

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕ-
ЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕ-
ВЕРО-ОСЕТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКА-
ДЕМИИ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**

На правах рукописи

УДК: 616.314-76:615.462

Дамбегова В.В

**ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РСО-
АЛАНИЯ**

14.01.14 — СТОМАТОЛОГИЯ

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д.м.н. проф. Золоев Р.В.

Научный консультант:

д.м.н. проф. Караков К.Г.

Москва

2014

Оглавление

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
ГЛАВА 1.....	9
Обзор литературы.....	9
1.1. Проблема пенсионного возраста в России и в мире.....	9
1.2. Стоматологическая заболеваемость и возраст.....	11
1.3. Нуждаемость населения в стоматологической ортопедической помощи в зависимости от возраста.....	14
1.4. Социально-экономические факторы в группе пожилого и старческого возраста.....	18
1.5. Современные представления о качестве жизни	200
1.6. Качество жизни и стоматологическое здоровье.....	21
Заключение	25
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	27
2.1. Характеристики обследуемой группы	27
2.2. Стоматологический осмотр.....	29
2.3. Анкетирование исследуемой группы.....	38
2.4. Статистический анализ данных	43
ГЛАВА 3.	47
Анализ распространения патологии зубов и тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста в РСО-Алания.....	47
3.1. Показатели пораженности кариесом зубов лиц пожилого и старческого возраста.....	47
3.2. Распространенность кариеса корня зуба.....	48
3.3. Показатели распространенности некариозной патологии	49
3.4. Распространенность и степень тяжести заболеваний пародонта.....	49
3.5. Потребность в ортопедической стоматологической помощи.....	51
3.6. Характеристика уровня оказываемой стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста.....	52
3.7. Нуждаемость пожилого населения РСО-Алания в ортопедической стоматологической помощи	52

ГЛАВА 4. Распространенность протезного стоматита и предрасполагающие факторы у лиц пожилого и старческого возраста	58
ГЛАВА 5	63
Исследование качества жизни у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в РСО-Алания	63
ГЛАВА 6	65
Влияние стоматологического здоровья на качество жизни пожилых пациентов	65
Заключение	71
Выводы	80
Практические рекомендации	82
Список литературы	83

Список сокращений

ВНЧС — височно-нижнечелюстной сустав

ЗЧА — зубочелюстные аномалии

Компонент «К» индекса КПУ — наличие кариозного дефекта эмали

Компонент «П» индекса КПУ — пломбированные зубы

Компонент «У» индекса КПУ — удаленные зубы

КПЗ — кариес постоянных зубов

КПУ — индекс (кариес, пломба, удаленные)

РСО-Алания — Республика Северная Осетия-Алания

РФ — Российская Федерация

СОПР — слизистая оболочка полости рта

УСП — уровень стоматологической помощи

ЮФО — Южный Федеральный округ

СРІ — коммунальный пародонтальный индекс

ОНІР-14 – oral health impact profile

ВВЕДЕНИЕ

1. Актуальность исследования.

По данным экспертов ВОЗ, заболеваемость кариесом во всем мире проявляет устойчивую тенденцию высокой частоты и распространенности, как у детей, так и у взрослого населения. Несмотря на значительные усилия специалистов по совершенствованию и реализации программ профилактики, уровень стоматологического здоровья населения остается крайне низким — 5,5–24,5 % (ВОЗ, 1980; ВОЗ, 1997; Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Е.С. и др., 1996; Сорокин В.Н., 2006; Ekstrand K.R. et al., 2007).

По Северокавказскому региону информация о стоматологической пораженности населения носит неполный характер. Имеются данные о пораженности стоматологическими заболеваниями населения Республики Дагестан детского возраста (Шамов И.М., 2003), а также о распространенности зубных отложений у населения этого региона (Курбанова Э.А., 2006). В ходе изучения стоматологического здоровья населения Республики Дагестан авторы Э.А. Курбанова (2006), Р.С. Гаджиев, Д.М. Булгакова (2003) пришли к заключению, что качество стоматологической помощи больше зависит от профессиональной подготовки врачей-стоматологов, рационального использования рабочего времени и эффективности контроля качества работы, чем от количества врачей-стоматологов.

В Северной Осетии исследования в стоматологии преимущественно были направлены на группу детского возраста, что, несомненно, оправдано с точки зрения профилактики, но недостаточно для разработки комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний в данном регионе (Алимский А.В., 2005).

Таким образом, эпидемическая обстановка по заболеваниям зубочелюстной системы на Северном Кавказе, и в республике Северная Осетия в

частности, на сегодняшний день остается не до конца изученной. Также представляется не изученным влияние социально-экономических факторов в данном регионе, без принятия во внимание которых невозможно построение рациональной стоматологической помощи. С понятием социально-экономического фактора тесно связан феномен качества жизни.

Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, исследуется с помощью специализированных опросников, которые заполняются врачом или пациентом. Вопросы анкеты касаются нескольких больших групп, таких, как самочувствие пациента, его способности полноценно питаться, общаться с другими людьми, выполнять социальные функции (Гуревич К.Г., Фабрикант К.Г., 2004). Наиболее часто используемый опросник качества жизни в стоматологии — ОНП-14 (Slade G.D., 1995), удобный тем, что содержит небольшое количество вопросов (14), при этом его результаты воспроизводимы (Slade G.D., 1997).

Работ по исследованию влияния стоматологического статуса на качество жизни немного. В основном такие исследования проводились за рубежом. При этом не наблюдается воспроизводимости данных, полученных в разных странах, что может быть связано с различными причинами.

В настоящее время нет работ, посвященных исследованию качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня стоматологического здоровья в РСО-Алания, что обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель исследования

Цель исследования — оценка влияния стоматологического статуса на качество жизни пожилого населения РСО-Алания и определение наиболее значимых предикторов функционального, социального и психического благополучия в данной возрастной группе.

Задачи исследования

1. В группе женщин в возрасте от 56 до 90 лет, а также мужчин в возрасте 61–90 лет провести стоматологическое обследование с занесением данных в ИРК (выборка 200 человек).

2. Оценить уровень оказания и потребности в лечебно-профилактической помощи.

3. Провести анкетирование обследованных (до и после лечения) с помощью опросника ОНР-14.

4. Исследовать параметры качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, и показатель в целом до и после стоматологического лечения у группы пациентов.

5. Выявить статистически значимые факторы, изменяющие качество жизни после проведенного стоматологического лечения.

Новизна исследования

На основе комплексного клинико-социального исследования получены новые данные о стоматологическом здоровье пожилого населения РСО-Алания, его связи с качеством жизни. Обоснована необходимость профилактики стоматологических заболеваний в данной возрастной группе.

Практическая значимость

Проведение обследования стоматологического здоровья групп старшего возраста с выявлением групп риска позволит более рационально расходовать средства при организации лечебных мероприятий и планировании профилактики в стоматологии. Оценка влияния стоматологического лечения на качество жизни лиц старшего возраста позволяет оптимизировать тактику лечения с акцентированием внимания на аспектах, играющих наибольшую роль в дальнейшей удовлетворенности лечением (основанной на возросшем качестве жизни), а значит, в том числе сократить расходы на лечение в данной

возрастной группе.

Апробация материалов диссертации

Апробация диссертации состоялась 28.06.2013 г. на межкафедральном совещании кафедр пропедевтики стоматологических заболеваний с курсом стоматологии ФПДО, ортопедической и терапевтической стоматологии, хирургической стоматологии и стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в клиническую работу стоматологической клиники ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 научных работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Личное участие автора

Автором лично проведено обследование и лечение 200 пациентов пожилого возраста, а также проводился лонгитюдный анализ полости рта и качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем у пациентов, вошедших в диссертационное исследование.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 100 страницах, иллюстрирована 20 таблицами и 4 рисунками и состоит из введения, 6 глав: обзора литературы, материалов и методов исследований, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Иллюстративный материал представлен 4 рисунками и 20 таблицами. Указатель литературы содержит 161 источников, из них 108 отечественных и 53 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1

Обзор литературы

1.1. Проблема пенсионного возраста в России и в мире

В настоящее время в мире, в том числе и в России, наблюдается интенсивное старение населения (Franken R.A. et al. 2002; Черний Ю.В., 2004; Збарская И.А. 2004; Chauhan M.S. et al., 2001; Dalrymple-Hay M.J. et al., 1999).

По данным Росстата, на конец 2007 г. в РФ насчитывалось 20,6% лиц старше трудоспособного возраста. Численность пенсионеров в РФ, приходящихся на 1000 человек, неуклонно растет: в 1995 г. на 1000 человек населения приходилось 250,5 пенсионеров; в 2000 г. — 262,5; в 2005 г. — 268,4; в 2006 г. — 269,5. А к 2016 г., согласно четвертому ежегодному демографическому докладу института народно-хозяйственного прогнозирования РАН, следует ожидать увеличения этой категории населения до 24,8%. По количеству пенсионеров Россия уже несколько лет считается одной из самых «старых» стран мира (Пузин С.Н. и др., 2003; Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 г. Госкомстат России. — М., 2003). В 2000 г. количество пожилых в нашей стране превысило 30 млн человек. Из них 16,5 млн человек — инвалиды и участники ВОВ (Черний Ю.В., 2004, с. 30).

Известно, что на фоне социально-экономического кризиса последних десятилетий в РФ наблюдается ухудшение показателей здоровья населения.

При этом наиболее уязвимой группой оказались пенсионеры и инвалиды (Романенко В.А. и др., 2000; Величковский Б.Т., 2006; Шкарин В.В., 2006; Максимова Т.М., 2003). На фоне роста численности лиц пожилого и старческого возраста отечественные авторы прогнозировали в 2000 г. существенное увеличение расходов на здравоохранение и социальное обеспечение и связанное с этим увеличение значимости геронтологической политики для государства (Гогоридзе К.Н., 2000; Лисицын Ю.П., 2002; Денисов И.Н., 2000).

Современные исследователи определяют старость как социальное явление и выделяют несколько ее видов (Альперович В.Д., 1997–1999): *хронологическую* (детерминирующим фактором служит количество прожитых лет) (Яцемирская Р.С., 1999; Альперович В.Д., 1997), *физиологическую* (совокупность соматических отклонений организма) (Peap W., 1986, Альперович В.Д., 1999), *психологическую* (осознание индивидом себя старым) (Альперович В.Д., 1998). Также в отечественной литературе встречается понятие «социальная старость» — как динамическое взаимодействие всех перечисленных выше видов (Альперович В.Д., 1997).

Старение создает основу для неизбежного развития болезней, оно может перерасти в болезни, может суммироваться с болезнью и может облегчить ее развитие (Галискарова Э.С., 2007).

В структуре заболеваемости первое место занимают болезни системы кровообращения (36,4%); второе — болезни органов дыхания (19,7%); третье — заболевания нервной системы и органов чувств (16,4%); четвертое — болезни костно-мышечной системы (9,6%). Рак, диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемия сердца и мозга — основные причины смерти в пожилом и старческом возрасте (Агафонова Т.А., 1996; van Rossum C.T.M. et al., 2000; Hanson L., 1996; Kannel W., 2002.; Ross, 1999).

От 15 до 25% пожилых в США страдают различными формами ментальных расстройств. В 25,6% случаев выявлены неврозы, у 19,8% — депрессии. Последние у пожилых женщин диагностируются в 2 раза чаще, чем у мужчин. Суицидальное чувство также более характерно для пожилых женщин, оно ассоциируется с психиатрическими симптомами, социальной изоляцией, хроническими заболеваниями и тяжелыми жизненными ситуациями (Jorm A.F. et cet., 1995; Phoenix E. et al., 1997; Estes C.L. et al., 1993; Shim D.-W., 1998; Gallahan D. et al., 1995).

Отмечается выраженная связь случаев падений с возрастом. Повреждения от падений — одна из важнейших причин нарушения активности и смертности в популяции пожилых людей. Частота переломов у пожилых женщин достигает 25%, у мужчин — 13% (Parker M.J. et al., 1995).

Для улучшения качества жизни пожилых большое значение имеет сохранение зрения и слуха, так как сенсорные нарушения у людей старше 65 лет увеличиваются пропорционально возрасту и отрицательным образом влияют на участие индивида в обществе (Appollonio I., 1995; Maggi S. et al., 1996; Surgess I. et al., 1994; Diggory P. et al., 1997).

В нашей стране изучение структуры общей заболеваемости пенсионеров на примере населения г. Кемерово (Рытенкова О.Л., 2006) в 1998–2000 гг. показало, что первое место занимали болезни системы кровообращения ($39,5 \pm 0,04\%$), на втором месте находились болезни органов пищеварения ($11,0 \pm 0,06\%$), далее следовали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани ($10,8 \pm 0,06\%$), заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ ($9,7 \pm 0,06\%$), болезни органов дыхания ($7,0 \pm 0,12\%$). На долю перечисленных выше видов патологии приходилось около 80% ($78,8\%$).

Анализ положения пожилых в России по социально-экономическим и демографическим показателям позволяет выделить у данного контингента три основных блока проблем: неудовлетворенность состоянием здоровья; малообеспеченность и одиночество (Жумальдиева Г.С., 2007).

1.2. Стоматологическая заболеваемость и возраст

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), потребность населения в ортопедической стоматологической помощи составляет 60–93,8% от количества обследованных пациентов (Варес Э.Я., 1983; Карцев Г.А., 2000; Любенко О.Г., 1981; Милекевич В.Ю., Колос Г.А. и др., 1970; Семенюк В.М., Яковлев К.К., Стафеев А.А., 1996; Сергичева Н.В., 1966; Усманова Р.С., 1977).

