

Joint Bone Spine. / [Monsarrat P et al.] (2019), <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2019.02.006>

5. **Мазур І. П.** Оцінка факторів несприятливого перебігу генералізованого пародонтиту в пацієнтів з ревматоїдним артритом / І. П. Мазур, І. І. Білозетський // Современная стоматология. – 2015. – № 1. – С. 12-17.

6. **Сміян С. І.** Генералізований пародонтит і ревматоїдний артрит: імунологічні аспекти взаємобтяження / С. І. Сміян, І. П. Мазур, І. І. Білозетський // Патологія. – 2014. – № 3. – С. 16-21.

7. **Білоклицька Г. Ф.** Особливості цитокинового статусу у хворих на генералізований пародонтит, асоційований зрізними формами ревматоїдного артриту / Г. Ф. Білоклицька, Г. М. Воробйова, Н. В. Цецура // Новини стоматології. – 2010. – № 3. – С. 64-67.

8. **Gamel E.B.** Salivary TNF $\alpha$  levels in groups of subjects with rheumatoid arthritis and chronic periodontitis. / E.B. Gamel, N.T. Hashim, A.A. Satti, B.G. Gismalla // BMC Research Notes. – 2017. – Jan 7, №10(1). – P. 34. doi: 10.1186/s13104-016-2341-7.

9. Subgingival microbiome of rheumatoid arthritis patients in relation to their disease status and periodontal health / K. Beyer, E. Zaura, B.W. Brandt [et al.] // PLoS ONE. – 2018. Sep 19. – №13(9). – e0202278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone>.

10. **Мотавкіна Н.С.** Микрометод количественного определения лизоцима / Н.С. Мотавкіна, В.М. Ковалев, А.С. Шаронов // Лабораторное дело. – 1979. – № 12. – С. 722–724.

11. **Šimundić A. M.** Measures of Diagnostic Accuracy: Basic Definitions / A. M. Šimundić // EJIFCC. eCollection – 2009 Jan 20. –№19(4). – P. 203-11.

12. **Ланг Т.А.** Как описывать статистику в медицине / Ланг Т.А. Сесик М. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов. 2-е издание; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. М.: Практическая медицина, 2016. – 480 с.

13. **Реброва О.Ю.** Статистический анализ медицинских данных / Реброва О.Ю. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа-Сфера, 2006. – 312 с.

#### REFERENCES

1. **Calderaro DC**, et al. Influence of periodontal treatment on rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rev Bras Reumatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2016.11.011>

2. **Yang N-Y, et al.**, Significant association of rheumatoid arthritis-related inflammatory markers with nonsurgical periodontal therapy, Journal of the Formosan Medical Association (2017), <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.11.006>

3. **Cosgarea, R., Tristiu, R., Dumitru, R.B.** et al. Clin Oral Invest (2019) 23: 141. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2420-3>

4. **Monsarrat P, et al.** The effect of periodontal treatment on patients with rheumatoid arthritis: The ESPERA randomised controlled trial. Joint Bone Spine (2019), <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2019.02.006>

5. **Mazur I. P., Bilozetskyi I. I.** Assessment of factors of adverse course of generalized periodontitis in patients with rheumatoid arthritis. Sovremennaya stomatologiya. 2015;1:12-17.

6. **Smiiian S.I., Mazur I. P., Bilozetskyi I. I.** Generalized periodontitis and rheumatoid arthritis: immunological aspects of intercourse. Patologiya. 2014;3:16-21.

7. **Biloklytska G. F., Vorobyova G. M., Tsetsura N. V.** Features of cytokine status in patients with generalized periodontitis associated with various forms of rheumatoid arthritis. Noviny stomatologii. 2010;3:64-67.

8. **Gamel EB, Hashim NT, Satti AA, Gismalla BG.** Salivary TNF $\alpha$  levels in groups of subjects with rheumatoid arthritis and chronic periodontitis. BMC Research Notes. 2017 Jan 7;10(1):34. doi: 10.1186/s13104-016-2341-7.

9. **Beyer K, Zaura E, Brandt BW, Buijs MJ, Brun JG, Crielaard W, Bolstad AI.** (2018) Subgingival microbiome of rheumatoid arthritis patients in relation to their disease status and periodontal health. PLoS ONE // PLoS ONE. – 2018. Sep 19. – №13(9). – e0202278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone>.

10. **Motavkina NS, Kovalev VM, Sharonov AS.** Micromethod of quantitative determination of lysozyme. Laboratornoe delo. 1979;12:722–724.

11. **Šimundić AM.** Measures of Diagnostic Accuracy: Basic Definitions. EJIFCC. 2009 Jan 20;19(4):203-11. eCollection 2009 Jan.

12. **Lang T. A, Sesyk MM.** How to describe statistics in medicine. Guidance for authors, editors and reviewers. 2<sup>nd</sup> edition. Moskva. Prakticheskaja medicina; 2016:480.

13. **Rebrova O.Y.** Statistical analysis of medical data. Application of the STATISTICA application package. Moskva: Media-Sfera; 2006:312.

Надійшла 19.11.19



DOI 10.35220/2078-8916-2019-34-4-16-24

УДК 616.314-089.23

**М.А. Расулова**

Азербайджанский Медицинский Университет  
(Баку, Азербайджан)

### НЕГАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

**Актуальность.** Степень выраженности проявлений и негативной симптоматики патологических изменений в мягких и твердых тканях полости рта находятся в прямой корреляционной зависимости от частоты применения сильнодействующих препаратов и тяжести течения психических отклонений.

