

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

МЕХРИБАН ХАЛИЛ КЫЗЫ ГУСЕЙНОВА

**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ
С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И ОСОБЕННОСТИ
ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ**

3226.01 - Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине**

Баку – 2014

Работа выполнена на кафедре Терапевтической стоматологии
Азербайджанского Медицинского Университета

Научные руководители:

Заслуженный врач республики,
доктор медицинских наук, профессор

Ч.А.ПАШАЕВ

доктор наук по медицине, доцент

А.Ч. ПАШАЕВ

Официальные оппоненты:

Заслуженный деятель науки,
доктор наук по медицине, профессор

Р.К.АЛИЕВА

кандидат медицинских наук

К.К. КАФАРОВ

Ведущая организация: Азербайджанский Государственный
Институт Усовершенствования врачей им .А.Алиева, кафедра
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Защита состоится « 22 » 10 2014 г. в ___ часов на заседании
Диссертационного Совета FD.03.015 при Азербайджанском
Медицинском Университете по адресу: Az 1022 г. Баку, улица
Бакиханова 23

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского
Медицинского Университета

Автореферат разослан « _____ » _____ 2014 г.

Ученый секретарь

Диссертационного совета FD .03.015
доктор философии по медицине, доцент

Н.А. ПАНАХОВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Нарушение психического развития у детей, страдающих умственной отсталостью, наблюдается при различных болезненных состояниях, имеющих разнообразные этиологические причины, но относительно сходные клинические проявления. Характерными особенностями детей с умственной отсталостью является то, что, начиная с раннего возраста, происходит задержка интеллектуального развития, а также сопутствующие нарушения социального функционирования. Наблюдаемые психические нарушения относительно стабильны и сохраняются на протяжении всей жизни [Krauss M.W.et al.,2003;McConkey R.et al.,2008]. Изучение литературы показывает, что у детей с социально-биологическими факторами риска, с нарушением интеллектуального развития состояния органов и тканей полости рта находится в худшем состоянии по сравнению с детьми, у которых отсутствуют выше отмеченные предрасполагающие факторы. [Афанасьева Л.Р.,2000]. Поэтому необходимо проведение специализированной подготовки врачей-стоматологов для работы с указанной категорией детей и улучшение профилактических мероприятий. Во многих странах мира особое внимание обращается на создание условий жизни и медицинской обеспеченностью указанного контингента детей. [Ананьева Н.А.,Ямпольская Ю.А.,1994].

Определено, что интенсивность кариеса зубов у пациентов с нарушенным интеллектом возрастает пропорционально их возрасту. У лиц с нарушением развития интеллекта гигиенический индекс в 2-2,6 раза выше во всех возрастных группах, а наличие зубного камня и налета соответственно в 3,2 и 1,6 раза выше [Ковальчук Н.В.,1999].

По данным ряда авторов, у детей с пороками ЦНС и опорно-двигательного аппарата врожденного и наследственного характера отмечаются высокий уровень зубочелюстных аномалий, а также высокая распространенность стоматологических заболеваний [Корчагина В.В.,2007; Jain M.et al.,2009;Karasavvidis S.et al.,2011;Martens L.et al.,2000;RaoDines,2005].

Установлено, что объем стоматологической помощи, оказываемой детям с УО, зачастую, определяется не возможностью и доступностью, а тем, как врач-стоматолог воспринимает проблему

пациента, и стоматологическую помощь таким детям необходимо оказывать с учетом имеющихся у них социальных, умственных и эмоциональных задержек в развитии [Mitsea A.G. et al., 2001; Morinushi T. et al., 2001; O'Donnell D. et al., 2002].

Таким образом, вопросы состояния полости рта у умственно отсталых детей и оказания им стоматологической помощи рассматривается во многих странах мира. Однако данная проблема в нашей республике практически не изучалась, хотя с подобной патологией имеется определенное число детей. Изучение потребности данного контингента в социально-медицинской помощи, в частности в сфере стоматологических заболеваний, необходимо для организации эффективной помощи.

Цель исследования:

Изучение состояния органов и тканей полости рта у детей с умственной отсталостью и усовершенствование стоматологической помощи им.

Задачи исследования:

- Изучить распространенность и интенсивность поражения основными стоматологическими заболеваниями среди детей с умственной отсталостью.
- Установить уровень гигиенического состояния полости рта у детей с умственной отсталостью.
- Определить потребность в стоматологической помощи по кариесу зубов и болезням пародонта у изучаемого контингента детей.
- Разработать комплекс оптимальных лечебно-профилактических стоматологических мероприятий для детей с умственной отсталостью с учетом у них социальных, умственных и эмоциональных отклонений в развитии интеллекта.

Научная новизна. На основании проведенных исследований получены данные о распространенности и интенсивности поражения кариесом и некариозными поражениями твердых тканей зуба, заболеваний пародонта у детей с УОТ.

Впервые в республике определен уровень потребности детей с УОТ в лечебно-профилактических мероприятий по основным стоматологическим заболеваниям. Установлены факторы риска развития кариеса у детей с УОТ.

С учетом происходящих новых социально-экономических изменений в республике разработана программа организации стоматологической помощи детям с нарушенным интеллектом.

Практическая значимость. Полученные результаты создали возможность проведения комплексных лечебно-профилактических мероприятий по основным стоматологическим заболеваниям.

Определение уровня состояния гигиены полости рта, вязкости слюны, концентрации ионов фосфора и кальция, а также коэффициента поверхностного натяжения в смешанной слюне позволяет оценить риск развития основных стоматологических заболеваний.

