

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

На правах рукопису

КАНАНОВИЧ ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА

УДК: 616.314.17-008.1-031.81-053.88-085.036.8

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ
ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТА В ОСІБ
ПОХИЛОГО ВІКУ**

14.01.22 – стоматологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Науковий керівник:

ПОЛІТУН Антонина Михайлівна
доктор медичних наук, професор

Київ – 2014

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА, ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	13
1.1 Структурно-функціональні зміни тканин порожнини рота в осіб похилого віку	14
1.2 Особливості клінічного перебігу захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку	17
1.3 Комплексне лікування тканин пародонта в осіб похилого віку ...	21
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	28
2.1 Об'єкти клінічних та лабораторних досліджень	28
2.2 Клініко-рентгенологічні дослідження	30
2.3 Біохімічні дослідження	34
2.4 Метод лікування хворих на генералізований пародонтит та оцінка його ефективності	34
РОЗДІЛ 3. СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА, ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ПЕРЕБІГУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	41
3.1 Структура захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку ...	41
3.2 Стан гігієни порожнини рота у обстежених	50
3.3 Структура індексу КПВ та рівень стоматологічної допомоги	57
3.4 Взаємозв'язок хвороб пародонта і системної патології	60
РОЗДІЛ 4. ПОКАЗНИКИ КАЛЬЦІЙ-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ І СТАН КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	70

4.1	Визначення вмісту фракцій гідроксипроліну в сироватці крові хворих на генералізований пародонтит	72
4.2	Вміст загальної лужної фосфатази в сироватці крові хворих на генералізований пародонтит	77
4.3	Маркери деструкції кісткової тканини у людей літнього та старечого віку	79
РОЗДІЛ 5. РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ		
86		
5.1	Особливості індивідуального планування стоматологічної санації осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит	86
5.2	Безпосередні результати комплексного лікування осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит	91
5.3	Віддалені результати комплексного лікування осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит	102
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ		123
ВИСНОВКИ		136
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ		138
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		140

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВАШ – візуально аналогова шкала
ВАВ – висота альвеолярного відростка
ГП – генералізований пародонтит
ІГПР – індивідуальна гігієна порожнини рота
РСД – рівень стоматологічної допомоги
Ст. – ступінь
Са – кальцій
Р – фосфор

ВСТУП

Актуальність теми.

Важливою проблемою світової спільноти є старіння населення. У теперішній час до 10 % населення планети мають вік понад 60 років і цей показник постійно зростає. В Україні кількість населення старіше 55 років складає 25,1 %, а старіше 60 років – 20,7 %. Серед населення Києва частка осіб старіше 60 років сягає 16,0 % [61].

В останні роки визначається тенденція до зростання поширеності захворювань тканин пародонта, збільшення частоти їх ускладнених форм, що є однією з причин ранньої втрати зубів [2, 5, 8, 9, 21, 31, 58, 98].

Незадовільне стоматологічне здоров'я населення старших вікових груп стає найважливішою проблемою суспільної охорони здоров'я, яка потребує невідкладного вирішення та розробки чітких рекомендацій щодо планування та лікування, враховуючи вік, обтяженість та поєднання загальної соматичної патології пацієнтів, а також удосконалення геронтологічного напрямку сучасної стоматології [10, 19, 24, 27, 96, 98, 100].

Особливістю стану порожнини рота сучасних людей похилого віку є множинна патологія: карієс, захворювання пародонта, розповсюдженість яких сягає 100 %; незадовільна гігієна порожнини рота; втрата багатьох зубів та наявність незаміщених дефектів зубних рядів, що призводять до погіршення якості життя [3, 11, 17, 22, 30, 50].

Неможливо недооцінювати значення самого процесу старіння. Вікові зміни зубощелепної системи, зокрема, втрата висоти альвеолярного відростка суттєво підвищують чутливість опорно-утримуючого апарату зубів до виникнення та розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта, ускладнюючи їх перебіг [33, 53, 57, 131, 135].

Потреба осіб похилого віку в стоматологічній допомозі надто велика, а стан порожнини рота – незадовільний. Слід враховувати, що стоматологічний стан не лише відображає функціональний вік

зубощелепного апарату, а й слугує індикатором якості життя людей похилого віку, вказує на рівень соціальної уваги та підтримки цієї категорії населення.

Дані літератури свідчать про відсутність уваги до хворих цієї вікової категорії, як при плануванні, так і на етапах лікування. Неухильне прогресування запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта, низька ефективність комплексного лікування, відсутність профілактики, короткотермінові ремісії обумовлюють необхідність пошуку нових методів і засобів лікування.

Саме тому оцінка стану тканин пародонта, вивчення особливостей перебігу їх захворювань, розробка і впровадження в практику методів і засобів лікування і профілактики захворювань в осіб похилого віку є актуальною проблемою сьогодення, яка потребує поглибленого вивчення, узагальнення і обґрунтування практичних рекомендацій щодо покращення стоматологічного здоров'я людей старших вікових груп.

Хвороби пародонта відносять до найбільш поширених серед населення України. Важливе соціальне значення має висока розповсюдженість захворювань пародонта у працездатному віці, а в осіб похилого віку цей показник сягає 100 % [18, 79].

У людей літнього та старечого віку хвороби пародонта є найчастішою причиною втрати зубів [79, 88], що призводить до зміни якості життя цієї категорії населення. Клініко-лабораторними, імунологічними, морфологічними дослідженнями доведено тісний взаємозв'язок захворювань пародонта з загальним станом організму людини [86]. Хвороби пародонта можуть бути предиктором багатьох соматичних захворювань, зокрема, серцево-судинної, травної, ендокринної систем, метаболічних розладів та ін. [10, 137]. Ці чинники особливо суттєві в осіб похилого віку.

З одного боку, на стан тканин пародонта суттєво впливає висока загальна захворюваність населення у цьому віці, з іншого – неможливо недооцінювати вплив самого процесу старіння, який за таких складних умов (екологія навколишнього середовища, обтяження соматичними і системними

захворюваннями, відсутність стабільної профілактики) має важкий перебіг. Складність діагностики, низька ефективність комплексного лікування, яке нерідко проводять не в повному обсязі, відсутність профілактики, зростання ускладнених форм захворювань пародонта, короткотермінові ремісії обумовлюють необхідність постійного пошуку нових методів і засобів лікування. В результаті – потреба осіб похилого віку в стоматологічній допомозі надто велика, а стоматологічний статус – незадовільний.

Старіння людини – складний, багатокомпонентний процес, який має неоднозначний перебіг на тлі поліморбідності і у більшості сучасних людей характеризується як патологічний або прискорений. Для цього вікового періоду характерні зміни структури і функції більшості систем, що призводять до зменшення їх резервної здатності, а це, в свою чергу, супроводжується підвищеною сприйнятливістю до хвороб.

Вікові зміни суттєво підвищують чутливість опорно-утримуючого апарату зубів до виникнення і розвитку запальних захворювань пародонта, поглиблюючи їх перебіг [135, 138].

Важливість вивчення захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку визначається не лише розповсюдженістю і їх тяжкістю, негативним впливом на загальний стан організму, а й низькою ефективністю лікування [17, 20]. Стоматологічний статус людей похилого віку не лише відображає функціональний вік зубощелепного апарату, а й слугує індикатором соціально-економічного рівня життя, соціальної підтримки цієї категорії населення, стилю його життя й загального стану організму.

Саме тому, оцінка стану тканин пародонта в осіб літнього та старечого віку, особливостей перебігу їх захворювань, розробка і впровадження в практику методів і засобів їх лікування і профілактики є актуальною проблемою сьогодення, яка потребує поглибленого вивчення, узагальнення і обґрунтування практичних рекомендацій щодо підвищення стоматологічного здоров'я у людей старших вікових груп.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота Т. М. Кананович є фрагментом, а дисертант – співвиконавцем фрагменту науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Особливості клініки початкового карієсу і захворювань пародонта в осіб молодого віку, сучасні методи їх профілактики і лікування» (номер державної реєстрації 0104.V000449, шифр теми ІН 30.00.0033.97).

Мета і задачі дослідження.

Метою роботи є підвищення ефективності комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, шляхом вивчення вікових особливостей його перебігу, розробки та наукового обґрунтування схем комплексного лікування і профілактики.

Для досягнення поставленої мети було визначено наступні задачі:

1. Оцінити стоматологічний статус в осіб літнього та старечого віку – мешканців міста Києва.
2. Визначити чинники ризику розвитку захворювань пародонта в осіб похилого віку, вивчити особливості клінічного перебігу генералізованого пародонтита залежно від віку, ступеня розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта, наявності соматичних захворювань.
3. Дослідити динаміку метаболізму кісткової тканини в осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит.
4. Науково обґрунтувати раціональні схеми стоматологічної санації осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит, з урахуванням віку, місцевого і загального статусу.
5. Оцінити клінічну ефективність застосування розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, у найближчі та віддалені терміни.

Об'єкт дослідження – тканини пародонта, венозна кров та сеча осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит.

Предмет дослідження: особливості розвитку і перебігу генералізованого пародонтита в осіб літнього та старечого віку, ефективність комплексної профілактики та лікування захворювань пародонта залежно від віку, ступеня розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта.

Методи дослідження: клініко-лабораторні – для оцінки загального стоматологічного і пародонтального статусу; рентгенологічні – для визначення ступеня патологічних змін кісткової тканини альвеолярної кістки в осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит (згідно Протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Стоматологія терапевтична» МОЗ України, 2007); біохімічні – для дослідження порушень метаболізму в органічній основі та мінерального компоненту кісткової тканини в осіб похилого віку; статистичні – для оцінки достовірності одержаних результатів.

Наукова новизна одержаних результатів.

За результатами динамічних клініко-рентгенологічних спостережень і лабораторних досліджень виявлено місцеві та загальні чинники ризику розвитку захворювань пародонта в осіб літнього та старечого віку: висока частота видалених зубів, низька кількість збережених зубів ($14,61 \pm 0,8$ в осіб літнього віку та $8,4 \pm 0,5$ у хворих старечого віку), погана індивідуальна гігієна порожнини рота (ГІ – $3,96 \pm 0,22$ бала та $4,03 \pm 0,23$ бала), наявність незаміщених дефектів зубних рядів, низька мотивація пацієнтів до лікування та якісного проведення індивідуальної гігієни порожнини рота, множинна соматична патологія та вживання значної кількості фармакологічних препаратів, перехід на м'яку їжу, довготривалі шкідливі звички.

Показано роль синергізму загальних інволютивних змін організму і місцевих пародонтопатогенних чинників у розвитку захворювань пародонта і формуванні особливостей клініки генералізованого пародонтита у пацієнтів похилого віку: хронічний перебіг на тлі загальних соматичних захворювань і зниженої реактивності організму, як наслідок тривалого запально-дистрофічного процесу – формування деструктивних змін тканин пародонта:

рецесія ясен (у 100 % обстежених), втрата епітеліального прикріплення (в середньому на $28,5 \pm 1,8$ %), поява фуркаційних дефектів (I, II ступеня у $68,7 \pm 3,4$ %), незадовільна гігієна ротової порожнини; вторинна травматична оклюзія, яка вчасно не компенсується і призводить до значного перевантаження окремих зубів; адаптивні і компенсаторні процеси відбуваються сповільнено; загострення соматичних захворювань сприяє активації клінічних проявів генералізованого пародонтита, поглибленню патологічних змін у тканинах пародонта.

Розроблено й обґрунтовано лікувально-профілактичні схеми комплексної терапії генералізованого пародонтита в осіб похилого віку. Підтверджено, що з метою упередження прогресування генералізованого пародонтита в осіб похилого віку ефективними є заходи, що включають індивідуальний гігієнічний догляд за ротовою порожниною, комплексну санацію, ортопедичне лікування, динамічне диспансерне спостереження.

Практичне значення одержаних результатів.

Враховуючи особливості захворювань тканин пародонта у геронтологічних пацієнтів, а саме: множинність (карієс та захворювання тканин пародонта), обтяженість і поєднання із загальносоматичною патологією, а також взаємообумовленість патологічних і вікових змін, які знижують адаптаційні можливості старіючого організму, показано практичну необхідність комплексного лікування у повному обсязі та диспансеризації хворих на генералізований пародонтит, а також підвищення мотивації до покращення гігієни порожнини рота та лікування з обов'язковим заміщенням дефектів зубних рядів.

Розроблено та науково обґрунтовано схему комплексних лікувально-профілактичних заходів у осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, яка включає початкове лікування, консервативно-хірургічно-коригуючу терапію, ортопедичне заміщення дефектів зубних рядів та відновлення жувальної функції, підтримуюче лікування в динаміці

диспансерного спостереження (кожні 3 місяці упродовж першого року, далі – кожні півроку).

Запропоновані методи лікування впроваджено у лікувальну практику Стоматологічного медичного центру НМУ імені О. О. Богомольця, Дніпропетровської обласної стоматологічної поліклініки, стоматологічного відділення УНЛК Донецького національного медичного університету, міської стоматологічної поліклініки № 6 м. Запоріжжя. Матеріали дисертації використовуються у навчальному процесі на кафедрах терапевтичної стоматології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» МОЗ України.

Особистий внесок здобувача.

Дисертантом проведено інформаційно-патентний пошук, проаналізовано наукову літературу з даної проблеми, виконано комплексні клінічні, рентгенологічні та лабораторні дослідження; забезпечено збір матеріалу для біохімічних досліджень; проведено статистичну обробку результатів дослідження, спільно з науковим керівником деталізовано задачі дослідження, проаналізовано та науково обґрунтовано результати клініко-лабораторних досліджень, сформульовано основні положення, висновки і практичні рекомендації.

Біохімічні дослідження виконано у лабораторії біохімії Науково-дослідного інституту травматології і ортопедії НАМН України (м. Київ) під керівництвом доктора біологічних наук, професора Магомедова Садруддина*.

Апробація результатів дисертації.

Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на: науково-практичній конференції Асоціації стоматологів України «Актуальні

* Автор висловлює щире подяку проф. Магомедову С. та співробітникам лабораторії за допомогу у виконанні досліджень

проблеми клінічної пародонтології» (Київ, 2007), «Сучасні технології лікування і профілактики в практичній стоматології», (Київ, лютий, грудень 2010), II Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених «Інноваційні технології в практичну медицину» (Київ, 2012), I Національному українському стоматологічному конгресі (Київ, 2012).

Публікації.

За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць, у тому числі – 5 у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 7 – у вигляді тез у матеріалах конференцій та з'їздів.

Структура дисертації.

Роботу викладено на 165 сторінках комп'ютерного тексту. Дисертація складається зі вступу, огляду літератури, характеристики об'єкту та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел. Роботу проілюстровано 28 таблицями та 23 рисунками. Список літератури містить 251 найменування, з яких 130 – кирилицею і 121 – латиною.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА, ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Важливою проблемою, що потребує вирішення світовою спільнотою, є проблема старіння населення. За рішенням ООН вік 60 років розглядають як межу переходу населення в категорію похилого віку. В теперішній час до 10 % населення планети мають вік старший за 60 років. Ця кількість населення постійно зростає. В Україні кількість населення, що має вік понад 55 років складає 25,1 %, а більше 60 років – 20,7 %. Відсоток осіб, яким понад 60 років серед населення Києва складає 16,0 %, що за класифікацією Росета відповідає високому рівню демографічного старіння населення, при цьому тип вікової структури населення міста має регресивний характер [60].

За Міжнародною класифікацією (ВООЗ, 1973) виділені наступні періоди геронтогенезу людини:

- літній вік –чол. 60–74 роки;
жін. 55–74 роки;
- старечий вік 75–89 років;
- довголіття 90 років і старіше.

Старіння організму – процес незворотній, запрограмований та зростаючий у часі, який розпочинається задовго до старості та призводить до зниження адаптаційних можливостей людини [2, 68]. До особливостей захворювань у людей похилого віку відносять: множинні патологічні зміни, неспецифічні прояви хвороб, швидке погіршення стану здоров'я (якщо не забезпечений достатній рівень лікування), висока частота ускладнень, необхідність реабілітації [3, 8, 11, 19, 24]. Множинність, обтяженість та поєднання загальносоматичної патології, взаємообумовленість патологічних та вікових змін знижують адаптаційні можливості старіючого організму, визначаючи переважно хронічний перебіг захворювань [5, 9, 10, 22].

У зв'язку з індивідуальним проявом впливу чинників зовнішнього та внутрішнього середовища на організм людини, темпи іноволютивних змін організму різні, тож календарний вік людини не слугує показником здоров'я, працездатності та адаптивних можливостей.

1.1 Структурно-функціональні зміни тканин порожнини рота в осіб похилого віку

Багаточисленні дослідження виявили, що провідне місце у виникненні запальних та дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта належить мікрофлорі, в той же час необхідні відповідні умови з боку організму, а саме – ослаблення його захисних та адаптаційних можливостей. Вважають, що одним із чинників виникнення захворювань пародонту в осіб старших вікових груп, є низький рівень індивідуального гігієнічного догляду за порожниною рота [35, 103].

Зуби, як весь жувальний апарат, у разі старіння, піддаються значним змінам.

З віком змінюється колір емалі – з'являється жовто-коричневий відтінок. Зі зростанням кількості втрачених зубів знижується жувальна ефективність, змінюється характер і якість харчування, із раціону виключаються продукти, які мають очисні властивості та впливають на розвиток серцево-судинних захворювань [18, 20, 29, 31, 39, 50, 53, 141].

З іншого боку втрачається значна частина функціонального навантаження на пародонт, що створює сприятливі умови для активації інволютивних змін, а низький рівень самоочищення веде до накопичення зубних відкладень [22, 27, 30, 42, 156]

Зі старінням звужується періодонтальна щілина за рахунок новоутворення цементу. Зменшується кількість волокон і клітин, зростають атрофічні процеси, дистрофічні зміни періодонтальної зв'язки [31]. Виявляється нерухома фіксація зубів в осіб літнього і старечого віку в результаті звуження або зникнення періодонтальної щілини [53].

Атрофія нижньої щелепи, деструктивні зміни в суглобах, втрата зубів, атрофія жувальних м'язів призводять до низької ефективності жування [49, 56, 57, 86]. Ситуація ускладнюється тим, що атрофічні процеси розвиваються також в кістковій тканині, що призводить до змін співвідношення між органічними і неорганічними компонентами, зростання явищ остеопорозу, прогресування деструкції кістки в зонах активного функціонального навантаження [86, 90, 105, 123, 126].

Старіння супроводжується не лише втратою кальцію, а й зменшенням здатності білкової основи до самовідновлення, фіксації фосфорнокислого кальцію. Послаблення синтезу білкової кісткової речовини призводить до крихкості, переломів кісток [81, 84].

Як свідчать роботи А. М. Політун, вікові зміни сполучної тканини, обумовлені судинними розладами, підсилюють дистрофічні процеси. З віком судинне русло пародонта втрачає активно-функціонуючі судини, порушується топографічна орієнтація мікроциркуляторного русла, колагенізація базальних мембран артеріол і капілярів обумовлює декомпенсацію транскапілярного обміну, зміни обміну речовин, що, в свою чергу, стимулює дистрофічні процеси [106].

При захворюваннях пародонта виникає патологія зв'язочного апарата, що порушує гідравлічні особливості періодонта і змінює амортизуючу і, відповідно, жувальну функції [31].

Ефективне функціонування тканин пародонта залежить від функціональної активності слинних залоз, складу і властивостей ротової рідини, які забезпечують захисні функції пародонту. У людей похилого віку в зв'язку з інволютивними процесами знижується слиновиділення, виникає сухість, яка потребує її усунення [30].

Стан тканин пародонта, як показує аналіз літератури, тісно пов'язаний зі станом зубів. Ураження зубів карієсом є частою причиною розвитку гінгівіту. Було встановлено, що розповсюдженість карієсу складає $98,3 \pm 0,82$ % при інтенсивності $18,7 \pm 1,66$ зуба [95, 97, 98, 234]. Характерним

для осіб похилого віку є локалізація карієсу в пришийковій ділянці, в зоні цементу. Така локалізація карієсу пов'язана з втратою епітеліального прикріплення, активним відкладенням біоплівки у цій зоні. Цьому також сприяє використання знімних протезів [18, 39, 185]. Проте, зазначають, що карієс кореня не виникає без втрати пародонтальної зв'язки з гінгівальною рецесією чи без неї [59, 76, 78]. Ясенна рецесія частіше зустрічається в осіб похилого віку, у яких з віком зростає кількість чинників, що призводять до цього [35].

Як свідчать численні роботи І. П. Мазур [81, 82, 83, 84, 85, 105] з віком набувають розвитку інволютивні зміни в альвеолярній кістці. Інволютивне зниження висоти альвеолярного гребеня пов'язане зі зменшенням функціонального навантаження на зубощелепний апарат, послабленням жувальної сили м'язів. Процеси ремоделювання кістки сприяють перебудові кісткової тканини відповідно до зміненого навантаження. Іншим важливим чинником, що впливає на інволютивні процеси в кістковій тканині, є залежна від віку втрата кісткової маси.

Згідно з дослідженнями Мазур І. П. прискорені темпи запально-деструктивних процесів у тканинах пародонта обумовлено незадовільною гігієною порожнини рота. Також було встановлено, що з віком зменшується висота альвеолярного відростка (ВAB). Встановлено середній показник ступеня утрати висоти альвеолярного відростка: в обстежених жінок 20–60-ти років він становив $4,91 \pm 0,34$ мм, у чоловіків цей показник становив $6,14 \pm 0,34$ мм. Загальна кількість утрати ВAB за період життя 20–70 років становить 1,9 мм та вважається фізіологічною. Встановлені прискорені темпи втрати ВAB у людей віком 30–60 років та сповільнені у людей 60 років і старіше.

Як показує аналіз даних літератури, з віком знижується активність метаболічних процесів, імунного захисту [108].

Таким чином, аналіз літературних джерел свідчить, що зумовлені віком інволютивні зміни сприяють поглибленню патологічних процесів в тканинах

пародонта. Структурно-функціональний стан тканин пародонта погіршується. З іншого боку – це процеси фізіологічного старіння і вони є нормою для даної категорії людей. Процес старіння пародонта характеризується рецесією ясен, оголенням коренів зубів, остеопорозом чи остеосклерозом альвеолярної кістки, звуженням періодонтальної щілини.

1.2 Особливості клінічного перебігу захворювань пародонта в осіб похилого віку

Як свідчать дані літератури, в осіб літнього і старечого віку відмічається низка соматичних захворювань, які сприяють розвитку стоматологічних захворювань або обтяжують їх. Патологічні зміни в тканинах пародонта поглиблюються у хворих з хронічними захворюваннями травної, сечо-статевої, кістково-м'язової систем, розладами обміну речовин [2, 3, 5, 8, 10, 19, 24, 27]. Хвороби пародонта стають причиною втрати зубів у дорослого населення у більшості країн світу [9, 17, 21, 24, 33].

Аналізуючи вітчизняні літературні джерела, виявили поодинокі дослідження, що стосуються особливостей клініки захворювань пародонта в старших вікових групах. При цьому, численні дослідження свідчать, що погіршення гігієнічного стану порожнини рота поглиблює запальні та дистрофічно-запальні процеси в тканинах пародонта. Гігієнічний стан порожнини рота та дотримання навичок догляду за нею є одним із вагомих факторів формування стоматологічного здоров'я та покращення якості життя пацієнтів будь-якого віку [120, 121, 122].

Значну розповсюдженість захворювань пародонту пов'язують з втратою зубів і наступними функціональними розладами [45, 58, 74, 89].

Дослідження показали, що серед обстежених із захворюваннями пародонта у віці 65–74 років від 21,4 % до 64,2 % пацієнтів мали повну втрату зубів. Від 33 % до 50 % обстежених пацієнтів, віком 55–74 років мали проблеми при жуванні їжі, від 15 % до 30,8 % пацієнтів – відмічали дискомфорт і були незадоволені станом порожнини рота, 15 % обстежених

пацієнтів зі збереженими зубами потребували невідкладної стоматологічної допомоги. Від 69 % до 90 % пацієнтів у віці 40–49 років мали потребу в пародонтологічному лікуванні. Зі зростанням віку пацієнтів зростає показник КПВ: від $8,9 \pm 1,1$ у віці 40–49 років до $24,7 \pm 1,5$ у віці 70 років та старшому. Зростання показника КПВ відбувається переважно за рахунок критерію В (видалені зуби) [59, 60, 79, 198, 202, 214].

За даними М. Л. Заксона і співавт. з віком знижується втрата зубів внаслідок карієсу і зростає у зв'язку із захворюваннями тканин пародонта (з 48,2 % у віці 61–70 років до 69,2 % у віці 81–90 років). Показник втрати зубів внаслідок поєднання карієсу і захворювань пародонта в осіб похилого віку незначний [53]

Отже, втрата зубів прискорює фізіологічну, обумовлену віком, атрофію альвеолярних відростків. Ступінь цих змін залежить від функції м'язів і збережених зубів, від причин втрати зубів [58].

Порушення мінерального обміну та втрата мінеральної щільності скелетом є фактором ризику захворювань тканин пародонта. Втрата кісткової тканини, порушення метаболізму прискорює процеси резорбції альвеолярного відростка та прогресує з віком [125, 126].

Разом з тим проведені дослідження Фастовець О. О. продемонстрували, що показник мінеральної щільності кісткової тканини не відрізняється в здорових та хворих на генералізований пародонтит людей [123, 124].

Більшість дослідників відмічають, що з віком зростає ступінь патологічних змін в тканинах пародонта. Так, за даними А. И. Грудянова та співавт. закономірно зростає значення ПМА: від 0,28 у віці 18–24 років до 0,53 у віці 55–70 років. Автори пояснюють це тим, що хвороби пародонта, які розвиваються у молодому і зрілому віці, мають переважно незворотні зміни, які зберігаються протягом життя.

Високий рівень розповсюженості захворювань пародонта припадає на вік 40–45 років [2, 11, 16, 17, 19, 21], а поширеність їх в осіб похилого віку, за даними багатьох дослідників, складає 100 % [1, 2, 3, 4]. В осіб похилого віку

зміни пародонта, які виявляють при клінічному чи рентгенологічному дослідженні, є лише наслідком патологічного процесу, який виник набагато раніше.

Разом з тим, деякі дослідники відмічають, що в осіб літнього і похилого віку генералізований пародонтит має тяжкий перебіг [12, 15, 17, 19]. За даними інших авторів [3, 10, 20, 24] лише у 15–20 % хворих похилого віку генералізований пародонтит має прогресуючий перебіг.

На відміну від особливостей клінічного перебігу генералізованого пародонтита у молодих осіб та осіб середнього віку (виражені запальні явища), у людей похилого віку переважає рецесія ясен, глибина пародонтальних кишень помірна, проте в кістковій тканині відмічається активна втрата висоти альвеолярних відростків. Вважають, що у хворих похилого віку частіше спостерігається хронічний катаральний гінгівіт з обмеженою симптоматикою. Інші ознаки мало виражені.

Багато авторів пов'язують стан тканин пародонта, особливості їх ураження в осіб похилого віку з наявністю соматичних захворювань [130, 131, 137].

Так, показано, що у хворих на генералізований пародонтит і захворювання сечо-статевої системи у похилому віці втрату епітеліального прикріплення за вищим значенням (до 8 мм) виявлено у 27 % обстежених, а без цих захворювань лише у 5 % [24]. Крім того, поширеність втрати епітеліального прикріплення (до 6 мм) суттєво зростала в обстежених з метаболічними порушеннями і патологією опорно-рухового апарату.

Дослідженнями Е. Н. Борисової [22, 24] доведено, що стоматологічний статус людей похилого і старечого віку суттєво залежить від загального стану здоров'я. Значну розповсюдженість захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку також пов'язують с фізичною слабкістю, неможливістю своєчасно звернутись за стоматологічною допомогою. Автор звертає увагу на особливості перебігу генералізованого пародонтиту у людей похилого віку, такі як відсутність симптомів при II ступені, а нерідко і III ступені

захворювання, що обумовлюють поширеність захворювань пародонта. Формування травматичних вузлів, рухомість зубів призводять до зниження жувальної ефективності. При цьому у людей похилого віку виникають труднощі спілкування, психологічні розлади, знижується рівень їх соціальної адаптації, і як результат – значне зниження якості їх життя.

Доведено пряму залежність між тяжкістю і тривалістю загальносоматичного захворювання і перебігом патологічного процесу в тканинах пародонта. Так, у хворих з патологією травної системи пародонтит швидко прогресує, має часті загострення, які співпадають із загостреннями захворювань травного каналу [63, 119, 245].

У хворих з патологією травної системи підсилюються процеси десквамації епітелію, в тому числі, і в порожнині рота, що призводить до прискорення утворення зубного нальоту [132].

Суттєвий внесок в розвиток захворювань пародонта належить нераціональному харчуванню. В осіб похилого і старечого віку спостерігається зменшення ліпідів у харчовому раціоні, зміни секретії жовчі, зниження рівня ліполітичної активності підшлункової залози. При старінні гірше усвоюється вітамін Д, що сприяє зниженню всмоктування кальцію, зниження синтезу вітаміну Д у шкірі [104, 106].

У старших вікових групах населення суттєвим є взаємозв'язок захворювань пародонта і серцево-судинної системи [24, 137]. У хворих на генералізований пародонтит виявлено підвищення рівня С-реактивного білка як системного маркера запалення. Виявлено закономірність між бактеріальним обсіменінням і субклінічною формою атеросклерозу. Показано зв'язок між ураженнями центральної та периферичної нервової системи та розвитком патологічних змін у тканинах пародонта, втратою зубів, погіршенням гігієнічного статусу пацієнтів [65, 204, 242, 250].

Інволютивні зміни навколозубних тканин поєднуються із запальними, запально-деструктивними і дистрофічними змінами тканин пародонта.

У літературі наводяться дані щодо високої поширеності генералізованого пародонтита у хворих на цукровий діабет. У разі недостатчі інсуліну знижується продукція стероїдних гормонів, зростає секреція глюкокортикоїдів, що стимулює деструкцію білкової матриці альвеолярної кістки. Гіперглікемія і діурез порушують процеси реабсорбції Са і Р в каналцях нирок, що призводить до гіперкальціурії і фосфатурії, сприяє розвитку остеопорозу. На тлі діабету зростає патогенний вплив мікрофлори порожнини рота на тканини пародонта [46, 84, 89, 90, 105, 110, 135, 245].

Таким чином, аналіз літератури підтверджує взаємозв'язок між стоматологічним та загальним здоров'ям. Захворювання зубів та тканин пародонта збільшують ризик погіршення загального здоров'я та якості життя.

1.3 Комплексне лікування захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку

Незадовільне стоматологічне здоров'я населення старших вікових груп стає найважливішою проблемою суспільної охорони здоров'я та зростаючим тягарем для всіх країн світу [80, 81, 107, 115, 136, 143, 149].

Стоматологічне здоров'я – важливий компонент «активної старості» [59]; воно включене в рекомендації ВООЗ відносно загального здоров'я людей похилого віку, як одного з трьох базових напрямів. У даному документі підкреслена необхідність забезпечення стоматологічного здоров'я для старіючого населення та його величезний вплив на загальне здоров'я і якість життя людей похилого віку.

У відповідь на глобальні проблеми старіння населення, ВООЗ у 1995 р. розробила спеціальну програму покращення стоматологічного здоров'я людей похилого віку. Вона ґрунтується на принципах сучасної наукової медицини і включає питання підготовки персоналу і визначення наукових досліджень. У 2000 р. ВООЗ підтвердила пріоритетність цієї програми в рамках нового документа «Старіння і життя», в основу якого покладена

концепція «активної старості». У 2002 р. ВООЗ видала документ, названий «Активна старість – основа політики охорони здоров'я», в якому представлені нові підходи до забезпечення здоров'я літніх людей. Запропонована політика ВООЗ ґрунтується на трьох базових напрямках: здоров'я, соціальна активність та безпека [59, 101, 151, 187, 212, 213, 214, 215, 216, 217].

Програмою було рекомендовано до 2000 року знизити питому вагу беззубих людей, та збільшити кількість людей з природно-функціонуючою зубощелепною системою.

Подальше вивчення проблеми стоматологічного здоров'я людей похилого віку ставить нові цілі та задачі, спираючись на такі критерії, як:

- кількість зубів, видалених з приводу карієсу у людей віком 65–74 років, по можливості покращення цього показника;

- кількість зубів, видалених з приводу захворювань тканин пародонта, звертаючи особливу увагу на усунення факторів ризику, таких як – незадовільна гігієна порожнини рота, соматична патологія, хронічний стрес, шкідливі звички;

- зменшення питомої ваги людей з повною вторинною адентією;

- збільшити питому вагу людей з 20 та більше збереженими зубами.

Слід зазначити, що велике значення приділяється вивченню факторів ризику виникнення стоматологічних захворювань та розробки програм лікування та профілактики.

Важливе значення для людей похилого віку відіграє кількість збережених зубів. На це звертають увагу у положеннях соціальної геронтології. При оцінці критеріїв здоров'я людей похилого віку разом з оцінкою здоров'я, ступенем фізичної активності людей, їх соціальною активністю, гостротою зору, слуху використовується такий показник, як кількість зубів, що збереглися.

Для цього періоду життя характерні атипичність, ареактивність, згладжена картина клінічних проявів хвороби.

Лікування захворювань тканин пародонта залишається актуальною проблемою стоматології. Етіологія і патогенез захворювань тканин пародонта є складними і недостатньо з'ясованими, в зв'язку з цим виникають труднощі у виборі методів лікування. Незважаючи на те, що запропоновано багато лікарських препаратів та методів лікування, у вітчизняній літературі групі геронтологічних хворих приділено недостатньо уваги [23, 29, 117].

Функціональні порушення зубощелепної системи в похилому віці пов'язані з втратою зубів, стертістю, змінами у скронево-нижньощелепних суглобах. Основна мета лікування захворювань пародонта – усунення запальних явищ у пародонті та збільшення періоду ремісії. Також важливе значення надається збереженню зубів та підтримці їх оптимальної функції. При цьому важливе значення має вибір комплексу лікувальних заходів, направлених на усунення і корекцію етіологічних чинників патогенезу пародонтита. Тому набуває великого значення використання препаратів, направлених на лікування всього організму, основною дією яких є корекція показників, що підсилюють регенерацію пошкоджених тканин пародонта [48, 63, 65, 67].

Досвід вживання засобів цілеспрямованої системної корекції окремих ланок патогенезу поєднаної патології – антиоксидантів (вітамінів С, Е і А, тіосульфату натрію), мінералозамісної терапії (панангином, мікроелементами), засобів системної поліферментної терапії (вобэнзим), препаратів лактулози показав, що покращення стану тканин пародонта поєднувалося з позитивною динамікою інших гомеостатичних показників. Це свідчить про наявність тісних метаболічних взаємозв'язків в гомеостазі організму, що забезпечують рівновагу за принципом «мобілів», коли дія на один з чинників приводить до руху всю систему [89, 95, 115].

Стосовно мінерального обміну в кістковій тканині, слід зазначити, що вміст остеотропних макро- та мікроелементів – кальцію, фосфору, магнію – є важливим показником регенерації кісткової тканини. Використання їх в

комплексному лікуванні є доцільним тому, що макро- і мікроелементи виконують дуже важливу роль в кістці, активізуючи ряд біологічних каталізаторів (ензими, гормони, нуклеїнові кислоти та інші). Більш того, недолік або надлишок макро- і мікроелементів в організмі деяких хворих викликають важкі органічні та функціональні розлади (остеомалаяція, остеопороз, інше). Отже, вивчення особливостей обміну і вмісту окремих макро- і мікроелементів дозволить цілеспрямовано їх використовувати при різних формах патологічно зміненої кісткової тканини [32, 38, 46, 55, 67].

Так, загальновідомим є участь кальцію в мінералізації кісткової тканини, включаючи альвеолярну кістку. Він відіграє важливу роль в процесах остеогенезу. Відомо, що приблизно 99 % кальцію у людини зосереджено в кістковій тканині та зубах, переважно у вигляді гідроксиапатиту [82, 83, 89].

У регуляції кальцієвого обміну найбільше значення мають паратгормон, тирокальцитонін і вітамін D. В той же час, не заперечують вплив гормонів інших ендокринних залоз, функціонування яких знаходиться під контролем нервової системи [104, 106]. Оскільки, залежне від вітаміну D зниження абсорбції кальцію в кишечнику належить до універсальних чинників патогенезу всіх форм остеопорозу, препарати кальцію рекомендують поєднувати з прийомом вітаміну D. Фактично прийом кальцію (1000–1200 мг/сут) і вітамін D (400–800 МЕ/доб) показаний всім чоловікам і жінкам літнього і старечого віку незалежно від наявності чинників ризику остеопорозу і щільності кісткової тканини (за даними остеоденситометрії).

Обмін кальцію тісно пов'язаний з обміном фосфору. Співвідношення кальцій/фосфор є найбільш об'єктивною характеристикою процесів мінералізації кістки. Неорганічні фосфати регулюють вміст кальцію в сироватці крові шляхом стимулювання депонування останнього в кістковій тканині [81, 82, 84].

Фосфор, разом з кальцієм, складають основну масу мінеральної частини кісткової тканини. Вміст фосфору в організмі, так само як і його

екскреція, коливається в широкому діапазоні і безпосередньо залежить від вживання його з їжею. З 600 мг фосфору, що знаходиться в організмі людини, 85 % присутні у скелеті у складі гідроксиапатиту, а 15 % знаходиться в позаклітинній рідині та в м'яких тканинах [38].

Разом з кальцієм і фосфором, в процесі метаболізму кісткової тканини відіграють значну роль і інші неорганічні компоненти.

Посилена продукція анаболічних гормонів і мікроелементів, що сприяють біосинтезу колагену, залежить від мобілізації міді, марганцю і інших елементів [124, 125].

Літературні джерела свідчать про значний інтерес дослідників стосовно питання корекції мінерального обміну при пошкодженнях альвеолярної кістки при захворюваннях тканин пародонта. Відомо, що процес синтезу мукополісахаридів в зоні перелому супроводжується посиленням адсорбції ряду мікроелементів (алюмінію, міді, марганцю і ін.), які утворюють стійкі хелатні комплекси із з'єднанням мукопротейної природи і відіграють, ймовірно, певну роль в «дозріванні» колагену [63, 69, 94, 95].

Фізіологічне значення мікроелементів визначається їхньою участю в більшості ферментативних процесів організму, у пластичних процесах і відновленні тканин, у підтримці кислотно-лужної рівноваги, регуляції водно-сольового обміну та ін.. Тому від достатнього надходження в організм мікроелементів залежить збереження нормального самопочуття, працездатності, активного довголіття і здатності протистояти впливові цілого комплексу несприятливих факторів навколишнього середовища.

Серед усіх мікроелементів окремо виділяють так звані есенційні (незамінні), регулярне надходження яких в організм абсолютно необхідно для його нормальної життєдіяльності. До них належать: залізо (Fe), йод (J), мідь (Cu), марганець (Mn), цинк (Zn), кобальт (Co), молібден (Mo), селен (Se), хром (Cr), ванадій (V). При відсутності есенційних мікроелементів організм припиняє свій ріст і розвиток, не може здійснити свій біологічний цикл, зокрема, не здатний до репродукції. Введення ж відсутнього елемента

усуває ознаки його дефіциту і повертає організмові життєздатність. Дефіцит мікроелементів в організмі виникає внаслідок багатьох причин: аліментарних (незбалансоване харчування, голодування тощо), захворювань, що впливають на засвоєння поживних речовин у травному тракті; шкідливих звичок.

Багато авторів підтверджують, що недолік таких мікроелементів, як марганець і цинк, знижують активність лужної фосфатази в кісті, яка відіграє важливу роль в процесах осифікації. Присутність міді у місці пошкодження дуже важлива, тому, що цей мікроелемент, проникаючи в остеобласти, активує цитохромоксидазну і сукцинатдегідразну системи, без участі яких порушується біосинтез базальних поліпептидів. Таким чином, оптимальний перебіг метаболічних процесів у кістковій тканині підтримується мікроелементами, які належать до групи незамінних [77, 91, 93, 125].

