

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящем исследовании показана взаимосвязь между физико-химическими свойствами материалов и морфологическими данными при obturации каналов корней зубов с интактным периодонтом. При этом проведенное морфологическое исследование показало, что в качестве материала для пломбирования корневого канала зубов предпочтение следует отдавать инновационному материалу — композитная система Real Seal (Resilon).

Следовательно, понимание структурных изменений периапикальных тканей при прямом вза-

имодействии с тем или иным эндогерметиком позволяет не только констатировать изменения ткани периодонта, но и использовать их для решения прогностических задач в практической терапевтической стоматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грютцнер А. // ДентАрт. — 2006. — № 3. — С. 49—51.
2. Гутман Д., Думша Т., Ловдэл П. Решение проблем в эндодонтии. — М.: Медпресс-информ, 2008. — 591 с.
3. Поройский С. В., Фирсова И. В., Македонова Ю. А. // Волгоградский научный медицинский журнал. — 2011. — № 3. — С. 45—47.
4. Orstavik D., Holgslly Y. K. // Biomaterials. — 2001. — Vol. 6. — P. 129—132.

С. А. Бутаева, А. В. Митронин

Московский государственный медико-стоматологический университет

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

УДК 616.31-02: 616.895.8

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 злокачественнее течение шизофрении и выраженнее негативная симптоматика, тем в большей степени проявляют себя стоматологические заболевания.

Ключевые слова: больные шизофренией, стоматологический статус, болезни пародонта, гигиена полости рта, интенсивность кариеса.

S. A. Butaeva, A. V. Mitronin

ASSESSMENT OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Patients with schizophrenia seldom comply with oral hygiene. Diseases of the oral cavity are more often observed in those patients who stay in a mental hospital for a long period of time. The more malignant is the course of schizophrenia and the more obvious are the negative symptoms, the more evident are the signs of dental diseases.

Key words: patients with schizophrenia, dental status, periodontal disease, oral hygiene, intensity of caries.

Вопросы сочетанности заболеваний полости рта и внутренних органов занимают важное место в стоматологии, так как позволяют отразить сущность генеза многих зависимых заболеваний полости рта и наметить пути разработки комплексных профилактических мероприятий [2, 4].

Патологические процессы, возникающие в организме человека в связи с системными заболеваниями, часто проявляются в периферических тканях организма. Поражение тканей полости рта, в большинстве случаев, является первым клиническим признаком нарушений при заболеваниях нейроэндокринной, кровяной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем [1].

Многие психические заболевания, в частности шизофрения, протекают на фоне соматических заболеваний, нарушений обмена веществ, дисфунк-

ции эндокринно-вегетативной системы, органических поражений центральной нервной системы, изменений системы крови и др. [3, 5].

В то же время известно, что нарушения, возникающие в полости рта, в ряде случаев утяжеляют течение основного заболевания за счет образования очаговых хронических инфекций, сенсбилизации организма [2].

В решении этой проблемы определенным интерес представляет изучение механизмов развития и течения заболеваний полости рта у больных шизофренией.

Для лечения больных шизофренией используется весь спектр психотропных средств (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные, корректоры и др.), которые при длительном применении вызывают у больных изменения

вегетативной нервной системы, обменные, эндокринные нарушения, нарушения выделения слюны, изменяется иммунологический статус больного [5, 6].

У больных шизофренией отмечены значительные патологические нарушения в полости рта, увеличивается поражаемость зубов кариесом, а также возможность его осложнений [2, 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 злокачественнее течение шизофрении и выраженнее негативная симптоматика, тем в большей степени проявляют себя стоматологические заболевания [3].

Осмотр, диагностика и лечение таких пациентов врачом-стоматологом сопровождается повышенной тревожностью, осложняющей проведение лечебных манипуляций. Посещение врача-стоматолога усиливает и обостряет имеющиеся нервно-психические нарушения у пациентов, так как является одним из наиболее ярких примеров эмоционального стресса [2, 3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение стоматологического статуса у больных, страдающих различными формами течения шизофрении.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование осуществляли на базе Центральной Московской клинической психиатрической больницы № 1, где проведено стоматологическое обследование больных, страдающих шизофренией в течение пяти лет, находящихся на стационарном лечении. Было проведено обследование 100 больных шизофренией в возрасте от 20 до 35 лет. Обследуемые были разделены на 2 группы (по 50 человек в каждой): 1 — больные с непрерывной формой течения заболевания; 2 — больные с приступообразной формой течения.

Контролем служили 50 человек без психической патологии, имеющие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью индекса Федорова-Володкиной. Исследовались вестибулярные поверхности шести нижних передних зубов. Зубной налет определяли после окрашивания зубов раствором Д. Свракова — Ю. Писарева. Результаты окрашивания каждого из шести зубов оценивали в баллах: 1 — отсутствие окрашивания; 2 — окрашивание 1/4 поверхности коронки зуба; 3 — окрашивание 1/2 поверхности коронки зуба; 4 — окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Интенсивность кариеса определялась индексом КПУ, который учитывает количество кариозных зубов (К), пломбированных (П) и удаленных (У).

Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта оценивали по индексу CPITN.

Для статистической оценки результатов исследования использовали *t*-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Значения индекса КПУ и его компонентов у больных шизофренией представлены в табл. 1.

ТАБЛИЦА 1

Характеристика показателей интенсивности 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).

Что касается компонентов индекса КПУ, то в группах больных шизофренией среднее количество кариозных и удаленных зубов было достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в контроле. Напротив, величина компонента «П» в группе контроля была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у в группах больных шизофренией.

Осмотр полости рта показал, что зубы у психически больных покрыты обильным налетом и зубным камнем. Многие из этих больных являются злостными курильщиками, что еще больше ухудшает состояние гигиены. Следует отметить, что в период обострения основного заболевания гигиенический уход за полостью рта полностью отсутствует.

Гигиенический индекс оценивали следующим образом: 1,1—1,5 — хорошее; 1,6—2,0 — удовлетворительное; 2,1—2,5 — неудовлетворительное; 2,6—3,4 — плохое; 3,5—5,0 — очень плохое.

Результаты гигиенического состояния полости рта представлены в табл. 2.

ТАБЛИЦА 2

Значения гигиенического индекса у больных шизофренией

Группа обследованных	Гигиенический индекс
Первая группа	2,53
Вторая группа	2,35
Контроль	1,17

При анализе гигиенического индекса у больных шизофренией отмечается «неудовлетворительный» гигиенический статус, что подтверждает состояние стойкой дизадаптации, проявление физиологического напряжения в гомеостазе полости рта.

При опросе больных шизофренией многие из них отмечали наличие кровоточивости десен и подвижности зубов: в первой группе — 68 и 25 % соответственно, во второй — 48 и 12 %. В группе контроля кровоточивость десен 20 %, а подвижность зубов 4 % участников.

Однако необходимо отметить, что острые воспалительные процессы в тканях пародонта у больных с нарушением психики встречаются нечасто. Вероятно, это связано с приемом лекарственных препаратов, которые оказывают и противовоспалительное

ТАБЛИЦА 3

Распространенность и интенсивность признаков поражения пародонта по индексу CPITN у больных шизофренией

Группа пациентов	Интактные	С кровоточивостью десен	С зубным камнем	С пародонтальным карманом		Исключенные
				4—5 мм	6 мм	
Первая	5,3 % 0,32	9,4 % 0,56	31 % 1,86	31,3 % 1,88	7 % 0,42	16 % 0,96
Вторая	8 % 0,40	20,7 % 1,24	27,3 % 1,72	14 % 0,84	4 % 0,24	26 % 1,56
Контроль	33 % 1,98	28,7 % 1,72	25,6 % 1,54	10,7 % 0,64	1 % 0,06	1 % 0,06

Анализ табл. 3 показывает, что в первой группе обследованных распространенность заболеваний пародонта составила 92 %. У пациентов этой группы чаще всего встречается пародонтальный карман глубиной 4—5 мм (1,88 секстанта) и зубной камень (1,86 секстанта). Среднее количество исключенных секстантов было равно 0,96, 16 % секстантов пародонта были исключены из обследования по причине отсутствия зубов. Распространенность кровоточивости десен составила 9,4 % при средней интенсивности, равной 0,56 секстантам. Развившиеся формы воспаления в виде пародонтального кармана глубиной 6 мм и более регистрировались у 7 % обследованных. 0,32 секстанта пародонта оценивались как здоровые.

Во второй группе распространенность заболеваний пародонта составила 90 %. Чаще всего у этих пациентов мы наблюдали зубной камень или другие факторы, задерживающие налет (в 27,3 % случаев) и кровоточивость десен (в 20,7 % случаев). Интенсивность данных признаков поражения тканей пародонта составила 1,72 и 1,24 секстанта соответственно. 26 % секстантов являлись исключенными. Среднее количество секстантов с кодом X в данной группе было равным 1,56. Пародонтальные карманы глубиной 4—5 мм встречались в 3,5 раза чаще, чем таковые глубиной 6 мм и более (14 % и 4 % соответственно). Среднее количество здоровых секстантов составило 0,40.

В группе контроля распространенность заболеваний пародонта составила 76 %. Чаще всего у обследованных этой группы наблюдались кровоточивость десен (28,7 %), при средней интенсивности равной 1,72. Зубной камень определялся в 1,54 секстантах, распространенность данного признака составила 25,6 %. Среднее количество секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4—5 мм и 6 и более мм составило 0,64 и 0,06 соответственно. Следует также отметить, что в группе контроля определялось всего 0,06 исключенных секстанта. Здоровый пародонт был определен в 1,98 секстантах.

действие, а также с употреблением преимущественно жидкой и мягкой пищи, что исключает травматическое поражение десен.

Значение индекса CPITN представлено в табл. 3.

