

Т.Н. Кананович, И.Е. Воронина

Проблема состояния тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, м. Київ, Україна

Актуальность. Исследование обусловлено высокой распространенностью заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого (55–74 лет) и старческого (75–89 лет) возраста. Болезни пародонта являются наиболее частой причиной потери зубов, ведущей не только к изменению стоматологического здоровья, но и к ухудшению качества жизни этой категории населения.

Цель: обоснование комплексного подхода при выборе методов лечения заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста путем изучения факторов их риска.

Материалы и методы. В работе представлены данные обследования стоматологического статуса 67-и пациентов в возрасте 55–79 лет.

Результаты и обсуждение. Установлено, что распространенность кариеса и заболеваний тканей пародонта составляет 100 %. Уровень стоматологической помощи достигает 36,3 %, что расценивается как недостаточный. Отмечена низкая мотивация ухода за полостью рта у пациентов пожилого и старческого возраста.

Выводы. Для устранения неблагоприятных последствий заболеваний тканей пародонта и продления периода ремиссии, необходима профилактика, раннее лечение, постоянный контроль за течением заболевания и пролонгированная поддерживающая терапия в условиях диспансеризации.

Ключевые слова: лица пожилого и старческого возраста, стоматологические заболевания, генерализованный пародонтит.

В числе актуальных проблем стоматологии заболевания тканей пародонта занимают одно из ведущих мест и являются одной из причин ранней потери зубов, что приводит к изменению качества жизни человека, особенно у пожилых людей [12]. Высокий уровень заболеваний тканей пародонта приходится на возраст 40–45 лет, а их распространенность у людей пожилого возраста, по данным многих исследователей, составляет 100 % [9].

Неотъемлемым условием сохранения общего здоровья и здоровья органов полости рта, а также успех лечения заболеваний тканей пародонта возможен только тогда, когда пациент правильно выполняет гигиенические процедуры по уходу за ротовой полостью. От уровня индивидуальной гигиены полости рта зависит успех практически каждого аспекта клинической стоматологии – от первичной профилактики (при отсутствии заболеваний) до поддержания результатов самого сложного лечения, продлевая период ремиссии заболеваний тканей пародонта. Для пациентов старших возрастных групп соблюдение гигиены полости рта является самым простым, надежным и, главное, доступным способом продлить период ремиссии. При этом необходимо, чтобы пациент был проинформирован, обучен и мотивирован [8, 10].

В то же время обучение гигиеническому уходу за полостью рта и мотивация геронтологических пациентов затруднена. У пожилых людей годами выработался стереотип гигиенических навыков ухода за полостью рта. При этом пациентам трудно пересматривать и менять привычные подходы к гигиене полости рта и проводить их в соответствии с изменившимся состоянием зубочелюстной системы. С возрастом происходит изменение стоматологического статуса, уменьшается количество сохранившихся естественных зубов, появляются ортопедические конструкции [3]. Вторичная частичная адентия, отсутствие антагонистов приводят к ухудшению самоочищения зубов, неадекватному перераспределению жевательной нагрузки и, как следствие, развитию вторичной травматической окклюзии. При отсутствии большого количества зубов сокращается и количество зубов, требующих индивидуального

гигиенического ухода. Однако это не означает, что можно игнорировать проведение гигиенических мероприятий в полости рта.

Снижение количества слюны, повышение ее вязкости, обусловленное возрастными факторами и/или приемом лекарственных препаратов, также способствует образованию и скоплению мягкого зубного налета [4].

Среди разных факторов, влияющих на распространенность заболеваний пародонта и обуславливающих их развитие и характер течения, наименее изученными являются возрастные особенности. Показано, что именно у лиц пожилого (55–74 лет) и старческого (75–89 лет) возраста болезни пародонта являются наиболее частой причиной потери зубов, ведущей не только к изменению стоматологического здоровья, но и к ухудшению качества жизни этой категории населения [6, 7, 12, 14].

Проблема лечения заболеваний пародонта у данной категории пациентов осложняется как глубиной патологических изменений в тканях пародонта, изменением стоматологического статуса, так и состоянием общего медицинского здоровья (наличие соматических и системных заболеваний), социальными и экономическими условиями [9, 15]. Поэтому разработка способов комплексного лечения заболеваний пародонта, восстановление их функции у лиц пожилого и старческого возраста являются актуальной проблемой клинической стоматологии, имеет большое прикладное значение.