**Цель исследования.** Оценка стоматологического статуса у лиц с психическими отклонениями.

**Материал и методы исследований.** Было проведено изучение стоматологического статуса 210 больных шизофренией в возрасте от 20 до 45 лет. В контрольную группу вошли 208 человек без психической патологии, а также 190 больных, страдающих пограничными психическими отклонениями. Частота встречаемости и интенсивность кариеса определялась индексом КПУ. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта оценивали по индексу СРITN, ВОЗ, 1980.

**Результаты собственных исследований.** Необходимо отметить, что в сравнительном аспекте у лиц, не подвергнутых воздействию общесоматической патологии, показатели по частоте выявления пародонтальных карманов, сопровождающихся различной степенью подвижности зубов оказались почти в два раза ниже. Частота встречаемости кариеса зубов оказалось достоверно выше в основной группе и в группе сравнения, по сравнению с данными в контрольной группе. С шизофренией число больных, у которых диагностировалось поражение твердых тканей зубов, также как и у их оппонентов в группе сравнения, составило 100 %, тогда как в третьей группе численность таковых определялось в пределах  $91,8 \pm 1,90\%$ . По результатам статистического анализа, полученных по всем группам и возрастам, частота встречаемости перекрестного прикуса увеличилась по сравнению с другими группами в группе сравнения, которые составили пациенты с другими психическими нарушениями –  $8,4 \pm 2,01\%$ , против  $3,2 \pm 1,18\%$  и 0, в основной группе больных шизофренией и контрольной группе практически здоровых лиц соответственно.

**Выводы.** Выявление на данном этапе диагностики истинных причинных факторов у обследуемого контингента больных является важным моментом в определении потребности и планировании необходимого объема ортодонтического вмешательства, позволяющего свести к минимуму риск ухудшения качества жизни этих пациентов и тем самым повысить эффективность комплексного лечения основной фоновой патологии.

**Ключевые слова:** психические заболевания, стоматологический статус, болезни пародонта

**М.А. Расулова**

Азербайджанський Медичний Університет  
(Баку, Азербайджан)

## НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ СОМАТИЧНИХ ПАТОЛОГІЙ НА СТАН ОРГАНІВ І ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА

**Актуальність.** Ступінь вираженості проявів і негативної симптоматики патологічних змін в м'яких і твердих тканинах порожнини рота знаходяться в прямій кореляційній залежності від частоти застосування сильнодіючих препаратів і тяжкості перебігу психічних відхилень.

**Мета дослідження.** Оцінка стоматологічного статусу у осіб з психічними відхиленнями.

**Матеріали і методи досліджень.** Було проведено вивчення стоматологічного статусу 210 хворих на шизофренію у віці від 20 до 45 років. До контрольної групи увійшли 208 осіб без психічної патології, а також 190 хворих, які страждають прикордонними психічними відхиленням. Частота зустрічальності та інтенсивність кариєсу визначалася індексом КПУ. Поширеність та інтенсивність захворювань пародонта за індексом CPITN, BOO3, 1980.

**Результати власних досліджень.** Необходимо відзначити, що в порівняльному аспекті в осіб, не підданих впливу общесоматичної патології, показники по частині виявлення пародонтальних кишень, що супроводжуються різним ступенем рухливості зубів виявилися майже в два рази нижче. Частота зустрічальності кариєсу зубів виявилася достовірно вище в основній групі і в групі порівняння, в порівнянні з даними в контрольній групі. З шизофренією число хворих, у яких діагностувалося ураження твердих тканин зубів, також як і у їх опонентів в групі порівняння, склало 100 %, тоді як в третій групі чисельність таких визначалася в межах  $91,8 \pm 1,90\%$ . За результатами статистичного аналізу отриманих за всіма групами та віком результатів частота зустрічальності перехресного прикусу збільшилася порівняно з іншими групами у групі порівняння, які склали пацієнти з іншими психічними порушеннями –  $8,4 \pm 2,01\%$ , проти  $3,2 \pm 1,18\%$  та 0, в основній групі хворих на шизофренію та контрольну групу практично здорових осіб, відповідно.

**Висновок.** Виявлення на даному етапі діагностики справжніх причинних факторів у обстежуваного контингенту хворих є важливим моментом у визначенні потреби та плануванні необхідного об'єму ортодонтичного втручання, що дозволяє звести до мінімуму ризик погіршення якості життя цих пацієнтів і тим самим набагато повисити ефективність комплексного лікування основної фонової патології.

**Ключові слова:** психічні захворювання, стоматологічний статус, хвороби пародонту.

**М.А. Rasulova**

Azerbaijan medical University  
(Baku, Azerbaijan)

## THE NEGATIVE IMPACT OF SOMATIC PATHOLOGIES ON THE CONDITION OF ORGANS AND TISSUES OF THE ORAL CAVITY

**Relevance.** The severity of manifestations and negative symptoms of pathological changes in the soft and hard tissues of the oral cavity are directly correlated with the frequency of use of potent drugs and the severity of the course of mental disorders.

**The purpose of the study** was to assess the dental status in people with mental disorders.

**Material and research methods.** The dental status of 210 patients with schizophrenia aged 20 to 45 years was studied. The control group consisted of 208 people without mental pathology, as well as 190 patients suffering from borderline mental disorders. The incidence and intensity of caries was determined by the CPU index. The prevalence and intensity of periodontal disease The prevalence of periodontal disease was evaluated by the CPITN index, WHO, 1980.

