

протезов у пациентов с ХДЗП явления пародонтита и резорбции костной ткани альвеолярного отростка значительно менее выражены, чем при использовании металлических протезов.

4. С целью получения более полной информации о функциональном состоянии костной ткани альвеолярного отростка у пациентов с генерализованным пародонтитом на фоне ХДЗП использование ортопантомографии целесообразно дополнять определением в ротовой жидкости уровней маркеров костного метаболизма. С-терминальный телопептид коллагена I типа и остеокальцин – чувствительные маркеры костного ремоделирования и раннего выявления расстройств костного гомеостаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А. Ю., Шевченко Л. М. // Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 64–67.
2. Козлова И. В., Сафонова М. В., Кузьмина О. В. и др. // Мед. наука и образ. Урала. – 2007. – № 5. – С. 32–36.
3. Лепилин А. В., Шиндин А. Б., Осадчук М. А. Влияние различных видов зубных протезов (материалов) на состояние желудка: Метод. рекомендации. – Саратов, 1999.
4. Мазур И. П. // Пробл. остеол. – 2001. – № 1–2. – С. 99–101.
5. Матвеева А. И., Прохончуков А. А., Виноградов А. Б. и др. // Клини. стоматол. – 2009. – № 4. – С. 58–62.
6. Подымова С. Д. // Клини. перспект. гастроэнтерол. и гепатол. – 2010. – № 3. – С. 17–25.
7. Цимбалистов А. В., Жданюк И. В., Иорданишвили А. К. // Пародонтология. – 2011. – № 3. – С. 50–53.

Поступила 20.03.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314-007.21:616.001.8-056.34]-07

Р. Ю. Ильина¹, Л. Р. Мухамеджанова², Л. Е. Зиганшина³

ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ АДЕНТИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НА РАЗВИТИЕ ОБТУРАЦИОННЫХ АСФИКСИЙ

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии; ²кафедра терапевтической стоматологии; ³кафедра фундаментальной и клинической фармакологии (420008, г. Казань, ул. Кремлевская, д. 4/5)

Приведены результаты исследования случаев смерти от обтурационных асфиксий психически больных в РКПБ им. В. М. Бехтерева (Казань) в период с 1996 по 2010 г. По архивным историям болезни выявлено отсутствие связи обтурационной асфиксии с терапией нейролептиками, неврологическими заболеваниями и формой психиатрической патологии. У погибших больных обнаружена частичная и полная адентия; высказано предположение о влиянии дефектов зубных рядов на развитие асфиксий. Врачам-стоматологам, оказывающим помощь психически больным, рекомендовано уделять внимание профилактике заболеваний пародонта и осложнений кариеса зубов как основным причинам удаления зубов.

Ключевые слова: адентия, обтурационная асфиксия, нейролептики, двигательные нарушения

IMPACT OF PARTIAL AND COMPLETE ADENTIA IN THE MENTALLY ILL ON THE DEVELOPMENT OF OBTURATIVE ASPHYXIA

R. Yu. Ilyina, L.R. Mukhamedzhanova, L.E. Ziganshina

The results of investigation of cases of death from obturative asphyxia of the mentally ill in Republican clinical psychiatric hospital of a name V.M.Bekhterev (Kazan) in the period from 1996 to 2010. According to archival medical histories revealed the lack of communication obstructive asphyxia therapy with neuroleptics, neurological diseases and form of mental pathology. The deceased patients detected partial and complete adentia: a suggestion about the influence of the defects of dental rows on the development of асфiксий. Doctors-dentist, rendering assistance to the mentally ill, it is recommended to pay attention to the prevention of periodontal diseases and complications of caries of teeth as the main reasons for the removal of teeth.

Key words: adentia, obturative asphyxia, neuroleptics, motor disturbances

В статистике летальности психиатрических стационаров стабильно присутствует летальность от обтурационных асфиксий [6]. Можно условно выделить несколько основных видов удушья у психически больных. Это странгуляционные асфиксии в результате повешения или механического сдавления удерживающими приспособлениями, аспирационные асфиксии вследствие попадания жидкого содержимого желудка в легкие при нарушении функции глотания и развитии рефлюкс-синдрома, и наиболее часто встречающиеся

обтурационные асфиксии, являющиеся частой причиной внезапной смерти больных. При вскрытии обнаруживается нарушение проходимости ротоглотки плохо пережеванной пищей. Высказывались различные предположения о механизме развития этого осложнения.

