

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

¹Кафедра стоматологии ФПК и ППС;

²кафедра детской стоматологии, ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии;

³кафедра фундаментальной и клинической биохимии

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4,
тел. (861) 268-02-10. E-mail: vladimir.volobueff@yandex.ru

При обследовании стоматологического статуса детей школьного возраста с умственной отсталостью выявлены более высокие показатели гигиены полости рта и заболеваемости кариесом и болезнями пародонта по сравнению с контрольной группой, что может быть связано с трудностью восприятия, недоразвитием познавательной сферы и нарушением поведенческих реакций у данного контингента детей. Составлены и проанализированы структура и распространенность некариозных поражений зубов и кариеса, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также ортодонтической и хирургической патологии.

Ключевые слова: дети, стоматологический статус, умственная отсталость.

O. V. GULENKO¹, V. V. VOLOBUEV^{1,2}, I. K. SEVASTYANOVA²,
N. I. BYKOVA², E. A. FARAPONOVA³, S. B. HAGUROVA³

THE STRUCTURALLY FUNCTIONAL ANALYSIS OF THE STOMATOLOGICAL STATUS AT MENTALLY RETARDED CHILDREN

¹Department of stomatology;

²department of paedodontics, orthodontics and maxillofacial surgery;

³department of fundamental and clinical biochemistry

SBGI HPE «Kuban state medical university» of Ministry of health of Russia,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina, str., 4, tel. (861) 268-02-10. E-mail: vladimir.volobueff@yandex.ru

At inspection of the stomatologic status of children of school age, mentally retarded higher rates of hygiene of an oral cavity and incidence of caries and periodontium diseases in comparison with control group that can be connected with difficulty of perception, an underdevelopment of the informative sphere and violation of behavioural reactions at this contingent of children are revealed. The structure and prevalence of not carious defeats of teeth and caries, periodontium diseases and a mucous membrane of an oral cavity, and also orthodontic and surgical pathology is made and analysed.

Key words: children, stomatological status, mentally retarded children.

Введение

Заболеваемость детского населения России неуклонно растет вверх. За последние 5 лет она увеличилась на 9,8% [3]. И болезни нервной системы занимают далеко не последнее место. За последние полторы декады уровень психоневрологической патологии вырос на 56,8% среди детей и на 90,9% среди подростков, и в настоящее время среди взрослого населения болезни нервной системы распространены почти в четыре раза реже, чем среди детей и подростков [9].

Однако согласно имеющимся данным в последние годы отмечается положительная тенденция снижения заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения [3].

В структуре психических заболеваний поведенческие синдромы составляют 54,3% у детей и 28,5% у подростков. Значительная часть психоневрологических расстройств связана с органическим поражением нервной системы. В среднем по России умственная отсталость регистрируется у 16,4% больных психическими заболеваниями в детском возрасте и у 22,9%

больных в подростковом возрасте и составляет соответственно 88,4 и 101,2 на 100 тыс. детского населения. В то же время, несмотря на повышение общероссийских цифр по этой патологии, вышеуказанные данные по Южному федеральному округу имеют наименьшие значения [3, 5].

Доступные литературные источники указывают на то, что стоматологическая заболеваемость данной категории детей выше, чем соматически здоровых [2]. Это может быть связано с трудностью восприятия, недоразвитием познавательной сферы, нарушением поведенческих реакций и, как следствие, неполноценным соблюдением необходимых гигиенических правил [7]. Кроме того, указанные причины приводят к формированию вредных привычек, усугубляя ортодонтическую патологию [8]. Анализируя причины, влияющие на развитие заболеваний пародонта и состояние слизистой полости рта у пациентов с психоневрологической патологией, многие авторы, не учитывая воздействия лекарственных препаратов, считают основными этиологическими факторами отсутствие ухода за полостью

рта, а не тяжесть и продолжительность основного заболевания. В ряде публикаций отмечается, что даже при хорошем уходе за полостью рта и небольшой давности заболевания кариес зубов и заболевания пародонта распространены среди больных психическими заболеваниями больше, чем у здоровых людей [4, 12, 13]. По последним литературным данным, формированию высокого уровня интенсивности кариеса зубов у пациентов с психоневрологической патологией способствуют изменение скорости выделения слюны и сдвиг pH в кислую сторону [1, 14]. Уменьшение слюноотделения также может способствовать изменению микробного пейзажа ротовой полости и возникновению кариеса [11].