Предложенная схема профилактики кариеса зубов и болезней пародонта среди детей с УОТ в возрасте от 6 до 16 лет, где основным профилактическим компонентом является гигиеническое воспитание, позволяет значительно улучшить гигиену полости рта, приостановить рост кариеса зубов, стабилизировать патологические процессы в пародонте.

Результаты работы могут быть использованы в работе врача-стоматолога с детьми со сниженным интеллектом в специализированных учебных заведениях.

Основные положения, выносимые на защиту

► Дети с УОТ в возрасте 6-16 лет, обучающиеся в 3-х специализированных школах и в школах-интернатах г. Баку, имеют высокую распространенность стоматологических заболеваний.

► Факторами риска возникновения кариеса зубов и болезней пародонта являются неудовлетворительная гигиена полости рта, повышенная вязкость слюны и высокий коэффициент ее поверхностного натяжения.

► Программа профилактики стоматологических заболеваний детей с УОТ состоит из подготовительного, аналитического и исполнительного этапов.

Внедрение результатов исследования. По материалам исследования разработана программа профилактики стоматологического здоровья у детей с УОТ, обучающихся в специализированных школах и в школах-интернатах г.Баку. Результаты научно-исследовательской работы внедрены в комплекс

проведения лечебно-профилактических мероприятий среди детей с УОТ в 3-х специализированных школах и в школах-интернатах г. Баку и в учебный процесс на кафедре терапевтической стоматологии Азербайджанского Медицинского Университета.

Апробация результатов диссертации. Результаты работы доложены и обсуждены на XVI Международной научной конференции «Здоровье семьи–XXI век» (Будапешт, 2012); международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в пародонтологии», (г.Одесса, 2012); на Всероссийской конференции «Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний» (Москва, 2012); XVII Международной научной конференции «Здоровье семьи–XXI век» (Лиссабон, 2013); научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию открытия стоматологического факультета в ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России (Владикавказ, 2013); 60-ом конгрессе Европейской ассоциации по изучению кариеса (Ливерпуль, 2013); на 101 конгрессе Всемирной ассоциации стоматологов (Стамбул, 2013).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 14 печатных работ, из которых 7 журнальных статей.

Структура и объем диссертации: Диссертация изложена на 130 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический список содержит 202 литературных источников. Диссертация иллюстрирована 13 таблицами и 10 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Обследовано 236 детей с умственной отсталостью (УОТ) в возрасте от 6 до 16 лет. Средний возраст составил $10,7 \pm 4,35$ лет. В зависимости от возраста дети были разделены на 3 возрастные группы: в I группу были включены 38 детей в возрасте 6-8 лет, во II группу - 96 детей в возрасте 9-11 лет и в III группу - 102 ребенка, возраст которых колебался от 12 до 16 лет. Из обследованных детей мальчиков было - 169 (71,6%), девочек - 67

(28,4%). Контрольную группу составили 226 детей без УОТ идентичного возраста с основной группой. В этой группе обследования мальчики составили 67,2% (152), девочки - 32,8% (74). По возрасту дети контрольной группы также были разделены на 3 возрастные группы: I группа (6-8 лет) - 36 детей (15,9%), II (9-11 лет) - 85 (37,6%), III группа (12-16 лет) - 105 (46,5%) детей.

Изучалось наличие у детей кариеса, заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит), некариозных поражений (гипоплазия, флюороз), воспаления слизистой оболочки полости рта и зубочелюстных аномалий. Клиническое обследование полости рта включало: внешний осмотр, осмотр слизистой оболочки рта полости рта, уздечек, тяжелой, твердых тканей зубов, оценку состояния прикуса.

При стоматологических обследованиях мы пользовались «Картой осмотра полости рта», используемой на кафедре терапевтической стоматологии АМУ.

Индекс оценки зубного налета у детей определялся по проф. Э.М. Кузьминой (2000 г.).

Потребность в стоматологической помощи по поводу кариеса разработана на основании интенсивного показателя кариеса (КПУ) с учетом его составных элементов.

Концентрацию общего кальция и неорганического фосфора определяли фотометрическим методом с помощью диагностических тестов фирмы Human [Милехина С.А., 2011; Daly J.A., Ertingshausen G., 1972; Gitelman H.J., 1967].

Коэффициент поверхностного натяжения слюны определяли по методу П.А. Ребиндера.

Вязкость слюны определяли по методу Афанасьева В.В. [2012].

Оценка эффективности гигиенических и лечебно-профилактических методов проведена на основе анализа показателей ОН-С (Green-Vermillion, 1964), РМА (Parma, 1960), индекса кровоточивости (SBI) по Мюллеман (Muhlemann, 1971).

Гигиеническое обучение проведено при поддержке фирмы «Colgate-Palmolive» Азербайджан. Предоставленный фирмой гигиенический комплект включал зубную пасту Colgate для детей, зубную щетку, памятку и диплом.

Для лечения и профилактики гингивита после удаления зубных отложений применяли обработку десны хлоргексидином 0,05% и разведенным в воде ромазуланом – 1 чайная ложка на 1 стакан воды, затем смазывания нафталановым маслом. Оценка результатов проводилась путем сравнения в сроки до начала мероприятий, через 1, 2 и 3 месяца.

Статистическая обработка полученных значений проведена методом вариационной статистики с определением средних величин и их ошибок. Достоверность различий определена параметрическими и непараметрическими методами: t-критерий (Стьюдента), χ^2 - Пирсона, U - критерий (Вилкоксона-Манна-Уитни). Использован пакет специальных программ Statistica 6.0. Различие между сравниваемыми выборками считалось статистически достоверным при значении $p < 0,05$ [Юнкеров В.И., 2002].