**The results of our own research.** It should be noted that, in a comparative aspect, in individuals not exposed to somatic pathology, the indicators for the frequent detection of periodontal pockets accompanied by varying degrees of tooth mobility were almost two times lower. The

incidence of dental caries was significantly higher in the main group and in the comparison group, compared with the data in the control group. With schizophrenia, the number of patients who were diagnosed with damage to the hard tissues of the teeth, as well as their opponents in the comparison group, was 100%, while in the third group, the number was determined to be within the range of  $91.8 \pm 1.90$  %. According to the results of a statistical analysis of the results obtained for all groups and ages, the incidence of cross bite increased compared with other groups in the comparison group, which consisted of patients with other mental disorders –  $8.4 \pm 2.01$  %, versus  $3.2 \pm 1.18$  % and 0, in the main group of patients with schizophrenia and the control group of healthy individuals, respectively.

**Conclusions.** The identification at this stage of diagnosis of the true causal factors in the examined patient population is an important point in determining the need and planning the necessary amount of orthodontic intervention, which minimizes the risk of a deterioration in the quality of life of these patients and thereby greatly improves the effectiveness of complex treatment of the underlying background pathology.

**Key words:** mental illness, dental status, periodontal disease.

**Вступлення.** При изучении факторов риска возникновения и развития стоматологических заболеваний особое внимание со стороны специалистов придается общесоматическому статусу, который при наличии некоторых заболеваний органов и систем организма оказывает самое непосредственное и негативное влияние на уровень распространенности и интенсивности патологических процессов в зубочелюстной системе, в частности, на частоту встречаемости кариеса и пародонтопатий [5, 6, 8, 16]. Определение этиологических и патогенетических механизмов развития той или иной оральной патологии и полученные при этом данные предоставляют широкие возможности для научной и практической стоматологии по разработке и внедрению оптимальных мер по повышению эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Очень важно отметить отсутствие своевременной и специализированной стоматологической помощи, нехватка кадров, отсутствие знаний о побочном влиянии сильнодействующих лекарственных препаратов и снижение или отсутствие мотивации больных, в частности пациентов с психическими нарушениями, к качественному уходу за ротовой полостью [9, 12, 18-20]. Помимо нервно-психических сдвигов, которые составляют основу клинических проявлений психических заболеваний, в частности, шизофрении, негативные изменения в системе иммунитета в организме сопровождаются депрессией клеточного и гуморального звена на местном и

системном уровнях [2, 4, 7, 11, 14]. Патологические изменения в полости рта у психических больных чаще отмечаются по причине неудовлетворительного ухода и длительного лечения и нахождения в специализированных медицинских учреждениях, то есть психиатрических больницах. Посещение этими пациентами врача-стоматолога, сопровождающегося всегда повышенной тревожностью, являющейся одним из наиболее ярких примеров эмоционального стресса, осложняющим проведение лечебно-профилактических мероприятий и различных лечебных манипуляций, усиливает и обостряет без того имеющиеся нервно-психические нарушения [1, 3, 10, 13, 15, 17].

Высокий рост частоты встречаемости психических заболеваний свидетельствует о необходимости разработки медико-биологических критериев оценки адаптации этих пациентов к проведению терапевтических манипуляций различной интенсивности и современного внедрения оптимальных подходов в обеспеченности материально-технической базой, контроль качества удовлетворения потребности этих пациентов во всех видах стоматологической помощи, осуществление постоянного наблюдения за качеством выполнения всех необходимых процедур.

**Цель исследования.** Оценка стоматологического статуса у лиц с психическими отклонениями.

**Материал и методы исследований.** Исследование осуществляли на базе Республиканской клинической психиатрической больницы № 1, где проведено стоматологическое обследование пациентов, отягощенных различными формами шизофрении в течение последних двух лет и находящихся на стационарном лечении. Было проведено изучение стоматологического статуса 210 больных шизофренией в возрасте от 20 до 45 лет. В качестве контрольной групп были отобраны 208 человек без психической патологии и какой-либо серьезной общесоматической патологии, а также 190 больных, страдающих от других видов психических отклонений. Частота встречаемости и интенсивность кариеса определялась индексом КПУ, который учитывает количество кариозных зубов (К), пломбированных (П) и удаленных (У). Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта оценивали по индексу СРІТN. Распространенность болезней пародонта и потребность в необходимой стоматологической помощи была изучена по общепринятой методике в 3 возрастных группах: 20-25 лет, 26-34 лет, 35-45 года. Степень развития патологического процесса в мягких и твердых тканях пародонта диагностировалась на основе результатов клини-

ческих и рентгенологических исследований, а также нуждаемость в пародонтологической помощи, с использованием индекса CPITN, то есть с использованием методик и критериев ВОЗ, а точнее с применением индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – CPITN, 1980. Одновременно с этим для достижения поставленной цели исследования были уточнены вопросы по наличию патологических изменений в мягких и твердых тканях полости рта, количеству утраченных по определенным причинам зубов и на этом основании выявлена потребность в ортопедическом лечении, а точнее в протезировании различными видами ортопедических конструкций, а также было оценено качество ранее изготовленных съемных или несъемных ортопедических конструкций и срокам пользования ими.

Для выполнения поставленных задач с целью выявления уровня распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, в частности, пародонтопатий, и для разработки ведения оптимальных лечебно-профилактических мероприятий был проведен визуальный и инструментальный осмотр полости рта обследуемых психических больных на предмет выявления патологических изменений в мягких и твердых тканях пародонта с использованием стоматологического зонда, зеркала и пинцета.

