

Оралне промене код особа с психијатријским обољењима

Светлана Јовановић¹, Иванка Гајић¹, Бојан Мандић², Јелена Мандић³, Влада Радивојевић⁴

¹Одељење јавног здравља, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

²Клиника за максилофацијалну хирургију, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

³Клиника за дечју и превентивну стоматологију, Стоматолошки факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

⁴Институт за ментално здравље, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Промене у усној дупљи особа с психијатријским обољењима најчешће су последица лоше оралне хигијене и нежељеног дејства психофармака.

Циљ рада Циљ рада је био да се утврде оралне промене код особа болнички лечених у психијатријским установама од психотичних и поремећаја расположења са психотичним карактеристикама, као и чиниоци који на њих могу да утичу.

Методе рада Студијом пресека обухваћено је 186 болесника с психијатријским обољењима (87 мушкараца и 99 жена), старих од 18 до 59 година (просечно 46,0±8,0 година), који су чинили експерименталну групу. Контролну групу чинило је 186 здравих испитаника исте старости и пола. Подаци о оралним променама испитаника добијени су анамнезом и клиничким прегледом усне дупље. Остали подаци прикупљени су из медицинске документације. За статистичку анализу података коришћени су Студентов *t*-тест, χ^2 -тест и логистичка регресија.

Резултати Сувоћа уста је забележена код 78,5% болесника. Разлика у променама на језику и уснама, жарењу и пецкању у усној дупљи, шкргутању зубима, фацијалном болу, смањеном лучењу пљувачке, непријатном задаху из уста, поремећају чула укуса и сметњи при гутању између болесника и здравих особа била је високо статистички значајна ($p < 0,001$). Пол и старост испитаника и чиниоци основне болести утичу на жарење и пецкање у усној дупљи, шкргутање зубима, смањено лучење пљувачке, сметње при гутању, поремећај чула укуса и фацијални бол психијатријских болесника.

Закључак Резултати истраживања показују да особе с психијатријским обољењима имају чешће оралне промене од здравих особа. Неопходно је организовати специфичне превентивне здравственовакспитне стоматолошке програме с овим особама, као и са лекарима који лече основно обољење.

Кључне речи: оралне промене; сувоћа уста; фактори ризика; психијатријски болесници

УВОД

Код особа с психијатријским обољењима веома се често бележе каријес зуба, пародонталне болести, сувоћа уста и лоша орална хигијена [1, 2, 3]. Основна болест код ових особа утиче на измену понашања. Смањена је њихова ментална и физичка способност, друштвени контакти су занемарени, отежано је усвајање знања и вештина и позитивних здравствених навика, чиме је и брига за опште и орално здравље слабија. Промене у усној дупљи психијатријских болесника су најчешће последица лоше оралне хигијене и нежељеног дејства психофармака [4].

Често нежељено дејство психофармака је сувоћа уста. Болесници с дуготрајном сувоћом уста подложни су каријесу врата зуба и корена и хроничном гингивитису. Различити орални проблеми повезани са сувоћом уста могу утицати на квалитет живота. Смањено лучење пљувачке изазива сметње при говору и гутању, бол оралне слузокоже, неугодан задах из уста и смањује способност чула укуса [5]. Ове промене настају код узимања антипсихотика (халоперидол, хлорпромазин, тиоридазин, флуфеназин, левомепромазин,

сулпирид, рисперидон), антидепресива (мапротилин, миансерин, амитриптилин, клонипрамин) и литијума [6, 7]. Као узрок каријеса зуба наводи се смањено лучење пљувачке изазвано трицикличним антидепресивима [8]. Код неких од набројаних лекова може се ретко јавити повећано лучење пљувачке уместо сувоће уста (халоперидол, хлорпромазин, тиоридазин, флуфеназин, левомепромазин, сулпирид, рисперидон, литијум), са отоком пљувачних жлезда или без њега, док се код примене клозапина хиперсаливација јавља с инциденцијом и до 54%. Сувоћа уста је често нежељено дејство литијума, а ретко се јављају увећање пљувачних жлезда, непријатан укус у устима или измењено чуло укуса, стоматитис и повећано лучење пљувачке [9]. Веома ретко се јављају оралне улцерације и бенигни мигрирајући глоситис (*lingua geographica*) [10]. Код примене антидепресива (миансерин, амитриптилин, клонипрамин) често се јављају непријатан укус у устима или измена чула укуса и стоматитис. Код употребе миансерина веома ретко је забележена појава глоситиса.