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

По данным проведенного стоматологического обследования распространенность кариеса у детей контрольной группы в целом составила 80,1%. При этом среди детей возрастной группы 6-8 лет (I группа) кариес встречался в среднем в 83,3% случаев, возрастной группы 9-11 лет (II группа) - 85,9% и возрастной группы 12-16 лет (III группа) - в 74,3% случаев, т.е. максимальное число детей с кариесом были в возрасте 9-11 лет.

Распространенность кариеса зубов среди детей с УОТ в целом составила 97,9%, что на 17,8% было достоверно выше ($P < 0,001$) контрольного показателя. Максимальное число случаев кариеса определялось среди детей 6-8 летнего возраста (I группа) - 100%. Среди детей с УОТ в возрасте 9-11 (II группа) и 12-16 лет (III группа) число случаев заболеваемости кариесом в целом составило соответственно 98,0 и 97,9%. У детей с УОТ в возрасте 6-8 лет заболеваемость кариесом превышала таковую у детей 6-8 лет контрольной группы на 16,7%, разница между детьми 9-11 и 12-16 летнего возраста с УОТ и без нее составила в среднем 11,0 и 23,7% ($P < 0,001$). Число умственно отсталых мальчиков и девочек 9-11-летнего возраста с кариесом в сравнении с контрольным показателем было выше на 8,4 и 15,6% соответственно, в III группе встречаемость

кариеса у мальчиков и девочек с УОТ также была выше контрольной на 24,5% ($P<0,01$) и 22,6% ($P<0,01$) соответственно.

Интенсивность кариеса зубов у детей с УОТ в целом составила 5,31, тогда как у детей без нарушения интеллекта средняя величина КПУ составила 3,01, т.е. у детей с УОТ индекс КПУ был выше в 1,8 раз ($P<0,05$). При этом, максимальное значение индекса КПУ выявлено у детей с УОТ младшего возраста (6-8 лет) - 6,29, а минимальное, равное 4,94 - в III группе обследования. Сравнительная оценка индекса КПУ с контрольными показателями выявила его увеличение у детей с УОТ во всех возрастных группах - в 3,0 ($P<0,001$), 1,4 и 2,1 ($P<0,01$) раз соответственно в I, II и III группах. При анализе структуры индекса КПУ выявлено, что компонент «К» (кариозные зубы) и компонент «У» (удаленные) в целом у детей с УОТ превышали контрольный показатель соответственно в 1,9 раз ($P<0,05$) и в 3,8 раз ($P<0,001$), а компонент «П» (пломбированные) - был ниже в 13,5 раз ($P<0,001$).

У детей с УОТ в возрасте 6-8 лет пломбированных зубов не было, у обследованных детей со сниженным интеллектом в возрасте 9-11 и 12-16 лет в сравнении с контрольным показателем пломбированных зубов было соответственно в 3,0 раз ($P<0,001$) и в 20,0 раз ($P<0,001$) меньше.

Соотношение удаленных зубов к пломбированным зубам у детей с УОТ в целом составила 13,5, тогда как в контрольной группе - 0,25.

Наиболее часто у детей с УОТ и в контрольной группе встречались такие заболевания как гингивит, гипоплазия и зубочелюстные аномалии и реже - пародонтит и флюороз. При этом гингивит у детей с УОТ в сравнении с детьми контрольной группы встречался в 1,5 раз ($p<0,05$), гипоплазия - в 4,7 раз ($p<0,001$) и зубочелюстные аномалии - в 3,2 раз ($p<0,001$) чаще. Частота встречаемости воспаления слизистой оболочки у детей с УОТ достоверно превышала контрольный показатель в 2,8 раз ($p<0,001$), а частота флюороза - в 3,2 раза ($p<0,001$). У детей в возрасте 6-8 лет (I группа) частую встречаемость зубочелюстных аномалий и гингивита в сравнении с другими заболеваниями. Сравнительно реже отмечались гипоплазия и воспаление слизистой оболочки ротовой полости соответственно в 18,4% случаев, а также флюороз - в 5,26% случаев. В этой возрастной

группе умственно отсталых детей пародонтит не встречался. При этом неудовлетворительный стоматологический статус чаще был у мальчиков. Мальчики в сравнении с девочками в 5,6 раз ($P<0,001$) чаще страдали гингивитом, в 2,8 раз ($P<0,001$) - гипоплазией и воспалением слизистой оболочки ротовой полости, соответственно. У мальчиков 6-8 летнего возраста в сравнении с девочками того же возраста в 1,05 раз чаще выявлены зубочелюстные аномалии. Флюороз был отмечен лишь у мальчиков (7,7%).

Во II возрастной группе, в которую были включены дети в возрасте 9-11 лет, в целом в сравнении с другими стоматологическими заболеваниями отмечалась достоверно частая встречаемость зубочелюстных аномалий - 53,1% случаев, гингивита - 50,0% случаев и гипоплазии - в 20,8% случаев, тогда как флюороз и воспаление слизистой оболочки полости рта отмечались у 3,1% детей соответственно, а пародонтит, так же как и у детей 6-8 лет, не встречался.

