

Ocena stanu narządu żucia w bulimii

Evaluation of oral health in bulimia nervosa

Elżbieta Pa s z y ń s k a¹, Honorata L i m a n o w s k a - S h a w¹,
Agnieszka S ł o p i e ń², Andrzej R a j e w s k i²

¹ Katedra i Zakład Biomateriałów i Stomatologii Doświadczalnej AM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. H. Limanowska-Shaw

² Katedra i Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Rajewski

Summary

Aim. The aim of the study was to evaluate the dental status of bulimics with self inducing vomiting.

Method. 33 bulimic female patients aged between 17 to 20, who were in need of hospitalization in the Department of Psychiatry, Poznań University of Medical Sciences, were compared to 31 age and sex matched healthy controls aged between 18 to 36. For each subject dental examination including calculation of caries, erosion and oral hygiene indexes: PII, OHI-S, DMFT and TWI was performed. In both groups salivary flow and pH of the whole saliva were measured.

Results. Bulimics manifest a significantly higher retention of dental plaque and also higher frequency of enamel erosion, which were not present in the control group. Additionally, bulimics had more intense caries. Stimulated and resting salivary flow were poor, although they had the lowest pH values but were within the normal range.

Conclusion. Patients with bulimia nervosa showed a higher number and severity of enamel erosion. There is also the high difference in amount of dental plaque, caries and changes in salivary secretion. These results highlight a need for close cooperation between the dentist and the patient's physician, which will then improve the diagnosis and treatment of this disease.

Słowa klucze: bulimia psychiczna, erozja, ślina

Key words: bulimia nervosa, tooth erosion, saliva

Wstęp

Pacjenci z zaburzeniami odżywiania się stanowią widoczną i rosnącą grupę wśród ogółu leczonych, zarówno na oddziałach psychiatrycznych, jak i somatycznych.

Dokładne ustalenie epidemiologii występowania zaburzeń odżywiania się, w tym również bulimii, jest trudne. W początkowym stadium choroby pacjentki ukrywają przed otoczeniem nieprawidłowe zachowania dotyczące odżywiania się, co nie pozwala na przeprowadzenie badań przesiewowych. Przyjmuje się, iż częstość występowania

bulimii waha się od 1,1% do 4,2% i najczęściej dotyczy kobiet między 18 a 25 rokiem życia [1, 2, 3, 4].

Stosowanie różnych zabiegów mających na celu obniżenie masy ciała może doprowadzić do poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu. Obserwowane w bulimii objawy somatyczne są przede wszystkim związane z chemicznym oddziaływaniem treści wymiotnej na przełyk i jamę ustną oraz środków przeczyszczających na dalsze części przewodu pokarmowego. W zależności od rodzaju stosowanych przez pacjentów zachowań kompensacyjnych pojawić się mogą zaburzenia wodno-elektrolitowe, takie jak odwodnienie, zasadowica metaboliczna z obniżonym stężeniem chloru, magnezu i deficyt potasu. Może to doprowadzić do niebezpiecznych dla życia zaburzeń rytmu serca [5, 6, 7, 8].

Badania dotyczące zmian w obrębie jamy ustnej u chorych na bulimię są nieliczne i w większości ograniczają się do oceny klinicznej stanu narządu żucia. Pewną trudnością w uzyskaniu tych danych jest fakt, że objawy ogólnoustrojowe pomiędzy epizodami objadania się u osób chorych na bulimię są niespecyficzne i z tego powodu trudne do przyporządkowania tej jednostce chorobowej. Dodatkowym problemem jest możliwość występowania podobnych objawów w podtypie bulimicznym jadłowstrętu psychicznego. Zmiany występujące w obrębie jamy ustnej mogą być jednak często jednym z ważniejszych objawów bulimii. Dlatego znajomość specyficznych oznak uszkodzenia tkanek twardych i miękkich może pomagać lekarzowi stomatologowi, a także osobom zajmującym się terapią w rozpoznawaniu tej choroby.

Cel pracy

Badania miały na celu ocenę kliniczną uzębienia u pacjentów z rozpoznaniem bulimii psychicznej, stosujących metody przeczyszczające.