Нежељено дејство појединих лекова у виду сувоће уста припада антихолинергичким

Correspondence to:

Svetlana JOVANOVIĆ
Stomatološki fakultet Beograd
Institutski predmeti –
Javno zdravlje
Dr Subotića 1, 11000 Beograd
Srbija
svetlanajr@ptt.rs

дејствима која настају услед инхибиције холинергичке неуротрансмисије на мускаринским рецепторима. Антипсихотични лекови који имају изражена антихолинергичка дејства су: хлорпромазин, клозапин, оланзапин, кветијалин и тиоридазин, а од антидепресивних лекова то су: амитриптилин, кломипрамин, десипрамин, докседин, имипрамин, нортриптилин и протриптилин. Лекови који имају антихолинергичка својства делују путем компетитивног антагонизма на ацетилхолинским мускаринским рецепторима. Дејство ових лекова највише је изражено на периферним постганглионским парасимпатичким мускаринским рецепторима који се налазе у плувачним жлездама, срчаном мишићу, гастроинтестиналном и урогениталном тракту. Лекови с антихолинергичким дејством делују антагонистички и на мускаринским рецепторима централног нервног система, у кори великог мозга и супкортикалним структурама. Клинички антихолинергички синдром, који настаје због инхибиције мускаринске холинергичке неуротрансмисије, последица је централне блокаде, периферне блокаде или комбинације ове две блокаде. Најчешће се виде црвенило лица, сувоћа коже и мукозних мембрана, сувоћа уста због инхибиције лучења плувачке, мидријаза с поремећајем акомодације, поремећаји ментално стања и повишена телесна температура. Могу се јавити још и тахикардија, смањена перисталтика црева или функционални илеус, уринарна ретенција, хипертензија, тремор и миоклоније. Код особа са централним антихолинергичким синдромом бележе се: атаксија, дезоријентација, поремећај краткорочне меморије, ментална конфузија, визуелне или слушне халуцинације, психоза, агитирани делиријум, епилептички напади, кома, слабост дисајних органа и кардиоваскуларни колапс [11, 12, 13].

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се утврде оралне промене код особа лечених у психијатријским установама од психотичних и поремећаја расположења са психотичним карактеристикама, као и чиниоци који на њих могу да утичу.

МЕТОДЕ РАДА

Истраживање је планирано и реализовано као студија пресека на две територије и две групе испитаника. Експерименталну групу је чинило 186 болесника (87 мушкараца и 99 жена) који се лече у Институту за неуропсихијатријске болести „Др Лаза Лазаревић” у Падинској Скели. Ови испитаници су били стари 18-59 година, у просеку $46,0 \pm 8,0$ година. Контролну групу је чинило 186 здравих особа (86 мушкараца и 100 жена) старих 18-59 година, у просеку $46,6 \pm 8,8$ година, које редовну здравствену заштиту остварују у Дому здравља „Земун”. Испитаници обе групе били су упарени по полу и старости.

Узорак је добијен ППС кластер-методом Светске здравствене организације [14]. За израчунавање величине узорка коришћени су најновији подаци пописа или регистрације јединица посматрања – болнички лечене особе у психијатријским болницама Београда у претходној години [15].

Тип узорка који је пројектован за потребе истраживања је двоетапни узорак компактних скупина. У првој етапи избора простим случајним одабиром су изабране здравствене установе у којима се лече особе са психотичним поремећајима и здраве особе. Основни скуп за избор јединица посматрања прве етапе био је списак свих здравствених установа на територији Београда у којима се лече особе са психотичним поремећајима, са којег је изабран Институт за неуропсихијатријске болести „Др Лаза Лазаревић” у Падинској Скели. По истој методи је од здравствених установа у којима грађани остварују стоматолошку здравствену заштиту изабран Дом здравља у Земуну. Из ових скупова су у другој етапи избора простим случајним одабиром изабрани испитаници експерименталне и контролне групе. У складу с критеријумима, узорак експерименталне групе обухватио је болнички лечене особе са психотичним поремећајима, а узорак контролне групе узастопне пацијенте који су се јавили на стоматолошки преглед.

