

## ОЦІНКА РІВНЯ ГІГІЄНИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Одеський державний медичний університет

### Актуальність теми

В 1960 р. Коген та ін. уперше повідомили про поширеність захворювань пародонта в молодих людей із психічними захворюваннями [1]. Вони оглянули стан ротової порожнини у 100 молодих пацієнтів із розповсюдженими психічними захворюваннями й виявили, що в усіх була наявна певна форма хвороби пародонта: від тяжкої форми гінгівіту в наймолодших до пародонтиту з утворенням патологічних кишень і втраченою альвеолярної кістки — у дорослих пацієнтів.

Пізніше багато дослідників виявили, що у психічно хворих часто розвивається тяжка форма гінгівіту в молодому віці й виникає стрімке руйнування пародонта в ранньому періоді статевого дозрівання [2]. Деякі автори пов'язували це з такими факторами, як імунологічна недостатність, погана гігієна рота, уразлива тканина пародонта, раннє старіння й слабка жувальна функція у даної категорії хворих [3].

Епідеміологічні дослідження виявили, що більше 90 % пацієнтів із синдромом Дауна страждають на захворювання пародонта. Більше того, було виявлено, що у 70 % пацієнтів із синдромом Дауна (середній вік 24 роки) превалює втрата кісткової тканини альвеолярного відростка, що сягає 5 мм або більше [4]. В іншому дослідженні було відзначено прогресуючу втрату кістки у 60 % людей із шизофренією (середній вік 35 років) [5].

Автори також вказують на певну залежність розвитку та перебігу запальних процесів у

порожнині рота у психічно хворих від рівня догляду за зубами та яснами [6]. Проте результатів вивчення залежності рівня гігієни у психічно хворих протезоносіїв автори не наводять.

Враховуючи вказану високу значущість гігієни порожнини рота для психічно хворих, ми поставили за мету дослідження вивчення впливу рівня догляду за частковими знімними пластинковими протезами у хворих на шизофренію на стан тканин пародонта задля вибору оптимального методу знімання протезування психічно хворих.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження були проведені в умовах психоневрологічних інтернатів, де пацієнти знаходилися тривалий термін, що дало змогу проконтролювати рівень гігієни протезів. Пацієнти були розподілені на 4 групи (таблиця). До трьох груп включали пацієнтів з шизофренією, у групі контролю (45 хворих) знаходилися психічно здорові протезоносії акрилових пластинкових протезів.

Група 1 (39 осіб) — хворі на шизофренію з акриловими знімними пластинковими протезами.

Група 2 (47 осіб) — хворі на шизофренію із безакриловими знімними пластинковими протезами.

Група 3 (45 осіб) — хворі на шизофренію із комбінованими протезами (безакриловий каркас і бази з акрилової пластмаси).

Усім пацієнтам при здачі протезів рекомендували найбільш апробовану й ефективну методику догляду за протезами, що полягала у такому [7].

Протези слід промивати проточною водою після кожного прийому їжі й щодня очищати за допомогою очисних засобів "COREGA TABS" (Glaxo-Smith Kline) за методикою, описаною в інструкції.

Для уніфікації отриманих результатів під час досліджень рівня гігієни нами проводилося виявлення осіб, що не проводять достатню гігієну протезів (у групі здорових пацієнтів). Такі пацієнти не включалися до груп дослідження.

Під час огляду пацієнтів певна увага приділялася оцінці стану пластинкових зубних протезів. Брало до уваги матеріал, з якого вони були виготовлені. Якість зубних протезів оцінювали за загальноприйнятими клінічними критеріями, а кількість про-

Таблиця

Характеристика пацієнтів, які взяли участь у дослідженнях гігієни протезів

Показники	Група				
	1	2	3	Конт- роль	Разом
Загальна кількість пацієнтів	39	47	44	45	175
Виключені через недотримання гігієни	9	11	8	4	32
Взяли участь у гігієнічному дослідженні, абс. (%)	30 (76,9)	36 (76,6)	36 (81,8)	41 (91,1)	143



тезного нальоту — за такою методикою [8].

Протезний наліт досліджували у 5 ділянках й оцінювали за 4-бальною системою на кожній ділянці:

0 — при зіскрібанні гострим інструментом ділянок базису протеза немає видимого нальоту;

1 — наліт помітний тільки на інструменті, яким проводили зіскрібання ділянок базису;

2 — на досліджуваних ділянках є видимий наліт;

3 — є достатньо видимого нальоту на досліджуваних ділянках.

При оцінці результату бали, визначені на указаних п'яти ділянках базису протеза, підсумували та ділили на 5. Єдиний бал гігієни протеза від 0 до 3 свідчив про малу кількість протезного нальоту, а 4 і вище — про виражену його кількість.

### Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження встановлена кореляція вираженої кількості протезного нальоту у групах залежно від групи дослідження, а також статистично значущий зв'язок кількості протезного нальоту із часом користування протезом. Математична обробка показала вірогідність розбіжностей між групами ( $\chi^2 = 8,64$ ;  $p < 0,01$ ).

Так, через 1 міс. після обстеження найгірший рівень гігієни спостерігався у хворих 1-ї групи (психічно хворих з акриловими протезами): 12,5 % хворих з коефіцієнтом гігієни 4 бали й вище, найкращий — у пацієнтів 3-ї групи: відсутність хворих із коефіцієнтом гігієни 4 бали й вище (рис. 1).

При гігієнічних дослідженнях через 3 міс. спостерігалось погіршення рівня гігієни у хворих, які не мали в анамнезі шизофренії (16,4 % хворих із коефіцієнтом гігієни 4 бали й вище), практично незмінними залишилися результати досліджень у групах 1 і 3, а в групі 2 цей рівень трохи знизився (до 5,5 %

хворих із коефіцієнтом гігієни 4 бали й вище), але все-таки результати показників гігієни залишалися найбільш високими (рис. 2). Це свідчить, що протези, виготовлені за нашою методикою (групи 2, 3), показують досить високий рівень гігієни.

Через 6 міс. відзначали різке погіршення рівня гігієни протезів у контрольній групі (акрилові протези) — зниження кіль-

кості пацієнтів до 21,5 % у групі низьких балів коефіцієнта гігієни й підвищення до 28,5 % — у групі високих балів коефіцієнта гігієни (рис. 3).

При гігієнічних дослідженнях через рік особливих змін у динаміці рівня гігієни не спостерігалось (рис. 4). Показники, що встановилися у термін 6 міс., є, на нашу думку, визначальними для подальшої гігієни протезів.



Рис. 1. Динаміка зміни гігієнічних показників у різних групах хворих, які брали участь у дослідженні, через 1 міс. після накладення протеза, бали

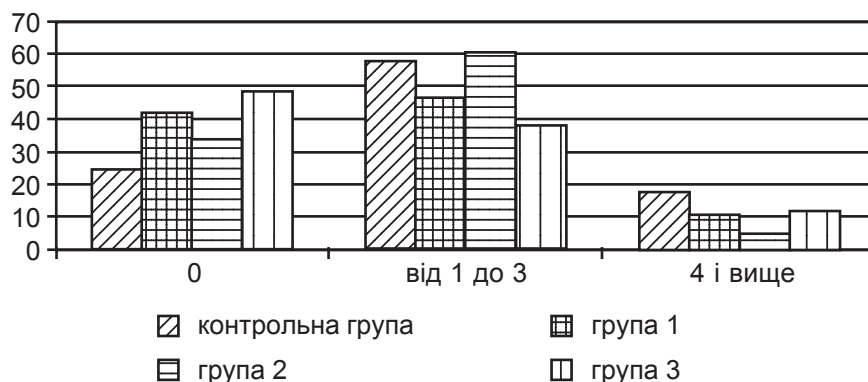


Рис. 2. Динаміка зміни гігієнічних показників у різних групах хворих, які брали участь у дослідженні, через 3 міс. після накладення протеза, бали

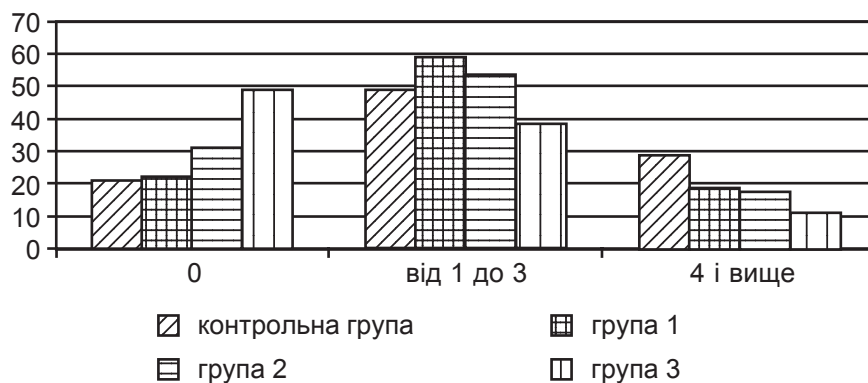


Рис. 3. Динаміка зміни гігієнічних показників у різних групах хворих, які брали участь у дослідженні, через 6 міс. після накладення протеза, бали