Многие авторы изучали распространенность частичного отсутствия зубов в возрастном аспекте и обнаружили явные отличия в частоте встречаемости в зависимости от возраста. Так, А.А. Агаджанян (1999) отмечает довольно высокий удельный вес зубов, подлежащих удалению из-за

осложнений кариеса (4,4%), и указывает на возрастные различия в обращении взрослого населения за стоматологической помощью. Наименьшее число среди обратившихся составили лица в возрасте 16–19 лет (7%), а наибольшее — в возрасте 30–39 лет (23,3%) и 40–49 лет (21,9%) (Агаджанян А.А. и др., 1999).

Изучение стоматологического статуса у людей преклонного возраста показало высокую распространенность обширных дефектов зубных рядов и полного отсутствия зубов, также отмечались неудовлетворительное состояние сохранившихся зубов и атрофия альвеолярных отростков (Алимский А.В., Белецкий Г.В., Карцев А.А., 2004; Варламов П.Г., 2001; Безруков В.М., Алимский А.В., 2003; Ольховская Е.Б., 1997; Пак А.Н., 1990; Тимачева Т.Б., 1994; Петров А.Ф., 1971; Beck J.D., 1984).

По данным Е.Б. Ольховской (1997), у жителей Тверской области к 65–74 годам в среднем остается по 13,2 зуба.

У населения пенсионного возраста Чеченской республики, по данным М.С. Гадаева (2003), дефекты зубных рядов, обусловленные утратой зубов, регистрировались в 100% случаев: утрата 1–3 зубов встречалась у $1,97 \pm 0,54\%$ пенсионеров. Отсутствие 4–5 зубов зафиксировано у $8,03 \pm 1,06\%$ данного контингента. Утрата 7–9 зубов зарегистрирована у $15,0 \pm 1,56\%$ обследованных, отсутствие 10–19 зубов выявлено у $20,00 \pm 1,56\%$ пенсионеров. У $30,00 \pm 1,78\%$ лиц данного возраста утрачено от 20 до 31 зуба, полное отсутствие зубов диагностировано у $25,00 \pm 1,68\%$ пенсионеров.

Такой же результат дало эпидемиологическое обследование 1500 человек в возрасте от 55 до 84 лет, проведенное И.И. Козыревой с соавт. (1998), в этом возрастном контингенте частичное отсутствие зубов встречается в 60,54% и полное отсутствие зубов — в 39,46%, т.е. в общей сложности отсутствием зубов страдают 100% пожилых людей. Борисова Е.Н. (2002) проанализировала уменьшение количества зубов по возрастным группам: пациенты 60–69 лет в среднем имеют 15,5 зубов, 70–79 лет — 13,1 зуба, а в возрасте 80 лет и старше среднее число зубов сокращается до 7,8.

По результатам стоматологического обследования жителей города Иркутска, при отсутствии зубов в разных возрастных группах прослеживается тенденция нарастания и утяжеления приобретенных осложнений с возрастом. Так, в возрастной группе 15–19 лет этот показатель составляет 27,27%, а к 30 годам он увеличивается в 2 раза. Максимальной величины (90,4–93,8%) частота встречаемости осложнений достигает в возрастной группе 45–60 лет, затем их число снижается до 70% у лиц старше 60 лет. Автор объясняет это увеличением количества людей с полным отсутствием зубов (Кицул И.С., 2002).

Среди жителей г. Уренгой Тюменской области частичной вторичной адентией в возрасте 20–29 лет страдают 15,4% населения, в возрасте 30–40 лет — 22,5%; в возрасте 40–49 лет — 41,2% (Онгоев П.А., 2000).

Необходимость ортопедической стоматологической помощи, как правило, обусловлена утратой постоянных зубов, что стало частым явлением во всех возрастных группах населения. Так, анализ структуры индекса КПУ у пациентов, обратившихся в ЦНИИС в IV квартале 2003 г., показал, что количество зубов, подлежащих удалению, составляет 3,3% в среднем во всех возрастных группах, а количество уже удаленных зубов в среднем равно 60,7% (Redford M., Drury T.F., Kinaman A., Brown U., 1988–1991).

Частичное отсутствие зубов — наиболее частая причина обращения пациентов за ортопедической помощью. В Российской Федерации указанная патология составляет от 40 до 75% случаев обращения в лечебно-профилактические учреждения стоматологического профиля и встречается во всех возрастных группах пациентов (Сирак С.В., 2003; Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К., 1985).

По данным М.И. Калинина (2004) и ряда других авторов, среди пациентов, первично обратившихся за стоматологической помощью, от 70,1 до 73,2% лиц имеют дефекты зубных рядов.

Наиболее часто наблюдаются включенные дефекты зубных рядов. М.Ф. Букаев (2005) отметил этот вид дефектов у 83,92% обследованных (852

человека), еще у 102 пациентов (11,97%) включенные дефекты сочетались с концевыми дефектами зубных рядов.

Большое количество людей разных возрастов, страдающих частичной вторичной адентией, обуславливают потребность в стоматологическом ортопедическом лечении. При частичном отсутствии зубов происходит перестройка жевательного аппарата, нарушается метаболизм, возникают функциональные изменения в жевательной мускулатуре, развиваются зубочелюстные деформации (Гаврилов Е.И., 1984; Коваленко А.Ф., Варавва Г.М., 1999; Пономарева В.А., 1974; Щербаков А.С., 1987).

У 61,5% пациентов выявляются вторичные деформации зубочелюстной системы, распространенность патологии твердых тканей сохранившихся зубов составляет 85%, патологические изменения в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) наблюдались у 78% пациентов (Кирсанова С.В., 2008; Баданин В.В., 2000).

По данным ряда авторов, потребность населения в ортопедической стоматологической помощи стремительно растет в возрасте старше 40 лет и достигает 60–80% (Атдаев Т.А., Танрыкулиев Н.Т., 1989; Брус Я.Н., Олесова В.Н., Уйта В.В., 2005; Кузнецов В.И., Лехтман А.И., 1966; Тимачева Т.Б., 1996).

Таким образом, авторы отмечают увеличение как распространенности частичного отсутствия зубов, так и частоты встречаемости связанных с этой патологией осложнений в каждой последующей возрастной группе пациентов.

1.3. Нуждаемость населения в стоматологической ортопедической помощи в зависимости от возраста

В РФ и ряд стран западной Европы в ортопедической стоматологической помощи, по данным эпидемиологических исследований, нуждается от 60 – до 93,8% населения (Карцев Г.А., 2000).

А.К. Курьянов (1979) при обследовании жителей г. Ставрополя определил, что 64,9% из числа осмотренных нуждаются в стоматологической ортопедической помощи.

С этим результатом согласуются данные, полученные А.А. Почтаревым (1966) при осмотре рабочих и служащих в возрасте от 16 до 67 лет: 61,8% из них имеют дефекты зубных рядов и нуждаются в стоматологической ортопедической помощи.

Иные результаты получила Г.М. Бочарова (1970): 49,6% осмотренных рабочих страдают частичной вторичной адентией и нуждаются в замещении дефектов зубных рядов.

Еще большую нуждаемость выявили другие авторы, и они установили, что из 1200 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше нуждались в стоматологическом ортопедическом лечении 79,5%, при этом среди остальных пациентов 9,5% уже имели зубные протезы. Иначе говоря, не нуждались в протезировании всего 11% пациентов (Алимский А.В., Филиппова Т.В., 1980).

О.Г. Любенко (1981) при обследовании 2041 работника сельского хозяйства выявил нуждаемость в ортопедическом лечении в 72,4% случаев. Ряд исследований указывают на потребность в ортопедическом лечении выше 80% (Рожко Н.В., 1989).

Сходные данные получил И.И. Тульбович (1968) при обследовании рабочих в возрасте от 19 до 59 лет, не связанных с вредными условиями труда, — 80,2% обследованных имели дефекты зубных рядов.

Так, в одном из исследований было установлено, что стоматологическое ортопедическое лечение требовалось в среднем 690,8 пациентам на 1000 обследованных, еще $13,4 \pm 0,7\%$ обследованных нуждались, но никогда не обращались за ортопедической помощью, т.е. в общей сложности в данном исследовании потребность в протезировании определена в 82,4%. При этом количество пациентов, которым необходимо изготовление одиночных

коронки, составили 380 на 1000 обследованных, мостовидных протезов — 537,5 на 1000 обследованных, а частичных съемных протезов — 250,3 человека на 1000 обследованных (Калининская А.А., Сорокин В.Н., Трифонов В.В., 2006).

О.Р. Курбанов (2002), опубликовавший результаты своего обследования 2596 человек в возрасте от 12 до 60 лет и старше, через 37 лет после Г.В. Базияна, получил несравненно более значительные показатели нуждаемости в различных видах зубного протезирования: 810 протезов на 1000 населения в возрасте 12–19 лет и 360 протезов в возрастной группе 50–59 лет.

При исследовании лиц с частичной вторичной адентией в пяти городах выявили, что в возрасте 16–19 лет потребность в ортопедическом лечении составляет от 14 до 28%, в группе 20–29 лет — от 29 до 49%, в возрасте 30–39 лет — от 52 до 74%, в группе 40–49 лет — от 65 до 80%, в интервале 50–59 лет — от 80 до 93%, а в возрасте 60 лет и старше — от 90 до 98% (Базиян Г.В., Новгородцев Г.А., Базиян Г.В., 1965).

Исследователи отмечают довольно высокую долю — более 13% населения, нуждающегося в протезировании, но не обращающихся за стоматологической ортопедической помощью. Авторы отмечают такие причины несвоевременного обращения населения за стоматологическим ортопедическим лечением, как пассивное отношение к здоровью зубов, страх перед стоматологическим вмешательством, материальные затруднения (Гооге А.А., 2002; Карцев Г.А., 2000).

Потребность в несъемном протезировании среди обратившихся за стоматологической помощью пациентов составляет 78,2% (Гущина С.А., 1970).

В возрастной группе 20–29 лет в мостовидных протезах нуждается 96,1% обратившихся за помощью, в возрасте от 30 до 39 лет — 95,6%, в возрастном интервале от 40 до 49 лет — 81,7%, в группе от 50 до 59 лет — 54,9%, в группе 60 лет и старше — 19,5% пациентов, имеющих дефекты зубных рядов, нуждаются в мостовидных протезах (Базиян Г.В., 1965).

В.А. Лабунец (1998) отмечает раннюю потребность в изготовлении несъемных конструкций: в 15-летнем возрасте до 17,5%, в возрасте 35–44 лет — 85,4%. В возрастной группе 65–71 год потребность в изготовлении одиночных коронок составляет 89,5%.

Карцев А.А. (2006) отмечает, что в ЦНИИС наиболее часто за стоматологической ортопедической помощью обращаются лица в возрасте 40–49 лет (29,6%). Пациенты в возрасте 20–29 лет наблюдались в 22,2%; в 30–39 лет — в 23,6% случаев. Значительно реже обращаются лица более старших возрастных групп: 50–59 лет — 13,6% , 60 лет и старше — 11,4%.

По данным В.В. Маргвелашвили (1991) и О.Р. Курбанова (1991), потребность в стоматологической ортопедической помощи составила от 49,6 до 69,5%. При этом в возрастной группе от 20 до 35 лет в изготовлении несъемных конструкций зубных протезов нуждались от 53,8 до 100% обследованных пациентов.

В.М. Семенюк, И.И. Яковлев и А.А. Стахеев (1995) при обследовании пациентов различных возрастных групп определили общую нуждаемость в зубном протезировании у 45,6%. К 30–39 годам количество пациентов с дефектами зубных рядов 3-го класса по Кеннеди достигает 70,8%. У молодых людей до 20 лет нуждаемость в стоматологической ортопедической помощи составляет 27,1%.

При исследовании стоматологического статуса пожилых людей, проживающих в районах Севера, установлено, что среди обследованных 66,3% имели протезы различных конструкций, из них: 33,7% — коронки, 16,3% — мостовидные протезы. Нуждалось в протезировании 81,6% пожилых людей (Юшманова Т.Н., Образцов О.Л., Суханов С.А., 1998).

По данным многих авторов, потребность в ортопедической стоматологической помощи у лиц старше 60 лет возрастает до 90–98% (Агаджанян А.А. и др., 1999; Адмакин О.И., 1999; Збарж Я.М., Белявский М.И., Кукер Б.Г., 1987; Копейкин В.Н., 1998; Семенюк В.М., Гуц А.К., Калютина Т.Н., 1996; Щербаков А.С., 1987).

Клинические исследования, выполненные рядом авторов, показали, что от 40 до 70% пациентов, пользовавшихся несъемными зубными протезами, изготовленными в различные сроки, нуждаются в повторном протезировании (Алимский А.В., Лемберг И.А., 2008; Атдаев Т.А., Танрыкулиев Н.Т., 1989; Сируянц И.В., 1999; Соловьев М.М., Григорьев В.А., Клячкина М.М., 1987).

Таким образом, в многочисленных исследованиях установлена высокая потребность в стоматологическом ортопедическом лечении пациентов разных возрастных групп, причем в старших возрастных группах нуждаемость в протезировании выше.

1.4. Социально-экономические факторы в группе пожилого и старческого возраста

Здоровье индивида напрямую зависит от социально-экономических условий его пребывания, и у людей с низким уровнем жизни здоровье значительно хуже (Beckman A. et al., 2006).