Критеријум за укључење у експерименталну групу био је: болнички лечени болесници са дијагнозом психотичног поремећаја или поремећаја расположења према Десетој ревизији Међународне класификације менталних поремећаја и поремећаја понашања (МКБ-10: категорије од Ф20 до Ф39) [16]. Критеријуми за искључење из експерименталне групе били су: тешко телесно обољење, тежак телесни хендикеп, деменција или олигофренија и немогућност комуникације или одбијање сарадње болесника. Критеријум за искључење из контролне групе био је примање лекова који могу изазвати оралне промене (антипсихотици, анксиолитици, антидепресиви, литијум, антипаркинсонци, диуретици, антиепилептици и калцијумски блокатори).

У експерименталној групи схизофренија је дијагностикована код 106 болесника (57,0%), неспецификована неорганска психоза код 45 (24,2%), схизоафективни поремећаји код 21 болесника (11,3%), тешка депресивна епизода са психотичним симптомима код четири испитаника (2,2%), рекурентни депресивни поремећај са психотичним симптомима код шест (3,2%), а перзистентни поремећај са суманутошћу и биполарни афективни поремећај код по два болесника (1,1%). Болест је у просеку трајала $8,8 \pm 5,0$ година (распон: од месец дана до 30 година). Укупан број хоспитализација болесника био је $6,9 \pm 3,4$ (распон: 1-15). Болничко лечење у време истраживања је у просеку трајало $27,7 \pm 3,0$ дана (распон: 2-86 дана). Просечан број лекова којима су болесници лечени био је $3,1 \pm 0,7$ (распон: 1-5 лекова). Највећи број испитаника је лечен са три лека – 51,6%, 28,5% њих је лечено са четири лека, 16,7% са два лека, 2,2% са пет лекова, док су два испитаника

примала један лек. Анксиолитике је примало 180 испитаника (96,8%), антипсихотике 179 (96,2%), а антидепресиве 39 болесника (21,0%) (Табела 1).

Као инструмент истраживања коришћени су анамнеза и клинички преглед усне дупље. Анамнезом су добијени подаци о оралним променама испитаника: жарење и пецкање у усној дупљи (*stomatopyrosis et stomatodynia*), шкргутање зубима (*bruxismus*), фацијални бол, поремећај чула укуса и сметње при гутању (*dysphagia*). Клиничким прегледом усне дупље утврђено је стање оралне слузокоже испитаника: усне, образна слузокожа, језик, непце, под усне дупље и непријатан задах из уста (*halitosis*). Анамнестички и клиничким прегледом су такође установљени повећано лучење пљувачке (*ptyalismus*) и сувоћа уста (*xerostomia*). Због тежине болести испитаника није било могуће објективно мерити количину излучене пљувачке. Преглед је обављен у стоматолошкој ординацији. Остали здравствени подаци прикупљени су из медицинске документације (историје болести), а односе се на психијатријско обољење, укупно трајање болести, број хоспитализација, трајање садашњег болничког лечења и садашњу терапију психијатријског обољења.

За анализу резултата коришћени су Студентов *t*-тест, χ^2 -тест и логистичка регресија. Статистичка значајност успостављена је на нивоу $p < 0,05$. Материјал за студију обрађен је компјутерски коришћењем следећих програма: *Epi Info V.3.3.2 (US Department of Health, CDC)*, *SPSS v.13.0 (SPSS Inc.)* и *Microsoft Office 2003*.

Пре почетка истраживања добијена је сагласност Етичког комитета Стоматолошког факултета Универзитета у Београду и Института за неуропсихијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ за извођење студије. Сви испитаници су дали писану сагласност за учествовање у истраживању.