В зарубежной литературе обсуждается взаимосвязь между обтурационными асфиксиями и органическими нарушениями функции головного мозга, наступившими в результате постинсультного или посттравматического поражения двигательных ядер в подкорковых структурах головного мозга, обеспечивающих согласованную работу мышц гортани и глотки [7]. Указанное предположение, однако, не полностью объясняет причины смерти, так как асфиксии наблюдаются у

Ильина Роза Юрьевна – канд. мед. наук, ассистент каф., тел. 8(843)261-47-91, e-mail: ilroza@yandex.ru

больных шизофренией молодого возраста и при депрессивных расстройствах.

Ряд авторов в своих исследованиях указывают на повышенный риск асфиксии на фоне лечения психотропными препаратами [11, 13]. Это осложнение связывали с приемом тиоридазина (сонапакса) и его комбинации с солями лития, но выявить достоверную связь асфиксий с психотропной терапией не удалось.

В литературе активно обсуждается предположение об экстрапирамидных расстройствах в мышцах глотки и корня языка, которые существенно нарушают акт глотания и могут способствовать нарушению прохождения пищи по пищеводу [10]. Двигательные нарушения связаны с побочным эффектом психотропных препаратов; при этом возникают повышение мышечного тонуса и непроизвольные сокращения разных групп мышц, причем чаще орорациальной области [1].

Некоторые авторы отмечали, что инородные тела, обнаруживаемые в глотке у психически больных при вскрытии, представляли собой плохо пережеванную пищу [12]. Возможно, у этих пациентов отсутствовали жевательные зубы, что затрудняло пережевывание пищевого комка. Указаний на связь обтурационных асфиксий с нарушением состояния зубочелюстной системы мы в доступной нам литературе не встречали.

Целью исследования явилось изучение состояния зубочелюстной системы у психически больных, умерших вследствие обтурационных асфиксий.

С целью реализации задачи исследования нами был проведен анализ 50 историй болезни пациентов, госпитализированных в РКПБ им. акад. В. М. Бехтерева МЗ РТ (Казань) в период с 1996 по 2010 г., смерть которых наступила в результате обтурационной асфиксии. В историях болезни фиксировались возраст больных, пол, диагноз, сопутствующие заболевания, получаемая психотропная терапия на момент наступления летального исхода, зубная формула и записи врача-стоматолога. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием SPSS for Windows 14.0.

В исследуемый период доля случаев смерти от обтурационных асфиксий составила в среднем 0,69–4,41% от общего числа смертей – показателя внутрибольничной летальности [2].

С диагнозом шизофрении были госпитализированы 26 (52%) психически больных, с диагнозом органического поражения головного мозга сосудистого генеза – 32%, хронического алкоголизма и эпилепсии – по 6% и с олигофренией – 4%. Многие больные после перенесенных инсультов в дальнейшем поступают в психиатрический стационар с бредовыми расстройствами и органическими психозами. У этой категории больных возможны нарушения глотания из-за поражения подкорковых структур головного мозга, но большинство больных, погибших от асфиксии, не имели тяжелой сопутствующей патологии и нарушений в работе головного мозга.

При анализе полученной больными психотропной терапии было выявлено преимущественное назначение типичных нейролептиков и трициклических антидепрессантов. Из нейролептиков чаще назначали хлорпромазин, галоперидол, левомепромазин, трифлуоперазин, из атипичных нейролептиков – азалептин и рисперидон. В составе комплексной терапии присутствовали транквилизаторы, снотворные, ноотропные препараты и антиконвульсанты; 16% больных не получали лечения психотропными препаратами. Пациентов, принимавших тиоридазин, не выявлено.

Среди психически больных, умерших в результате асфиксии, не было ни одного с полным зубным рядом. Среднее количество отсутствующих зубов в зависимости от возраста представлено в таблице.

