

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31-053.9

*И.И. Соколова, Н.Н. Савельева**Харьковский национальный медицинский университет***СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ**

Достаточно резкие изменения в демографической структуре общества, обусловленные процессом старения населения, вызывают закономерный интерес к медицинским проблемам пожилых людей. Изменение структуры населения расширило круг проблем врачей-стоматологов, определив задачу повышения качества оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста как одной из приоритетных. В статье представлены сведения о стоматологической заболеваемости у лиц пожилого возраста, необходимые для оценки нуждаемости в различных видах стоматологической помощи данной категории больных.

Ключевые слова: *стоматологическая заболеваемость, демографическая ситуация, пожилые больные.*

Современная демографическая ситуация характеризуется прогрессирующим процессом старения населения. Увеличение доли пожилых людей в структуре населения является одной из важнейших проблем здравоохранения на рубеже XX–XXI вв.

На сегодняшний день особую актуальность приобретает совершенствование стоматологической помощи пожилым больным как наиболее массового вида медицинского обслуживания среди населения. В возрастной группе старше 60 лет проблемы, связанные с органами полости рта, выходят на одно из первых мест среди общей заболеваемости [1].

Количество пожилых пациентов, обращающихся к стоматологу, неуклонно растёт с каждым годом, нуждаемость в стоматологической помощи этой категории больных очень высока [2]. Так, в возрастной группе 60–69 лет она составляет 94,9 %, 70–79 лет – 98,7 %, 80 лет и старше – 88,6 % [3].

Ожидается, что в скором будущем 75 % пациентов, обращающихся к стоматологам, будут люди пожилого возраста [4–9].

© И.И. Соколова, Н.Н. Савельева, 2013

Возрастные изменения органов полости рта, представленные в ряде обзоров и монографий, свидетельствуют о том, что стоматологический статус обследованных отражает закономерные инволютивные и патологические процессы, ведущие к утрате зубов и нарушению функций зубочелюстной системы, что в целом присуще старению организма [10–12].

Наиболее значимыми стоматологическими проблемами у пожилых больных, по мнению авторов [1], являются воспалительные заболевания периодонта, хронические очаги инфекции, связанные с некачественным эндодонтическим лечением, полная или частичная потеря зубов, переломы челюстей вследствие остеопороза, патология височно-нижнечелюстного сустава, рак ротоглоточной области. Они неблагоприятны сами по себе, а также негативно влияют на соматический статус, психологическое состояние и общее здоровье пожилых людей [13].

Среди стоматологических изменений у пожилых больных на первое место выступает утрата зубов с последующими функциональ-

ными нарушениями [1]. Данные исследования [14] показали, что от 21,4 до 64,2 % обследованных были с полной потерей зубов.

Анализ причин потери зубов обследованных пациентов выявил преобладание кариозной болезни и её осложнений с примерно одинаковым распределением во всех возрастных группах. Вместе с тем, отмечена тенденция к нарастанию с возрастом частоты заболеваний тканей пародонта, которые являются причиной удаления зубов у пожилых людей в 29,0–81,8 % случаев [15], развития различных изменений в височно-нижнечелюстном суставе, нарушения жевания.

В демографической картине населения быстро нарастает процент пожилых людей, которые в большей степени, нежели молодые, подвержены болезням пародонта [16]. Высокая распространённость и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (от 97 до 100 %) в старшей возрастной группе населения свидетельствует о значительной актуальности данной проблемы в стоматологии [17].

Ведущие украинские учёные (Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко) отмечают взаимосвязь между возрастом и заболеваниями пародонта: с возрастом увеличивается частота данной патологии, усугубляется тяжесть течения [18].

Некоторые исследователи указывают, что для лиц среднего и пожилого возраста характерно тяжёлое течение пародонтита [19]. В то же время, по данным ряда работ, тяжёлая степень заболевания не столь распространена, как это принято считать. Однако прогрессирующее течение болезни всё же отмечается у 15–20 % данной возрастной категории [20].