РЕЗУЛТАТИ

Оралне промене код испитаника

Промене на језику (обложен језик) уочене су код више од половине болесника и 14% здравих особа. Код четвртине болесника и 9,1% здравих особа забележене су промене на уснама (*cheilitis exfoliativa* и *cheilitis angularis*). Смањено лучење пљувачке установљено је код више од три четвртине болесника и око 6% здравих особа, док су непријатан задах из уста имали скоро сви болесници и више од петине здравих испитаника. Такође, шкргутање зубима, фацијални бол, поремећај чула укуса и сметње при гутању дијагностиковани су код већег броја болесника него код здравих особа. Разлика у свим наведеним оралним променама између психијатријских болесника и здравих испитаника била је високо статистички значајна ($p < 0,001$). Жарење и пецкање у усној дупљи забележени су код око 13% болесника и 7% здравих особа, а разлика је била на граници статистичке значајности ($p = 0,057$). Промене на непцу, слузокожи образа и поду усне дупље,

Табела 1. Број психијатријских болесника који узимају поједине лекове

Table 1. Number of psychiatric patients taking some drug

Група лекова Group of drugs	Назив лека Name of drugs	Број болесника Number of patients
Антипсихотици Antipsychotics	Халоперидол Haloperidol	128 (68.1%)
	Хлорпромазин Chlorpromazine	66 (35.1%)
	Тиоридазин Thioridazine	35 (18.6%)
	Флуфеназин Fluphenazine	28 (14.9%)
	Клозапин Clozapine	9 (4.8%)
	Рисперидон Risperidone	4 (2.1%)
	Левомепромазин Levomepromazine	1 (0.5%)
	Сулпирид Sulpiride	1 (0.5%)
Анксиолитици Anxiolytics	Лоразепам Lorazepam	93 (49.5%)
	Диазепам Diazepam	79 (42.0%)
	Бромазепам Bromazepam	6 (3.2%)
Хипнотик Hypnotic	Мидазолам Midazolam	89 (47.3%)
Антидепресиви Antidepressives	Мапротилин Maprotiline	24 (12.8%)
	Миансерин Mianserin	10 (5.3%)
	Амитриптилин Amitriptyline	3 (1.6%)
	Кломипрамин Clomipramine	1 (0.5%)
	Флуоксетин Fluoxetine	1 (0.5%)
Литијум Lithium	Литијум-карбонат Lithium carbonate	5 (2.7%)

Табела 2. Оралне промене код испитаника

Table 2. Oral lesions of subjects

Промене Lesions	Број испитаника Number of patients	
	Експериментална група Experimental group	Контролна група Control group
Промене на уснама Lip lesions	48 (25.8%)	17 (9.1%)
Промене на језику Tongue lesions	109 (58.6%)	26 (14%)
Жарење и пецкање у усној дупљи* Burning and stinging mouth syndrome*	24 (12.9%)	13 (7%)
Шкргутање зубима Bruxism	34 (23%)	9 (5%)
Фацијални бол Facial pain	14 (8%)	0
Смањено лучење пљувачке Xerostomia	146 (78.5%)	6 (5.9%)
Непријатан задах Halitosis	177 (95.2%)	42 (22.6%)
Поремећај чула укуса Gustatory sense dysfunction	27 (15%)	4 (2%)
Сметње при гутању Swallowing difficulties	45 (24%)	8 (4%)

$p < 0.0001$; $df = 1$;

* $p = 0.057$; $df = 1$

као и повећано лучење пљувачке нису забележене ни код једног испитаника посматраних група (Табела 2).

Утицај пола и старости болесника на оралне промене

Резултати испитивања утицаја пола и старости на промене уста и зуба болесника с психијатријским обољењима показали су да оба параметра посматрана заједно статистички значајно утичу на промене на језику ($\chi^2=6,63$; $df=2$; $p<0,05$), жарење и пецкање у усној дупљи ($\chi^2=10,12$; $df=2$; $p<0,01$), шкрвутање зубима ($\chi^2=27,60$; $df=2$; $p<0,01$), смањено лучење пљувачке ($\chi^2=19,45$; $df=2$; $p<0,01$) и сметње при гутању ($\chi^2=12,83$; $df=2$; $p<0,01$). Пол и старост болесника, међутим, не утичу статистички значајно на промене на уснама ($\chi^2=4,01$; $df=2$; $p=0,13$), непријатан задах из уста ($\chi^2=2,77$; $df=2$; $p=0,25$), поремећај чула укуса ($\chi^2=1,13$; $df=2$; $p=0,57$) и фацијални бол ($\chi^2=4,08$; $df=2$; $p=0,13$). Статистички значајно чешће оралне промене се дешавају код мушкараца него код жена: промене на језику, жарење и пецкање у усној дупљи, шкрвутање зубима и сметње при гутању ($p<0,05$), те смањено лучење пљувачке ($p<0,01$). Болесници старије животне доби имају чешће промене на језику, жарење и пецкање у усној дупљи и смањено лучење пљувачке ($p<0,05$), као и шкрвутање зубима и сметње при гутању ($p<0,01$), него млађи испитаници.