Сравнительный анализ показателей детей 9-11-летнего возраста (II группа) с контрольной группой позволил выявить достоверное увеличение частоты гипоплазии в среднем в 2,9 раз ($P<0,01$), зубочелюстных аномалий и воспалений слизистой оболочки - в 2,6 раз ($P<0,01$), соответственно. Флюороз у детей II группы в отличие от детей контрольной группы встречался в 1,3 раз чаще. Мальчики с УОТ 9-11 лет чаще мальчиков контрольной группы страдали гипоплазией - в среднем в 2,8 раз ($P<0,01$) и зубочелюстными аномалиями - в 1,7 раз ($P<0,05$). Мальчиков с гингивитом во II группе было больше, чем в соответствующем возрасте контрольной в 1,2 раз, с воспалением слизистой оболочки - в 1,7 раз ($P<0,05$), а частота флюороза практически не отличалась. Разница между девочками с УОТ и контрольной группы, имеющие гипоплазию, составила 3,3 раз ($P<0,001$), зубочелюстные аномалии - 5,9 раз ($P<0,001$), флюороз - 1,9 раз ($P<0,05$). Воспаление слизистой оболочки у девочек 9-11 лет в контрольной группе не отмечалось, тогда как у девочек с УОТ этого же возраста указанное выявлялось в среднем в 5,8% случаев. Напротив, гингивит у девочек без УОТ в сравнении с девочками с УОТ встречался чаще, хотя и с небольшой разницей - в 1,1 раз.

В III группе у детей с УОТ в сравнении с контрольными

показателями выявлена достоверная частота встречаемости гипоплазии в 9,3 раз ($P < 0,001$), зубочелюстных аномалий - 3,8 раз ($P < 0,001$), воспаления слизистой оболочки - 6,7 раз ($P < 0,001$), флюороза - в 5,4 раз ($P < 0,001$). В этой же возрастной группе, как и в первых двух возрастных группах разница частоты гингивита у детей с УОТ и без него была незначительная. Однако, если у детей с УОТ в возрастном диапазоне 6-8 и 9-11 лет пародонтит не встречался, то у детей 11-16 лет это заболевание полости рта выявлялось в среднем в 2,0% случаев. В данной группе почти все стоматологические заболевания, за исключением воспаления слизистой оболочки, чаще определялись у девочек. Воспаление слизистой оболочки у мальчиков выявлено в 3,1 раз чаще ($P < 0,001$), чем у девочек. Однако, если флюороз встречался в возрастной группе мальчиков 12-16 лет с УОТ в среднем у 3,7%, то в контрольной группе мальчиков этого заболевания не отмечалось.

. Согласно полученным результатам, частота воспаления слизистой оболочки в возрастных группах детей с УОТ во II группе в сравнении с I группой резко уменьшилась - на 15,3%, но в III группе возросла и средняя разница с данными II группы составила 9,6%. У детей без УОТ отмечалась такая же динамика, но резкой разницы не выявлено.. Следовательно, у детей с УОТ в процессе роста увеличивалось число случаев всех стоматологических заболеваний, в частности, гингивита, зубочелюстных аномалий, гипоплазии, флюороза.

Нуждаемость детей с УОТ в лечении кариеса и его осложнений колебалась в диапазоне от 4,15 до 6,41, детей контрольной группы - от 1,9 до 3,74. В целом дети с УОТ в сравнении с детьми контрольной группы в 1,9 раз чаще нуждались в помощи. Разница данного показателя между возрастными группами свидетельствовала в большей нуждаемости помощи детей младшего возраста. При сравнении с возрастными группами детей без УОТ нуждаемость детей с УОТ в лечении по поводу кариеса была выше в 2,9 раз, в 1,6 раз и в 2,2 раз соответственно в I, II и III группах.

Сравнительный анализ показал, что потребность в лечении по поводу кариеса у детей 6-8 лет была в 1,2 и 1,0 раз выше детей 9-11 и 12-16 лет соответственно. При сравнении с контрольной группой потребность в помощи по поводу кариеса у больных детей I группы

превышала таковую в среднем в 2,8 раз, разница в потребности оказания помощи по поводу кариеса между больными детьми и здоровыми в возрасте 9-11 и 12-16 лет составила соответственно 1,2 и 1,6 раз. Сопоставление показателей между мальчиками и девочками выявило частую встречаемость кариозных зубов у девочек всех возрастных групп, причем как среди детей с УОТ, так и без нее. У девочек с УОТ в I группе число кариозных зубов превышало таковые у мальчиков в 1,3 раз, во II и III группах соответственно в 1,4 и 1,9 раз. У девочек с УОТ в сравнении с девочками контрольной группы отмечалось увеличение нуждаемости лечения по поводу кариеса соответственно возрастным группам - в 2,6 раз, в 1,1 и 1,7 раз. Следовательно, потребность в терапии кариеса в большем объеме имела место в целом у детей с УОТ, особенно в возрасте 6-8 лет, а также у девочек всех возрастных групп. Максимальная величина осложнений кариеса у детей с УОТ выявлена в I возрастной группе - 1,58, что в 1,4 и 1,1 раз было выше величин II и III групп соответственно. В отличие от детей с УОТ в контрольной группе максимальный показатель осложнений кариеса отмечался у детей 9-11 летнего возраста, что было в 1,7 и 4,1 раз выше величин I и III групп соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей с УОТ всех возрастов число зубов, подлежащих удалению, намного превышало этот показатель у их сверстников контрольной группы.

В целом, полученные данные указывают, что у детей со сниженным интеллектом есть больше невылеченного кариеса и более высокая распространенность гингивита, как и других заболеваний полости рта.

Результаты состояния гигиены и лабораторного обследования полости рта детей с умственной отсталостью.