Не стоит забывать, что помимо указанных причин определенную трудность представляет налаживание психологического контакта между врачом и пациентом. Неадекватность поведения, заторможенность делают невозможным проведение некоторых стоматологических манипуляций [6].

Однако до сих пор недостаточно исследовано влияние нервно-психических факторов на зубочелюстную систему, поэтому изучение стоматологической патологии при умственной отсталости вызывает определенный интерес [10].

Цель исследования – на основании комплексного стоматологического обследования выявить нарушения в зубочелюстной системе у детей с умственной отсталостью разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования

Обследовано две группы детей: основная группа – 151 ребенок в возрасте от 8 до 18 лет, имеющие диагноз «умственная отсталость легкой степени тяжести», учащиеся профильной коррекционной школы VII типа, контрольная группа – 140 соматически здоровых детей того же возраста, учащихся общеобразовательных школ. Вышеуказанные школы закреплены за детским стоматологическим отделением стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, где проходят ежегодное стоматологическое обследование. Для удобства оценки стоматологического статуса каждая из обследованных групп была разделена на две возрастные подгруппы: от 8 до 12 лет (период смешанного прикуса) (соответственно подгруппы О1, n=76 чел., и К1, n=72 чел.) и от 13 до 18 лет (период постоянного прикуса) (соответственно подгруппы О2, n=75 чел., и К2, n=68 чел.). По полу обследованные дети обеих групп распределились в основном в соотношении 1:1,05. Все дети постоянно проживают в г. Краснодаре.

Определенную трудность в исследовании играл тот факт, что часть детей на плановую санацию приходили без родителей, что отразилось в неполном сборе анамнестических данных и сложности установления наименований медикаментозной поддержки, хотя сам факт системного принятия лекарственных препаратов, учитывая основное заболевание, не подвергается сомнению.

Обследование носило комплексный подход и включало ряд задач:

- определение уровня гигиены полости рта (индекс Федорова-Володкиной, 1971);
- определение частоты проявления некариозных поражений зубов;
- оценка и анализ показателей распространенности и интенсивности кариеса временных и постоянных зубов (индексы кпу, КПУ+кпу, КПУ);

- выявление распространенности и тяжести заболеваний пародонта (индекс РМА по Парма (С. Parma, 1960), индекс CPITN, у детей старше 14 лет);
- определение наличия заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ;
- выявление распространенности и структуры аномалий окклюзии (согласно клинко-морфологической классификации Д. А. Калвелеса, 1957);
- выявление хирургической стоматологической патологии.

Осмотр полости рта проводился согласно рекомендациям ВОЗ, с использованием стандартного набора инструментов при искусственном освещении. Данные вносились в медицинскую карту стоматологического больного. Статистическую оценку результатов проводили с использованием программного обеспечения «MicrosoftExcel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

При индексной оценке гигиены было выявлено, что в опытных группах всего 6–12% имели хорошую гигиену полости рта, до 23–28% приходилось на показатели удовлетворительной гигиены полости рта, 31–34% – на неудовлетворительную и 25–38% – на плохую и очень плохую. В контрольных группах цифры имели иное распределение: 20–26% имели хорошую гигиену, 34–42% – удовлетворительную, 25–26% – неудовлетворительную и лишь 5–18% – плохую. Данные приведены на рисунке 1.

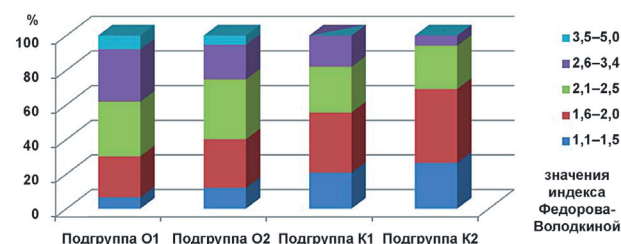


Рис. 1. Индексная оценка уровня гигиены

Некариозные поражения зубов были выявлены у 31,58% обследованных подгруппы О1 и у 27,78% подгруппы О2, причем структура встречаемости распределилась следующим образом: 16 (подгруппа О1) и 12 (подгруппа О2) клинических случаев приходились на местную гипоплазию, 6 и 5 случаев – на системную гипоплазию, 2 и 3 случая – на флюороз (подгруппы О1 и О2 соответственно). Стоит отметить, что у большинства детей гипоплазия осложнялась кариесом (70,58–77,27% случаев). В контрольных подгруппах некариозные поражения зубов были выявлены у 12,5% (подгруппа К1) и 8,82% (подгруппа К2) школьников, из них местная гипоплазия – 6 клинических случаев, системная гипоплазия – 1 случай, флюороз – 2 случая (подгруппа К1); местная гипоплазия – 5 клинических случаев, флюороз – 1 случай (подгруппа К2).