В работе [21] показана высокая распространённость (96,7 %) и интенсивность заболеваний пародонта среди лиц пожилого населения г. Киева. С возрастом показатели патологических изменений пародонта нарастают при одновременном уменьшении начальных признаков патологии. Процент лиц с глубокими пародонтальными карманами с возрастом уменьшается, но это кажущееся благополучие объясняется большим количеством исключённых секстантов в результате потери зубов и увеличения рецессии десны.

Благодаря успехам в изучении заболеваний пародонта проявилась роль в их этиологии различных факторов, как локальных,

так и системных. Предрасполагающим фактором в развитии заболеваний пародонта у пожилых людей, несомненно, является наличие общесоматических заболеваний на фоне снижения защитных сил организма [17]. В среднем у больных пожилого и старческого возраста при обследовании определяются три–пять болезней [22]. Исследования [17] показали, что наиболее часто у пожилых людей встречается сочетание заболеваний пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем.

По мере увеличения возраста в прогрессии увеличивается количество соматической патологии, которая у пациентов пожилого и старческого возраста определяет как стоматологический статус, так и прогноз стоматологического лечения, в частности заболеваний пародонта.

Ряд исследований последних двух десятилетий показал существенную клиническую и патогенетическую взаимосвязь болезней пародонта и внутренних органов [23–26].

В последние годы в связи с быстрым развитием клинической иммунологии внимание исследователей привлекают иммунологические аспекты болезней пародонта. Так, при пародонтите большую роль играет иммунологическая система тканей полости рта, связанная с общим иммунитетом, но обладающая и значительной автономией [27]. При старении организма снижаются адаптивно-приспособительные резервы, и это отражается на защитных системах полости рта, где большую роль играют иммунные реакции местного и системного характера. Патогенетической особенностью течения хронического пародонтита у пожилых людей является несостоятельность врождённого иммунитета, поликлональная активация адаптивного иммунитета, связанная с эндотоксемией и аутоиммунными процессами, индуцированное свободнорадикальное окисление и нарушение гомоцистеинового обмена с увеличением концентрации гомоцистеина как повреждающего фактора в слюне и крови [28].

Немаловажное значение в патогенезе хронического пародонтита имеет системное поражение костной ткани – остеопороз, частота факторов риска которого возрастает с увеличением возраста пациентов. У больных остеопорозом в 100 % случаев имеются пато-

логические изменения в пародонте, в то время как у лиц с нормальной минеральной плотностью кости – в 80,1 % случаев. Со снижением показателей минеральной плотности кости сопряжено более тяжёлое течение заболеваний тканей пародонта [23].

Среди наиболее частых причин, обуславливающих распространённость и тяжесть заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого и преклонного возраста, безусловно, следует отметить неудовлетворительную гигиену полости рта пациентов, их низкую гигиеническую культуру и грамотность (недостаток знаний и базирующихся на них навыков в отношении гигиенических мероприятий, консервативность в привычках) [21].

Возраст пациента существенно влияет на распространённость кариеса. Прежде всего следует подчеркнуть, что с увеличением возраста снижается распространённость как неосложнённого кариеса, так и одной из его осложнённых форм — пульпита [29], при этом отмечается параллельный значительный рост некариозных поражений зубов. В структуре некариозных поражений твёрдых тканей зубов преобладают повышенная стираемость (39,4 %) и клиновидные дефекты (29,5 %) [17].

Несколько иная картина получена при анализе распространённости периодонтита. С возрастом этот показатель увеличивается, достигая 33,3 % среди лиц 45–49 лет, затем происходит его снижение в возрасте до 60 лет,

после чего в самых старших возрастных группах частота встречаемости периодонтита опять возрастает до 50 % [29].

Показательными являются данные таблицы, в которой прослеживается тенденция к снижению количества пациентов с кариесом, пульпитом и к увеличению заболеваний пародонта в старших возрастных группах.

