

К.А. Абдуллаева,  
соискатель

В.М. Гринин,  
д.м.н., проф., старший научный сотрудник

Кафедра челюстно-лицевой хирургии  
и стоматологии Национального  
научного медико-хирургического центра  
им. Н.И. Пирогова, Москва

# Клинико-социальные аспекты стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста, обращающихся за терапевтической стоматологической помощью в муниципальную поликлинику

Здоровье граждан — первоочередная задача любого государства [1, 3]. Забота о здоровье лиц пожилого и старческого возраста, нередко социально незащищенных, имеющих сопутствующий фон соматических заболеваний, ложится особым бременем на медицинские учреждения [4, 5, 7]. Вместе с тем многие авторы, занимающиеся проблемами стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста, отмечают его значительное ухудшение [4, 5, 7, 8]. К сожалению, также имеет место снижение медицинской активности лиц пожилого и старческого возраста, что не улучшает показатели стоматологического здоровья данной категории лиц [2, 7, 8].

Вероятно, подобные тенденции необходимо увязывать с меняющейся с возрастом социально-гигиенической характеристикой пожилых лиц, влиянием ряда факторов, которые могут так или иначе отражаться на состоянии их стоматологического здоровья. Вышеизложенное послужило целью настоящего исследования.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на пациентах терапевтического стоматологического приема в муниципальной стоматологической поликлинике Москвы. В соответствии с программой исследования были сформированы 3 группы, в которые вошли пациенты обоего пола (всего 179 человек):

- I — 56 стариков старше 70 лет (средний возраст  $75,4 \pm 3,5$  года);
- II — 69 пожилых пациентов в возрасте

55—69 лет (средний возраст  $61,7 \pm 3,5$  года);

- III (контроль) — 54 человека трудоспособного возраста 34—54 лет (средний возраст  $50,5 \pm 2,4$  года).

Все 3 группы были сопоставимы по гендерному составу: общее количество мужчин и женщин в исследовании составило 67 (37,5%) и 112 (62,5%) человек (рис. 1).

В соответствии с планом перед началом врачебного приема проводили социально-гигиеническое исследование анкетированием пациентов. Анализировали такие факторы, как возраст, пол, социальный статус, уровень дохода, семейное положение, наличие вредных привычек и т.д.; подробно изучались особенности питания отобранных категорий пациентов.

Клиническое обследование пациентов проводилось по традиционной методике и включало осмотр слизистой оболочки рта, оценку состояния зубов и зубных рядов, окклюзии, качество имеющихся пломб, гигиеническое и клиническое состояние тканей

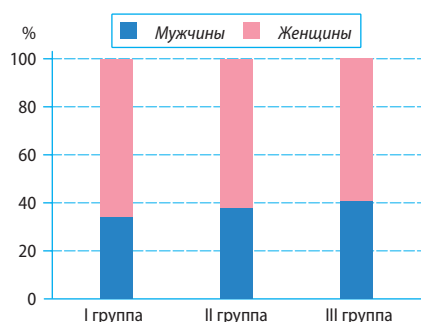


Рис. 1. Гендерный состав изучаемых групп

пародонта. Исследование включало определение значений интенсивности и распространенности кариеса зубов, структуры КПУ, значений гигиенического индекса Green–Vermillion, пародонтального индекса Russel, количества посещений (кратности посещений) врача-стоматолога. Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Социальная характеристика показала, что в I группе все респонденты были пенсионерами, во II группе доля пенсионеров составила 75,4%, в III — 5,5%. При этом уровень дохода все респонденты посчитали как вполне достаточный: в I группе все респонденты отметили средний доход (вполне удовлетворяющий их основные нужды и потребности). Во II группе уровень дохода как средний отметили 97,1% пациентов, а 2,9% респондентов (все — мужчины) посчитали как «выше среднего». В III группе контроля уровень дохода выше среднего имели 5,5% респондентов, а остальные отметили уровень дохода как «средний». Подобный семантический анализ очень важен, поскольку позволил оценить характер питания в разных группах респондентов. В зависимости от сбалансированности и наполняемости рациона, последний трактовался нами как «недостаточный», «минимально сбалансированный» и «полноценный».

Анализ показал, что во II и III группах в 100,0% случаев отмечен полноценный тип рациона. А у пациентов I группы полноценное питание имело место лишь в 2/3 случаев, а в трети случаев оно было заметно хуже: в том числе у 1/5 лиц оно было «минимально сбалансированным», а у каждого десятого — явно недостаточным (дефицитный тип наполняемости рациона; рис. 2).

Все респонденты I и II групп состояли в браке, в III группе 3,7% пациентов (все женщины) были не замужем.

Стоит отметить также наличие вредных привычек, прежде всего курение табака (рис. 3), так как никто не признался в употреблении спиртных напитков.

Таким образом, социально-гигиеническая характеристика позволила установить ряд факторов (уровень дохода,

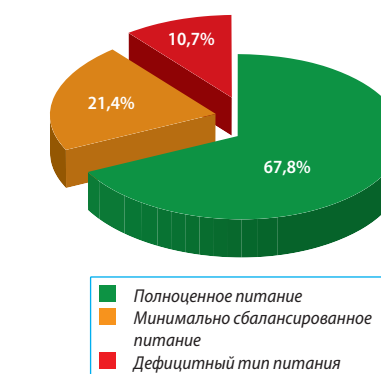


Рис. 2. Особенности сбалансированности питания пациентов из числа лиц старческого возраста

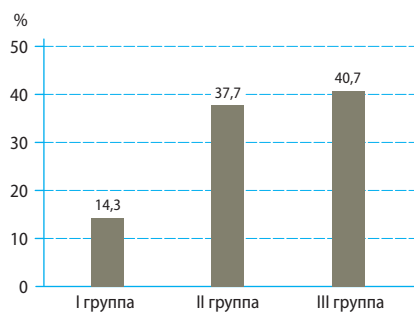


Рис. 3. Доля курильщиков табака у пациентов изучаемых групп

характер питания, вредные привычки), которые могут иметь важное влияние на уровень стоматологического здоровья.