Из представленных данных видно, что с возрастом коли-

Среднее количество удаленных зубов у психически больных разного возраста, умерших в результате обтурационных асфиксий ($M \pm m$)

Возраст больных, годы	Число больных в группе	Среднее количество отсутствующих зубов
22–45	9	8,81 ± 2,63
46–55	15	10,16 ± 1,89
56–65	17	12,34 ± 3,22
Более 65	9	17,28 ± 3,69

Примечание. Достоверны различия показателей у психически больных в возрасте 22–45 и 56–65 лет ($p < 0,05$), 46–55 и 56–65 лет ($p < 0,01$), 22–45 и более 65 лет, 46–55 и более 65 лет ($p < 0,001$). Остальные различия недостоверны.

чество удаленных зубов увеличивалось как и в психически здоровой популяции. Но возрастной аспект и связанная с ним приобретенная адентия не объясняют летальности вследствие асфиксии у молодых пациентов.

Если проанализировать дефекты зубных рядов у психически больных, то обращает на себя внимание преобладание одно- и двусторонних концевых дефектов (36%). Включенные дефекты были выявлены у 26% больных, комбинированные – у 18%, полное отсутствие зубов – у 14%. Фактически только 26% психически больных, погибших от асфиксии, имели моляры и могли пережевывать пищу, насколько это возможно при включенных дефектах зубных рядов.

По данным историй болезни этих пациентов, обнаружена высокая распространенность заболеваний пародонта. Наиболее часто встречались хронический генерализованный пародонтит – у 82%, различные формы гингивита – у 14%, пародонтоз – у 4%. Последующие удаления зубов производили в результате осложнений пародонтоза – патологической подвижности зубов и пародонтальных абсцессов.

Результаты и обсуждение

В стоматологии известны случаи асфиксий вследствие обтурации дыхательных путей зубными протезами, слепочными массами и другими инородными телами. Намного реже встречаются в практике стоматологов асфиксии пищевыми массами, и многие врачи не осведомлены об этом осложнении и частоте его развития среди определенных групп населения [9].

Несомненно, большой вклад в увеличение риска обтураций вносит терапия психотропными средствами. Большинство (68%) больных принимали типичные нейролептики, способствующие развитию экстрапирамидных нарушений и других побочных эффектов [3].

При поражении центрального двигательного нейрона (при энцефалопатиях, ишемическом инсульте, последствиях черепно-мозговой травмы и др.) и периферического нейрона (при рассеянном склерозе, стволовом энцефалите, опухолевом процессе в продолговатом мозге и др.) появляются нарушения двигательной функции мышц языка, глотки, гортани, жевательной мускулатуры [4, 8]. Указанные повреждения сопровождаются парезами, гипотонией мышц и как следствие нарушением функции глотания.

Каков бы ни был патогенез нарушений в работе мышц (гипер- или гипотонус), больные испытывают трудности в приеме пищи. Жевательные зубы не только позволяют эффективно пережевывать пищевой комок, но и создают своеобразный барьер, препятствующий неконтролируемому проскользыванию пищи в глотку [5].

Возможно, причина обтурационных асфиксий у психически больных связана с сочетанием нескольких факторов риска. Это психотропная терапия (в том числе полипрагмазия), органическое поражение головного мозга и адентия. Врач-стоматолог должен максимально внимательно относиться к

этой категории больных в связи с возникновением тяжелых осложнений вплоть до летального исхода. Протезирование пациентов психиатрического стационара – сложная проблема, особенно восполнение концевых дефектов зубных рядов. Предпочтительное использование несъемных конструкций, полное восстановление зубного ряда – одна из актуальных задач стоматологии, которая требует поиска решений и дальнейшего обсуждения.

Выводы

1. У психически больных, погибших от obturационных асфиксий, выявлена высокая распространенность полных и частичных адентий; в 36% случаев отмечены концевые дефекты зубных рядов.

2. Отсутствие жевательных зубов может приводить к ухудшению пережевывания пищи, что в сочетании с двигательными нарушениями в мышцах корня языка, глотки и гортани способствует obturации дыхательных путей пищевым комком.

3. Высокая распространенность заболеваний пародонта у психически больных приводит к преждевременному удалению зубов и формированию адентий.