Materiał i metoda

Badaniu poddano 33 pacjentki w wieku od 17 do 29 lat (średnia 21,2; SD \pm 3,2) leczone w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Poznaniu, u których rozpoznano bulimię psychiczną, trwającą od 0,5 roku do 10 lat ($3,5 \pm 2,3$). W zależności od czasu trwania choroby pacjentki podzielono na podgrupę B1 – z historią choroby od 0,5 roku do 2 lat (18 kobiet) oraz podgrupę B2 – od 2 lat do 10 (15 kobiet). Grupę porównawczą stanowiło 31 ochotniczek płci żeńskiej, w wieku od 18 do 36 lat ($23,8 \pm 4,9$), nie zażywających żadnych leków oraz nie leczących się na przewlekłe choroby ogólnoustrojowe. Stan jamy ustnej oceniano zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia z zastosowaniem następujących wskaźników epidemiologicznych: PII (Plaque Index), OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index) – do oceny higieny jamy ustnej, DMFT i DMFS (Decay, Missing, Filled Teeth) – do oceny próchnicy, TWI (Tooth Wear Index) – do oceny starcia zębów.

W obu grupach przeprowadzono badanie przepływu śliny mieszanej i oznaczono wartości pH. Zbieranie próbek śliny całkowitej odbywało się w godzinach rannych, pomiędzy godziną 9.00 a 11.00, po upływie około 1–1,5 godziny od ostatniego posiłku

i zabiegów higienicznych w jamie ustnej. Zgodnie z zaleceniami Jormy Tenevuo [za: 9], dla zbierania śliny niestymulowanej wyznaczono 15 minut, a dla śliny stymulowanej 5 minut. Podczas zbierania obu rodzajów śliny pacjentki znajdowały się na fotelu stomatologicznym w pozycji lekkiego pochylenia tułowia w kierunku kolan. Poinstruowano je uprzednio, aby nie przełykały śliny i pozwalały jej spływać do kalibrowanych, cylindrycznych probówek. Ślinę zbieraną podczas pierwszej minuty do oddzielnej probówki zgodnie z zaleceniami Thylstrupa i Fejerskova wykluczono z badań [9]. Po zakończeniu zbierania śliny probówki umieszczano w pojemniku chłodzonym lodem.

W celu stymulacji wydzielania śliny pacjentkom podawano do żucia 1g parafiny (CRT Parafin, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) i poinstruowano je, aby nie przerywając żucia, nie przełykając śliny, zbierały ją do kolejnych pojemników. Tempo żucia podczas zbierania śliny wynosiło około 60–70 ruchów żuchwą/minutę i było kontrolowane za pomocą stopera elektronicznego. Podobnie, jak podczas zbierania śliny niestymulowanej przez początkową pierwszą minutę, pacjentki zbierały próbki śliny do osobnych pojemników nie podlegających ocenie. Do określenia szybkości przepływu śliny zastosowano grawimetryczną metodę przeliczenia objętości próbek, przyjmując za wzorzec przepływ w ml/min według równania $1g = 1ml$ śliny [10].

Wartość pH w ślinie całkowitej w warunkach spoczynku i stymulacji wydzielania oznaczono metodą potencjometryczną, używając w pełni automatycznego analizatora równowagi kwasowo-zasadowej ABL TM 520 (Radiometer Medical A/S, Copenhagen, Denmark).

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu statystycznego GraphPad Instant. Za znamienne statystycznie przyjmowano poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonej oceny klinicznej stanu jamy ustnej stwierdzono brak znamienych statystycznie różnic w intensywności próchnicy pomiędzy grupą badaną a kontrolną. Istotne różnice dotyczyły natomiast poszczególnych składowych wskaźnika DMFT. Liczba zębów z próchnicą D była istotnie wyższa statystycznie u osób chorych. Liczba zębów wypełnionych F była wyższa u osób zdrowych (rys.1). Całkowity wskaźnik próchnicy DMFT był wyższy istotnie w grupie chorujących dłużej B2.