В связи со сказанным **целью** данного исследования явилось обоснование комплексного подхода при выборе методов лечения заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста путем изучения факторов их риска.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением были 67 пациентов пожилого и старческого возраста, давших согласие на проведение обследования и лечение. Все они обратились за стоматологической помощью в стоматологический медицинский центр Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца. Пациентов разделили на две группы: в первую вошли 45 пациентов в возрасте

55–74 лет, средний возраст составил 65,2±0,8 года. Во вторую группу вошли 22 пациента в возрасте 75–89 лет. Средний возраст – 78,4±0,5 года.

Диагностику заболеваний пародонта проводили по классификации заболеваний пародонта Н.Ф. Данилевского (1994) [5]. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью пародонтальных проб и индексов, индексную оценку гигиены полости рта по гигиеническому индексу Green-Vermilion, состояние твердых тканей зуба по индексу КПУ, потребность в лечении по индексу СРІ. Общесоматический статус изучали по результатам анкетирования пациентов и выпискам из медицинских карт. Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи критерия Стьюдента.

Было проведено анкетирование пациентов, в котором внимание акцентировалось на характере лечения, проводившегося ранее, перенесенных и сопутствующих соматических заболеваниях, наличии вредных привычек, характере питания, выполняемых пациентом гигиенические процедуры в полости рта, используемых при этом средствах и времени их проведения. Полученные данные занесли в карту обследования.

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Распространенность кариеса у лиц пожилого возраста составляет 100 %, индекс КПУ в I группе равен 19,4±0,28, во II группе – 21,8±0,40. Анализ составляющих индекса КПУ у обследованных свидетельствует о преобладании показателя «У» (удаленные). Показатель «У» равен 11,01±0,12 и 12,2±0,14 соответственно, что составляет 39,32 и 43,89 %.

Распространенность заболеваний тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста составила 100 %. Из них генерализованный пародонтит диагностирован у 75,56 % пациентов пожилого возраста и у 77,27 % пациентов старческого возраста. При анализе структуры заболеваний тканей пародонта была выявлена тенденция к уменьшению начальных форм заболевания.

Особенностью, характерной для пациентов данной возрастной категории, является повышение количества больных с выраженным проявлением деструктивных изменений тканей пародонта и, как следствие, длительного течения воспалительного процесса, отсутствия пофилатических осмотров, своевременной диагностики и полноценного комплексного лечения. Это подтверждается тем, что в обеих возрастных группах не выявлены пациенты с диагнозом, поставленным первично. Преобладает длительность заболевания от 15 до 20-ти лет.

При анализе структуры индекса КПУ выявлен его высокая распространенность и интенсивность. Характерным для геронтологических пациентов явились высокие значения индекса за счет удаленных зубов (У). Количество сохранившихся зубов с возрастом уменьшается с 14,61±0,8 у пожилых до 8,4±0,5 в старческом возрасте. Эти данные примерно в два раза меньше показателя сохранившихся зубов, рекомендованного ВОЗ для данной возрастной группы [13].

Преобладание удаленных зубов свидетельствует о низком уровне стоматологической помощи, отсутствия своевременного лечения и как следствие низкое качество жизни.

Уровень стоматологической помощи населению УСП (Леус, 1997) – 36,3 % расценивается как «недостаточный уровень».

Согласно данным индекса СРІ выявлена высокая частота (от 52,27 до 75,94 %) исключенных секстантов. Высокая распространенность СРІ «3» и «4» свидетельствует о необратимых процессах в тканях пародонта.

В связи с нарушением целостности зубного ряда в зубочелюстной системе больных формируются узлы окклюзионных перегрузок пародонта, которые приводят к ускорению процессов резорбции в альвеолярной кости. С утратой зубов и не восстановленной окклюзией связана перегрузка периодонта, патологическая подвижность зубов, возникновение блока при смещении зубов. Кроме этого меняется качество еды – пациенты переходят на мягкую пищу. При этом ухудшается гигиена полости рта и снижается жевательная нагрузка на пародонт.