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины ( $M$ ), ее стандартная ошибка ( $m$ ) и диапазон изменений ( $\min$ - $\max$ ). Для статистической обработки данных был применен непараметрический – критерий  $U$  (Уилкоксона-Манна-Уитни) и параметрический –  $t$  критерий Стьюдента, как метод оценки различий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении  $p < 0,05$ . Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения и пакета прикладных программ Statistica 7.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При обследовании больных шизофренией и при проведении анкетирования или опроса многие из них, особенно в младших возрастных группах, указывали на наличие кровоточивости десен при чистке зубов и приеме пищи, а также на различную степень подвижности зубов по причине формирования при «благоприятных» условиях глубоких патологических пародонтальных карманов в 6 мм и более. Так, у больных шизофренией первой возрастной группы частота встречаемости лиц с кровоточивостью в области

маргинальной десны составляла примерно  $12,3 \pm 4,07$  %, а подвижность зубов в ходе научных изысканий диагностировалась в среднем в 36,9 % случаев. У больных с исследуемой психической патологией во второй средней возрастной группе подвижность зубов, которая при отсутствии своевременного и качественного пародонтологического лечения могла привести к потере зуба, определялась в среднем у 56,3 % обследуемых пациентов (табл. 1).

Статистически достоверно ниже оказались в вышеуказанной возрастной группе показатели по частоте встречаемости лиц со здоровым пародонтом при шизофрении –  $1,3 \pm 1,32$  %. Тогда как, интактный пародонт без каких-либо патологических изменений в группе контроля встречается почти в 4,5 раз чаще, чем в первой основной группе и чем у обследованных второй группы – группы сравнения, в которую были включены больные с пограничными психическими расстройствами (табл. 2). Что касается кровоточивости десен, то показатели по данному фактору были статистически достоверно ниже значения у всех возрастных групп больных шизофренией, другими психическими заболеваниями, по сравнению с контрольной группой. Кровоточивость десен в основной группе составила в среднем  $7,7 \pm 1,80$  %, причем самые маленькие цифровые значения фиксировались в самой старшей возрастной группе. У больных же первой возрастной группы этот показатель почти в 6 раз ниже, чем у обследованных вышеуказанной третьей возрастной группы. Наличие факторов, задерживающих зубной налет и повышающих таким образом интенсивность их отложений, чаще всего наблюдалось в третьей возрастной группе больных с шизофренией, а реже у пациентов в возрасте 26-34 года –  $30,0 \pm 5,12$  %, против  $41,5 \pm 6,11$  % у их самых молодых оппонентов.

Необходимо отметить, что в сравнительном аспекте у лиц, не подвергнутых воздействию общесоматической патологии, показатели по частоте выявляемости пародонтальных карманов, сопровождающихся различной степенью подвижности зубов, оказались почти в два раза ниже (табл. 2). Аналогичные со второй группой больных шизофренией по уровню поражаемости тканей пародонта наиболее тяжелой формой патологических процессов воспалительного и деструктивного характера статистические данные фиксировались и в самой старшей возрастной группе, где полученные цифровые значения регистрировались в пределах 42,7%. По данным проведенных научных исследований высокий уровень поражаемости воспалительными и деструктивными заболеваниями тканей пародонта у

лиц с психическими отклонениями часто приводят к преждевременной утрате значительного количества зубов, что, в свою очередь, приводит к стойким морфофункциональным нарушениям в полости рта, в общем, и в зубочелюстной системе, в частности.

В группе пациентов с пограничными психическими отклонениями распространенность за-

болеваний тканей пародонта также фиксировалась в высоких значениях и составила примерно 90 %. Чаще всего у этих пациентов определялся зубной камень или другие факторы, задерживающие налет (в  $39,5 \pm 3,55$  % случаев) и патологические пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в  $23,2 \pm 3,06$  % случаев) (табл.3).

Таблица 1

### Распространенность заболеваний пародонта у больных шизофренией (СПИТН)

Возрастные группы	Количество обследованных	Количество обследованных, %				
		Здоровый пародонт	Кровоточивость	Зубной камень	Пародонтальные карманы	
					4-5 мм	6 мм и более
20-25 лет	65	$9,2 \pm 3,59$	$12,3 \pm 4,07$	$41,5 \pm 6,11$	$24,6 \pm 5,34$	$12,3 \pm 4,07$
26-34 лет	80	$5,0 \pm 2,44$	$8,8 \pm 3,16$	$30,0 \pm 5,12$	$41,3 \pm 5,50$	$15,0 \pm 3,99$
35-45 лет	75	$1,3 \pm 1,32$	$2,7 \pm 1,86$	$53,3 \pm 5,76$	$30,7 \pm 5,32$	$12,0 \pm 3,75$
Всего	220	$5,0 \pm 1,47$	$7,7 \pm 1,80$	$41,4 \pm 3,32$	$32,7 \pm 3,16$	$13,2 \pm 2,28$

Таблица 2

### Распространенность заболеваний пародонта в контрольной группе

Возрастные группы	Количество обследованных	Количество обследованных, %				
		Здоровый пародонт	Кровоточивость	Зубной камень	Пародонтальные карманы	
					4-5 мм	6 мм и более
20-25 лет	65	$29,2 \pm 5,64$	$36,9 \pm 4,07$	$24,6 \pm 5,34$	$9,2 \pm 3,59$	-
26-34 лет	70	$20,0 \pm 4,78$	$27,1 \pm 5,32$	$32,9 \pm 5,61$	$15,7 \pm 4,35$	$4,3 \pm 2,42$
35-45 лет	73	$16,4 \pm 4,34$	$13,7 \pm 4,02$	$49,3 \pm 5,85$	$16,4 \pm 4,34$	$4,1 \pm 2,32$
Всего	208	$21,6 \pm 2,85$	$25,5 \pm 3,02$	$36,1 \pm 3,33$	$13,9 \pm 2,40$	$2,9 \pm 1,16$