Далее мы оценили особенности стоматологической заболеваемости. В I группе среднее значение КПУ составило 24,4, во II — 18,4, а в III — 14,3 зуба. Таким образом, динамика нарастания интенсивности кариеса зубов составила 28,6% и 32,6%.

Говоря о структуре КПУ (рис. 4), отметим, что в группе контроля средние значения количества кариозных, запломбированных и удаленных зубов составили 2,9, 7,4 и 4,0 зуба соответственно. Во II группе существенно растет доля удаленных и запломбированных зубов (8,5 зубов запломбировано, 6,5 удалено и 3,3 кариозных зуба). В структуре КПУ I группы превалирует доля удаленных зубов (14,6 зуба удалено, 6,6 запломбировано и 3,2 кариозных зуба). Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятной тенденции нарастания количества удаленных зубов, поскольку лечение у них в основном идет по ти-

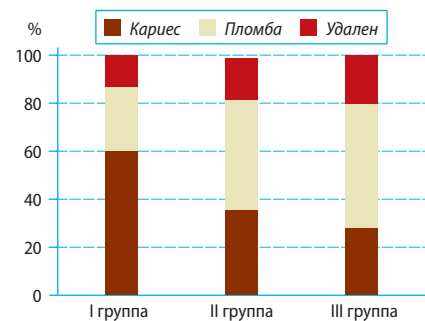


Рис. 4. Структура КПУ у пациентов

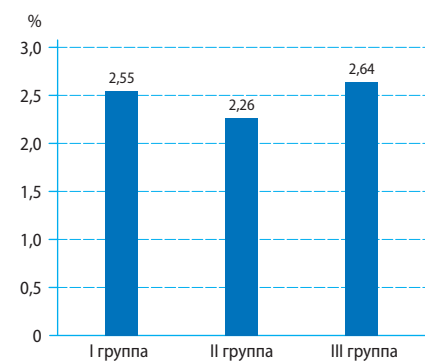


Рис. 5. Средняя кратность посещений врача-стоматолога у пациентов изучаемых групп

пу радикализации, что будет ухудшать в дальнейшем условия зубопротезирования.

Средняя частота посещений врача-стоматолога приведена на рис. 5. Полученные сведения, видимо, объясняются тем, что в I группе по сравнению с II группой нарастает объем стоматологической помощи (проведение зубопротезирования и подготовка к нему). Вместе с тем активность посещений врача-стоматолога у лиц пожилого и старческого возраста снижалась по сравнению с социально активными трудоспособными лицами (снижение на 16,8% и 3,5%), что является неблагоприятной тенденцией, учитывая значительное увеличение с возрастом необходимости и объема оказываемой стоматологической помощи.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, оценивая социально-гигиеническую и клиническую характеристику стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста,

наблюдающихся в условиях муниципальной стоматологической поликлиники, отметим следующее:

1. Имеет место неблагоприятная тенденция состояния стоматологического здоровья лиц пожилого и старческого возраста в части существенного нарастания количества удаленных зубов, что ухудшает последующие условия восстановления жевательной функции зубопротезированием.
2. В социально-гигиеническом плане у лиц пожилого и старческого возраста отмечено ухудшение особенностей питания — имеют тенденцию к увеличению доли лиц с пониженным или несбалансированным питанием.
3. Не менее 37,7% лиц пожилого возраста и 14,3% лиц старческого возраста курят.
4. Отмечено снижение на 16,8% и 3,5% активности посещений врача-стоматолога лицами пожилого и старческого возраста по сравнению с социально активными трудоспособными лицами, что является неблагоприятной тенденцией, учитывая значительное увеличение с возрастом необходимости и объема оказываемой стоматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алимский А.В. Геронтостоматология. Настоящее и перспективы. — *Стоматология для всех*. — 1999; 1: 29—31.
2. Буляков Р.Т., Гринин В.М., Тумасян Г.С., Саркисян М.С. Организационные и клинические особенности обращаемости населения крупного города за терапевтической стоматологической помощью в условиях рынка. — *Проблемы управления здравоохранением*. — 2011; 2 (57): 73—7.
3. Гринин В.М., Курбанов О.Р., Петраш Д.А., Тумасян Г.С. Экспертиза качества стоматологической помощи в современных условиях. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2007; 3(23): 84—6.
4. Иванова Е.В. Совершенствование оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных условиях: Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2009. — 23 с.
5. Кузьмина А.В. Клинико-организационные аспекты оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого возраста в условиях агропромышленного региона: Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2009. — 24 с.
6. Максимовский Ю.М., Гринин В.М., Митронин А.В. и др. Терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие. — М.: Гэотар-Медиа, 2011. — 432 с.
7. Орлова В.Л. Особенности оказания стоматологической терапевтической помощи пациентам пожилого возраста: Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2011. — 23 с.
8. Рошковский Е.В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также должителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах: Автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2008. — 22 с.

Прогнозируемая пародонтология и легкое решение сложных проблем в гнатологии — курс в учебном центре «ТВИ Company»

Тел.: (495) 695-17-96, +7 (964) 704-14-21 (Дианов Павел)  
 stomakursy.ru www.tbi.ru tbi1@bk.ru