

*С.А.Наумович, В.В.Пискур*

## **Полная потеря зубов. Распространенность. Нуждаемость в лечении**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Объективный процесс старения общества характерен для всех развитых и многих развивающихся стран. Поэтому изучение процессов старения, влияние на него различных факторов и борьба за активное долголетие являются актуальной проблемой. Как следствие прогресса в области медицины, средняя продолжительность жизни в высокоразвитых странах значительно увеличилась, при этом возрастает количество пожилых и людей преклонного возраста.

В 1980 г., по решению ООН, возраст 60 лет стали рассматривать как границу, когда население переходит в группу пожилых людей. Термин «пожилой человек» используется, когда речь идёт о возрастном периоде с 60 лет, независимо от того, работает пациент или нет, без учета состояния здоровья и других биологических, медико-социальных и организационных аспектов[35].

Под «старением» понимают необратимые изменения живой субстанции. Они охватывают все процессы — материальные, функциональные, психологические. Жизнь человека, как замкнутый процесс, подразделяется на плавно переходящие друг в друга фазы с пиком в 45 лет, когда начинается старение, которое после 65 лет завершается старостью. Хронологически различают фазы: старения (45-59 лет), пожилого возраста (60-74 года), преклонного возраста (75 лет и старше) и очень преклонного возраста (с 90 лет)[35].

В Республике Беларусь, как и в большинстве развитых стран, наблюдается тенденция увеличения пропорции населения старших возрастных групп. По данным официальной статистики, возрастная когорта населения 60 лет и старше за последние 10 лет увеличилась на 2,7 % и составила в 2001 г. 1,9 млн или 19,1 % от всего населения. В 2003 г. когорта населения старше 60 лет составила уже 20 % от общего количества населения в Республике Беларусь. Демографическая революция распространена по всему миру. По данным ВОЗ, сегодня около 600 млн населения — это люди старше 60 лет, их количество удвоится к 2025 г., а к 2050 г. они составят 2 биллиона, причем проживать будут в развитых странах. В связи с ростом доли пожилых людей среди населения в целом, увеличивается их число и среди пациентов стоматологической практики. Ожидается, что в скором будущем 75% пациентов, обращающихся к стоматологам, будут люди пожилого возраста[6,7,8,9,10,11].

Исследования И. К. Луцкой[14] показали, что в возрасте 60 — 69 лет стоматологически здоровыми могли считаться только 5,5% обследованных пациентов, а в возрасте 70 — 79 лет — 1,2%. По ее данным, полная потеря

зубов в возрасте 60 — 69 лет наблюдалась у 9,9% обследованных, в возрасте 70 — 79 лет — у 29,5%, а старше 80 лет — 40,2% [14].

Представление о старости, как об отрицательной, непродуктивной и бесполезной фазе жизни, когда человек уже не так важен для общества, нужно полностью пересмотреть. Забота о старых людях, также как и о молодом поколении — критерии зрелости каждого общества. Эпидемиологические, социальные и психологические исследования вскрывают сложную, многофакторную природу заболеваний человека, их основные тенденции и частоту, позволяя предполагать, что социально-экономический, психологический статус и стиль жизни, влияние окружающей среды, географический регион проживания и недостаточная доступность стоматологической помощи в детстве, личный опыт общения с врачом способствуют развитию основных стоматологических заболеваний, обуславливающих утрату зубов, вызывая преждевременное старение. К особенностям заболеваний у пожилых людей, вызванных самой природой старения, относятся: множественные патологические состояния, неспецифическое проявление болезней, быстрое ухудшение состояния, если не обеспечено лечение, высокая частота осложнений, необходимость реабилитации[4].

Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов, подробно исследованы Борисовой Е.Н.[5]: клинический осмотр полости рта выявил  $14,31 \pm 1,55\%$  людей, не имеющих зубов на обеих челюстях. У 9,48 г  $1,39\%$  пациентов зубы отсутствуют на одной из челюстей: у  $5,38 \pm 1,07\%$  нет зубов верхней челюсти,  $4,10 \pm 0,94\%$  пациентов утратили все зубы нижней челюсти. Число людей с полным отсутствием зубов существенно колеблется в зависимости от возраста и пола. Женщины чаще мужчин не имеют зубов ( $17,29 \pm 2,12$  и  $8,85 \pm 2,05\%$ ) соответственно. При осмотре пациентов в возрасте 80 лет и старше выявлено  $25,30 \pm 4,80\%$  не имеющих зубов и пользующихся съемными протезами. Женщины чаще ( $35,56 \pm 7,21\%$ ) мужчин ( $13,16 \pm 5,55\%$ ) утрачивают собственные зубы. У  $13,53 \pm 2,38\%$  обследованных 70 — 79 лет полностью отсутствовали зубы на обеих челюстях, большинство таких пациентов составляют женщины ( $17,27 \pm 3,62$  и  $9,28 \pm 2,96\%$ ). Только  $10,91 \pm 2,10\%$  пациентов 60 — 69 лет не имеют собственных зубов. Женщины в этом возрасте в 2 раза чаще мужчин полностью утрачивают зубы ( $12,88 \pm 2,63$  и  $5,26 \pm 3,94\%$ ). Полное отсутствие зубов на обеих челюстях чаще отмечалось у сообщивших о своем рождении и длительном проживании в сельской местности ( $14,0 \pm 2,6$  и  $6,45 \pm 2,21\%$ ) случаев соответственно, бывших рабочих ( $22,64 \pm 3,04\%$  в возрасте 71,6 года) и служащих ( $16,18 \pm 2,79\%$  в возрасте 71,9 года), имеющих начальное ( $22,75 \pm 3,05\%$  в возрасте 70,5 года) и среднее образование ( $14,64 \pm 2,83\%$  в возрасте 73,4 года), находящихся только на пенсионном обеспечении ( $15,40 \pm 1,88\%$  в возрасте 73,2 года), проживающих одиноко ( $20,29 \pm 3,43\%$  в возрасте 72,0 лет) или в семьях детей, близких родственников ( $28,81 \pm 5,94\%$  в возрасте 74,8 года). Пожилые люди, некогда занятые интеллектуальным и творческим трудом ( $11,56 \pm 2,66\%$  в возрасте 73,5 года), с высшим образованием ( $9,81$

$\pm 2,33\%$  в возрасте 78,1 года), состоящие в браке ( $8,94 \pm 1,62\%$  в возрасте 73,8%), имеющие самостоятельный или дополнительный доход при пенсионном обеспечении, значительно реже к пожилому и старческому возрасту остаются без зубов ( $9,46 \pm 3,42\%$  случаев). Очевидно, это можно объяснить не только различным стилем жизни, условиями труда городских и сельских жителей, воздействиями окружающей среды и вредными привычками в контексте качества жизни, но и разницей в стоматологической помощи в городе и деревне. При анализе факторов, приводящих к утрате зубов, отмечено, что независимо от возраста, социальной принадлежности и экономического уровня жизни регулярное обращение за стоматологической помощью увеличивает вероятность сохранить собственные зубы до глубокой старости ( $15,18 \pm 4,06\%$  в возрасте 73,6 года). Пожилое население разнородно во всех отношениях. Различны генетическая предрасположенность, стиль жизни, социальный, образовательный и культурный уровень, социально-демографическое окружение. Это, несомненно, влияет на убеждения и отношение к собственному состоянию здоровья и состоянию полости рта. Вместе с тем женщины независимо от возраста, социального положения, общего состояния здоровья, частоты и характера использования стоматологической помощи значительно чаще мужчин к пожилому и старческому возрасту полностью утрачивают зубы[5].

Стоматологический статус пожилых людей служит хорошим индикатором социально-экономического уровня жизни, социальной поддержки этой категории населения, стиля его жизни и общего состояния здоровья, он отражает функциональный возраст зубочелюстной системы. Социальный, психологический и физический статус человека наряду с хронологическим возрастом должны учитываться при оказании всех видов стоматологической помощи[5,25].

Характеристику течения нарушения целостности жевательного аппарата в связи с возрастом и полом в значительной мере дополняют и обобщают данные полученные Ш.Т.Адиловой и др.[1], выявленные при осмотрах лип, потерявших все зубы. Полная потеря всех зубов выявляется уже в возрастной группе 35 — 44 года, увеличивается в возрастной группе 60 — 74 года и достигает своего максимума в группе 90 лет и старше, в которой  $78,40 \pm 7,12\%$  обследованных утратили все зубы. Представляют значительный интерес и данные, характеризующие частоту случаев полной потери зубов на одной из челюстей, ибо полная потеря зубов на нижней челюсти в большей степени поражает жевательную систему вследствие неблагоприятных условий протезирования, худшей фиксации протеза на беззубой нижней челюсти. На основании материалов исследования установлено, что полная потеря зубов на одной из челюстей выявляется уже в возрасте 20 — 29 лет, но крайне редко. Однако в возрастной группе 35 — 44 года и старше определена достоверно более высокая частота случаев полной потери зубов на верхней челюсти —  $9,64 \pm 1,04\%$  против  $6,49 \pm 0,58\%$  на нижней челюсти[1].