Анализ положения пожилых людей в России по социально-экономическим и демографическим показателям позволяет выделить у данного контингента три основных блока проблем: неудовлетворенность состоянием здоровья; малообеспеченность и одиночество (Жумальдиева Г.С., 2007).

Процесс старения общества связан с ухудшением состояния здоровья людей. По материалам ООН, 80–86% лиц старшего возраста имеют хронические заболевания, снижающие физическую и социальную активность. Заболеваемость пожилых людей отличается наличием множественных хронических заболеваний. В зарубежной литературе большое количество работ посвящено сочетанной патологии среди пожилых людей (Kessler R.C. et al., 1999; Flint A.J., 1994; Grant B.F. et al., 2005). Пожилой человек в среднем имеет 4 диагноза. С возрастом идет активный процесс накопления хронической патологии. Практически здоровыми признаются только 22% пожилых

людей. Остальные страдают различными заболеваниями, в том числе 34% имеют тяжелые нарушения функций органов. У пожилых людей уровень заболеваемости в 2 раза, а в старческом возрасте в 6 раз выше, чем у лиц трудоспособного возраста (Stompler A.P., 1998; О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ. 2001; Бурков С.Г., 1996; Введенская Е.С. и др., 1998; Злобин А., 2003; Akin-Nergiz N. et al., 1997).

Главными факторами риска, оказывающими крайне негативное влияние на естественный процесс старения россиян, в настоящее время признаются социально-экономические условия и качество жизни (Щепин О.П., 2001).

Пожилые россияне в наибольшей степени испытывают снижение уровня жизни, вызванное переходом к рыночным отношениям. Удовлетворенность материальным положением с возрастом снижается. Преобладающее большинство людей старше трудоспособного возраста оценивают свое материальное положение как неудовлетворительное, неустойчивое и ненадежное. Отмечено заметное снижение уровня жизни в 1990-е годы (Максимова С.Г., 2001; Бондаренко И.Н., Лазарева В.С., 1998).

Смертность от «болезней номер один» (сердечно-сосудистые заболевания) в 1990-е годы увеличилась из-за стрессового состояния людей. Настроению в обществе в последние десятилетия соответствует пессимизм. Особенно он проявился у людей пожилого возраста. Так, на плохое настроение указывали около 70% опрошенных пенсионеров (Козлова, 1999).

Стоматологическое здоровье людей пожилого возраста также характеризуется рядом факторов риска, которые напрямую зависят от особенностей питания, общего состояния, ослабления иммунной системы (Shah N., Sundaram K.R., 2004).

1.5. Современные представления о качестве жизни

Качество жизни пожилого человека — это интегральный показатель, отражающий не только выраженность возрастных изменений организма и проявлений тяжелых заболеваний, но и его функциональное, психическое и финансовое состояние, позволяющее вести независимую социальную и экономическую жизнь; степень удовлетворения основных физиологических, духовных и культурных потребностей; наличие благоприятных семейных и жилищных условий; ощущение комфорта; удовлетворенность общением, состоянием своего здоровья, медико-социальной помощью; сохранение интереса к жизни вообще (Галискарова Э.С., 2007).

По данным ВЦИОМа за 1997 г., наиболее низка удовлетворенность пенсионеров материальным обеспечением их семей (этот показатель снизился больше других за 1990-е годы): только 1,2% из них были «вполне удовлетворены» материальным обеспечением своей семьи и 8,7% — «скорее удовлетворены».

Как и следовало ожидать, ВЦИОМом были получены низкие оценки удовлетворенности пенсионеров своим здоровьем. В определенной степени это понятно. С возрастом здоровье ухудшается. Однако среди пенсионеров 46,7% (почти половина) «совсем не удовлетворены» состоянием своего здоровья (ВЦИОМ, 1997).

При изучении здоровья населения нередко используется такой показатель, как самооценка здоровья. Эта самооценка (субъективная) часто (70–80%) совпадает с объективной — это данные медицинских карт. Поэтому самооценка здоровья человека может выступать в качестве показателя его психического и физического состояния (Журавлева И.В., Коган В.З., 1998).

При сопоставлении результатов самооценки здоровья с объективными данными выявлено, что состояние здоровья мужчин старше 60 лет хуже, чем здоровье женщин. Хорошее здоровье отмечено у 20% мужчин и у 24% жен-

щин в группе старше 60 лет (по самооценке соответственно 16,7 и 18,2%); плохое и очень плохое здоровье было у 38,0% пожилых людей (по самооценке 26,3 у мужчин и 19,8% у женщин). По данным других источников, 2/3 пенсионеров оценивают свое здоровье как неудовлетворительное. На 1992 г. у людей старшего возраста приходился пик неудовлетворенности своим здоровьем (до 70% опрошенных). Удовлетворенность здоровьем у пожилых людей в РФ ниже, чем у их сверстников в развитых странах. Пожилые люди со средним и плохим здоровьем в наименьшей степени удовлетворены жизнью и чаще испытывают социальную изоляцию. В целом удовлетворенность или неудовлетворенность пожилых людей своим здоровьем тесно связана с удовлетворенностью или неудовлетворенностью жизнью вообще (Луговой В.Е., 2002; Галискарова Э.С., 2007).

Уровень заболеваемости лиц пенсионного возраста по материалам комплексных осмотров более чем в 2 раза выше, чем по данным обращаемости. (Шигабутдинова Ф.Г., 1992; Токарева Л.П., 1979; Денисов И.Н., Резе А.Г., 2000; Черкасская Е.А. и др., 1992). Такое снижение медицинской активности авторы считают следствием ряда причин: пассивным отношением к собственному здоровью, ограничением подвижности, отсутствием госпитальных учреждений гериатрического профиля (Чеботарев Д.Ф., 1980), а необходимость самостоятельно платить за медицинские услуги выделяют как самую большую угрозу экономической безопасности пожилых (Keister K.J., Vlixen C.E., 1998).

1.6. Качество жизни и стоматологическое здоровье

Тема изучения качества жизни стоматологических больных особенно хорошо разработана, в силу очевидных причин, на ортодонтических пациентах.

Так, множество исследований посвящено влиянию ортодонтического лечения на качество жизни пациентов. В исследовании 1675 респондентов из

Бразилии были учтены объективно измеренное изменение прикуса и индекс нуждаемости в ортодонтическом лечении (IOTN — Index of Orthodontic Treatment Need) (de Oliveira C.M., Sheiham A., 2004). Пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение, сообщали о лучшем состоянии ротовой полости, чем те, кто в это время находился в процессе лечения (в 1,85 раз), а также чем те, кому никогда не проводили ортодонтическое лечение (1,43 раза). Значительная разница наблюдалась также в социально-эмоциональном аспекте (улыбка, смех, демонстрация зубов без смущения).

Люди с высоким индексом нуждаемости IOTN сообщали о большем (в 2,65 раза) влиянии лечения на качество жизни, чем те, у кого индекс нуждаемости в ортодонтической помощи был ниже. Люди с идеальным и нормальным прикусом сообщали о лучшем качестве жизни, относящемся к здоровью ротовой полости, чем респонденты с тем или иным изменением прикуса (Johal A. et al., 2007). При этом не была найдена зависимость от типа изменения прикуса (Johal A. et al., 2007; O'Brien C.H., 2005).

Заслуживает внимания то, что величины измерения качества жизни (зависимого от состояния ротовой полости), относящиеся к эмоциональной и социальной удовлетворенности, отличаются у пациентов с изменением прикуса и с нормальным состоянием полости рта, а те параметры, которые относятся к ограничению физиологических функций и с наличием специфических симптомов, — нет (Rodd H.D. et al., 2007).

Аналогичные исследования с помощью специально разработанных опросников проводились и другими учеными (Slade G.D., Spencer A.J., 1994; Slade G.D., 1997; Oliveira B.H., Nadanovsky P., 2005; Wong M.C.M. et al., 2001).

Ученые из Новой Зеландии проводили исследование 430 человек с различной степенью нарушения прикуса, используя специальные опросники. В ходе исследования у групп с наибольшей степенью деформации выявлено значительное снижение показателей качества жизни, относящихся к соци-

альной адаптации (опасения быть другим, нежелание улыбаться) (Foster Page L.A. et al., 2005).

Исследование молодых людей, прошедших и не прошедших ортодонтическое лечение во Флориде, также показало, что у пациентов с лучшей окклюзией определение качества жизни по параметрам, относящимся к самовосприятию, превышает аналогичные у более пораженных групп, тогда как по функциональным (жевание) показателям превышает аналогичные в меньшей степени (эта тенденция более выражена у людей из нелеченых групп (Dolce C. et al., 2005).

Красота лица и зубов представляет огромный пласт в определении качества жизни ортодонтических пациентов. Предыдущие исследования показывают, что эстетический компонент и социальное приятие — основной мотив обращения к ортодонтам, а также рассматриваются как основной результат лечения (Hunt O. et al., 2001).

Исследования показывают, что физическая привлекательность — важный компонент, определяющий социальное преуспевание (Thompson L. et al., 2004; Van der Geld P. et al., 2007).

Учитывая навязываемую СМИ доминанту красоты и привлекательности, неудивительно, что население находится под давлением этого стереотипа (Klages U. et al, 2007; Mattic C.R. et al, 2004).

Исследовав более 6 тыс. 14-летних детей с помощью специально разработанных опросников, обнаружили, что объективная необходимость в ортодонтической помощи среди малоимущих детей была выше, чем среди обеспеченных. Тем не менее дети, которые высказывали желание получить такую помощь, не обязательно в ней нуждались и наоборот. Таким образом, социально-экономический статус прямо влияет на нуждаемость, а также на субъективное ощущение необходимости ортодонтического лечения. Несоответ-

ствие между нуждаемостью и желанием получить лечение, по мнению авторов, и есть одна из проблем врачей-ортодонт (Tickle M., Kay E.J., Bearn D., 1999).

Улучшение функционирования жевательного аппарата не является главным мотивом для большинства пациентов, получающих ортодонтическую помощь. К многообразным социальным факторам относятся субъективная потребность иметь приемлемую внешность, а также внимание к этому вопросу со стороны окружающих. С древних времен человеческие зубы подвергались деформациям для достижения соответствующего положения в обществе. Расчленение и даже удаление зубов для удовлетворения культурных норм первобытного общества могут показаться варварским для современного общества. Тем не менее эту же тенденцию, но уже в рамках других эстетических норм, можно проследить и в современном обществе.

С социологической точки зрения необходимость и желание членов общества иметь соответствующее современным социально-культурным стандартам тело не является ни прихотью, ни роскошью. Если зубы ребенка от природы не удовлетворяют эстетическим нормам, со стороны родителей ортодонтическое лечение — единственный адекватный ответ сложившимся социально-культурным ожиданиям.

К другим социальным факторам, влияющим на потребность и нуждаемость в ортодонтической помощи, относятся социально-экономический фактор, желание людей повысить способность к коммуникации, изменение отношения общества к стоматологическим кабинетам и тенденция к устранению финансовых барьеров.

Известно, что единственным экономически эффективным и устойчивым подходом к осуществлению контроля над хроническими заболеваниями в системе общественного здравоохранения является участие населения в профилактических мероприятиях.

К основным принципам организации профилактической помощи населению в первичном звене здравоохранения следует отнести повышение информированности населения о факторах, влияющих на здоровье, об управляемых факторах риска (ФР) и путях их коррекции, повышение уровня профессиональных знаний, умений и навыков по укреплению здоровья и профилактике заболеваний медицинских работников (Staten L.K. et al., 2004), расширение межсекторального сотрудничества между ведомствами и структурами, имеющими отношение к формированию здоровья (образование, культура, средства массовой информации, социальная служба, оздоровительные учреждения и пр.) (Mittelmark M.B. et al., 1993).

Заключение

В эпоху интенсивного старения населения Земли большое внимание уделяется медико-социальному состоянию группы пожилых людей и процессу старения в целом. Для России процесс роста населения старших возрастных групп имеет особое значение на фоне социально-экономической нестабильности последних десятилетий. Для современной российской действительности характерно наличие большого количества социальных групп, наиболее уязвимых ввиду особенностей их структуры и внутренней политики по отношению к ним. Очевидным, по мнению многих авторов, является то, что пенсионеры, учитывая профессиональные риски и факт принадлежности к группе пожилых, нуждаются в особом внимании со стороны государства, включая медико-социальные и экономические аспекты.

К сожалению, в нашей стране не проводились масштабные комплексные исследования состояния здоровья пенсионеров. Как, например, это делалось за рубежом. При этом изучение заболеваемости и смертности в США и других странах коалиции сопровождалось созданием централизованной электронной базы, исследованием новых нозологических форм и проблем прогнозирования и профилактики возникновения «военной» патологии.

В нашей стране, несмотря на унаследованную от СССР развитую область превентивной медицины, многие вопросы, в том числе медицинская реабилитация служащих, остаются нерешенными.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1. Характеристики обследуемой группы

В соответствии с целями работы для исследования было отобрано 200 человек пожилого возраста, посетивших стоматологический кабинет (табл. 1–3).

Исследование проводилось на базе СОГМА в 2010–2012 гг.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу

Пол	N (%)
Мужской	98 (49)
Женский	102 (51)

В группе обследованных 49% составляли мужчины и 51% — женщины.

Таблица 2. Распределение пациентов по возрасту

Возраст, годы	N (%)
55–64	114 (57)
65–74	86 (43)

Среди пациентов преобладали лица в возрасте 55–64 года — 57%.