Наличие ортопедических конструкций при низкой мотивации пациентов к качественной индивидуальной гигиене полости рта способствует развитию и поддержанию воспаления в тканях пародонта.

Регулярное (два раза в день) проведение гигиенических мероприятий осуществляют лишь 28 % лиц пожилого и 15 % лиц старческого возраста. Установлено, что 18 % престарелых вообще не чистят зубы и съемные протезы, а 14 % делают это не чаще одного раза в несколько дней. Мотивация к проведению гигиенических процедур в полости рта у большинства пациентов данных возрастных групп отсутствует. Состояние ухода за ортопедическими конструкциями расценивается как загрязнение средней степени.

Известно, что зубной налет является благоприятной почвой для развития патогенной микрофлоры, развития воспаления в пародонте, способствует сдвигу рН в кислую сторону, что сопровождается деминерализацией твердых тканей зуба, образованием зубного камня и формированием пародонтальных карманов.

Показатели упрощенного индекса гигиены ОНІ-S у обследованных составили 4,05±0,23 балла в I группе и 4,24±0,22 балла во II группе (табл. 1).

Мотивация пациентов на проведение лечения в данных возрастных группах оказалась низкой. Так, только 12 (26,66 %) в первой группе, а во второй – 3 (13,64 %) человека периодически проходили курс местной противовоспалительной терапии, снимали зубные отложения.

У данного контингента пациентов также выявлены кариес корня зубов (68 %), патологическая истираемость твердых тканей зубов (51 %), клиновидные дефекты (43 %) и повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям (36 %). Патологическая подвижность зубов II–III степени определена у 62 %, значительная рецессия десны у 44%.

В большинстве обследуемые имели заболевания пищеварительного тракта (84,8 %), сердечно-сосудистой системы (58,8 %), опорно-двигательного аппарата (49,2 %) и органов дыхания (33,6 %).

Таблица 1

Уровень гигиены полости рта и состояние десны у обследованных (баллы)

Группа обследованных	CI-S	DI-S	ONI-S	GI
I группа	1,97±0,12	2,08±0,11	4,05±0,23	1,2±0,4
II группа	2,07±0,14	2,17±0,13	4,24±0,22	1,4±0,15

Таким образом факторами, способствующими прогрессированию заболеваний тканей пародонта, у данного контингента лиц являются:

- болезни органов и систем – 83,7 %;
- социально-экономические причины – 76,3 %.
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя и их длительное воздействие на организм) – 53,1 %;
- неосведомленность о средствах гигиены – 48,3 %;
- страх перед стоматологическими вмешательствами и негативные отзывы знакомых – 46,3 %;
- особенности питания (ограничения в выборе пищевых продуктов, прием мягкой и однообразной пищи) – 45,4 %;
- длительность лечения и необходимость повторных посещений – 35,2 %;
- наличие зубных протезов, особенно съемных, некачественный уход за ними – 26,9 %.

Эти возрастные нарушения зубочелюстной системы существенно снижают качество жизни престарелых.

В связи с этим лица преклонного возраста нуждаются во всех видах стоматологической помощи – терапевтической, хирургической, ортопедической, пародонтологической. Однако из всех видов стоматологических манипуляций наиболее частой является удаление зубов.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о низкой мотивации пожилых людей следить за состоянием полости рта. Это объясняется:

- невозможностью самостоятельного посещения стоматолога в силу трудности передвижения или длительных заболеваний;
- не в полной мере доступностью помощи в районной поликлинике на приеме у стоматолога и недоступность (финансовая) частных стоматологов для данной категории больных;
- затруднениями, связанными с физической слабостью при самостоятельном обслуживании себя, и как результат – нарушением гигиены полости рта;
- изменениями психоэмоционального состояния в пожилом возрасте – капризностью, раздражительностью, требованием повышенного внимания к себе, что требует от стоматолога определенного навыка работы с геронтологическими больными;
- отсутствием дополнительных программ оказания на уровне здравоохранения стоматологической помощи пожилому населению.