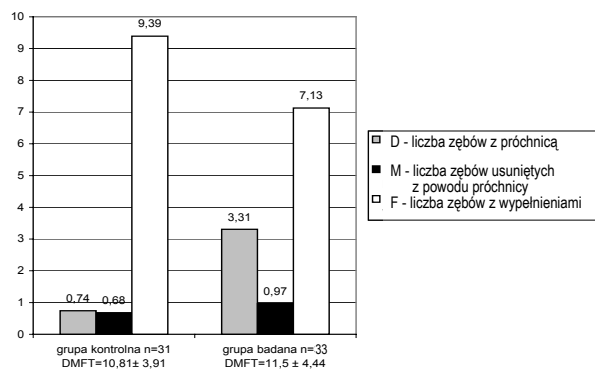
Stan higieny jamy ustnej określony według wskaźnika PII i OHI-S ilustruje rys. 2.

Stwierdzono występowanie istotnej statystycznie zależności pomiędzy najniższymi wartościami w grupie porównawczej i badanej. Pomiędzy obiema podgrupami B1 i B2 nie stwierdzono istotnych różnic.

Na podstawie kryteriów indeksu starcia zębów TWI stwierdzono znamienne statystycznie różnice w starciu szkliwa i zębiny pomiędzy grupą badaną a kontrolną. Ponadto stwierdzono występowanie zmian o charakterze erozji szkliwa i zębiny, których nie obserwowano w grupie kontrolnej (rys. 3).

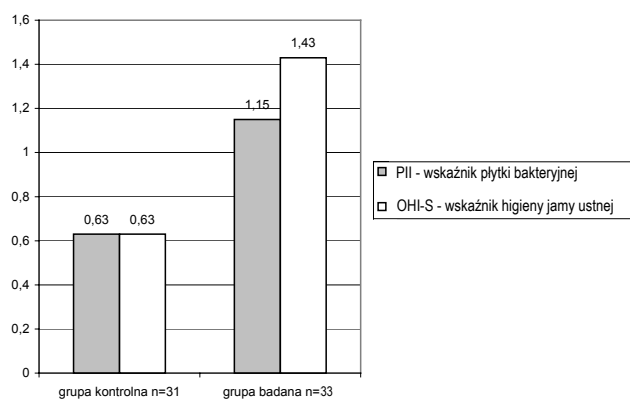
U osób z grupy kontrolnej występowały ubytki w obrębie szkliwa i co najwyżej 1/3 zębiny, natomiast nie zanotowano starcia zębów powyżej połowy grubości zębiny.

Intensywność próchnicy DMFT w grupie badanej i kontrolnej



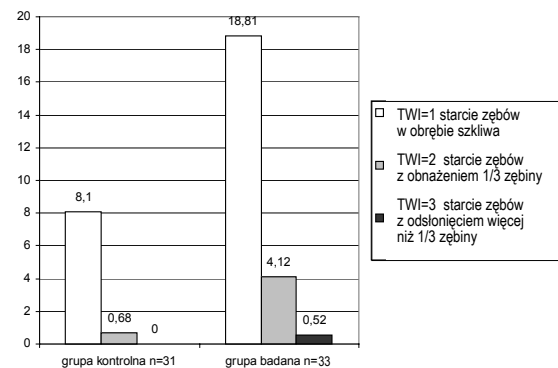
Rys. 1. Intensywność próchnicy DMFT w grupie badanej i kontrolnej

Wskaźnik kontroli jamy ustnej PII i OHI-S



Rys. 2. Wskaźnik kontroli higieny jamy ustnej PII i OHI-S

Indeks starcia zębów TWI dla grupy badanej i kontrolnej



Rys. 3. Indeks starcia zębów TWI dla grupy badanej i kontrolnej

Wyższe wartości indeksu starcia miały pacjentki z grupy B2, jednak istotność statystyczna wystąpiła dopiero przy stopniu 3, dotyczącym odsłonięcia głębokiej zębiny. W żadnej z grup nie zaobserwowano starcia powierzchni zębowej z obnażeniem miazgi (TWI=4).

Szybkość wydzielania śliny całkowitej zarówno w spoczynku, jak i po stymulacji żuciem była najniższa w grupie badanej i różniła się statystycznie od szybkości wydzielania u osób zdrowych z grupy porównawczej (tab. 1a). Stwierdzono ponadto, że wartości pH śliny całkowitej niestymulowanej i stymulowanej w grupie osób zdrowych były istotnie statystycznie wyższe niż w grupie doświadczalnej (tab. 1b). Wartości wydzielania i pH śliny całkowitej u kobiet chorujących dłużej – podgrupa B2, były również niższe niż w podgrupie B1, jednak bez istotności statystycznej.

