

Характеристика стоматологических нарушений у детей с эпилепсиями

Е.В. Богданова-Гайдукова, В.М. Елизарова, А.И. Крапивкин, А.В. Севбитов

Characteristic of stomatologic disorders in children with epilepsies

E.V. Bogdanova-Gaidukova, V.M. Elizarova, A.I. Krapivkin, A.V. Sevbitov

Московский государственный медико-стоматологический университет;
Московский НИИ педиатрии и детской хирургии

С целью повышения эффективности лечения заболеваний полости рта изучены особенности стоматологического статуса детей, страдающих парциальными и генерализованными формами эпилепсии. Установлена высокая распространенность кариеса и его осложнений, хронического катарального гингивита, зубочелюстных аномалий и неудовлетворительная гигиена полости рта у этой категории детей.

Ключевые слова: дети, эпилепсия, заболевания полости рта.

To enhance the efficiency of treatment for oral diseases, the authors studied the oral status in children suffering from partial and generalized epilepsy. They established the high prevalence of caries and its complications, chronic catarrhal gingivitis, and dental and articular anomalies, as well as poor oral hygiene in this cohort of children.

Key words: children, epilepsy, oral diseases.

В литературе часто обсуждаются вопросы, связанные со стоматологической патологией у пациентов, страдающих эпилепсией. Известны публикации о возникновении гиперплазии десен вследствие длительного приема противосудорожных препаратов группы гидантоина (дифенин) [1, 2]. Показано, что независимо от возраста больного и продолжительности заболевания у большинства больных эпилепсией регистрируется снижение (в среднем на 10–20%) минеральной плотности костной ткани [3]. Внезапно возникающие, периодически повторяющиеся судорожные приступы могут приводить к травмам, локальным изменениям зубов или слизистой оболочки полости рта [4]. С целью повышения эффективности лечения заболеваний полости рта было проведено исследование, целью которого являлась оценка стоматологического статуса детей, страдающих различными формами эпилепсии.

Характеристика детей и методы исследования

Под наблюдением находились 54 ребенка (26 мальчиков, 28 девочек), страдающих эпилепсией, в том числе 23 — с генерализованной формой эпилепсии, 31 — с парциальной. Возраст детей колебался от 2,5 до 12 лет. Группой сравнения служили 33

практически здоровых ребенка в возрасте от 2 до 12 лет, проживающих в Москве.

Длительность заболевания у пациентов колебалась от 6 мес до 12 лет (в среднем 3,5 года). Возраст дебюта эпилепсии — от 0 мес (с рождения) до 12 лет (в среднем 4 года). На момент осмотра 25 из 54 детей находились в состоянии ремиссии. У 29 пациентов отмечались эпилептические приступы, частота которых варьировала от 50 раз в сутки до 2 раз в год. У 32 из 54 детей отмечалась задержка психоречевого развития.

Все пациенты проходили тщательное клиническое стоматологическое обследование, включавшее:

- внешний осмотр (конфигурация лица, наличие увеличенных лимфатических узлов лица и шеи, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, нарушение чувствительности кожных покровов, лицевые гиперкинезы, характер дыхания, вредные привычки, состояние красной каймы губ);
- осмотр полости рта: зубная формула, гигиенический индекс Федорова—Володкиной и по Грину—Вермилиону, интенсивность кариозного процесса и его течение, наличие некариозных поражений зубов, травматические поражения зубов, состояние слизистой оболочки полости рта, патология слизистой оболочки полости рта, нарушения саливации, состояние тканей пародонта, состоя-

- ние языка, сроки и характер прорезывания зубов;
- выявление зубочелюстных аномалий (аномалии формы и размеров зубов, положения отдельных зубов, аномалии зубного ряда, аномалии окклюзии).

По показаниям проводилось рентгенологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе клинического стоматологического обследования выяснено, что чаще всего у детей, страдающих эпилепсией, встречались (табл. 1) кариес и его осложнения (84,20%), катаральный гингивит (41,59%) и зубочелюстные аномалии (72,66%). Следует отметить, что наиболее характерны данные варианты патологии были для детей с парциальными формами эпилепсии. Некариозное поражение эмали в виде системной гипоплазии эмали также

чаще (11,64%) встречалось у данной группы пациентов. Патологическая стираемость эмали зубов (у 8,33% детей) и травматическое поражение зубов (у 26,09%) были больше характерны для детей с генерализованными формами эпилепсии, что, вероятно, связано с сильным сжатием челюстей при эпилептическом припадке. Травма зубов выражалась в множественных сколах твердых тканей в пределах эмали зуба, реже в пределах эмали и дентина.

Патология слизистой оболочки полости рта проявлялась в виде коротких уздечек верхней и нижней губы и мелкого преддверия полости рта. Частота встречаемости этих нарушений была сопоставима со значениями у группы сравнения, только короткая уздечка языка превалировала у детей с парциальными эпилепсиями (29,03%).