Таблица 3. Уровень образования обследованного контингента

Уровень образования	N (%)
---------------------	-------

Среднее	95 (47,5)
Среднеспециальное	70 (35)
Высшее	35 (17,5)

Большую часть группы составляли пациенты со средним и среднеспециальным образованием (47,5 и 35% соответственно).

Таблица 4. Жалобы, предъявляемые при посещении врача-стоматолога

Жалобы	N (%)
Кариес	50 (25)
Патология пародонта	90 (45)
Отсутствие зубов, протезы	80 (40)
Травма	3 (1,5)
Эстетические проблемы	10 (5)

Среди причин обращения (табл. 4) преобладала патология пародонта (45%), на втором месте были проблемы, связанные с протезами либо отсутствием зубов (40%), кариозное поражение зубов оказалось на третьем месте (25%).

Нами проведен опрос пациентов на наличие и тип вредных привычек. Данные в табл. 5 демонстрируют преобладание курения (45%), на втором месте среди вредных привычек отмечено употребление алкоголя (25%), лишь 10% и курили, и употребляли алкоголь. У 33% обследованных вредные привычки отсутствовали.

Таблица 5. Вредные привычки у пациентов обследованной группы

Вредные привычки	N (%)
Отсутствуют	60 (33)
Курение	90 (45)
Прием алкоголя	50 (25)
Курение и прием алкоголя	20 (10)

2.2. Стоматологический осмотр

Клиническое обследование проводили в рекомендованной экспертами ВОЗ последовательности.

Регистрация стоматологического статуса отмечалась в индивидуальной карте обследованного «Карта для оценки стоматологического статуса» с использованием стандартных индексов ВОЗ, разработанных для отдельных возрастных групп.

Заполняемая карта аналогична карте, которая использовалась при разработке и реализации Российской программы изучения стоматологической заболеваемости населения России (Кузьмина Э.М., 1997).

При проведении эпидемиологического обследования определялись:

- распространенность и интенсивность кариеса зубов;
- распространенность заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта (СОПР);
- состояние височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС);
- зубочелюстные аномалии (ЗЧА).

На основании данных, полученных при обследовании населения, оценивались ортопедический статус и потребность в ортопедической стоматологической помощи.

Существенная составляющая проведенного эпидемиологического исследования — системный подход при оценке стоматологического статуса населения и определении стоматологической ортопедической помощи населению. В связи с этим обследование проводилось в строгой последовательности. Начинали с верхней челюсти, осматривая ее справа налево; при переходе на нижнюю челюсть осмотр проводили слева направо. Принадлежность зубов определялась в соответствии с международным обозначением зубов, по инструкции ВОЗ, в соответствии с которой зубной ряд делится на 4 сегмента. Постоянные зубы верхней челюсти с правой стороны относятся к первому сегменту; с левой стороны — ко второму сегменту; зубы нижней челюсти слева — к третьему, а справа — к четвертому. Индивидуальный номер зуба составлялся из номера сегмента и порядкового номера зуба.

2.2.1. Внеротовое обследование

При проведении внеротового обследования обращали внимание на общий вид кожных покровов (голова, шея, руки), околоротовую область (нос, щеки, подбородок), на состояние верхней и нижней губы, красной каймы губ, носогубных складок. Исследовали область височно-нижнечелюстного сустава и околоушной железы.

Регистрировали признаки поражения: изъязвления, раны, эрозии, трещины, увеличение лимфатических узлов, злокачественные новообразования, другие припухлости лица и челюстей.

При оценке ВНЧС отмечали симптомы патологических изменений, выявленные при опросе пациента (затрудненное открывание или закрывание рта; болезненность при открывании рта, щелканье, ограничение подвижности), а

также при объективном осмотре (щелканье, болезненность при пальпации, ограничение подвижности).

2.2.2. Внутриротовое обследование

Внутриротовое обследование заключалось в изучении состояния слизистой оболочки полости рта, выявлении патологии твердых тканей зубов (пятнистость/гипоплазия эмали, флюороз, кариес), определении пародонтального индекса CPI, исследовании ортопедического статуса и потребности в лечении, выявлении зубочелюстных аномалий.

2.2.2.1. Осмотр слизистой оболочки полости рта

Осмотр слизистой оболочки и мягких тканей полости рта проводился в следующей последовательности: слизистая оболочка губ, щек, переходной складки, десен, ретромолярной области, языка, дна полости рта, твердого и мягкого нёба с учетом состояния и локализации.

Использовались следующие коды и критерии.

Состояние	Локализация
0 — отсутствие признаков поражения	0 — красная кайма губ
1 — злокачественная опухоль	1 — переходная складка
2 — лейкоплакия	2 — губы
3 — красный плоский лишай	3 — ретромолярная область
4 — стоматит (афтозный, герпетический, травматический)	4 — слизистая оболочка щек
5 — острый некротический гингивит	5 — дно полости рта
6 — кандидомикоз	6 — язык
7 — абсцесс	7 — твердое и мягкое нёбо
8 — другие заболевания	8 — альвеолярный гребень/десна
9 — не регистрируется	9 — не регистрируется

2.2.2.2. Выявление пятнистости/гипоплазии эмали

Пятнистость/гипоплазию эмали регистрировали при осмотре щечных поверхностей 10 индексных зубов: 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 36, 46.

Учитывали наличие ограниченной пятнистости, диффузной пятнистости, гипоплазии (в виде щелей, ямок и желобков), сочетанного проявления ограниченной и диффузной пятнистости, ограниченной пятнистости и гипоплазии, диффузной пятнистости и гипоплазии.

При отсутствии перечисленных выше изменений регистрировали норму — код 0. При отсутствии зуба, разрушении коронки зуба кариесом или травмой, а также при наличии пломбы, занимающей более 2/3 исследуемой поверхности, использовали код 9. Остальные признаки имели номера кодов от 1 до 8.

2.2.2.3. Регистрация флюороза

Флюороз зубов устанавливали при наличии для данной патологии признаков, расположенных в области двух симметричных и наиболее пораженных зубов. При диагностике использовали международную классификацию Н.Т. Dean (1942).

Коды и критерии осмотра

0 — норма. Поверхность эмали гладкая, блестящая, бледного кремово-белого цвета.

1 — сомнительный. Легкие нарушения полупрозрачности нормальной эмали, варьирующие от нескольких белых точек до случайных белых пятен.

2 — очень слабый. Маленькие непрозрачные белые пятна, разбросанные хаотично по поверхности зуба, занимая менее 25% зубной поверхности.

3 — слабый. Участки с белыми пятнами более обширны, но занимают менее 50% поверхности зуба.

4 — средний. Затронуты все поверхности зубов, поверхности подвержены стиранию, часто встречаются коричневые пятна неправильной формы.

5 — тяжелый. Поражены все эмалевые поверхности, и деформация так выражена, что может измениться даже общая форма зуба. Самый главный признак этого кода — отдельные или сливающиеся дефекты.

6 — исключенный, например зубы под искусственной коронкой.

7 — не регистрируется.

Принимали во внимание содержание фторидов в питьевой воде, наряду с продолжительностью проживания пациента в регионе.

2.2.2.4. Оценка пародонтального статуса, потребность в лечении

Значения индекса СРІ отражают, насколько успешно стоматологические службы решают проблему поддержания и улучшения здоровья тканей пародонта. Кроме того, этот индекс позволяет определить распространенность и интенсивность признаков поражения пародонта (кровоточивость десен при зондировании, наличие над- и поддесневого зубного камня, пародонтальных карманов глубиной 4–5 мм, а также 6 мм и более (Кузьмина Э.М., 1997).

В связи с затруднением диагностики заболеваний пародонта в домашних условиях (часть эпидемиологических исследований проводилась нами на дому у пациентов) гингивит, пародонтит и пародонтоз были объединены в одну группу «заболевания пародонта». Оценку индекса СРІ проводили с помощью пуговчатого зонда. Определяли три индикатора пародонтального статуса — наличие или отсутствие: а) кровоточивости десен при зондировании; б) над- или поддесневого камня; в) пародонтальных карманов, подразделяемых на неглубокие (4–5 мм) и глубокие (6 мм и более).

Полость рта условно делили на секстанты, включающие следующие группы зубов: 18–14; 13–23; 24–28; 38–34; 33–43; 44–48. Секстант осматривали, если в нем присутствовали два зуба и более, не подлежащих удалению.

Осматривали 10 индексных зубов: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47.

Уровень интенсивности признаков поражения пародонта

Уровень интенсивности	Кровоточивость десен	Зубной камень
Низкая	0,0–0,5 секстантов	0,0–0,5 секстантов
Средняя	0,6–1,5 секстантов	0,6–2,5 секстантов
Высокая	>1,6 секстантов	>2,6 секстантов

2.2.2.5. Определение состояния твердых тканей постоянных зубов

При выявлении кариозного поражения твердых тканей зубов придерживались рекомендаций экспертов ВОЗ. Осмотр проводили на верхней челюсти справа налево, на нижней челюсти слева направо, в соответствии с международным обозначением зубов.

Зуб считался присутствующим, если какая-либо его часть видима.

Состояние коронок и корней постоянных зубов - кодировали арабскими цифрами.

Использовались следующие коды и критерии.

Критерий		
Постоянные		Название
коронка	корень	
1	2	3
0	0	Интактный
1	1	Кариес
2	2	Пломба с кариесом
3	3	Пломба без кариеса

4	-	Удаление в результате кариеса
5	-	Удаление по другим причинам
6	-	Силанты
7	7	Опорный зуб мостовидного протеза, коронка, винир, имплантат
8	8	Непрорезавшийся зуб
T	-	Травма
9	9	Не регистрируется

На основании полученных данных определяли интенсивность (индекс КПУ₃) и распространенность кариеса в ключевых возрастных группах, а также потребность в лечении кариозного поражения у взрослых.

Для оценки показателей заболеваемости использовали критерии ВОЗ (1989).

2.2.2.6. *Определение нуждаемости в протезировании*

Отмечались основные пункты ортопедического статуса: прикус, нет протезов, мостовидный протез, более одного мостовидного протеза, съемный протез при частичном отсутствии зубов, сочетание мостовидных и съемных протезов при частичном отсутствии зубов, съемный протез при полном отсутствии зубов.

Повышенное внимание уделяли состоянию зубных протезов, оценивая следующие признаки:

- 1) вид протеза (коронка, мостовидный протез, пластиночный, бюгельный);
- 2) протяженность протеза (число единиц);
- 3) материал, из которого изготовлен протез: драгоценные металлы (золото, серебряно-палладиевый сплав), нержавеющая сталь, кера-

мика, пластмасса, силиконовые, акриловые массы, сочетания различных материалов;

- 4) сроки протезирования;
- 5) дефекты протезов (поломки промежуточной части, степень изношенности, изменения цвета, нарушение облицовочного покрытия — скол, трещины, фрактура кламмера);
- б) структура опорно-удерживающего аппарата (атрофия костной ткани, обнажение шейки зуба);
- 7) состояние опорно-удерживающих зубов (подвижность зубов под воздействием чрезмерной нагрузки, возникновение болевых ощущений с локализацией болей под протезом);
- 8) нарушение функции протеза (поломка тела протеза, увеличение свободного межокклюзионного пространства).

Среди обследованных выделена группа, не нуждающаяся в ортопедической помощи, в которую вошли: а) лица, не имеющие дефектов зубных рядов; б) лица, обеспеченные годными зубными протезами.

К нуждающимся в ортопедической помощи отнесены лица, имеющие относительные и абсолютные противопоказания к протезированию (потеря жевательной эффективности от 25% и более).

Критериями оценки нуждаемости в ортопедической помощи в порядке ранжирования служили:

- наличие дефектов зубных рядов и отсутствие зубных протезов;
- наличие зубных протезов и необходимость дополнительного протезирования;
- необходимость замены пришедших в негодность имеющихся зубных протезов;

- соответствие имеющихся зубных протезов клиническим требованиям.

К некачественным зубным протезам при осмотрах были отнесены несъемные мостовидные протезы с дефектами коронок, с давлением промежуточной части мостовидного протеза на слизистую, со значительным обнажением шеек зубов под коронками.

Съемные протезы считались некачественными при неудовлетворительной фиксации, отсутствии окклюзионного контакта зубных рядов на значительном протяжении.

Таким образом, выявленные при обследовании лица с некачественными зубными протезами различных конструкций были отнесены к числу нуждающихся в протезировании.

2.2.2.7. Оценка уровня оказываемой стоматологической помощи

Уровень стоматологической помощи рассчитывали по формуле:

$$\text{УСП} = 100\% \left(\frac{K+A}{\text{КПУз}} \times 100 \right),$$

где К – среднее число нелеченных поражений, включая кариес пломбированного зуба;

А – среднее количество удаленных зубов, не восстановленных протезами.

КПУз – средняя интенсивность кариеса зубов обследованной группы населения;

Значение УСП оценивали, используя следующие критерии:

0-9% плохой;

10-49% недостаточный;

50-74% удовлетворительный;

75% и выше хороший.

2.2.2.8. Определение потребности в стоматологической ортопедической помощи

Методической основой для определения потребности населения в стоматологической ортопедической помощи стали исследования Г.В. Базияна (1965) и Г.В. Базияна, Г.А. Новгородцева (1968).