І. П. Мазур присвятила багато робіт вивченню ефективності застосування остеотропних препаратів в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Тому значне місце в лікуванні генералізованого пародонтиту займає остеотропна терапія, направлена на поліпшення регенерації альвеолярної кістки. Для жителів України, які підпали під вплив катастрофи на ЧАЕС, ця проблема ще актуальніша, оскільки відомо, що альвеолярна кістка, особливо її губчаста частина, поглинає радіонуклеїди (^{90}Sr і ^{137}Cs) шляхом заміщення кальцію в кристалі гідроксиапатита, утворюючи депо хронічного випромінювання з остеопорозом губчастої речовини. Виходячи з уявлень про патогенез генералізованого пародонтита, розробка нових підходів до комплексної терапії є актуальною.

Як вказує Л. М. Цепов, важливо приділяти увагу профілактичним заходам, що направлені на покращення здорового способу життя, підвищення резистентності організму, особливо в групі пацієнтів з високим ризиком захворювання тканин пародонта.

Таким чином, лише одночасна корекція стану внутрішніх органів і порожнини рота є основою ефективного оздоровлення людей похилого віку.

Це мотивує необхідність участі лікарів різних спеціальностей у вирішенні проблем поліморбідного хворого з поєднаними захворюваннями внутрішніх органів і порожнини рота. При призначенні медикаментозних препаратів геронтологічним пацієнтам, слід враховувати: особливості старіючого організму та поліморбідність; фармакокінетику (всмоктування, циркуляція в крові, розподіл по організму, метаболізм та виведення лікарських препаратів) та зниження толерантності до лікарських препаратів, що сприяє швидкому розвитку медикаментозної інтоксикації

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Об'єкти клінічних та лабораторних досліджень

З метою формування основного контингенту дослідження було обстежено 250 мешканців Києва літнього та старечого віку, які звернулись за стоматологічною допомогою в стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О. О. Богомольця протягом 2006–2008 років.

До групи спостереження не входили довгожителі (91 рік і старіше). Із групи дослідження було виключено осіб, що мали тяжкі ендокринні, онкологічні захворювання та хвороби крові, а також пацієнтів, які відмовились від участі у дослідженні на будь-якому з його етапів.

Комітетом з біоетики НМУ (протокол № 12 від 29.09.2006) було встановлено, що проведені дослідження відповідають етичним і морально-правовим вимогам згідно з наказом МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

Розподіл обстежених за віком і статтю подано в табл. 2.1.

Першу групу (літній вік) склали 155 (62 %) обстежених віком від 55 до 74 років, з них чоловіків – 63 (40,65 %), жінок – 92 (59,35 %). Середній вік в цій віковій групі склав $65,2 \pm 0,8$ років. У другу групу (старечій вік) увійшло 95 (38 %) обстежених віком 75–89 років, серед яких 37 (38,94 %) чоловіків та 58 (61,06 %) жінок, середній вік – $78,4 \pm 0,5$ років.

Діагностику захворювань пародонта здійснювали за класифікацією М. Ф. Данилевського [1994] [41], використовуючи дані клінічного огляду, рентгенологічного дослідження (внутрішньоротова прицільна рентгенографія, ортопантомографія), об'єктивного визначення пародонтальних проб та індексів.

Розподіл обстежених за віком та статтю

Вік, роки	Стать	Кількість обстежених	%	Загальна кількість обстежених	%	Середній вік
Літній вік 60–74	Чол.	63	40,65	155	62,0	65,2±0,8
	Жін.	92	59,35			
Старечий вік 75–89	Чол.	37	38,94	95	38,0	78,4±0,5
	Жін.	58	61,06			

Відсоткове співвідношення чоловіків та жінок в обстежених групах не відрізняється (рис. 2.1)

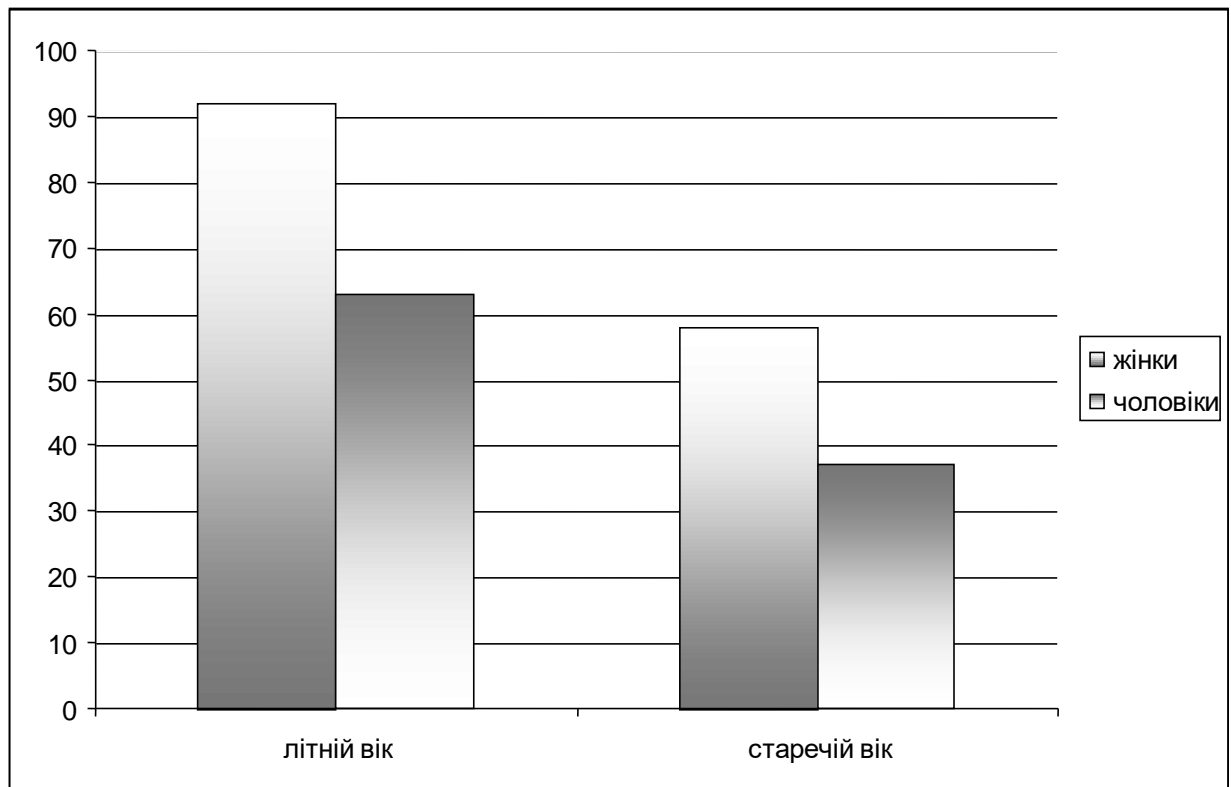


Рис. 2.1 Співвідношення чоловіків та жінок в обстежених групах

Клінічне обстеження і комплексне лікування хворих проводили на клінічній базі кафедри терапевтичної стоматології (терапевтичне відділення стоматологічного центру НМУ імені О. О. Богомольця).

Рентгенологічні дослідження проведені у відділенні рентгенології Стоматологічного центру НМУ імені О. О. Богомольця (зав. відділення – лікар-рентгенолог вищої категорії Понедельченко Т. І.).

Лабораторні дослідження (цитологічний та мікробний аналіз вмісту пародонтальних кишень, реакція адсорбції мікроорганізмів клітинами епітелію порожнини рота (РАМ)) та гематологічні дослідження (загальний аналіз крові) проведені в клінічній лабораторії Стоматологічного центру НМУ.

Біохімічні дослідження виконані у лабораторії біохімії Київського науково-дослідного інституту ортопедії і травматології НАМН України під керівництвом доктора біологічних наук, професора Магомедова Садруддина.

2.2 Клініко-рентгенологічні дослідження

Клінічне обстеження пацієнтів включало детальне з'ясування скарг, анамнеза життя, оцінки загального соматичного здоров'я.

Оцінювали характер скарг хворого, початок хвороби, її перебіг та тривалість, види лікування та їх ефективність. Аналізували спосіб життя пацієнта, соціально-економічне положення, наявність і частоту емоційних стресів, види і характер перебігу системних і соматичних захворювань (зафіксованих лікарем-терапевтом чи іншим фахівцем), шкідливі звички. Особливу увагу приділяли оцінці стану індивідуальної гігієни порожнини рота (ІГПР). Враховували кратність чистки зубів в день, засоби гігієни, які використовує пацієнт, останнє звертання до стоматолога з приводу професійної чистки.

За наявності у пацієнта знімних протезів з'ясовували, як чистили протези, тривалість їх використання та їх функціональна оцінка.

При огляді порожнини рота визначали стан зубів, тканин пародонта, анатомо-топографічні особливості (глибина присінку порожнини рота, зони прикріплення вуздечок губ, язика, наявність тяжів слизової оболонки), прикус, наявність дефектів зубних рядів. Оцінювали стан твердих тканин зубів (каріозне ураження, клиноподібні дефекти, стертість емалі і дентину). За наявності пломб звертали увагу на їх повноцінність, крайове прилягання, збереження форми, стан міжзубних контактів) та взаємовідношення з тканинами пародонта. Визначали розповсюдженість карієсу та його інтенсивність у пацієнтів літнього і старечого віку. Розповсюдженість карієсу визначали у %, його інтенсивність за індексом КПВ.

На підставі інтенсивності та пролікованності каріозних порожнин, а також відновлення зубних рядів визначали рівень стоматологічної допомоги (РСД) (П. А. Леус, 1997):

$$\text{РСД} = 100 \% - (100 * (\text{K} + \text{A}) / (\text{КПВ})),$$

де КПВ – середня інтенсивність карієсу зубів у обстежених;

К – середня кількість зубів, уражених карієсом, та пломб з вторинним карієсом;

А – середня кількість видалених зубів, дефекти зубних рядів, не відновлені протезом.

Характеристика індексу:

- 0 – 9 % – незадовільний рівень стоматологічної допомоги;
- 10 – 49 % – недостатній рівень стоматологічної допомоги;
- 50 – 74 % – задовільний рівень стоматологічної допомоги;
- 75 % та більше – добрий рівень стоматологічної допомоги.

З метою об'єктивної оцінки стану пародонта визначали гігієнічні та пародонтальні індекси і проби. Гігієнічний стан оцінювали за спрощеним індексом гігієни порожнини рота за методикою J. C Green – J. K. Vermillion (1960) [166], який складається з індексу зубного нальоту (DI-S) та індексу зубного каменя (CI-S). Для визначення сумарного гігієнічного індексу

обстежували щічні і язичні поверхні усіх перших молярів та губні поверхні перших верхніх різців.

Найбільш повно стан гігієни порожнини рота та догляду за зубними протезами відображає універсальний гігієнічний індекс порожнини рота у осіб похилого віку [133].

Визначали універсальний гігієнічний індекс порожнини рота у осіб похилого віку за Ю. В. Чижовим та О. М. Новиковим (2005). З метою визначення індексу забарвлюють барвником поверхню зубів та усі поверхні ортопедичних конструкцій. Інтенсивність забарвлення нальоту на зубах та ортопедичних конструкціях визначали за шкалою;

- 0 – забарвлення відсутнє;
- 1 – слабке забарвлення;
- 3 – середнє забарвлення;
- 9 – сильне забарвлення.

Розрахунок гігієнічного індексу проводили за допомогою спеціально розроблених таблиць та формул, з урахуванням можливих варіантів стоматологічного статусу.

Для оцінки стану пародонта використовували:

- папілярно-маргінально-альвеолярний індекс РМА в модифікації Parma (1960);
- індекс кровоточивості (зондова проба на кровоточивість за Мюллеманом-Коуелом, який виражали в балах (від 0 до 3));
- глибину пародонтальних кишень, яку визначали в 6 точках навколо кожного зуба. Враховували середнє значення в мм;
- пародонтальний індекс (ПІ, Russel, 1956) який характеризує ступінь запалення ясен та ступінь деструкції кісткової тканини, визначали в балах (від 0 до 8). При визначенні індексу оглядали всі зуби, підсумовували значення індексів і розділяли на кількість зубів;
- наявність гнійного ексудату (в балах – від 0 до 3);
- ступінь рухомості зубів.

При клінічному дослідженні стану тканин пародонта фіксували наявність місцевих подразників. Визначали травматичну оклюзію, використовуючи копіювальний папір.

З метою визначення розповсюдженості і інтенсивності патологічного процесу в тканинах пародонта оцінювали індекс СРІ, ВООЗ (1997), а також комплексний пародонтальний індекс КПІ (1987).

З метою оцінки потреби у лікуванні захворювань пародонта використовували індекс СРІ [219]. Використовували три показника пародонтального статусу в осіб літнього та старечого віку: кровоточивість ясен, наявність зубного каменя, наявність пародонтальних кишень та їх глибина. Ротову порожнину поділяли на секстанти, які включали такі групи зубів: 1.8–1.4; 1.3–2.3; 2.4–2.8; 3.4–3.8; 3.3–4.3; 4.4–4.8. Секстанти обстежували лише у випадку наявності в них не менше двох зубів, які не підлягають видаленню.

Якщо у секстанті визначали лише один зуб, його відносили до сусіднього. У кожному секстанті оцінювали всі зуби, а отриманий максимальний результат приймали як показник для всього критерію. Найвище значення показника визначав ступінь потреби пацієнта у лікуванні.

Результати вносили в спеціально розроблену карту.

Рентгенологічні дослідження проводили з метою визначення стану кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп, оцінки ступеня її деструкції:

- прицільну рентгенографію окремих груп зубів контактним методом;
- ортопантомографію.

Індекс втрати кісткової тканини (ВКТ) розраховували шляхом виміру штангенциркулем відстані від емалево-цементного з'єднання до вершини міжзубної кісткової перегородки. Результати оцінювали в балах. При відсутності пародонтальної кишені ВКТ=0; якщо відстань між наведеними точками не перевищувала 2 мм – ВКТ=2 бала; при відстані від 2 мм до 4 мм –

ВКТ=4 бала; при відстані від 4 мм до 6 мм – ВКТ=6 балів; при відстані від 6 мм і більше – ВКТ=8 балів.

2.3 Біохімічні дослідження

Для біохімічних досліджень об'єктами слугували сироватка крові та сеча.

Для дослідження кальцій-фосфорного обміну визначали добову екскрецію кальцію і фосфору з сечею.

Вміст кальцію визначали в добовій сечі за методом Гринблатта і Хартмана [73].

Визначення неорганічного фосфору в добовій сечі проводили за методом О. Боданського [73].

Екскрецію загального оксипроліну визначали у добовій сечі (А. А. Крель, Л. Н. Фурцева, 1968) [82].

За методом О. Боданського проводили визначення загальної лужної фосфатази [108].

Виділяли фракції гідроксипроліну із сироватки крові [198]. Визначали фракції гідроксипроліну за Н. Stegemann (1965) [234].

2.4 Метод лікування хворих на генералізований пародонтит та оцінка його ефективності

Із групи обстежених пацієнтів літнього і старечого віку, хворих на генералізований пародонтит, нами було відібрано 107 осіб, які дали поінформовану згоду на проведення лікування.

При розробці і обґрунтуванні обраних лікувально-профілактичних методів в осіб похилого віку ми користувались сучасними підходами до вибору комплексної терапії хворих на генералізований пародонтит [98, 105, 127]. Крім того, враховували вікові, соціальні, психологічні особливості пацієнтів цих вікових категорій. Зокрема, важливими критеріями вибору були наступні:

- етіотропна і патогенетична спрямованість лікувальних засобів;

- доступність;
- кратність відвідувань;
- економічні та соціальні характеристики;
- можливість досягнення стратегічної мети – оздоровлення порожнини рота пацієнтів похилого віку та поліпшення якості їх життя.

При плануванні комплексного лікування генералізованого пародонтиту в осіб літнього та старечого віку ми дотримувались наступного:

- створення мотивації хворих до комплексного лікування, згоди на повне дотримання режиму лікування та виконання відповідних рекомендацій;
- індивідуальне планування лікувальних комплексів з урахуванням наявних пародонтопатогенних чинників;
- етапність лікування;
- послідовність виконання необхідних видів комплексної терапії;
- динамічне спостереження.

При формуванні мотивації хворого до лікування звертали увагу на бажання пацієнта здійснити комплексну терапію, навчитись і виконувати всі рекомендації щодо індивідуальної гігієни порожнини рота, його готовність до проведення професійної гігієни, контрольних оглядів, дотримання режиму харчування.

Виходячи з цього, усіх пацієнтів розподілили на дві групи: основну та групу порівняння (табл. 2.2).

Основну групу склали дві підгрупи. До першої підгрупи увійшло 45 пацієнтів літнього віку (55–74 років) із них з генералізованим пародонтитом I ст. – 7 пацієнтів; з генералізованим пародонтитом II ступеня – 26 хворих; з генералізованим пародонтитом III ступеня – 12 пацієнтів. До другої підгрупи увійшло 22 пацієнта старечого віку (75-89 років). З них хворих на генералізований пародонтит I ступеня – 3 пацієнта; з генералізованим пародонтитом II ступеня – 11 осіб; з генералізованим пародонтитом III ступеня – 8 хворих.

Таблиця 2.2

Розподіл хворих на етапі лікування

Група	Стан тканин пародонта, ступінь ГП	Характер лікування	Загальна кількість обстежених	Кількість обстежених			
				55–74 років		75–89 років	
				Абс.	%	Абс.	%
Основна	I ст.	Розроблений комплекс терапії	10	7	70,0	3	30,0
	II ст.		37	26	70,3	11	29,7
	III ст.		20	12	60,0	8	40,0
	разом		67	45	67,2	22	32,8
Порівняльна	I ст.	Традиційна протизапальна терапія	10	7	70,0	3	30,0
	II ст.		20	12	60,0	8	40,0
	III ст.		10	5	50,0	5	50,0
	разом		40	24	60,0	16	40,0
Загалом			107	69	64,5	38	35,5

До групи порівняння увійшло 40 пацієнтів у віці 55–89 років, із них з генералізованим пародонтитом I ступеня – 10 осіб; з генералізованим пародонтитом II ступеня – 20 та з генералізованим пародонтитом III ступеня – 10 хворих.

Базова терапія хворих обох груп суттєво не відрізнялась. Комплексне лікування складалось з чотирьох фаз: початкове лікування, комплексна консервативно-хірургічно-коригуюча терапія, ортопедичне відновлення зубних рядів і відновлення жувальної функції, підтримуюче лікування в динаміці диспансерного спостереження.

Початкове лікування хворих основної і контрольної груп включало мотивацію пацієнтів до лікування, навчання індивідуальній гігієні порожнини рота (ІГПР), проведення професійної гігієни, лікування карієсу зубів та його ускладнень. Враховуючи вихідний незадовільний стан ІГПР в пацієнтів літнього і старечого віку, всім хворим проводили інструктаж щодо методів і засобів індивідуального догляду, формуючи мотивацію до його суттєвого поліпшення і регулярного проведення.

Лікувально-профілактичні заходи здійснювали за наступною схемою:

I етап – клінічна діагностика захворювання: визначення гігієнічного індексу, показника запалення РМА.

Здійснювали вибір основних та додаткових засобів індивідуальної гігієни, проводили навчання раціональним методам їх застосування. Мотивацію пацієнтів щодо регулярного проведення гігієнічних заходів підтверджували шляхом контрольованого нагляду з визначенням гігієнічного індексу.

II етап – проведення професійної гігієни порожнини рота.

Лише за умови отримання позитивного результату індивідуальної гігієни порожнини рота проводили професійне чищення зубів, яке включало повне видалення зубних відкладень, згладжування й полірування оголеної частини коренів зубів, оброблення поверхонь фторвмісними препаратами.

Наступним кроком була ретельна санація порожнини рота: лікування наявного карієсу, заміна неповноцінних пломб, лікування ускладненого карієсу, усунення місцевих подразників. З метою усунення травматичної оклюзії та відновлення оклюзійних взаємовідношень за показаннями

здійснювали іммобілізацію рухомих зубів за допомогою адгезивного шинування, проводили вибіркоче пришлифовування з відновленням оклюзії.

III етап – місцева та загальна протизапальна терапія.

Пацієнтам основної групи в якості засобу для індивідуальної гігієни з вираженим протизапальним ефектом призначали зубну пасту Лакалут Актив.

Такий склад даного гігієнічного засобу обумовлює його багатовекторну спрямованість лікувальної дії: протизапальний, очищувальний, ранозагоювальний ефекти, дезодоруючу, антисептичну дію, а наявність м'ятної олії підвищує секреторну функцію слинних залоз.

В якості ополіскувача призначали спиртовий розчин хлорофіліпту (1 чайна ложка препарату на 1 склянку теплої води) у вигляді полоскань або ротових ванночок (тривалість 10–15 хвилин, 2–3 рази на добу). Хлорофіліпт є сумішшю хлорофілів з листя евкаліпта. Препарат має протимікробну дію, особливо відносно стафілококів, в тому числі пеніциліностійких. Хлорофіліпту притаманна антисептична, антибактеріальна та протизапальна дії.

Враховуючи чисельні дані літератури щодо стану захисних сил організму, зниження захисно-відновних реакцій в осіб літнього і старечого віку, до комплексу лікувально-профілактичних заходів в осіб основної групи ми включили препарат «Есмін» по 1 капсулі в день протягом місяця та полівітаміни «Ундевіт» по 2 драже 3 рази на добу протягом місяця. Обидва препарата випускає Київський вітамінний завод.

Властивості препарату «Есмін» визначають життєво необхідні мікроелементи (залізо, цинк, марганець, мідь, хром, молібден, кобальт, селен, ванадій), які у вигляді комплексних сполук і простих солей входять до його складу. Названі мікроелементи приймають участь в побудові більшості біологічно активних речовин (ферменти, гормони та ін.), опорних структур (кісткова, сполучна тканини та ін.) організму людини, регулюють обмін речовин. Кислота мефенамінова, що є складовою

вмісту препарату, індукує вироблення інтерферону, утворюючи з мікроелементами комплексні сполуки, які оптимально засвоюються організмом.

«Ундевіт» регулює метаболічні процеси, нормалізує обмін речовин, в тому числі при процесах старіння.

Хворим групи порівняння в якості препарату загально-оздоровчої дії призначали вітамінний комплекс «Квадевіт» по 2 табл. 3 рази на добу протягом місяця. «Квадевіт» – комбінований препарат, що містить вітаміни, амінокислоти, мідь і калій. Цей препарат також виробляє Київський вітамінний завод.

В якості гігієнічних засобів використовували звичні для цих пацієнтів зубні щітки і зубні пасти, для ополіскування були рекомендовані відвари трав. Також було роз'яснено, що зубні пасти, до складу яких включені антибактеріальні препарати широкого спектру (триклозан, хлоргексидин), постійно використовувати не можна. Довготривале та безконтрольне використання призводить до пригнічення як патогенної, так і сапрофітної мікрофлори порожнини рота, провокує дисбактеріоз та посилює резистентність патогенних штамів до існуючих антимікробних препаратів, знижуючи ефективність їх дії.

Ефективність комплексного лікування осіб літнього і старечого віку, хворих на генералізований пародонтит, оцінювали на підставі клініко-рентгенологічних спостережень, результатів лабораторних і біохімічних досліджень безпосередньо після лікування, через 6–12 місяців після його завершення.

Результати лікування оцінювали за критеріями: «позитивні» або «незадовільні».

До позитивного ефекту відносили результати, які характеризувались повним усуненням клінічних ознак пародонтиту або їх значним покращенням.

Незадовільними вважали результати лікування хворих, в яких не констатували суттєвих змін перебігу захворювання або спостерігали подальше прогресування запально-деструктивного процесу в тканинах пародонта.

РОЗДІЛ 3

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА, ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ПЕРЕБІГУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

3.1 Структура захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку

Велика розповсюдженість захворювань тканин пародонта, різнобічний характер поєданого впливу місцевих та загальних чинників на стан навколозубних тканин обумовлюють включення багатьох патогенетичних механізмів розвитку і формування різних клінічних варіантів їх перебігу. Це створює певні труднощі у виборі методів та засобів лікування з метою відновлення структури і функції пародонтального комплексу в осіб похилого віку. Серед чинників, що впливають на розповсюдженість захворювань пародонта та їх перебіг, найменш вивченими є вікові особливості.

З метою виявлення розповсюдженості захворювань пародонта, особливостей їх клінічного перебігу і оцінки найбільш вагомих етіологічних і патогенетичних чинників розвитку в осіб літнього і старечого віку, нами було детально обстежено 250 хворих цієї вікової категорії, які звернулися за стоматологічною допомогою.

Обстежених було розподілено за віком на дві групи.

Захворювання тканин пародонта виявлено у всіх обстежених (100 %). Данні наведені в табл. 3.1; рис. 3.1.

Структура захворювань пародонта в осіб старших вікових груп не відрізняється за формами патології, але суттєво різниться за питомою вагою окремих видів захворювань (рис. 3.2). Генералізований пародонтит (ГП) було діагностовано у 117 (75,48 %) пацієнтів літнього віку, з них – 43 (68,3 %) чоловіка та 74 (80,5 %) жінки, та у 78 (82,11 %) осіб старечого віку – 29 (78,4 %) чоловіків та 49 (84,5 %) жінок.

Розповсюдженість захворювань тканин пародонта в осіб літнього та старечого віку

Діагноз		Стать	Літній вік		Старечий вік	
			Абс.	%	Абс.	%
Клінічно здорові тканини пародонта		Ч	0	0	0	0
		Ж	0	0	0	0
Гінгівіт		Ч	5	7,9	1	2,7
		Ж	4	4,3	1	1,7
Генералізований пародонтит	I ст.	Ч	8	12,7	4	10,8
		Ж	16	17,4	6	10,3
	II ст.	Ч	23	36,5	14	37,8
		Ж	34	37,0	23	39,7
	III ст.	Ч	12	19,1	11	29,8
		Ж	24	26,1	20	34,5
Пародонтоз		Ч	15	23,8	7	18,9
		Ж	14	15,2	8	13,8

У осіб літнього віку виявлено: гінгівіт у 9 (5,8 %) пацієнтів, з них – 5 (7,9 %) чоловіків та 4 (4,3 %) жінки; ГП I ступеня розвитку – у 24 (15,5 %) осіб (у 8 (12,7 %) чоловіків та у 16 (17,4 %) жінок); ГП II ступеня – у 57 (36,8 %) пацієнтів, з них – 23 (36,5 %) чоловіка та 34 (37,0 %) жінки; ГП III ступеня розвитку – 36 (23,2 %) у 12 (19,1 %) та у 24 (26,1 %) відповідно, пародонтоз – у 29 (18,7 %) з них – 15 (23,8 %) чоловіків та 14 (15,2 %) жінки.

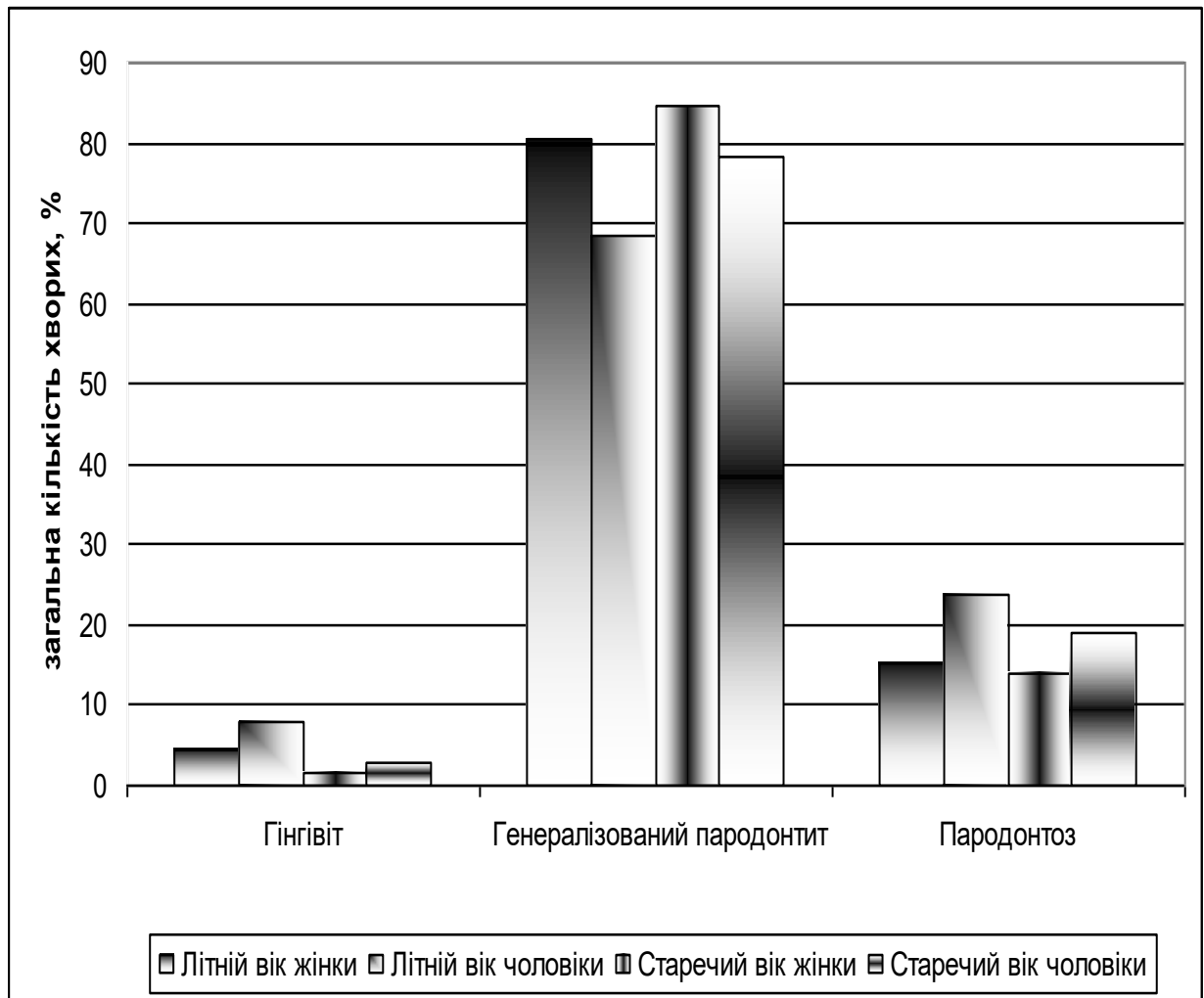


Рис. 3.1 Частота захворювань тканин пародонта в осіб літнього та старечого віку

У осіб старечого віку виявлено поодинокі випадки гінгівіту – у 2 (2,1 %) пацієнтів (у 1 (2,7 %) чоловіка та у 1 (1,7 %) жінки); ГП I ступеня – у 10 (10,5 %) пацієнтів з них у 4 (10,8 %) чоловіків та у 6 (10,3 %) жінок; ГП II ступеня – у 37 (38,9 %) пацієнтів (14 (37,8 %) та у 23 (39,7 %) відповідно); ГП III ступеня – у 31 (32,6 %) з них у 11 (29,8 %) чоловіків та у 20 (34,5 %) жінок, пародонтоз виявлено у 15 (15,8 %) – у 7 (18,9 %) і у 8 (13,8 %) відповідно. В даній віковій групі спостерігається зростання захворювання на ГП у чоловіків майже на 10 % і сягає 78,4 % (29 пацієнтів). Незважаючи на те, що серед жінок цей показник збільшується лише на 4 %, його значення залишається високим – 84,5 % (49 жінок). В той же час

прослідковується зменшення кількості хворих на ГП I ступеня розвитку як у чоловіків (на 1,9 %) так і у жінок (на 7,1 %), та збільшення хворих на ГП III ступеня – на 10,7 % у чоловіків і на 7,9 % у жінок. Кількість хворих на ГП II ступеня розвитку зростає у чоловіків – на 1,3 %, у жінок – на 2,7 %. Слід звернути увагу, що не дивлячись на незначний приріст показника ГП II ступеня, він залишається високим (37,8 % та 39,7 %) як у чоловіків так і у жінок. Це, на нашу думку, пов'язано з високою частотою розповсюдженості ГП II ступеня розвитку у пацієнтів літнього віку.

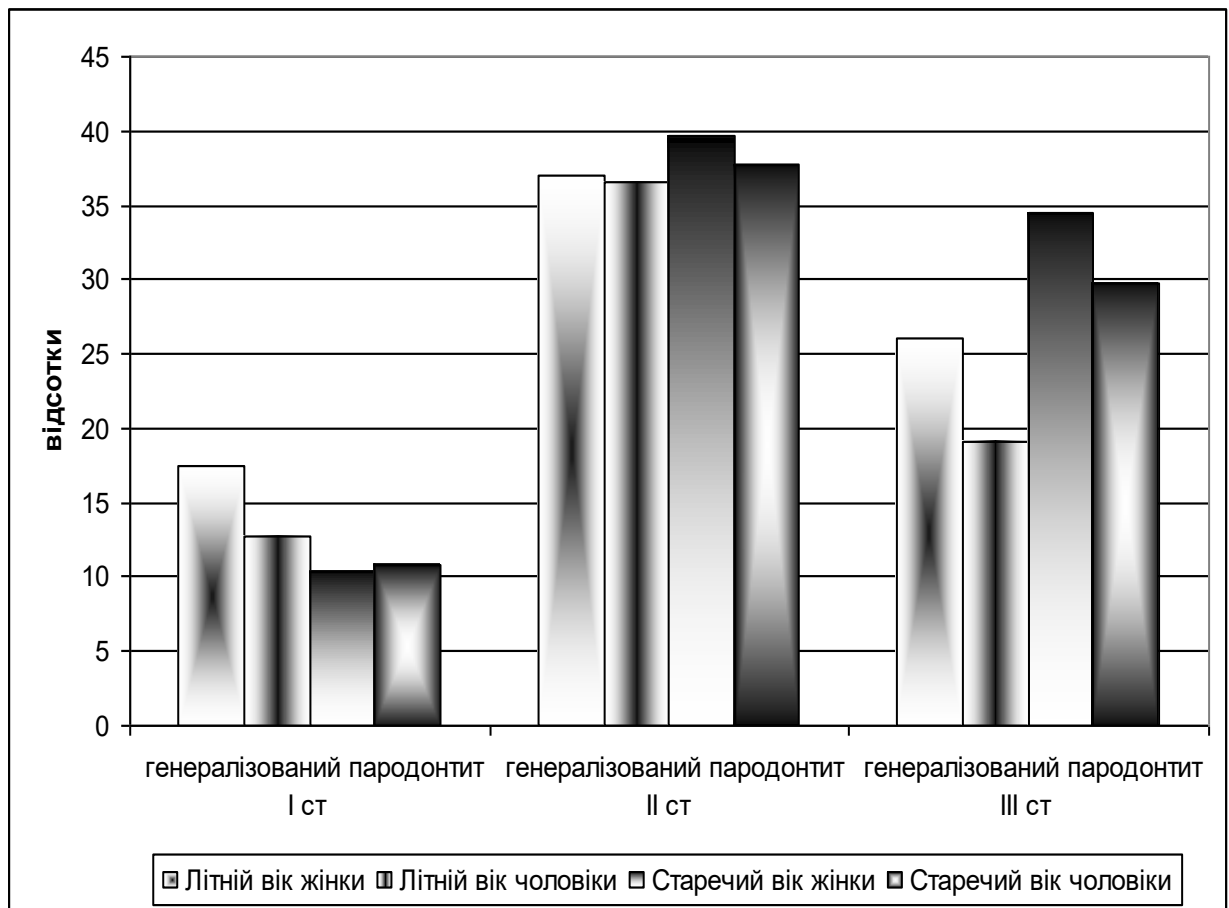


Рис. 3.2 Розповсюдженість генералізованого пародонтита в осіб похилого віку

Таким чином, у пацієнтів похилого віку ГП II ступеня розвитку зустрічається частіше, ніж інші ступені розвитку захворювання.

Зростання кількості хворих на ГП II та III ступеня, на нашу думку, пов'язано з відсутністю профілактичних оглядів, своєчасної діагностики, комплексного лікування та підтримуючої терапії.

Дані щодо високої розповсюдженості та інтенсивності захворювань пародонта в осіб літнього та старечого віку підтверджено нами також при аналізі цих показників за індексом СРІ та представлені в табл. 3.2, рис. 3.3, рис. 3.4.

При аналізі стану тканин пародонта за структурою індексу СРІ нами було виявлено особливості, характерні для даної категорії пацієнтів: високий відсоток виключних секстантів, тоді як здоровий пародонт (СРІ«0») у жодній віковій групі не виявлено, у структурі індексу переважають ознаки незворотних патологічних змін тканин пародонту. Отримані нами дані підтверджують дані літератури.

У осіб літнього віку поширеність виключених секстантів (СРІ«X») складає: у чоловіків $53,27 \pm 3,12$ %, а у жінок – $51,40 \pm 3,11$ % при середній інтенсивності ураження $2,7 \pm 0,14$ та $2,8 \pm 0,13$ секстанта на 1 обстеженого ($p_2 < 0,05$). Кровоточивість ясен (СРІ«1») – у $3,5 \pm 0,18$ % чоловіків та у $3,4 \pm 0,19$ % жінок при інтенсивності цього показника $0,21 \pm 0,01$ та $0,19 \pm 0,01$ секстанта на 1 обстеженого ($p_2 < 0,05$). Поширеність секстантів із зубним каменем (СРІ«2») складає $14,7 \pm 0,7$ % та $14,4 \pm 0,8$ %, відповідно, при інтенсивності $1,89 \pm 0,1$ та $1,67 \pm 0,07$ секстанта на 1 обстеженого ($p_2 < 0,05$). Загальна поширеність секстантів із наявністю пародонтальних кишень складає $28,5 \pm 0,74$ % та $30,8 \pm 0,92$ %, з них секстанти з глибиною пародонтальних кишень до 4–5 мм (СРІ«3») складають $22,4 \pm 0,8$ % та $23,7 \pm 0,9$ % відповідно ($p_2 < 0,05$).

У осіб старечого віку СРІ «X» зростає і складає: у чоловіків – $73,94 \pm 5,16$ % та $77,87 \pm 5,12$ % у жінок, переважаючи цей показник у чоловіків літнього віку на $20,67 \pm 1,23$ %, а у жінок на $26,47 \pm 1,34$ % ($p_2 < 0,05$). Не виявлено осіб, у яких констатовано лише кровоточивість ясен. Поширеність секстантів із зубним каменем (СРІ«2») зменшується до $5,2 \pm 0,34$ % у чоловіків та $3,97 \pm 0,16$ % у жінок за наявності незначного зменшення інтенсивності ураження – $1,7 \pm 0,2$ та $1,3 \pm 0,01$ секстанта на 1 обстеженого ($p < 0,05$).