Таблица 3

### Распространенность заболеваний пародонта при пограничных психических расстройствах

Возрастные группы	Количество обследованных	Количество обследованных, %				
		Здоровый пародонт	Кровоточивость	Зубной камень	Пародонтальные карманы	
					4-5 мм	6 мм и более
20-25 лет	60	$13,3 \pm 4,39$	$18,3 \pm 5,00$	$38,3 \pm 6,28$	$20,0 \pm 5,16$	$10,0 \pm 3,87$
26-34 лет	65	$12,3 \pm 4,07$	$20,0 \pm 4,96$	$33,8 \pm 5,87$	$23,1 \pm 5,23$	$10,8 \pm 3,84$
35-45 лет	65	$6,2 \pm 2,98$	$12,3 \pm 4,07$	$46,2 \pm 6,18$	$26,2 \pm 5,45$	$9,2 \pm 3,59$
Всего	190	$10,5 \pm 2,23$	$16,8 \pm 2,72$	$39,5 \pm 3,55$	$23,2 \pm 3,06$	$10,0 \pm 2,18$

Таким образом, проведенное нами клиническое исследование показало, что больные,отягощенные тяжелой психической патологией, имели средний и высокий уровень распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта, причем тяжесть основных стоматологических заболеваний росла с увеличением возрастных показателей. То есть, с увеличением возраста у обследуемых пациентов преобладали по частоте встречаемости симптомы и клинические признаки самых тяжелых форм пародонтопатий, хронического генерализованного пародонтита на фоне диагностирования патологических пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм и 6 мм и более. Число здоровых секстантов у обследуемых больных, находящихся на стационарном лечении, с использованием сильнодействующих психотропных средств и на фоне интенсивных психо-эмоциональных нагрузок оказалось меньше в самой старшей возрастной группе, что, соответственно, свидетельствовало о значительном росте количества пораженных секстантов с зубным камнем и патологическими пародонтальными карманами.

Таким образом, проведенное нами клиническое исследование показало, что больные,отягощенные тяжелой психической патологией, имели средний и высокий уровень распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта, причем тяжесть основных стоматологических заболеваний росла с увеличением возрастных показателей. То есть, с увеличением возраста у обследуемых пациентов преобладали по частоте встречаемости симптомы и клинические признаки самых тяжелых форм пародонтопатий, хронического генерализованного пародонтита на фоне диагностирования патологических пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм и 6 мм и более. Число здоровых секстантов у обследуемых больных, находящихся на стационарном лечении, с использованием сильнодействующих психотропных средств и на фоне интенсивных психо-эмоциональных нагрузок оказалось меньше в самой старшей возрастной группе, что, соответственно, свидетельствовало о значительном росте количества пораженных секстантов с зубным камнем и патологическими пародонтальными карманами.

Ниже представлены данные по распространенности и интенсивности воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, цифровые значения индекса КПУ и его различных компонентов у больных шизофренией, с пограничными психическими расстройствами и здоровых лиц (табл. 4). Инструментальный осмотр ротовой полости рта показал наличие интенсивного отложения зубных отложений в первых двух группах, где зубы у психически больных были покрыты обильным мягким и твердым налетом. При анализе гигиенического состояния и индексной оценки у больных основной группы и группы сравнения отмечался «неудовлетворительный» гигиенический статус, что подтверждает состояние стойких проявлений физиологического напряжения и серьезных нарушений в гомеостазе полости рта. Основными причинами всего вышесказанного, по нашему мнению, являлось частое использование табака злостными ку-

рительщиками, которых среди данного контингента населения, отягощенного столь тяжелой патологией, в период обострения которой из-за плохого гигиенического ухода еще больше ухудшается общая «экологическая ситуация» в полости рта. Среднее значение индекса КПУ по уровню распространенности кариозной болезни у обследуемых больных с исследуемыми психическими отклонениями и у здоровых лиц в контрольной группе несколько отличались друг от друга. Так, частота встречаемости кариеса зубов оказалось достоверно выше в основной группе и в группе сравнения, по сравнению с данными в контрольной группе. С шизофренией число больных, у которых диагностировалось поражение твердых тканей зубов, также как и у их оппонентов в группе сравнения, составило 100 %, тогда как в третьей группе численность таковых определялась в пределах  $91,8 \pm 1,90$  %.

Таблица 4

#### Распространенность и интенсивность кариеса зубов

Болезни	Основная группа	220			Группа сравнен.	190			Контроль. группа	208		
		абс.	%	m%		абс.	%	m%		абс.	%	m%
Распростран.	220	100,0	0,00	190	100,0	0,00	191	91,8	1,90			

Что касается интенсивности кариозной болезни и компонентов исследуемого индекса КПУ, то в группе больных шизофренией максимальными оказались показатели по количеству удалённых зубов. Необходимо отметить, что проведенные исследования, в организационном плане дают веское основание для планирования необходимой стоматологической помощи с учетом выявленного уровня и структуры пораженности тканей зубов кариозными и некариозными заболеваниями, так как являются результатами оценки показателей поражаемости данного контингента. При обследовании и осмотре полости рта обращали внимание на изменение цвета, влажность маргинальной десны и слизистой оболочки, тщательно изучали их состояние на предмет выявления воспалительных изменений, инфильтратов, эрозий. Оценивали степень деструкции твердых тканей зубов, наличие кариеса, трещин в эмали, клиновидных дефектов, дефектов зубных рядов, наличие адентий, глубину резцового перекрытия, окклюзионные нарушения. Среди пациентов с психическими расстройствами преобладали лица в возрасте от 20 до 45 лет, что составило больше половины от общего числа обследованных лиц. Практически у всех пациентов с исследуемой фоновой общесомати-