Утицај основног обољења на оралне промене код болесника

Испитивање утицаја фактора основне болести (психијатријска дијагноза, трајање болести, број хоспитализација, трајање садашњег болничког лечења и број лекова) на промене уста и зуба болесника показало је да свих пет испитиваних параметара разматрани заједно статистички значајно утичу на смањено лучење пљувачке ($\chi^2=22,28$; $df=5$; $p<0,01$), поремећај чула укуса ($\chi^2=16,88$; $df=5$; $p<0,01$) и фацијални бол ($\chi^2=11,69$; $df=5$; $p<0,05$). Ова комбинација испитиваних параметара статистички значајно не утиче на промене на уснама ($\chi^2=8,36$; $df=5$; $p=0,14$), промене на језику ($\chi^2=6,90$; $df=5$; $p=0,23$), жарење и пецкање у усној дупљи ($\chi^2=1,87$; $df=5$; $p=0,87$), шкрвутање зубима ($\chi^2=6,68$; $df=5$; $p=0,24$), непријатан задах из уста ($\chi^2=5,18$; $df=5$; $p=0,39$) и сметње при гутању ($\chi^2=4,18$; $df=5$; $p=0,52$). Значајан утицај на смањено лучење пљувачке има дуже трајање болести ($p<0,05$), већи број хоспитализација ($p<0,01$) и већи број лекова које болесници примају ($p<0,05$). Дијагноза шизофреније ($p<0,05$) и дуже трајање болести ($p<0,01$) статистички значајно утичу на чешћи поремећај чула укуса. Већи број лекова које болесници примају ($p<0,05$) значајно утиче на учесталост фацијалног бола.

Резултати испитивања утицаја врсте лекова (антипсихотици, анксиолитици и антидепресиви) на оралне промене болесника показали су да сва три испити-

вана параметра разматрана заједно нису имала статистички значајног утицаја ($\chi^2=4,41$; $df=3$; $p=0,22$). Такође, ни појединачно није утврђен значајан утицај антипсихотика ($p=0,19$), анксиолитика ($p=0,28$) и антидепресива ($p=0,32$) на оралне промене код болесника.

ДИСКУСИЈА

Резултати истраживања су показали да особе с психијатријским обољењима лечене болнички имају чешће промене на језику и уснама, жарење и пецкање у усној дупљи, шкрвутање зубима, фацијални бол, смањено лучење пљувачке, непријатан задах из уста, поремећај чула укуса и сметње при гутању од здравих особа. Оралне промене ових болесника, у поређењу са здрави испитаницима, нарочито се разликују у односу на смањено лучење пљувачке, непријатан задах из уста и обложен језик. Клиничким прегледом је утврђено да сви болесници са обложеним језиком имају кандидијазу. Нажалост, ово се није могло потврдити лабораторијским испитивањима због техничких разлога.

Велики број студија потврдио је нежељено дејство психофармака на уста и зубе психијатријских болесника, израженог најчешће у виду смањеног лучења пљувачке [7, 17, 18, 19]. Коларевић и сарадници [20], који су испитали 32 особе с психијатријским обољењима које су примале антидепресиве дуже од шест месеци, такође су запазили да сувоћа уста преовлађује у односу на друге субјективне тегобе у усној дупљи. Сувоћа уста смањује код пљувачке активност чистићења, а резултат тога је нагомилавање денталног плака на подручју маргиналне гингиве. Резултат смањеног лучења пљувачке такође су неадекватно пуфероване киселине, које производе бактерије чији број расте и на крају доводе до пропадања зуба.