Tabela 1a, b

Elementy statystyki opisowej dla szybkości wydzielania (1a) mieszanej śliny niestymulowanej i stymulowanej (ml/min) oraz pH (1b) w obu grupach.

* wyniki istotne dla poziomu ufności $p \leq 0,05$, ** wyniki istotne dla poziomu ufności $p \leq 0,01$, *** wyniki istotne dla poziomu ufności $p \leq 0,001$

Grupy	Szybkość wydzielania śliny ml/min	Średnia	Mediana	SD	Minimum	Maksimum
BADANA	spoczynkowa	***0,28	0,27	0,12	0,06	0,38
	stymulowana	***1,18	1,17	0,34	0,69	1,89
B1	spoczynkowa	0,31	0,28	0,13	0,07	0,69
	stymulowana	1,22	1,21	0,34	0,7	1,89
B2	spoczynkowa	0,24	0,26	0,09	0,06	0,4
	stymulowana	1,13	1,2	0,34	0,38	1,82
PORÓWNAWCZA	spoczynkowa	***0,61	0,59	0,21	0,3	1,08
	stymulowana	***2,12	1,96	0,75	1,16	3,84

Grupy	Rodzaj śliny	Średnia	Mediana	SD	Minimum	Maksimum
BADANA	spoczynkowa	*6,45	6,5	0,42	5,3	7,32
	stymulowana	*7,09	7,11	0,25	6,6	7,8
B1	spoczynkowa	6,49	6,61	0,48	5,37	7,32
	stymulowana	7,1	7,12	0,24	6,6	6,8
B2	spoczynkowa	6,39	6,42	0,32	5,66	6,96
	stymulowana	7,1	7,11	0,26	7,56	7,8
PORÓWNAWCZA	spoczynkowa	*6,74	6,79	0,43	5,3	7,77
	stymulowana	*7,32	7,33	0,22	6,87	7,81

Omówienie wyników

Analiza intensywności próchnicy wyrażona wskaźnikiem DMFT i jego poszczególnych składowych wykazała, że średnie wartości DMFT w obu grupach były podobne. Różnice istotne statystycznie dotyczyły liczby ubytków D i liczby wypełnień F u pacjentów w każdej z grup. Wyższa wartość składowej D, mówiąca o liczbie zębów z aktywną próchnicą, występowała u osób chorych na bulimię. Podobne wyniki odnotowywano w badaniach klinicznych przeprowadzonych przez Ohrn i Angmar-Mansson w roku 2000 [11] oraz Altshuler i wsp. w roku 1990 [12]. Natomiast Philipp i wsp. [13] uzyskali niższe wartości wskaźnika próchnicy u chorych na bulimię. Wydaje się, że zaskakująco sprzeczne wyniki badań mogą wynikać zarówno z doboru grupy kontrolnej pod względem wieku, płci oraz indywidualnego stanu higieny jamy ustnej, jak i prób ograniczania przez chore spożywania węglowodanów, częstego szczotkowania zębów (zwłaszcza po epizodach objadania się lub wymiotach) oraz używania gum do żucia. Ważna jest też jakość produktów spożywczych wybieranych przez pacjentki z bulimią. W literaturze przedmiotu istnieją rozbieżności co do rodzaju jedzenia wybranego przez chore. Według badaczy równie często są to nadmierne ilości produktów o wysokiej zawartości tłuszczów, białek lub warzyw. Z badań nad próchnicą wiadomo, iż te rodzaje produktów spożywczych nie są wykorzystywane przez bakterie próchnicotwórcze do produkcji kwasów inicjujących proces demineralizacji tkanek zęba [14]. Dodatkowym problemem jest to, że wśród części dziewcząt z bulimią, pomiędzy epizodami przejadania się, dochodzi do okresów nadmiernego ograniczania pożywienia, które znacząco mogłoby wpływać na stopień mineralizacji szkliwa i zębiny. W literaturze zaburzeń odżywiania się występują doniesienia o związku stanu uzębienia z niską masą ciała. Jednakże w czasie badania pacjentki grupy badanej były w wieku wskazującym na zakończenie okresu mineralizacji zębów stałych, utrzymywały prawidłową masę ciała (BMI 19–25) lub miały nadwagę nie przekraczającą 20%. Trudność w uzyskaniu jednoznacznej odpowiedzi na przyczyny rozwoju próchnicy powoduje to, że jest ona chorobą o etiologii wieloczynnikowej. Dlatego rozpoznanie zaburzeń odżywiania się stanowi ważne, ale nie jedyne kryterium w prognozowaniu ryzyka zachorowalności na próchnicę [15, 16].