Многочисленные эпидемиологические обследования, проводимые за рубежом, выявили неудовлетворительное состояние полости рта у лиц старших возрастных групп. Среди стоматологических изменений на первое место выступает утрата зубов с последующими функциональными нарушениями [17,23,24,20, 22, 30,36]. Данные исследований показали, что от 21,4 до 64,2% обследованных были с полной потерей зубов [20].

В Германии 25% пожилых пациентов пользуются полными протезами на верхнюю и нижнюю челюсти. Зубной протез должен быть выполнен так, чтобы даже пожилой пациент (часто с ограниченными мануальными навыками и ослабленным зрением) мог им хорошо пользоваться и поддерживать удовлетворительную гигиену полости рта. При этом условии пожилые пациенты смогут проводить удовлетворительную гигиену полости рта и зубного протеза после соответствующей мотивации и инструктирования [18,19,21,22,28,31,34].

Датские ученые при стоматологическом эпидемиологическом обследовании выявили очевидную связь между социальной, физической активностью пациентов и состоянием полости рта. Среди обследованных (средний возраст 67 лет) лишь 10% вели активный образ жизни, из них только у 34% было полное отсутствие зубов, а среди 36% пациентов с низкой жизненной активностью (5 заболеваний и больше) 51% не имели зубов [29].

Даже сам возраст у пожилых людей оказывает влияние на отношение к стоматологическому лечению. Так, в Англии обследовали две группы пациентов в возрасте 55 — 64 и 65 — 74 лет. Хотели лечиться в 1-й группе 39%, во 2-й — 17%, были недовольны состоянием полости рта в 1-й группе 43% обследованных людей, во 2-й-20% [33].

Проводимая зарубежными службами здравоохранения и социального обеспечения политика в отношении населения старших возрастных групп приносит положительные результаты. Так, большой опыт накоплен в странах Северной Европы, где все пожилые люди имеют возможность получить частично или полностью компенсированную стоматологическую помощь. В Дании лицам с полным отсутствием зубов выплачивается пенсия, так как такие люди признаются службами соцобеспечения инвалидами [15].

В исследованиях А.А. Калининской и др. [12], рассчитано число лиц, нуждающихся в полных съемных зубных протезах. Установлено, что нуждаемость в изготовлении таких протезов составила 24,6 на 1000 обследованных. При этом нуждаемость у женщин была выше (26,8%), чем у мужчин (22,4%); с возрастом она резко увеличивается у тех и других. Показатель нуждаемости в полных съемных зубных протезах в возрастной группе 40 — 49 лет составил 5,7 на 1000 осмотренных этого возраста, среди пациентов 50 — 59 лет — 5,9, 60 лет и старше — 129,4.

По данным исследований О.Р. Курбанова [13] нуждаемость в полных съемных протезах с возрастом увеличивается и в возрасте 50-59 лет она составляет в среднем 590 протезов на 1000 населения с ежегодным увеличением на 105 протезов.

Результаты исследований А.В. Цимбалистова, Е.Е. Статовской[16] особенностей соматического и локального статуса больных с полным отсутствием зубов показали, что в 53% случаев пациенты пользовались ортопедическими конструкциями только с эстетической целью. Значительное количество больных пытались приспособиться к имеющимся ортопедическим конструкциям: носили протезы, изготовленные в разное время, совмещали различные постановки, самостоятельно осуществляли коррекцию имеющихся протезов. В большинстве случаев выявлено одностороннее или смешанное жевание с преобладанием преимущественной (привычной) стороны. Данные о привычной стороне жевания совпадали с клинически определяемым смещением нижней челюсти при максимальном смыкании искусственных зубных рядов. В 46% наблюдений установлена взаимосвязь между изменением характера жевания и результатами предшествующего ортопедического лечения. У исследуемых больных значимым влиянием на формирование полной утраты зубов оказали факторы неэффективного лечения заболеваний пародонта (83,3%), осложнений кариозной болезни (66,7%), на фоне отягощенного соматического статуса. В 86,7% наблюдений соматический статус осложнен наличием сочетанной хронической патологии сердечнососудистой системы (75%), желудочно-кишечного тракта (66,7%), репродуктивной сферы, в том числе, заболеваниями, сопровождающимися иволютивными процессами (86,7%). Тяжесть соматического статуса, преобладание лиц пожилого возраста вполне согласуются с объективными клиническими данными, характером жалоб, однако, создают дополнительные трудности ввиду субъективно отрицательной оценки результатов предшествующего лечения и неудачного опыта пользования ортопедическими конструкциями. При этом, субъективная оценка результатов лечения с помощью несъемных конструкций значительно выше оценки полных съемных протезов, вне зависимости от их качества. Таким образом, низкая эффективность результатов предшествующего лечения во многом связана с игнорированием индивидуальных особенностей зубочелюстной системы и организма.