Исследование гигиены полости рта было проведено у 43 детей с УОТ (22 мальчика и 21 девочка). В 58,1% случаев (25 детей) отмечалась легкая степень УОТ, в 41,9% случаев (18 детей) - умеренная степень. Контрольную группу составили 30 детей с нормальным интеллектом, идентичного возраста.

У детей с УОТ в целом в сравнении с контрольной группой хороший результат наблюдался в 4,65% случаев, тогда как в

контрольной группе такой результат отмечался в 16,67% случаев, т.е. в 3,6 раз чаще. Удовлетворительный индекс состояния гигиены полости рта определен в целом у 32,56% детей с УОТ, что в сравнении с контрольной группой было в 1,6 раз реже, тогда как плохой результат определялся в группе детей с УОТ в 2,1 раз чаще, чем в контрольной группе. Достоверность различий между показателями группы обследованных детей с УОТ в целом и контрольной группы составила $P < 0,05$ ($\chi^2 = 8,4$).

Для исследования вязкости слюны нами обследовано 46 детей с УОТ (25 мальчиков, 21 девочка), в возрасте от 6 до 16 лет.. Контрольную группу составили 20 детей с нормальным интеллектом идентичного возраста. Проведенные исследования показали, что вязкость слюны у детей с УОТ в целом по группе с легкой степенью превысила данный показатель детей контрольной группы в среднем в 2,6 раз ($P < 0,001$).

При анализе вязкости слюны у больных детей с разной степенью УОТ выявлено, что с ухудшением степени тяжести она значительно увеличивалась. Так, у больных детей с легкой степенью УОТ I степень вязкости отмечалась в 78,6% случаев, а у детей с умеренной степенью УОТ - в 38,9% случаев, II степень вязкости отмечалась соответственно в 21,4 и 61,1% случаев. Минимальная величина вязкости в группе детей с легкой и умеренной степенью УОТ составила 0,5 и 0,7 см соответственно, в контрольной группе - 0,1 см. Максимальная величина вязкости при легкой степени УОТ составила 1,6 см, при умеренной степени - 1,9 см, тогда как в контрольной группе максимальный показатель вязкости достиг 0,4 см.

Содержание кальция и фосфора в слюне определено у 50 детей в возрасте от 6 до 16 лет (25 детей с УОТ и 25 детей - контрольная группа). Выявлена достоверно высокая концентрация Са и Р в смешанной слюне детей с УОТ. Разница в содержании Са в целом по группе детей с УОТ в сравнении с контрольной величиной составила в среднем 1,3 раз ($P < 0,01$), а разница в концентрации Р - в 1,4 раза ($P < 0,001$). Кальций/фосфорный коэффициент слюны в целом по группе больных детей был равен 1:3, в контрольной группе он составил 1:2,6.

**Значения коэффициента поверхностного натяжения
смешанной слюны у детей с УОТ (mN/m)**

Показатель Степень УОТ	Кол-во обследова нных	Поверхностное натяжение слюны	
Легкая	18	73,61±0,89 (65,7-76,9)	P ₁ <0,01
Умеренная	7	79,70±0,32 (77,7-80,81)	P ₂ <0,01
В целом	25	75,32±0,85 (65,7-80,81)	P<0,001
Контроль	25	67,98±1,15 (50,4-78,1)	

Минимальная величина этого показателя в группе детей с УОТ была равна 65,70 mN/m, а максимальная - 80,81 mN/m, тогда как у детей контрольной группы минимальная и максимальная величины составили соответственно 50,40 и 78,10 mN/m. Коэффициент поверхностного натяжения смешанной слюны в целом по группе превышал аналогичный показатель контрольной группы в среднем в 1,1 раз (P<0,001).

Таким образом, в ходе исследования установлено наличие физико-химических изменений смешанной слюны у детей с УОТ.

Особенности профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у детей с умственной отсталостью.

В процесс гигиенического обучения было привлечено 250 детей с УОТ различной степени тяжести (легкая и умеренная), обучающихся в 3-х специализированных школах и школе-интернате г.Баку. Дети были разного возраста - от 6 до 16. Из общего числа детей с легкой и умеренной степенью УОТ были отобраны 25 детей для оценки результатов проведенных мероприятий. Из числа отобранных детей у 15 встречались воспалительные явления десны в форме катарального гингивита. После гигиенического обучения, а также мероприятий, в ходе которых были использованы хлоргексидин, ромазулан и нафталановое масло был оцене уровень гигиены полости рта по показателю ОНІ-S. Наилучший показатель отмечался через 1 месяц. В последующие месяцы наблюдения отмечался рост индекса гигиены, т.е. качество гигиены ухудшалось. По-видимому, это связано с тем, что уже через месяц дети в определенной степени теряли мотивацию и

навыки, возможно, имело место ослабление контроля со стороны воспитателей. Оценивая значения индекса РМА, который является, как известно, одним из базовых индексов воспаления десны, у детей с УОТ, выявлено, что через 1 месяц после мероприятий величина РМА снизилась в среднем в 3,8 раз ($p < 0,001$), через 2 месяца - в 3,2 раз ($p < 0,001$) и через 3 месяца - в 2,1 раз ($p < 0,01$) (рис.5). Динамика индекса воспаления (РМА) была положительной, однако через 2 и особенно через 3 месяца разница с индексом до начала уменьшалась. Указанная тенденция изменения значения индекса с течением времени наблюдалась и по величине индекса Мюллемана до начала лечения и через 1, 2, и 3 месяца. (рис.1)