При обосновании и разработке схем лечебно-профилактических мероприятий у лиц пожилого и старческого возраста необходимо руководствоваться современными

методическими подходами к выбору комплексной терапии больных с диагнозами кариес и генерализованный пародонтит. Кроме того, следует учитывать возрастные, социальные и психологические особенности пациентов этих возрастных категорий. Важными критериями при выборе средств и методов лечения являются этиотропная и патогенетическая направленность лечебных средств, их доступность и улучшение качества их жизни пожилых пациентов.

Базовое лечение пациентов пожилого возраста должно основываться на мотивации больных на проведение лечения, обучении правилам индивидуальной гигиены полости рта, а также на проведении профессиональной гигиены, лечении кариеса и его осложнений; поддерживающем лечении в динамике диспансерного наблюдения.

Заключение

Проблема лечения больных генерализованным пародонтитом в пожилом и старческом возрасте является актуальной, поскольку раннее удаление зубов по поводу этого заболевания приводит к дисфункции жевательного аппарата, снижению качества жизни пожилых.

При создании комплекса лечебно-профилактических мероприятий для пациентов пожилого и старческого возраста важно учитывать необходимость санации сохранившихся зубов в связи с высокой частотой кариеса и его осложнений, низкий уровень индивидуальной гигиены полости рта и отсутствие мотивации на ее регулярное проведение.

Эффективность комплексной терапии генерализованного пародонтита в значительной мере зависит от включения в план лечения рационального протезирования и восстановления потерянных функциональных окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

Учитывая стойкую хронизацию и длительное течение деструктивных процессов в тканях пародонта, их низкий репаративный потенциал, высокую общесоматическую заболеваемость, при выборе средств для местного лечения следует отдавать предпочтение средствам индивидуальной гигиены растительного происхождения, что позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм, избежать резистентности к медикаментам, а также повысить качество лечения.

Для устранения неблагоприятных последствий заболевания и продления периода ремиссии необходимы профилактика, раннее лечение, постоянный контроль течения заболевания и пролонгированная поддерживающая терапия в условиях диспансеризации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии / А.В. Алимский, В.С. Вусатый, В.Ф. Прикул // Рос. стом. журн. – 2004. – № 2. – С. 38–40.
2. Борисенко Л.Г. Современная геронтостоматология / Борисенко Л.Г. – Минск: БГМУ, 2006. – 176 с.
3. 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.
4. Воронина И.Е. Ферментативная активность зубного налета у больных генерализованным пародонтитом / И.Е. Воронина // Актуальні питання стоматології дитячого віку, ортодонтії: Тез. допов. – Полтава. – 1993. – С. 21–22.
5. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта / Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. – К.: Здоровье. – 2000. – 464 с.
6. Иорданишвили А.К. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, С.В. Солдатов, Л.Н. Солдатов и др. // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23, № 4. – С. 644–651.
7. 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.
8. 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.
9. Карюхин Э.В. Старение населения: демографические показатели / Э.В. Карюхин // Клинич. геронтология. – 2000. – № 1. – С. 56–61.
10. Леус П.А. Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней пародонта / П.А. Леус, С.С. Лобко // Клиническая стоматология. – 1997. – № 3. – С. 70–72.
11. Мазур І.П. Структурно-функціональний стан тканин пародонту в людей різного віку та статі // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 48–51.
12. Мархжорс Р. Геронтостоматология / Р. Мархжорс // Новое в стом. – 2005. – 31. – С. 46–67.
13. 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.
14. 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. – 31 (6). – 454–62 p.
15. 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. – 21 (3). – P. 155–60.

Проблема стану тканин пародонту в осіб похилого і старечого віку

Т.Н. Кананович, І.Є. Вороніна

Актуальність. Дослідження обумовлено високою поширеністю захворювань тканин пародонту серед осіб похилого (55–74 років) і старечого (75–89 років) віку. Хвороби пародонту є найбільш частою причиною втрати зубів, що веде не тільки до зміни стоматологічного здоров'я, а й до погіршення якості життя цієї категорії населення.

Мета: обґрунтування комплексного підходу при виборі методів лікування захворювань тканин пародонту в осіб похилого і старечого віку шляхом вивчення факторів їх ризику.

Матеріали та методи. У роботі представлені дані обстеження стоматологічного статусу 67-и пацієнтів у віці 55–79 років.