Таблиця 3.2

**Стан тканин пародонта в осіб літнього та старечого віку,
 мешканців м. Києва (по індексу СРІ)**

Вік	Кількість обстежених		Кількість спостережень %, СРІ						Середня кількість секстантів на 1 обстеженого					
			Виключні секстанти «Х»	Здоровий пародонт «0»	Крово-точивість «1»	Зубний камень «2»	Пародонтальна кишень		Виключні секстанти «Х»	Здоровий пародонт «0»	Кровоточивість «1»	Зубний камень «2»	Пародонтальна кишень	
							4-5 мм «3»	>6 мм «4»					4-5 мм «3»	>6 мм «4»
Літній вік	155 63	Чол.	53,27± 3,12	0	3,5±0,18	14,7±0,7	22,4±0,8	6,1±0,42	2,7±0,14	0	0,21±0,01	1,89± 0,1	0,95± 0,01	0,25± 0,01
		Жін.	51,40± 3,11 p ₂ <0,05	0	3,4±0,1 p ₂ <0,05	14,4±0,8 p ₂ <0,05	23,7±0,9 p ₂ <0,05	7,1±0,3 p ₂ <0,05	2,8±0,13 p ₂ <0,05	0	0,19±0,01 p ₂ <0,05	1,67± 0,07 p ₂ <0,05	1,02± 0,01 p ₂ <0,05	0,32± 0,01 p ₂ <0,05
Старечій вік	95	Чол.	73,94± 5,16*	0	0	5,2±0,34*	16,69±0,86	4,1±0,28*	3,6±0,24	0	0	1,7±0,2*	0,5±0,1* 0,005*	0,1± 0,005*
		Жін.	77,87± 5,12* p ₂ <0,05	0	0	3,97±0,16* p ₂ <0,05	15,43±0,8 p ₂ <0,05	2,7±0,12* p ₂ <0,05	3,7±0,22 p ₂ <0,05	0	0	1,3± 0,01* p ₂ <0,05	0,8± 0,01* p ₂ <0,05	0,2± 0,01* p ₂ <0,05

Примітки: * – різниця вірогідна порівняно з групою осіб літнього віку, p<0,05. p₂ – різниця вірогідна між чоловіками та жінками p₂<0,05

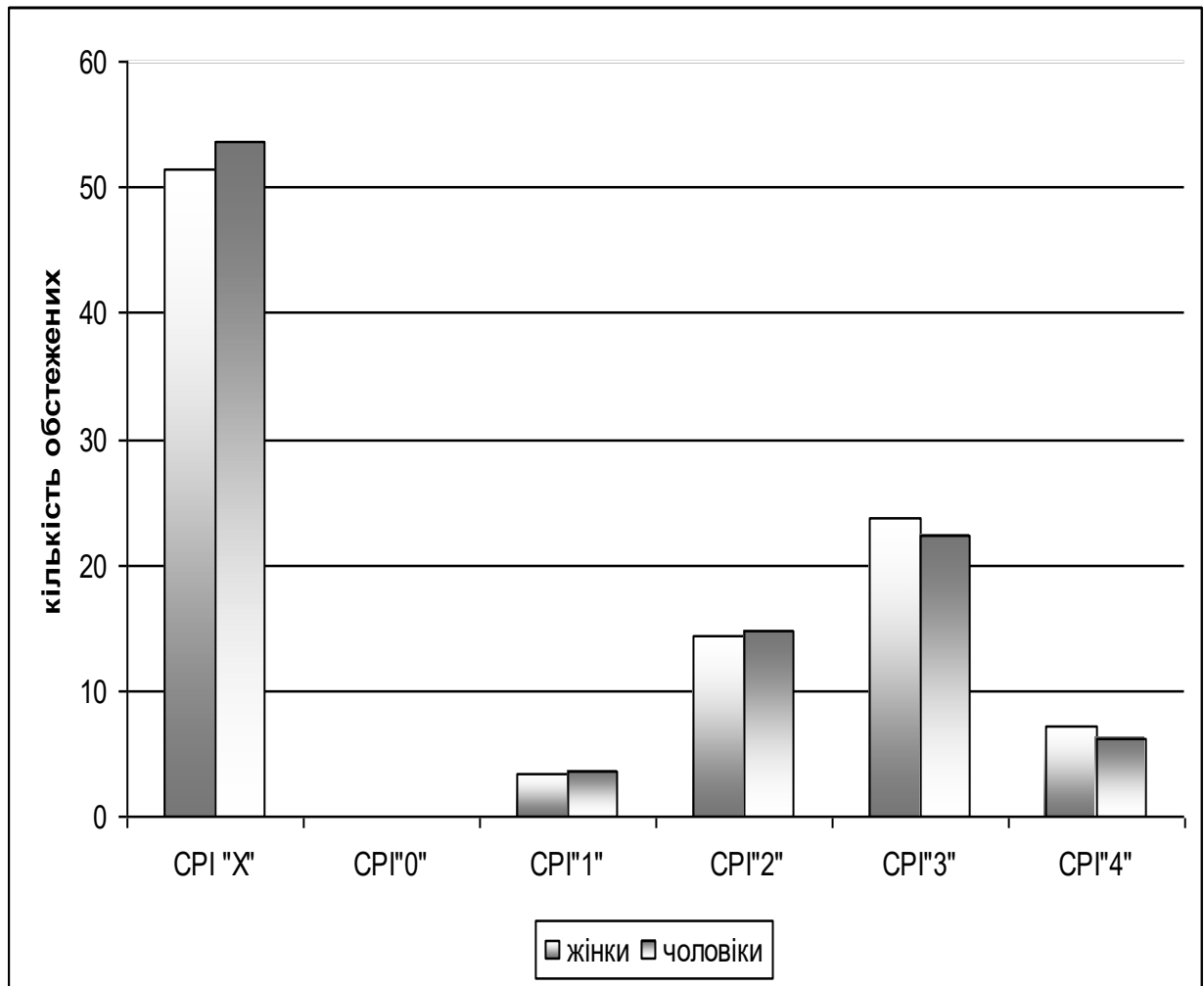


Рис. 3.3 Характеристика індексу CPI в осіб літнього віку

Разом з тим, зростають показники, що характеризують глибоке ураження тканин пародонта. Інтенсивність ураження підтверджується зростанням кількості виключених секстантів на 1 обстеженого – $3,6 \pm 0,24$ у чоловіків та $3,7 \pm 0,22$ у жінок ($p_2 < 0,05$). Також зменшується кількість секстантів із наявністю пародонтальних кишень глибиною 4–5 мм порівняно з даними у обстежених осіб похилого віку, і складає $16,69 \pm 0,86$ % та $15,43 \pm 0,8$ % у чоловіків та жінок, відповідно. Проте, незважаючи на значно меншу частоту виявлення секстантів з пародонтальними кишнями більше 6 мм (CPI «4»), наявність глибокого ураження тканин пародонта в осіб похилого віку залишається високою ($4,1 \pm 0,28$ % та $2,7 \pm 0,12$ %, $p_2 < 0,05$). Середня кількість секстантів з глибокими пародонтальними кишнями в

даній віковій групі суттєво не відрізняється від показників у обстежених осіб літнього віку ($0,1 \pm 0,005$ та $0,2 \pm 0,01$ секстанти відповідн ($p_2 < 0,05$).

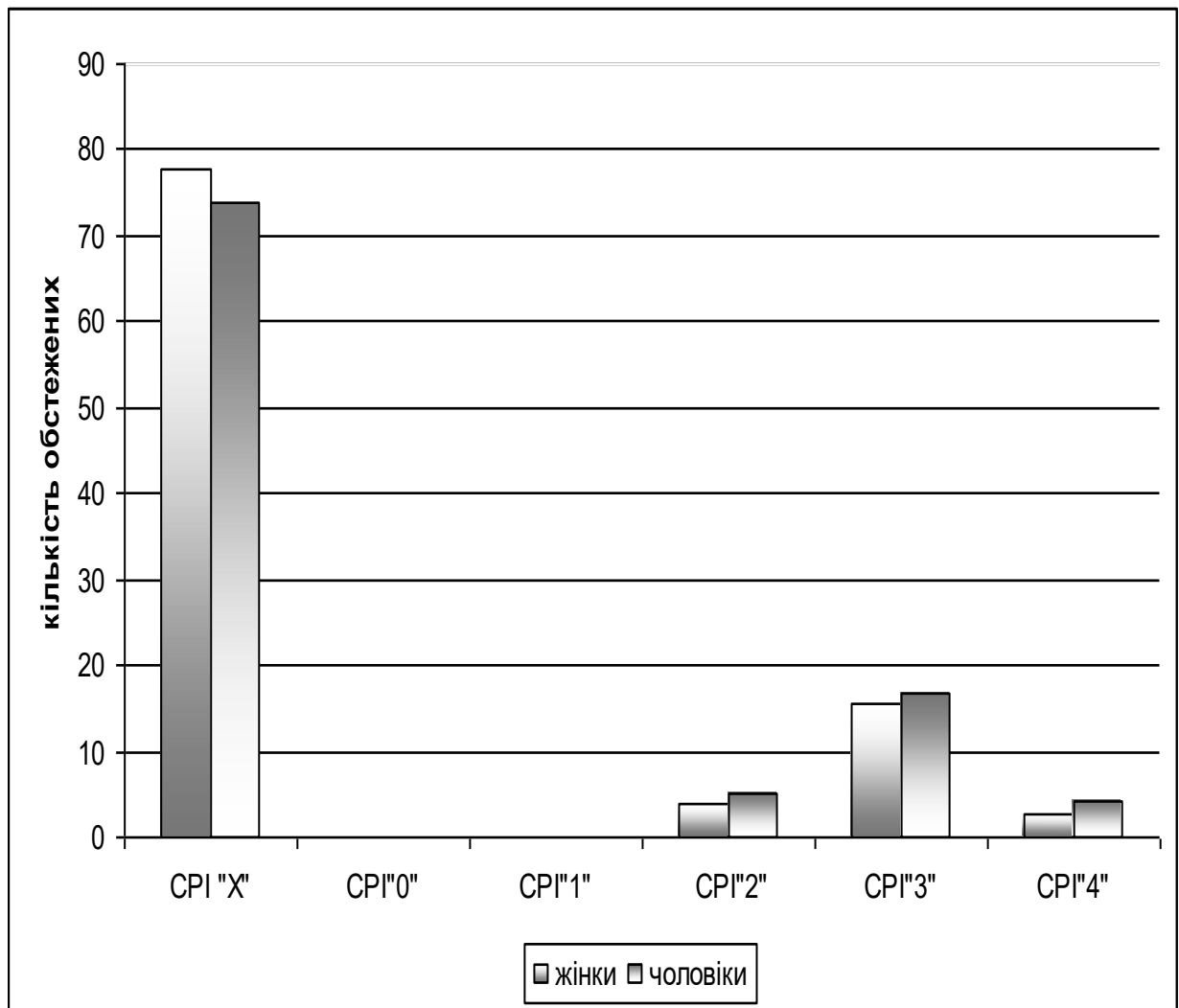


Рис. 3.4 Характеристика індексу CPI в осіб старечого віку

Отримані нами дані свідчать про високий рівень захворювань тканин пародонта та потребу в їх лікуванні. Зростання кількості виключених секстантів (показник CPI «X») та інтенсивності ураження CPI «3, 4» свідчать про значне прогресування патологічного процесу в тканинах пародонта. Слід зазначити, що індекс CPI «3, 4» передбачає обов'язкове проведення лікувально-профілактичних заходів таких, як:

- навчання та контроль індивідуальної гігієни порожнини рота, проведення професійної гігієни порожнини рота (фаза 1);

- обов'язкове залучення хірургічних та ортопедичних методів лікування (фаза 2,3).

Велике значення для прогнозу ефективності лікування має тривалість захворювання (рис. 3.5).

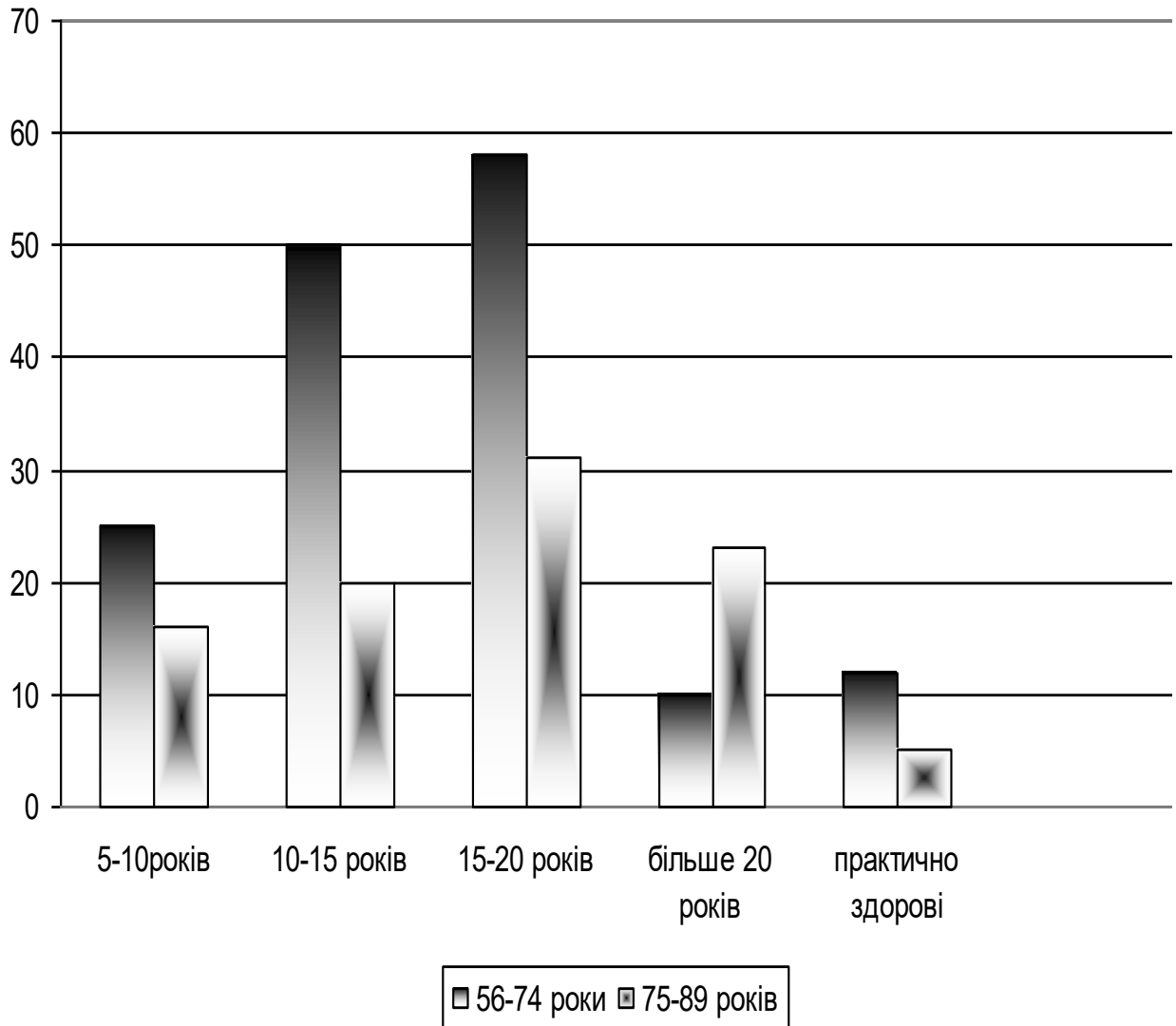


Рис. 3.5 Тривалість захворювання тканин пародонта у обстежених осіб похилого віку, за даними опитування

Так, при аналізі анамнестичних даних нами з'ясовано, що у більшості обстежених пацієнтів тривалість захворювання тканин пародонта складала від 15 до 20 років – у 89 (35,6 %) пацієнтів з них 58 осіб (37,4 %) літнього віку і 31 особа (32,63 %) – старечого віку. Кількість хворих із тривалістю захворювання від 5 до 10 років – 41 (16,4 %) пацієнт, із них 25 пацієнтів

(16,1 %) літнього віку і 16 пацієнтів (16,85 %) старечого віку. Вважали себе хворими від 10 до 15 років 70 (28,0 %) пацієнтів, із них 50 осіб (32,3 %) літнього та 20 хворих (21,05 %) старечого віку.

Кількість хворих із тривалістю захворювання більше 20 років становило 33 (13,2 %) пацієнтів: 10 (6,5 %) літнього та 23 (24,21 %) старечого віку. Вважали себе практично здоровими 17 (7,2 %) пацієнтів: 12 осіб (7,7 %) та 5 осіб (5,26 %) відповідно.

При цьому необхідно враховувати, що група пацієнтів із тривалістю захворювання понад 20 років може бути значно більше, а група «практично здорових» менш, оскільки нами наведено суб'єктивні дані (дані анкетування).

Встановити дату, коли вперше з'явилися ознаки захворювання (кровоточивість ясен I ст.) на разі неможливо.

Таким чином, аналіз стану тканин пародонта в осіб похилого віку і дає можливість зробити наступні висновки: для геронтологічних пацієнтів є характерним високий рівень поширеності захворювань пародонта (100 %). На характер клінічного перебігу та тяжкість патологічних процесів в альвеолярній кістці впливає довготривалий перебіг захворювання, що, в подальшому, обумовлює незворотні процеси в ній.

3.2 Стан гігієни порожнини рота та індексна оцінка тканин пародонта у обстежених

До місцевих факторів, що зумовлюють захворювання тканин пародонта належать: непостійний або неякісний гігієнічний догляд за порожниною рота, неякісні пломби, травматична оклюзія та неякісні ортопедичні апарати. Якісна індивідуальна гігієна порожнини рота є головною, як для профілактики так і на етапах лікування захворювань пародонта. Саме тому, для вирішення подальших задач було визначено рівень гігієни порожнини рота.

Вивчення результатів опитування та визначення гігієнічних індексів порожнини рота виявило недостатній рівень знань та навичок щодо індивідуальної гігієни порожнини рота у людей похилого віку.

Результати анкетного опитування свідчать, що більшість пацієнтів літнього та старечого віку не звертає уваги на значення індивідуальної гігієни порожнини рота для профілактики стоматологічних захворювань. Найчастіше вибір щіток та зубних паст вирішувався на користь вартості, без урахування рекомендацій лікаря-стоматолога. Зубні щітки не відповідали вимогам ступеня жорсткості та терміну використання. Також для геронтологічних хворих є характерним низька мотивація щодо проведення гігієни та її покращення.

Результати визначення гігієнічного індексу ОНІ-S за Green –Vermillion (1964) свідчать про незадовільну гігієну порожнини рота в обох вікових групах (табл. 3.3) та підтвердили відсутність якісного догляду за порожниною рота.

Таблиця 3.3

Показники індексу гігієни порожнини рота ОНІ-S та його складові DI-S та CI-S (по Green –Vermillion, 1960) у обстежених похилого віку

Показники	Пацієнти	
	Літнього віку	Старечого віку
ОНІ-S, бали	3,96±0,22	4,03±0,23 *
DI-S, бали	2,37±0,13	2,08±0,11 *
CI-S, бали	1,59±0,14	1,95±0,12 *

Примітка. * – різниця вірогідна порівняно з групою осіб літнього віку, p<0,05.

Середнє значення індексу гігієни складає $3,96 \pm 0,22$ бала у людей літнього віку і $4,03 \pm 0,23$ бала в осіб старечого віку, що розцінюється як поганий догляд за порожниною рота.

Простежується зв'язок між станом тканин пародонта і гігієною порожнини рота у обстежених (табл. 3.4, 3.5).

Таблиця 3.4

Індекс гігієни (ОHI-S Green –Vermillion) в осіб літнього віку залежно від стану тканин пародонта

Діагноз		Стать	Кількість пацієнтів	ОHI-S, бали	DI-S, бали	CI-S, бали
Гінгівіт		ч	5	$3,65 \pm 0,23$	$2,12 \pm 0,14$	$1,53 \pm 0,12$
		ж	4	$3,70 \pm 0,15^*$	$2,25 \pm 0,18^*$	$1,45 \pm 0,11^*$
ГП	I ст.	ч	8	$3,84 \pm 0,21$	$2,26 \pm 0,24$	$1,58 \pm 0,16$
		ж	16	$3,85 \pm 0,26^*$	$2,36 \pm 0,22^*$	$1,49 \pm 0,14^*$
	II ст.	ч	23	$4,1 \pm 0,24$	$2,55 \pm 0,25$	$1,55 \pm 0,16$
		ж	34	$4,12 \pm 0,23^*$	$2,50 \pm 0,22^*$	$1,65 \pm 0,15^*$
	III ст.	ч	12	$4,21 \pm 0,26$	$2,56 \pm 0,23$	$1,65 \pm 0,17$
		ж	24	$4,20 \pm 0,24^*$	$2,45 \pm 0,25^*$	$1,75 \pm 0,13^*$
Пародонтоз		ч	15	$4,04 \pm 0,25$	$2,36 \pm 0,22$	$1,68 \pm 0,14$
		ж	14	$3,90 \pm 0,23^*$	$2,29 \pm 0,23^*$	$1,61 \pm 0,15^{**}$

Примітки: * – різниця вірогідна між чоловіками та жінками $p_2 < 0,05$. ** – різниця не вірогідна між чоловіками та жінками $p_2 > 0,05$.

Таблиця 3.5

Індекс гігієни (ОHI-S Green –Vermillion) в осіб старечого віку залежно від стану тканин пародонта

Діагноз		Стать	Кількість пацієнтів	ОHI-S, бали	DI-S, бали	CI-S, бали
Гінгівіт		ч	1	3,87±0,21	1,95±0,21	1,92±0,18
		ж	1	3,82±0,24**	1,85±0,17**	1,97±0,18**
ГП	I ст.	ч	4	3,96±0,25	2,07±0,20	1,86±0,16
		ж	6	3,94±0,23**	2,04±0,16**	1,90±0,17**
	II ст.	ч	14	4,18±0,26	2,20±0,14	1,98±0,18
		ж	23	4,12±0,31**	2,16±0,14*	1,96±0,21**
	III ст.	ч	11	4,25±0,26	2,28±0,17	1,97±0,17
		ж	20	4,20±0,31*	2,00±0,18*	2,20±0,16*
Пародонтоз		ч	7	4,07±0,27	2,06±0,21	2,01±0,17
		ж	8	3,93±0,26*	2,20±0,17*	1,73±0,17*

Примітки: * – різниця вірогідна між чоловіками та жінками $p_2 < 0,05$, ** – різниця не вірогідна між чоловіками та жінками $p_2 > 0,05$.

Найнижчий показник гігієни було зафіксовано у чоловіків старечого віку за наявності генералізованого пародонтиту III ступеня – 4,25 бала.

Статистично значимих відмінностей між станом гігієнічного догляду порожнини рота у чоловіків і жінок нами не виявлено.

Виходячи з того, що з 250 обстежених у 190 (76,0 %) випадків були наявні різні ортопедичні конструкції, необхідно враховувати гігієнічний стан не лише зубного ряду, але й гігієнічний догляд за протезами.

Вплив знімних зубних протезів на тканини пародонта пов'язаний із погіршенням очищення зубів і порожнини рота за наявності ретенційних пунктів, що створюються ортопедичними конструкціями. Важливу роль відіграють конструкція та якість виготовлених зубних протезів, їх адекватність завданням протезування та ін.

З урахуванням цього нами, було проведено оцінку гігієни порожнини рота при різних варіантах стоматологічного статусу (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Гігієнічний стан порожнини рота при різних варіантах стоматологічного статусу пацієнтів (за Ю. В. Чижовим та О. М. Новиковим, 2005)

Варіанти стоматологічного статусу	Гігієнічний статус пацієнтів	
	Пацієнти літнього віку, бали	Пацієнти старечий віку, бали
Частковий знімний протез, мостоподібний протез або поодинокі коронки, зуби	2,37±0,24	2,83±0,32*
Частковий знімний протез, зуби	1,97±0,18	2,21±0,25*
Мостоподібний протез або поодинокі коронки, зуби	0,23±0,02	0,37±0,05*

Примітка. * – різниця вірогідна порівняно з групою осіб літнього віку, $p < 0,05$.

Універсальний гігієнічний індекс порожнини рота в осіб похилого віку за Ю. В. Чижовим та О. М. Новиковим (2005) найбільш повно відображає стан гігієни порожнини рота та зубних протезів.

Аналіз гігієни порожнини рота з урахуванням стоматологічного статусу, показав, що найбільш високі показники індексу виявлено в осіб старечого віку у разі комбінації знімних та незнімних протезів.

У хворих літнього віку ступінь забруднення у разі комбінації знімних та незнімних протезів складає $2,37 \pm 0,24$ бала, за наявності часткового знімного протезу цей показник дорівнює $1,97 \pm 0,18$ бала, а за наявності незнімних протезів – $0,23 \pm 0,02$ бала.

У хворих старечого віку ступінь забруднення у разі комбінації знімних та незнімних протезів складає $2,83 \pm 0,32$ бала, за наявності часткового знімного протезу – $2,21 \pm 0,25$ бала, а у разі незнімних протезів – $0,37 \pm 0,05$ бала.

Отримані показники розцінюються як середній ступінь забруднення. Незважаючи на це, значення показника найвище в осіб старечого віку в разі комбінації знімних та незнімних протезів. Такий стан, на нашу думку, нерідко пов'язаний із фізичною слабкістю, важкістю самостійного фізичного обслуговування себе, а також необізнаністю щодо індивідуальних засобів гігієни порожнини рота та знімних протезів та їх значення для збереження зубів та їх функції.

Погіршення гігієни порожнини рота у людей похилого віку пов'язано не лише зі згасанням звички та уміння чистити зуби, але і з об'єктивними чинниками: вікові зміни тканин пародонта, зміна складу і в'язкості слини, перехід на м'яку (карієсогенну) їжу, загальний стан здоров'я та матеріальні обмеження у придбанні якісних та сучасних засобів гігієни, а також необізнаністю щодо індивідуальних засобів гігієни порожнини рота та догляду за знімними протезами.

В осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонти як наслідок тривалого запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта

переважають деструктивні зміни тканин пародонтального комплексу: зменшення біологічної ширини ясен, втрата епітеліального прикріплення, деформація ясенного краю, оголення шийок і коренів зубів, дефекти фуркацій, втрата естетичного вигляду.

Дані щодо значення індексів ПІ та РМА в осіб похилого віку наведені в табл. 3.6. У осіб літнього віку пародонтальний індекс складає $3,21 \pm 0,37$ у чоловіків та $2,88 \pm 0,29$ у жінок. Значення показника відповідає змінам тканин пародонта, які відбуваються при генералізованому пародонтиті II ступеня. Показник РМА складає $64,7 \pm 3,7$ % та $58,5 \pm 3,4$ % для чоловіків та жінок відповідно (табл. 3.7). Ми пояснюємо гірші показники у чоловіків незадовільним станом гігієни порожнини рота у них. Жінки приділяють гігієні порожнини рота більше уваги.

Таблиця 3.7

Значення індексів ПІ та РМА в осіб похилого віку

Показники	Стать	Значення індексів	
		Пацієнти літнього віку	Пацієнти старечого віку
ПІ, бали	ч	$3,21 \pm 0,37$	$2,71 \pm 0,37^*$
	ж	$2,88 \pm 0,29$ $p_1 < 0,05$	$2,58 \pm 0,26^*$ $p_1 > 0,01$
РМА, %	ч	$64,7 \pm 3,7$ %	$46,7 \pm 3,4$ %*
	ж	$58,5 \pm 3,4$ % $p_1 < 0,05$	$48,5 \pm 3,1$ %* $p_1 < 0,05$

Примітка. * – різниця вірогідна порівняно з групою осіб літнього віку, $p < 0,05$;
 p_1 – різниця в групі порівняно з чоловіками.

У осіб старечого віку, порівняно з особами літнього віку, виявлено зменшення пародонтального індексу до $2,71 \pm 0,37$ у чоловіків та до $2,58 \pm 0,26$

у жінок, але ці значення також характерні для ГП II ступеня та РМА – $46,7 \pm 3,4$ % у чоловіків та $48,5 \pm 3,1$ % у жінок. Зниження показників, на нашу думку, відбувається не за рахунок покращення стану тканин пародонта, а за рахунок поглиблення дистрофічних процесів у альвеолярній кістці. З'являються біфуркаційні дефекти, рецесія ясен, оголення шийок зубів.

3.3 Структура індексу КПВ та рівень стоматологічної допомоги

При вивченні стану порожнини рота та визначенні мети на етапі планування стоматологічної допомоги має значення структура індексу КПВ. Нами було проведено аналіз структури індексу КПВ, при цьому було виявлено особливості, характерні для геронтологічних пацієнтів.

Системна оцінка стану органів порожнини рота в осіб літнього та старечого віку виявила наявність карієсу зубів у всіх обстежених, незалежно від вікового періоду. Загальний показник розповсюдженості карієсу у осіб як літнього, так і старечого віку складав $100,0$ %.

Оскільки на розвиток захворювань тканин пародонта, перш за все, має вплив стан зубів, ми вивчали структуру індексу КПВ (індексна оцінка В), а також визначали середню кількість зубів, які підлягають видаленню з приводу ускладненого карієсу та захворювань тканин пародонту на момент обстеження (табл. 3.8, рис. 3.6).

Аналіз наведених даних показує, що кількість видалених зубів (В) у осіб літнього віку складає $13,39 \pm 0,75$ %, зростаючи у пацієнтів старечого віку до $19,6 \pm 0,91$ %. Цей елемент індексу складають зуби, видалені до моменту обстеження, як з приводу карієсу, так і з приводу захворювань тканин пародонта. Диференціювати ці критерії за даними анамнезу складно. Саме тому, ми оцінювали елемент індексу Х – зуби, які на момент обстеження підлягають видаленню. Цей елемент включає кількість зубів із ускладненим карієсом або ураженим пародонтом, що не підлягають лікуванню та дозволяє оцінювати вплив захворювань тканин пародонту на втрату функції жувального апарату. Найбільшу кількість зубів, що підлягають видаленню,

констатовано в осіб літнього віку. З віком цей показник зменшується, що, імовірно, обумовлено високою питомою вагою елементу В у обстежених старечого віку.

Таблиця 3.8

**Структура індексу КПВ в осіб літнього та старечого віку, мешканців
м. Києва, % ***

Група	КПВ	Складові КПВ				
		К	Ку	Х	П	В
Літній вік	21,8±0,40	1,6±0,09	1,9±0,11	1,5±0,03	3,41±0,21	13,39±0,75
Старечій вік	25,9±0,64	1,1±0,06	0,9±0,04	1,2±0,05	3,20±0,12	19,6±0,91

Примітки: К – зуби уражені карієсом, що підлягають лікуванню; Ку – зуби з ускладненим карієсом, що підлягають лікуванню; Х – зуби, що підлягають видаленню з приводу ускладненого карієсу і пародонтиту; П – пломбовані зуби; В – видалені зуби.

Як свідчать результати наших досліджень, кількість збережених зубів із віком зменшується: від 14,61±0,8 у осіб літнього віку до 8,4±0,5 у обстежених старечого віку, що приблизно у 2 рази менше показника зубів, що збереглися, рекомендованого ВООЗ щодо даної вікової групи. Згідно рекомендаціям ВООЗ, у літніх людей повинно бути не менше 20 природних функціонуючих зубів. За такої кількості зубів, що збереглися, жувальна функція зубощелепної системи вважається задовільною.

Разом із тим, простежується й інша деталь. Так, величина показника К зменшується зі зростанням віку. Так само скорочується питома вага ускладненого карієсу, що підлягає лікуванню. А у числі збережених зубів висока питома вага таких, що підлягають видаленню. Так, у осіб першої групи із числа збережених зубів 1,5±0,03 % підлягають видаленню, а у осіб

другої групи цей показник зменшується до $1,2 \pm 0,05$ %. Основними показаннями до видалення зубів є виражена їх рухомість, втрата жувальної функції у зв'язку з деструкцією кісткової тканини та запально-дистрофічними змінами ясен і періодонту.

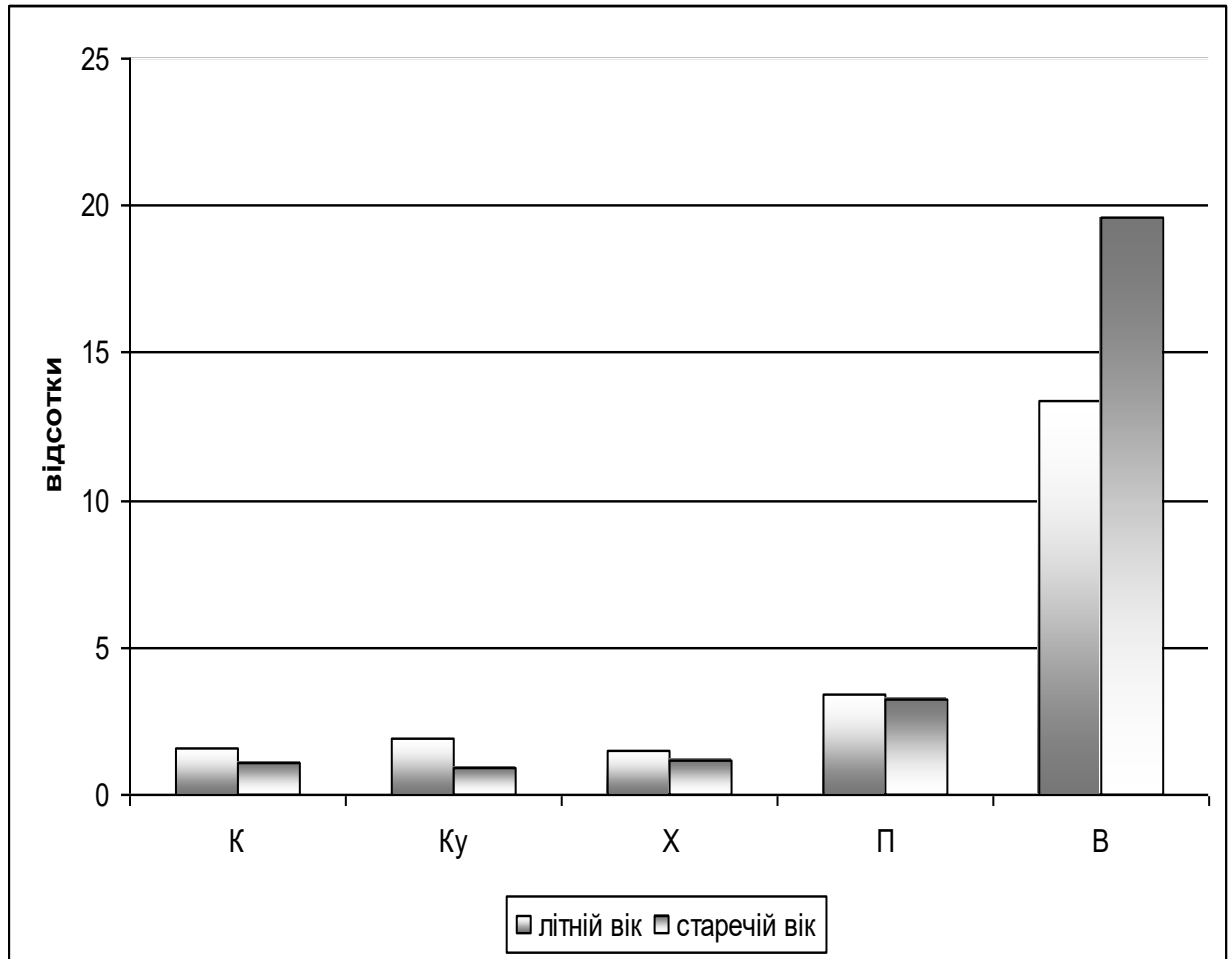


Рис. 3.6 Структура індексу КПВ в осіб літнього та старечого віку, мешканців м. Києва, %

Аналізуючи одержані результати, ми прийшли до висновку, що в обох групах сума показників $K+Ku+X$ вища за значення показника П, що свідчить про недостатню стоматологічну допомогу населенню похилого віку, про низьку мотивацію до профілактики захворювань порожнини рота і, як наслідок, високий відсоток видалених зубів із-за невчасного звертання і неможливості вчасно провести консервативне лікування.

Паралельно з вивченням стану тканин пародонта, нами вивчено рівень стоматологічної допомоги (РСД) геронтологічним пацієнтам. У середньому РСД дорівнює 36,3 %, що розглядається як «недостатній рівень». Необхідно відзначити, що у 13,6 % випадків (34 пацієнти) мали РСД більше 75 %, що розглядається як «хороший рівень». Весь зубний ряд був відновлений, за необхідності, коронками або знімними протезами. Але при цьому не враховувався стан тканин пародонта. У всіх цих пацієнтів необхідним було проведення комплексу лікувальних та профілактичних заходів у зв'язку з наявністю запалення та дистрофічних змін тканин пародонта. Також виділено групу пацієнтів, 12,0 % (30 осіб), у яких РСД був нижче за 9 %, що розглядається як «поганий рівень». Вони мали потребу, в першу чергу, у раціональному протезуванні.

У патогенезі генералізованого пародонтита істотне значення має травматична оклюзія. На перебіг захворювання також чимале значення має кількість збережених зубів. Аналізуючи отримані дані: СРІХ від 52,3 %, величину індексу КПВ від $21,8 \pm 0,40$, його складову В та РСД – 36,2 %, можливо зробити висновки, що збережені зуби несуть неадекватне навантаження. А це, у свою чергу, призводить до локального посилення процесів резорбції альвеолярної кістки та посилює запальні процеси в тканинах пародонта.

В свою чергу, запально-дистрофічні процеси в тканинах пародонту та травматичне навантаження пародонта порушує опорно-утримувальну функцію пародонта, що призводить до патологічної рухомості зубів.

Всі ці чинники посилюють прогресування хвороб пародонта.

3.4 Взаємозв'язок хвороб пародонта і системної патології

Враховуючи, що патологічні процеси в тканинах пародонта розвиваються на тлі соматичних та системних захворювань, а для людей похилого віку характерна множинність соматичної патології, нами було

проведено оцінку взаємозв'язку хвороб пародонту та системної патології. Для цього було проведено аналіз нозологічних захворювань, які найчастіше зустрічаються у даного континенту обстежених. За даними виписок з медичних карток більша частина обстежених хворих мала захворювання травного тракту (95,8 %), серцево-судинної системи (89,5 %), захворювань нервової системи (81,3 %) опорно-рухового апарату (59,6 %) і органів дихання (33,6 %). Частота захворювань представлена в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Частота (структура) соматичних захворювань в обстежених

Система	Обстежені літнього віку		Обстежені старечого віку		Разом, %	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Травна	147	94,8	92	96,8	239	95,8
Серцево-судинна	132	85,2	89	93,7	221	89,5
Нервова	123	79,3	79	83,2	202	81,3

Найчастіше, у 95,8 % випадках, з них у 147 (94,8 %) пацієнтів літнього віку та у 92 (96,8 %) осіб старечого віку, зустрічались захворювання травної системи, такі як: хронічний гастрит, хронічний коліт, хронічний панкреатит та хронічний холецистит. У 89,5 % (85,2 % та 93,7 % хворих відповідно)

випадків – захворювання серцево-судинної системи або поєднання гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця. Таким чином, на одного геронтологічного хворого припадає більше ніж дві нозологічні форми соматичних хвороб.

Аналізуючи дані проведеного анкетування, нами було виявлено чинники, які сприяють прогресуванню патологічних змін у тканинах пародонта в осіб похилого віку:

- хвороби органів і систем – 83,7 %;
- соціально-економічні – 76,3 %.
- шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю та їх тривала дія на організм) – 53,1 %;
- непоінформованість про засоби гігієни – 48,3 %;
- страх перед стоматологічними втручаннями і негативні відгуки знайомих – 46,3 %;
- особливості харчування (обмеження у виборі харчових продуктів, прийом м'якої і одноманітної їжі) – 45,4 %;
- тривалість лікування і необхідність повторних відвідувань – 35,2 %;
- наявність зубних протезів, особливо часткових знімних і поганий догляд за ними – 26,9 %.

Мотивація осіб літнього і старечого віку щодо проведення профілактичних та лікувальних заходів виявилася низькою. Під час дослідження виявлено, що 200 опитаних (80 %) лише 1 раз відвідали стоматолога за останні 2 роки, при цьому у 171 (68,4 %) випадку, як правило, зверталися за потреби у разі гострого болю або для відновлення зубного ряду протезами. Регулярно чистять зуби, тобто двічі в день – 150 осіб (60 %), а правильні рухи зубної щітки при чищенні зубів проводили лише 45 (18 %) опитаних. Із додатковими засобами гігієни мало хто ознайомлений і не використовує ополіскувачі, йоржики, флоси. Вибір індивідуальних засобів гігієни порожнини рота – зубні щітки та пасти, здійснювався без урахування стоматологічного статусу та, як правило, не відповідав потребам пацієнта.

У переважній більшості пацієнти похилого віку при виборі зубних щіток та паст обирають найдешевше. Отримані дані свідчать про низьку мотивацію у людей літнього та старечого віку стежити за станом порожнини рота.