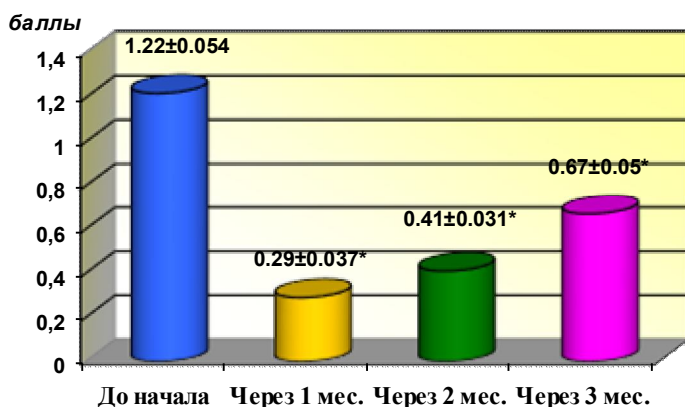


Рис.1

Умственно отсталым детям при лечении кариеса, а в исследование было включено 12 детей, при необходимости выполнялась премедикация, для чего использовались седативные средства - настойка валерианы и пустырника. При необходимости использовали анестетик скандонест. Пломбирование кариозных полостей проводили стеклоиономерным цементом «Цемион» ВладМива. Для профилактики кариеса применяли «Фторлак»

На основании проведенных исследований и полученных результатов была составлена программа профилактики стоматологического здоровья детей с УОТ. Программа включает 3

этапа: подготовительный, аналитический и исполнительный этапы (рис.8).

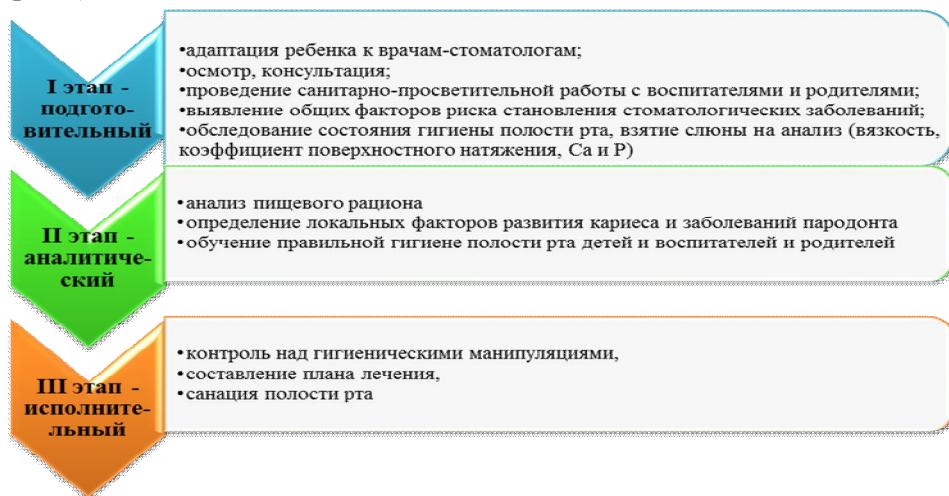


Рис.2. Программа профилактики стоматологического здоровья детей с УОТ.

ВЫВОДЫ

1. Изучение стоматологического статуса детей с легкой и умеренной степенью УОТ выявило следующие заболевания: кариес - 97,9%, гингивит - 70,3%, зубочелюстные аномалии - 55,1%, гипоплазия - 22,9%, воспаление слизистой - 9,7%, флюороз - 4,2% и пародонтит - 0,84%. В контрольной группе распространенность кариеса составила 80,1%, гингивита - 46,9%, зубочелюстных аномалий - 17,2%, гипоплазии - 4,9%, воспаления слизистой - 3,5%, флюороза - 1,3%.
2. Установлено у изучаемого контингента больных детей высокий индекс интенсивности кариеса зубов ($5,31 \pm 0,41$), что обусловлено большим количеством кариозных (5,02) и удаленных (0,27) зубов. Хороший уровень состояния гигиены полости рта выявлен у 4,6% детей с УОТ, удовлетворительный - у 32,6%, плохой уровень - у 62,8%.

3. Определена высокая потребность у детей с УОТ в лечебно-профилактической помощи по поводу кариеса во всех возрастных группах: в 6-8 лет на одного обследованного приходилось 6,21 кариозных зубов; в 9-11 лет - 5,01 зубов; в 12-16 лет - 4,72 зубов. Потребность детей с УОТ в лечении осложнений кариеса в 2,3 раза выше ($P < 0,01$) контрольного показателя.
4. Дети с УОТ относятся к группе риска развития кариеса, поскольку характеризуются увеличенной вязкостью слюны, высокой концентрацией ионов кальция и фосфора и повышенным коэффициентом поверхностного натяжения слюны.
5. У детей с умственной отсталостью на фоне проведения гигиенического обучения и лечения воспалительных явлений десны в форме катарального гингивита хлоргексидином, ромазуланом и нафталановым маслом улучшалось состояние гигиены полости рта: индекс ОНI-S по Грину-Вермильону снижается с $2,55 \pm 0,05$ до $0,067 \pm 0,03$; уменьшалось воспаление десны - индекс РМА с $33,1 \pm 0,42$ до $8,7 \pm 0,14$, $P < 0,001$; снижалась кровоточивость десен - индекс по Мюллерману - с $1,22 \pm 0,054$ до $0,29 \pm 0,037$, $P < 0,001$.
6. Разработана программа профилактики стоматологического здоровья детей с УОТ, включающая в себя 3 этапа: подготовительный, аналитический и исполнительный этапы. Обязательным условием эффективности предложенной программы профилактики должно быть участие в ней педагогов-воспитателей и родителей.
7. Видами санитарно-просветительной работы среди воспитателей и родителей являются создание благоприятной психологической обстановки; введение рационального питания; выработка мотивации к обучению и воспитанию гигиенических навыков; распространение памяток и методичек.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. В практической работе при оказании стоматологической помощи и организации профилактических мероприятий детям с умственной отсталостью необходимо учитывать эпидемиологические особенности кариеса и стоматологических заболеваний.