Установлено, что кариес зубов у людей пожилого возраста имеет характерные клинические проявления, чаще локализуется в пришеечной области и распространяется не вглубь, а по поверхности, приводя нередко к образованию циркулярного дефекта [30]. На долю корневого кариеса приходится 30–60 % случаев, а на долю кариеса коронковой части зуба – лишь 25 % [31]. Распространённость кариеса корня колеблется от 20 до 40 %. Кроме того, данная патология чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и её частота увеличивается с возрастом [32].

Кариес корня не может возникнуть без потери периодонтального связочного аппарата (с гингивальной рецессией или без неё). Десневая рецессия наблюдается у людей среднего, а чаще пожилого возраста. Она может возникать в области одного зуба и носить локальный характер, а может быть в области многих зубов или всего зубного ряда. С возрастом количество причин, ведущих к таким изменениям, увеличивается, соответственно увеличивается и степень рецессии.

Распространённость кариеса зубов и его осложнений и доля пациентов, имеющих удалённые зубы, в разных возрастных группах, %

Возраст	Распространённость			Доля пациентов, имеющих удалённые зубы
	кариеса	пульпита	периодонтита	
До 25	90,0	30,0	10,0	60,0
25–29	96,6	37,9	13,8	72,4
30–34	93,8	37,5	21,9	75,0
35–39	94,6	32,4	27,0	75,7
40–44	95,0	27,5	27,5	82,5
45–49	90,0	16,7	33,3	88,3
50–54	92,9	7,1	14,3	100
55–59	83,3	3,3	26,7	100
60–64	75,0	12,5	37,5	100
65 и более	50,0	—	50,0	100
Всего	89,1	22,8	24,6	81,5

Причинами десневой рецессии являются заболевания тканей пародонта, некорректная чистка зубов (сильное нажатие на зубную щетку и чистка движениями вперед-назад, вдоль зубов); бруксизм – ночное скрежетание зубами или привычка сильно сжимать зубы.

Среди факторов, способствующих возникновению кариеса корня, наряду с увеличением возраста, исследователи называют ношение съёмных конструкций с опорой на зубы, не покрытые коронками, а также заболевания пищеварительного тракта; эндокринную патологию, курение, мужской пол и др. Исследования показали, что лица старшего возраста, страдающие кариесом корня, подвергаются повышенному риску нарушений сердечного ритма. Так, лица, имеющие три и более корня, поражённых кариесом зубов, в два раза чаще страдают аритмией. Считается, что кариес корней может быть признаком общего физического угасания лиц пожилого возраста [32].

У лиц пожилого и старческого возраста довольно частой патологией являются заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР), характеризующиеся длительным упорным течением и представляющие одну из наиболее сложных проблем в стоматологии из-за трудностей в диагностике и лечении [33].

Авторы [17] указывают, что с возрастом уменьшается доля пациентов с нормальными характеристиками СОПР и увеличивается доля больных, имеющих ряд возрастных особенностей. Данное положение полностью согласуется с точкой зрения большинства исследователей [17].

Заболевания СОПР у людей пожилого (60–74 лет) и старческого (74–88 лет) возраста выявляются чаще, чем у лиц молодого (20–39 лет) и среднего (40–60 лет) возраста, что обусловлено соматическим статусом и возрастными особенностями слизистой оболочки полости рта [33], а также неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта и зубных протезов.

Очевидное влияние на СОПР у пожилых больных оказывают соматические заболевания, среди которых сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, поражения печени и др. Для каждого вида патологии характерными являются определённые признаки реактивных изменений

СОПР [33], которые следует учитывать врачу при планировании тактики лечения.

Слизистая оболочка полости рта и губ является тончайшим индикатором оценки патологических процессов пищеварительного тракта, иммунного статуса организма, общего уровня активности, пролиферации клеточных систем [34]. С возрастом заболевания СОПР развиваются на фоне снижения слюноотделения и местной резистентности тканей, нарушения процессов дифференцировки и ороговения клеток эпителия, а также изменения микробиоценоза слизистой оболочки.