При определении потребности в стоматологической ортопедической помощи использовались следующие показатели:

- необходимое расчетное количество посещений для изготовления различных конструкций зубных протезов;

- общее количество лиц, нуждающихся в изготовлении одиночных коронок, мостовидных протезов, частичных и полных съемных протезов (на 1000 населения);

- число посещений для изготовления соответствующих конструкций (на 1000 населения);

- число посещений для лиц, нуждающихся в ортопедической профилактической помощи (на 1000 населения);

- число посещений по поводу замены ортопедических конструкций (на 1000 населения);

- число посещений по поводу починки съемных протезов (на 1000 населения).

Данные показатели позволяют определить суммарный объем потребности в ортопедической стоматологической помощи взрослому населению РСО-Алания.

2.3. Анкетирование исследуемой группы

2.3.1. Исследование качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем

Все испытуемые до начала лечения, а также после него прошли анкетирование с помощью наиболее часто используемого опросника ОНП-14, определяющего уровень качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

Анкета состоит из 3 блоков — проблемы при приеме пищи, проблемы при общении, проблемы в повседневной жизни.

Данный опросник удобен тем, что он содержит всего 14 вопросов, при этом получаемые результаты воспроизводимы (Slade G.D., 1997).

В таблице 6 приведены вопросы, задаваемые пациентам при анкетировании.

Таблица 6. Вопросы анкеты ОНП-14

1. Вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
2. Испытываете ли вы болевые ощущения в полости рта?
3. Вызывает ли у вас затруднение прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
4. Питаетесь ли вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
5. Приходится ли вам прерывать прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
6. Испытываете ли вы неудобства из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
7. Испытываете ли вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
8. Чувствуете ли вы себя стесненным при общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?
9. Ставят ли вас проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами в неловкое положение?

10. Приводят ли вас проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами к повышенной раздражительности при общении с людьми?

11. Испытываете ли вы затруднения в обычной работе из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

12. Мешают ли вам проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами отдыхать/расслабляться?

13. Становится ли ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

14. Приходится ли вам полностью «выпадать из жизни» из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

Пациенты заполняли опросник самостоятельно, согласно инструкции, данной исследователем. Каждому ответу в анкете присуждался соответствующий балл:

- «никогда» — 0;
- «редко» — 1;
- «иногда» — 2;
- «довольно часто» — 3;
- «очень часто» — 4 балла.

Следовательно, более высокие баллы соответствовали более низкому качеству жизни, связанному со стоматологическим здоровьем.

2.3.2. Методика оценки эффективности протезирования съёмными протезами

Также в целях определения функциональной пригодности изготовленных протезов использовалась анкета из 10 вопросов, разработанная М.Ю. Огородниковым (2004)

ФИО _____ Срок наблюдения _____

1. Сколько часов в сутки вы пользуетесь протезом?

- круглые сутки (1 балл)
- снимаю на ночь (0,5 балла)
- несколько часов в день (0 баллов)

2. Какую пищу вы можете пережевывать?

- практически любую (1 балл)
- только мягкую пищу (0,5 балла)
- только жидкую пищу (0 баллов)

3. Ощущаете ли вы боль при пользовании протезом?

- нет (1балл)
- иногда, при приеме пищи (0,5 балла)
- постоянно (0 баллов)

4. Вызывают ли протезы ощущение жжения во рту?

- нет (1балл)
- иногда (0 баллов)
- постоянно (0 баллов)

5. Отмечаете ли вы повышенное слюноотделение при пользовании протезом?

- нет (1 балл)
- только в первые дни пользования протезом (0,5 балла)
- постоянно (0 баллов)

6. Ощущаете ли вы какой-нибудь привкус от протезов?

– нет (1 балл)

– да (0 баллов)

7. Оцените текстуру наружной поверхности вашего протеза?

– гладкая (1 балл)

– шероховатая (0 баллов)

8. Оцените прилипаемость протеза к слизистой оболочке полости рта?

– хорошая (1 балл)

– плохая (0 баллов)

– удовлетворительная (0,5 балла)

9. Нравится ли вам внешний вид протезов?

– да (1 балл)

– нет (0 баллов)

10. Хотите ли вы заменить протезы на новые?

– да (0 баллов)

– нет (1 балл)

Оценка результатов анкетирования проводилась по 10-балльной шкале.

Данная анкета позволяла субъективно оценить функциональность установленных протезов. В опросе участвовали 200 пациентов исследуемой возрастной группы.

2.4. Статистический анализ данных

Для всех данных проверяли их распределения на нормальность с помощью критерия Шапиро–Уилка. В случае если $p > 0,05$, нулевая гипотеза о нормальности распределения не отвергалась, и данные представлялись в виде среднего \pm стандартное отклонение от среднего: Mean \pm Std.Dev. В случае, когда $p < 0,05$, нулевая гипотеза о нормальности распределения отвергалась, и данные представлялись в виде медианы, 25 и 75% квартилей: Me (25%; 75%).

Для оценки межгрупповых различий в выделенных группах по количественным показателям применяли критерий Краскела–Уоллиса. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При принятии гипотезы о наличии различий между группами дальнейший анализ проводили путем сравнения выборок попарно с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни. При этом оценка различий между выборками проводилась с применением поправки Бонферрони, и различия считались статистически значимыми при $p < p_0/n$, где p_0 — исходно заданный уровень статистической значимости, равный 0,05, n — количество парных сравнений.

Корреляционный анализ проводили с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена (R).

Для оценки достоверности данных по осложнениям нами использован критерий знаков Z, который применяется при оценке достоверности различия в связанных совокупностях. Z-критерий используется при анализе качественных признаков, которые затруднительно измерить числами, и которые не связаны между собой никакими арифметическими соотношениями, упорядочить их также нельзя, в отличие от количественных признаков (критерий Стьюдента). Z-критерий аналогичен критерию Стьюдента. Z-критерий позволяет также подсчитать, какая доля от общего числа объектов приходится на то или иное значение.

При сравнении долей, т.е. проверке нулевой гипотезы о равенстве долей, использовался критерий Z (разность выборочных долей, деленная на стандартную ошибку разности выборочных долей).

Для проверки значимости критерия Z проводили проверку нормальности распределения признака: при значениях $n \cdot p$ и $n \cdot (1 - p)$, которая должна быть больше 5, где p — выборочная доля, n — число наблюдений, S — стандартное отклонение выборки. Если хотя бы для одной выборки это условие не выполняется, то критерий Z неприменим, и нужно пользоваться точным критерием Фишера.

При проведении расчетов производилось вычисление выборочных долей p_1 и p_2 (согласно группам сравниваемых признаков). Поскольку стандартная ошибка — это стандартное отклонение всех возможных значений p , полученных по выборкам заданного объема, и поскольку дисперсия разности равна сумме дисперсий, стандартная ошибка разности долей равна

$$s_{p_1 - p_2} = \sqrt{s_{p_1} + s_{p_2}}$$

Вычисление S_{p_1} и S_{p_2} :

$$s_{p1} = \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1}} ; \quad s_{p2} = \sqrt{\frac{p_2(1-p_2)}{n_2}} .$$

Формула для вычисления Z :

$$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{s_{p1}^2 + s_{p2}^2}} .$$

Далее проводили сравнение Z с табличными значениями уровней значимости t (критерий или доверительный коэффициент Стьюдента). Для медико-биологических исследований использовали доверительную вероятность $P = 95\%$, при котором $Z = 1,96$.

Оценка достоверности результатов исследования (средняя ошибка показателя) вычислялась по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}} , \text{ где:}$$

n — количество наблюдений выборочной совокупности;

p — изучаемый относительный показатель осложнений;

q — альтернативный признак ($100 - p$).

При определении необходимого объема выборки пациентов и получения репрезентативных данных использовалась статистическая формула:

$$n = \frac{pq t^2 N}{N \Delta^2 + pq t^2} ,$$

где:

N — генеральная совокупность;

n — количество наблюдений выборочной совокупности;

p — изучаемый относительный показатель;

q — альтернативный признак ($100 - p$);

Δ — предельно допустимая ошибка.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ SPSS 17.0.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЗУБОВ И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РСО-АЛАНИЯ

Клинико-эпидемиологическое исследование проведено нами путем стоматологического осмотра и интервьюирования пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в стоматологическую поликлинику СОГМА № 1 г. Владикавказ Республики Северная Осетия-Алания, на предмет уровня качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем за период 2010–2012 гг.

3.1. Показатели пораженности кариесом зубов лиц пожилого и старческого возраста

Распространенность кариеса зубов среди обследованных лиц в возрасте 55–64 года составила 96,8%. Интенсивность кариеса зубов в этой группе достигала 18,8. Структура показателя КПУ представлена в табл. 7.

Таблица 7. Величина и структура индекса КПУ у лиц 55–64 лет

Возраст	КПУ	«К»		«П»		«У»	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
55–64 года	18,8	1,0	5,32	1,5	7,98	16,3	86,70

В структуре индекса КПУ в группе от 55 до 64 лет преобладал показатель удаленных зубов — 16,3. Вклад показателей «К» и «П» был примерно равным 1,0 и 1,5 соответственно.

Распространенность кариеса зубов в возрастной группе 65 лет и старше составила 97,4%. Индекс КПУ был наибольшим среди всех обследованных возрастных групп и составил 23,0, его структура приведена в табл. 8.

Таблица 8. Величина и структура индекса КПУ у лиц 65 лет и старше

Возраст	КПУ	«К»		«П»		«У»	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
65 лет и старше	23,0	1,5	6,5	1,7	7,4	19,8	86,1

В структуре индекса КПУ преобладал вклад показателя «У», который составил 86,1%, наименьшим при этом был показатель пломбированных зубов — 7,4%, средний показатель кариозных зубов составил 6,5%. Данная структура индекса КПУ соответствует возрастным клиническим особенностям группы (см. табл. 8).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности заболеваний зубов у населения пожилого и старческого возраста РСО-Алания и несовершенстве организации стоматологической лечебно-профилактической помощи в данном регионе.

3.2. Распространенность кариеса корня зуба

Проведенная диагностика кариеса корня зуба среди различных возрастных групп населения РСО-Алания выявила высокую распространенность данной патологии среди групп 55–64 лет и 65 лет и старше.

В возрастной группе 55–64 года кариес корня зуба отмечался значительно чаще в 39,1% случаев, а его интенсивность составляла 2,55. В возрастной группе 65 лет и старше кариес корня зуба выявлялся еще чаще — в 38,9% случаев, с интенсивностью 2,46 (табл. 9).

Таблица 9. Распространенность и интенсивность кариеса корня зуба у лиц в возрасте 55 лет и старше

Возрастные группы (годы)

55–64		65 и старше	
Распространенность	Интенсивность	Распространенность	Интенсивность
39,1%	2,55	38,9%	2,46

Кариес корня, по некоторым данным, можно рассматривать как объективный стоматологический показатель старения населения (Максимова Е.М., 2007).

3.3. Показатели распространенности некариозной патологии

Из-за отсутствия большого количества индексных зубов в группах 55–64 и 65 лет и старше некариозные поражения твердых тканей зубов не выявлялись.

3.4. Распространенность и степень тяжести заболеваний пародонта

В ходе исследования у лиц пожилого и старческого возраста отмечался высокий уровень распространенности патологических изменений в пародонте.

Таблица 10. Интенсивность поражения и степень патологических изменений в тканях пародонта у лиц 55–64 лет

Секстанты	Возраст
	55–64
Здоровые	2,0
Кровоточивость	2,3
Зубной камень	2,0

Пародонтальный карман 4–5 мм	2,1
Пародонтальный карман >6 мм	0,5
Исключенные	1,0

Из таблицы 10 видно, что количество секстантов со здоровым пародонтом в данной возрастной группе составляло 2,0. Кровоточивость отмечалась у 2,3 секстантов, зубной камень — у 2,0. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм (в среднем 2,1секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 0,5 секстанта).

Таблица 11. Интенсивность признаков поражения ткани пародонта у лиц в возрасте 65 и старше

Секстанты	Возраст
	65 и старше
Здоровые	0,5
Кровоточивость	0,6
Зубной камень	1,8
Пародонтальный карман 4–5 мм	1,7
Пародонтальный карман >6 мм	0,3
Исключенные	2,2

Из таблицы 11 видно, что количество секстантов со здоровым пародонтом продолжало снижаться и составляло уже 0,5. Кровоточивость отмечалась у 0,6 секстантов, зубной камень — у 1,8. У лиц данной возрастной группы

были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм (в среднем 1,7 секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 0,3 секстанта).

3.5. Потребность в ортопедической стоматологической помощи

Таблица 12. Потребность в ортопедической помощи у лиц 55–64 лет (%)

Возраст	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
55–64 года	42,4	49,0	10,2

В возрастной группе 55–64 лет в протезировании не нуждались лишь 10,2% обследованных, 49,0% обследованных уже имели протезы, нуждались в протезировании 42,4% (табл. 12).

Таблица 13. Потребность в ортопедической помощи у лиц 65 лет и старше (%)

Социально-экономический уровень	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
65 лет и старше	78,5	67,3	4,5

В группе 65 лет и старше уже имели протезы 67,3%, при этом многие из тех, кто уже имел протезы в ротовой полости, в силу различных причин продолжали нуждаться в протезировании, не нуждались в протезировании лишь 4,5%. В протезировании нуждались 78,5% людей старческого возраста (табл. 13).

3.6. Характеристика уровня оказываемой стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста

Проведенное исследование продемонстрировало недостаточный уровень оказания стоматологической помощи.