ческой патологией, наряду с патологической стираемостью зубов, которая регистрировалась в  $74,5 \pm 2,94$  % случаев, часто наблюдались сколы и трещины коронок зубов – 100 %. Вышеуказанные признаки, наряду с другими диагностированными патологическими изменениями, такими как, рецессия десны, отпечатки поверхности зубов верхней и нижней челюсти на внутренней поверхности слизистой оболочки щек и языка по линии их смыкания, сколы имеющихся в наличии ортопедических конструкций, можно считать своеобразными маркерами низкого уровня или вообще полного отсутствия специализированной стоматологической помощи у обследованных психически больных (табл. 5). При этом особо следует отметить сравнительно низкий уровень оказания стоматологической ортопедической помощи больным шизофренией и другими психическими нарушениями, а большинство протезных конструкций, которые имелись в полости рта, оказывались не состоятельными уже на начальных этапах их ношения. Кроме этого в медицинских картах данной категории больных должны всегда отражаться данные об их общем стоматологическом статусе, который очень часто характеризуется тяжелой степенью течения основных стоматологических заболеваний. Отме-

чается сочетанность и множественность болеваний твердых тканей зубов и тканей пародонта. шинства из этих патологии, в том числе заболе-

Таблица 5

**Клинические признаки у обследованных психически больных, абс. (%)**

Клинический признак	Контрольная 208	1 группа 220	2 группа 190
Патологическая стираемость	-	164 (74,5±2,94)	118 (62,1±3,52)
Сколы, трещины зуба	90 (43,3±3,44)	220 (100)	185 (97,4±1,16)
Повреждения конструкций	-	88 (40,0±3,30)	60 (31,6±3,37)
Повреждения пломб	42 (20,2±2,78)	82 (37,3±3,26)	120 (63,2±3,50)
Абфракционные дефекты	97 (46,6±3,46)	176 (80,0±2,70)	174 (91,6±2,01)
Отпечатки зубов на мягких тканях	14 (6,7±1,74)	182 (82,7±2,55)	135 (71,1±3,29)
Рецессия десны	-	107 (48,6±3,37)	104 (54,7±3,61)

Таблица 6

**Потребность в ортодонтическом лечении обследуемых больных (%)**

№ группы	Контрольная 208	Подгруппа 220	Подгруппа 190
Вид прикуса			
Нейтральный без сужения зубных рядов	160 (76,9±2,92)	56 (25,5±2,94)	44 (23,2±3,06)
Нейтральный с сужением зубных рядов	48 (23,1±2,92)	107 (48,6±3,37)	97 (51,1±3,63)
Прогнатия	-	6 (2,7±1,10)	5 (2,6±1,16)
Прогения	-	13 (5,9±1,59)	6 (3,2±1,27)
Глубокий	-	31 (14,1±2,35)	22 (11,6±2,32)
Перекрестный	-	7 (3,2±1,18)	16 (8,4±2,01)
Ортодонтическое лечение было	-	32 (14,5±2,38)	33 (17,4±2,75)

В контрольной группе практически здоровых лиц также наблюдались, но в значительно редких случаях, сколы и трещины коронок зубов – в 43,3±3,44 % случаев, схожая картина наблюдалась и в частоте обнаружения абфракционных дефектов. Так, число обследуемых с этими дефектами было почти в 1,5 раза меньше, чем в двух других группах, что свидетельствует о том, что парафункциональная активность жевательных мышц может диагностироваться и у людей, без признаков психических нарушений. Распространенность отпечатков зубов на слизистой оболочке и боковых отделах языка среди обследованных психически больных, в частности у больных шизофренией, составила в среднем 82,7 %; тогда как показатели по контрольной группе составили 6,7 %; адаптационные изменения в мягких тканях в ответ на отсутствие своевременной коррекции нарушений, вызванных дефекта-

ми конструкций и зубных рядов, прикуса очень часто выявлялись у 71,1 % обследованных в группе сравнения. 74,5 % пациентов в основной группе имели грубые окклюзионные нарушения, связанные как с наследственными причинами и аномалиями развития зубочелюстного аппарата, так и наличием различной степени патологической стираемости зубов. У этих больных из общей выборки наблюдали дефекты зубного ряда чаще всего в боковых отделах, реже диагностировались концевые и двухсторонние включенные дефекты. На основании изложенных фактов можно сделать заключение о том, что по результатам проведенных клинических исследований и тщательного стоматологического осмотра можно определить характер и степень адаптационных изменений в полости рта в ответ на развитие психических заболеваний. Параметры основных клинических индексов, которые были примене-

ны при стоматологическом обследовании пациентов с психическими нарушениями, свидетельствуют о высоком уровне у них распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, в том числе, кариеса и воспалительных заболеваний пародонта, а также о высоком уровне потребности данного контингента больных в ортодонтическом лечении. Влияние психической патологии на общее стоматологическое здоровье обследуемых лиц находило своё подтверждение при статистическом анализе данных амбулаторных карт. При оценке общей распространенности некоторых ЗЧА глубокий прикус и прогения занимали в основной группе, как и в группе сравнения, самый высокий удельный вес по отношению к другим видам аномалий (табл. 6). По результатам статистического анализа полученного по всем группам и возрастам частота встречаемости перекрестного прикуса увеличилась по сравнению с другими группами в группе сравнения, которые составили пациенты с другими психическими нарушениями –  $8,4 \pm 2,01$  %, против  $3,2 \pm 1,18$  % и 0, в основной группе больных шизофренией и контрольной группе практически здоровых лиц соответственно.