Даже при незначительных повреждениях СОПР, например, зубными протезами, у пожилых людей с нарушенной трофикой и у ослабленных общесоматическими хроническими заболеваниями больных нередко образуются болезненные, долго незаживающие, декубитальные язвы.

Наиболее часто у людей пожилого и старческого возраста диагностируется стоматалгия (до 72 % случаев), как правило, развившаяся на фоне сочетанных общесоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, заболевания пищеварительного тракта, сахарный диабет, атеросклероз и многие другие) [33].

Кроме того, у лиц пожилого и старческого возраста выявляются заеды в углах губ (19 %) различного генеза: стрептококковые, вызванные грибами рода *Candida*, а также обусловленные уменьшением межальвеолярного расстояния (снижения «высоты» прикуса), которые характеризуются длительным течением и отсутствием тенденции к заживлению [33].

Пожилые люди нередко страдают также хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, который, как правило, связывают с рядом факторов риска [35].

Распространённость многих из существующих болезней СОПР увеличивается с возрастом людей. Особенно это относится к опасным для жизни болезням, имеющим тенденцию трансформироваться в злокачественные опухоли.

Наибольшее число исследований посвящено лейкоплакии полости рта, которая выявляется более чем у каждого десятого из обследованных, что с учётом потенциальной опасности этой болезни для жизни требует неотложных мер лечения и профилактики. Пик распространённости лейкоплакии приходится

на возраст 50–59 лет (27 % поражённых) и существенно не различается в зависимости от пола [35]. Аналогичные данные приводятся в монографии проф. J. Vanoszu [36] с уточнением, что в возрасте 70 лет и старше наблюдается уменьшение распространённости лейкоплакии, однако отмечается самый высокий процент перерождения её в рак (5,9 %).

Менее частое поражение слизистой оболочки рта, но опасное тем, что довольно часто перерождается в карциному, – эритроплакия, заболевание, возникающее как осложнение плоского лишая, пик которого приходится также на пожилой возраст: 60–80 лет.

Относительно пациентов пожилого возраста практикующий стоматолог чаще всего не может использовать общепринятую схему лечения того или иного стоматологического заболевания из-за имеющейся сопутствующей общесоматической патологии, что диктует необходимость поиска инновационных технологий для решения этой проблемы.

Организация в 1983 г. Международной ассоциации по геронтологии (IAG) положила начало развитию геронтостоматологии как

самостоятельного научного направления, после чего стал шире применяться термин «геронтостоматология» как название этой прикладной науки.

Однако следует отметить, что на фоне стремительно развивающейся и совершенствующейся в последние десятилетия стоматологической помощи гериатрическая стоматологическая помощь не столь успешна и требует дальнейшего развития [8].

Европейское региональное бюро ВОЗ определило цели стоматологического здоровья, которые должны быть достигнуты к 2020 г. Согласно им 90 % населения в возрасте 65–74 лет должны иметь полноценные зубные ряды (естественные или восстановленные протезами), при этом число беззубых лиц не должно превысить 1 % [3]. Достижение поставленной цели – серьёзная, но вполне выполнимая задача для врачей-стоматологов, владеющих совокупностью знаний, применяющих их в своей практической деятельности, а также осознающих, что пожилые больные заслуживают к себе исключительно бережного и внимательного отношения.