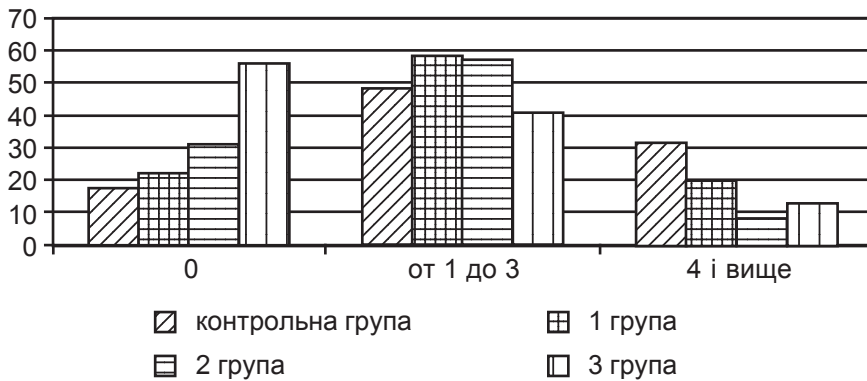


Рис. 4. Динаміка зміни гігієнічних показників у різних групах хворих, які брали участь у дослідженні, через рік після накладення протеза, бали

### Висновки

1. Проведені гігієнічні дослідження протезів у психічно здорових і хворих на шизофренію показали, що рівень гігієни перед початком дослідження на 28,5–36,4 % нижчий у всіх групах психічно хворих.

2. При накладенні акрилових протезів рівень гігієни у групах психічно здорових і хворих на шизофренію погіршився на 12,5 %, що свідчить про погану гігієнічність акрилових протезів порівняно з комбінованою конструкцією.

3. При тривалому користуванні комбінованими протезами рівень гігієни покращився на 20,4 %, що свідчить про високу гігієнічність цих протезів. На нашу думку, це пояснюється тим,

що, на відміну від акрилового пластинкового протеза, комбінований протез не створює «парникового ефекту» під базисом і не викликає токсико-алергічних реакцій з боку слизової оболонки. Порівняно з безакриловим знімним протезом поверхня базису добре відполірована, непориста, що запобігає утворенню ретенційних для нальоту місць на протезі.

Отже, застосування комбінованого пластинкового протеза у психічно хворих більш гігієнічне порівняно з розповсюдженими акриловими та безакриловими пластинковими протезами.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Cohen M. Periodontal disease in a group of mentally subnormal children / M. Cohen, R. A. Winer, G. Shklar // J. Dent. Res. — 1960. — N 39. — P. 745.

2. Desai S. S. Down syndrome: a review of the literature / S. S. Desai // Oral Med. Oral. Pathol. Radiol. Endod. — 1997. — N 184. — P. 279-285.

3. Guerreiro P. O. Oral health conditions diagnostic in cerebral palsy individuals of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil / P. O. Guerreiro, L. Garcias Gde // Cien Saude. Colet. — 2009, Sep-Oct. — N 14 (5). — P. 1939-1946.

4. Etiologic factors of early-onset periodontal disease in Down syndrome / A. Amano, J. Murakami, S. Akiyama, I. Morisaki // Japanese Dental Science Review. — 2008. — N 44. — P. 118-127.

5. Glassman P. Dental disease prevention and people with special needs / P. Glassman, C. Miller // J. Calif. Dent. Assoc. — 2003. — Vol. 31 (2). — P. 149-160.

6. Kumar M. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: one year descriptive cross sectional study / M. Kumar, G. N. Chandu, M. D. Shafiulla // Indian J. Dent. Res. — 2006. — Vol. 17 (4). — P. 171-177.

7. Жолудев С. Е. Гигиена полости рта у лиц со съёмными зубными протезами и некоторые способы ее улучшения / С. Е. Жолудев, М. Л. Маренкова // Панорама ортопедической стоматологии. — 2005. — № 2. — С. 50-52.

8. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care / B. M. Henriksen, E. Ambjornsen, K. Laake, T. E. Axéll // Spec. Care Dentist. — 2004, Sep-Oct. — Vol. 24 (5). — P. 254-259.

УДК 616.2-022.7-53.2+616.233-002-007.272

І. Л. Бабій, В. І. Величко, С. А. Соловійова,  
А. В. Сочинський, Н. М. Россіхіна

## НОВІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Захворювання респіраторного тракту у дітей і дорослих є важливою проблемою сучасної медицини у зв'язку з їх значною поширеністю, нерідко тяжким перебігом і частими усклад-

неннями. Кожне третє звернення по медичну допомогу відбувається з приводу захворювань органів дихання. Особливу увагу слід приділяти тому факту, що гострі респіраторні

захворювання (ГРЗ) займають провідне місце у структурі дитячої захворюваності. Так, наприклад, захворюваність на ГРЗ за 2006 р. серед дитячого населення (до 14 років включно)