Результати та обговорення. Установлено, що поширеність карієсу і захворювань тканин пародонту складає 100 %. Рівень стоматологічної допомоги досягає 36,3 %, що розцінюється як недостатній. Відзначено низьке мотиваці. догляду за порожниною рота в пацієнтів похилого та старечого віку.

Висновки. Для усунення несприятливих наслідків захворювань тканин пародонту і продовження періоду ремісії необхідні профілактика, своєчасне лікування, постійний контроль перебігу захворювання та пролонгована підтримувальна терапія в умовах диспансеризації.

Ключові слова: особи похилого та старечого віку, стоматологічні захворювання, генералізований пародонтит.

The problem of periodontal diseases in elderly and senile age

T. Kananovich, I. Voronina

Actuality. The relevance of the study is due high prevalence of periodontal diseases among elderly (55–74 years) and senile age (75–89 years) persons. Periodontal disease is the most common cause of tooth loss, leading not only to a change in dental health, but also to deterioration in the quality of life of this population.

Aim: to study the integrated approach in the choice of treatment methods of periodontal diseases in elderly and senile patients by studying their risk factors.

Materials and Methods. This paper presents the survey of the dental status of 67 patients aged 55–79 years with usage of clinical and indexes assessment.

Results and Discussion. It was revealed that the incidence of dental caries and periodontal disease tissue among these patients is 100 %. The level of dental care reaches 36.3 %, which is regarded as insufficient. Marked low motivation of oral care implement was revealed in elderly patients.

Conclusions. In order to eliminate the adverse effects of periodontal diseases and prolonged the remission period, it is need the prevention, earlier treatment, continuous monitoring of the disease and prolonged supportive care during maintenance of the patients.

Key words: elderly and senile age persons, caries, periodontal disease.

Кананович Татяна Николаевна – канд. мед. наук,

асистент кафедри терапевтической стоматологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

Адрес: 03057, г. Киев, ул. Зоологическая, 1.

Воронина Ирина Евгеньевна – канд. мед. наук,

асистент кафедри терапевтической стоматологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца.

Адрес: 03057, г. Киев, ул. Зоологическая, 1.

НОВИНИ • НОВИНИ

ВОЗБУДИТЕЛИ ПАРОДОНТИТА СПОСОБСТВУЮТ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Опубликовано исследование роли возбудителя пародонтита *Fusobacterium nucleatum* (*F. nucleatum*) в развитии рака толстой кишки. В работе утверждается, что бактерии *F. nucleatum* могут создавать колонии в ЖКТ, в особенности в толстой кишке, где впоследствии возникает рак.

Авторы работы предположили, что количественная оценка патогена в ротовой полости может выступать в качестве раннего маркера для диагностики рака толстой кишки. Также удалось установить, что рост количества других бактерий рода *Fusobacterium*, в том числе *Fusobacterium periodonticum*, тоже ассоциируется с данным онкологическим заболеванием. Было обнаружено, что прием метронидазола способствовал снижению агрессивности рака.

Тем не менее на данном этапе многое о взаимосвязи патогена и рака толстой кишки остается неустановленным. Так, не доказано, что бактерии *F. nucleatum* попадают в кишечник и начинают активно селиться в нем именно из ротовой полости. Также не установлено, на какой стадии патогены начинают способствовать заболеванию – на стадии первичной опухоли или метастазирования.

Достоверно известно, что бактерии *Fusobacterium* способствуют прогрессированию рака толстой кишки, но не являются его первопричиной. Однако механизм действия патогена на прогрессирование онкозаболевания ученым еще предстоит изучать. В дальнейшем планируется провести исследование для оценки, как снижение количества бактерий *Fusobacterium* будет воздействовать на тяжесть заболевания. Первое, что предстоит обнаружить, – каким именно путем бактерии попадают в кишечник. Для этого планируется сравнить ДНК бактерий в ротовой полости и ДНК бактерий в образце кала. Также ученые будут рассматривать влияние патогена на развитие и прогрессирование других заболеваний толстой кишки – синдрома раздраженной кишки, болезни Крона, диареи, вызванной *Clostridium difficile*.