Низьку мотивацію доглядати за станом порожнини рота, у людей похилого віку ми пояснюємо кількома причинами:

- складність запису на прийом до стоматолога в районній поліклініці та недоступність (фінансова) отримання допомоги у приватних стоматологів;
- неможливість самостійного відвідування стоматолога, за рахунок труднощів пересування або внаслідок тривалих захворювань;
- поширеність думки – «відсутність зубів – ознака старості»;
- складність самостійного обслуговування, пов'язаного з фізичною слабкістю, і, як наслідок, незадовільна гігієна порожнини рота;
- зміна психоемоційного стану в похилому віці – примхливість, дратівливість, вимога підвищеної уваги до себе;
- відсутність додаткових соціальних програм на рівні охорони здоров'я з надання стоматологічної допомоги населенню зазначених вікових категорій та підготовки лікарів-стоматологів для роботи з геронтологічними хворими.

Проведений аналіз стоматологічного статусу в осіб похилого та старечого віку дозволив виділити загальні його особливості:

- висока розповсюдженість захворювань тканин пародонта (100 %);
- висока розповсюдженість карієсу (100,0 %);
- велика кількість видалених зубів (В)- $13,39 \pm 0,75$ % та $19,6 \pm 0,91$ %;
- відсутність лікування і профілактики через соціально – економічні проблеми (РСД – 36,3 %);
- низька мотивація осіб похилого віку до лікування.

Необхідно також враховувати, що стоматологічна патологія може обтяжувати, посилювати або викликати загострення вже наявної соматичної патології, характерної для цих вікових груп.

Отримані дані свідчать про недостатній рівень задоволення потреб осіб літнього і старечого віку у стоматологічній допомозі.

Геронтологічні пацієнти, таким чином, потрапляють в замкнуте коло: з одного боку змінюються соціально-політичні і економічні умови, все більший перехід стоматологічної допомоги в стоматологічні платні послуги витіснили пацієнтів літнього та старечого віку за межу соціальної захищеності. Останні не завжди можуть оплатити стоматологічні послуги. Не проводиться підготовка стоматологів для роботи з геронтологічними хворими, які б враховували специфіку старіючого організму та опановували навички психологічної роботи з даною категорією хворих. При виборі медикаментозного лікування необхідно враховувати, що людина приходить до старості з величезним «букетом» хвороб, який вона збирала впродовж всього життя.

У той же час потреба в комплексному підході (терапевтичний, хірургічний і ортопедичний) дуже висока.

Для геронтологічної групи пацієнтів питання вдосконалення лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги з урахуванням вікових особливостей, дослідження і впровадження найбільш ефективних форм надання стоматологічній допомозі і наближення її до потреб даної категорії хворих мають виключно важливе значення нарівні з іншими медико-соціальними проблемами охорони здоров'я та підвищення якості життя.

Для ілюстрації викладеного наведемо короткі витяги з медичних карток осіб літнього та старечого віку.

Витяг з історії хвороби № 4587. Скарги: неприємний запах з рота. Кровоточивість та болючість ясен, що виникає під час споживання твердої їжі. Поява проміжків між убами та їх рухомість.

Дані об'єктивного дослідження: запалення ясен, рецесія ясен в області передніх зубів, наявність трем, ознаки травматичної оклюзії, відкладення зубного нальоту та зубного каменя, дефекти структури твердих тканин

коронки зубів, патологічна рухомість фронтальних зубів II ступеня, незаміщені дефекти зубних рядів (рис. 3.7).



Рис 3.7 Фото вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В (історія хвороби № 4587) літнього віку до початку лікування

Витяг з історії хвороби № 6678. Скарги: неприємний запах з рота. Кровоточивість та болючість ясен, що виникає під час споживання твердої їжі. Поява проміжків між зубами та їх рухомість, клиноподібні дефекти на присінкових поверхнях фронтальних зубів. Чутливість зубів до хімічних, термічних та механічних подразників.

Дані об'єктивного дослідження: дифузне запалення ясен, рецесія ясен в області усіх збережених зубів, оголення шийок і коренів зубів, наявність травматичної оклюзії, пришийковий карієс 4.3 зуба, незаміщені дефекти зубних рядів (рис. 3.8).



Рис. 3.8 Фото вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В. (історія хвороби № 6678) старечого віку до початку лікування

Витяг з історії хвороби № 5670: на ортопантограмі втрата цілісності компактної пластинки, резорбція альвеолярної кістки, кісткові кішені, остеопороз (рис. 3.9).

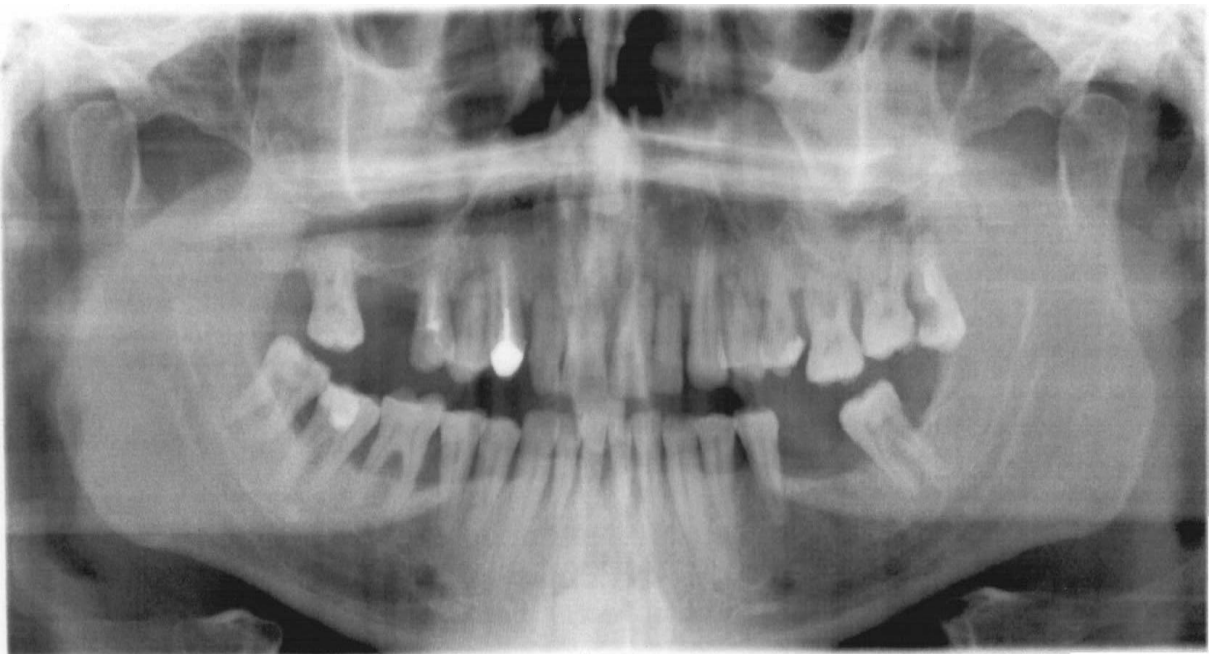


Рис. 3.9 Ортопантомограма. Пацієнт К., старечого віку

Висновки

З числа обстежених захворювання тканин пародонта виявлено в 100 % випадках. Генералізований пародонтит (ГП) було діагностовано у 117 (75,48 %) пацієнтів літнього віку, з них – 43 (68,3 %) чоловіка та 74 (80,5 %) жінки, та у 78 (82,11 %) осіб старечого віку – 29 (78,4 %) чоловіків та 49 (84,5 %) жінок.

При аналізі стану тканин пародонта за структурою індексу СРІ було виявлено особливості, характерні для даної категорії пацієнтів: високий відсоток виключних секстантів, тоді як здоровий пародонт (СРІ«0») у жодній віковій групі не виявлено, у структурі індексу переважають ознаки незворотних патологічних змін тканин пародонту.

В осіб літнього віку поширеність виключених секстантів (СРІ«X») складає у чоловіків $53,27 \pm 3,12$ %, а у жінок $51,40 \pm 3,11$ % при середній інтенсивності ураження $2,7 \pm 0,14$ та $2,8 \pm 0,13$ секстанта на 1 обстеженого ($p < 0,05$). У осіб старечого віку СРІ «X» зростає і складає у чоловіків $73,94 \pm 5,16$ % та $77,87 \pm 5,12$ % у жінок ($p < 0,05$), перебільшуючи цей показник у чоловіків літнього віку на $20,67 \pm 1,23$ %, а у жінок на $26,47 \pm 1,34$ %. Зростає також інтенсивність ураження, що підтверджується зростанням кількості виключених секстантів на 1 обстеженого $3,6 \pm 0,24$ у чоловіків та $3,7 \pm 0,22$ у жінок ($p < 0,05$).

При аналізі анамнестичних даних нами було з'ясовано, що у більшості обстежених пацієнтів тривалість захворювання тканин пародонта складала від 15 до 20 років – у 89 (35,6 %) пацієнтів. З них 58 осіб (37,4 %) літнього віку і 31 особа (32,63 %) – старечого віку.

До місцевих факторів, що зумовлюють захворювання тканин пародонта, належать: непостійний або неякісний гігієнічний догляд за порожниною рота, неякісні пломби, травматична оклюзія та неякісні ортопедичні апарати.

Простежується зв'язок між станом тканин пародонта і гігієною порожнини рота у обстежених. Найнижчий показник гігієни було

зафіксовано у чоловіків старечого віку за наявності генералізованого пародонтита III ступеня – 4,25 бала.

Аналіз гігієни порожнини рота з урахуванням стоматологічного статусу показав, що найбільш високі показники індексу виявлено в осіб старечого віку у разі комбінації знімних та незнімних протезів.

Погіршення гігієни порожнини рота у людей похилого віку пов'язано не лише зі згасанням звички та уміння чистити зуби, але і з об'єктивними чинниками: вікові зміни тканин пародонта, зміна складу і в'язкості слини, перехід на м'яку (карієсогенну) їжу, загальний стан здоров'я та матеріальні обмеження у придбанні якісних та сучасних засобів гігієни, а також необізнаністю щодо індивідуальних засобів гігієни порожнини рота та догляду за знімними протезами. Загальний показник розповсюдженості карієсу у осіб як літнього, так і старечого віку складав 100,0 %.

У людей літнього і старечого віку хвороби пародонта є найчастішою причиною втрати зубів, що призводить до зміни якості життя цієї категорії населення. Кількість видалених зубів (В) у осіб літнього віку складає $13,39 \pm 0,75$ %, зростаючи у пацієнтів старечого віку до $19,6 \pm 0,91$ %.

До особливостей захворювань у людей похилого віку відносять: множинні патологічні зміни, неспецифічні прояви хвороб, швидке погіршення стану здоров'я, якщо не забезпечено лікування, висока частота ускладнень, необхідність реабілітації. Множинність, обтяженість і поєднання загальної соматичної патології, взаємна обумовленість патологічних і вікових змін знижують адаптаційні можливості старіючого організму, визначаючи переважно хронічний перебіг захворювань. За даними виписок з медичних карток більша частина обстежених хворих мала захворювання травного тракту (95,8 %), серцево-судинної системи (89,5 %), захворювань нервової системи (81,3 %) опорно-рухового апарату (59,6 %) і органів дихання (33,6 %).

Доведено тісний взаємозв'язок захворювань пародонта з загальним станом організму людини.

За матеріалами даної глави опубліковано 2 статті у виданнях, рекомендованих ДАК України:

1. Кананович Т. Н. Дифференцированный подход к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта у лиц пожилого возраста / Т. Н. Кананович // Современная стоматология. – 2013. – № 2 (66). – С. 9–11.

2. Політун А. М. Етичні та деонтологічні проблеми при наданні стоматологічної допомоги людям літнього та старечого віку / А. М. Політун, Т. М. Кананович, О. Д. Головчанська // Проблемы старения и долголетия. – 2013. – № 2 (22). – С. 211–218.

РОЗДІЛ 4

ПОКАЗНИКИ КАЛЬЦІЙ-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ І СТАН КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Численні дослідження останніх років свідчать про патогенетичне значення системних порушень метаболізму кісткової тканини для розвитку і прогресування генералізованого пародонтиту [104]. У наукових клінічних пародонтологічних працях маються докази щодо зв'язку механізмів деструктивно-резорбтивних змін у альвеолярній кістці з системними структурно-функціональними змінами кісткової тканини скелету, які залежать від загального соматичного стану, віку та статі хворого. З іншого боку, існує думка, за якою розглядають суттєвий вплив генералізованого пародонтита на розвиток системних порушень кісткової тканини. Це пов'язують із тим, що підсилення процесів резорбції альвеолярної кістки, які залежать від дії пародонтопатогенних чинників, можуть сприяти порушенню процесів ремоделювання кісткової тканини щелеп, та впливати на загальний стан метаболізму кісткової тканини організму.

Основною метою даного етапу роботи був аналіз стану кісткового метаболізму у хворих похилого віку на генералізований пародонтит за даними біохімічних кісткових маркерів. Ці результати важливі для визначення доцільності медикаментозного лікування: чим вище значення показників активності кісткового метаболізму та чим нижче значення кісткової щільності порівняно з віковими критеріями норми, тим більша потреба в необхідності призначення спеціальних засобів.

Доведено, що одним із найважливіших процесів, що визначають активність, рівень і прогноз розвитку запально-дистрофічних явищ у пародонті є білковий та мінеральний обмін. Порушення їх метаболізму значно впливає на клінічну картину захворювання і визначає специфіку медикаментозного лікування у комплексній терапії хворих на

генералізований пародонтит. Особливе значення має вивчення цих питань у осіб літнього та старечого віку, тому що до сьогодення вони повністю не розкриті.

Нами було досліджено рівень біохімічних показників, що характеризують особливості метаболічних порушень у матриксі кісткової тканини в осіб похилого віку, хворих на пародонтит.

Швидкість утворення або руйнування матриксу кісткової тканини можливо оцінювати або за визначенням активності специфічних ферментів кістковоутворюючих або кістковоруйнуючих клітин, наприклад, лужної фосфатази, або шляхом вивчення компонентів, які надходять до кровотоку в період синтезу чи внаслідку резорбції кістки. Не дивлячись на те, що зазначені показники поділяють на маркери синтезу та маркери резорбції кістки, необхідно враховувати, що в умовах патологічного процесу будь-який з цих показників буде відображати сумарну швидкість метаболізму кісткової тканини. Тобто, біохімічні маркери відтворюють підсумкові зміни резорбції і кісткоутворення, які можуть бути спрямовані в той чи інший бік.

Для вирішення поставлених у роботі завдань нами було досліджено маркери формування кісткової тканини (білковозв'язаний гідроксипролін у сироватці крові, активність лужної фосфатази) та маркери деструкції кістки (вільний гідроксипролін у сироватці крові, оксипролін у добовій сечі), рівень кальцію і фосфору в сечі. Всього було обстежено 107 хворих на генералізований пародонтит та 30 осіб того ж віку і стану, які не мали захворювань та чинників ризику розвитку системних змін кісткової тканини.

Залежно від стану тканин пародонту було сформовано 4 досліджувальні групи (табл.4.1), з них 3 основних і одна група порівняння. Біохімічні дослідження проводили у хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу.

До першої групи увійшло 20 (18,7 %) осіб хворих на генералізований пародонтит I ступеня з них 10 (50,0 %) осіб літнього віку та 10 (50,0 %) – старечого віку.

**Розподіл хворих на генералізований пародонтит
за віком і діагнозом**

Групи обстежених	ГП, ступінь розвитку	Загальна кількість обстежених		Вік обстежених, роки			
		Абсолютне число	%	55–74		75–89	
				Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
Основна	I	20	18,7	10	50,0	10	50,0
	II	57	53,2	37	64,9	20	35,1
	III	30	28,1	15	50,0	15	50,0
Порівняння		30		20	66,7	10	33,3
Всього		137		82	59,85	55	40,15

До другої 57 (53,2 %) хворих на генералізований пародонтит II ступеня – 37 (64,9 %) осіб літнього віку та 20 (35,1 %) старечого віку, до третьої – 30 (28,1 %) осіб, у яких діагностовано генералізований пародонтит III ступеня, з них 15 (50,0 %) осіб літнього віку та 15 (50,0 %) обстежених старечого віку.

4.1 Визначення вмісту фракцій гідроксипроліну в сироватці крові у хворих на генералізований пародонтит

Рівень метаболізму кісткової тканини з'ясовували за показниками вмісту білковозв'язаного та вільного гідроксипроліну в сироватці крові та

активністю лужної фосфатази залежно від віку обстежених та глибини патологічного процесу в тканинах пародонта (табл. 4.2, 4.3; рис. 4.1, 4.2).

Таблиця 4.2

**Результати визначення вмісту фракцій гідроксипроліну в сироватці
крові у хворих на генералізований пародонтит
віком 55–74 років**

Групи обстеження		Кількість обстежених	Білковозв'язаний гідроксипролін, мкмоль/л	Вільний гідроксипролін, мкмоль/л
Порівняння		20	11,9±1,32	5,81±0,21
Основна	ГП, I ст.	10	10,42±1,21*	6,41±0,42*
	ГП, II ст.	37	9,93±1,18*	6,67±0,51*
	ГП, III ст.	15	9,32±1,15*	6,86±0,54*
Середні значення			9,89±1,18	6,64±0,48

Примітка. * – р показник достовірності відмінності між даними основної та групою порівняння, $p < 0,05$.

Аналіз одержаних даних виявив, що у обстежених осіб віком 56–74 років, хворих на генералізований пародонти, відмічається чітка тенденція до зниження білковозв'язаного гідроксипроліну порівняно з даними, отриманими у осіб групи порівняння. Так, середнє значення цього показника у хворих на генералізований пародонтит знижено порівняно з даними групи порівняння на 16,9 %.

Аналіз отриманих результатів у хворих на генералізований пародонтит також виявив зниження їх залежно від глибини патологічного процесу в тканинах пародонта.

У осіб літнього віку основної групи, хворих на генералізований пародонтит I ступеня білковозв'язаний гідроксипролін відносно групи порівняння знижується на 12,44 % і становить $10,42 \pm 1,21$ мкмоль/л ($p < 0,05$) при ГП II ст. вміст зменшується до $9,93 \pm 1,18$ мкмоль/л (на 16,54 %), ($p < 0,05$). Найбільш виражене зменшення концентрації білковозв'язаного гідроксипроліну в сироватці крові у хворих на ГП III ст. – $9,32 \pm 1,15$ мкмоль/л, що менше від групи порівняння на 21,6 %, ($p < 0,05$).

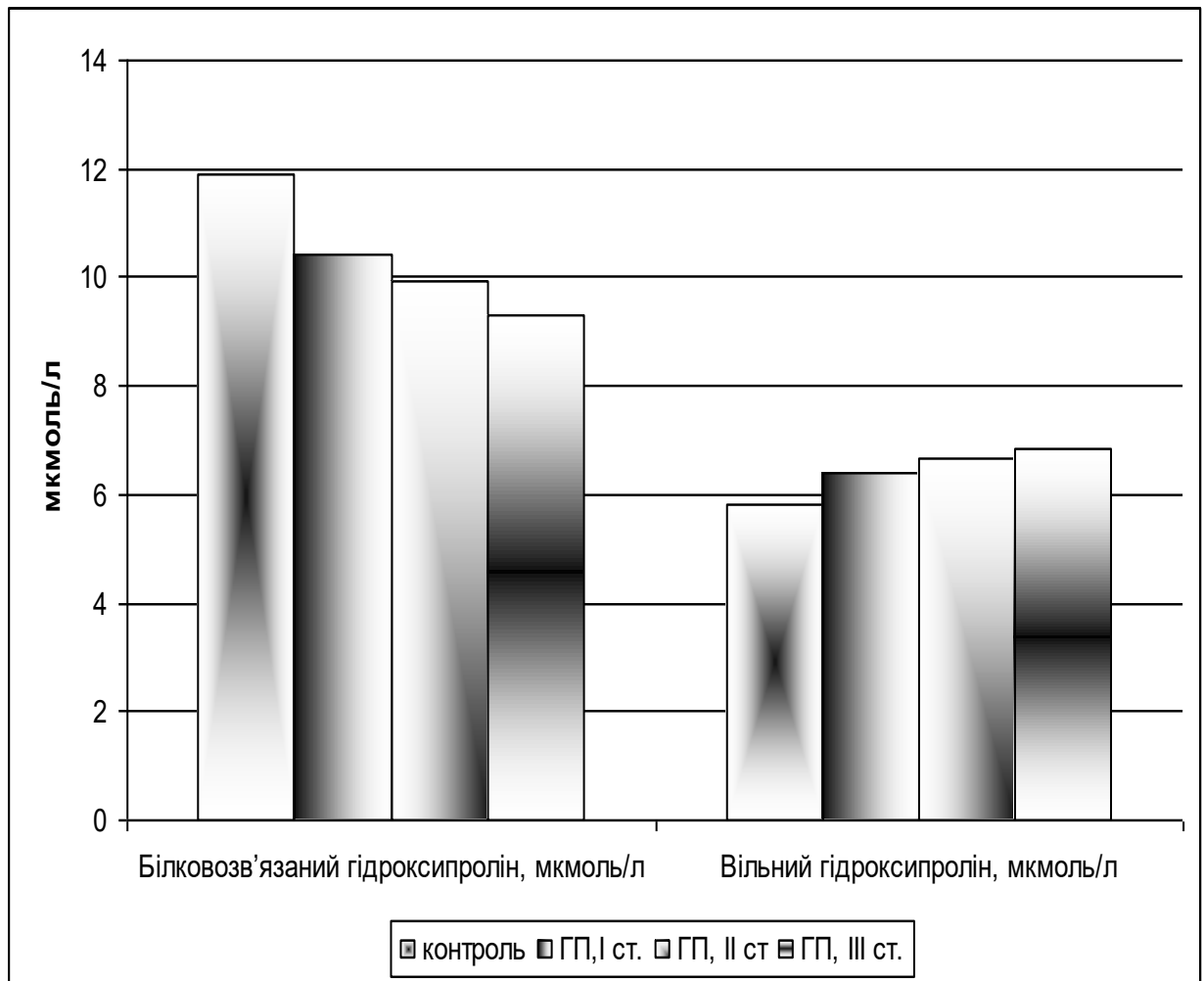


Рис. 4.1 Вміст фракцій гідроксипроліну в сироватці крові в осіб літнього віку

Зниження вмісту білковозв'язаної фракції гідроксипроліну (маркер синтетичної фази в обміні колагену) у сироватці крові у хворих на

генералізований пародонтит свідчить про зниження швидкості синтезу кісткового колагену.

Вміст вільної фракції гідроксипроліну в обстежених осіб літнього віку основної групи має тенденцію до зростання. Так, середнє значення вмісту вільного гідроксипроліну у хворих на генералізований пародонтит зростає на 14,29 % порівняно з групою порівняння ($6,64 \pm 0,48$ мкмоль/л проти $5,81 \pm 0,21$ мкмоль/л).

У осіб літнього віку основної групи хворих на генералізований пародонтит I ступеня вміст фракції вільного гідроксипроліну відносно групи порівняння зростає на 10,32 %, при ГП II ст. – на 14,8 %, при ГП III ст. захворювання – на 19,7 %. В абсолютних величинах це становить – ГП I ступеня – $6,41 \pm 0,42$ мкмоль/л ($p < 0,05$), ГП II ступеня – $6,67 \pm 0,51$ мкмоль/л ($p < 0,05$), ГП III ступеня – $6,86 \pm 0,54$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

У осіб старечого віку основної групи, хворих на генералізований пародонтит, як і у осіб літнього віку основної групи, виявлено тенденцію до зниження білковозв'язаного гідроксипроліну по мірі прогресування патологічного процесу в тканинах пародонту (табл. 4.3). Так, у хворих на ГП I ступеня цей показник у порівнянні з даними групи порівняння знижується на 19,8 % та становить $9,54 \pm 0,57$ мкмоль/л ($p < 0,05$), II ступеня – на 24,5 %, що дорівнюється – $9,02 \pm 0,56$ мкмоль/л ($p < 0,05$). У хворих на ГП III ступеня цей показник на 26,5 % нижче від контрольних значень та становить $8,75 \pm 0,55$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Таким чином, середнє значення вмісту білковозв'язаного гідроксипроліну в сироватці крові у осіб старечого віку основної групи у порівнянні з даними групи порівняння знижується на 23,5 % та становить $9,10 \pm 0,56$ мкмоль/л проти $11,9 \pm 1,32$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Вміст вільної фракції гідроксипроліну (свідчить про катаболізм білка колагена), у обстежених старечого віку основної групи він має тенденцію до зростання.

**Результати визначення вмісту фракцій гідроксипроліну в сироватці
крові у хворих на генералізований пародонти
віком 75–89 років**

Групи обстежених		Кількість обстежених	Білковозв'язаний гідроксипролін, мкмоль/л	Вільний гідроксипролін, мкмоль/л
Порівняння		10	11,9±1,32	5,81±0,2
Основна	ГП, I ст.	10	9,54±0,57*	6,82±0,21*
	ГП, II ст.	20	9,02±0,56*	7,03±0,22*
	ГП, III ст.	15	8,75±0,55*	7,28±0,23*
Середні значення			9,10±0,56	7,04±0,21

Примітка. * – р показник достовірності відмінності між даними основної та групою порівняння, $p < 0,05$.

Так, середнє значення вмісту вільного гідроксипроліну у хворих на генералізований пародонтит зростає на 21,17 % порівняно з групою порівняння і становить $7,04 \pm 0,21$ мкмоль/л проти $5,81 \pm 0,21$ мкмоль/л ($p < 0,05$). У обстежених хворих на ГП I ступеня цей показник порівняно з даними групи порівняння збільшується на 17,4 % ($P < 0,05$), ГП II ступеня – на 20,7 % ($P < 0,05$), ГП III ступеня – на 25,4 % ($P < 0,05$), та становить – $6,82 \pm 0,21$ мкмоль/л, $7,03 \pm 0,22$ мкмоль/л та $7,28 \pm 0,23$ мкмоль/л відповідно (рис. 4.2).

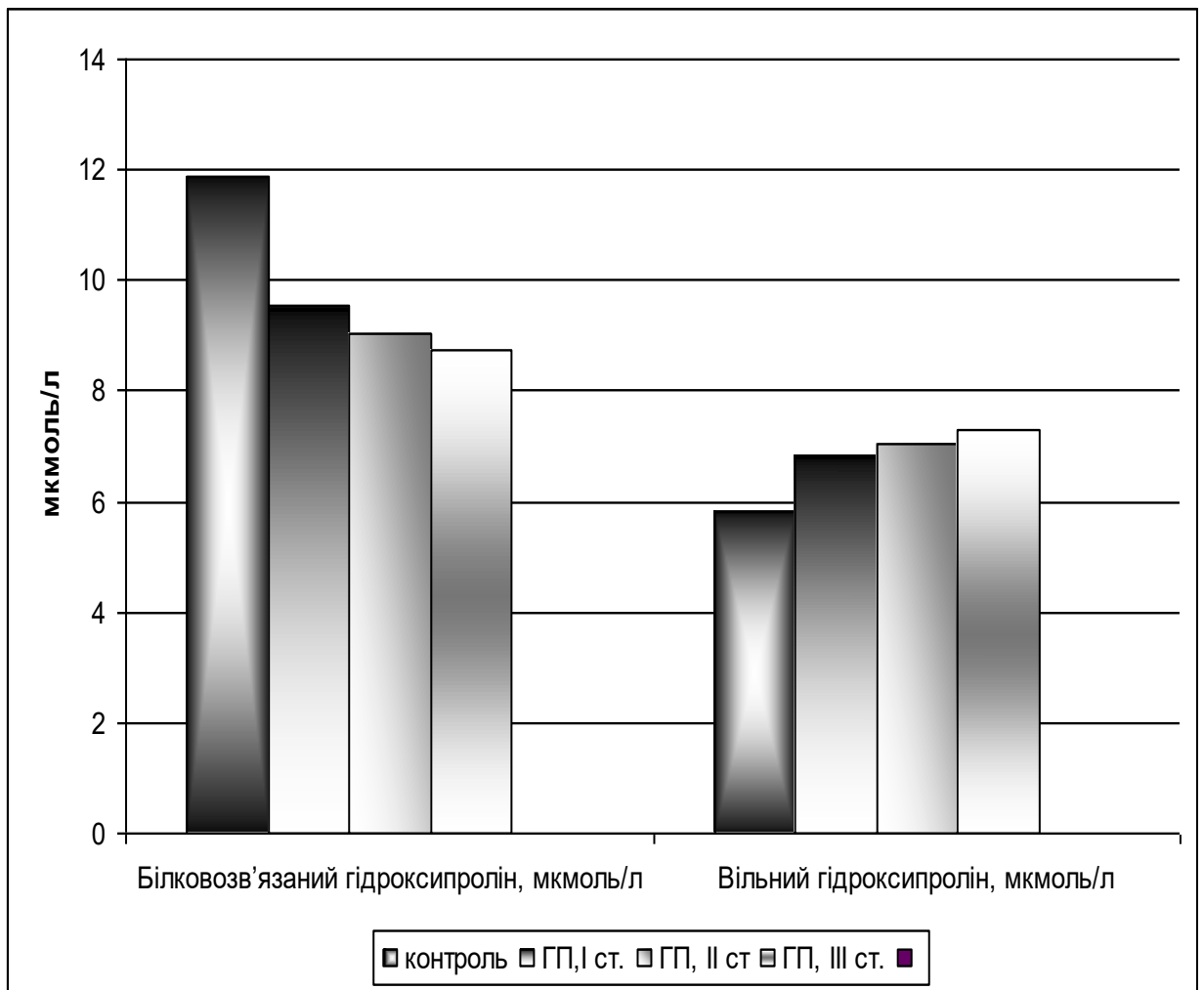


Рис. 4.2 Вміст фракцій гідроксипроліну в сироватці крові в осіб старечого віку

Таким чином, на поглиблення запально-деструктивних процесів у осіб похилого віку впливають порушення метаболізму кісткової тканини, а саме превалювання процесів резорбції над процесами ремодулювання.

4.2 Вміст загальної лужної фосфатази в сироватці крові у хворих на генералізований пародонтит

Одним з показників мінерального обміну в кістковій тканині є активність лужної фосфатази (табл. 4.4). Отримані нами дані свідчать про пригнічення активності цього ферменту відносно групи порівняння.

Вміст загальної лужної фосфатази в осіб літнього віку

Групи обстеження		Кількість обстежених	Лужна фосфатаза, ммоль/л год
Порівняння		20	0,80±0,04
Основна	ГП, I ст.	10	0,69±0,021*
	ГП, II ст.	37	0,67±0,03*
	ГП, III ст.	15	0,65±0,03*
Середні значення			0,67±0,02

Примітка. * – відмінності між даними основної та групою порівняння не достовірні, $p > 0,05$.

Так, середнє значення активності цього показника у осіб літнього віку основної групи знижується на 15,0 % та становить $0,67 \pm 0,02$ ммоль/л год. проти $0,80 \pm 0,04$ ммоль/л год. При ГП I ступеня активність цього ферменту знижується до $0,69 \pm 0,02$ ммоль/л год, що нижче на 13,45 % ($p > 0,05$). При ГП II ступеня активність лужної фосфатази знижується до $0,67 \pm 0,03$ ммоль/л год ($p > 0,05$), що на 16,25 % нижче від значень групи порівняння. Для ГП III ступеня характерно зниження активності лужної фосфатази у сироватці крові до $0,65 \pm 0,03$ ммоль/л год, що нижче на 18,75 % ($p > 0,05$) від групи порівняння.

Таким чином у обстежених осіб літнього віку основної групи виявлено статистично вірогідне зниження вмісту білковозв'язаної фракції гідроксипроліну та зростання вмісту вільного гідроксипроліну в сироватці крові. Щодо загальної лужної фосфатази, нами не виявлено вірогідних відмінностей даного ферменту.

Активність лужної фосфатази (табл. 4.5) у осіб старечого віку основної групи знижується на 18,75 % порівняно з групою порівняння і становить $0,62 \pm 0,04$ ммоль/л год проти $0,80 \pm 0,04$ ммоль/л год.

Таблиця 4.5

Вміст загальної лужної фосфатази в осіб старечого віку

Групи обстежених		Кількість обстежених	Лужна фосфатаза, ммоль/л год
Порівняння		10	$0,80 \pm 0,04$
Основна	ГП, I ст.	10	$0,66 \pm 0,03^*$
	ГП, II ст.	20	$0,62 \pm 0,03^*$
	ГП, III ст.	15	$0,59 \pm 0,04^*$
Середні значення			$0,62 \pm 0,04$

Примітка. * – відмінності між даними основної та групою порівняння змінени не вірогідно, $p > 0,05$.

Так, при ГП I ступеня активність цього ферменту знижується на 17,2 % ($p > 0,05$) – до $0,66 \pm 0,03$ ммоль/л год. За наявності ГП II ступеня цей показник знижується до $0,62 \pm 0,03$ ммоль/л год ($p > 0,05$, $P > 0,05$), що на 22,50 % нижче за контрольні значення, ГП III ступеня характеризується зниженням активності лужної фосфатази на 25,7 % ($0,65 \pm 0,03$ ммол/л год, $p > 0,05$).

4.3 Маркери деструкції кісткової тканини у осіб літнього та старечого віку

Результати вивчення маркерів деструкції кісткової тканини у людей літнього та старечого віку представлені в таблицях 4.6, 4.7.

**Показники маркерів деструкції кісткової тканини в обстежених
літнього віку**

Групи обстежених		Кількість обстежених	Оксипролін в сечі, мкмоль/л	Са в сечі, ммоль/л	Р в сечі, ммоль/л
Порівняння		20	64,3±9,43	2,56±0,15	22,12±1,52
Основна	ГП I ст.	10	71,28±9,45*	2,86±0,21*	24,81±1,67*
	ГП II ст.	37	74,23±9,56*	2,95±0,25*	25,41±1,72*
	Г III ст.	15	77,44±9,75*	3,07±0,28*	26,21±1,73*
Середні значення			74,32±9,47	2,98±0,27	25,48±1,68

Примітка. * – показник достовірності відмінності між даними основної та групою порівняння, $p < 0,05$.

При порівняльному аналізі результатів визначення екскреції загального оксипроліну в добовій сечі нами було виявлено збільшення цього показника в основній групі в порівнянні з групою порівняння.

Так, середнє значення цього показника у осіб літнього віку збільшується на 15,5 % ($p < 0,05$) і становить 74,32±9,47 мкмоль/л проти 64,3±9,43 мкмоль/л. При ГП I ступеня екскреції загального оксипроліну в добовій сечі підвищується на 10,85 % ($p < 0,05$), при ГП II ступеня – на 15,44 % ($p < 0,05$), при ГП III ступеня на 20,44 % ($p < 0,05$) вище в порівнянні з групою порівняння.

Середнє значення цього показника у осіб старечого віку збільшилося на 23,25 % ($p < 0,05$) і склало 79,25 мкмоль/л проти 64,3±9,43 мкмоль/л. При ГП I ступеня екскреції загального оксипроліну в добовій сечі підвищується на 19,45 % ($p < 0,05$), при ГП II ступеня – на 23,50 % ($p < 0,05$), при ГП III ступеня на 26,80 % вище значення групи порівняння (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

**Показники маркерів деструкції кісткової тканини в обстежених
старечого віку**

Групи обстежених		Кількість обстежених	Оксипролін в сечі, мкмоль/л	Са в сечі, ммоль/л	Р в сечі, ммоль/л
Порівняння		10	64,3±9,43	2,56±0,15	22,12±1,52
Основна	ГП I ст.	10	76,81±10,3*	3,04±0,18*	26,15±1,63*
	ГП II ст.	20	79,41±10,4*	3,10±0,21*	27,29±1,31*
	ГП III ст.	15	81,53±11,14*	3,21±0,22*	27,8±1,55*
Середні значення			79,25±10,4*	3,11±0,19*	27,08±1,45*

Примітка. * – показник достовірності відмінності між даними основної та групою порівняння, * $p<0,05$.

З урахуванням того, що добова екскреція кальцію та фосфору в першу чергу залежить від їх кількості, яка надходить з їжею, ми визначали показники екскреції в ранковій порції сечі.

При аналізі біохімічних досліджень нами було виявлено, що концентрація кальцію в сечі у пацієнтів літнього віку в порівнянні з групою порівняння збільшується на 16,40 % ($p<0,05$) і складає $2,98\pm 0,27$ ммоль/л проти $2,56\pm 0,15$ ммоль/л. При ГП I ступеня – на 11,71 % і становить $2,86\pm 0,21$ ммоль/л. ($p<0,05$). У хворих ГП II ступеня – $2,95\pm 0,25$ ммоль/л, що на 15,5 % вище порівняно з групою порівняння ($p<0,05$); а у хворих ГП III ступеня – $3,07\pm 0,28$ ммоль/л, що вище на 19,92 % ($p<0,05$).

Концентрація кальцію у сечі пацієнтів старечого віку порівняно з групою порівняння збільшується на 21,4 % ($3,11 \pm 0,19$ ммоль/л проти $2,56 \pm 0,15$ ммоль/л). За наявності ГП I ступеня – $3,04 \pm 0,18$ ммоль/л ($p < 0,05$), що на 18,75 % більше групи порівняння. У хворих, яких діагностовано ГП II ступеня – $3,10 \pm 0,21$ ммоль/л, що на 21,09 % вище за групу порівняння ($p < 0,05$); у хворих із ГП III ступеня – $3,21 \pm 0,22$ ммоль/л, що вище на 25,39 % ($p < 0,05$)

Підвищення вмісту кальцію по відношенню до групи порівняння свідчить про посилену резорбцію кісткової тканини.

Показники вмісту фосфору в сечі наближаються до верхньої межі норми ($N=2-30$ ммоль/л).

Рівень фосфору в сечі у пацієнтів основної групи вікового діапазону 55–79 років збільшується на 15,18 % ($p < 0,05$) порівняно з групою порівняння.

Рівень фосфору в сечі за наявності ГП I ступеня збільшився на 12,1 %, та склав $24,81 \pm 1,72$ ммоль/л. ($p < 0,05$). У хворих із діагнозом ГП II ступеня – $25,41$ ммоль/л, що на 14,87 % вище порівняно з групою порівняння ($p < 0,05$); у осіб із ГП III ступеня – $26,21 \pm 1,73$ ммоль/л, що вище на 18,49 % за дані групи порівняння ($p < 0,05$).

Рівень фосфору в сечі пацієнтів основної групи вікового діапазону 74–89 років збільшується на 22,43 % ($p < 0,05$) порівняно з групою порівняння.

У разі ГП I ступеня рівень фосфору збільшується на 18,21 %, та становить $26,15 \pm 1,63$ ммоль/л, ($p < 0,05$). У хворих із ГП II ступеня – рівень фосфору становить $27,29$ ммоль/л, що на 23,37 % вище порівняно з групою порівняння ($p < 0,05$); у хворих на ГП III ступеня – рівень фосфору набуває значення $27,8 \pm 1,55$ ммоль/л, що вище на 25,67 % ($p < 0,05$) за значення групи порівняння (рис. 4.3).

Достовірне збільшення рівня фосфору ми пов'язуємо з необхідністю підтримки кальцій-фосфорного гомеостазу. При цьому співвідношення Ca/P залишається незмінним і складає 0,11 і 0,12.

Підвищення вмісту кальцію по відношенню до групи порівняння свідчить про посилену резорбцію кісткової тканини.