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono zwiększoną retencję płytki bakteryjnej i niższe pH śliny całkowitej w grupie chorych, co może znacząco wpływać na podwyższenie ryzyka powstania ubytków próchnicowych. Potwierdzają to badania, w których niskie wskaźniki określające próchnicę korelowały z małą ilością płytki bakteryjnej [17].

W literaturze dotyczącej zagadnień bulimii psychicznej podnoszono problem wpływu obniżonego pH jamy ustnej na skład flory bakteryjnej tego ekosystemu w kierunku flory kwasowozależnej. Sytuacja taka byłaby niekorzystna dla uzębienia chorych z bulimią, prowadząc do rozwoju próchnicy. Niektóre badania wykazały jednak, że średnia ilość bakterii *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus acidophilus* w ślinie i płytce bakteryjnej była taka sama u chorych z anoreksją, bulimią i w grupie kontrolnej [18, 19]. Nasilenie próchnicy oceniane na podstawie wskaźnika DMFT w grupie badanej należy zatem rozpatrywać u chorych łącznie z ilością płytki bakteryjnej

i pH śliny całkowitej. Jak wiadomo, krytyczna wartość pH, przy której dochodzi do rozpuszczania hydroksyapatytów szkliwa, wynosi 5,5. Wahania wartości pH w jamie ustnej u chorych na bulimię spowodowane są zarówno kwaśnym odczynem spożywanych przez nich produktów spożywczych, których wartość wynosi często poniżej 3, jak i prowokowanymi wymiotami.

Innym istotnym spostrzeżeniem było stwierdzenie znamiennych różnic w szybkości wydzielania śliny. Rola śliny tworzącej barierę ochronną w postaci nabytej osłonki ślinowej (ang. pellicle) oraz utrzymującej stan przesylenia jonami fosforanowymi i wapniowymi jest od dawna uznana w literaturze naukowej. Ślina wykazuje jednakowe działanie remineralizujące na wszystkie powierzchnie zębowe, jednak obecność złogów nazębnych i mikroorganizmów może zaburzać ten proces. Za zdolności buforowe śliny odpowiedzialne są przede wszystkim jony dwuwęglanowe, których stężenie wzrasta wraz ze wzrostem wydzielania śliny. Uzyskane w naszych badaniach wyniki świadczące o obniżonej wartości pH, z jednoczesnym obniżeniem się szybkości wydzielania całkowitej śliny niestymulowanej i stymulowanej, mogą tłumaczyć rozwój zmian erozyjnych zębów u chorych na bulimię.