Распространенность кариеса временных зубов у детей подгрупп О1 и К1 составила $94,74 \pm 2,56\%$ и $86,11 \pm 4,08\%$. Распространенность кариеса постоянных зубов в основных подгруппах имела более высокие показатели, нежели в контрольных: $47,37 \pm 5,73\%$ и $36,11 \pm 5,66\%$ (в подгруппах О1 и К1) и $98,67 \pm 1,32\%$ и $91,18 \pm 3,44\%$ (в подгруппах О2 и К2 соответственно) (рисунке 2).

Показатели интенсивности кариеса зубов

Показатель Подгруппа	Показатель интенсивности кариеса					
	«к»	«п»	«у»	«К»	«П»	«У»
Подгруппа О1	1,908±0,130*	0,697±0,456	0,711±0,011*	1,605±0,317*	1,476±0,312	0
Подгруппа О2	0,027±0,003	0,093±0,006	0	3,520±1,005*	2,093±0,645	0,20±0,03
Подгруппа К1	0,965±0,326	1,598±0,371*	0,113±0,021	0,542±0,08	1,129±0,18	0
Подгруппа К2	0,021±0,003	0,071±0,012	0	1,389±0,116	2,073±0,566	0

Примечание: * значение $p < 0,05$ по t-критерию.

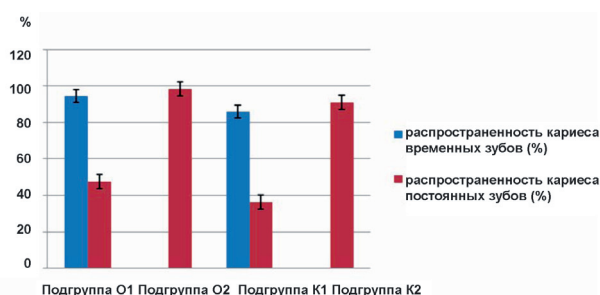


Рис. 2. Показатели распространенности кариеса зубов в исследуемых группах

Показатели индексной оценки интенсивности кариозного процесса обследуемых детей приведены в таблице 1. Следует отметить, что в опытных подгруппах преобладает показатель «к» (кариес), а в контрольных — показатель «п» (пломба), а также наличие удаленных постоянных зубов у школьников подгруппы О2.

Среди заболеваний пародонта обследуемых во всех подгруппах большую часть занимает гингивит различной степени тяжести (от 86,5% до 100%). Данные о распространенности и структуре заболеваний пародонта приведены на рисунке 3. Следует отметить, что у 2 пациентов в подгруппе О1 и у 5 пациентов в подгруппе О2 выявлен локальный пародонтит.

Из заболеваний слизистой оболочки полости рта нами были диагностированы только различные формы хейлита и травматические поражения, представленные чаще закусыванием щек, губ и языка (табл. 2).

Ортодонтическая патология в подгруппах О1 и О2 была выявлена у 100% обследуемых, в подгруппах К1

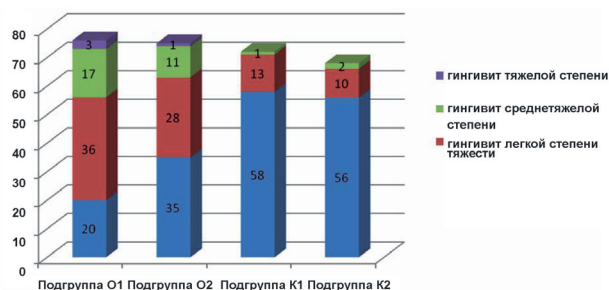


Рис. 3. Распространенность и структура заболеваний пародонта (абсолютные значения)

и К2 эти цифры составили 68,06±5,49% и 55,88±6,02% соответственно. Данные о структуре ортодонтической патологии сведены в таблице 3. Заметим, что в таблицу включены пункты о типе глотания и дыхания как провоцирующие и усугубляющие течение патологии зубочелюстной системы.

Хирургическая патология была выявлена у 68,4%, 50,7%, 38,9% и 36,8% в подгруппах О1, О2, К1 и К2 соответственно. В структуре учитывались аномалии уздечек и преддверия полости рта (табл. 4).