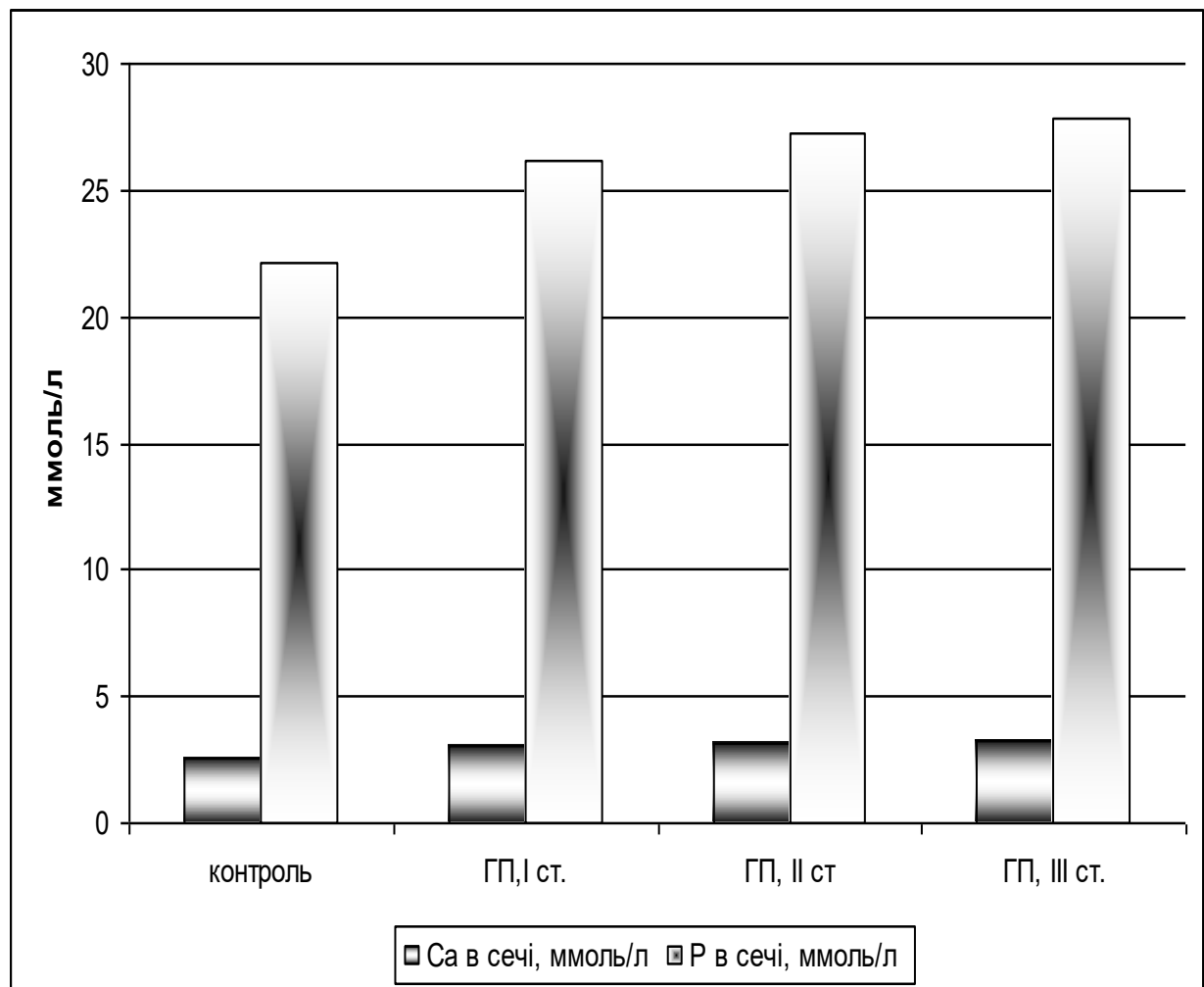


Рис. 4.3 Вміст кальцію та фосфору в сечі хворих на генералізований пародонти

Висновки

Одержані результати комплексної оцінки метаболічного стану кісткової тканини свідчать про порушення ремоделювання кістки в осіб похилого віку. В основі остеопоротичних змін лежить підвищена резорбція кісткової тканини та пригнічення процесів її формування. Слід також враховувати те, що з віком прослідковується втрата кісткової маси у жінок на 1 %, а у чоловіків на 0,5 %. Вплив місцевих (перевантаження збережених зубів, погана гігієна) та загальних (вікові особливості, поліморбідність)

чинників на альвеолярну кістку посилюється. Як наслідок – синтез кісткової тканини не компенсує деструктивні зміни у ній.

Таким чином, отримані дані підтверджують наявність особливостей ремоделювання альвеолярної кістки в осіб літнього і старечого віку та свідчать про порушення процесів формування і резорбції кісткової тканини. Характерною особливістю хворих даної групи виявилася низька активність кліток остеобластної лінії та прискорення резорбції кісткової тканини.

Визначення рівня біохімічних маркерів резорбції і ремоделювання кісткової тканини дозволяє:

- виявити пацієнтів з метаболічними порушеннями процесів ремоделювання і резорбції кісткової тканини при профілактичному обстеженні;

- оцінювати і прогнозувати рівень втрати кісткової маси;

- визначити активність кісткового метаболізму, що дозволяє лікареві коректувати терапію, що призначається;

- обирати найбільш ефективний препарат і визначити оптимальний рівень його дозування індивідуально для кожного пацієнта;

- швидко оцінювати ефективність терапії, що проводиться, і істотно скорочувати матеріальні і часові витрати пацієнта на лікування.

За матеріалами даної глави опубліковано 2 статті у виданнях, рекомендованих ДАК України:

1. Показатели кальций-фосфорного обмена и состояние костного метаболизма у лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями пародонта / А. М. Политун, С. Магомедов, Т. Н. Кананович, И. Н. Федянович // Науковий вісник НМУ імені О. О. Богомольця. – 2011. – № 3–4. – С. 104–108.

2. Политун А. М. Клинико-рентгенологическая и биохимическая оценка состояния костной ткани при генерализованном пародонтите у лиц пожилого возраста / А. М. Политун, С. Магомедов, Т. Н. Кананович // Современная стоматология. – 2013. – № 3 (67). – С. 36–39.

РОЗДІЛ 5

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

5.1 Особливості індивідуального планування стоматологічної санації осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит

Проведені нами клініко-рентгенологічні, лабораторні та біохімічні дослідження стану тканин пародонта в осіб похилого віку виявили наявність змін стоматологічного статусу, загального соматичного здоров'я, що дозволило констатувати наявність різних пародонтопатогенних чинників, які свідчать про необхідність диференційованого індивідуального підходу до вибору методів лікування.

Узагальнюючи ці чинники, ми виділили загальні особливості, що притаманні більшості пацієнтів:

- відсутність мотивації до лікування;
- необхідність санації збережених зубів у зв'язку з високою поширеністю та інтенсивністю карієсу та його ускладнень;
- низький рівень індивідуальної гігієни порожнини рота та відсутність мотивації до її регулярного проведення;
- велика потреба пацієнтів у раціональному протезуванні і відновленні втрачених функціональних оклюзійних взаємовідношень зубних рядів;
- зростання з віком потреби у знімному протезуванні;
- стійка хронізація запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта;
- поява наслідків тривалого перебігу запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта, які різко змінюють естетичні характеристики (реcesія яsenz, оголення шийок зубів і коренів та підвищена чутливість, карієс коренів, фуркаційні дефекти та інше);
- низький репаративний потенціал тканин пародонта;

– висока обтяженість загально-соматичними захворюваннями, що знижують захисні можливості організму людей похилого віку.

Саме ці особливості було покладено в розробку алгоритму лікування вищезазначених вікових груп.

Слід відзначити, що із загальної кількості обстежених «мотивованими» до проведення комплексного лікування ГП було лише 88 пацієнтів (35,2 %), у більшості ж (162 пацієнта, 64,8 %) мотивація була відсутня (рис. 5.1).

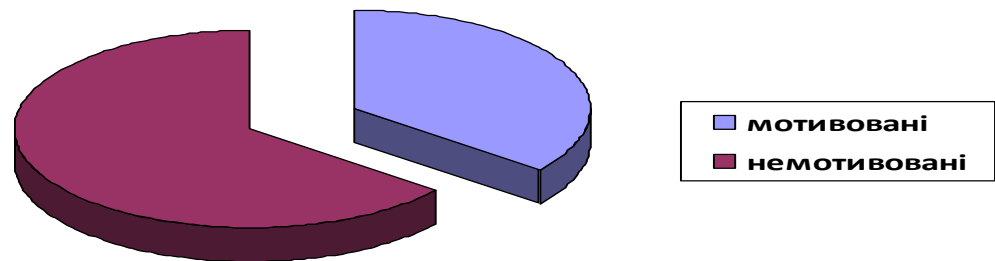


Рис. 5.1 Показники мотивованих та немотивованих до лікування пацієнтів

Після проведеного обстеження та навчання ІГПР, роз'яснення про необхідність проведення всіх необхідних заходів з приводу лікування захворювань пародонта, ситуація значно змінювалась. Мотивованими до

проведення лікування стало 215 пацієнтів (86 %), з яких було відібрано для подальшого спостереження дві групи: основну та порівняння.

Таким чином, при плануванні лікування генералізованого пародонтита в осіб похилого віку слід враховувати не тільки результати стоматологічного огляду, а й психологічний, загальносоматичний та соціальний стан пацієнта.

Для оптимізації ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтита в осіб літнього та старечого віку ми дотримувались наступного:

- обґрунтоване роз'яснення необхідності лікування ГП;
- використання простих, недорогих та ефективних методик та препаратів;
- детальне інформування пацієнта упродовж всього періоду лікування ГП;
- детальне індивідуальне складання плану комплексних профілактично-лікувальних заходів;
- контроль та оцінка результатів лікування ГП у співпраці з пацієнтом;
- уважне ставлення до зауважень та ускладнень, які можуть виникнути в процесі лікування;
- корекція профілактично-лікувальних заходів комплексного лікування ГП протягом всього періоду спостереження;
- обов'язковий контроль стану гігієни порожнини рота кожні 3 місяці.

При плануванні комплексної санації пацієнтів похилого віку враховували терапевтичний, пародонтологічний та ортопедичний прогноз для кожного збереженого зуба, можливість їх використання для відновлення повноцінної анатомічної форми коронок, використання для ортопедичного лікування.

Терапевтичний прогноз робили, враховуючи наступні критерії:

- можливість відновлення повноцінної анатомічної форми коронок;
- ефективність лікування ускладненого карієсу;

– можливість збереження зуба у разі ефективного прогнозу використання хірургічних методик;

Пародонтологічний прогноз оцінювали за такими показниками:

- глибина пародонтальних кишень;
- кровоточивість при зондуванні пародонтальних кишень;
- ступень втрати епітеліального прикріплення;
- наявність фуркаційних дефектів.

За показниками кількісної оцінки втрати епітеліального прикріплення, глибини пародонтальної кишені чи оголення фуркації пародонтологічний прогноз оцінювали як «хороший», «сумнівний» чи «безнадійний» [223]. Слід відмітити, що встановлений попередній пародонтологічний прогноз потребує корекції: після нехірургічних заходів; етапу активного пародонтологічного лікування (хірургічного коригуючого лікування); перед плануванням відновних (ортопедичних) процедур.

Ми дотримувались наступної тактики:

- зуби з хорошим прогнозом зберігали;
- у разі сумнівного прогнозу проводили повторне лікування (терапевтичне, хірургічне);
- безнадійні зуби видаляли.

За результатами вимірювань основних показників пародонтологічного прогнозу до «зубів з хорошим прогнозом» відносили, якщо глибина пародонтальної кишені (ПК) < 3 мм, відсутня або незначна кровоточивість при зондуванні (ІК), втрата епітеліального прикріплення < 25 %, ступінь оголення фуркацій 1 мм і менше.

Для «зубів з сумнівним прогнозом» відносили зуби, якщо глибина пародонтальних кишень (ПК) > 6 мм, наявна кровоточивість при зондуванні (ІК), втрата епітеліального прикріплення складає 50 % і більше, наявні фуркаційні дефекти II–III ступеня. У разі III ступеня генералізованого пародонтита виявляли недостатній обсяг збереженого прикріплення. Такі зуби, як правило, відносили до «безнадійних». Названі чинники у разі

сумнівного прогнозу треба оцінювати в динаміці лікування, що дозволяє прийняти обґрунтоване рішення про збереження або видалення зубів.

Як свідчать наші клінічні спостереження, результати комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, визначаються повнотою проведення усіх запланованих санаційних заходів, серед яких важливе значення має ортопедичне лікування.

При плануванні ортопедичних заходів в осіб похилого віку враховували:

- індивідуальну потребу пацієнтів у проведенні ортопедичних відновних заходів;
- стратегічне значення збережених зубів для ортопедичних конструкцій;
- можливість відновлення анатомічної форми природних коронок зубів з урахуванням збереженої кількості твердих тканин в над'ясеній частині коронки;
- збережений обсяг твердих тканин зуба в області кореня.

Сумнівні зуби, які не планували використовувати для ортопедичних конструкцій, враховуючи мотивацію пацієнтів похилого віку до їх збереження, не видаляли, а піддавали консервативному лікуванню. Якщо зуб стратегічно важливий, але має сумнівний прогноз, його краще видаляти. Якщо зуб не має стратегічного значення, навіть за наявності сумнівного прогнозу, завжди обирали його консервативне лікування.

При плануванні ортопедичного лікування у хворих похилого віку керувались загально-відомими положеннями. Якщо коронки зуба достатньо і його можливо використати у якості ортопедичної опори, зуб зберігали і проводили консервативне лікування.

Важливо також оцінити стан при і над'ясених тканин зуба.

Якщо кількість збережених твердих тканин кореня достатня, зуб зберігали, за необхідності проводили додаткове лікування.

На підставі вивчення ризику розвитку, особливостей клінічного перебігу генералізованого пародонтита в осіб похилого віку та наявності у них соматичних захворювань нами було розроблено профілактичні та лікувальні заходи для даної категорії пацієнтів.

Лікування соматичної патології пацієнти основної та групи порівняння проводили під наглядом та згідно призначень лікаря-терапевта.

З метою профілактики та в якості підтримуючої терапії проводили навчання стандартному методу чищення зубів та догляду за протезами. Пацієнтам основній групі рекомендували зубні щітки із щетиною середньої жорсткості. При підборі зубних паст віддали перевагу лікувально-профілактичним з екстрактами лікарських рослин.

5.2 Безпосередні результати комплексного лікування осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит

Ефективність комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит оцінювали за допомогою динаміки клінічних ознак, рентгенологічних критеріїв, а також результатів лабораторних досліджень.

Безпосередні результати проведеного нами комплексного лікування оцінено у 67 осіб основної групи та у 40 осіб групи порівняння (табл. 5.1). Аналіз безпосередніх клінічних результатів виявив позитивну динаміку проведеного лікування як у хворих основної, так і в групі порівняння.

У пацієнтів основної групи літнього віку позитивні результати (відсутність суб'єктивних та об'єктивних ознак запалення) було отримано у 40 пацієнтів (88,80 %), в осіб основної групи старечого віку – у 19 пацієнтів (86,40 %). У пацієнтів групи порівняння позитивні клінічні результати після завершення лікування було відмічено у 32 (80,0 %) пацієнтів, що нижче, в середньому, на 7,6 % в порівнянні з основною групою. Після завершення лікування, клінічно спостерігали відсутність ознак запалення, кровоточивості

при зондуванні пародонтальних кишень, припинення виділення ексудату з них, зникнення болю (по ВАШ).

Таблиця 5.1

**Безпосередні результати лікування осіб літнього та старечого віку,
хворих на генералізований пародонтит**

Групи хворих, вік		Кіль- кість обсте- жених	Результати лікування					
			Позитивні		Незадовільні			
					Без змін		Прогресування хвороби	
n	%	n	%	n	%			
Основ- на	літній	45	40	88,80	3	6,70	2	4,50
	старечий	22	9	86,40	2	9,10	1	4,50
Порів- няння	55–89	40	32	80,00	5	12,50	3	7,50

Незадовільний результат спостерігали у 5 (11,20 %) хворих літнього та у 3 (13,6 %) старечого віку основної групи, з них лікування суттєво не вплинуло на клінічний стан тканин пародонта у 3 (6,70 %) хворих літнього та у 2 (9,10 %) пацієнтів старечого віку. Також, на фоні лікування, ми спостерігали прогресування захворювання в обох підгрупах, у 3 (4,50 %) пацієнтів, серед них – 2(4,50 %) пацієнта літнього віку та 1 (4,50 %) пацієнт старечого віку.

У хворих групи порівняння незадовільні результати констатовано у 8 (20,00 %) пацієнтів, з них 5(12,50 %) осіб літнього, та 3(7,50 %) хворих

старечого віку. Серед хворих з незадовільними результатами стійку резистентність до лікування відмічено у 5 (12,50 %) осіб, прогресування патологічного процесу в тканинах пародонта – у 3 (7,50 %). Детальний аналіз кожного випадку незадовільного результату комплексного лікування дозволив зробити висновок, що в осіб літнього та старечого віку така резистентність тканин пародонта до лікувальних заходів, в першу чергу, обумовлена наявністю загальносоматичних захворювань.

Одним з важливих критеріїв ефективності лікування і вибору засобів терапії є скорочення тривалості курсу. Застосування розробленого лікувального комплексу сприяло усуненню основних клінічних ознак захворювання у хворих основної групи (набряк, гіперемія, кровоточивості ясен) в середньому на $5,5 \pm 0,12$ добу. Зниження прояву запальних явищ в хворих групи порівняння відмічали в середньому на $8,6 \pm 0,18$ добу.

Клінічна ефективність комплексного лікування підтверджена аналізом гігієнічного стану порожнини рота в осіб літнього і старечого віку в динаміці лікування (табл. 5.2).

Дані щодо динаміки гігієнічного індексу у хворих обох груп свідчать, що у всіх обстежених до лікування було виявлено «поганий» і «дуже поганий» стан індивідуальної гігієни порожнини рота. Після проведення інструктажу та контрольної перевірки якості індивідуальної гігієни, здійснення заходів професійної гігієни та рекомендованих гігієнічних засобів у пацієнтів основної групи виявлено значне покращення гігієни порожнини рота (рис. 5.2).

Ефективність гігієнічного догляду за порожниною рота в обстежених основної групи склала: 65,0 % у осіб літнього віку, та у 64,30 % старечого віку. У пацієнтів групи порівняння цей показник склав 55,3 %. На фоні проведених гігієнічних заходів значно покращився стан тканин пародонта

(зменшились гіперемія, набряк, кровоточивість та зникли виділення з пародонтальних кишень).

Таблиця 5.2

Динаміка стану гігієни порожнини рота в осіб похилого віку до і після лікування

Групи хворих	Вік роки	Кількість обстежених	Індекс гігієни, бали		
			До лікування	Після лікування	Ефективність %
Основна	55–74	45	4,0±0,3 p ₂ <0,05	1,4±0,2* p ₂ <0,05	65,00
	75–89	22	4,3±0,4 p ₂ <0,05	1,5±0,2* p ₂ <0,05	64,30
Порівняння	55–89	40	3,8±0,3	1,7±0,2*	55,3

Примітка. * – різниця вірогідна до і після лікування p<0,05; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння.

Як свідчить аналіз визначених індексних показників стану тканин пародонта в осіб літнього та старечого віку основної групи, лікованих з приводу генералізованого пародонтита, виконання повного комплексу лікувальних заходів сприяло отриманню стійкого клінічного ефекту (табл. 5.3, 5.4, 5.5).

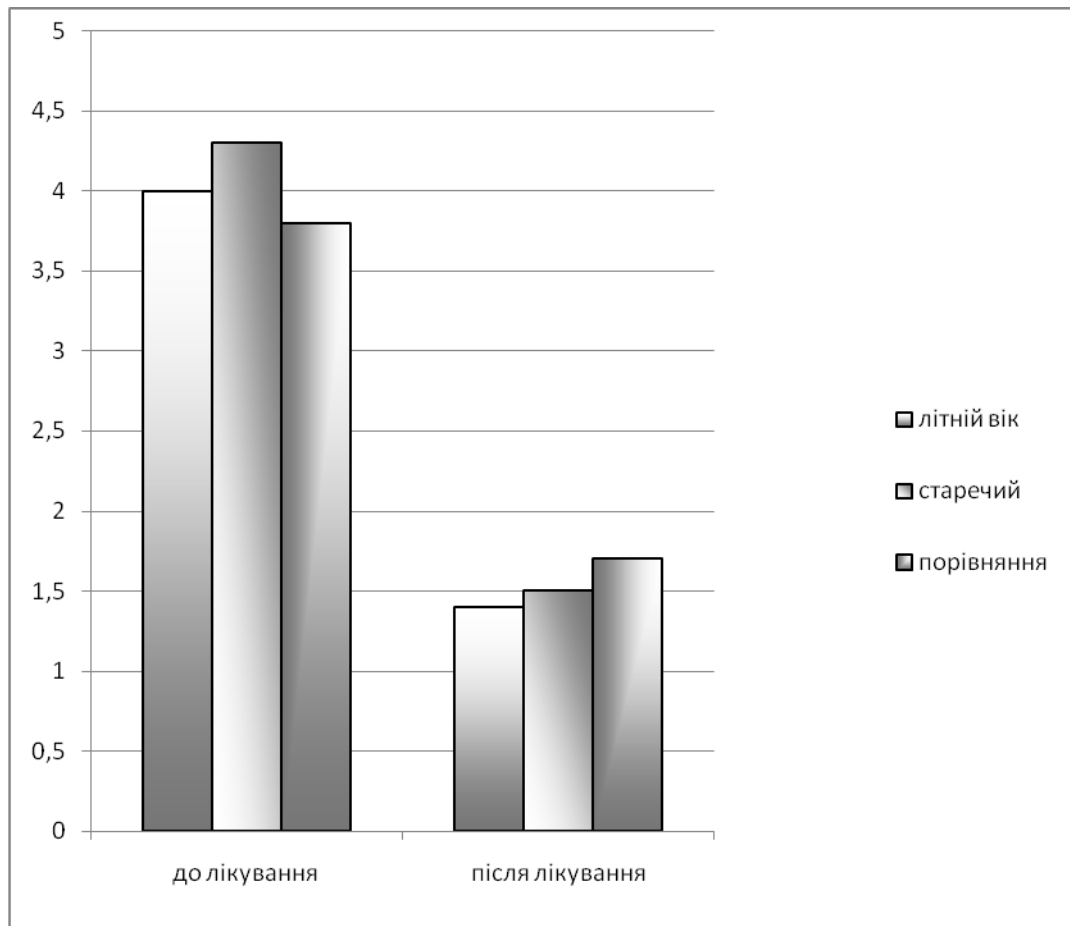


Рис. 5.2 Динаміка стану гігієни порожнини рота в осіб літнього та старечого віку до і після лікування

Протизапальний ефект застосованого комплексу підтверджується динамікою індексу кровоточивості. Після завершення лікування індекс кровоточивості в осіб літнього віку основної групи хворих на ГП I ст., хронічного перебігу склав $0,45 \pm 0,05$ бала проти $2,09 \pm 0,11$ бала до лікування, ($p < 0,05$). У осіб старечого віку основної групи індекс кровоточивості також після завершення лікування достовірно знижувався з $2,14 \pm 0,13$ бала до $0,59 \pm 0,07$ бала ($p < 0,05$). У осіб групи порівняння також відмічали зниження цього показника після завершення курсу лікування ($0,96 \pm 0,09$ бали проти $2,15 \pm 0,12$ балів, $p < 0,05$).

Таблиця 5.3

Динаміка клінічних показників у хворих на генералізований пародонтит І ступеня, хронічного перебігу до та після лікування

Показники	Основна група						Група порівняння (n=10)		
	Літній вік (n=7)			Старечий вік (n=3)			До лікування	Після лікування	p ₁
	До лікування	Після лікування	p ₁	До лікування	Після лікування	p ₁			
Кровоточивість ясен (бали)	2,09±0,11	0,45±0,05 p ₂ <0,05	<0,01	2,14±0,13	0,59±0,07* p ₂ <0,05	<0,01	2,15±0,12	0,96±0,09	<0,01
ПІ (бали)	3,47±0,20	1,50±0,15 p ₂ <0,05	<0,01	3,60±0,11	1,57±0,11** p ₂ <0,05	<0,01	3,53±0,17	2,18±0,22	<0,01
Глибина пародонтальних кишень (мм)	3,65±0,14	2,05±0,15 p ₂ <0,05	<0,01	3,82±0,17	2,25±0,12* p ₂ <0,05	<0,001	3,85±0,12	2,97±0,12	<0,01
КПІ	3,57±0,21	1,96±0,12 p ₂ <0,05	<0,05	3,75±0,21	2,07±0,11** p ₂ <0,05	<0,05	3,73±0,26	2,30±0,15	<0,05
СРІ, бали	3,15±0,16	1,45±0,14 p ₂ <0,05	<0,01	3,25±0,15	1,68±0,17* p ₂ <0,05	<0,001	3,18±0,15	1,96±0,11	<0,01

Примітки: p₁ – різниця вірогідна у групі до і після лікування; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння після лікування;

* – різниця вірогідна порівняння з літнім віком після лікування p₂<0,05;** – різниця не вірогідна в основній групі після лікування p₂>0,05

Таблиця 5.4

Динаміка клінічних показників у хворих генералізованим пародонтитом

II ступеня, хронічного перебігу до та після лікування

Показники	Основна група						Група порівняння (n=20)		
	Літній вік (n=26)			Старечий вік (n=11)			До лікування	Після лікування	p ₁
	До лікування	Після лікування	p ₁	До лікування	Після лікування	p ₁			
Кровоточивість ясен (бали)	2,18±0,16	0,65±0,06 p ₂ <0,05	<0,01	2,21±0,17	0,70±0,05* p ₂ <0,05	<0,01	2,23±0,12	0,96±0,09	<0,01
ПШ (бали)	3,54±0,21	1,65±0,17 p ₂ <0,05	<0,01	3,68±0,23	1,73±0,13*** p ₂ <0,05	<0,01	3,63±0,17	2,38±0,22	<0,01
Глибина пародонгальних кишень (мм)	4,05±0,31	2,35±0,21 p ₂ <0,05	<0,01	4,15±0,30	2,45±0,21*** p ₂ <0,05	<0,01	4,08±0,32	3,07±0,12	<0,01
КПП	4,25±0,20	2,0±0,15 p ₂ <0,05	<0,05	4,32±0,21	2,1±0,17*** p ₂ <0,05	<0,01	4,23±0,26	2,51±0,15	<0,05
СРІ (бали)	3,65±0,21	2,05±0,17 p ₂ <0,05	<0,01	4,00±0,31	2,35±0,17*** p ₂ <0,05	<0,01	3,98±0,15	2,54±0,11	<0,01

Примітки: p₁ – різниця вірогідна у групі до і після лікування; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння після лікування p₂ <0,05 ;

* – різниця вірогідна порівняння з літнім віком після лікування p₂ <0,05; *** – різниця не вірогідна в основній групі після лікування p₂ >0,05

Таблиця 5.5

Динаміка клінічних показників у хворих з генералізованим пародонтитом III ступеня, хронічного перебігу до та після лікування

Показники	Основна група						Група порівняння (n=10)		
	Літній вік (n=12)			Старечий вік (n=8)			До лікування	Після лікування	p ₁
	До лікування	Після лікування	p ₁	До лікування	Після лікування	p ₁			
Кровоточивість ясен (бали)	2,25±0,20	0,72±0,05 p ₂ <0,05	<0,01	2,36±0,21	0,75±0,05** p ₂ <0,05	<0,01	2,35±0,12	1,06±0,09	<0,01
ПІ (бали)	3,65±0,22	1,70±0,18 p ₂ <0,05	<0,01	3,76±0,30	1,76±0,21** p ₂ <0,05	<0,01	3,75±0,17	2,50±0,22	<0,01
Глибина пародонталних кишень (мм)	4,20±0,30	2,46±0,27 p ₂ <0,05	<0,01	4,25±0,31	2,50±0,25** p ₂ <0,05	<0,01	4,15±0,12	3,17±0,12	<0,01
КПІ	4,30±0,27	2,15±0,17 p ₂ <0,05	<0,05	4,37±0,21	2,17±0,21** p ₂ <0,05	<0,05	4,28±0,26	2,60±0,15	<0,05
СРІ, бали	3,95±0,22	2,15±0,17 p ₂ <0,05	<0,01	4,15±0,21	2,2±0,17** p ₂ <0,05	<0,01	4,25±0,15	2,73±0,18	<0,01

Примітки: p₁ – різниця вірогідна у групі до і після лікування; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння після лікування;

** – різниця не вірогідна порівняння з літнім віком після лікування p₂>0,05

Глибина пародонтальних кишень після завершення лікування зменшилась у пацієнтів як основної так і групи порівняння, проте за абсолютними показниками більш виражений ефект було отримано у пацієнтів основної групи: глибина пародонтальних кишень зменшилась з $3,65 \pm 0,14$ мм до $2,05 \pm 0,15$ мм ($p < 0,01$) у хворих літнього віку. У пацієнтів старечого віку ми також відмічали зменшення показників глибини зондування (з $3,85 \pm 0,17$ мм до $2,25 \pm 0,12$ мм, $p < 0,01$). Така ж позитивна динаміка цього показника відмічена у хворих групи порівняння, проте глибина пародонтальних кишень у цих пацієнтів залишилась більш вираженою ($2,97 \pm 0,12$ мм з $3,85 \pm 0,12$ мм, $p < 0,01$).

Аналіз результатів визначення комплексних пародонтальних індексів також підтвердив ефективність застосування розробленого лікувального комплексу.

За даними, отриманими у осіб літнього віку основної групи, індекс ПП після завершення лікування, знизився в 2 рази ($p < 0,01$) з $3,47 \pm 0,20$ до $1,50 \pm 0,15$, у осіб старечого віку основної групи – з $3,60 \pm 0,19$ до $1,57 \pm 0,16$ ($p < 0,01$). У хворих групи порівняння цей показник знизився у 1,5 рази, і складав $2,38 \pm 0,22$ проти $3,53 \pm 0,17$ ($p < 0,01$). Подібну динаміку ми відмічали і для індексів КПП та СРІ. Індекс КПП у хворих основної групи літнього віку після лікування зменшився в 2 рази, і складав $1,96 \pm 0,12$ проти $3,57 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), в осіб старечого віку основної групи цей показник знизився з $3,75 \pm 0,21$ до $2,07 \pm 0,11$ ($p < 0,05$). В осіб групи порівняння індекс КПП також суттєво зменшився до $2,30 \pm 0,15$ проти $3,73 \pm 0,26$ ($p < 0,05$).

Важливим чинником, що переконливо свідчить про ефективність запропонованого комплексу, є динаміка індексу СРІ. Після завершення лікування у хворих на генералізований пародонтит, що склали основну групу літнього віку, кількість уражених секстантів зменшується з $3,15 \pm 0,16$ секстанта до $1,45 \pm 0,14$ ($p < 0,01$) секстантів, в осіб старечого віку основної групи з $3,25 \pm 0,15$ до $1,68 \pm 0,17$ ($p < 0,01$). Подібну закономірність ми виявили також у хворих, що склали групу порівняння, кількість уражених

секстантів зменшується с $3,18 \pm 0,15$ секстанта до $1,96 \pm 0,11$ ($p < 0,01$) секстантів.

Індекс ПІ після завершення лікування знизився в осіб літнього віку основної групи в 2 рази ($p < 0,01$) з $3,47 \pm 0,20$ до $1,50 \pm 0,15$, в осіб старечого віку основної групи з $3,60 \pm 0,19$ до $1,57 \pm 0,16$ ($p < 0,01$). У хворих групи порівняння цей показник знизився в 1,5 рази, з $3,53 \pm 0,17$ мм до $2,38 \pm 0,22$ мм ($p < 0,01$). Подібну динаміку ми спостерігали й для індексів КПІ і СРІ. Індекс КПІ у хворих основної групи літнього віку після лікування зменшується майже в 2 рази, $1,96 \pm 0,12$ проти $3,57 \pm 0,21$, та в осіб старечого віку основної групи з $3,75 \pm 0,21$ до $2,07 \pm 0,11$. В осіб групи порівняння індекс КПІ зменшився до $2,30 \pm 0,15$ проти $3,73 \pm 0,26$ ($p < 0,05$).

Переконаливо свідчить про ефективність запропонованого комплексу динаміка індексу СРІ. Після завершення лікування у хворих на генералізований пародонтит, що склали основну групу літнього віку, кількість уражених секстантів зменшується з $3,15 \pm 0,16$ секстант до $1,45 \pm 0,14$ секстант, в осіб старечого віку основної групи з $3,25 \pm 0,15$ до $1,68 \pm 0,17$ ($p < 0,01$). Подібну закономірність ми виявили також у хворих, що склали групу порівняння, кількість уражених секстант зменшується з $3,18 \pm 0,15$ до $1,96 \pm 0,11$ ($p < 0,01$) секстант.

Ефективність запропонованого комплексного лікування хворих з ГП II ст. хронічного перебігу також підтверджується даними основних клінічних показників (табл. 5.4). Так, показник кровоточивості у хворих основної групи зменшився практично в три рази: в осіб літнього віку до $0,65 \pm 0,04$ проти $2,18 \pm 0,16$ ($p < 0,01$), в осіб старечого віку – $0,70 \pm 0,05$ проти $2,21 \pm 0,17$ ($p < 0,01$). В групі порівняння кровоточивість також зменшилась, практично в два рази з $2,23 \pm 0,12$ до $0,96 \pm 0,12$ ($p < 0,01$).

Значення ПІ знизилось до $1,65 \pm 0,17$ проти $3,54 \pm 0,21$ ($p < 0,01$) в основній групі літнього віку, а в осіб старечого віку основної групи – до $1,73 \pm 0,13$ проти $3,68 \pm 0,23$ ($p < 0,01$). Тоді як в групі порівняння індекс ПІ становив $2,38 \pm 0,22$ проти $3,63 \pm 0,17$ ($p < 0,01$).

Глибина пародонтальних кишень після проведеного комплексу лікування знизилась до $2,35 \pm 0,21$ мм і $2,45 \pm 0,21$ мм проти $4,05 \pm 0,31$ мм і $4,15 \pm 0,21$ мм ($p < 0,01$) в основній групі в осіб літнього та старечого віку, відповідно. У групі порівняння пародонтальні кишень зменшилась до $3,07 \pm 0,12$ мм проти $4,08 \pm 0,32$ мм ($p < 0,01$). Показники, що характеризують стан тканин пародонт, після проведеного лікування так само мають тенденцію до поліпшення. Індекс КПШ знизився до $2,0 \pm 0,15$ і $2,1 \pm 0,17$ проти $4,25 \pm 0,20$ і $4,23 \pm 0,26$ ($p < 0,05$) в основній групі в осіб літнього та старечого віку, відповідно та до $2,51 \pm 0,15$ проти $4,23 \pm 0,26$ ($p < 0,05$) в групі порівняння. Кількість уражених секстантів склала $2,05 \pm 0,17$ і $2,35 \pm 0,17$ після лікування проти $3,65 \pm 0,21$ і $4,00 \pm 0,31$ ($p < 0,01$) в основній групі осіб літнього та старечого віку, відповідно та $2,54 \pm 0,11$ проти $3,98 \pm 0,15$ ($p < 0,01$) у групі порівняння.

Ефективність запропонованого комплексного підходу при лікуванні генералізованного пародонтита III ст. розвитку, хронічного перебігу в осіб літнього і старечого віку надані в таблиці 5.5.

Після проведення комплексного лікування кровоточивість ясен зменшилась у хворих основній групі майже в 3 рази, а в групі порівняння – у 2 рази.

Кровоточивість у хворих основної групи знизилася до $0,72 \pm 0,05$ бала і $0,75 \pm 0,05$ бала з $2,25 \pm 0,20$ бала і $2,36 \pm 0,21$ ($p < 0,01$) бала у осіб літнього та старечого віку, в той же час цей показник в групі порівняння знизився до $1,06 \pm 0,09$ з $2,35 \pm 0,12$ бала ($p < 0,01$). ПІ знизився до $1,70 \pm 0,18$ бала і до $1,76 \pm 0,21$ бала з $3,65 \pm 0,22$ бала і $3,76 \pm 0,30$ бала ($p < 0,01$) в основній групі літнього та старечого віку. У групі порівняння значення ПІ ст. зменшується до $2,50 \pm 0,22$ балу проти $3,75 \pm 0,17$ балу ($p < 0,01$).

Глибина пародонтальних кишень зменшилась до $2,46 \pm 0,27$ мм і $2,50 \pm 0,25$ мм проти $4,20 \pm 0,30$ мм і $4,25 \pm 0,31$ мм ($p < 0,01$) в основній групі осіб літнього та старечого віку відповідно. Незначне зменшення ми спостерігали і в групі порівняння до $3,17 \pm 0,12$ мм проти $4,15 \pm 0,22$ мм ($p < 0,01$).

Позитивну динаміку спостерігали і відносно індексу КПП – $2,12 \pm 0,17$ і $2,17 \pm 0,21$ проти $4,30 \pm 0,27$ і $4,37 \pm 0,21$ ($p < 0,05$) в основній групі осіб літнього та старечого віку. Тоді як в групі порівняння цей показник знизився до $2,60 \pm 0,15$ проти $4,28 \pm 0,26$ ($p < 0,05$). Кількість уражених секстантів склала $2,15 \pm 0,17$ і $2,2 \pm 0,17$ після лікування проти $3,95 \pm 0,22$ і $4,15 \pm 0,21$ ($p < 0,01$) в основній групі літнього та старечого віку відповідно. У групі порівняння динаміка менш виражена і становить $2,73 \pm 0,18$ секстантів проти $4,25 \pm 0,15$ ($p < 0,01$).

Зниження індексу СРІ сталося за рахунок зменшення глибини пародонтальних кишень, зменшення кровоточивості і видалення зубних відкладень. При цьому необхідно враховувати, що з віком збільшується кількість виключених секстантів, що і відбивається на значенні даного індексу.

Цікавими виявились дані щодо вивчення динаміки змін складу вмісту пародонтальних кишень. В більшості пацієнтів літнього та старечого віку у вмісті пародонтальних кишень до лікування відзначали переважання грибів рода *Candida*. Після проведення комплексного лікування змінювалось не лише співвідношення між окремими видами мікроорганізмів але й рівень обсіменіння. Нами було відмічено, що після проведення професійного чищення при належному контролі гігієни порожнини рота, а також протезів (особливо знімних) на необхідному рівні такі умовно патогенні види як гриби рода *Candida* зменшувались до поодиноких одиниць, або зовсім не фіксувались.

5.3 Віддалені результати комплексного лікування осіб літнього та старчого віку, хворих на генералізований пародонтит

Вірогідність оцінки ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит значною мірою залежить від аналізу стану тканин пародонту у віддалені терміни. Нами обстежено 62 (92,54 %) хворих на генералізований пародонтит через 6 місяців і 58 (86,57 %) осіб через

12 місяців після завершення лікування основної групи. Серед них осіб похилого віку було 42 (67,74 %) хворих, у осіб старечого віку 20 (32,26 %) пацієнтів, через 12 місяців ці цифри відповідно склали 40 (68,97 %) і 18 (31,03 %) осіб.

У групі порівняння через 6 місяців було обстежено 36 (90,00 %) осіб та через 12 місяців 32 (80,00 %) пацієнта.

Аналіз клініко-рентгенологічних даних виявив стійку стабілізацію патологічного процесу в тканинах пародонту через 6 місяців після завершення лікування у 38 (90,5 %) обстежених літнього віку основної групи та у 17 (85,0 %) хворих старечого віку основної групи. Рецидив захворювання через 6 місяців в основній групі констатовано у 4 (9,5 %) обстежених літнього і у 3 (15,0 %) осіб старечого віку. Ці показники достовірно відрізняються від даних в хворих групі порівняння. Стабілізацію стану тканин пародонтального комплексу через 6 місяців після завершення лікування відмічено у 28 (77,8 %) оглянутих. Різниця між результатами в хворих на генералізований пародонти літнього віку становить 12,7 %, а в обстежених старечого віку цей показник зменшується вдвічі. З віком зростає кількість пацієнтів, у яких в цей термін обстеження спостерігали рецидив з різницею між віковими групами в 5,5 %. Отримано достовірну різницю цих характеристик порівняно з результатами групи порівняння. Це свідчить про нестійкість клінічної ремісії генералізованого пародонтита у хворих старечого віку основної групи, які ми пояснюємо не лише віковими змінами тканин пародонта, а й особливостями мотивації цих хворих до підтримання отриманих результатів шляхом раціональної індивідуальної гігієни, а також впливом хронічної загальної патології (табл. 5.6).