Dane publikowane na temat zagadnienia starcia zębów różnią się kryteriami oceny oraz wykazują niedostatek szczegółowej oceny stopnia zaawansowania zmian oraz ich lokalizacji. Shaw i Smith [20] zjawisko ścierania zębów nazwali triumwiratem 3 procesów znanych jako abrazja, atrycja i erozja. Erozja twardych tkanek zęba została zdefiniowana jako „nieodwracalna utrata tkanek zęba wywołana procesem chemicznym, nie wynikającym z działania czynnika bakteryjnego”. W polskim piśmiennictwie używa się zamiennie terminu „nadżerka”, który nie występuje w nomenklaturze międzynarodowej. Jak wynika z dostępnego piśmiennictwa, erozja jest najczęstszą formą starcia zębów, u chorych z bulimią. Hurst i wsp. [21] oraz Hellstrom [22] po raz pierwszy rozróżnili pacjentów z zaburzeniami odżywiania się według rodzaju metod kompensacyjnych, stosowanych w celu utrzymania niskiej masy ciała. Wyniki ich badań wykazały specyfikę zmian, które u wszystkich pacjentów wymiotujących miały charakter erozji, podczas gdy u pacjentów nie wymiotujących erozja występowała jedynie wśród 1/3 chorych i dotyczyła wyłącznie powierzchni wargowo-policzkowych. Na stopień zaawansowania starcia zębów wpływa jednocześnie wiele czynników, takich jak ilość wydzielanej śliny, zdolności buforowe śliny, jej pH, dieta, a także pH kwasu i czas kontaktu z powierzchnią zęba. Uzyskane w naszych badaniach wyniki potwierdziły opinię o zwiększonej częstości utraty tkanek zębów o charakterze erozji wśród chorych na bulimię. Potwierdzają to również wyższe wartości wskaźnika TWI u pacjentek chorujących powyżej 2 lat (z podgrupy B2).

W przeszłości leczenie stomatologiczne pacjentów z nadmierną utratą tkanek zęba miało głównie charakter zabiegowy. Obecnie przeważa opinia, że najważniejsze wydaje się długoterminowe kontrolowanie pH jamy ustnej i hamowanie procesu starcia zębów. Istniejąca u tych pacjentów demineralizacja tkanek zęba wymaga stosowania związków fluoru zarówno w formie płukanek, żeli, jak i past do zębów. Stworzenie korzystnych warunków do remineralizacji powinno także obejmować utrzymywanie flory bakteryjnej za pomocą płukanek z chlorheksydyną lub triklosanu, redukcję rafinowanych węglowodanów i kwasów w diecie. W celu spotęgowania reminera-

lizującego działania śliny konieczne jest usunięcie płytki bakteryjnej z powierzchni zębów. Pacjentów należy również poinformować o zaletach żucia gumy z ksylitolem. Ten substytut cukrów wywiera podobnie jak fluor działanie kariostatyczne na drodze łączenia się w kompleksy z jonami wapnia w szkliwie zębów. Jednocześnie proces żucia gumy stymuluje gruczoły ślinowe do zwiększonego wydzielania śliny o podwyższonej zawartości jonów wodorowęglanowych i fosforanowych, poprawiających zdolności buforowe śliny.

Wnioski

1. Uzyskane wyniki sugerują częstsze występowanie zmian charakterystycznych dla erozji szkliwa u chorych z bulimią psychiczną. Towarzyszyć im może wyższy wskaźnik retencji płytki bakteryjnej oraz występowanie próchnicy zębów.
2. Szczegółowe wyjaśnienie przyczyn spadku pH i wydzielania śliny mieszanej wymaga dalszych badań. Otrzymane wyniki wskazują na konieczność opracowania profilaktyczno-leczniczego programu, który byłby pomocny dla lekarzy psychiatrów i stomatologów w rozpoznaniu oznak bulimii w jamie ustnej. Różnorodność objawów mogących występować u chorych z zaburzeniami odżywiania się jest charakterystyczna dla poszczególnych etapów rozwoju schorzenia i stanowi ważną wskazówkę diagnostyczną. Leczenie stomatologiczne pacjentów dotkniętych bulimią powinno być prowadzone równocześnie z terapią psychiatryczną i ogólnoustrojową.

Praca naukowa dofinansowana ze środków Komitetu Badań Naukowych w latach 2004/2005 – projekt badawczy 2 PO5E 098 26 (0789).

Оценка физиологического состояния органов жевания при булимии

Содержание

Задание. Исследования были направлены на клиническую оценку зубной системы у пациентов с диагнозом булимии, которые принимают прочистительные средства.

Метод. Исследование проведено у 33 пациенток, в возрасте 17–29 лет, леченные в Психиатрической клинике детей и молодежи Медицинской академии в г. Познани, у которых диагностирована психическая булимия. Сравнительная группа состояла из 31 здоровых добровольцев женского пола в возрасте 18–36 лет. У всех исследованных лиц во время клинического исследования проведена оценка гигиены ротовой полости и зубной системы. Для оценки состояния ротовой полости использованы следующие эпидемиологические показатели: PI, OHI-S, DMFT, TWI. В обеих группах проведено исследование протока смешанной слюны и определение показателя pH.