Длительное течение фоновой патологии, а также частые, по причине редкого обращения к врачу, простудные и заболевания верхних дыхательных путей индуцируют частое развитие зубочелюстных аномалий, одним из которых является открытый прикус, который формируется при наличии ротового дыхания и одновременно гипотонуса круговой мышцы рта. Данный показатель имел тенденцию к снижению в группе сравнения и не выявлялся в группе контроля, в которую входили лица, неотягощенные какими-либо соматическими патологиями. Остальные виды зубочелюстных аномалий и деформаций встречались в единичных случаях. Анализ функционального состояния зубочелюстной системы прикуса выявил значимые различия по группам, при этом, выявленные ортодонтические нарушения могут являться одной из важных этиопатогенетических причин в развитии патологических процессов в твердых и мягких тканях пародонта, которые диагностировались у большинства обследованных психически больных. Необходимо отметить, что, среди пациентов психиатрической больницы наиболее распространенными зубочелюстными патологиями являлись дистальная окклюзия, а также аномалии и деформации зубных рядов. Обычно большинство взрослых пациентов обращаются за ортодонтической помощью, руководствуясь собственным желанием, чего нельзя сказать о лицах с выраженными психиче-

скими отклонениями, у которых желание это отсутствует или не всегда четко выражено. Анализируя полученные клинические данные, можно сделать вывод о том, что патологические виды прикуса у психически больных, которые по ходу ограничивают движения нижней челюсти, сопровождают тяжелые воспалительно-деструктивные изменения в пародонтальных тканях.

**Выводы.** Выявление на данном этапе диагностики истинных причинных факторов у обследуемого контингента больных является важным моментом в определении потребности и планирования необходимого объема ортодонтического вмешательства, позволяющим свести к минимуму риск ухудшения качества жизни этих пациентов и тем самым намного повысить эффективность комплексного лечения основной фоновой патологии.

### *Список литературы*

1. **Анисимова Н.Ю.** Обоснование использования способов коррекции стоматологического стресса в амбулаторной практике / Н.Ю. Анисимова, Н.А. Сирота, С.А. Рабинович, Е.Н. Анисимова // Российская стоматология. – 2013. – №3. – С.58.
2. **Бутаева С.А.** Особенности параметров ротовой жидкости у больных шизофренией / С.А. Бутаева, А.В. Митронин, Б.Д. Цыганков // «Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях севера», сборник статей межрегиональной научно-практической конференции. – 2013. – №1. – С.41-46.
3. **Гонта С. М.** Лечение генерализованного пародонтита у больных шизофренией по безоперационной схеме / С. М. Гонта // Стоматологические новости: сборник трудов по актуальным проблемам стоматологии. – Львов, 2009-2010. – Вып. 9-10. – С. 42-43.
4. **Заболотный Т. Д.** Свойства ротовой жидкости у больных шизофренией: результаты исследований / Т. Д. Заболотный, С. М. Гонта, К. А. Мороз // Новости стоматологии. – 2010. – № 1 (62). – С. 70-71
5. **Крючков Д. Ю.** Влияние гормонов жировой ткани у больных с абдоминальным ожирением на формирование и прогрессирование генерализованного пародонтита / Д. Ю. Крючков // Крымский терапевтический журнал. – 2016. – № 3. – С. 34–38.
6. **Македонова Ю. А.** Эффективность пародонтологического лечения пациентов с недостаточностью витамина D / Ю. А. Македонова // Пародонтология. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 60–62.
7. **Макеев М.К.** Основные показатели стоматологического статуса подростков, страдающих токсикоманией / М.К. Макеев // Дентальные технологии (специальный выпуск). Тезисы стоматологической научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Инновации в стоматологии». – Киев. – 2009. – С.19.
8. **Меджидов М. Н.** Клинические особенности течения пародонтита и состояние гуморального иммунитета у больных хроническим пиелонефритом / М. Н. Меджидов, М. Н. Эфендиев // Пародонтология. – 2013. – № 4. – С. 54-58.
9. **Уразаева Ф.Х.** Системная организация ротовой жидкости как один из маркеров индивидуальной склонности к агрессии / Ф. Х. Уразаева, М. В. Ларина // Психология на службе мира: сб. мат. междунар. науч. – практ. конф. Сочи: Сочвест – ИНФРА – Образование. 2005. – С. 190 – 195.

10. Dental status of patients with mental disorders in a Nigerian teaching hospital: a preliminary survey / A.A. Adeniyi, B.A. Ola, C.E. Edeh [et al.] // *Special Care in Dentistry*. – 2011. – №31. – P. 134-137.

11. **Amit Kumar** Association of periodontal health indicators and major depressive disorder in hospital outpatients / Amit Kumar, Asif Kardkal, Surangama Debnath, Jyothi Lakshminarayan // *The Journal of Indian Society of Periodontology*. – 2015. – №19 (5). – P. 507-511.

12. Oral health impacts of medications used to treat mental illness / Cockburn N., Pradhan A., Taing M.W. [et al.] // *J Affect Disord*. – 2017. – 223. – P. 184-193.

13. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes / V. Bertaud-Gounot, V. Kovess-Masfety, C. Perrus [et al.] // France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. – 2013. – №13. – P. 227.