Удовлетворенные ближайшими результатами, длительное время не посещают врача, если нет явных признаков изменений со стороны органов и тканей челюстно-лицевой области или самих протезов. Причинами обращения больных в ближайшее время в клинику для повторного протезирования, как правило, являются замена протезов по причинам их балансирования, нарушения фиксации, наличия пор в базисе, нарушение его целостности. В более отдаленные сроки повторное протезирование проводится преимущественно из-за снижения лечебно-профилактических свойств протезов. Причинами повторного протезирования, чаще всего являются: невозможность пользоваться протезами из-за плохой фиксации, ухудшение жевательной эффективности из-за стираемости пластмассовых зубов, снижение высоты нижней трети лица, приводящая к уменьшению объема полости рта, что проявляется чувством неловкости и утомляемости

языка во время разговора, нарушение четкости речи, боли в области височно-нижнечелюстных суставов, нарушение эстетики[4].

Существенное значение для оценки качества имеющихся зубных протезов представляют собой данные о сроках пользования ими. Специальное изучение данного вопроса Алимским А.В.[2,3] показало, что средний срок пользования годными полными съемными зубными протезами составляет в среднем 5,3 года. Негодными зубными протезами, нуждающимися в замене, обследованные лица пользовались в среднем 12,5 лет. При этом автор дифференцировал показатели сроков пользования негодными зубными протезами, при которых нуждался в замене один из полных съемных зубных протезов либо оба полных съемных зубных протеза. Результаты исследования показали, что в среднем сроки пользования одним негодным полным съемным зубным протезом составляют 9,9 лет. Средние сроки пользования негодными полными съемными зубными протезами одновременно на обеих челюстях составили 14,1 года[2,3].

Анализируя приведенные данные можно сделать следующие выводы:

1. Число пожилых людей среди всего населения в ближайшее время будет возрастать, следовательно, будет увеличиваться распространенность полной потери зубов и нуждаемость в стоматологической ортопедической помощи.
2. Требуется совершенствование ортопедической стоматологической помощи лицам с полным отсутствием зубов, с обязательным учетом индивидуальных особенностей зубочелюстной системы и изменение отношения самих пациентов к состоянию здоровья полости рта, а также используемых ими зубных протезов.
3. В связи с этим дальнейшие исследования в этой области ортопедической стоматологии позволят повысить качество и уровень оказания стоматологической помощи пациентам с полным отсутствием зубов.

#### Литература

1. Адилова, Ш.Т. Влияние социально-гигиенических и других факторов на частоту полной утраты зубов у пожилых и старых жителей Узбекистана / Ш.Т.Адилова, З.К. Адилов, Т.А. Акилов // Российский Стоматологический Журнал. – 2005.-№6. – С. 38-39.
2. Алимский, А.В. Обеспечение ортопедической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов /А.В. Алимский // Стоматология для всех. – 2001.-№ 1. – С.31.
3. Алимский, А.В. К вопросу обеспечения ортопедической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов, проживающих в Москве и Подмосковье /А.В. Алимский, В.С.Вусатый, В.Ф.Прикулс // Стоматология. – 2004.-№ 4. – С.72.
4. Алимский, А.В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии/А.В.Алимский, В.С.Вусатый, В.Ф.Прикулс // Российский Стоматологический Журнал. – 2004.-№2. – С. 38-40.