Результаты. Обнаружена увеличенная ретенция бактериальной плитки среди больных, а также оценено появление изменений типа эрозии зубной эмали, а которые то не были найдены в контрольной группе. Кроме того, в исследованной группе отмечен большой кариес зубов. Скорость выделения полной слюны в состоянии покоя как и после стимуляции были более низкими, нежели в контрольной группе. Несмотря на то, что показатели pH были в границах нормы, были несколько низшими чем в контрольной группе.

Выводы. У больных психической булимией присутствуют изменения, характерные для эрозии зубной эмали. Этим изменениям сопутствуют более высокий показатель ретенции

бактерийной плитки, нарушения выделения слюны, а также появления кариеса зубов. Полученные исследования указывают на необходимость разработки профилактической программы, а также совместной работы врача-стоматолога

Beurteilung des Kauwerkzeugzustands in Bulimie

Zusammenfassung

Ziel: Die Studie hatte am Ziel die klinische Beurteilung des Gebisses bei den Patienten mit Bulimia nervosa, die Abführungsmittel anwenden.

Methode: An der Studie nahmen 33 Patientinnen im Alter von 17 bis 29 Jahren teil, die in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinakademie in Poznań behandelt wurden und bei denen man Bulimia nervosa diagnostizierte. Die Vergleichsgruppe bildeten 31 gesunde Probandinnen im Alter zwischen 18 - 36 Jahren. Bei allen untersuchten Personen wurde bei der klinischen Untersuchung das Gebiss und der Mundhöhle beurteilt. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Mundhöhle wurden folgende epidemiologischen Indexe angewandt: PII, OHI - S, DMFT, TWI. In beiden Gruppen wurde die Untersuchung des Flusses der gemischten Speichelflüssigkeit durchgeführt und der PH-Wert markiert.

Ergebnisse: Es wurden eine größere Retention der Bakterienplatte in der Gruppe der Kranken und die Veränderungen vom Charakter der Schmelzerosion festgestellt, die man bei der Kontrollgruppe nicht bemerkte. Außerdem wurde in der untersuchten Gruppe eine größere Intensität der Karies festgestellt. Die Geschwindigkeit der Speichelsekretion im Ruhezustand und nach der Stimulierung war niedriger in der untersuchten Gruppe als bei den gesunden Personen.

Schlussfolgerungen: Bei den Kranken mit Bulimie treten die für Schmelzerosion charakteristischen Veränderungen auf. Das begleitet ein höherer Index der Retention der Bakterienplatte, Störungen der Speichelsekretion und Karies. Die erzielten Studienergebnisse zeigen auf eine Notwendigkeit der Bearbeitung eines prophylaktisch - heilenden Programms, auch auf die Zusammenarbeit des Zahnarztes mit den Personen, die sich mit der Therapie der Bulimiekranken befassen zwecks der Verbesserung der Diagnostik und der Behandlung dieser Krankheit.

L'évaluation de l'état des dents pendant la boulimie nerveuse

Résumé

Objectif. Evaluation de l'état des dents des patientes souffrant de la boulimie nerveuse et usant des purgatifs.

Méthodes. On examine 33 patientes (17-29 ans) souffrant de la boulimie nerveuse, diagnostiquées et traitées à la Clinique Psychiatrique de Poznan et le groupe de contrôle - 31 volontaires (femmes saines de l'âge de 18-36 ans). On examine avant tout leur état des dents et leur niveau hygiénique. Pour cet examen on utilise les indices épidémiologiques: PII, OHI-S, DMFT, TWI et on mesure le pH de la salive.

Résultats. On note la plus grande rétention de la plaque dentaire et la plus fréquente érosion des dents chez les patientes souffrant de la boulimie. Ce groupe se caractérise encore par la plus grande fréquence de la carie. La vitesse de la sécrétion (stimulée et normale) de la salive est plus faible dans le groupe analysé. Le niveau de pH est presque normal, pourtant il est plus bas que chez les personnes saines.