Так, в группе 55–64 года данный показатель недостаточный — 26,8%.

В группе лиц 65 лет и старше УСП составил 8,9%, что характеризует показатель как плохой.

3.7. Нуждаемость пожилого населения РСО-Алания в ортопедической стоматологической помощи

Высокий уровень интенсивности кариеса, несвоевременное лечение зубов, большое количество удаленных и подлежащих удалению зубов обуславливают значительный объем требуемой стоматологической помощи, включая ортопедическую. В связи с этим важно определить нуждаемость обследованных в зубном протезировании. Высокий уровень распространенности кариеса и заболеваний пародонта (от 60 до 100%), согласно результатам второго национального эпидемиологического обследования населения России, обуславливает соответственно высокий показатель нуждаемости в протезировании, варьирующий от 70 до 100% (Кузьмина Э.М., 2009).

В соответствии с задачами нашего исследования проведено определение нуждаемости в протезировании обследованного взрослого населения. Полученные результаты показали, что 5% всех обследованных нуждались, но никогда не обращались за ортопедической помощью. Основная причина несвоевременного обращения за стоматологической ортопедической помощью — пассивное отношение к своему здоровью, свидетельствующее в первую очередь о низкой санитарной культуре населения. Немаловажным фактором такого поведения стали и причины материального характера, заставляющие

откладывать обращение в стоматологические учреждения по поводу протезирования.

При расчете потребности в стоматологической ортопедической помощи большое значение имеет оценка объемов ранее оказанной помощи. Данные об объеме ранее оказанной стоматологической ортопедической помощи, полученные нами в процессе работы, приводятся в табл. 14.

Таблица 14. Количество людей, которым ранее была оказана стоматологическая ортопедическая помощь (из осмотренных лиц пожилого и старческого возраста)

Возрастные группы	Лица, которым ранее оказана стоматологическая ортопедическая помощь (n)
55–64 года	114
65 и более лет	76
В среднем	95%

Было установлено, что количество людей пожилого и старческого возраста, которым ранее оказана стоматологическая ортопедическая помощь, составило 95% осмотренных.

Для оценки качества ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи населению РСО-Алания нами проанализированы также данные, полученные при обследовании лиц, имеющих зубные протезы. При опреде-

лении качества и функциональной пригодности ортопедических конструкций учитывались продолжительность их использования и жалобы пациентов. Данные о сроках годности имеющихся у обследованного населения зубных протезов приводятся в табл. 15.

Таблица 15. Число зубных протезов, подлежащих замене в зависимости от сроков пользования

Сроки пользования	Протезы, подлежащие замене, %			
	Одиночные коронки	Мостовидные протезы	Частичные съемные протезы	Полные съемные протезы
1–2 года	3,0	7,3	2,8	4,1
3–5 лет	4,9	11,8	9,4	9,1
6–9 лет	16,5	18,2	6,9	10,5
10–15 лет	7,1	10,0	6,7	8,8
Более 15 лет	6,1	4,9	1,5	2,4
Итого	37,6	52,2	27,3	34,9

Анализ данных из табл. 15 показал, что согласно срокам пользования замене подлежит значительная часть мостовидных протезов (52,2%), из которых 18,2% эксплуатировались 6–9 лет. Заметно страдают одиночные коронки — замене подлежит 37,6%. Среди съемных ортопедических конструкций менее нуждаются в замене съемные протезы с частичным отсутствием зубов (27,3%). По сравнению с ними удельный вес съемных протезов с полным отсутствием зубов, подлежащих замене, составил 34,9%. Таким образом, со-

гласно приведенным выше данным, замене подлежит более 38% из числа всех имеющихся у обследованных зубных конструкций.

Среди обследованных выявлены лица с нарушением целостности зубных рядов, формирующие группу риска по развитию зубочелюстных деформаций в связи с частичной потерей зубов. Этот процесс одинаково выражен среди групп населения пожилого и старческого возраста. Данные об объеме и качестве ранее оказанной стоматологической ортопедической помощи позволили выявить по возрастные показатели нуждаемости в протезировании зубов (рис. 1).

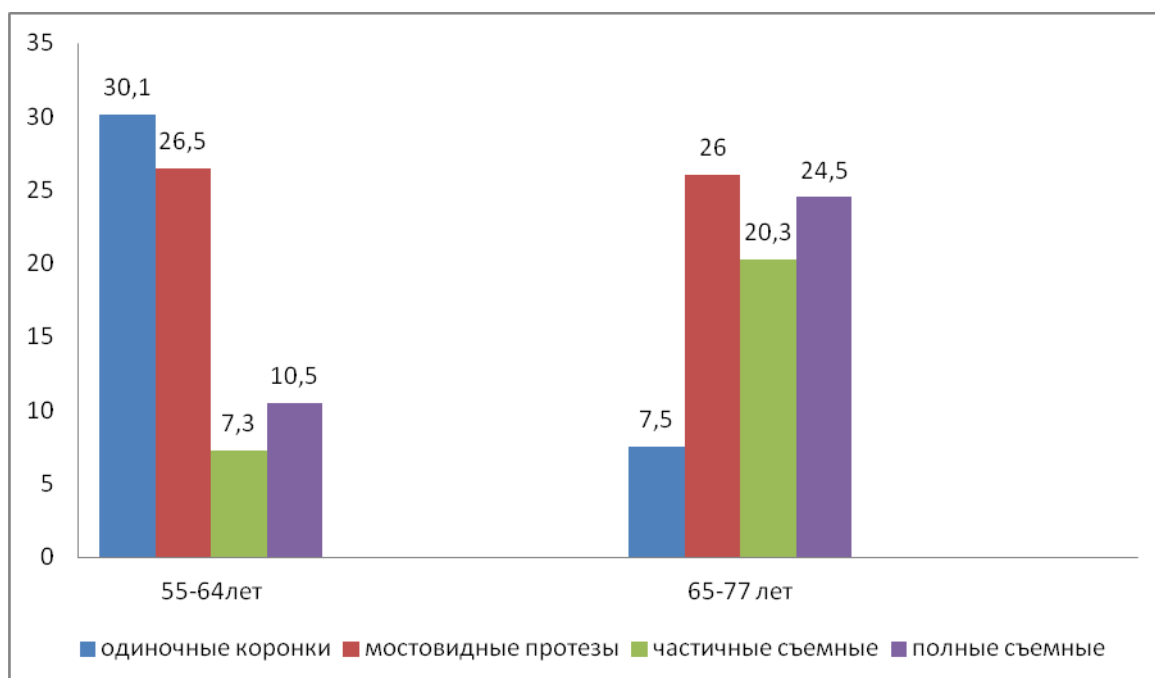


Рис. 1. Показатели нуждаемости в протезировании зубов

Распределение нуждаемости в протезировании зубов среди населения старшего возраста РСО-Алания представлено в табл. 16.

Результаты исследования показали, что нуждаемость взрослого обследованного населения республики в изготовлении мостовидных протезов значительно выше, чем остальных ортопедических конструкций. Наиболее высокий показатель нуждаемости в мостовидных протезах выявлен среди лиц старшего возраста (см. табл. 16).

Данные из этой таблицы свидетельствуют, что востребованность в одиночных коронках также высока и наиболее выражена в более молодом возрасте.

Таблица 16. Количество людей, нуждающихся в изготовлении зубных протезов различных конструкций (процент на количество обследованных)

Возраст	Одиночные коронки	Мостовидные протезы	Частичные съемные	Полные съемные	Всего на количество обследованных
55–64 года	30,1	26,5	7,3	10,5	74,4
65 лет и более	7,5	26,0	20,3	24,5	78,3
В среднем	37,6	52,5	27,6	35	

Данный показатель вдвое меньше у людей пожилого возраста, у которых одиночные коронки используются как опора съемных протезов. При этом нуждаемость в одиночных коронках у лиц старческого возраста ниже, чем у лиц пожилого возраста.

Как видно из представленных данных, нуждаемость в частичных и полных съемных протезах с возрастом заметно повышается в 2 раза и более (см. табл. 16).

Таким образом, результаты эпидемиологического исследования позволили установить нуждаемость пожилого и старческого населения республики в стоматологическом ортопедическом лечении в зависимости от конструкций зубных протезов и с учетом места проживания — 75–78% от количества обследованных. Среди лиц пожилого возраста нуждаемость в протезировании составила в целом 74,4%. Нуждаемость в протезировании среди лиц старшей возрастной группы — 78,3%.

ГЛАВА 4. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА И ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Далее в рамках исследования проводилось определение распространенности трех типов протезного стоматита среди пожилого населения, а также факторов риска возникновения данной патологии.

Клинический осмотр включал осмотр слизистой оболочки полости рта под протезом и выявление наличия протезного стоматита. Также проводилась оценка качества протеза.

Протезный стоматит был зарегистрирован в 40,1% (37,6% у женщин и 42,6% у мужчин). Очаговая эритема обнаружена у 18,1% осмотренных (17,6% — женщины, 18,6% — мужчины), диффузная эритема встречалась в 16,5% (14,2% — женщины, 18,8% — мужчины) и папиллярная гиперплазия — в 7,1% (5,8% — женщины, 8,4% — мужчины).

Статистически значимые связи, полученные с использованием теста хи-квадрат, представлены в табл. 17.

Таблица 17. Выявленные статистически значимые факторы риска развития протезного стоматита у пожилых людей ($p \leq 0,05$)

	χ^2	p
Постоянное ношение верхнечелюстного зубного протеза и протезный стоматит	18,2	<0,001
Постоянное ношение	9,9	0,003

нижнечелюстного зубного протеза и протезный стоматит		
Ретенция верхнечелюстного протеза и протезный стоматит	5,2	0,04
Длительность ношения зубного протеза и протезный стоматит	11,0	0,015
Возраст протеза и очаговая эритема	11,3	0,005
Частота чистки протеза и папиллярная гиперплазия	7,7	0,006
Постоянное ношение верхнечелюстного зубного протеза и диффузная эритема	8,2	0,011
Постоянное ношение нижнечелюстного зубного протеза и диффузная эритема	5,9	0,032

Несмотря на то что распространенность протезного стоматита выше у женщин, эта разница не была статистически значимой. Также не найдено

значимой зависимости распространенности протезного стоматита от возраста.

Среди мужчин активных курильщиков было 56%, тогда как среди женщин — 21%. Протезный стоматит встречался у 48,2% активных курильщиков, а также у 46,3% куривших ранее и у 34,5% никогда не куривших. Данная разница тем не менее не была статистически значимой.

Ретенция верхнечелюстного протеза была недостаточной у 88,1% пациентов с протезным стоматитом ($p = 0,04$) (см. табл. 17).

Распространенность протезного стоматита возрастала с увеличением длительности использования протеза, но также незначимо. Так, при использовании протеза от 1 до 5 лет протезный стоматит встречался в 25,3%, тогда как при использовании более 5 лет — уже в 41%. При исследовании различных типов протезного стоматита выявлено, что возраст протеза был значимо связан с очаговой эритемой (см. табл.17).

Длительность использования протеза значимо связана с возникновением протезного стоматита ($p = 0,015$) (см. табл. 17). У пациентов с опытом ношения протеза менее 1 года распространенность протезного стоматита равна 0,52%, а у пациентов с опытом ношения протеза более 20 лет достигала 48,1%. Разница также наблюдалась между пациентами, носившими верхнечелюстные протезы постоянно (54% протезного стоматита), и пациентами, носившими протез периодически (только во время еды и т.д.) (19% протезного стоматита), ($p < 0,001$), ($p = 0,011$) (см. табл. 17). Аналогичные результаты получены и для нижнечелюстного протеза ($p = 0,003$), ($p = 0,032$) (см. табл. 17).

Частота чистки протеза значимо коррелировала только с воспалительной папиллярной гиперплазией ($p = 0,006$) (см. табл. 17): 3,8% тех, кто чистил протез хотя бы 1 раз в день, имели данную патологию, тогда как у тех, кто

чистил протез реже (1 раз в два дня или более), она присутствовала в 33,2% случаев.

В настоящее время протезный стоматит — распространенная патология в стоматологической практике. Согласно классификации по локализации травматического поражения СОПР, существует три основных типа протезного стоматита: очаговая эритема, диффузная эритема, воспалительная папиллярная гиперплазия нёба. Несмотря на то что существует достаточное количество эпидемиологических работ по данной патологии, вопрос остается недостаточно изученным, в том числе благодаря противоречивым результатам (Shulman J.D. et al. 2005).

Наблюдаемое в современном мире изменение возрастных пропорций приводит к тому, что возрастает число пожилого населения, нуждающегося, соответственно, в разного рода протезах, и чаще съемных (Douglass C.W., Shih A., Ostry L. 2002), а это, в свою очередь, означает увеличение встречаемости патологии СОПР, связанной с ношением протезов.

Существует масса факторов (Figueiral M.H. et al. 2007; Freitas J.B. et al., 2008; Zissis A. et al., 2006), увеличивающих риск возникновения патологии слизистой оболочки полости рта на фоне ношения съемных протезов.

К сожалению, очень часто пациенты недооценивают необходимость регулярного посещения врача-стоматолога после установления протеза и обращаются лишь в случае поломки протеза или наличия острой боли.

Данное положение существенно снижает эффективность работы стоматолога в плане улучшения качества жизни пожилых пациентов.

Согласно результатам данного исследования, наиболее важным фактором риска развития протезного стоматита и, в частности, диффузной эритемы является постоянное ношение протеза. К факторам риска также относят длительность ношения протеза, а также его недостаточная ретенция.