У нашем истраживању сувоћа уста је дијагностикована код знатно већег броја болесника (78,5%) него у радовима других аутора. Рамон (*Ramon*) и сарадници [2] су забележили сувоћу уста код 21% испитаника с хроничним психијатријским обољењима у Израелу, Мачука (*Machuca*) и сарадници [21] су ову оралну промену запазили код 26% болнички лечених психијатријских болесника у Шпанији, док су је Кенкре (*Kenkre*) и Спадигам (*Spadigam*) [22] установили код 32% болнички лечених психијатријских болесника у Индији. Ово се вероватно може објаснити тиме што су испитаници нашег истраживања просечно лечени већим бројем психофармака ($3,1 \pm 0,7$) него у студијама других аутора, где су у просеку лечени са два. Просечна старост испитаника нашег узорка је слична као и у радовима поменутих аутора.

Испитивање утицаја пола и старости је показало да ови параметри посматрани заједно статистички значајно утичу на промене на језику, жарење и пецкање у усној дупљи, шкрвутање зубима, смањено лучење пљувачке и сметње при гутању код болесника, али не утичу значајно на промене на уснама, задах из уста, поремећај чула укуса и фацијални бол. Чешће промене на

језику, жарење и пецкање у усној дупљи, шкргутање зубима, смањено лучење пљувачке и сметње при гутању имали су мушкарци и испитаници старије животне доби. Код њих и основно обољење дуже траје, па самим тим дуже трају и негативни ефекти психофармака на орално здравље.

Испитивање утицаја основне болести (психијатријска дијагноза, трајање болести, број хоспитализација, трајање садашњег болничког лечења и број лекова) на оралне промене психијатријских болесника показало је да чиниоци основне болести значајно утичу на смањено лучење пљувачке, поремећај чула укуса и фацијални бол, али не утичу значајно на промене на уснама и језику, жарење и пецкање у усној дупљи, шкргутање зубима, непријатан задах из уста и сметње при гутању. Болесници који су примали већи број лекова имали су смањено лучење пљувачке и фацијални бол, што указује на то да ће, уколико болесник прима већи број психофармака, и негативне промене у усној дупљи биће израженије. Такође, болесници који су више пута хоспитализовани чешће су имали смањено лучење пљувачке, а особе са дијагнозом шизофреније и дужим трајањем болести имале су поремећај чула укуса. Већи број хоспитализација указује на тежи облик основне болести код ових особа, па оне вероватно примају и већи број психофармака. Уколико основно обољење дуже траје, и негативни ефекти психофармака дуже трају, а промене у усној дупљи су чешће. У нашем узорку највећи број болесника имао је шизофренију (57,0%), па се вероватно тиме може објаснити чешћи поремећај чула укуса код њих него код испитаника са другим психијатријским дијагнозама. Повезаност врсте лекова (антипсихотици, анксиолитици и антидепресиви) које су болесници примали и оралних промена, посматрано у целини и појединачно, у нашем истраживању није била статистички значајна. Ово би се могло објаснити тиме што је више од 93% болесника примало антипсихотике и анксиолитике.

ЛИТЕРАТУРА

- Angelillo IF, Nobile CGA, Pavia M, DeFazio P, Puca M, Amati A. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1995; 23(6):360-4.
- Ramon T, Grinshpoon AZSP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(3):101-5.
- Jovanović S, Gajić I, Mandić J, Mandić B. Navike, stavovi i ponašanje osoba s psihijatrijskim oboljenjima u odnosu na zdravlje usta i zuba. *Srp Arh Celok Lek*. 2010; 138(3-4):136-42.
- Jovanović S, Gajić I. Oralno zdravlje osoba sa psihotičnim poremećajima. *Stomatološki glasnik Srbije*. 2008; 55:115-21.
- Porter RS, Boras Vučićević V. Kserostomija: novosti. *Acta Stomatol Croat*. 2007; 41(2):95-103.
- Aronson JK, editor. *Meyler's Side Effects of Drugs. The International Encyclopedia of Adverse Drug Reactions and Interactions*. 15th ed. Amsterdam: Elsevier Science; 2006.
- Donta-Bakogiann C, Stefanotiis TD. Evaluation of history and clinical oral examination in patients taking psychopharmacologic agents. *Hell Period Stomat Gnathopathoprosopike Cheir*. 1990; 5(4):171-4.
- de Vries MW, Peeteres P. Dental caries with longterm use of antidepressants. *Lancet*. 1995; 346(8990):1640.
- Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc*. 2002; 133(9):1209-17.
- Friedlander AH, Birch NJ. Dental conditions in patients with bipolar disorder on long-term lithium maintenance therapy. *Spec Care Dentist*. 1990; 10(5):148-51.
- Prior TI, Baker GB. Miscellaneous syndromes: anticholinergic toxicity, clozapine, toxicity, and hypertensive crisis with MAOIs. In: Haddad P, Dursun S, Deakin B, editors. *Adverse Syndromes and Psychiatric Drugs*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2004. p.295.
- Brunton L, Parker K, editors. *Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics*. New York: McGraw Hill Medical; 2008. p.114-25.
- Barile F. *Clinical Toxicology: Principles and Mechanisms*. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2004. p.171-82.
- Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Stat Q*. 1991; 44(3):98-106.
- Republički statistički zavod. *Komunikacija br. 295, vol. 52*; 2002.
- Svetska zdravstvena organizacija. *ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.