Проте, результати визначення гігієнічного індексу у хворих на генералізований пародонтит обох вікових груп через 6 місяців після проведення лікування (табл. 5.7) мають стабільний показник (відповідно $1,50 \pm 0,2$ бала проти $1,40 \pm 0,2$, $p < 0,05$ та $1,52 \pm 0,2$ бала проти $1,50 \pm 0,2$, $p > 0,05$).

У хворих групі порівняння якість гігієнічного догляду за ротовою порожниною значно гірше ($IG=1,92\pm 0,3$ проти $1,70\pm 0,2$, $p<0,05$).

Таблиця 5.6

Віддалені результати комплексної терапії осіб літнього і старечого віку хворих на генералізований пародонтит

Групи хворих	Вік, роки	Результати лікування									
		Через 6 місяців					Через 12 місяців				
		К-сть обстежених	Стабілізація		Рецидив		К-сть обстежених	Стабілізація		Рецидив	
			п	%	п	%		п	%	п	%
Основна	Літній	42	38	90,5	4	9,5	40	33	82,5	7	17,5
	Старечий	20	17	85,0	3	15,0	18	14	77,77	4	22,23
Порівняння	55–89	36	28	77,8	8	22,2	32	21	65,62	9	34,38

Необхідно відзначити той факт, що для даної категорії хворих контроль виконання індивідуальної гігієни і вибір індивідуальних засобів гігієни має велике значення. Нами був виявлено той факт, що з часом у осіб літнього і старечого віку знижується мотивація щодо проведенню якісної гігієни порожнини рота і протезів (особливо це стосується знімних протезів).

У зв'язку з цим, ми проводили контроль виконання гігієни порожнини рота через кожні три місяці. Так, при першому контрольному огляді через 3 місяця рівень гігієни в основній групі літнього та старечого віку залишався

на рівні $1,56 \pm 0,2$ бала і $1,60 \pm 0,3$ бала відповідно. У групі порівняння через 3 мес. рівень гігієни був оцінений як незадовільний й становив $2,03 \pm 0,3$ бала (рис. 5.3).

Таблиця 5.7

**Динаміка стану гігієни порожнини рота в осіб літнього і старечого віку
у віддалені терміни спостережень**

Групи хворих	Вік, роки	Індекс гігієни, бали					
		Через 6 місяців			Через 12 місяців		
		К-сть обстежен их	ІГ бали	Ефектив- ність %	К-сть обсте- жених	ІГ бали	Ефектив- ність %
основна	літній	42	$1,50 \pm 0,2$ $p_2 < 0,05$	62,5	40	$1,59 \pm 0,3^*$ $p_2 < 0,05$	60,3
	старечий	20	$1,52 \pm 0,2$ $p_2 < 0,05$	64,7	18	$1,63 \pm 0,2^*$ $p_2 < 0,05$	62,1
порів- няння	55–89	36	$1,92 \pm 0,3$	49,5	32	$2,54 \pm 0,3$	33,2

Примітки: * – різниця вірогідна між групами через 6 та 12 міс. після лікування, $p < 0,05$; p_2 – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння, $p < 0,05$.

Ефективність проведення індивідуальної гігієни в основній групі в середньому склала 62 %, тоді як в групі порівняння лише 46,6 %. У зв'язку з цим з пацієнтами як основної так і групи порівняння було проведено повторне навчання індивідуальній гігієні, з подальшим контролем, після чого спостерігалась стабілізація, що і було зафіксовано через 6 місяців.

Через 9 місяців стан гігієни порожнини рота оцінювався як незадовільний в групі порівняння ІГ і становив $2,13 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$), тоді як в основній групі гігієна залишалася на рівні $1,54 \pm 0,2$ бала в осіб літнього віку і $1,57 \pm 0,2$ бала в осіб старечого віку ($p < 0,05$).

Ефективність проведення індивідуальної гігієни в основній групі у осіб літнього віку склала 61,5 %, а у осіб старечого віку – 63,5%. Тоді як в групі порівняння ефективність становила лише 43,9 %.

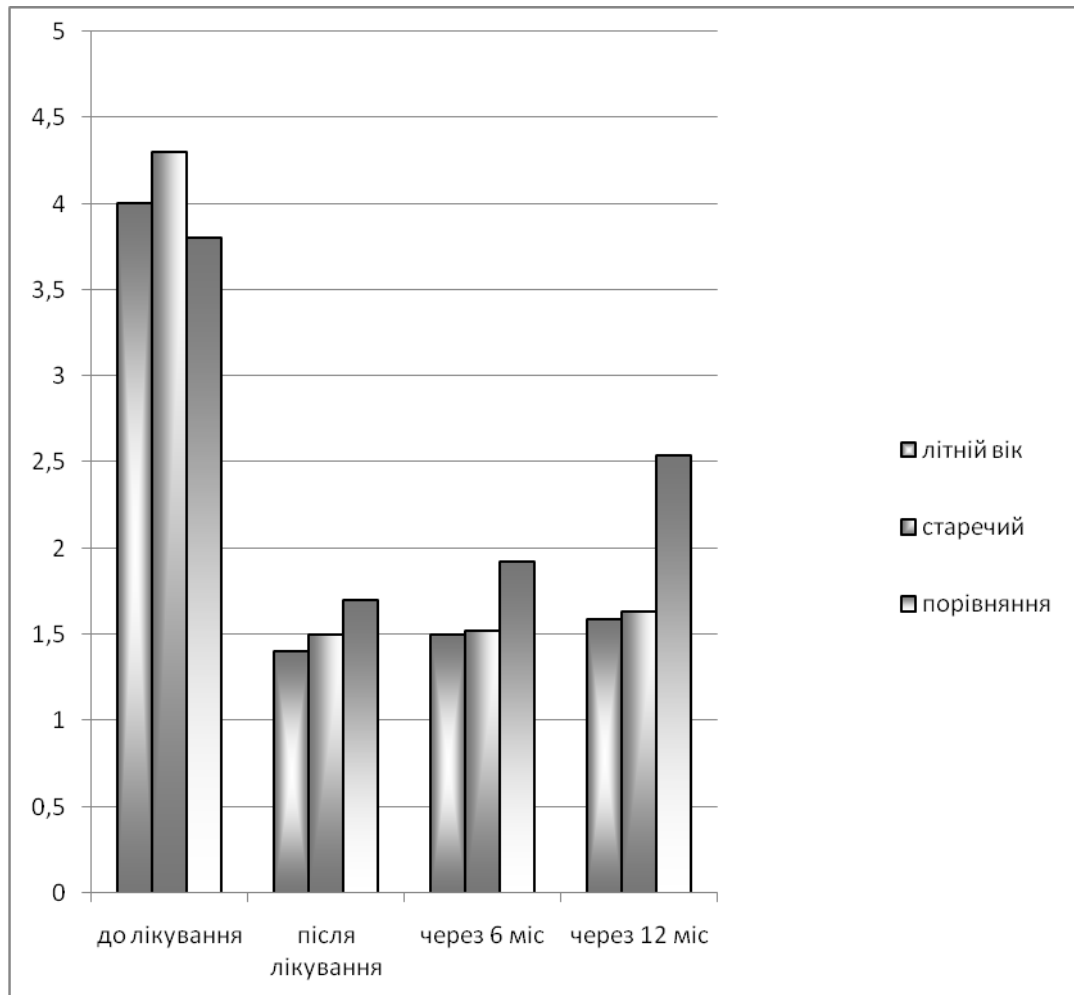


Рис. 5.3 Динаміка стану гігієни порожнини рота в осіб літнього та старечого віку до, після лікування, через 6 місяців та через 12 місяців

Через 12 місяців після проведеного комплексу лікувальних заходів і контролю гігієни порожнини рота, а також виконання всіх рекомендацій індекс гігієни в основній групі склав $1,59 \pm 0,3$ бала і $1,63 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) бала в літньому і старечому віці відповідно, тоді як в групі порівняння цей показник становив $2,54 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$).

Аналіз клінічного стану тканин пародонта за індексними показниками також підтверджує позитивну динаміку отриманих після лікування результатів у хворих основної групи (табл. 5.8, 5.9, 5.10).

Так, у хворих на ГП I ст. основної групи літнього віку індекс кровоточивості через 6 місяців (табл. 5.8) порівняно з показником одразу після лікування зростає ($0,64 \pm 0,04$ бала проти $0,45 \pm 0,05$ бала, $p < 0,05$), але залишається меншим, ніж до лікування ($2,09 \pm 0,11$ бала, $p < 0,05$) (рис. 5.4).

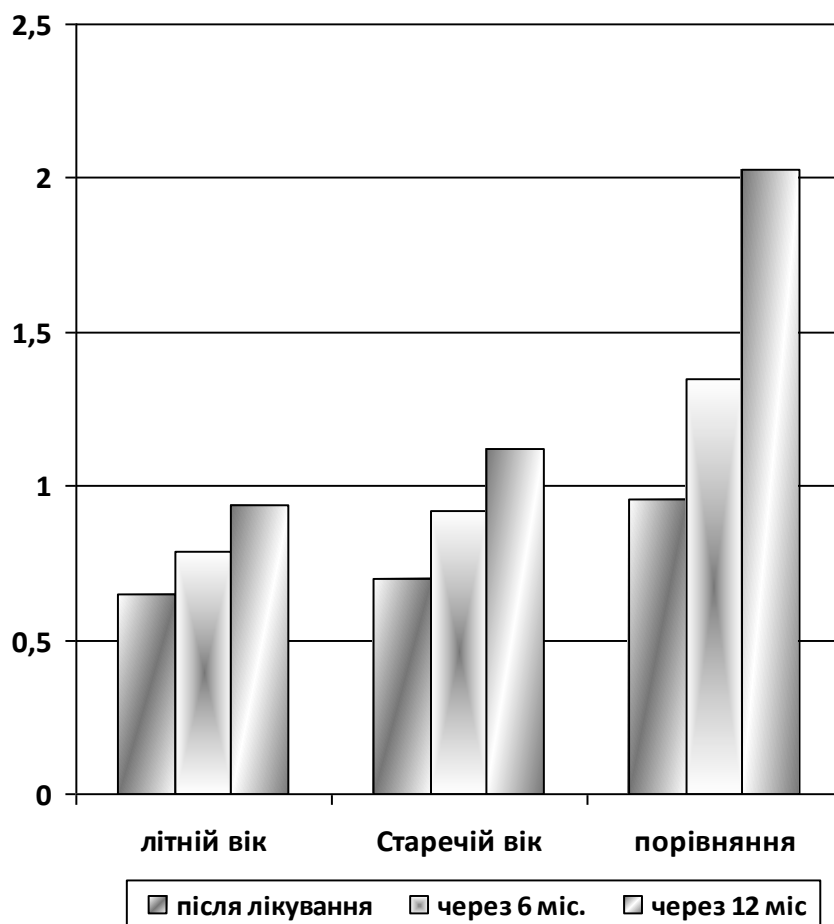


Рис 5.4 Динаміка кровоточивості ясен у осіб літнього та старечого віку

Така ж тенденція спостерігається і у хворих основної групи старечого віку (відповідно $0,59 \pm 0,07$ бала після лікування і $0,75 \pm 0,09$ бала через 6 місяців після його завершення, $p < 0,05$). У осіб групи порівняння ці показники значно

Таблиця 5.8

**Динаміка клінічних показників у хворих на генералізований пародонтит І ст., хронічного перебігу
у віддалені терміни**

Показники	Основна група								Група порівняння			
	Літній вік				Старечий вік				Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁
	Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁	Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁				
Кровоточивість ясен (бали)	0,45± 0,05	0,6± 0,04 p ₂ <0,05	0,89± 0,07 p ₂ <0,05	<0,05	0,59± 0,07	0,75± 0,09 p ₂ <0,05	1,05± 0,09 p ₂ <0,05	<0,05	0,96± 0,09	1,2± 0,05	1,9± 0,09	<0,05
ПІ (бали)	1,50± 0,15	1,58± 0,11 p ₂ <0,05	1,69± 0,17 p ₂ <0,05	>0,05	1,57± 0,16	1,67± 0,12 p ₂ <0,05	1,7± 0,12 p ₂ <0,05	<0,05	2,18± 0,22	2,2± 0,18	2,8± 0,17	<0,05
Глибина пародонгальних кишень (мм)	2,05± 0,15	2,1± 0,12 p ₂ <0,05	2,25± 0,11 p ₂ <0,05	<0,05	2,22± 0,12	2,31± 0,12 p ₂ <0,05	2,4± 0,11 p ₂ <0,05	<0,05	2,97± 0,12	3,0± 0,13	3,6± 0,14	<0,05
КПІ	1,96± 0,12	2,0± 0,12 p ₂ <0,05	2,15± 0,14 p ₂ <0,05	<0,05	2,07± 0,11	2,20± 0,12 p ₂ <0,05	2,4± 0,13 p ₂ <0,05	<0,05	2,30± 0,15	2,5± 0,12	2,9± 0,14	<0,05
СРІ (бали)	1,45± 0,14	1,8± 0,13 p ₂ <0,05	1,98±0,15 p ₂ <0,05	<0,05	1,68±0,17	1,86±0,12 p ₂ <0,05	2,0± 0,11 p ₂ <0,05	<0,05	1,96±0,11	2,0± 0,17	2,6± 0,15	<0,05

Примітки: p₁ – розбіжності вірогідні між групами до і після лікування; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівня.

гірші ($1,25 \pm 0,05$ бала проти $0,96 \pm 0,09$ бала, $p < 0,05$) і вірогідно відрізняються від результатів пацієнтів основної групи ($p < 0,05$).

Індекс ПІ у хворих літнього віку основної групи суттєво не змінюється через 6 місяців після лікування ($1,50 \pm 0,15$ бала і $1,58 \pm 0,11$ бала, $p > 0,05$). У пацієнтів старечого віку також зберігається виявлена тенденція, хоча абсолютне значення індексу ПІ в осіб цієї вікової категорії дещо гірше ($1,57 \pm 0,16$ бала і $1,67 \pm 0,12$ бала через 6 місяців після лікування, $p > 0,05$), але суттєвої різниці показників між двома віковими групами в перший контрольний термін динамічного спостереження не виявлено.

Проте, порівняння значень індексу ПІ в пацієнтів основної і групи порівняння виявило їх вірогідні відмінності ($1,58 \pm 0,11$ і $1,67 \pm 0,12$ бала проти $2,25 \pm 0,18$ бала, $p < 0,05$), що засвідчує позитивний вплив розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів на перебіг генералізованого пародонтиту у людей похилого віку.

Це також підтверджується аналізом динаміки глибини зондування пародонтальних кишень. У хворих літнього віку основної групи з ГП І ст. через 6 місяців після лікування не виявлено суттєвої різниці порівняно з даними після завершення курсу лікування (відповідно $2,05 \pm 0,15$ мм і $2,10 \pm 0,12$ мм, $p < 0,05$). Подібну закономірність ми виявили у пацієнтів старечого віку основної групи (відповідно $2,22 \pm 0,12$ мм і $2,31 \pm 0,12$ мм, $p < 0,05$). Виявлено суттєву різницю цього показника залежно від віку ($p < 0,05$). Порівняння даного індексу в хворих основної та групи порівняння демонструє їх суттєві відмінності (відповідно $2,10 \pm 0,12$ мм; $2,31 \pm 0,12$ мм проти $3,05 \pm 0,13$ мм, $p < 0,05$).

Аналіз показників комбінованих пародонтальних індексів також підтверджує отримання стійкої ремісії в обох підгрупах основної групи в даний термін спостереження. Індекс КПІ у хворих літнього віку основної групи через 6 місяців після завершення лікування суттєво не змінився і складав $2,04 \pm 0,12$ проти $1,96 \pm 0,12$, $p > 0,05$. Подібні дані отримано також у хворих старечого віку основної групи (відповідно $2,20 \pm 0,12$ проти $2,07 \pm 0,11$,

$p < 0,05$). Виявлено вірогідна різниця між даними цього критерію у хворих двох вікових категорій ($p < 0,05$). Дещо гірші показники отримано у хворих групи порівняння, а значення індексу КПП порівняно з даними обох підгруп основної групи суттєво різняться (відповідно $2,04 \pm 0,12$ і $2,20 \pm 0,12$ проти $2,56 \pm 0,12$, $p < 0,05$).

Середній показник кількості уражених секстантів за індексом СРІ суттєво не зростає. У хворих літнього віку його значення через 6 місяців після лікування складає $1,80 \pm 0,13$ секстантів проти $1,45 \pm 0,14$ після його завершення, $p < 0,05$. Незначне збільшення кількості уражених секстантів ми відмітили і у хворих старечого віку підгрупи основної групи ($1,86 \pm 0,12$ секстантів проти $1,68 \pm 0,17$ секстантів, $p < 0,05$).

Як і за іншими критеріями, виявлено суттєву різницю цього показника порівняно з результатами в осіб групи порівняння (відповідно $1,80 \pm 0,13$ секст. і $1,86 \pm 0,12$ секст. проти $2,65 \pm 0,15$ секст., $p < 0,05$).

Таким чином, клінічні показники, що відображують стан тканин пародонта в обстежених через 6 місяців, залишаються стабільнішими в осіб основної групи, як літнього так і старечого віку.

Отримані нами клініко-рентгенологічні дані обстеження осіб літнього і старечого віку через 6 місяців після лікування підтвердили важливе значення в розвитку захворювань тканин пародонту гігієни порожнини рота. Нами так само визначена необхідність в індивідуальному підході у підборі засобів гігієни порожнини рота, мотивації даної групи хворих в проведенні гігієнічних заходів. Також вживання препаратів з комплексом мікроелементів дає ефективніший результат лікування і стабілізацію патологічного процесу в тканинах пародонту.

Аналіз результатів обстеження хворих через 12 місяців (табл. 5.8, 5.9, 5.10) показав стабілізацію процесу в осіб основної групи: індекс кровоточивості становив $0,89 \pm 0,07$ бала і $1,05 \pm 0,09$ бала ($p < 0,05$) в осіб літнього та старечого віку; ПІ – $1,69 \pm 0,17$ бала і $1,75 \pm 0,12$ бала ($p < 0,05$); глибина пародонтальних кишень – $2,25 \pm 0,11$ мм і $2,45 \pm 0,11$ мм ($p < 0,05$).

Стабільність процесу підтверджується також динамікою індексів КПІ ($2,15 \pm 0,14$ і $2,45 \pm 0,13$ проти $2,98 \pm 0,14$ в групі порівняння, $p < 0,05$) та СРІ ($1,98 \pm 0,15$ бала і $2,05 \pm 0,11$ бала проти $2,65 \pm 0,15$ бала в групі порівняння, $p < 0,05$).

У групі порівняння індекс кровоточивості через 12 місяців збільшується до $1,95 \pm 0,09$ бала, ПІ становить $2,88 \pm 0,17$ бала ($p < 0,05$), глибина пародонтальних кишень становить $3,67 \pm 0,14$ мм ($p < 0,05$).

З поглибленням патологічного процесу в тканинах пародонта зберігається загальна тенденція стійкої клінічної ремісії через 6 місяців після завершення лікування, проте клінічні критерії стану тканин пародонтального комплексу у хворих на генералізований пародонтит II ступеня більш виражені (табл. 5.9).

Так, кровоточивість ясен у хворих основної групи через 6 міс. зростає, але ця різниця не суттєва ($0,79 \pm 0,07$ бала проти $0,65 \pm 0,04$ бала, $p < 0,05$, та $0,92 \pm 0,04$ проти $0,70 \pm 0,05$, $p < 0,05$ в осіб літнього та старечого віку відповідно). Індекс ПІ становить $1,78 \pm 0,12$ та $1,93 \pm 0,10$ ($p < 0,05$) відповідно, глибина пародонтальних кишень $-2,48 \pm 0,17$ та $2,61 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Індокси КПІ ($2,18 \pm 0,12$ та $2,37 \pm 0,14$, $p < 0,05$) та СРІ ($2,35 \pm 0,14$ та $2,61 \pm 0,17$ $p < 0,05$), свідчать про стабільність процесу в тканинах пародонта.

В той же час, віддалені результати, які ми отримали через 6 місяців після лікування, в групі порівняння свідчать про нестійкий клінічний ефект. Так індекс кровоточивості становить $1,35 \pm 0,1$ бала проти $0,96 \pm 0,09$ бала ($p < 0,05$), ПІ – $2,61 \pm 0,17$ проти $2,38 \pm 0,22$ ($p < 0,05$), глибина пародонтальних кишень $3,35 \pm 0,17$ проти $3,07 \pm 0,12$ ($p < 0,05$), КПІ – $2,88 \pm 0,17$ проти $2,51 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) та СРІ $2,95 \pm 0,21$ проти $2,54 \pm 0,11$ ($p < 0,05$).

Таким чином, данні, одержані через 6 місяців після лікування, в основній групі більш стабільні, ніж в групі порівняння

Таблиця 5.9

**Динаміка клінічних показників у хворих на генералізований пародонтит II ступеня, хронічного перебігу
у віддалені терміни**

Показники	Основна група								Група порівняння			
	Літній вік				Старечий вік				Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁
	Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁	Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁				
Кровоточивість ясен	0,65±0,04	0,79±0,07 p ₂ <0,05	0,94±0,08 p ₂ <0,05	<0,05	0,70±0,05	0,92±0,04 p ₂ <0,05	1,12±0,05 p ₂ <0,05	<0,05	0,96±0,09	1,35±0,1	2,03±0,11	<0,05
ПІ (бали)	1,65±0,17	1,78±0,12 p ₂ <0,05	1,89±0,11 p ₂ <0,05	<0,05	1,73±0,13	1,93±0,10 p ₂ <0,05	2,12±0,14 p ₂ <0,05	<0,05	2,38±0,22	2,61±0,17	3,14±0,18	<0,05
Глибина пародонтальних кишень	2,35±0,21	2,48±0,17 p ₂ <0,05	2,67±0,18 p ₂ <0,05	<0,05	2,45±0,21	2,61±0,15 p ₂ <0,05	2,98±0,17 p ₂ <0,05	<0,05	3,07±0,12	3,35±0,17	3,92±0,15	<0,05
КПІ	2,0±0,15	2,18±0,12 p ₂ <0,05	2,37±0,14 p ₂ <0,05	<0,05	2,1±0,17	2,37±0,14 p ₂ <0,05	2,58±0,17 p ₂ <0,05	<0,05	2,51±0,15	2,88±0,17	3,24±0,14	<0,05
СРІ бали	2,05±0,17	2,35±0,14 p ₂ <0,05	2,65±0,21 p ₂ <0,05	<0,05	2,35±0,17	2,61±0,17 p ₂ <0,05	2,95±0,15 p ₂ <0,05	<0,05	2,54±0,11	2,95±0,21	3,42±0,18	<0,05

Примітки: p₁ – розбіжності вірогідні між групами до і після лікування; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння.

Таблиця 5.10

**Динаміка клінічних показників у хворих на генералізований пародонтит III ступеня, хронічного перебігу
у віддалені терміни**

Показники	Основна група								Група порівняння			
	Літній вік				Старечий вік				Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁
	Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁	Після лікування	Через 6 міс.	Через 12 міс.	p ₁				
Кровоточивість ясен (бали)	0,72±0,05	0,91±0,05 p ₂ <0,05	1,12±0,07 p ₂ <0,05	<0,05	0,75±0,05	0,98±0,07 p ₂ <0,05	1,25±0,08 p ₂ <0,05	<0,05	1,06±0,09	1,62±0,11	2,12±0,12	<0,05
PII (бали)	1,70±0,18	1,92±0,15 p ₂ <0,05	2,21±0,12 p ₂ <0,05	<0,05	1,76±0,21	2,01±0,17 p ₂ <0,05	2,34±0,15 p ₂ <0,05	<0,05	2,50±0,22	2,83±0,21	3,25±0,18	<0,05
Глибина пародонтальних кишень	2,46±0,27	2,54±0,21 p ₂ <0,05	2,75±0,17 p ₂ <0,05	<0,05	2,50±0,25	2,79±0,21 p ₂ <0,05	3,11±0,15 p ₂ <0,05	<0,05<0,05	3,17±0,12	3,85±0,17	4,05±0,21	<0,05
КПП	2,12±0,17	2,31±0,17 p ₂ <0,05	2,54±0,18 p ₂ <0,05	<0,05	2,17±0,21	2,42±0,18 p ₂ <0,05	2,72±0,21 p ₂ <0,05	<0,05	2,60±0,15	2,94±0,21	3,67±0,18	<0,05
СРІ (бали)	2,15±0,17	2,54±0,19 p ₂ <0,05	2,92±0,21 p ₂ <0,05	<0,05	2,20±0,17	2,81±0,17 p ₂ <0,05	3,02±0,18 p ₂ <0,05	<0,05	2,73±0,18	3,12±0,21	3,72±0,18	<0,05

Примітки: p₁ – розбіжності вірогідні між групами до і після лікування; p₂ – розбіжності вірогідні відносно групи порівняння

Динаміка клінічних та індексних показників у хворих основної групи через 12 місяців після лікування свідчать про стабілізацію патологічного процесу (табл. 5.9).

Так, індекс кровоточивості через 12 місяців в основній групі, в осіб літнього та старечого віку становив $0,94 \pm 0,08$ бала і $1,12 \pm 0,05$ бала проти показників отриманих відразу після лікування: $0,65 \pm 0,04$ бала і $0,70 \pm 0,05$ бала ($p < 0,05$) відповідно.

У групі порівняння індекс кровоточивості зріс до $2,03 \pm 0,11$ бала проти $0,96 \pm 0,09$ бала ($p < 0,05$)

Пародонтальний індекс змінився до $1,89 \pm 0,17$ бала і $2,12 \pm 0,14$ бала в осіб літнього та старечого віку проти $1,65 \pm 0,17$ бала і $1,73 \pm 0,13$ бала ($p < 0,05$) відповідно. В групі порівняння значення індексу становило $3,14 \pm 0,18$ бала проти $2,38 \pm 0,22$ бала ($p < 0,05$). Глибина пародонтальних кишень в основній групі $2,67 \pm 0,18$ мм проти $2,35 \pm 0,21$ ($p < 0,05$) в осіб літнього віку і $2,98 \pm 0,17$ мм проти $2,61 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) в осіб старечого віку. В групі порівняння глибина пародонтальних кишень становила $3,92 \pm 0,15$ мм проти $3,07 \pm 0,12$ мм ($p < 0,05$).

Стабільність процесу підтверджується також динамікою індексів КПІ ($2,37 \pm 0,14$ і $2,58 \pm 0,17$ проти $2,00 \pm 0,15$ і $2,1 \pm 0,17$ ($p < 0,05$) в осіб літнього та старечого віку, відповідно) і СРІ ($2,65 \pm 0,21$ бала і $2,95 \pm 0,15$ бала проти $2,05 \pm 0,17$ бала і $3,35 \pm 0,15$ бала ($p < 0,05$), відповідно). Тоді як в групі порівняння ці значення були рівні $3,24 \pm 0,14$ і $3,42 \pm 0,18$ проти $2,51 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) і $2,54 \pm 0,11$ ($p < 0,05$) відповідно.

Таким чином, клінічне обстеження хворих на генералізований пародонтит II ст., хронічного перебігу в основній та групі порівняння через 12 місяців, підтвердило, що запропонована схема лікування для даного контингенту пацієнтів є ефективною.

У пацієнтів основної групи з ГП III ст. дані отримані через 6 місяців після проведеного лікування свідчать про стабілізацію патологічного процесу (табл. 5.10).

Так, індекс кровоточивості складає в осіб літнього віку основної групи $0,91 \pm 0,05$ та в осіб старечого віку – $0,98 \pm 0,07$ проти $0,72 \pm 0,05$ та $0,75 \pm 0,05$ ($p < 0,05$) відповідно, індекс ПІ – $1,92 \pm 0,15$ та $2,01 \pm 0,17$ проти $1,70 \pm 0,18$ та $1,76 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), КПІ – $2,31 \pm 0,17$ та $2,42 \pm 0,18$ проти $2,12 \pm 0,17$ та $2,17 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), СРІ становив у осіб літнього віку $2,54 \pm 0,19$ проти $2,15 \pm 0,17$ та $2,81 \pm 0,17$ проти $2,20 \pm 0,17$ ($p < 0,05$) в осіб старечого віку

Глибина пародонтальних кишень істотно не змінюється та становить $2,54 \pm 0,21$ в осіб літнього та $2,79 \pm 0,21$ в осіб старечого віку ($p < 0,05$).

Дані отримані через 6 місяців в групі порівняння істотно відрізняються від основної групи і свідчать про нестійкий клінічний ефект.

Підвищення індексів відображує клінічне погіршення стану тканин пародонту. Індекс кровоточивості зріс з $1,06 \pm 0,09$ до $1,62 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), ПІ – з $2,50 \pm 0,22$ до $2,83 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), КПІ – $2,94 \pm 0,21$ проти $2,60 \pm 0,15$ ($p < 0,05$), СРІ – $3,12 \pm 0,21$ проти $2,73 \pm 0,18$ ($p < 0,05$). Також просліджується тенденція до прогресування резорбції кістки і збільшення глибини пародонтальної кишені з $3,17 \pm 0,12$ до $3,85 \pm 0,17$ ($p < 0,05$).

Про позитивний вплив на динаміку патологічного процесу в тканинах пародонта та стійку стабілізацію свідчать отримані дані в основної групи через 12 місяців після проведеного лікування.

Індекс кровоточивості в основній групі становить $1,12 \pm 0,07$ та $1,25 \pm 0,08$ в осіб літнього та старечого віку ($p < 0,05$), ПІ – $2,21 \pm 0,12$ і $2,34 \pm 0,15$ відповідно ($p < 0,05$); глибина пародонтальних кишень $2,75 \pm 0,17$ та $3,11 \pm 0,15$ ($p < 0,05$); КПІ – $2,54 \pm 0,18$ і $2,72 \pm 0,21$ ($p < 0,05$); СРІ – $2,92 \pm 0,21$ і $3,02 \pm 0,18$ ($p < 0,05$) в осіб літнього та старечого віку.

В групі порівняння індекс кровоточивості збільшився до $2,12 \pm 0,12$; ПІ – до $3,25 \pm 0,18$; КПІ – до $3,67$; СРІ – до $3,72 \pm 0,18$. Прогресуючу резорбцію підтверджує збільшення глибини пародонтального кишені до $4,05 \pm 0,21$ ($p < 0,05$).

Для підтвердження та ілюстрації даних, що були отримані нами в результаті комплексного лікування представлені в рис. 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10.

Витяг з історії хвороби № 4358. Скарги: неприємний запах з рота. Кровоточивість та болочість ясен, що виникає під час споживання твердої їжі. Поява проміжків між зубами та їх рухомість.

Дані об'єктивного дослідження: дифузне запалення ясен, рецесія ясен в області усіх збережених зубів, оголення шийок і коренів зубів, наявність травматичної оклюзії, патологічна рухомість II ст., незаміщені дефекти зубних рядів (рис. 5.5).

Проведений цілий комплекс лікувальних заходів: зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії, протизапальна місцева терапія. Проведено ендодонтичне лікування зубів по показанням.

Контрольна ортопантомограма на етапі завершення терапевтичного лікування (верхня щелепа). Наступний, завершальний етап – протезування.

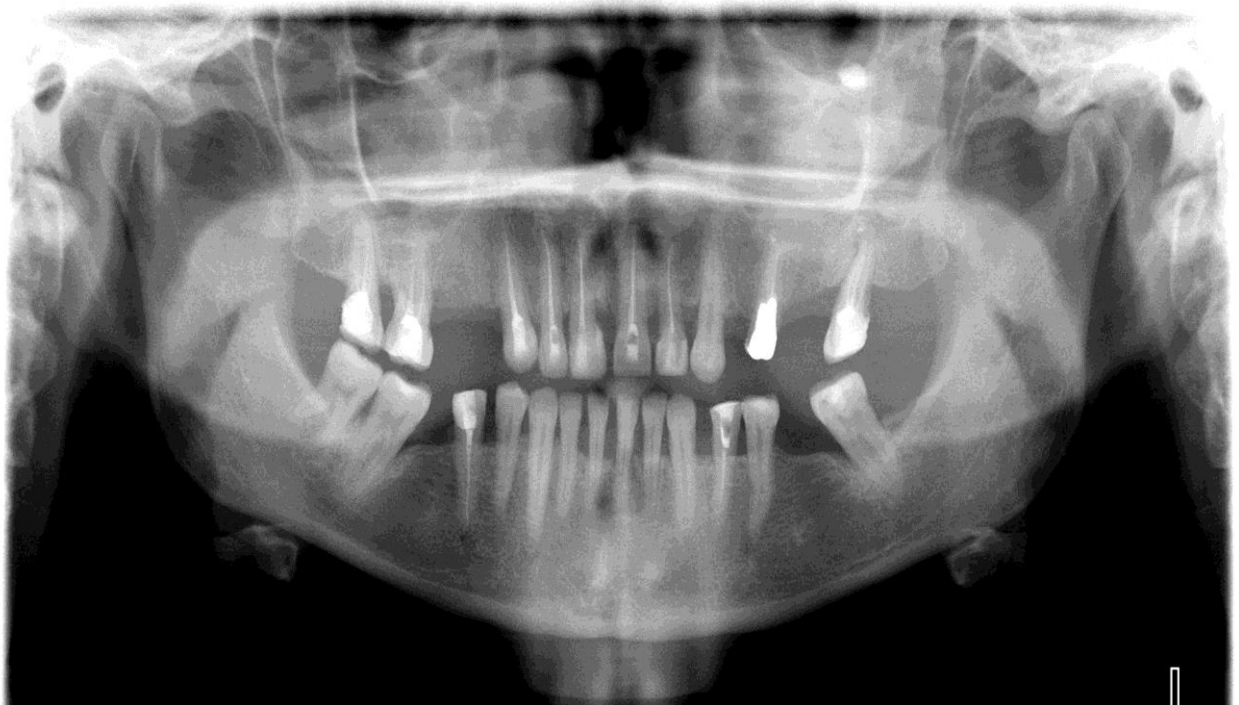


Рис. 5.5 Ортопантомограма. Пацієнт С., літнього віку

На ортопантограмі виявлена вертикальна резорбція міжкоміркових перегородок на 1/3 їх висоти, кортикальна пластинка виражена. В ділянці 2.7 зуба розширення періодонтальної щілини. В ділянці 1.7, 1.6, 3.7, 4.7 зубів кісткові кишени.

Витяг з історії хвороби № 3518. Скарги: неприємний запах з рота. Кровоточивість та болочість ясен, що виникає під час споживання твердої їжі. Рухомість зубів II ступеня (рис. 5.6, 5.7).

Дані об'єктивного дослідження: дифузне запалення ясен, рецесія ясен в області усіх зубів, оголення шийок і коренів зубів, наявність травматичної оклюзії, патологічна рухомість зубів II ст., незаміщений дефект зубного ряду. Рясні відкладення зубного каменю. Глибина пародонтальних кишень 4–5 мм.



Рис. 5.6 Фото вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В. (історія хвороби № 3518) літнього віку після зняття зубних відкладень

На ортопантограмі (рис. 5.7) після проведенного лікування виявлено зниження активності резорбції та відновлення структури кісткової тканини. Вертикальна резорбція міжкоміркових перегородок на 1/2, 1/3 їх висоти, кортикальна пластинка мало виражена, розширення періодонтальної щілини. В ділянці 1.7 зуба кісткова кишеня досягає верхівки кореня.

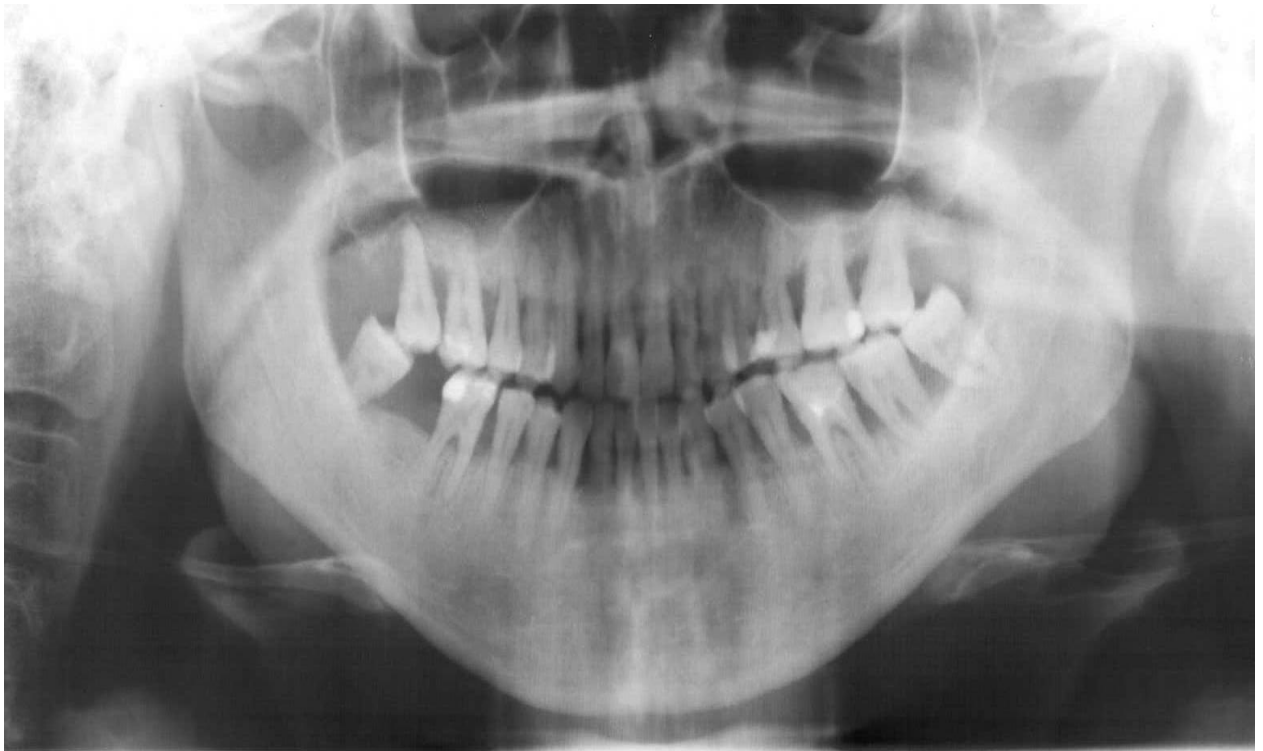


Рис. 5.7 Ортопантомограма пацієнта В., літнього віку

Витяг з історії хвороби № 4587. Скарги: неприємний запах з рота. Кровоточивість та болючість ясен, що виникає під час споживання твердої їжі. Рухомість зубів (рис. 5.6, 5.7). Відкладення зубного каменю.



Рис. 5.8 Фото вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В. (історія хвороби № 4587) літнього віку до початку лікування

Вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В. (історія хвороби № 4587) на етапі лікування.

Проведений комплекс лікувальних заходів: зняття зубних відкладень, усунення травматичної оклюзії, протизапальна місцева терапія. На час проведення терапевтичного лікування було проведено шинування зубів нижньої щелепи.



Рис. 5.9. Фото вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В. (історія хвороби № 4587) літнього віку на етапі лікування



Рис. 5.10 Фото вигляду фронтальної ділянки зубних рядів та тканин пародонта пацієнтки В. (історія хвороби № 587) літнього віку після лікування

Висновки

За результатами клініко-рентгенологічного дослідження проведеного безпосередньо, через 6 та 12 місяців встановлено позитивний вплив проведення комплексного лікування генералізованого пародонтита. В той же час, використання традиційної схеми лікування генералізованого пародонтиту (група порівняння) зумовлює низький терапевтичний ефект у віддалені терміни спостережень. Відсутність позитивного впливу ми пов'язуємо з проведеним лікуванням не в повному обсязі та без проведення підтримуючої терапії.