Пол, возраст, курение имеют лишь тенденцию к предопределению возникновения протезного стоматита. Привычка ухаживать за протезом влияла на возникновение папиллярной гиперплазии.

Таким образом, особое внимание должно уделяться инструктированию пациентов пожилого и старческого возраста по поводу использования протезов, а также по поводу необходимости прохождения регулярного осмотра стоматолога. Регулярные визиты пожилого пациента дают возможность стоматологу мотивировать и реинструктировать пациента, что может повысить удовлетворенность пациента своим стоматологическим статусом и улучшить качество жизни, связанное со здоровьем.

ГЛАВА 5. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РСО-АЛАНИЯ

Все обследованные прошли анкетирование с помощью наиболее часто используемого опросника ОНП-14, определяющего уровень качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

На рисунке 2 представлены средние баллы по ОНП-1 в возрасте 55–64 года.

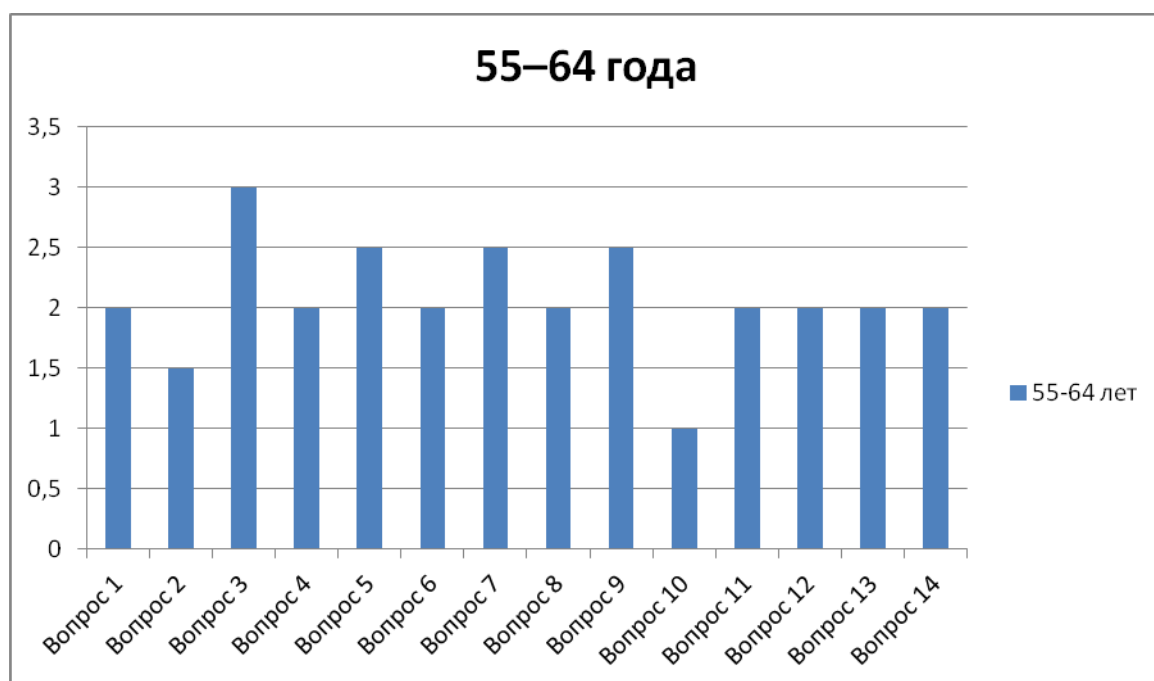


Рис. 2. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14: вопросы 1–5 — проблемы при приеме пищи; 6–10 — проблемы в общении; 11–14 — проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе) до начала лечения

Средний балл в группе 55–64 года составил 2,5 балла и был низким.

На рисунке 3 представлены средние баллы по каждому вопросу опросника ОНП-14 для группы лиц 65 лет и старше.

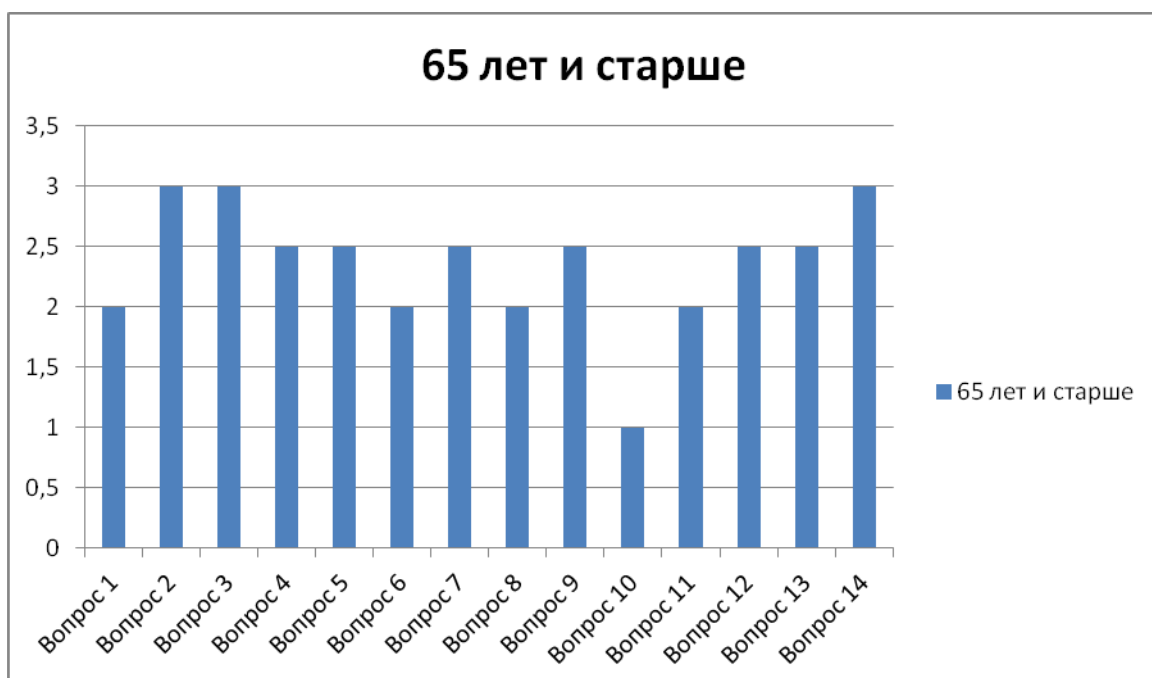


Рис. 3. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14: вопросы 1–5 — проблемы при приеме пищи; 6–10 — проблемы в общении; 11–14 — проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе) через 1 мес после начала лечения кандидоза СОПР

Средний балл в группе 65 лет и старше составил 2,35 балла и также был низким.

Таким образом, в группе лиц пожилого и старческого возраста отмечались низкие показатели качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

ГЛАВА 6. ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Далее проводился подробный анализ того, какая жалоба вынуждает пожилого пациента обратиться за помощью, и в какой степени данная проблема влияет на качество жизни, а также определялось, существует ли связь между полом, уровнем образования, вредными привычками и качеством жизни, связанным со стоматологическим здоровьем.

В таблице 18 приведены данные распределения пациентов с учетом жалоб при обращении и социально-экономических показателей.

Таблица 18. Характеристики обследуемой группы пожилых людей

	N (%)
Пол	
Мужской	98 (49)
Женский	102 (51)
Возраст (лет)	
55–64	114 (57)
65–74	86 (43)
Уровень образования	
Среднее	95 (47,5)
Среднеспециальное	70 (35)
Высшее	35 (17,5)
Жалобы	
Кариес	50 (25)
Патология пародонта	90 (45)
Отсутствие зубов, протезы	80 (40)

Травма	3 (1,5)
Эстетические проблемы	10 (5)
Вредные привычки	
Отсутствуют	60 (33)
Курение	90 (45)
Прием алкоголя	50 (25)
Курение и прием алкоголя	20 (10)

Основными причинами обращения за стоматологической помощью в группе лиц пожилого и старческого возраста были проблемы, связанные с тканями пародонта и ношением протезов (или их отсутствием) — 45 и 40% обследованных соответственно. Кариеc, в том числе корня зуба, находился на третьем месте по распространенности причин обращения к врачу (25% обратившихся).

В ходе анкетирования также было установлено, что в группе пациентов стоматологического профиля существует значительная распространенность вредных привычек. Более половины пожилых пациентов были курильщиками или принимали алкоголь (45 и 25% соответственно).

При проведении анкетирования (рис. 4) с целью определения стоматологического качества жизни (ОНП-14) выявлен средний балл по группе — 2,25.

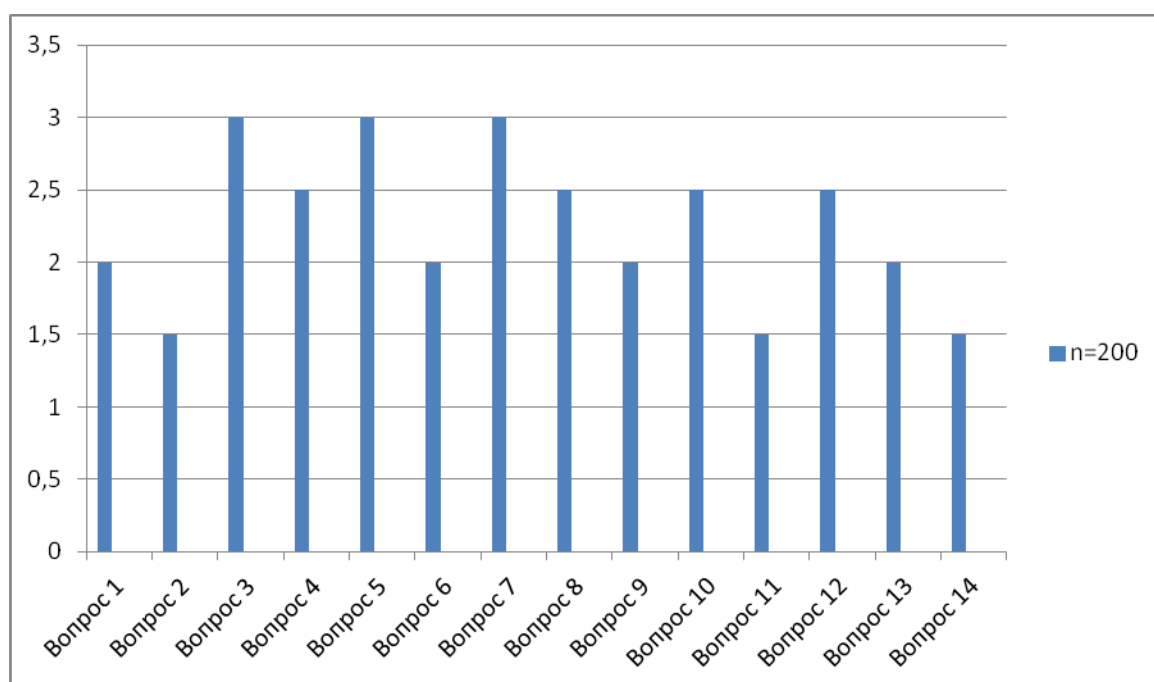


Рис. 4. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14: вопросы 1–5 — проблемы при приеме пищи; 6–10 — проблемы в общении; 11–14 — проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)

Далее, в соответствии с поставленными задачами, исследуемые пациенты по типу жалоб при обращении (кариес, патология пародонта, отсутствие зубов/протезы, травма, эстетические проблемы) были разделены на пять групп. В каждой отдельной группе рассчитывался средний показатель качества жизни по данным анкетирования (табл. 19).

Таблица 19. Показатель качества жизни (баллы по ОНП-14) по группам основных жалоб при обращении

Возраст/жалобы	Кариес	Патология пародонта	Отсутствие зубов/протезы	Травма	Эстетические проблемы
55–64 года	1,30	1,90	1,80	2,30	0,70
65–74 года	1,10	1,90	2,10	2,10	0,70
Средний	1,20	1,90	1,95	2,20	0,70

В ходе анализа показателей качества жизни отдельно в каждой группе, выделенной по признаку ведущей жалобы, был выявлен самый высокий показатель (а значит, наибольшее снижение качества жизни) при обращении по поводу травмы (2,20). При обращении по поводу патологии пародонта и отсутствия зубов также наблюдалось снижение качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем (1,90 и 1,95 баллов по ОНП-14 соответственно). При обращении по поводу кариеса показатель ОНП-14 также оставался относительно высоким (1,2 балла). Наименьшее влияние на качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем в данной возрастной группе, наблюдалось при обращении по поводу эстетических проблем (0,70).

Таблица 20. Анализ связи признаков пола, уровня образования, наличия вредных привычек и качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем в возрастной группе от 55 до 74 лет

	Качество жизни (по данным опросника ОНП-14)	
	R (коэффициент корреляции)	P (значимость)
Пол	0,04	>0,05
Уровень образования	0,85	<0,001
Наличие вредных привычек	- 0,63	<0,001

В ходе исследования было выявлено, что чем выше уровень образования пациента, тем выше качество жизни, по данным опросника ОНП-14 ($p < 0,001$). Наличие вредных привычек достоверно снижает уровень качества

жизни ($p < 0,001$). Между данными по полу и данными анкетирования ОНП-14 достоверной связи обнаружено не было ($p > 0,05$).