17. Huang W, Rotke M, Grant-Kels J. The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34(1):91-7.
18. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc.* 2002; 133(5):603-10.
19. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134:61-9; quiz 118-9.
20. Kolarević A, Ivanović G, Živanović D. Uticaj antidepresiva na promene u usnoj duplji. *Acta Medica Semandrica.* 1998; 6(12-13):109-11.
21. Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullon P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dentist.* 1997; 17(6):203-6.
22. Kenkre AM, Spadigam AE. Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian J Dent Res.* 2000; 11(1):5-11.
23. Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Spec Care Dentist.* 2001; 21(5):182-6.
24. McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110(4):306-10.
25. Janket SJ, Jones JA, Rich S, Meurman J, Garcia R, Miller D. Xerostomic medications and oral health: the Veterans Dental Study (part I). *Gerodontology* 2003; 20(1):41-9.

Oral Lesions in Patients with Psychiatric Disorders

Svetlana Jovanović¹, Ivanka Gajić¹, Bojan Mandić², Jelena Mandić³, Vlada Radivojević⁴

¹Department of Public Health, School of Dentistry, University of Belgrade, Belgrade, Serbia;

²Clinic for Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, University of Belgrade, Belgrade, Serbia;

³Clinic for Paediatric and Preventive Dentistry, School of Dentistry, University of Belgrade, Belgrade, Serbia;

⁴Institute for Mental Health, Belgrade, Serbia

SUMMARY

Introduction Oral diseases in psychiatric patients are usually a result of bad oral hygiene and psychopharmaceutical side-effects.

Objective The aim of this study was to detect oral lesions in patients hospitalized in psychiatric institutions with the confirmed diagnosis of psychiatric illness and mood disorder with psychotic characteristics, as well as to discover the factors that can influence these oral lesions.

Methods Cross-section study consisted of 186 hospitalized patients with psychiatric disorders in the experimental group, out of whom 87 were males and 99 females. Patients were aged from 18 to 59 years, mean age 46.0±8.0 years. The control group consisted of 186 healthy persons matched for age and gender. Data on oral lesions were obtained within history and clinical examination of the oral cavity. Other medical data were collected from medical documentation. Statistical analysis was performed by Student's t-test, chi-square test and logistic regression.

Results Dry mouth was registered in 78.5% of patients. The difference in tongue and lip lesions, burning and stinging symptoms, bruxism, facial pain, low saliva rates, halitosis, taste changes and swallowing difficulties between the patients and healthy persons was highly statistically significant ($p < 0.001$). Age and gender, as well as the factors of main disease, influence burning and stinging, bruxism, low saliva rates, swallowing difficulties, taste changes and facial pain of the psychiatric patients.

Conclusion Results imply that psychiatric patients are more frequently involved with oral lesions than healthy persons. It is necessary to organize specific preventive and educational oral health programmes with these patients, as well as with doctors who treat the basic illness.

Keywords: oral lesions; xerostomia; risk factors; psychiatric patients

Примљен • Received: 15/06/2009

Ревизија • Revision: 10/08/2009

Прихваћен • Accepted: 30/09/2009