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

- уровень гигиены полости рта у детей основных подгрупп значительно хуже, чем в контрольных;
- некариозные поражения у детей с умственной отсталостью встречаются в среднем на 19,1% чаще, чем у здоровых лиц;
- показатели распространенности кариеса временных (на 8,33%) и постоянных (на 11,26%) зубов в основных подгруппах со смешанным прикусом выше, чем в контрольных; распространенность кариеса у лиц с

Таблица 2

Встречаемость патологии слизистой оболочки полости рта

Подгруппа Диагноз	Подгруппа О1, чел.	Подгруппа О2, чел.	Подгруппа К1, чел.	Подгруппа К ₂ , чел.
Метеорологический хейлит	13	12	10	9
Ангулярный хейлит	11	4	1	0
Эксфолиативный хейлит	3	4	1	0
Травматические поражения слизистой оболочки полости рта	35	24	23	16

Таблица 3

Структура ортодонтической патологии

Подгруппа Диагноз	Подгруппа О1, случаев	Подгруппа О2, случаев	Подгруппа К1, случаев	Подгруппа К2, случаев
Дистальная окклюзия	32	22	23	16
Мезиальная окклюзия	6	9	6	4
Перекрестная окклюзия	13	10	3	1
Открытая резцовая дизокклюзия	4	2	1	0
Глубокая резцовая окклюзия	7	4	15	12
Глубокая резцовая дизокклюзия	6	2	5	0
Скученность зубов верхней челюсти	6	12	5	13
Скученность зубов нижней челюсти	13	11	15	14
Сужение верхнего зубного ряда	11	9	5	3
Сужение нижнего зубного ряда	7	4	4	2
Диастема	16	13	18	5
Тремы	8	7	7	5
Тортоаномалии	12	8	10	6
Первичная адентия	4	3	0	1
Инфантильный тип глотания	18	13	3	0
Ротовой тип дыхания	28	14	11	2

постоянным прикусом в основной подгруппе на 7,49% выше, чем в контрольной;

- индекс интенсивности кариеса КПУ+кпу у детей, имеющих заболевание, составил $6,397 \pm 1,084$, что выше, чем у здоровых детей ($4,347 \pm 0,611$) ($p < 0,05$); в структуре индекса показатель «к»/«К» в опытной группе превосходит показатель «п»/«П», в контрольной группе – наоборот;

- индекс КПУ у детей 13–18 лет основной подгруппы составил $6,233 \pm 1,032$, в контрольной – $3,460 \pm 0,544$ ($p < 0,05$); соотношение показателей «К» и «П» аналогичное;

- у детей, имеющих умственную отсталость, в 4 раза чаще встречаются заболевания пародонта

(в 53,3–73,7% случаев у обследованных выявлен гингивит различной степени тяжести);

- в основной группе выявлена большая встречаемость заболеваний слизистой оболочки полости рта;

- у всех обследованных детей основной группы имела ортодонтическая патология (в контрольной – у 54–67%), причем в структуре диагноза у данных детей более часто встречались проявления дистальной, перекрестной окклюзии, открытой и глубокой резцовой дизокклюзии;

- в структуре хирургической патологии в основной группе выявлено более частое проявление аномалий уздечек и преддверия полости рта.

Вышеуказанные проявления можно объяснить следующими факторами:

Таблица 4

Структура хирургической патологии

Подгруппа Диагноз	Подгруппа О1, чел.	Подгруппа О2, чел.	Подгруппа К1, чел.	Подгруппа К2, чел.
Низкое прикрепление уздечки верхней губы	25	17	19	12
Укорочение уздечки нижней губы	12	7	14	9
Укорочение уздечки языка	7	4	6	2
Мелкое преддверие полости рта	23	24	17	16

– уменьшением количества твердой пищи в рационе питания и, как следствие, формированием зубочелюстных аномалий и более низким уровнем гигиены у исследуемого контингента;

– отсутствием жалоб пациентов вследствие сенсорных нарушений (изменения элементарных видов контактной чувствительности), возникающих как возможное осложнение психотропной терапии;

– трудностью восприятия и нарушением поведенческих реакций;

– наличием вредных привычек, которые у детей в психоневрологии рассматриваются как проявление невротических привычных действий и относятся к группе тревожных расстройств;

– снижением тонуса мышц языка и круговой мышцы рта вследствие лекарственной дистонии;

– ротовым типом дыхания, что способствует формированию ортодонтических проблем.