Из заболеваний пародонта чаще встречался катаральный гингивит, причем в хронической форме. Наши наблюдения показали, что хотя причиной развития воспаления десен у детей с эпилепсией является неудовлетворительная гигиена полости

Таблица 1. Частота встречаемости (в %) стоматологической патологии у детей с различными формами эпилепсии

Виды нарушений	Исследуемая группа (все формы эпилепсии)	Парциальная эпилепсия	Генерализованная эпилепсия	Группа сравнения
Кариес и его осложнения	84,20	88,4*	80,00	65,40
Некариозные поражения эмали:				
Гипоплазия эмали	7,99	11,64*	4,34	4,20
Патологическая стираемость	5,27*	2,20	8,33*	0,6
Травматические поражения зубов	17,89	9,68	26,09*	3,03
Патология слизистой оболочки полости рта:				
Короткая уздечка языка	18,87	29,03	8,70	15,15
Короткая уздечка верхней губы	16,20	19,35	13,04	12,12
Короткая уздечка нижней губы	7,58	6,45	8,70	6,06
Мелкое преддверие полости рта	14,59	16,13	13,04	6,06
Заболевания слизистой оболочки полости рта:				
Катаральный гингивит	41,59	48,39*	34,78	18,18
Гипертрофический гингивит	1,52	3,03	0	0
Десквамативный глоссит	11,36	9,67	13,04	6,06
Различные формы хейлитов	8,23	12,12	4,34	3,03
Зубочелюстные аномалии	72,66	75,75	69,56	51,61
Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов	1,52	3,03	0	0

Примечание. * — достоверное различие с группой сравнения.

рта, однако гингивиты у данной группы пациентов плохо поддаются общепринятому медикаментозному лечению даже при тщательном уходе за полостью рта. Возможно, это связано с побочным действием противосудорожных препаратов, применяющихся для лечения эпилепсии.

Хронический гипертрофический гингивит был выявлен только у 1 больного с парциальной формой эпилепсией (в анамнезе — прием фенитоина). Редкость проявления данной патологии связана с переходом практической медицины на более современные противосудорожные препараты, не имеющие подобного побочного эффекта.

Для изучения особенностей кариозного процесса определялся показатель интенсивности поражения — среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У). Общая сумма таких зубов определяется как индекс КПУ и имеет цифровое значение. Удаленные молочные зубы учету не подлежат.

Наибольшая интенсивность кариозного процесса (табл. 2) была характерна для больных с парциальными формами эпилепсии, причем как у пациентов с временным ($8,72 \pm 1,87$), так и со сменным прикусом ($10,92 \pm 1,87$). В целом интенсивность кариеса в обеих группах детей с эпилепсией была больше, чем в группе сравнения.

Множественный кариес при эпилепсии наблюдался в 37,78% случаях и чаще встречался также у детей с парциальными формами болезни. У 5 детей (из 31) данной группы отмечалось острое течение кариеса с образованием большого количества непигментированных полостей, локализованных преимущественно во временных зубах и распространяющихся по поверхности зуба (плоскостная форма). В постоянных зубах выявлялись кариозные полости с нетипичной локализацией на бугорках моляров и премоляров.

У детей с обеими формами эпилепсии в зубах временного прикуса в основном (у 65,78% детей) были диагностированы осложнения кариеса, в зубах постоянного прикуса чаще (у 74,8%) выявлялся кариес. Среди клинических форм неосложненного кариеса преобладал глубокий кариес в постоянном прикусе и средний — во временном. Интенсивность кариеса временных зубов обуславливалась поражением временных моляров (40,89% случаев), а постоянных — поражением первого моляра (65,46%).

У детей с эпилепсией задержка прорезывания молочных зубов встречалась в 30,61% случаев, причем была характерна как для группы с парциальной эпилепсией, так и для группы с генерализованной формой. В среднем, со слов родителей, первые временные зубы появлялись в возрасте 7,5—8 мес. У 4 детей с парциальной эпилепсией прорезывание зубов началось после 12 мес жизни, у 1 ребенка из этой же группы — в 3 мес жизни.

Зубочелюстные аномалии были диагностированы у 72,66% детей с эпилепсией. В структуре зубочелюстных аномалий преобладали патология окклюзии и изменение формы зубных рядов. Сочетание зубочелюстных аномалий — аномалий отдельных зубов, зубных рядов, прикуса — было характерно для детей с парциальной формой эпилепсии.

Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов наблюдалась только у 1 ребенка подросткового возраста и была, по нашему мнению, связана с резким скачком роста организма. По-видимому, данная стоматологическая патология не характерна для детей с эпилепсией.