Список литературы

1. Проценко А.С. Потребность в стоматологической помощи лиц преклонного возраста с учетом состояния их зубочелюстной системы и соматического статуса / А.С. Проценко, Е.Г. Свистунова // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, № 11. – С. 188–190.
2. Линник Л.Н. Показатели стоматологического здоровья пациентов преклонного возраста / Л.Н. Линник // Аспирантский вестник Поволжья. – 2010. – № 7–8. – С. 199–203.
3. Ткаченко Т.Б. Возрастные особенности слизистой оболочки полости рта и губ : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.53 «Геронтология и гериатрия» / Т.Б. Ткаченко. – СПб., 2009. – 24 с.
4. Борисенко Л.Г. Обоснование долгосрочной целеориентированной комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп / Л.Г. Борисенко // Стомат. журн. – 2003. – № 3. – С. 9–11.
5. Борисенко Л.Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л.Г. Борисенко // Стомат. журн. – 2004. – № 2. – С. 13–15.
6. Борисенко Л.Г. Компьютерная программа «Аденция» / Л.Г. Борисенко // Стомат. журн. – 2004. – № 3. – С. 16–19.
7. Борисенко Л.Г. Распространенность кариеса зубов и болезней периодонта, нуждаемость в стоматологической помощи пожилого населения Республики Беларусь / Л.Г. Борисенко // Белорусск. мед. журн. – 2005. – № 2. – С. 28–30.
8. Борисенко Л.Г. Анализ обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь / Л.Г. Борисенко // Мед. журн. – 2006. – № 4. – С. 32–34.
9. Оценка эффективности программы стоматологической помощи пожилому населению Беларуси / Л.Г. Борисенко А.И. Гричанюк, А.В. Ковалевская, А.К. Шабловский // Мед. журн. – 2007. – № 2. – С. 20–22.
10. Акулович А.В. Зубы на склоне лет (геронтостоматология) / А.В. Акулович, Л.Ю. Орехова // Мир медицины. – 1997. – № 8. – С. 29–30.

11. Быкова И.А. Результаты цитологического исследования отпечатков со слизистой полости рта у лиц пожилого возраста / И.А. Быкова, А.А. Агаджанян, Л.Д. Серова // Клин. лаб. диагностика. – 1999. – № 2. – С. 20–22.
12. Нестехиометрический апатит твердых тканей зубов человека: Возрастные изменения / О.В. Франк-Каменецкая, В.В. Толубцов, О.Л. Пихур [и др.] // Записки Всероссийск. минерального общества. – 2004. – № 5. – С. 120–130.
13. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э. М. Кузьмина. – М.: Медицина, 1999. – С. 227–235.
14. An epidemiological study of dental health in a population of pensioners / I. Cassado, A. Gill Miguel, R. Lopez Jimenez [et al.] // Aten. Primaria. – 1990. – № 15. – P. 178–181.
15. Вагнер В.Д. Объемы и виды неотложной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях / В.Д. Вагнер, Р.А. Дистель, А.И. Матешук // Маэстро. – 2011. – № 5. – С. 65.
16. Герберт Ф. Пародонтология / Ф. Вольф Герберт, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.
17. Полиморбидность какотягощающий фактор стоматологических проблем у пациентов пожилого и старческого возраста / Е.С. Михайлова, А.Л. Арьев, А.В. Цимбалстов [и др.] // Клин. геронтология. – 2008. – Т. 14, № 7. – С. 12–21.
18. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К., 2000. – 462 с.
19. Иванов В.С. Заболевания пародонта // Терапевтическая стоматология / под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. – М.: Медицина, 2001. – С. 365–458.
20. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста Москвы и Подмосквья / А.В. Алимский, В.С. Вусатый, В.Ф. Прикулс // Стоматология. – 2004. – № 1. – С. 55–57.
21. Кананович Т.Н. Состояние тканей пародонта и факторы риска развития их болезней у лиц пожилого возраста / Т.Н. Кананович // Совр. стоматология. – 2009. – № 5. – С. 18–21.
22. Пименов Ю.С. Старение, старость, болезни // Практическая гериатрия / под ред. Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева. – Самара, 1995. – С. 24–29.
23. Иванов В.С. Заболевания пародонта / В.С. Иванов. – М.: МИА, 2001. – 300 с.
24. Барер Г.М. Неоперативные методы лечения пародонтита / Г.М. Барер, И.А. Овчинникова, С.В. Холодов // Клин. стоматология. – 2001. – № 2. – С. 60–62.
25. Грудянов А.И. Пародонтология. Современное состояние вопроса и направления научных разработок / А.И. Грудянов, Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский // Стоматология. – 1999. – № 1. – С. 31–33.
26. Kinane D. Periodontal diseases and health: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology / D.Kinane, P. Bouchard // J. Clin. Periodontol. – 2008. – Vol. 35. – Suppl. 8. – P. 333–337.
27. Воложин А.И. Иммуитет, типовые формы его нарушения и принципы коррекции: Метод. рекомендации / А.И. Воложин, Т.И. Сашкина, З.И. Савченко. – М., 1993. – 100 с.
28. Логинова Н.К. Патофизиология пародонта / Н.К. Логинова, А.И. Воложин. – М.: Медицина, 1993. – С. 80.
29. Вишняков Н.И. Изучение заболеваемости кариесом зубов по данным обращаемости населения за стоматологической помощью/ Н.И. Вишняков, Е.О. Данилов, Н.В. Прозорова // Вестник С.-Пб. ун-та. – 2007. – Сер. 11, вып. 4. – С. 133–142.
30. Ольховская Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии. Обзор литературы / Е.Б. Ольховская // Стоматология для всех. – 2003. – № 1. – С. 8–12.
31. List W. Анестезия у пожилых больных // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии: (курс лекций) / под ред. Э.В. Недашковского. – Архангельск–Тромсе, 1998. – С. 67–70.
32. Волченкова Г.В. Этиология, патогенез и распространённость кариеса корня / Г.В. Волченкова, В.П. Загороднова // Математическая морфология. Электронный математический и

