет большого количества кариозных и удаленных зубов.

— У пациентов с непрерывной формой течения шизофрении интенсивность кариеса составляет 21,56 ± 0,81. У обследованных с приступообразной формой течения шизофрении интенсивность кариеса составляет 21,18 ± 0,97.

— Особенностью течения острых воспалительных процессов в полости рта (пульпит, периодонтит) у больных шизофренией является отсутствие в 95% случаев ведущего болевого симптома.

Поступила 21.04.2013

Координаты для связи с авторами:
127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Даурова Ф. Ю., Луhanина Т. В., Артемьева М. С. Особенности течения кариеса у больных шизофренией // Вестник РУДН. Серия Медицина. 2008. №2. С. 39-41.
Daurova F. Ju., Luhanina T. V., Artem'eva M. S. Osobennosti techeniya kariesa u bol'nyh shizofreniej // Vestnik RUDN. Serija Medicina. 2008. №2. S. 39-41.
2. Дмитриева Т. Б., Краснов В. Н., Незнанов Н. Г. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: Медицина, 2009. – 1008 с.
Dmitrieva T. B., Krasnov V. N., Neznanov N. G. Psihiatrija. Nacional'noe rukovodstvo. – M.: Medicina, 2009. – 1008 s.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 2002. – 874 с.
Kaplan G. I., Sjedok B. Dzh. Klinicheskaja psihiatrija. – M.: Medicina, 2002. – 874 s.
4. Максимовский Ю. М., Алексеев Ф. И., Мартынова С. А. Особенности параметров ротовой жидкости и состояния твердых тканей зуба у психически больных // Dental Forum. 2008. №1. С. 22-27.
Maksimovskij Ju. M., Alekseev F. I., Martynova S. A. Osobennosti parametrov rotovoj zhidkosti i sostojanija tverdyh tkanej zuba u psihicheski bol'nyh // Dental Forum. 2008. №1. S. 22-27.

5. Семке А. В. Социальное функционирование и качество жизни больных, страдающих шизофренией. – Томск: РАСКО, 2005. – С. 103-105.
Semke A. V. Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni bol'nyh, stradajushhih shizofreniej. – Tomsk: RASKO, 2005. – S. 103-105.
6. Цыганков Б. Д. Психиатрия: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 489 с.
Cygankov B. D. Psihiatrija: rukovodstvo dlja vrachej. – M.: GJeOTAR-Media, 2011. – 489 s.
7. Bachrach L. L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of Schizophrenia: what are the boundaries? // Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement. 2000. Vol. 102. P. 6-10.
8. Buckley P. F., Naber D. Quetiapine and sertindole: clinical use and experience // Schizophrenia and mood disorders; The new drug therapies in clinical practice. – London, 2000. – P. 131-142.
9. Davies R., Bedi r., Scully C. ABC of oral health. Oral health care for patients with special needs // British Medical Journal. 2000. №321. P. 495-498.
10. Stahl S. M., Peter F. Buckley Negative symptoms of schizophrenia. – Organon USA Inc., 2007. – 32 p.

Правила предоставления статей в журналы издательства «Поли Медиа Пресс»

(«Эндодонтия today», «Пародонтология», «Стоматология детского возраста и профилактика»)

Информация авторам

В журнале публикуются статьи практических врачей и научных сотрудников, подготовленные по материалам оригинальных научных исследований и клинических наблюдений, а также тематические обзоры литературы.

К публикации принимаются только оригинальные статьи, т. е. те печатные материалы, которые не были ранее опубликованы либо одновременно направлены в другие печатные издания.

Автор должен оформить годовую подписку на журнал, в котором размещена его статья.

Дополнительное условие: приобрести по 5 номеров журнала на каждого автора статьи (оплата до публикации).

Оригинальные статьи и тематические обзоры, принимаемые к публикации, должны обязательно иметь:

- 1) название статьи на русском и английском языках;
- 2) краткое резюме (не менее 5 предложений) на двух языках (русском и английском);
- 3) ключевые слова (не менее 5 слов) на русском и английском;
- 4) фамилии, инициалы авторов – на русском и английском языках, информацию о должностях и научных званиях.

Максимальное количество авторов – 5 человек;

5) список литературы – минимум 10 ссылок. Список надо дополнять зарубежными источниками – их должно быть не менее половины от числа отечественных. Все русскоязычные ссылки литературы должны быть дополнительно транслитерированы! (Рекомендуем использовать транслитератор на сайте www.translit.ru)

Пример транслитерации ссылок:

Адамян А. А., Лизанец М. Н., Добыш С. В. и др. Результаты лабораторного исследования порошкообразных медицинских сорбентов и перспективы их использования в хирургии // Вестник хирургии им. Грекова. 1991. №7-8. С. 37-41.

Adamyana A. A., Lizanets M. N., Dobysh S. V. i dr. Rezultaty laboratornogo issledovaniya poroshkoobraznyh meditsinskih sorbentov i perspektivy ih ispolzovaniya v hirurgii // Vestnik hirurgii im. Grekova. 1991. №7-8. S. 37-41.

6) направление для публикации от ведущего научного учреждения в установленной форме;

7) информацию об обратной связи с авторами (телефон, почтовый адрес, адрес электронной почты). Аналогичные требования предъявляются к описаниям клинических случаев (за исключением списка литературы, резюме и ключевых слов). Рукописи принимаются от авторов в электронном виде, вместе с распечатанным вариантом статьи, рисунков, таблиц, диаграмм, фотографий и т. п.

Также возможна пересылка статей в редакцию по электронной почте.

Формат электронной версии статьи:

- 1) Текст статьи и таблицы в формате редактора Microsoft Word, отступы 2 см, межстрочный интервал 1,5, шрифт Times New Roman 12 размера.
- 2) Диаграммы и графики в формате Microsoft Excel, Microsoft Word, Corel Draw, pdf, eps, ai.
- 3) Рисунки, рентгенограммы и фотографии (в т. ч. авторов) в виде отдельных файлов (а не вставленные в общий файл со статьей формата MS Word) формата tif, psd, eps, gif, jpg, bmp или в оригинале, желательно 300 dpi. Обязательно в тексте должно быть указано конкретное место для расположения в нем того или иного иллюстративного материала (рисунки, графики, таблицы, диаграммы и т. п.).

Обращаем внимание авторов на то, что принятые редакцией материалы рецензируются и могут быть подвергнуты редакторской правке для устранения опечаток, неточностей, стилистических, грамматических и синтаксических ошибок.

Принятые материалы авторам не возвращаются.

Наши координаты: 115230, Москва, а/я 332;

Заказ: (495) 781-2830, 956-9370, (499) 678-26-58, 8-903-969-0725, dostavka@stomgazeta.ru