4. Взаимодействие между психиатрами и стоматологами может привести к оптимальному решению ряда проблем, в том числе к снижению летальности у психически больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголепов Н. К., Флейс Э. П. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1971. – Т. 71, вып. 12. – С. 1761–1765.
2. Гатин Ф. Ф., Гурьянова Т. В. Психиатрическая помощь в РТ (1999–2006): Статистический сборник. – Казань, 2007.
3. Григорьева Е. А., Дьяконов А. Л., Куратина Л. А. // Соц. и клин. психиатр. – 1995. – № 1. – С. 103–106.
4. Макаров А. Ю. // Неврол. журн. – 2006. – № 3. – С. 5–12.
5. Ямашев И. Г., Ильина Р. Ю., Зиганишина Л. Е. // Рос. стоматол. журн. – 2005. – № 4. – С. 18–20.
6. Ballinger B. R., Ramsay A. C. // Gerontology. – 1976. – Vol. 22, N 3. – P. 220–226.
7. Davis J. M., Zhang M. // Psychiatr. Annals. – 1988. – Vol. 18. – P. 311–319.
8. Duffy J. Motor Speech Disorders. – 2nd Ed. – Philadelphia, 2005. – P. 133–128.
9. Holen S., Dickler E. H. // J. Dist. Columbia Dent. Soc. – 1973. – Vol. 48, N 3. – P. 26–27.
10. Kumar A. // Med. Sci. Law. – 1997. – Vol. 37, N 2. – P. 170–175.
11. Lereya J., Segal A., Elizur A. // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 1995. – Vol. 19. – P. 229–241.
12. Mehtonen O. P., Aranko K., Mälkonen L. // Acta Psychiatr. Scand. – 1991. – Vol. 84, N 1. – P. 58–64.
13. Ruschena D., Mullen P. E. // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 172. – P. 331–336.

Поступила 18.04.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314

Г. М. Карачунский*, А. А. Никитин*, М. В. Агальцов**, М. В. Егорова

ДИАГНОСТИКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СЕКВЕНЦИЕЙ ПЬЕРА РОБЕНА

*Отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ), **отделение функциональной диагностики МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, ***ГУЗ Московская областная стоматологическая поликлиника

В статье представлены данные обследования новорожденных детей с секвенцией Пьера Робена (СПР), имеющих легкую клиническую форму дыхательных нарушений. Описаны основные клинические признаки дыхательных нарушений, указывающих на необходимость проведения исследования дыхания во время ночного сна. Приведены результаты кардиореспираторного мониторинга сна, объективно показывающие степень дыхательных нарушений у детей с СПР, на основании которых необходимо определять тактику лечения этих пациентов.

Ключевые слова: синдром обструктивного апноэ сна, синдром Пьера Робена

DIAGNOSIS OF RESPIRATORY BREATHING DISORDERS IN CHILDREN WITH PIERRE ROBEN SEQUENT.

G.M. Karachunskiy, A.A. Nikitin, M.V. Agaltsov, M.V. Egorova

The article presents a survey of newborn children with секвенцией Pierre Roben (SMP), with mild clinical form of respiratory disorders. Describes the major clinical signs of respiratory disorders, pointing to the need to conduct a study of breathing during the night's sleep. Given the results of cardio-respiratory monitoring sleep objectively showing the extent of respiratory disorders in children with секвенцией SMP on the basis of which it is necessary to determine the tactics of treatment of these patients.

Key words: syndrome of obstructive sleep apnea syndrome, Pierre Roben

Секвенция (последовательность) Пьера Робена (СПР) – это врожденный порок развития, который характеризуется резким недоразвитием нижней челюсти (НЧ), расщелиной твердого и мягкого неба, глоссоптозом. В 80% всех случаев она является частью какого-либо синдрома (Стиклера, церебро-косто-мандибулярного, велокардио-фациального, фетального алкогольного синдромов). Распространенность

СПР составляет 1:8500. Смертность от этого заболевания, по мнению разных авторов, – от 2,2 до 26%.

Гипоплазия НЧ приводит к патологической ретрогнатии и уменьшению объема ротовой полости, вследствие чего возникает псевдомакроглоссия, ведущая к смещению языка в сторону задней стенки глотки (глоссоптоз). Из-за резкого уменьшения просвета дыхательных путей, возникающего в ответ на уменьшение размера НЧ, и смещения тканей дна полости рта кзади, язык занимает приподнятое положение с тенденцией к опрокидыванию. Анатомическая деформация верхних дыхательных путей приводит к возникновению у де-

Карачунский Григорий Михайлович – мл. науч. сотр., тел. 8(495)631-03-12