медико-биологический журнал. – 2008. – Т. 7, Вып. 4. Режим доступа: <http://www.smolensk.user/sgma/MMORPH/N-20-html/volchenkova-1/volchenkova-1.htm>

33. Копыл О.А. Состояние слизистой оболочки полости рта в зависимости от возраста и соматического статуса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология», 14.03.02 «Патологическая анатомия» / О.А. Копыл. – СПб., 2011. – 25 с.

34. Оценка уровня дифференцировки клеток эпителия в отпечатках разных участков слизистой оболочки полости рта здоровых людей / Г.В. Банченко, О.Г. Аюбян, А.А. Агаджанян [и др.] // Стоматология. – 1997. – Т. 76, № 1. – С. 12–14.

35. Борисенко Л.Г. Особенности в распространенности болезней слизистой оболочки рта среди населения старших возрастных групп / Л.Г. Борисенко // Режим доступа: http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3189:2026-05-16-01-41-16&catid=158:12005&Itemid=52

36. Banoczy J. Oral leukoplakia / J. Banoczy. – Budapest: Akademiai Kiado, 1982. – 231 p.

I.I. Соколова, Н.М. Савельева

СТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ЛІТНІХ ХВОРИХ

Досить різкі зміни в демографічній структурі суспільства, обумовлені процесом старіння населення, викликають закономірний інтерес до медичних проблем літніх людей. Зміна структури населення розширила коло проблем лікарів-стоматологів, визначивши завдання підвищення якості надання стоматологічної допомоги людям похилого та старечого віку як однієї з пріоритетних. У статті представлені відомості про стоматологічну захворюваність у осіб похилого віку, необхідні для оцінки потреби в різних видах стоматологічної допомоги даній категорії хворих.

Ключові слова: стоматологічна захворюваність, демографічна ситуація, літні хворі.

I.I. Sokolova, N.N. Savel'eva

DENTAL DISEASE PATIENTS AGED

Rather sharp changes in the demographic structure of the society due to the aging of the population, causing a natural interest in the medical problems of the elderly. Changes in the structure of the population expanded range of problems dentists, defining the task of improving the quality of dental care to people with middle and old age as a priority. This article provides information about dental disease in the elderly needed to assess needs in different types of dental care in these patients.

Key words: dental diseases, demographic situation, elderly patients.

Поступила 08.07.13