14. **Bushe C.** Categorical prevalence and severity of hyperprolactinaemia in two UK cohorts of patients with severe mental illness during treatment with antipsychotics / C. Bushe, D. Yeomans, T. Floyd, S.M. Smith // *Psychopharmacology*. – 2008. – № 22. – P. 56-62.

15. Periodontal health and treatment needs among hospitalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey / O. Gurbuz, G. Alatas, E. Kurt [et al.] // *Community Dent Health*. – 2011. – №28. – P. 69-74.

16. **Feitosa D. S.** The influence of thyroid hormones on periodontitis-related bone loss and tooth-supporting alveolar bone: a histological study in rats // *J Period Res*. – 2008. – Vol.44, № 4. – P. 472-478.

17. **Kenkre A.M.** Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India / A.M. Kenkre, A.E. Spadigam // *Indian J Dent Res*. – 2000 Jan-Mar. – Vol.11(1). – P. 5-11.

18. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness / S. Kisely, H. Baghaie, R. Lalloo [et al.] // *Psychosom Med*. – 2015. – № 77. – P. 83-92.

19. **Kisely S.** The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis / S. Kisely, E. Sawyer, D. Siskind, R. Lalloo // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – №200. – P. 119-132.

20. **Sangeeta Umesh Nayak** Periodontal Health among Non-Hospitalized Chronic Psychiatric Patients in Mangaluru City-India / Sangeeta Umesh Nayak, Rashmi Singh, Keshava Pai Kota // *J Clin Diagn Res*. – 2016. – Aug; 10(8). – P. 40-43.

#### REFERENCES

1. **Anisimova NJu, Sirota NA, Rabinovich SA, Anisimova EN.** Justification of the use of methods of correction of dental stress in outpatient practice. *Rossijskaja stomatologija*. 2013;3:58.

2. **Butaeva SA, Mitronin AV, Cygankov BD.** Features of oral fluid parameters in patients with schizophrenia. "Actual problems and prospects of development of stomatology in the conditions of the North", collection of articles of interregional scientific and practical conference. 2013;1:41-46.

3. **Gonta SM.** Treatment of generalized periodontitis in patients with schizophrenia by non-surgical scheme. *Stomatologicheskie novosti: sbornik trudov po aktual'nym problemam stomatologii. Lvov*, 2009-2010(9-10):42-43.

4. **Zabolotnyj T D, Gonta S M, Moroz K A.** Properties of oral fluid in patients with schizophrenia: research results. *Novosti stomatologii*. 2010;1(62):70-71.

5. **Krjuchkov D Ju.** Effect of adipose tissue hormones in patients with abdominal obesity on the formation and progression of generalized periodontitis. *Krymskij terapevticheskij zhurnal*. 2016;3:34-38.

6. **Makedonova Ju A.** Effectiveness of periodontal treatment of patients with vitamin D deficiency. *Parodontologija*. 2016;1(21):60-62.

7. **Makeev MK.** The main indicators of the dental status of adolescents suffering from substance abuse. Theses of dental scientific-practical conference of students and young scientists "Innovations in dentistry». *Dental'nye tehnologii (special'nyj vypusk)*. Kiev; 2009:19.

8. **Medzhidov MN, Jefendiev MN.** Clinical features of periodontitis and humoral immunity in patients with chronic pyelonephritis. *Parodontologija*. 2013;4:54-58.

9. **Urzaeva FH, Larina MV.** Systemic organization of oral fluid as one of the markers of individual tendency to aggression. *Psihologija na sluzhbe mira: sb. mat. mezhdunar. nauch. – prakt. konf. Sochi: Sochvest – INFRA – Obrazovanie*; 2005:190 – 195.

10. **Adeniyi AA, Ola BA, Edeh CE, Ogunbanjo BO, Adewuya AO.** Dental status of patients with mental disorders in a Nigerian teaching hospital: a preliminary survey. *Special Care in Dentistry*. 2011; 31: 134-137.

11. **Amit Kumar, Asif Kardkal, Surangama Debnath, Jyothi Lakshminarayan** Association of periodontal health indicators and major depressive disorder in hospital outpatients *The Journal of Indian Society of Periodontology*, 2015, 19 (5); 507-511.

12. **Cockburn N, Pradhan A, Taing MW, et al.** Oral health impacts of medications used to treat mental illness. *J Affect Disord* 2017; 223: 184-193.

13. **Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F.** Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:227.

14. **Bushe C., Yeomans D., Floyd T., Smith S.M.** Categorical prevalence and severity of hyperprolactinaemia in two UK cohorts of patients with severe mental illness during treatment with antipsychotics. *Psychopharmacology*. 2008;22:56-62.

15. **Gurbuz O, Alatas G, Kurt E, Dogan, Fissever H.** Periodontal health and treatment needs among hospitalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. *Community Dent Health*. 2011; 28:69-74.

16. **Feitosa D S.** The influence of thyroid hormones on periodontitis-related bone loss and tooth-supporting alveolar bone: a histological study in rats. *J Period Res*. 2008;4(44):472-478.

17. **Kenkre AM., Spadigam AE.** Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian J Dent Res*. 2000 Jan-Mar.11(1):5-11.

18. **Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, et al.** A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med* 2015; 77: 83-92.

19. **Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R.** The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 200: 119-132.

20. **Sangeeta Umesh Nayak, Rashmi Singh, Keshava Pai Kota** Periodontal Health among Non-Hospitalized Chronic Psychiatric Patients in Mangaluru City-India *J Clin Diagn Res*. 2016 Aug; 10(8):40-43.

Поступила 15.11.19