2. Для повышения эффективности диагностики и профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с умственной отсталостью рекомендуется учитывать факторы риска развития кариеса и заболеваний пародонта, используя определение уровня гигиены полости рта и исследование показателей смешанной слюны.

3. Врач стоматолог, ведущий прием детей со сниженным интеллектом должен согласовывать свою работу с сотрудниками специализированных школ и школы-интерната, в целях обеспечения дифференцированного подхода к пациентам в зависимости от степени основного заболевания.

4. При составлении индивидуальной программы профилактики кариеса и заболеваний пародонта у детей с умственной отсталостью целесообразно использовать следующую последовательность: осмотр, консультация; проведение санитарно-просветительной работы с воспитателями и родителями; выявление общих и локальных факторов риска стоматологических заболеваний; обследование состояния гигиены полости рта и взятие слюны на анализ; анализ пищевого рациона и составление плана лечения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Состояние полости рта у умственно отсталых детей. Материалы XVI Международной научной конференции «Здоровье семьи – XXI век» 27 апрель - 4 май, 2012, Будапешт, Венгрия, часть I, стр.82 (соав. Пашаев А.Ч.)

2. Средства для профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний. Материалы Международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в пародонтологии», 26-28 октября, г.Одесса, Вестник стоматологии, 2012, №6 (79), стр.104-105 (соав. Пашаев А.Ч.)

3. Возможности профилактики стоматологических заболеваний у детей с умственной отсталостью. Материалы IV Всероссийской конференции «Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний», Москва, Dental-Forum, №5, 2012, стр.41-42 (соав. Пашаев А.Ч.)

4. Современные аспекты стоматологической помощи умственно отсталым детям. Сабламлыг, №4, 2012, стр.22-28

5. Состояние гигиены полости рта и вязкость слюны детей с умственной отсталостью. *Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri*, №4, 2012, s.100-103
6. Некоторые физико-химические показатели слюны умственно отсталых детей. *Вестник стоматологии*, №4, 2012, стр.101-103 (соав. Пашаев А.Ч.)
7. Распространенность кариеса зубов с умственной отсталостью, обучающихся в специализированных школах г.Баку, Врач-аспирант, 2013, №1 (56), стр.78-82 (соавт. Пашаев А.Ч.)
8. Оценка распространенности заболеваний полости рта у детей с умственной отсталостью. *Азербайжан Тибб Журналы*, 2013, №1, стр.138-142
9. Потребность детей с умственной отсталостью в стоматологической помощи по поводу кариеса и его осложнений, *Биомедицина*, №1, 2013, стр.15-18
10. Исследования смешанной слюны у детей с умственной отсталостью. *Материалы XVII Международной научной конференции «Здоровье семьи – XXI век», 27 апреля-06 мая 2013 года, г.Лиссабон, Португалия*, стр.97 (соав. Пашаев А.Ч., Гусейнова С.Т.)
11. Стоматологическая профилактика среди умственно отсталых детей. *Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию открытия стоматологического факультета в ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России*, 2013, стр.60-62 (соав. Пашаев А.Ч.)
12. Prevalence of Dental Caries and Its Treatment among Children with Mental Retardation in Baku, Azerbaijan. *Abstracts 60th ORCA Congress, July 3-6, 2013, Liverpool, UK, Caries Research*, p.47 (соавт. Pashayev A.C., Alakbarova Kh.A.)
13. The Oral Health of Children üith Mental Retardation in Baku, Azerbaijanş *Abstrakts of the 101 st FDI Annual World Dental Congress. International Dental Journal*, September 2013, Volume 63, supplement 1, p.86 (соавт. Pashayev A.C., Alakbarova Kh.A.)
14. Профилактические и лечебные мероприятия по стоматологическим заболеваниям среди детей с умственной отсталостью. *Гафгазын стоматолоьи йенликляри*, №19, 2013, с.45-49 (соав. Пашаев А.Ч.)

Щцсейнова М.Х.

Ягли инкишафдан эери галан ушагларын абыз бошлуьунун взыййяти вь тцалися-профилактик кютяйин тьшкилинин хцусиййятляри