Conclusions. Chez les femmes souffrant de la boulimie on observe les changements caractéristiques de l'érosion des dents. Ces changements sont accompagnés de la plus grande rétention de la plaque dentaire, des troubles de la sécrétion de la salive et de la plus grande fréquence de la carie. Ces résultats suggèrent qu'il est nécessaire d'élaborer le programme

prophylactique et de créer les nouvelles formes de la coopération des dentistes et des psychiatres pour mieux diagnostiquer et traiter la boulimie nerveuse.

Piśmiennictwo

1. Little J. *Eating disorders: dental implications*. Oral Surg. Oral Med. Oral. Pathol. Oral Radiol. Endod. 2002; 93: 138–143.
2. McGilley BM, Pryor TL. *Assessment and treatment of bulimia nervosa*. Am. Fam. Phys. 1998; 57: 2743–2750.
3. Ohrn R, Enzell K, Angmar-Mansson B. *Oral status of 81 subjects with eating disorders*. Eur. J. Oral Sc. 1999; 107: 157–163.
4. Spigset O. *Oral symptoms in bulimia nervosa*. Acta Odontol. Scand. 1991; 49: 335–339.
5. Milosevic A. *Eating disorders and the dentist*. Brit. Dent. J. 1998; 186: 109–113.
6. Robb ND, Smith BGN, Geidrys-Leeper E. *The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders*. Brit. Dent. J. 1995; 178: 171–175.
7. Scully JH. *Psychiatria*. Rajewski A, red. *Zaburzenia kontroli impulsów*. Wrocław: Urban&Partner; 1998, s. 273–287.
8. Schmidt U, Treasure J. *Eating disorders and the dental practitioner*. Eur. J. Prosthodont Rest. Dent. 1997; 5: 161–167.
9. Thylstrup A, Fejerskov O. *Textbook of clinical cariology*. Copenhagen: Munksgard; 1999.
10. Milosevic A, Slade PD. *The orodental status of anorectics and bulimics*. Brit. Dent. J. 1989; 167: 66–70.
11. Ohrn R, Angmar-Mansson B. *Oral status of 35 subjects with eating disorders – a 1-year study*. Eur. J. Oral. Sc. 2000; 108: 275–280.
12. Altschuler BD, Dechow PC, Waller DA, Hardy BW. *An investigation of the oral pathologies occurring in bulimia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 1990; 9: 191–199.
13. Philipp E, Willerhausen-Zonnchen B, Hamm G, Pirke KM. *Oral and dental characteristics in bulimic and anorectic patients*. Int. J. Eat. Dis. 1991; 10: 423–431.
14. Thylstrup A., Fejerskov O. *Textbook of clinical cariology*. 3rd print. Copenhagen: Munksgard; 1996, s. 1–60.
15. Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd.1. Warszawa: PZWL; 2004, s. 247–265.
16. Howat P, Varner LM, Wampold RL. *The effectiveness of a dental/dietitian team in the assessment of bulimic dental health*. J. Am. Diet. Assoc. 1990; 90, 8: 1099–1103.
17. Rytmaa I, Jarvinen V, Kanerva R, Heinonen OP. *Bulimia and tooth erosion*. Acta Odont. Scand. 1998; 56: 36–40.
18. LoBuono Ch. *Identifying and managing eating disorders*. Patient Care 2001; 30: 25–39.
19. Bretz WA, Krahn DD, Drewnowski A, Loesche WJ. *Salivary levels of putative cariogenic organisms in patients with eating disorders*. Oral Micr. Immunol. 1989; 4: 230–232.
20. Shaw B, Smith AJ. *Dental erosion – the problem and some practical solutions*. Brit. Dent. J. 1998; 186: 115–118.
21. Hurst PS, Lacey JH, Crisp AH. *Teeth, vomiting and diet: a study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients*. Post. Grad. Med. J. 1977; 53: 298–305.
22. Hellstrom I. *Oral complications in anorexia nervosa*. Scand. J. Dent. Res. 1985; 85: 71–86.

Otrzymano: 7.07.2004

Zrecenzowano: 2.03.2005

Przyjęto do druku: 5.09.2005

Adres: Elżbieta Paszyńska

Katedra i Zakład Biomateriałów

i Stomatologii Doświadczalnej

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70