У 88,67% обследованных детей и подростков отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта, причем в большинстве случаев это объяснялось отсутствием навыков гигиены и недостаточным контролем со стороны родителей. Следует отметить, что более половины детей (32 из 54) с эпилепсией страдали задержкой психоречевого развития, и в осуществлении гигиенических процедур большая роль отводилась родителям пациентов. Среднее значение индекса Федорова—Володкиной (у детей моложе 6 лет) составило $2,58 \pm 0,39$ у детей с парциальными эпилепсиями и $2,22 \pm 0,46$ у больных с генерализованными формами; индекс гигиены по Грину—Вермилиону (у детей старше 6 лет) $3,34 \pm 0,69$ и $3,28 \pm 0,94$ соответственно, что соответствует плохому уровню гигиены полости рта.

Однако, по нашим наблюдениям, неудовлетворительный уровень гигиены полости рта был характерен и для детей из группы сравнения. Из данного факта следует вывод, что большую распространенность и интенсивность кариозного процесса и воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта нельзя связывать только с плохим уходом за полостью рта у пациентов, страдающих эпилеп-

Таблица 2. Индекс интенсивности кариеса зубов у детей с различными формами эпилепсии и у детей группы сравнения

Прикус	Парциальная эпилепсия	Генерализованная эпилепсия	Группа сравнения
Временный (КП)	$8,72 \pm 1,87$	$5,56 \pm 1,96$	$2,56 \pm 0,99$
Сменный (КПУ+КП)	$10,92 \pm 1,87$	$7,70 \pm 1,35$	$3,91 \pm 1,03$

сий. Нельзя исключать влияние препаратов, использующихся для терапии общего заболевания, в частности противосудорожных средств, их побочные действия.

Таким образом, проведенным исследованием была установлена высокая распространенность кариеса и его осложнений, хронического катарального гингивита и зубочелюстных аномалий у детей с различными формами эпилепсий. Особенно выраженные стоматологические нарушения определялись у детей с парциальными формами эпилепсий. Хронический катаральный гингивит у данных пациентов требует более длительного и тщательного лечения с применением медикаментозных препаратов, тогда как у практически здоровых детей часто бывает достаточно тщательной гигиены полости рта. У детей с генерализованными

формами эпилепсии более часто встречались патологическая стираемость эмали и травматические поражения зубов.

У подавляющего большинства детей с эпилепсией отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта. Это может объясняться неспособностью осуществлять гигиенические процедуры вследствие задержки психоречевого развития и недостаточности моторики рук; а также отсутствием системы обучения гигиене полости рта и контроля со стороны родителей.

Знание особенностей и нужд детей, страдающих эпилепсией, позволит врачу-стоматологу проводить более качественное и комфортное лечение маленького пациента и осуществлять за ним эффективное диспансерное наблюдение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрикас А.Ж., Кысакова С.И. Гипертрофический гингивит лекарственного происхождения. Стоматология 1993; 3: 76—77.
2. Prasad V.N., Chawla H.S., Goyal A. et al. Folic acid and phenytoin induced gingival overgrowth--is there a preventive effect. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2004; 22: 2: 82—91.
3. Shorvon S., Dreifuss F., Fish D., Thomas D. The treatment of epilepsy. Oxford 1996; 680.
4. Karolyhazy K., Kovacs E., Kivovics P. et al. Dental status and oral health of patients with epilepsy: an epidemiologic study. Epilepsia 2003; 44: 8: 1103—1108.

Поступила 11.04.08

Тубулоинтерстициальный нефрит как экстраинтестинальное проявление болезни Крона

Tubulointerstitial nephritis as an extraintestinal manifestation of Crohn's disease

A.M. Waters, M. Zachos, A.M. Herzenberg, E. Harvey, N.D. Rosenblum; Medscape

Nat Clin Pract Nephrol 2008 Oct 7. [Epub ahead of print]

Описан клинический случай. Мальчик 12 лет поступил в больницу с жалобами на боли в животе и дискомфорт перед дефекацией, диареей без примеси крови, анорексию и потерю массы тела на протяжении 6 мес. При обследовании была выявлена гипохромная микроцитарная анемия, снижение уровня сывороточного железа и ферритина, повышение уровня сывороточного креатинина. При гистопатологическом исследовании образцов ткани, полученных при эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии были выявлены признаки болезни Крона, а при проведении почечной биопсии были обнаружены признаки тубулоинтерстициального нефрита.

В статье также представлен второй случай тубулоинтерстициального нефрита у пациента с болезнью Крона. Исследования включали в себя кроме физикальных методов подробный анализ крови, электролитов, исследование почечной функции, сывороточного альбумина, анализ мочи, суточную оценку экскреции белка с мочой, эзофагогастродуоденоскопию, колоноскопию, УЗИ брюшной полости, определение почечного клиренса диэтилентриаминпентацетиевой кислоты и биопсию почечной ткани. Установлен диагноз: вторичный тубулоинтерстициальный нефрит на фоне болезни Крона. Проведено лечение: преднизолон 60 мг/сут 1 мес, с повторением курса каждые 3 мес.

Референт А.И. Асманов