ХЦЛАСЯ

Ягли инкишафдан эери галан ушагларда абыз бошлуьунун взыййятинин юйрянитляси 236 ушаг арасында апарылтышдыр. Ушаглар 3 йаш группуна бюлцнтцшдцр: ЫI группа 6-8 йашда ушаглар дахил едилтишдир, ЫII группа – 9-11 йашда 96 ушаг вь ЫIII группа – 12 йашдан 16 йаша гядяр олан 102 ушаг. Оьланлар 169 (71,6%) няфяр, гызлар – 67 (28,4%). Нязарят группуну 226 ейни йашлы саьлат ушаглар тьшкил етмишдир. Ягли зьйф ушагларда карийес – 97,9%, эинэивит – 70,3%, диш-чяня аномалийалары – 55,1%, щипоплазия – 22,9%, селикли гишанын илтищабы – 9,7%, флцороз – 4,2% вь пародонтит – 0,84% щалларда ашкар едилтишдир. Йцнэцл вь орта дярсяли ягли зьйфлийи олан ушагларда, чоьсайлы кариоз (5,02) вь чьхарылан (0,27) дишлярин щесабына карийесин йцксяк интенсивлик индекси ($5,31 \pm 0,41$) характеристикдир. Абыз бошлуьу эийенасынын йахшы сьвиййяси ягли инкишафдан эери галан ушагларын 4,6%-дя, гьняятбяхш – 32,6%-дя, гейри-гьняятбяхш сьвиййя – 62,8%-дя гейд олунтушдур. 6-8 йаш группунда бир тцайиня олунтуш ушаьа 6,21 кариоз диш, 9-11 йаш группунда – 5,01 диш вь 12-16 йаш группунда – 4,72 диш дцшдцрц. Ягли инкишашдан эери галан ушаглар цццн тццрсяйин гатылыьынын артмасы, калсиум вь фосфор ионларынын йцксяк концентрасийасы вь тццрсяйин сьтци эярилтя ятсалынын артмасы характеристикдиг. Эийеник тьлимдян вь диш ятинин катарал эинэивит формасында илтищабынын хлорхексидинля, ромазуланла вь нафталан йаьы иля тцалисясиндян сонра абыз бошлуьу эийенасынын йахшылашмасы (Грин-Вермилйона эюря ОЩЫ-С индекси $2,55 \pm 0,05$ -дян $0,067 \pm 0,03$ -я гядяр азальрды), диш ятинин илтищабы азальрды (ПМА индекси – $33,1 \pm 0,42$ -дян $8,7 \pm 0,14$ -я гядяр, $P < 0,001$), диш ятинин ганамасы азальрды (Мцллеман индекси – $1,22 \pm 0,054$ -дян $0,29 \pm 0,037$ -я гядяр). Ягли инкишафдан эери галан ушагларын стоматоложи саьлатлыьынын профилактикасына даир

тыртыб едилмиш программ 3 тырщялядян ибарятдир: щазырлыг, аналитик вя истраедиси тырщяляляр.

Huseynova M.H.

The state of oral cavity in children with mental retardation and features of organization of preventive and curative care

SUMMARY

Study of state of organs and tissues of the oral cavity in children with mental retardation (MR) was conducted among 236 patients. Children were divided into three age groups: group I included 38 children aged 6-8 years, group II – 96 children aged 9-11 years and group III – 102 children, whose age ranged from 12 to 16 years. Of the surveyed children boys were 169 (71,6%), girls – 67 (28,4%) persons. Control group consisted of 226 children without mental retardation, age identical to the basic group.

Dental status of children with mild and moderate mental retardation is characterized by: caries – 97,9%, gingivitis – 70,3%, dentoalveolar anomalies – 55,1%, hypoplasia – 22,9%, inflammation of the mucous – 9,7% fluorosis – 4,2% and periodontitis – 0,84%. In the control group the prevalence of dental caries was 80,1%, gingivitis – 46,9%, dentoalveolar anomalies – 17,2%, hypoplasia – 4,9%, inflammation of the mucous – 3,5%, fluorosis – 1,3%. Children with mild and moderate MR characterized by a high index of dental caries intensity ($5,31 \pm 0,41$) due to the large number of caries (5,02) and remote (0,27) teeth. Good level of oral hygiene status was detected in 4,6% of children with MR, satisfactory – in 32,6%, poor level – in 62,8%. In children with MR was defined a high need for preventive and curative care about caries and its complications In the age group of 6-8 years per 1 surveyed had 6,21 decayed teeth, in the age group of 9-11 years – 5,01 teeth and in the age group 12-16 years – 4,72 teeth. Needs of children with MR in the treatment of complications of caries is 2,3 times higher ($p < 0,01$) control value. Children with MR relate to risk group of development of caries, since characterized by increased viscosity of saliva, a high concentration of calcium and phosphorus and increased coefficient of surface tension of saliva. In children with mental retardation on a background of hygiene education and treatment of gingival inflammation in the form of catarrhal gingivitis with chlorhexidine,

romazulan, naftalan oil had improved the condition of oral hygiene (OHI-S by Green-Vermillion decreased from $2,55 \pm 0,05$ to $0,067 \pm 0,03$), decreased inflammation of the gums (PMA index – from $33,1 \pm 0,42$ to $8,7 \pm 0,14$, $p < 0,001$), decreased bleeding gums (Mulleman's index – from $1,22 \pm 0,054$ to $0,29 \pm 0,037$, $p < 0,001$).

Developed dental health prevention program of children with MR includes 3 stages: preparatory, analytical and executive. Obligatory condition of effectiveness of the proposed prevention programs should be participation in them of teachers-educators/parents who need to be trained in effective methods of controlling the daily cleaning of the teeth in children, as well as developing in them of healthy lifestyle habits.

Types of health education among educators and parents are creating a favorable psychological climate; introduction of a balanced diet; developing motivation to training and education of hygiene practices; distribution of leaflets and methodological recommendations.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

MEHRİBAN XƏLİL QIZI HÜSEYNOVA

**ƏQLİ İNKİŞAFDAN GERİ QALAN UŞAQLARDA AĞIZ
BOŞLUĞUNUN VƏZİYYƏTİ VƏ MÜALİCƏ-PROFİLAKTİK
KÖMƏYİN TƏŞKİLİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

3226.01 – Stomatologiya

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsinə almaq üçün
təqdim olunan dissertasiyanın**

A V T O R E F E R A T I

BAKI – 2014