Поэтому лечение данного контингента детей должно иметь комплексный характер, включающий в себя непосредственно стоматологические манипуляции (санация полости рта, миогимнастика, ортодонтическое лечение, хирургическое пособие и профилактика) и на начальных этапах полноценную психоневрологическую и ортопедическую протекцию, направленную на коррекцию психоневрологических нарушений, расстройств речи и двигательной дисфункции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутаева С. А., Митронин А. В. Оценка стоматологического статуса у больных шизофренией // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 38–41.
2. Волобуев В. В., Гуленко О. В., Севастьянова И. К. Заболеваемость кариесом зубов первоклассников различных школ г. Краснодара // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3–4 (102–103). – С. 18–19.
3. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2011 году. Статистические материалы. Часть V. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. – М., 2012. – 145 с.

4. Максимовский Ю. М., Алексеев Ф. И., Мартынова С. А. Состояние тканей пародонта у больных с нарушениями психики // Dental forum. – 2009. – № 2 (30). – С. 50–54.

5. Менделевич Б. Д. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения детского населения Российской Федерации // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2009. – № 3 (11).

6. Никишина В. Б., Василенко Т. Д. Психодиагностика в системе социальной работы. – М.: «Владос-пресс», 2004. – 208 с.

7. Османов С. Э. Некоторые показатели стоматологической заболеваемости у детей с умственной отсталостью // Вестник Тамбовского университета. – 2010. – Том 15. Выпуск 2. – Серия: Естественные и технические науки. – С. 694–697.

8. Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф. Я. Хорошилкиной. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.: ил.

9. Сабгайда Т. П., Окунев О. Б. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2012. – № 1 (23).

10. Савичук Н. О., Дзюба С. А., Степаненко Л. В. Оценка стоматологического статуса детей с психоневрологическими расстройствами // Современная стоматология. – 2011. – № 4. – С. 46–50.

11. Krishnan K. R., Doraiswamy P. M., Clary C. M. // Prog. neuropsychopharmacol. biol. psychiatry. – 2001. – V. 25. – P. 347–361.

12. Lewis S. The oral health of psychiatric in-patients in south wales / S. Lewis, R. G. Jagger, E. Treasure // Spec. care dentist. – 2001. Sep.-oct. – Vol. 21 (5). – P. 182–186.

13. Ramon T. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel / T. Ramon, A. Grinshpoon, S. P. Zusman, A. Weizman // Eur. psychiatry. – 2003. May. – Vol. 18 (3). – P. 101–105.

14. Tang W. K. Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong / W. K. Tang, F. C. Sun, G. S. Ungvari, D. OrDonnell // Int. j. soc. psychiatry. – 2004. Jun. – Vol. 50 (2). – P. 186–191.

Поступила 21.06.2013

О. В. ГУЛЕНКО¹, Л. А. НОСЕНКО¹, Е. В. ВЕСЕЛОВСКАЯ²,
А. С. МОСЕСОВА¹, И. К. СЕВАСТЬЯНОВА¹, Н. И. БЫКОВА¹,
Ю. В. ДУРЛЕШТЕР¹, Ю. А. ВАСИЛЬЕВ¹, Е. А. ПРОСИКОВА², И. Г. УДИНА³

ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

¹Кубанский государственный медицинский университет,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. М. Седина, 4, тел. (861) 268-02-10. E-mail: olga.gulenko@mail.ru;

²Институт этнологии и антропологии им. Н. Н. Миклухо-Маклая РАН;
Россия, 119334, г. Москва, Ленинский проспект, 32а. E-mail: e.veselovskaya@rambler.ru;

³Институт общей генетики им. Н. И. Вавилова РАН,
Россия, 119991, г. Москва, ул. Губкина, 3. E-mail: irina_udina@mail.ru

На базе КубГМУ проведено исследование дерматоглифических признаков у детей с врожденными дефектами зубочелюстной системы (N=42) и их родителей (N=20), проживающих в Краснодарском крае, которое выявило в сравнении с контрольной группой, что все исследуемые углы папиллярных линий у больных детей больше, что говорит о более дистальном расположении осевого ладонного трирадиуса; гребневой счет АВ на обеих руках у больных детей также больше, что указывает на более радиальное по сравнению с контролем положение ладонного трирадиуса А. Таким образом, у больных детей отмечены тенденции к значительным изменениям в структуре кожного рельефа пальцев и ладоней, что