Статистически достоверно ниже ($p < 0,05$) показатели здорового пародонта у групп больных шизофренией по сравнению с контрольной. Так, здоровый пародонт в группе контроля встречается в 6 раз чаще, чем по сравнению с первой группой, в 4 раза чаще, чем у обследованных второй группы. У первой и второй групп различие этого показателя статистически недостоверно ($p > 0,1$).

Что касается кровоточивости, то статистически достоверно ниже ($p < 0,05$) значения этого показателя у групп больных шизофренией, по сравнению с контрольной. Кровоточивость десен в группе контроля на 19,3 % превышает этот показатель по сравнению с первой группой и на 8 % по сравнению со второй. У больных первой группы этот показатель в 2,2 раза ниже ($p < 0,05$), чем у обследованных второй группы.

Наличие зубного камня или других факторов, задерживающих зубной налет у пациентов первой группы на 4 % выше, чем у обследованных второй группы ($p < 0,05$), а также на 5,4 % выше ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой.

Приведенные данные подтверждают необходимость систематической плановой санации полости рта у этих больных. В числе лечебно-профилактических мероприятий больным, которые по психическому состоянию не могут пользоваться зубной щеткой, необходимо назначать полоскание полости рта при утреннем туалете и после еды под контролем медицинского персонала или родственников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- уровень гигиены полости рта у больных шизофренией неудовлетворительный;
- интенсивность кариеса зубов у больных шизофренией в 2 раза выше, чем у лиц контрольной группы;
- в группах больных шизофренией количество здоровых секстантов и секстантов с кровоточивостью десен ниже, чем в группе контроля;

– секстантов с зубным камнем и другими факторами, задерживающими зубной налет, выше у больных шизофренией, по сравнению с контрольной группой;

– количество секстантов, где диагностированы пародонтальные карманы 4—5 мм и более, у пациентов контрольной группы ниже, чем у больных шизофренией.

Основными причинами, оказывающими влияние на развитие и течение заболеваний полости рта у больных шизофренией, являются тяжесть и продолжительность основного заболевания, а также отсутствие гигиенического ухода за полостью рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даурова Ф. Ю., Луханина Т. В., Артемьева М. С. // Вестник РУДН, серия Медицина. — 2008. — № 2. — С. 39—41.
2. Дмитриева Т. Б., Краснов В. Н., Незнанов Н. Г. Психиатрия: Национальное руководство. — М.: Медицина, 2009. — 1008 с.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 2002. — 874 с.
4. Максимовский Ю. М., Алексеев Ф. И., Мартынова С. А. // Dental Forum. — 2008. — № 1. — С. 22—27.
5. 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.
6. Davies R., Bedi r., Scully C. // British Medical Journal. — 2000. — №321. — P. 495—498.
7. Stahl S. M., Peter F. Buckley Negative symptoms of schizophrenia. — Organon USA Inc., 2007. — 32 p.

Е. Е. Маслак, Н. В. Куюмджиди, Н. К. Добренкова, Е. В. Гоменюк

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста,
Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2, Волгоград

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА

УДК 616.314-002-08

В статье рассматриваются типичные клинические ситуации применения технологии инфильтрации для лечения начального кариеса.

Ключевые слова: инфильтрация кариеса, начальный кариес, лечение.

E. E. Maslak, N. V. Kuyumdzhid, N. K. Dobrenkova, E. V. Gomenyuk

CLINICAL APPLICATION OF INFILTRATION TECHNOLOGY FOR INCIPIENT CARIES TREATMENT

The article discusses typical clinical situations of using infiltration technology in incipient caries treatment.

Key words: caries infiltration, incipient caries, treatment.

Основным патологическим процессом в развитии начального кариеса зубов является деминерализация, которая первоначально возникает в подповерхностном слое эмали. Деминерализованные участки эмали представляют собой пористые структуры, заполненные эмалевой жидкостью. Традиционные методы лечения начального кариеса, направленные на реминерализацию деминерализованных участков эмали, предусматривали применение препаратов фторида и кальция, и требовали многократных процедур и повторения курсов лечения, нередко в течение нескольких лет. Низкая комплаентность пациентов, особенно в отношении соблюдения диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов, проведения тщательной ежедневной гигиены полости рта и регулярного посещения врача-стоматолога не позволяла остано-

вить прогрессирование начальных форм кариеса. Поэтому, нередко, стоматологи либо не предпринимали никаких лечебных действий, либо применяли агрессивные методы терапии, препарируя и пломбируя выявленные очаги деминерализации [15].

Идея инфильтрации кариозных поражений смолами была предложена группой ученых под руководством М. G. Buonocore еще в 70-х годах прошлого века, однако клинически приемлемая технология инфильтрации кариеса была разработана немногим более 10 лет назад и завершилась выходом на стоматологический рынок набора Icon (DMG, Германия) [10, 12, 14]. Инновационная технология инфильтрации позволила практикующим врачам-стоматологам быстро (в одно посещение) и безболезненно решать проблему начального кариеса, надежно блокируя и предот-