5. Борисова, Е.Н. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому и старческому возрасту / Е.Н. Борисова // Российский Стоматологический Журнал. – 2000.-№3. – С. 23-25.
6. Борисенко, Л.Г. Обоснование долгосрочной целеориентированной комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп / Л.Г. Борисенко // Стоматологический Журнал.-2003.-№ 3.-С.9-11.
7. Борисенко, Л.Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л.Г. Борисенко // Стоматологический Журнал.-2004.-№ 2.-С.13-15.
8. Борисенко, Л.Г. Компьютерная программа “Аденция”/ Л.Г. Борисенко // Стоматологический Журнал. – 2004.-№ 3.-С. 16-19.
9. Борисенко, Л.Г. Распространенность кариеса зубов и болезней периодонта, нуждаемость в стоматологической помощи пожилого населения Республики Беларусь / Л.Г. Борисенко // Белорусский Медицинский Журнал. – 2005.-№ 2. – С.28-30.
10. Борисенко, Л.Г. Анализ обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь / Л.Г. Борисенко // Медицинский Журнал.-2006.-№ 4. – С.32-34.
11. Борисенко, Л.Г. Оценка эффективности программы стоматологической помощи пожилому населению Беларуси / Л.Г. Борисенко [и др.]; // Медицинский Журнал. – 2007.-№ 2. – С.20-22.
12. Калининская, А.А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А.А. Калининская, В.Н. Сорокин, Б.В. Трифонов // Российский Стоматологический Журнал. – 2006.-№6. – С. 47-49.
13. Курбанов, О.Р. Определение потребности населения в различных видах зубных протезов / О.Р. Курбанов // Российский Стоматологический Журнал. – 2002.-№5. – С. 9-11.
14. Луцкая, И. К. Характеристика анамнеза и клинического статуса здоровых людей старших возрастных групп: автореф. дис.... канд. мед. наук: / И.К. Луцкая; — Киев, 1979.
15. Пак, А. Н. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис.... канд. мед. наук: / А.Н. Пак; — М.. 1991.
16. Цимбалистов, А.В. Теоретические предпосылки и практическая реализация современных технологий при лечении больных с полным отсутствием зубов / А.В. Цимбалистов [и др.] // Институт стоматологии. – 2002.-№4. – С.54-57.
17. Barleanu, L. B., Constantin, J., Jalobceastai, D. et al. // Rev. Med.-Chir. Soc. Med. Natl. Jasi.-1990.-N 2.-P. 375 — 378.
18. Bergman, J. D., Wright, F. A., Hammond, R. H. // Aust. Dent. J. - 1991.-Vol. 8, N 4.-P. 280-285.
19. Brunner, T., Busin, M. // Schweiz. Mschr. Zahnmed. — 1991. — N 5.-S. 571-577.
20. Cassado, I., Gill, M. A., Lopez, J. R-et al. // Aten. Primaria. — 1990.-Vol. 3, N 15.-P. 178-181.
21. Cautley, A. J. // Dent. J.-1992.-Vol. 7.-P. 88-94.

22. Kuc, I.M., Hargreaves, J.A., Thompson, G.W. et al. // J. Can. Dent. Assoc.-1990.-Vol. 56, N 6.-P. 521-525.
23. Leake, J. /., Locker D., Price S. A. et al. // Can. J. Publ. Hlth. - 1990.-Vol. 81, N 2.-P. 120-124.
24. Locrer, D. // Commun. Dent. Hlth.-1992.-Vol. 9, N 2.-P. 109-124.
25. Long, H.L., Miller, W.A. // Gerontology.-1994.-Vol. 11, N 2.-P. 115-123.
26. Mattin, D., Smith, J. M. // Br. Dent. J.-1991.-Vol. 170, N 10.-P. 369-372.
27. Nascer, I. L. // N. Y. Med. J.-1909.-Vol. 90.-P. 358.
28. O'Mullane, D., Whelton, H., Galvin, V. // J. Dent. Educ.-1993.-Vol. 57, N 10.-P. 749-752.
29. Petersen, P.E., Nortov, B. // Tandlaegermess. Tidsskr. — 1990.-Vol. 5, N2.-P. 36-41.
30. Phipps, K.R., Reifel, N., Botwell, E. //J. Publ. Hlth Dent.-1991.- Vol. 51, N 4.-P. 228-233.
31. Schou, L., Eadie, D. // Commun. Dent. Hlth.-1991.-Vol. 8, N 1.-P. 53-58.
32. Slade, G.D., Locker, D., Leake, J.L. et al. // Can. J. Publ. Hlth.- 1990.-Vol. 81, N 2.-P. 114-119.
33. Taylor, C.M., Fiske, J., Cooper, D. et al. // Publ. Hlth.-1994.- Vol. 108, N 6.-P. 413-417.
34. Unimo, M., Nagao, M. // Int. Dent. J.-1993.-Vol. 43, N 3.- P. 213-218.
35. United Nations. Problems of the Elderly and the Aged. Draft Program and Arrangements for the World Assembly on the Elderly: Report of the Secretary-General. — New York, 1980.
36. Wysokinska-Miszczuk, J. // Wiad. Lek.-1989.-Vol. 42, N 10.-P. 636-640.