Застосована в основній групі розроблена нами схема комплексного лікування генералізованого пародонтита в осіб літнього і старечого віку з проведенням лікувальних заходів в повному обсязі та з використанням препарату «Есмін» сприяла стабілізації процесу в альвеолярній кістці, поліпшенню об'єктивних і суб'єктивних даних, що дає підставу

рекомендувати запропоновану схему для впровадження в стоматологічну практику.

За матеріалами даної глави опубліковано 3 статті у виданнях, рекомендованих ДАК України:

1. Кананович Т. Н. Дифференцированный подход к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта у лиц пожилого возраста / Т. Н. Кананович // Современная стоматология. – 2013. – № 2 (66). – С. 9–11.

2. Політун А. М. Етичні та деонтологічні проблеми при наданні стоматологічної допомоги людям літнього та старечого віку / А. М. Політун, Т. М. Кананович, О. Д. Головчанська // Проблемы старения и долголетия. – 2013. – № 2 (22). – С. 211–218.

3. Показатели кальций-фосфорного обмена и состояние костного метаболизма у лиц пожилого и старческого возраста с заболеваниями пародонта / А. М. Политун, С. Магомедов, Т. Н. Кананович, И. Н. Федянович // Науковий вісник НМУ імені О. О. Богомольця. – 2011. – № 3–4. – С. 104–108.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

Важливими наслідками старіння населення є збільшення людей похилого віку на прийомі у лікаря. Оцінка стану тканин пародонта, виявлення особливостей перебігу їх захворювань, розробка і впровадження в практику методів і засобів лікування і профілактики захворювань тканин пародонта в осіб похилого віку є актуальною проблемою сьогодення, яка потребує поглибленого вивчення, узагальнення і обґрунтування практичних рекомендацій щодо покращення стоматологічного здоров'я людей старших вікових груп. Як свідчать численні дослідження, саме у людей літнього (55–74 роки) і старечого (75–89 років) віку хвороби пародонта є найчастішою причиною втрати зубів, що призводить до зміни якості життя цієї категорії населення [3, 4]. Поряд із цим, серед різних чинників, що впливають на розповсюдженість захворювань пародонта, найменш вивченими є вікові особливості.

Дані літератури свідчать про відсутність уваги до хворих цієї вікової категорії, як при плануванні, так і на етапах лікування. Неухильне прогресування запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта, низька ефективність комплексного лікування, відсутність профілактики, короткотермінові ремісії обумовлюють необхідність пошуку нових методів і засобів лікування.

Саме тому оцінка стану тканин пародонта, виявлення особливостей перебігу їх захворювань, розробка і впровадження в практику методів і засобів лікування і профілактики захворювань пародонта в осіб похилого віку були метою дисертаційної роботи.

З метою комплексної оцінки стоматологічного статусу в осіб літнього та старечого віку нами було обстежено 250 мешканців Києва, які звернулись за стоматологічною допомогою в Стоматологічний медичний центр

Національного медичного університету імені О. О. Богомольця упродовж 2007–2008 років.

Із групи дослідження було виключено осіб, які мали тяжкі ендокринні, онкологічні захворювання та хвороби крові, а також пацієнтів, які відмовились від участі в дослідженні на будь-якому з його етапів.

Обстежені були розподілені на дві групи. Першу групу склали 155 (62,0 %) хворих віком від 56 до 74 ($65,2 \pm 0,8$) років, серед яких чоловіків – 63 (40,65 %), жінок – 92 (59,35 %). До другої групи віднесли 95 (38,0 %) обстежених віком 75–89 ($78,4 \pm 0,5$) років, серед яких 37 (38,94 %) чоловіків та 58 (61,06 %) жінок.

При вивченні стоматологічного статусу в осіб похилого віку визначали розповсюдженість карієсу (%) та його інтенсивність (за індексом КПВ), рівень індивідуального гігієнічного догляду за порожниною рота і за протезами у разі їх наявності. Гігієнічний стан оцінювали за спрощеним індексом гігієни порожнини рота за методикою J. C. Green – J. K. Vermillion (1964) та за допомогою універсального гігієнічного індексу порожнини рота в осіб літнього та старечого віку (Ю. В. Чижов, О. М. Новиков, 2005).

Клінічну оцінку тканин пародонта проводили за клінічними даними та індексними показниками: папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) (Parma, 1960), пародонтальний (П) (Russel, 1956), та комплексні пародонтальні індекси (КП) (1987), СРІ (ВООЗ, 1997). Також визначали рівень стоматологічної допомоги (РСД) (П. А. Леус, 1997).

Для визначення змін кісткової тканини альвеолярного відростка використовували внутрішньоротову близькофокусну контактну рентгенографію та ортопантомографію (Н. А. Рабухіна, А. П. Аржанцев, 1999).

Діагноз захворювання тканин пародонта встановлювали за класифікацією М. Ф. Данилевського (1994).

Для виявлення загальних чинників, які сприяють прогресуванню патологічних змін в тканинах пародонта у людей похилого віку, нами було проведено анкетування.

Біохімічні дослідження включали вивчення маркерів формування кісткової тканини (білковозв'язаний гідроксипролін в сироватці крові за Н. Stegemann, 1965), активність лужної фосфатази за методом О. Боданського, (Б. Я. Власов, Т. Г. Войтович, 1979), маркерів деструкції кістки (вільний гідроксипролін в сироватці крові за Н. Stegemann, 1965; екскреція оксипроліну в добовій сечі за А. А. Крель, Л. Н. Фурцева, 1968) та показників кальцій- фосфорного обміну – добова екскреція кальцію за методом Гринблатта і Хартмана (В. Г. Колб, В. С. Камышников, 1976) і фосфору за методом О. Боданського (В. Г. Колб, В. С. Камышников, 1976).

На підставі одержаних даних було розроблено схему лікувально-профілактичних заходів, яку було застосовано у 107 хворих на генералізований пародонтит I–III ступеня. Усіх пацієнтів розподілили на дві групи: група спостереження (67 осіб) – пацієнти отримували запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів та група порівняння (40 осіб) – пацієнтам проводили традиційне лікування.

Було виявлено незадовільний рівень стоматологічного статусу в осіб літнього і старечого віку. Так, захворювання тканин пародонта виявлено у всіх обстежених (100 %). В осіб літнього віку гінгівіт діагностовано у 9 обстежених (5,81 %), генералізований пародонтит – у 117 (75,48 %) осіб, з них – у 43 (68,3 %) чоловіків та у 74 (80,5 %) жінок, пародонтоз – у 29 осіб (18,71 %). В осіб старечого віку діагностовано поодинокі випадки гінгівіту (2 пацієнта, 2,10 %). Пародонтоз – виявлено у 15 пацієнтів (15,79 %); разом з тим, зростає питома вага генералізованого пародонтита – у 78 пацієнтів (82,11 %), з них 29 (78,4 %) чоловіків і 49 (84,5 %) жінок.

Аналіз структури захворювань тканин пародонта залежно від віку виявив тенденцію до поглиблення патологічного процесу та зменшення початкових форм захворювання.

В осіб літнього віку генералізований пародонтит (ГП) I ступеня – у 24 (15,5 %) осіб (у 8 (12,7 %) чоловіків та у 16 (17,4 %) жінок); ГП II ступеня – у 57 (36,8 %) пацієнтів, з них – 23 (36,5 %) чоловіка та 34 (37,0 %) жінки;

ГП III ступеня – у 36 (23,2 %) пацієнтів з них 12 (19,1 %) чоловіків та 24 (26,1 %) жінки.

В осіб старечого віку діагностовано: ГП I ступеня – у 10 (10,5 %) пацієнтів з них у 4 (10,8 %) чоловіків та у 6 (10,3 %) жінок; ГП II ступеня – у 37 (38,9 %) пацієнтів (14 (37,8 %) та у 23 (39,7 %) відповідно); ГП III ступеня – у 31 (32,6 %) з них у 11 (29,8 %) чоловіків та у 20 (34,5 %) жінок.

Таким чином, в осіб старечого віку спостерігається зростання захворювання на генералізований пародонтит у чоловіків майже на 10 % (сягає 78,4 %). У той же час зменшується кількість хворих на ГП I ступеня як у чоловіків (на 1,9 %) так і у жінок (на 7,1 %) і значне збільшення осіб з ГП III ступенем – на 10,7 % у чоловіків і на 7,9 % у жінок ($p < 0,05$).

Особливістю, характерною для пацієнтів похилого віку є збільшення кількості хворих з вираженим розвитком патологічних змін в тканинах пародонта, що є наслідком тривалості запальних процесів, відсутністю профілактичних оглядів, своєчасної діагностики та повноцінного комплексного лікування

Це підтверджується тим, що в обох вікових групах нами не виявлено жодного пацієнта з вперше встановленим діагнозом. Тривалість захворювання тканин пародонта від 15 до 20 років виявлено у 89 (35,6 %) пацієнтів, з них 58 осіб (37,4 %) літнього та 31 (32,63 %) – старечого віку. Захворювання тривалістю більше 20 років констатовано у 33 (13,2 %) пацієнтів, з них 10 (6,5 %) осіб літнього та 23 (24,21 %) – старечого віку. Таким чином, у геронтологічних пацієнтів патологічні зміни в тканинах пародонта є відображенням сукупності патологічних процесів впродовж усього життя. Сюди слід віднести ще довготривалі (30, 40,50 та більше років) погані звички.

Одним із виявлених чинників ризику розвитку захворювань тканин пародонта є незадовільний стан індивідуальної гігієни порожнини рота. За показником гігієнічного індексу ОНІ-S за Green–Vermillion (1964)

незадовільна гігієна порожнини рота визначена в обох вікових групах: $3,96 \pm 0,22$ бала у осіб літнього віку та $4,03 \pm 0,23$ бала у осіб старечого віку. На наш погляд це може бути пов'язано з: роками зафіксованим стереотипом чищення зубів, а також необізнаність щодо необхідності проведення якісної індивідуальної гігієни порожнини рота; больовими відчуттями, які виникають при оголені шийок зубів; прискоренням відкладення зубного нальоту, яке може бути пов'язано зі зміною властивостей слини, а також перехід на м'яку їжу; загальний стан пацієнтів, соматичні захворювання, фізична слабкість. При опитуванні було з'ясовано, що регулярно, тобто двічі на день, чистять зуби 150 осіб (60 %), а правильні рухи зубної щітки при чищенні зубів здійснювали лише 45 (18 %) опитаних. Вибір індивідуальних засобів гігієни порожнини рота (зубні щітки та пасти) здійснюється самими пацієнтами, без урахування стоматологічного статусу. Це, на наш погляд, пов'язано з недостатнім рівнем знань та навичок щодо індивідуальної гігієни порожнини рота у людей похилого віку, а також відсутністю мотивації щодо її впровадження та покращення.

Важлива й інша позиція, зокрема, стан гігієнічного догляду за зубними протезами, про що свідчить універсальний гігієнічний індекс порожнини рота в осіб похилого віку (Ю. В. Чижов, О. М. Новиков, 2005). Більш високі показники гігієнічного індексу ($2,83 \pm 0,32$ бала), що розцінюються як середній ступінь забруднення ортопедичних конструкцій, виявлено в осіб старечого віку, які мають поєднання знімних та незнімних протезів. Жоден з обстежених не був обізнаний щодо додаткових засобів догляду за протезами.

Погіршення гігієни порожнини рота у людей похилого віку пов'язано, на наш погляд, не лише зі згасанням звички та уміння чистити зуби, але і з об'єктивними чинниками: віковими змінами тканин пародонта, змінами складу і в'язкості слини, переходом на м'яку (карієсогенну) їжу, загальним станом здоров'я та матеріальні обмеження у придбанні якісних та сучасних засобів гігієни, а також необізнаністю щодо індивідуальних засобів гігієни порожнини рота та догляду за знімними протезами.

Аналіз стану тканин пародонта за структурою індексу СРІ показав у обстежених високий відсоток виключених секстантів, тоді як здоровий пародонт (СРІ«0») не виявлено. За структурою індексу переважають незворотні ознаки патологічних процесів у тканинах пародонта, що пов'язано з тривалістю захворювання. Загальна поширеність секстантів з наявністю пародонтальних кишень у осіб літнього віку складає $28,5 \pm 0,74$ % (чоловіки) та $30,8 \pm 0,92$ % (жінки), причому переважають секстанти з глибиною кишень до 5 мм ($22,4 \pm 0,8$ % та $23,7 \pm 0,9$ %, відповідно). В осіб старечого віку наявність секстантів з пародонтальними кишнями зменшується порівняно з обстеженими літнього віку і складає $20,86 \pm 0,7$ % серед чоловіків та $18,16 \pm 0,7$ % у жінок. Така ситуація виникає за рахунок зростання кількості виключених секстантів ($73,94 \pm 5,16$ % та $77,87 \pm 5,12$ %), переважаючи цей показник в осіб похилого віку: у чоловіків – на $20,67 \pm 1,23$ %, а у жінок – на $26,47 \pm 1,34$ % ($p < 0,05$).

В осіб літнього віку пародонтальний індекс складав $3,21 \pm 0,37$ у чоловіків та $2,88 \pm 0,29$ у жінок, показник РМА – $64,7 \pm 3,7$ % та $58,5 \pm 3,4$ % відповідно. В осіб старечого віку, порівняно з особами літнього віку, виявлено зменшення пародонтального індексу $2,71 \pm 0,37$ у чоловіків та $2,58 \pm 0,26$ у жінок ($p > 0,01$) та РМА – $46,7 \pm 3,4$ % та $48,5 \pm 3,1$ % ($p < 0,05$). Очевидно, гірші показники у чоловіків можна пояснити незадовільним станом гігієни порожнини рота у них. Слід звернути увагу, що зниження ознак запалення у осіб старечого віку не пов'язано з покращенням гігієни.

Загальний показник розповсюдженості карієсу зубів, незалежно від вікового періоду, склав 100 %. Структура індексу КПВ у геронтологічних пацієнтів має характерні особливості: значення показників К та П мають тенденцію до зменшення, тоді як показник В – зростає. Характерною особливістю є зміна локалізації каріозного ураження: карієс кореня; місця контакту з ортопедичними конструкціями. Відмічено тенденцію до зменшення кількості збережених зубів з віком – від $14,61 \pm 0,8$ в осіб літнього віку до $8,4 \pm 0,5$ в осіб похилого віку, що майже в 2 рази менше показника

збережених зубів, рекомендованого ВООЗ для даних вікових категорій. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, у людей похилого віку повинно бути не менше 20 природних функціонуючих зубів. При такій кількості жувальна функція зубощелепної системи вважається задовільною. Збережені зуби несуть неадекватне навантаження, що посилює деструктивні процеси в пародонті та призводить до локального поглиблення процесів резорбції альвеолярної кістки. При зменшенні показника збережених зубів у похилих людей погіршується гігієна порожнини рота; виникають труднощі в спілкуванні, розвивається стан психологічного пригнічення, знижується рівень їх соціальної адаптації і, як наслідок, відбувається погіршення якості життя.

Показник рівня стоматологічної допомоги (РСД) у 186 (74,4 %) пацієнтів складав 36,3 %, що розцінюється як «недостатній рівень», який, в першу чергу, зумовлений наявністю дефектів зубних рядів, не відновлених ортопедичними конструкціями. Необхідно відзначити, що в 13,6 % випадків (34 пацієнти) мали РСД більше 75 %, що розглядається як «хороший рівень». Весь зубний ряд був відновлений, при необхідності, коронками або протезами. Але при цьому не враховувався стан тканин пародонту. У всіх цих пацієнтів необхідним було проведення комплексу лікувальних та гігієнічних заходів щодо зняття зубних відкладень і, як наслідок, посилення запалення пародонту. Також була група пацієнтів, 12,0 % (30 осіб), в яких РСД був нижче 9 %, що розглядається як «поганий рівень». Вони мали потребу, в першу чергу, в раціональному протезуванні.

Зважаючи, що патологічні процеси в пародонті розвиваються на тлі загальних захворювань, а для людей похилого віку характерна коморбідність соматичної патології, нами проведено оцінку зв'язку хвороб пародонта і запальних захворювань. За даними витягів з амбулаторних карток більша частина обстежених мала захворювання травної системи (95,8 %), серцево-судинної системи (89,5 %), нервової системи (81,3 %) опорно-рухового апарату (59,6 %) та органів дихання (33,6 %). У 147 (94,8 %) пацієнтів першої

групи та у 92 (96,8 %) другої групи виявлено захворювання травної системи: хронічний гастрит, хронічний коліт, хронічний панкреатит та хронічний холецистит. У 89,5 % (85,2 % та 93,7 % хворих літнього та старечого віку відповідно) діагностовано захворювання серцево-судинної системи або поєднання гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця. Наведенні дані свідчать про коморбідність хвороб у геронтологічних пацієнтів.

Аналіз проведеного анкетування дозволив виявити загальні чинники, які сприяють прогресуванню патологічних змін в тканинах пародонта у людей похилого віку: хвороби органів і систем (83,7 %); соціально-економічні чинники (76,3 %); шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю і їх тривала дія на організм) (53,1 %); непоінформованість про засоби гігієни (48,3 %); страх перед стоматологічними втручаннями та негативні відгуки знайомих (46,3 %); особливості харчування (обмеження у виборі харчових продуктів, прийом м'якої і одноманітної їжі) (45,4 %); тривалість лікування та необхідність повторних відвідувань (35,2 %).

За результатами вивчення маркерів метаболізму органічного матриксу альвеолярної кістки виявлено уповільнення синтезу кісткової тканини, що підтверджується зниженням вмісту фракції білковозв'язаного гідроксипроліну (на 16,9 % в осіб літнього віку, та на 23,5 % в осіб старечого віку, $p < 0,05$) порівняно з даними контрольної групи.

Отримані нами результати щодо лужної фосфатази, свідчать про пригнічення активності цього ферменту порівняно з групою порівняння. Так, середнє значення активності цього показника в осіб літнього віку знижується на 15,0 % , а в осіб старечого віку – на 18,75 % відносно даних в групі порівняння. Показники загальної лужної фосфатази не мають вірогідних вікових відмінностей

Вільна фракція гідроксипроліну, яка пов'язана з катаболізмом колагена, має тенденцію до зростання з віком (14,29 % та 21,17 %, $p < 0,05$), що обумовлено порушенням метаболізму органічного матрикса у геронтологічних хворих на генералізований пародонтит.

Порівняльний аналіз результатів визначення екскреції загального оксипроліну в добовій сечі виявив збільшення його рівня з тенденцією до зростання. Так, середнє значення цього показника у хворих віком 56–74 років збільшується на 15,5 % ($p < 0,05$) відносно групи порівняння, а у пацієнтів віком 75–89 років – на 23,25 % .

Вивчення екскреції кальцію та неорганічного фосфору з сечею у хворих на генералізований пародонтит дало змогу оцінити характер порушень мінералізації кістки. Концентрація кальцію в сечі пацієнтів віком 55–74 років відносно групи порівняння зростає на 16,40 % ($p < 0,05$), а у пацієнтів віком 75–89 років – на 21,4 % ($p < 0,05$). Це може бути пов'язано з тим, що при збільшенні рівня кальцію у сироватці крові посилюється виділення цього елемента нирками. Таким чином, збільшення екскреції кальцію свідчить про підвищення резорбції кістки. Показники вмісту фосфору в сечі наближаються до верхньої межі норми. При цьому співвідношення Ca/P залишається практично на одному рівні і складає 0,11 у осіб літнього віку і 0,12 у хворих старечого віку, $p > 0,05$.

Одержані результати біохімічних досліджень свідчать про порушення ремоделювання кістки в осіб похилого віку на фоні пригнічення процесів формування та прискорення процесів резорбції кісткової тканини. Слід також враховувати те, що з віком прослідковується втрата кісткової маси у жінок на 1 %, а у чоловіків на 0,5 % (І. П. Мазур, 2005). Вплив місцевих (перевантаження збережених зубів, погана гігієна) та загальних (вікові особливості, поліморбідність) чинників на альвеолярну кістку посилюється. Як наслідок – синтез кісткової тканини не компенсує деструктивні зміни у ній.

Враховуючи стоматологічний статус осіб літнього та старечого віку, нами було запропоновано схему комплексного лікування, яка включала терапевтичні, хірургічні та ортопедичні заходи. Базова терапія хворих обох груп суттєво не відрізнялась. Комплексне лікування складалось з чотирьох фаз: початкове лікування, комплексна хірургічно-коригуюча терапія,

ортопедичне відновлення зубних рядів з відновленням жувальної функції та обов'язкове підтримуюче лікування в динаміці диспансерного спостереження.

Важливим етапом, що передує лікуванню, є формування мотивації у пацієнтів до необхідності регулярного проведення гігієнічних заходів. Лише за умови сформованої мотивації усім пацієнтам проводили контрольоване навчання індивідуальній гігієні порожнини рота (ІГПР). Початкове лікування хворих основної і групи порівняння включало проведення професійної гігієни порожнини рота, усунення чинників місцевої хронічної травматизації пародонту, лікування карієсу зубів та його ускладнень.

На етапі хірургічно-корегуючої терапії проводили закритий кюретаж 11 пацієнтам (2,5 %) та клаптеві операції – 8 пацієнтам (1,78 %) літнього віку; у осіб старечого віку клаптеві операції не здійснювали у зв'язку з наявністю протипоказань.

Усім пацієнтам, які мали потребу у відновленні зубних рядів, було виготовлено ортопедичні конструкції.

Пацієнтам основної групи у якості засобу для індивідуальної гігієни з вираженим протизапальним ефектом призначали зубну пасту «Лакалут». У якості ополіскувача протимікробної і протизапальної дії призначали спиртовий розчин хлорофіліпту (1 чайна ложка препарату на 1 склянку теплої води) у вигляді полоскань або ротових ванночок (тривалість 10–15 хвилин, 2–3 рази на добу).

Враховуючи дані літератури щодо стану імунітету, зниження захисно-відновних реакцій в осіб літнього і старечого віку (Ольховская Е. Б., 2003, Борисова Е. Н., 2001), а також вплив макро- та мікроелементів на метаболізм кісткової тканини, до комплексу лікувально-профілактичних заходів у осіб основної групи було включено препарат «Есмін» по 1 капсулі на день протягом місяця та полівітаміни «Ундевіт» по 2 драже 3 рази на добу протягом місяця. Обидва препарати випускає Київський вітамінний завод.

До складу препарату «Есмін» входять життєво необхідні мікроелементи (залізо, цинк, марганець, мідь, хром, молібден, кобальт, селен, ванадій) у вигляді комплексних сполук і простих солей. Кислота мефенамінова, що також входить до складу препарату, індукує вироблення інтерферону, утворюючи з мікроелементами комплексні сполуки, які оптимально засвоюються організмом. Есенціальні мікроелементи беруть участь у формуванні колагену та інших білків, сприяють нормалізації обміну речовин, проявляють антиоксидантну дію.

Вітамінний комплекс «Ундевіт» регулює метаболічні процеси, нормалізує обмін речовин, у тому числі при процесах старіння (Пак А. Н., 2001).

Хворим групи порівняння у якості препарату загально-оздоровчої дії призначали вітамінний комплекс «Квадевіт» (комбінований препарат, що містить вітаміни, амінокислоти, мідь і калій) по 2 табл. 3 рази на добу протягом місяця. В якості гігієнічних засобів використовували звичні для них зубні щітки і зубні паста, для ополіскування були рекомендовані відвари трав.

Ефективність комплексного лікування оцінювали безпосередньо після лікування, через 6, 9 та 12 місяців після його завершення.

Аналіз безпосередніх клінічних результатів виявив позитивну динаміку в усіх групах хворих. У пацієнтів літнього віку позитивні результати були отримано у 40 обстежених (88,80 %), а у хворих старечого віку (75–89 років) – у 19 осіб (86,40 %). У хворих групи порівняння позитивні клінічні результати після завершення лікування виявлено у 32 пацієнтів (80,0 %). У разі незадовільного результату, який ми спостерігали у 5 (11,2 %) осіб літнього віку та у 3 (13,6 %) пацієнтів старечого віку, лікування суттєво не вплинуло на клінічні прояви у 3 (6,70 %) хворих першої групи і 2 (9,10 %) осіб другої групи. Прогресування захворювання відмічали в обох групах (в середньому на 4,5 %).

У хворих групи порівняння незадовільні результати констатовано у 8 (20,0 %) осіб, з них стійку резистентність до лікування відмічено у 5 (12,5 %) хворих, а прогресування патологічного процесу в тканинах пародонта – у 3 (7,5 %).

Одним з важливих критеріїв ефективності терапії є скорочення тривалості курсу лікування. Застосування розробленого нами лікувального комплексу забезпечувало усунення основних клінічних ознак захворювання у хворих групи спостереження в середньому на $5,5 \pm 0,12$ добу. Зменшення проявів запальних явищ у хворих групи порівняння відмічали в середньому на $8,6 \pm 0,18$ добу.

Клінічна ефективність комплексного лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований пародонтит, підтверджена також змінами гігієнічного стану порожнини рота. Після контрольованого навчання навичкам індивідуальної гігієни, здійснення заходів професіональної гігієни та застосування рекомендованих гігієнічних засобів у пацієнтів групи спостереження виявлено значне покращення стану ротової гігієни.

Ефективність гігієнічного догляду за порожниною рота, безпосередньо після лікування, у обстежених основної групи літнього віку склала 65,0 % ($1,4 \pm 0,2$ бала проти $4,0 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$), старечого віку – 64,30 % ($1,5 \pm 0,2$ бала проти $4,3 \pm 0,4$ бала, $p < 0,05$). У пацієнтів групи порівняння цей показник склав 55,3 % ($1,7 \pm 0,2$ бала проти $3,8 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$).

Аналіз динаміки змін пародонтальних індексів також виявив тенденцію до покращення: індекс ПІ після завершення лікування, знизився майже в 2 рази з $3,47 \pm 0,20$ до $1,50 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) в осіб літнього віку основної групи та з $3,60 \pm 0,19$ до $1,57 \pm 0,16$ ($p < 0,05$) в осіб старечого віку. У хворих групи порівняння цей показник знизився в 1,5рази, з $3,53 \pm 0,17$ до $2,18 \pm 0,22$ ($p < 0,05$). Значення індексу РМА після лікування знизилось з $59,47 \% \pm 2,48 \%$ до $18,52 \% \pm 0,42 \%$, ($p < 0,05$) в осіб літнього віку основної групи, з $48,47 \% \pm 3,18 \%$ до $13,42 \% \pm 0,42 \%$ ($p < 0,05$) в осіб старечого віку, та у хворих групи порівняння – з $58,24 \% \pm 3,28 \%$ до $26,12 \% \pm 2,18 \%$.

Стійка стабілізація патологічного процесу в тканинах пародонту через 6 місяців після завершення лікування, зберігається у 38 (90,5 %) осіб літнього віку та в 17 (85,0 %) пацієнтів старечого віку. Рецидив захворювання через 6 місяців в констатовано у 4 (9,5 %) в осіб літнього віку і в 3 (15,0 %) осіб старечого віку. Ці показники достовірно відрізняються від даних у хворих групи порівняння – стабілізація стану тканин пародонтального комплексу відмічено у 28 (77,8 %, $p < 0,05$) обстежених.

Дані, отримані через 12 місяців після лікування свідчать про стабілізацію патологічного процесу в пацієнтів основної групи. Пародонтальний індекс – $1,89 \pm 0,17$ бала і $2,12 \pm 0,14$ бала проти $1,65 \pm 0,17$ бала і $1,73 \pm 0,13$ бала відповідно ($p < 0,05$), в групі порівняння – $3,14 \pm 0,18$ бала проти $2,38 \pm 0,22$ бала ($p < 0,05$). Стабільність процесу підтверджується також динамікою індексу РМА ($22,12 \% \pm 0,47 \%$, $21,23 \% \pm 0,32 \%$ ($p < 0,05$) – в основній групі, та $32,42 \% \pm 2,28 \%$ в групі порівняння.

Таким чином, розроблена нами схема комплексного лікування генералізованого пародонтита в осіб літнього і старечого віку сприяла стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонта, поліпшенню об'єктивних і суб'єктивних даних, що дає підставу рекомендувати запропоновану схему для впровадження в стоматологічну геріатричну практику.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування та нове вирішення актуальної науково-практичної задачі сучасної стоматології – підвищення ефективності лікування осіб літнього і старечого віку, хворих на генералізований пародонтит.

1. За результатами оцінки стоматологічного статусу хворих літнього та старечого віку захворювання тканин пародонту виявлено у всіх (100 %) обстежених. У структурі захворювань тканин пародонта переважає генералізований пародонтит, як в осіб літнього (74,35 %) так і старечого (81,45 %) віку. Наслідком довготривалого перебігу запальних процесів в тканинах пародонта в осіб похилого віку є хронічний перебіг захворювання, виражена глибина ураження (переважає II–III ступінь), рецесія ясен, фуркаційні дефекти, наявністю місцевих та загальних чинників ризику їх розвитку.
2. Показник розповсюдженості карієсу зубів, незалежно від вікового періоду, складав 100 %. Кількість збережених зубів з віком зменшується (від $14,61 \pm 0,8$ в осіб літнього віку до $8,4 \pm 0,5$ в осіб старечого віку), що є вдвічі меншим за показник, рекомендований ВООЗ для цих вікових груп. Наявність рецесії ясен, фуркаційних дефектів, ортопедичних конструкцій обумовлює переважання карієсу кореня зубів. Виявлено низький рівень гігієнічного догляду за порожниною рота та знімними протезами за їх наявності. Рівень надання стоматологічної допомоги за показником П. А. Леуса «недостатній» (36,3 %).
3. Біохімічними дослідженнями стану кісткової тканини виявлено, що на поглиблення запально-деструктивних процесів в осіб похилого віку впливають порушення метаболізму кісткової тканини, а саме превалювання процесів резорбції над процесами ремоделювання.

4. Розроблено й обґрунтовано комплексну схему лікувально-профілактичних заходів у осіб літнього та старечого віку, хворих на генералізований пародонтит, яка включає гігієнічну фазу (навчання індивідуальній гігієні порожнини рота, професійну гігієну), ретельну санацію порожнини рота, протизапальне лікування, загальну терапію (препарат «Есмін», полівітаміни).
5. Клініко-лабораторна оцінка розробленої нами схеми комплексного лікування геронтологічних хворих на генералізований пародонтит підтвердила, що її застосування сприяє стабілізації запально-деструктивних процесів в тканинах пародонта. Аналіз даних виявив стійку стабілізацію патологічного процесу в тканинах пародонта через 6 місяців після завершення лікування у 38 (90,5 %) обстежених літнього віку та у 17 (85,0 %) хворих старечого віку, через 12 місяців – у 82,5 % та у 77,7 % відповідно. В групі порівняння стабілізацію патологічного процесу відмічено через 6 місяців у 77,8 %, через 12 місяців – у 65,6 %.
6. Доведено, що віддалені результати комплексного лікування та сприятливий прогноз обумовлені мотивацією хворих до втручань («задовільну» мотивацію мали лише 35,2 % хворих на генералізований пародонтит) та повнотою їх проведення. Найкращі віддалені результати виявлено у хворих із «задовільною» мотивацією за умови виконання повного обсягу необхідної стоматологічної допомоги та регулярної підтримуючої терапії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для оптимізації ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтита у осіб літнього та старечого віку необхідно дотримуватись наступного:

обґрунтоване роз'яснення необхідності лікування ГП;

використання простих, недорогих та ефективних методик та препаратів;

детальне інформування пацієнта на протязі всього лікування ГП;

строго індивідуальне складання плану профілактично-лікувального комплексного лікування ГП;

контроль та оцінка результатів лікування ГП у співпраці з пацієнтом;

уважне ставлення до зауважень та ускладнень, які можуть виникнути в процесі лікування;

корекція профілактично-лікувальних заходів комплексного лікування ГП на протязі спостереження;

обов'язковий контроль стану гігієни порожнини рота кожні 3 місяці.

2. При плануванні лікування захворювань пародонта в осіб літнього і старечого віку рекомендується системна оцінка стоматологічного статусу за клініко-рентгенологічними даними та попередню мотивацію до проведення обстеження і подальшого лікування.

3. Для місцевої протизапальної і антимікробної терапії з метою зменшення медикаментозного навантаження на організм хворого, враховуючи наявність соматичних і системних захворювань у літніх людей, рекомендуються композиції на основі рослинних засобів.

4. Для корекції імунних порушень та нормалізації метаболізму кісткової тканини ефективним є призначення препарату «Есмін», який містить життєво необхідні мікроелементи (залізо, цинк, марганець, мідь, хром, селен та ін.) по 1 капсулі на добу протягом місяця, полівітаміни «Ундевіт» по 2 драже тричі на добу протягом місяця.

5. Для досягнення стійкої клініко-рентгенологічної ремісії захворювань тканин пародонту і сприятливого прогнозу в осіб похилого віку рекомендується виконання повного обсягу терапевтичних, хірургічних та ортопедичних втручань, включаючи раціональне протезування і відновлення жувальної функції зубів.

6. З метою збереження досягнутого результату лікування та профілактики ускладнень у геронтологічних пацієнтів доцільно проводити підтримуючу терапію не рідше 2–3 разів на рік.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акбири М. Остеотропное действие комплекса адаптогенов и кальция в эксперименте на животных / М. Акбири, А. П. Левицкий, А. В. Николаева // Вісник стоматології. – 2004. – № 3. – С. 2–7.
2. Алимский А. В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы / А. В. Алимский // Стом. для всех. – 1999. – № 1. – С. 28–31.
3. Алимский А. В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии / А. В. Алимский, В. С. Вусатый, В. Ф. Прикулс // Рос. стом. журн. – 2004. – № 2. – С. 38–40.
4. Алимский А. В. Стоматологическая помощь населению пожилого возраста / А. В. Алимский, О. В. Артемьева, В. Н. Васильчиков // Руководство по геронтостоматологии. – М., 2005. – С. 681–699.
5. Алимский А. В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста / Алимский А. В. // Стоматология для всех. – 2000. – № 2. – С. 46–49.
6. Андрушкевич Н. В. Динамика показателей стоматологического здоровья населения, участвовавшего в месячнике "Здоровая улыбка" / Н. В. Андрушкевич, Ю. С. Беляева, В. А. Бурим // Стом. журн. – 2003. – № 4. – С. 17–19.
7. Антонішин Б. В. Мінеральний склад альвеолярної кістки в процесі її формування / Антонішин Б. В. // Матеріали 1 з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С. 58–59.
8. Арьева Г. Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 1) / Г. Т. Арьева // Пародонтология. – 2013. – № 2 (67). – С. 63–68.
9. Арьева Г. Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 2) / Г. Т. Арьева, А. Л. Арьев // Пародонтология. – 2013. – № 3 (68). – С. 15–18.

10. Арьев А. Л. Полиморбидность как отягощающий фактор стоматологических проблем у пациентов пожилого и старческого возраста / А. Л. Арьев, А. В. Цимбалстов, Е. С. Михайлова [и др.] // Клинич. геронтология. – 2008. – Т. 14, № 7. – С. 12–21.
11. Арьева Г. Т. Геронтостоматология – объективная реальность / Г. Т. Арьева, А. Л. Арьев // Клинич. геронтология. – 2008. – Т. 14, № 7. – С. 3–8.
12. Балин В. М. Практическая периодонтология / Балин В. М., Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М. – С-Пб., 1995. – 255 с.
13. Белоклицкая Г. Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной фармакотерапии генерализованного пародонтита (клинико-лабораторные исследования) : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 / Белоклицкая Г. Ф. – К., 1996. – 37 с.
14. Барер Г. М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение : учеб. пособие / Барер Г. М., Лемицкая Т. И. – М. : ВУНМЦ, 1996. – 86 с.
15. Безрукова И. В. Применение средств природного происхождения при заболеваниях пародонта / Безрукова И. В., Александровская И. Ю. // Пародонтология. – 2003. – № 3 (28) – С. 42–46.
16. Биохимия : учебник для вузов / под ред. Е. С. Северина. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2003. – С. 333–358.
17. Борисенко Л. Г. Влияние медико-социальных факторов на стоматологический статус пожилого населения / Л. Г. Борисенко, А. В. Ковалевская // Ж. Стом. форум. – М., 2005. – № 2. – С. 11–15.
18. Борисенко Л. Г. Кариез зубов и его последствия в пожилом возрасте / Л. Г. Борисенко // Ж. Стом. форум. – М., 2003. – № 2. – С. 3–6.
19. Борисенко Л. Г. Современная геронтостоматология / Борисенко Л. Г. – Минск : БГМУ, 2006. – 172 с.
20. Борисенко Л. Г. Профилактика стоматологических заболеваний на этапе первичной медико-санитарной помощи населению / Л. Г. Борисенко, П. А. Леус // Здравоохран. – 2005. – № 4. – С. 39–41.

21. Борисенко Л. Г. Утеря зубов у пожилого населения Республики Беларусь / Л. Г. Борисенко, Л. А. Казеко, С. В. Агиевцева // Стом. журн. – 2003. – № 2. – С. 36–37.
22. Борисова Е. Н. Индивидуальные факторы, способствующие развитию заболеваний пародонта у лиц пожилого и преклонного возраста / Е. Н. Борисова // Стом. для всех. – 1999. – № 4. – С. 36–37.
23. Борисова Е. Н. Обращаемость за стоматологической помощью лиц пожилого и преклонного возраста / Е. Н. Борисова, А. И. Иващук, О. Ю. Вишнякова // Стом. – 1999. – № 3. – С. 58–60.
24. Борисова Е. Н. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста при различном состоянии общего здоровья / Е. Н. Борисова // Клинич. геронт. – 2001. – № 5–6. – С. 21–26.
25. Боровский Е. В. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста при различном состоянии общего здоровья Текст. / Е. В. Боровский // Клиническая геронтология. 2001. – Т. 7, № 5–6. – С. 21–26.
26. Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон. – М. : Медицина, 1984. – 156 с.
27. Боровский Е. В. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах / Боровский Е. В., Пак А. Н. // Стоматология. – 1991. – № 4. – С. 78–80.
28. Боровский Е. В. Биология полости рта / Боровский Е. В., Леонтьев В. К. – М. : Медицина, 1991. – 304 с.
29. Бурибо Л. Е. Актуальные вопросы стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возрастов / Л. Е. Бурибо // Материалы VII конф., посвящ. Дню пожилых людей. – Минск, 2002. – С. 20–22.
30. Виллерсхаузен-Ценхен Б. Заболевания пародонта у пожилых пациентов / Виллерсхаузен-Ценхен Б., Гляйснер С. // Клиническая стоматология. – 1998. – № 2, июнь. – С. 56–63.

31. Виллерсхаузен-Ценхен Б. Изменения тканей ротовой полости в пожилом возрасте / Виллерсхаузен-Ценхен Б., Гляйснер С. // Клиническая стоматология. – 2000. – № 3, сентябрь. – С. 58–63.
32. Вишняк Г. Н. Комплексна остеотропна терапія генералізованого пародонтиту / Вишняк Г. Н. // Матеріали 1 з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С. 180–181.
33. Вишняк Г. Н. Генерализованные заболевания пародонта (пародонтоз, пародонтит) / Вишняк Г. Н. – К., 1999. – 216 с.
34. Григорьян А. С. Общая патология и проблемы теории и практики стоматологии / Григорьян А. С. // Стоматология. – 2002. – № 5. – С. 7–10.
35. Григорьян А. С. Роль и место феномена повреждения в патогенезе заболевания пародонта / Григорьян А. С. // Стоматология. – 1999. – № 1. – С. 16–20.
36. Грудянов А. И. Быстро прогрессирующий пародонтит / Грудянов А. И. – М., 2002. – 115 с.
37. Грудянов А. И. Пародонтология (Этиология, патогенез, лечение, профилактика) : избранные лекции / Грудянов А. И. – М., 1997. – 32 с.
38. Грудянов А. И. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта / Грудянов А. И., Стариков Н. А. // Пародонтология. – 1998. – № 2 (8). – С. 6–9.
39. Грудянов А. И. Кариес корня / Грудянов А. И., Чепуркова О. А. // Институт стоматологии. – 2003. – № 3. – С. 69–70.
40. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Данилевский Н. Ф., Борисенко А. В. – К. : Здоровье, 2001. – 250 с.
41. Данилевский Н. Ф. Систематика болезней пародонта / Данилевский Н. Ф. // Вісник стоматології. – 1994. – № 1. – С. 17–21.
42. Данилевский Н. Ф. Мониторинг состояния гигиены полости рта взрослого населения Украины как медицинское обоснование планирования региональных программ профилактики. Сообщение 1 / Данилевский Н. Ф.,

Антоненко М. Ю., Сидельникова Л. Ф. // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 164–168.

43. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Данилевский Н. Ф., Борисенко А. В. – К. : Здоровье, 2000. – 464 с.

44. Дегтярев В. П. Физиология челюстно-лицевой области / Дегтярев В. П., Будылина С. М. // Терапевтическая стоматология : учеб. пособие / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – С. 9–144.

45. Дедова Л. Н. Теоретические основы заболеваний периодонта / Л. Н. Дедова // Материалы V съезда стоматологов Беларуси. – Брест, 2004. – С. 204–206.

46. Деньга О. В. Сравнительная оценка влияния остеотропных препаратов на биохимические показатели ротовой жидкости, пульпы и твердых тканей зубов в эксперименте на животных / Деньга О. В., Цевух Л. Б., Макаренко О. А. [и др.] // Вісник стоматології. – 2004. – № 4. – С. 7–11.

47. Дмитриева Л. А. Болезни пародонта / Дмитриева Л. А. // Терапевтическая стоматология : учеб. пособие / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – С. 531–635.

48. Дмитриева Л. А. с соавт. Сравнительная оценка современных антибактериальных препаратов при лечении пародонтита тяжелой степени в стадии обострения / Дмитриева Л. А. [и др.] // Пародонтология. – 1997. – Т. 76, № 6. – С. 19–22. ; 1998. – Т. 77, № 4. – С. 17–19.

49. Дмитриева Л. А. Современные аспекты клинической пародонтологии / Дмитриева Л. А., Беспалова И. Н., Золоева З. Э. ; под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М. : МЕДпресс, 2001. – 126 с.

50. Дмитриева Л. А. Стоматологическое здоровье лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от социального статуса / Дмитриева Л. А., Борисова Е. Н. // Итоговая торговая коллегия министерства здравоохранения России. Выставка «Медицина – достижения и перспективы», 22–23 марта 2004 г. – М., 2004.

51. Ермакова И. П. Биохимические маркеры обмена костной ткани и их клиническое использование / Ермакова И. П. // Лаборатория. – 2001. – № 1. – С. 3–5.
52. Жибицкая Э. И. Рентгенологическая характеристика структуры костной ткани человека в зависимости от возраста / Э. И. Жибицкая, И. Г. Степанова // Стоматология. – 1980. – № 2. – С. 21–23.
53. Заксон М. Л. Практическая геронтостоматология и гериатрия / М. Л. Заксон, Г. Д. Овруцкий, М. И. Пясецкий, А. М. Солнцев. – К. : Здоровья, 1993. – 272 с.
54. Земсков А. М. Ассоциативное участие различных систем организма в развитии патологии / Земсков А. М., Земсков В. М., Золоедов В. И., Бжозовский Е. // Успехи совр. биологии. – 2003. – Т. 123, № 2. – С. 138–146.
55. Зуева О. А. Особенности оказания стоматологической помощи лицам пожилого и преклонного возраста : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / Зуева О. А. – Екатеринбург : Урал. гос. мед. акад., 2006. – 21 с.
56. Иорданишвили А. К. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста / А. К. Иорданишвили, С. В. Солдатов, Л. Н. Солдатова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23, № 4. – С. 644–651.
57. Иорданишвили А. К. «Возрастная» эпидемиология заболеваний пародонта / А. К. Иорданишвили, А. Л. Арьев, А. В. Тихонов, С. В. Солдатов // Пародонтология. – 2010. – № 1 (54). – С. 25–28.
58. Казеко Л. А. Болезни периодонта у людей среднего и пожилого возраста / Л. А. Казеко, Л. Г. Борисенко, П. А. Леус // Совр. стом. – 2003. – № 4. – С. 41–42.
59. Кандрукевич О. В. Кариес цемента и потеря зубодесневого прикрепления / О. В. Кандрукевич [и др.] // Стом. журн. – 2001. – № 2. – С. 20–21.

60. Кандрукевич О. В. Кариес цемента и состояние маргинального периодонта / О. В. Кандрукевич [и др.] // Стом. журн. – 2001. – № 4. – С. 20–21.
61. Карюхин Э. В. Старение населения: демографические показатели / Э. В. Карюхин // Клинич. геронтология. – 2000. – № 1. – С. 56–61.
62. Кинселла К. Стареющее население мира / Кинселла К. // Здоровье мира. – 1994. – № 4. – С. 11.
63. Кирсанов А. И. Подходы к лечению генерализованного пародонтита как симптоматического проявления патологии внутренних органов / Кирсанов А. И., Горбачева И. А. // Ученые записки. – СПб., 2000. – Т. VII, № 2. – С. 18–26.
64. Кирсанов А. И. Хроническая одонтогенная очаговая инфекция и соматические заболевания / Кирсанов А. И., Горбачева И. А. // Пародонтология. – 2001. – № 4 (22). – С. 35–39.
65. Кирсанов А. И. Значение оценки общесоматического состояния пациента на стоматологическом приеме / Кирсанов А. И., Горбачева И. А., Бодякина Э. А. [и др.] // Пародонтология. – 2001. – № 1–2 (19–20). – С. 13.
66. Криль А. А. Методы определения оксипролина в биологических жидкостях и их применение в клинической практике / Криль А. А., Фурцева Л. Н. // Вопросы мед. химии. – 1968. – № 6. – С. 635–640.
67. Крылов Ю. Ф. Особенности противовоспалительного действия препаратов, используемых в стоматологии / Крылов Ю. Ф., Зорян Е. В., Новикова А. П. // Стоматология. – 1996. – № 6. – С. 58–63.
68. Кузнецов Е. В. Микробная флора полости рта и ее роль в развитии патологических процессов / Кузнецов Е. В., Царев В. Н. // Терапевтическая стоматология : учеб. пособие / под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – С. 178–212.
69. Курякина Н. В. Заболевания пародонта / Курякина Н. В., Кутепова Т. Ф. – М. : Медкнига ; Н.Новгород, 2000. – 158 с.

70. Кюнцель В. Геростоматология / В. Кюнцель. – Берлин, 1990. – 160 с.
71. Леус П. А. Коммунальная стоматология / П. А. Леус. – Минск : БГМУ, 2000. – 260 с.
72. Леус П. А. Реализация Национальной программы профилактики / П. А. Леус // Стом. журн. – 2000. – № 1. – С. 44–47.
73. Леус П. А. Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей ВОЗ в сравнение с другими странами Европы / П. А. Леус // Совр. стом. – 1997. – № 2. – С. 3–12.
74. Леус П. А. Тенденции заболеваемости населения кариесом и потребления зубных паст / П. А. Леус, Л. Г. Борисенко // Проблемы стоматологии. – 2003. – № 2 (20). – С. 10–22.
75. Леус П. А. Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследованиях болезней пародонта / П. А. Леус // Стоматология. – 1990. – Т. 69, № 1. – С. 80–83.
76. Леус П. А. Состояние стоматологической помощи населению РБ и перспективы ее развития / П. А. Леус // Стоматологический журнал. – 2000. – № 10. – С. 5–7.
77. Леус П. А. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней периодонта / Леус П. А., Лобко С. С. // Клиническая стоматология. – 1997. – № 3. – С. 70–72.
78. Лукиных Л. М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Лукиных Л. М. – М. : Медицинская книга, 2003. – 196 с.
79. Луцкая И. К. Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп / И. К. Луцкая // Стоматология. – 1995. – № 4. – С. 62–64.
80. Луцкая И. К. Характеристика анамнеза и клинического статуса здоровых людей старших возрастных групп : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / И. К. Луцкая. – К., 1979. – 18 с.

81. Мазур И. П. Остеотропная терапия в комплексном лечении заболеваний пародонта / Мазур И. П. // Проблемы остеологии. – 2001. – Т. 4, № 1–2. – С. 99–101.

82. Мазур И. П. Применение миакальцика в комплексном лечении заболеваний пародонта / Мазур И. П. // Современная стоматология. – 2003. – № 1. – С. 35–40.

83. Мазур И. П. Кальцецин в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Мазур И. П., Поворознюк В. В. // Современная стоматология. – 2004. – № 1. – С. 64–68.

84. Мазур И. П. Некоторые аспекты патогенеза резорбции альвеолярного гребня при генерализованном пародонтите / Мазур И. П., Поворознюк В. В. // Пародонтология. – 1999. – № 3 (13). – С. 19–23.

85. Мазур И. П. Костная система и заболевания пародонта / Мазур И. П., Поворознюк В. В. // Современная стоматология. – 2002. – № 2. – С. 27–32.

86. Мазур И. П. Структурно-функциональный стан тканей пародонту в людей різного віку та статі / Мазур И. П. // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 48–51.

87. Макаров М. А. Оксипролин и деоксиридинолин мочи у больных с постменопаузальной формой остеопороза / Макаров М. А., Родионова С. А., Фурцева Л. И., Бородулин Н. Э. // Второй Российский симпозиум по остеопорозу : тезисы лекций и докладов. – Екатеринбург, 1997. – С. 35–36.

88. Мархкорс Р. Геронтостоматология / Р. Мархкорс // Новое в стом. 2005.- № 1. – С. 46–67.

89. Мащенко И. С. Научно-практическое обоснование различных видов остеотропной терапии, используемой в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Мащенко И. С., Гударьян А. А. // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 64–67.

90. Мащенко И. С. Оценка остеопоротического процесса в альвеолярной кости / Мащенко И. С., Самойленко А. В. // Вісник стоматології. – 2002. – № 2. – С. 20–24.

91. Мащенко И. С. Клинический статус больных генетически обусловленным пародонтитом / Мащенко И. С., Соколова И. И., Потапова С. И. // Вопросы эксперим. и клинич. стоматологии : сб. науч. трудов ХГМУ. – Харьков, 2003. – Вып. 6. – С. 58–59.

92. Мащенко И. С. Заболевания пародонта / Мащенко И. С. – Днепропетровск : КОЛО, 2003. – 272 с.

93. Минченко Б. И. Биохимические маркеры метаболизма костной ткани / Минченко Б. И., Марченкова Л. А. // Лабораторная медицина. – 2000. – № 3. – С. 45–59.

94. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология / Николаев А. И., Цепов Л. М. – СПб. : Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2001. – 392 с.

95. Никитина Т. В. Лечение стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста в клинике терапевтической стоматологии : метод рек. / под руководством Никитиной Т. В. – М. : ЦНИИС, 1978. – 31 с.

96. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю. Л. Образцов // Стоматология. – 2006. – Т. 85. – № 4. – С. 41–43.

97. Овруцкий Т. Д. Кариес зубов и местный иммунитет полости рта при дефиците Zn в окружающей среде / Овруцкий Т. Д., Смирнов В. М. // Стоматология. – 1991. – № 6. – С. 51.

98. Ольховская Е. Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии / Е. Б. Ольховская // Стом. для всех. – 2003. – № 3. – С. 14–19.

99. Ольховская Е. Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии. Обзор литературы / Ольховская Е. Б. // Стоматология для всех. – 2003. – № 1. – С. 12–16.

100. Пак А. Н. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / А.Н. Пак – М., 1991. – 22 с.
101. Петерсен П. Е. Улучшение стоматологического здоровья пожилых людей – стратегия стоматологической программы ВОЗ / П. Е. Петерсен, П. А. Леус, Л. Г. Борисенко // Dental Forum (РФ). – 2005. – № 3 (15). – С. 5–15.
102. Пинелис Ю. И. Факторы защиты ротовой полости у людей пожилого и старческого возраста при стоматологических заболеваниях / Ю. И. Пинелис, Б. И. Кузник // ЭНИ Забойкальский медицинский вестник. – 2013. – № 2. – С. 154–165.
103. Петрушанко Т. О. Интегральный індивідуальний підхід у профілактиці захворювань пародонта : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 / Петрушанко Т. О. – К., 2001. – 39 с.
104. Поворознюк В. В. Активные метаболиты витамина Д в лечении глюкокортикоид-индуцированного остеопороза / Поворознюк В. В., Головач И. Ю. // Международный мед. журнал. – 1999. – № 3. – С. 69–71.
105. Поворознюк В. В. Костная система и заболевания пародонта / Поворознюк В. В., Мазур И. П. – К., 2003. – 495 с.
106. Політун А.М. Епідеміологія, особливості розвитку хвороб пародонту і їх профілактика в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду: автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 / Політун А.М. – К., 1996. – 50 с.
107. Полянський О. А. Організація стоматологічної допомоги населенню / Полянський О. А. // Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред.: Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 493–532 с.
108. Пузин М. Н. Комплексная оценка неспецифических факторов риска при генерализованном пародонтите / Пузин М. Н., Кипарисова Е. С., Боднева С. Л. // Рос. стом. журнал. – 2003. – № 2. – С. 29–35.

109. Рожинская Л. Я. Остеопороз: диагностика нарушения метаболизма костной ткани и кальций-фосфорного обмена / Рожинская Л. Я. // Клиническая лабораторная диагностика. – 1998. – № 5. – С. 25–32.
110. Рожинская Л. Я. Соли кальция в профилактике и лечении остеопороза / Рожинская Л. Я. // Остеопороз и остеопатии. – 1998. – № 1. – С. 43–45.
111. Рубин М. П. Остеопороз: Диагностика, современные подходы к лечению, профилактика / Рубин М. П., Чечурин Р. Е., Зубова О. Т. // Терапевтический архив. – 2002. – № 1. – С. 32–37.
112. Самойлов Ю. А. Структурные, метаболические и функциональные изменения одонтобластов при старении / Самойлов Ю. А., Триль С. А. // V Всесоюзный съезд геронтостоматологов и гериатров. – К. : Б.и., 1988. – С. 575.
113. Самойлович В. А. Современные представления об этиологии, патогенезе и патоморфологии заболеваний пародонта / Самойлович В. А. – Донецк : АНТКУ, 1995. – 63 с.
114. Семченко И. М. Распространенность и локализация клиновидных дефектов зубов / И. М. Семченко, Л. А. Павлющик // Стом. журн. – 2001. – № 2. – С. 48–49.
115. Сивовол С. И. Клинические аспекты пародонтологии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Триада-Х, 2001. – С. 98.
116. Сидельников П. В. Эффективность применения кальцемина в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Сидельников П. В. // Современная стоматология. – 2002. – № 3. – С. 63–65.
117. Скачкова О. В. Клинические возможности и социальные перспективы геронтостоматологии : дис. ... канд. мед. наук 14.00.21 / О. В. Скачкова. – Волгоград, 2009. – 138 с.
118. Солдатов С. В. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста :

автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / Солдатов С. В. – СПб., 2011. – 24 с.

119. Ткаченко Т. Б. Влияние стоматологического статуса на качество жизни пациентов старших возрастных групп / Т. Б. Ткаченко // Успехи геронтологии. – 2008. – № 2. – С. 327–329.

120. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в пародонтологии / Улитовский С. Б. – М., 2006. – 267 с.

121. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиена полости рта / Улитовский С. Б. – М., 2005. – 192 с.

122. Улитовский С. Б. Индивидуальная гигиеническая программа профилактики стоматологических заболеваний / Улитовский С. Б. – М., 2003. – 292 с.

123. Фастовець О. О. Системні порушення метаболізму кісткової тканини у хворих на генералізований пародонтит / Фастовець О. О. // Вісник стоматології. – 2000. – № 2. – С. 15–17.

124. Фастовець О. О. Клініко-патогенетичне обґрунтування корекції порушень метаболізму кісткової тканини у хворих на генералізований пародонтит : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / Фастовець О. О. – К., 2000. – 21 с.

125. Федянович И. Н. Клинико-лабораторное обоснование применения препарата меди «Купир» в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Федянович И. Н. // Современная стоматология. – 2003. – № 1. – С. 54–57.

126. Федянович І. М. Особливості порушень метаболізму кісткової тканини пародонта при генералізованому пародонти ті та можливості їх спрямованої фариокологічної корекції : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 / Федянович І. М. – К., 2004. – 18 с.

127. Хафез Г. Поседение народов / Хафез Г. // Здоровье мира. – 1994. – № 4. – С. 4–5.

128. Хоменко Л. А. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта / Хоменко Л. А., Биденко Н. В. [и др.]. – К. : Книга плюс, 2001. – 202 с.

129. Царев В. Н. Выбор антибактериальных препаратов для комплексного лечения пародонтита в стадии обострения / Царев В. Н. [и др.] // Стоматология. – 1997. – Т. 76, № 6. – С. 19–22.

130. Царев В. Н. Применение адгезивных плёнок «Диплен Дента» в комплексном лечении пародонтита / Царев В. Н., Ушаков Р. В., Плахтий Л. Я., Чухаджан Г. А. – М. : УМО МЗ РФ, 2002. – С. 89.

131. Цепов Л. М. Патология пародонта как проявление соматических заболеваний (обзор литературы) / Цепов Л. М., Николаев А. И. // Пародонтология. – 1998. – № 1. – С. 28–32.

132. Цимбалистов А. В. Особенности стоматологического и соматического статуса пациентов пожилого и старческого возраста / А. В. Цимбалистов, Е. С. Михайлова, О. Л. Пихур [и др.] // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. – СПб., 2006. – Вып. 4. – С. 113–123.

133. Чижов Ю. В. Распространенность вредных привычек в зависимости от вида стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста / Ю. В. Чижов, О. М. Новиков // Клинич. геронтология. 2004. – № 10. – С. 45–46.

134. Чижов Ю. В. Универсальный гигиенический индекс полости рта у лиц пожилого и старческого возраста / Ю. В. Чижов, О. М. Новиков // Клинич. стом. – 2004. – № 2. – С. 56–59.

135. Чижов Ю. В. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста. Метод. пособие / Чижов Ю. В., Цимбалистов А. В., Новиков О. М. – Красноярск, 2005. – 53 с.

136. Чумакова Ю. Г. Показатели минерального обмена и структурно-функциональное состояние костной ткани у больных генерализованным

пародонтитом разных возрастных групп / Ю. Г. Чумакова // Вісник стоматології. – 2006. – № 2. – С. 37–42.

137. Юдина Н. А. Изучение взаимосвязи между состоянием полости рта и патологией сердечно-сосудистой системы / Н. А. Юдина // Стом. журн. – 2005. – № 2. – С. 41–43.

138. Юдина Н. А. Состояние тканей периодонта и выявление факторов риска развития болезней периодонта у пожилого населения г. Могилева и Могилевской области / Н. А. Юдина, Л. Г. Борисенко // Стом. журн. – 2003. – № 2. – С. 5–12.

139. Ainamo J. Development of the WHO Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) / J. Ainamo [et al.] // International dental Journal. – 1982. – Vol. 32. – P. 281–291.

140. Abdellatif H. M. An epidemiological investigation into the relative importance of age and oral hygiene status as determinants of periodontitis / Abdellatif H. M., Burt B. A. // J. Dent. Res. – 1987. – Vol. 66 (1). – P. 13–18.

141. Agievtseva S. Prevalence of root caries amount adults in Byelorussia / S. Agievtseva, L. Borisenko, L. Kazeko // Caries Research. – 1995. – Vol. 29. – № 4. abstr. 926. 318 p.

142. Ainamo J. Development of the WHO Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) / Ainamo J., Barmes D., Beagrie, Cutress T. // International Dental Journal. – 1982. – Vol. 32. – P. 281–291.

143. Albertazzi P. The life and times of the estrogen receptors: an interim report / Albertazzi P., Purdie D. W. // Climacteric. – 2001. – Vol. 4. – P. 194–202

144. Armitage G. C. Clinical evaluation of periodontal diseases / Armitage G. C. // Periodontology. – 2000. – № 7. – P. 39–53.

145. Avlund K. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years / K. Avlund [et al.] // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 2003. – Vol. 31 (6). – P. 454–462.

146. Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease. – Vol. 3. – Chicago : Quintessence, 2002. – P. 95–119.

147. Baelum V. Relationship between CPITN and periodontal attachment loss findings in adult population / Baelum V., Manji F., Wanzala P., Fejerskov O. // *Journal of Clinical Periodontology*. – 1995. – Vol. 22. – P. 146–152.
148. Barmes D. E. Towards a better oral health future / D. E. Barmes // *A background document for World Health Day 1994*. – Geneva : WHO, 1993. – 56 p.
149. Beck J. Epidemiological principles in studying periodontal diseases / J. Beck, H. Loe // *Periodontology 2000*. – 1993. – Vol. 2. – P. 34–35.
150. Beck J. The epidemiology of root surface caries / J. Beck // *J. Dent. Res.* – 2000. – Vol. 79. – P. 1652–1658.
151. Bettica P. Biochemical markers of bone metabolism in the assessment of osteoporosis / Bettica P., Moro L. // *JIFCC*. – 1995. – Vol. 7, issue 1. – P. 16–22.
152. Billings R. J. Contemporary treatment strategies for root surface dental canes / Billings R. J., Brown L. R., Kaster A. G. // *J. Gerodontology*. – 1985. – Vol. 1. – P. 20–27.
153. Brown L. Prevalence, extent, severity and progression of periodontal diseases / Brown L., Loe H. // *Periodontology 2000*. – 1993. – Vol. 2. – P. 57–71.
154. Brown L. Evaluating periodontal status of US employed adults / Brown L., Oliver R., Loe H. // *Journal of American Dental Association*. – 1990. – Vol. 121. – P. 226–232.
155. Burt B. A. The distribution of periodontal destruction in the populations of industrialized countries / Burt B. A. // *Risk markers for oral diseases*. – Vol. 3: Periodontal diseases. – Cambridge University Press, 1991. – P. 9–26.
156. Carter G. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch / G. Carter [et al.] // *N. Z. Med. J.* – 2004. – Vol. 117 (1194). – U892 p.

157. Delmas P. D. Biological markers of bone turnover in osteoporosis / Delmas P. D., Garnero P. // *Osteoporosis* / eds.: J. Stevenson, R. Lindsay. – *Reumatol Clin.* – 2012. - Vol. 08. - Num.03. - 08:149-152.
158. Edgar W. M. Saliva and oral health / W. M. Edgar, D. M. O'Mullane. – London, 1996. – 140 p.
159. Fejerskov O. Active and inactive root surface caries lesions in a selected group of 60- to 80-year old Danes / O. Fejerskov [et al.] // *Caries Res.* – 1991. – Vol. 25. – P. 385–391.
160. Gallagher J. C. Calcium and Vitamin D / Gallagher J. C. // *Osteoporosis: etiology, diagnosis and management* / Eds.: Riggs L., Melton J. – Second edh. – Philadelphia : Lippincott – Raven Publisher, 1995. – P. 371–389.
161. Garcia-Pole Vallejo M. J. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population / M. J. Garcia-Pole Vallejo [et al.] // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2002. – Vol. 30. – P. 277–285.
162. Gilbert G. H. Incidence of tooth loss and prosthodontic dental care: effect on chewing difficulty onset, a component of oral health-related quality of life / G. H. Gilbert [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2004. – Vol. 52 (6). – P. 880–885.
163. Glassman P. D. Abuse and neglect of elderly individuals: guidelines for oral health professionals / P. D. Glassman, E. M. Chavez, D. Hawks // *J. Calif. Dent. Assoc.* – 2004. – Vol. 32 (4). – P. 323–335.
164. Glavind L. Errors in the clinical assessment of periodontal destruction / Glavind L., Loe H. // *Journal of Periodontal Research.* – 1967. – Vol. 2. – P. 180–184.
165. Grabowski M. Den alder befolkning oralstatus / M. Grabowski // *Thesis Aarhus. Royal Dental College.* – 2003. – Vol. 32 (6). – P. 313–325
166. Green J. C. The simplified oral hygiene index / J. C. Green, J. K. Vermillion // *J. Amer. Dent. Assoc.* – 1964. – Vol. 68, № 1. – P. 7–13.
167. Griffin S. O. Estimating rates of new root caries in older adults / S. O. Griffin [et al.] // *J. Dent. Res.* 2004. – Vol. 83. – P. 634–638.

168. Guggenheimer J. Similarity of risk factors for oral candida among patients with oral cancer and diabetes / J. Guggenheimer, P. Moore // *J. Dent. Res.* 2000. – Vol. 79. 5. 1. abstr. 65.
169. Haleen J. M. Tartrate-resistant acid phosphatase 5b: a novel serum marker of bone resorption / Haleen J. M., Alatalo S. L., Suominen H. [et al.] // *J Bone and Miner. Res.* – 2000. – Vol. 15. – № 7. – P. 1337–1345.
170. Hamalainen P. Changes in dental status over 10 years in 80-year-old people; a prospective cohort study / P. Hamalainen [et al.] // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2004. – Vol. 32 (5). – P. 374–384.
171. Hamalainen P. Oral health status and change in handgrip over a 5-year period in 80-year-old people / P. Hamalainen [et al.] // *Gerodontology.* – 2004. – Vol. 21 (3). – P. 155–160.
172. Hand J. S. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population / J. S. Hand, J. M. Whitehill // *J. Amer. Dent. Assoc.* – 1986. – Vol. 112. – P. 73–76.
173. Henriksen B. M. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among elderly in Norway / B. M. Henriksen, T. Axell, K. Laake // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2003. – Vol. 31 (6). – P. 403–411.
174. Holmstrup P. Malignant development of lichen planus – affected oral mucosa / P. Holmstrup // *J. Oral Pathol.* – 1988. – Vol. 17. – P. 219–225.
175. Hosanguan C. The extent and correlates of gingival recession in non-institutionalised Thai elderly / C. Hosanguan [et al.] // *J. Int. Acad. Periodontol.* – 2002. – Vol. 4 (4). – P. 143–148.
176. Hough S. Fast and Slow Bone Losers. Relevance to the Management of Osteoporosis / Hough S. // *Drugs and Aging.* – 1998. – Vol. 12, Suppl. 1. – P. 1–7.
177. Hugoson A. Frequency distribution of individuals aged 20–70 years according to severity of periodontal diseases / Hugoson A., Jordan T. // *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* – 1982. – Vol. 10. – P. 187–192.

178. Ikebe K. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese / K. Ikebe [et al.] // *Gerodontology*. 2004. – Vol. 21 (3). – P. 167–176.
179. Ikebe K. Utilization of dental health services by community-dwelling older adults in Japan who attended a weekly educational programme / K. Ikebe, T. Nokubi, R. L. Ettinger // *Gerodontology*. – 2002. – Vol. 19 (2). – P. 115–122.
180. Johnson G. K. Cigarette smoking and the periodontol patient / Johnson G. K., Hill M. // *J Periodontol*. – 2004. – Vol. 75 (2). – P. 196–209.
181. Johnson T. C. Experimental gingivitis in periodontal-susceptible subjects / Johnson T. C., Reinharrdt R. A. // *J Clin Periodontol*. – 1997. – Vol. 24. – P. 618–625.
182. Jokstad A. Cutting edge research that will impact future oral health care / A. Jokstad // *International Dental Journal*. – 2005. – Vol. 55. – P. 45–54.
183. Jones J. A. Tooth loss and dentures: patients' perspectives / J. A. Jones [et al.] // *International Dental Journal*. – 2003. – Vol. 53. – P. 327–334.
184. Katz R. V. Clinical signs of root caries: measurement issues from an epidemiological perspective / R. V. Katz // *J. Dent. Res*. – 1990. – Vol. 69 (5). – P. 1211–1215.
185. Leous P. Ecology of Dental Caries / P. Leous // *Ecology of Disease*. – 1984. – Vol. 2, № 4. – P. 285–290.
186. Li L. Psychometric properties of the WHO Quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China / L. Li [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2004. – Vol. 82 (7). – 493 p.
187. Llewellyn C. D. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life / C. D. Llewellyn, S. Warnakulasuriya // *Eur. J. Oral Sci*. – 2003. – Vol. 111. – P. 297–304.

188. Lo E. C. Oral health status of institutionalized elderly in Hong Kong / E. C. Lo, Y. Luo, J. E. Dyson // *Community Dent Health*. – 2004. – Vol. 21 (3). – P. 224–226.
189. Locker D. Epidemiology of periodontal diseases among older adults a review / D. Locker, G. Slade, H. Murray // *Periodontology*. – 2000. – Vol. 16. – P. 16–33.
190. Locker D. Oral health and quality of life: Rev / Locker D. // *Oral Health Prev. Dent*. – 2004. – Vol. 2? Suppl. 1. – P. 247–253.
191. Loe H. Periodontal disease in pregnancy J. prevalence and Severity / H. Loe, J. Silness // *Acta Odont. Scand*. – 1963. – Vol. 21. – P. 533–551.
192. Loesche W. J. Periodontal disease as a risk factor for heart disease [Review] / Loesche W. J. // *Compendium*. – 1994. – Vol. 15 (8). – P. 976–982.
193. Mazurat R. D. Communicating complexity: using a diagnostic classification system for edentulous patients / R. D. Mazurat, N. M. Mazurat // *J. Can. Dent. Assoc*. – 2003. – Vol. 69 (8). – P. 511–514.
194. McGrath C. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life / C. McGrath, R. Bedi // *Qual Life Res*. – 2004. – Vol. 13 (4). – P. 813–818.
195. McGrath C. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK) / C. McGrath, R. Bedi // *Br. Dent. J*. – 2002. – Vol. 193 (9). – P. 521–524.
196. Mericske-stern R. Masticatory efficiency / R. Mericske-stern // *Realties cliniques*. – 2003. – № 14. – P. 173–185.
197. Mersel A. A behavioural approach in the treatment of elderly patients: a new philosophy / A. Mersel, B. Peretz // *International Dental Journal*. – 2003. – Vol. 53. – P. 51–56.

198. Milstein L. Oral health status in an institutionalized elderly Jewish population / L. Milstein, M. J. Rudolph // *SADJ*. 2000. – Vol. 55 (6). – P. 302–306.
199. *Mosby's Dental Dictionary*. – Mosby, St. Louis, Missouri, 2004. – 761 p.
200. Moynihan P. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases / P. Moynihan, P. E. Petersen // *Public Health Nutrition*. – 2004. – Vol. 7 (1A). – P. 201–226.
201. New approaches to health education in primary health care. Report of a WHO Expert Committee / TRS 690, World Health Organization. – Geneva, 1983. – 44 p.
202. Nitschke I. Geriatric oral health issues in Germany / I. Nitschke // *Int. Dent. Journal*. – 2001. – Vol. 51, № 3. – P. 235–246.
203. Ogava H. Risk factors for periodontal disease progression among elderly people / H. Ogava // *J. Clin. Periodontol.* – 2002. – Vol. 29. – P. 592–597.
204. *Oral health surveys*. World Health Organization. – Geneva, 1995. – 65 p.
205. Pajukoski H. Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients / H. Pajukoski [et al.] // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* – 1999. – Vol. 88. – P. 437–443.
206. Papas A. Prevalence and intraoral distribution of coronal and root caries in middle-aged and older adults / A. Papas, A. Joshi, J. Giunta // *Caries Res.* – 1992. – Vol. 26. – P. 459–465.
207. Parma C. *Parodontopathien* / Parma C. – I. A. Verlag, Leipzig, 1960. – 203 p.
208. Paunio K. Missing teeth and ischaemic heart disease in men aged 45 – 64 years / Paunio K., Impivaara O., Tiekso J., Maki J. // *European Heart J.* – 1993. – Vol. 14, suppl. K. – P. 54–56.

209. Peltola P. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalized elderly / P. Peltola, M. M. Vehkalahti, K. Wuolijoki-Saaristo // *Gerontology*. – 2004. – Vol. 21 (2). – P. 93–99.

210. Petersen P. E. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goal in Denmark by the year 2000 // *J. Public Health Dent*. – 2004. – Vol. 64 (3). – P. 127–135.

211. Petersen P. E. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67 year-old Danes / P. E. Petersen, B. Nortoy // *Scan. J. Prim Health care*. – 1989. – Vol. 7. – P. 225–230.

212. Petersen P. E. Improving the oral health of older people – the approach of the WHO Global oral health programme / P. E. Petersen, T. Yamamoto // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 2004. – Vol. 32. – P. 319–329.

213. Petersen P. E. Improving the oral health of older people – the approach of the WHO Global oral health programme / P. E. Petersen, T. Yamamoto // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 2005. – Vol. 33, № 2. – P. 81–92.

214. Petersen P. E. Oral health status and oral health behaviour of middle-aged and elderly people in PR China / P. E. Petersen, B. Peng, B. J. Tai // *Int. Dent. J*. – 1997. – Vol. 47. – P. 305–312.

215. Petersen P. E. Sociobehavioral risk factors in dental caries – international perspectives / P. E. Petersen // *Community Dent Oral Epidemiology*. – 2005. – № 33. – P. 274–279.

216. Petersen P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme / P. E. Petersen // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 2003. – Vol. 31 (Suppl 1). – P. 3–24.

217. Pilot T. Periodontal conditions in Europe / T. Pilot, H. Miyazaki // *Journal of Clinical Periodontology*. – 1991. – Vol. 18. – P. 353–357.

218. Pilot T. Periodontal conditions in older age cohorts / T. Pilot [et al.] // *Int. Dent. J.* – 1992. – Vol. 42. – P. 23–33.
219. Pine C. M. *Community Oral Health* / C. M. Pine. – London, 2007. – 314 p.
220. *Primary health care*. World Health Organization. – Geneva, 1978. – 79 p.
221. Richards N. D. A survey of the dental health and attitudes towards dentistry in two communities / N. D. Richards [et al.] // *British Dental Journal*. – 1965. – Vol. 118. – P. 199–205.
222. Ripa L. W. Effect of a 0,05 % neutral NaF mouthrinse on coronal and root caries of adults / L. W. Ripa, C. S. Leske, A. Forte Varma // *Gerodontology*. – 1987. – Vol. 6. – P. 131–136.
223. Ritchie C. S. Oral health, taste, and olfaction / C. S. Ritchie // *Clin. Geriatr. Med.* – 2002. – Vol. 18 (4). – P. 709–717.
224. Roessler D. M. Complete denture success for patients and dentists / D. M. Roessler // *Int. Dent. Journal*. – 2003. – Vol. 53. – P. 340–345.
225. Schou L. Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions / L. Schou // *Disease Prevention and Oral Health Promotion* / eds.: Cohen L., Gift W. – Copenhagen : Munksgaard, 1995. – P. 213–270.
226. Sgan-Cohen H. D. A review of satisfaction with dental service at a Jerusalem community clinic serving elderly patients / H. D. Sgan-Cohen [et al.] // *Int. Dent. Journal*. – 2004. – Vol. 54. – P. 224–228.
227. Shah N. Edentulousness, denture wear and denture needs of Indian elderly-a-community-based study / N. Shah, H. Parkash, K. R. Sunderam // *J. Oral. Rehabil.* – 2004. – Vol. 31 (5). – P. 467–476.
228. Shan N. Gender issues and oral health in elderly Indians / N. Shan // *Int. Dent. Journal*. – 2003. – Vol. 53. – P. 475–484.

229. Shimazaki Y. Relationship between dental care and oral health in institutional elderly people in Japan / Y. Shimazaki [et al.] // *J. Oral. Rehabil.* – 2004. – Vol. 31 (9). – P. 837–842.
230. Ship J. A. Xerostomia and the geriatric patient / J. A. Ship, S. R. Pillemer, B. J. Baum // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2002. – Vol. 50. – P. 535–543.
231. Shou L. Oral hygiene habits, denture plaque, presence of yeasts and stomatitis in institutionalized elderly in Lothian, Scotland / L. Shou, C. Wight, C. Cumming // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 1987. – Vol. 15. – P. 85–89.
232. Silverman S. Jr. Safety and compliance factors for comprehensive daily oral care that includes an antiseptic mouthrinse / Silverman S. Jr., Wilder R. // *JADA.* – 2006. – Vol. 137 (11 suppl.). – P. 22S–26S.
233. Slade G. D. Development and evaluation of the oral health impact profile / G. D. Slade, A. T. Spencer // *Community Dent. Health.* – 1994. – Vol. 11. – P. 3–11.
234. Slade G. D. Distribution of coronal and root caries experience among persons aged 60+ in South Australia / G. D. Slade, A. J. Spencer // *Aust. Dent. J.* – 1997. – Vol. 42. – P. 178–184.
235. Smith B. G. N. An index for measuring the wear of teeth / B. G. N. Smith, J. K. Knight // *Br. Dent. J.* – 1984. – Vol. 156. – P. 435–438.
236. Souza S. L. Cross-sectional evaluation of clinical parameters to select high prevalence populations for periodontal disease. The site comparative severity methodology / S. L. Souza, M. Taba // *Braz. Dent. J.* – 2004. – Vol. 15 (1). – P. 46–53.
237. Sperber G. H. Patient age is no contraindication to endodontic treatment / G. H. Sperber // *J. of the CDA.* – 2003. – Vol. 69 (8). – P. 494–496.
238. Splieth Ch. Prevalence and distribution of root caries in Pomerania, North-Easth Germany / Ch. Splieth [et al.] // *J. Caries Res.* – 2004. – Vol. 38. – P. 333–340.

239. Steele J. G. Major clinical findings for a dental survey of elderly people in three different English communities / J. G. Steele // *British Dental Journal*. – 1996. – Vol. 180. – P. 17–23.

240. Takano N. Factors associated with root caries incidence in an elderly population / N. Takano, Y. Yoshihara, H. Miyazaki // *Community Dent Health*. – 2003. – Vol. 20 (4). – P. 217–222.

241. Timmerman M. F. Risk factors for periodontitis / Timmerman M. F., van der Weijden G. A. // *Int. J. Dent. Hyg.* – 2006. – Vol. 4 (1). – P. 2–7.

242. Urtane I. Epidemiology as the basis for assessment of the real situation in dental diseases / I. Urtane. – Riga, 1996. – 15 p.

243. Van der Putten G. J. Prevalence of Xerostomia and hyposalivation in the nursing home and the relation with number of prescribed medication / G. J. Van der Putten, H. S. Brand, C. P. Bots // *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* – 2003. – № 34 (1). – P. 30–36.

244. Vernejoul M. C. Markers of Bone Remodeling in Metabolic Bone Disease / Vernejoul M. C. // *Drugs & Aging*. – 1998. – Vol. 12, Suppe. – P. 14–19.

245. Walls A. W. G. Geriatric oral health issue in the United Kingdom / A. W. G. Walls, J. G. Steele // *Int. Dent. Journal*. 2001. – Vol. 51, № 3. – P. 183–187.

246. Walls A. W. Oral health and nutrition in older people / A. W. G. Walls [et al.] // *J. Public. Health. Dent.* – 2000. – Vol. 60. – P. 304–307.

247. Watanabe G. C. Root caries prevalence in a group of brazilian adult dental patients / G. C. Watanabe // *Braz. Dent. J.* – 2003. – Vol. 14. – P. 153–156.

248. Wennstroom J. L. A model for discussion making regarding periodontal treatment needs / J. L. Wennstroom // *J. Clinical Periodontology*. – 1990. – Vol. 17. – P. 219–222.

249. Wyatt C. C. L. Elderly Canadians residing in long-term care hospitals / C. C. L. Wyatt // J. Canad. Dent. Ass. – 2002. – Vol. 68, № 6. – P. 359–362.

250. Yolov T. Periodontal condition and treatment needs (CPITN) in Bulgarian population aged over 60 years / T. Yolov // Int. Dent. J. – 2002. – Vol. 52, № 4. – P. 255–260.

251. Zappa U. Cell populations associated with active probing attachment loss / Zappa U., Reinking-Zappa M., Graf H., Case D. // J Periodontol. – 1992. – Vol. 63. – P. 748–752.