В современном мире в связи с уменьшением смертности и снижением рождаемости растет доля людей пожилого и старческого возраста. Такое положение вещей, в свою очередь, требует особого внимания к данной группе пациентов и анализа характерной для нее патологии. Улучшение качества жизни пациентов — один из приоритетов современного здравоохранения. Данное исследование было нацелено на выявление особенностей стоматологического здоровья группы в возрасте 55–74 года в аспекте качества жизни.

Полученные в результате исследования данные по наиболее распространенным причинам обращения (кариес, отсутствие зубов/состояние зубных протезов и состояние пародонта) и степени их влияния на качество жизни пожилых пациентов согласуются с предыдущими исследованиями.

Результаты изучения взаимосвязи уровня стоматологического качества жизни с уровнем полученного образования могут объясняться поведенческими паттернами, связанными с уходом за полостью рта.

Снижение качества жизни при наличии вредных привычек (курение, принятие алкоголя), вероятно, объясняется патологическим влиянием на мягкие ткани полости рта.

Выявленная независимость показателя качества жизни от пола получена также и в других исследованиях.

В современных условиях, несомненно, важно определение тех причин, которые заставляют пациента обращаться за специализированной медицинской помощью, и того, в какой мере эти причины влияют на качество жизни. Известно, что стоматологическое здоровье существенно воздействует не только на физическое состояние, но и на социальное и психологическое благополучие. Интерес к оценке качества жизни в медицине растет, о чем свидетельствует рост количества статей, посвященных в той или иной мере данному вопросу. Здоровье полости рта в большинстве случаев влияет на качество жизни. На сегодняшний день наиболее распространена методика оценки ка-

чества жизни с помощью опросника ОНР-14, которая валидизирована в том числе и в нашей стране. Тем не менее работы по изучению качества жизни пожилых пациентов врачами-стоматологами остаются недостаточно изученными.

Несомненно, при оценке объема необходимой помощи, планировании лечения и улучшения результатов лечения необходимо ориентироваться в том числе на оценку пациентом своего стоматологического статуса.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить наиболее частые стоматологические жалобы среди пожилого населения, связанные с качеством жизни.

Установлено, что травма, патология пародонта и отсутствие зубов/протезы наиболее сильно снижают субъективное отношение пациента пожилой возрастной группы к собственному качеству жизни. Аналогичные данные имеются и на других возрастных группах.

Также в ходе исследования установлено положительное влияние уровня образования на субъективную оценку стоматологического статуса и негативное влияние наличия вредных привычек на качество жизни пациентов пожилого возраста.

Заключение

По данным экспертов ВОЗ, заболеваемость кариесом во всем мире проявляет устойчивую тенденцию к высокой частоте и распространенности, как у детей, так и у взрослого населения. Несмотря на значительные усилия специалистов по совершенствованию и реализации программ профилактики, уровень стоматологического здоровья населения остается крайне низким 5,5-24,5 % (ВОЗ, 1980; ВОЗ, 1997; Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Е.С. и др., 1996; Сорокин В.Н., 2006; Ekstrand K.R. et al, 2007).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По Северокавказскому региону информация о стоматологической пораженности населения носит неполный характер. Имеются данные о пораженности стоматологическими заболеваниями населения Республики Дагестан детского возраста (Шамов И.М., 2003), а также о распространенности зубных отложений у населения этого региона (Курбанова Э.А., 2006). В ходе изучения стоматологического здоровья населения Республики Дагестан авторы Э.А. Курбанова (2006), Р.С. Гаджиев, Д.М. Булгакова (2003) пришли к заключению, что качество стоматологической помощи больше зависит от профессиональной подготовки врачей-стоматологов, рационального использования рабочего времени и эффективности контроля качества работы, чем от количества врачей-стоматологов.

В Северной Осетии исследования в стоматологии преимущественно направлены на группу детского возраста, что, несомненно, оправдано с точки зрения профилактики, но недостаточно для разработки комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний в данном регионе (Алимский А.В., 2005).

Таким образом, эпидемиологическая обстановка по заболеваниям зубочелюстной системы на Северном Кавказе и в республике Северная Осетия, в частности на сегодняшний день, остается не до конца изученной. Также представляется неизученным влияние социально-экономических факторов в данном регионе, без принятия во внимание которых невозможно построение рациональной стоматологической помощи. С понятием социально-экономического фактора тесно связан феномен качества жизни.

Оценка качества жизни в стоматологии основана на заполнении специальных опросников (анкет). Ответы на вопросы заполняет врач-стоматолог или сам пациент. Как правило, вопросы касаются того, как проблемы во рту

сказываются на физическом самочувствии пациента, его способности полноценно питаться, общаться с другими людьми, выполнять социальные функции (Гуревич К.Г., Фабрикант К.Г., 2004). Наиболее часто используемым опросником качества жизни в стоматологии является OHIP-14 (Slade G.D., 1995), удобный тем, что содержит небольшое количество вопросов, при этом его результаты воспроизводимы (Slade G.D., 1997).

Работ по исследованию влияния стоматологического статуса на качество жизни немного. В основном такие исследования проводились за рубежом. При этом не наблюдается воспроизводимости данных, полученных в разных странах, что может быть связано с различными причинами.

В настоящее время нет работ, посвященных исследованию качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня стоматологического здоровья в РСО-Алания, что обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель исследования — оценка влияния стоматологического статуса на качество жизни пожилого населения РСО-Алания и определение наиболее значимых предикторов функционального, социального и психического благополучия в данной возрастной группе.

В соответствии с целями работы для исследования было отобрано 200 человек пожилого возраста, посетивших стоматологический кабинет. Исследование проводилось на базе СОГМА в 2010–2012 гг.

Среди причин обращения преобладали жалобы на патологию пародонта (45%), на втором месте были проблемы, связанные с протезами либо отсутствием зубов (40%), кариозное поражение зубов оказалось на третьем месте (25%).

Проводился опрос пациентов на наличие и тип вредных привычек. Отмечено преобладание курения (45%), на втором месте среди вредных привы-

чек — употребление алкоголя (25%), лишь 10% и курили, и употребляли алкоголь. У 33% обследованных вредные привычки отсутствовали.

Все испытуемые до начала лечения, а также после него прошли анкетирование с помощью наиболее часто используемого опросника ОНП-14, определяющего уровень качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем. Анкета состоит из 3 блоков — проблемы при приеме пищи, проблемы при общении, проблемы в повседневной жизни. Данный опросник удобен тем, что он содержит всего 14 вопросов, при этом получаемые результаты воспроизводимы (Slade G.D., 1997).

Также в целях определения функциональной пригодности изготовленных протезов использовалась анкета из 10 вопросов, разработанная М.Ю. Огородниковым (2004).

В ходе исследования установлено, что распространенность кариеса зубов среди обследованных лиц в возрасте 55–64 года составила 96,8%. Интенсивность кариеса зубов в этой группе достигала 18,8. В структуре индекса КПУ в группе от 55 до 64 лет преобладал показатель удаленных зубов — 16,3. Вклад показателей «К» и «П» был примерно равным — 1,0 и 1,5 соответственно. Распространенность кариеса зубов в возрастной группе 65 лет и старше составила 97,4%. Индекс КПУ был наибольшим среди всех обследованных возрастных групп и составил 23,0. В структуре индекса КПУ преобладал вклад показателя «У», который составил 86,1%, наименьшим при этом был показатель пломбированных зубов — 7,4%, средний показатель кариозных зубов — 6,5%. Данная структура индекса КПУ соответствует возрастным клиническим особенностям группы. В возрастной группе 55–64 года кариес корня зуба отмечался значительно чаще — в 39,1% случаев, а его интенсивность составляла 2,55. В возрастной группе 65 лет и старше кариес корня зуба выявлялся еще чаще — в 38,9% случаев, с интенсивностью 2,46.

В ходе исследования у лиц пожилого и старческого возраста также отмечался высокий уровень распространенности патологических изменений в пародонте.

Уровень стоматологической помощи в группе 55–64 года данный показатель был недостаточным — 26,8%. В группе лиц 65 лет и старше УСП составил 8,9%, что характеризует показатель как плохой.

При расчете потребности в стоматологической ортопедической помощи большое значение имеет оценка объемов ранее оказанной помощи.

Установлено, что количество людей пожилого и старческого возраста, которым ранее была оказана стоматологическая ортопедическая помощь, составило 95% от осмотренных.

Для оценки качества ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи пожилому населению РСО-Алания нами проанализированы также данные, полученные при обследовании лиц, имеющих зубные протезы. При определении качества и функциональной пригодности ортопедических конструкций учитывалась продолжительность их использования и жалобы пациентов.

Анализ данных показал, что согласно срокам пользования замене подлежит значительная часть мостовидных протезов (52,2%), из которых 18,2% эксплуатировались от 6–9 лет. Заметно страдают одиночные коронки — замене подлежит 37,6%. Среди съемных ортопедических конструкций менее нуждаются в замене съемные протезы с частичным отсутствием зубов (27,3%). По сравнению с ними удельный вес съемных протезов с полным отсутствием зубов, подлежащих замене, составил 34,9%. Таким образом, согласно данным таблицы, замене подлежит более 38% из всех имеющихся у обследованных зубных конструкций.

Среди обследованных были выявлены лица с нарушением целостности зубных рядов, формирующие группу риска по развитию зубочелюстных деформаций в связи с частичной потерей зубов. Этот процесс одинаково выражен среди групп населения пожилого и старческого возраста. Данные об объеме и качестве ранее оказанной стоматологической ортопедической помощи позволили обнаружить повозрастные показатели нуждаемости в протезировании зубов.

Результаты исследования показали, что нуждаемость взрослого обследованного населения республики в изготовлении мостовидных протезов значительно выше, чем остальных ортопедических конструкций. Наиболее высокий показатель нуждаемости в мостовидных протезах выявлен среди лиц старшего возраста.

Данный показатель вдвое меньше у людей пожилого возраста, у которых одиночные коронки используются как опора съемных протезов. При этом нуждаемость в одиночных коронках у лиц старческого возраста ниже, чем у лиц пожилого возраста.

Как видно из представленных данных, нуждаемость в частичных и полных съемных протезах с возрастом заметно повышается — в 2 раза и более.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности и интенсивности заболеваний зубов у населения пожилого и старческого возраста РСО-Алания и о несовершенстве организации стоматологической лечебно-профилактической помощи в данном регионе.

Определение объемов потребности населения отдельного региона в стоматологической ортопедической помощи требует проведения многофакторного анализа распространенности и интенсивности стоматологической патологии с учетом различных экологических зон, форм расселения, уровня организации и доступности стоматологической помощи.

Планирование объемов стоматологической ортопедической помощи предусматривает равномерную ежегодную нагрузку врачебных должностей по ортопедической стоматологии. В настоящее время существуют нормативы нагрузки врачебной должности по ортопедической стоматологии, определенные приказом МЗ СССР № 321 от 20 июля 1960 года, и составляющие при 6 дневной рабочей неделе 3179 посещений в год. Однако внедрение в практику современных, более сложных стоматологических технологий требует больших затрат времени и приводит к снижению фактических показателей нагрузки стоматологов. Функция врачебной должности не выполняется и нуждается в пересмотре существующего норматива.

Для планирования необходимого количества посещений в ортопедической стоматологии с лечебной и профилактической целью следует опираться на данные о нуждаемости в ортопедической помощи на 1000 населения. Кратность посещений по клиническим этапам изготовления зубных протезов разных конструкций формируется в соответствии с существующими стандартами. По данным Г.В. Базияна (1965, 1971), для изготовления и получения съемных протезов с частичным отсутствием зубов необходимо в среднем 8 посещений, мостовидных протезов — 3,2. Придерживаясь принятых нормативов стоматологической ортопедической помощи, следует, однако, указать, что количество затрачиваемого времени с внедрением более сложных технологий в современных условиях приводит к увеличению сроков изготовления зубных протезов. С учетом данных тенденций и состояния стоматологического статуса населения республики, а также демографической картины, характеризующейся старением населения, необходима в перспективе соответствующая коррекция объемов стоматологической ортопедической помощи.

На основе результатов исследования в таблице 16 приводятся показатели потребности пожилого населения РСО-Алания в различных видах ортопедической стоматологической помощи, в том числе изготовлении мостовидных, частичных съемных и полных съемных протезов, а также одиночных коро-

нок.

Вместе с тем при планировании объемов стоматологической ортопедической помощи учитывалась потребность данного контингента в обследовании и назначении на лечение, а также в посещениях с целью профилактических осмотров. В связи с этим на каждого нуждающегося в ортопедическом лечении следует предусмотреть одно посещение в год дополнительно.

Далее в рамках исследования проводилось определение распространенности трех типов протезного стоматита среди пожилого населения, а также факторов риска возникновения данной патологии. Протезный стоматит был зарегистрирован в 40,1% (37,6% у женщин и 42,6% у мужчин). Очаговая эритема зарегистрирована у 18,1% осмотренных (17,6% — женщины, 18,6% — мужчины), диффузная эритема встречалась в 16,5% (14,2% — женщины, 18,8% — мужчины) и папиллярная гиперплазия — в 7,1% (5,8% — женщины, 8,4% — мужчины).

Распространенность протезного стоматита возрастала с увеличением длительности использования последнего протеза, но также незначимо. Так, при использовании протеза от 1 до 5 лет протезный стоматит встречался в 25,3%, тогда как при использовании более 5 лет — уже в 41%. При исследовании различных типов протезного стоматита выявлено, что возраст протеза значимо связан с очаговой эритемой.

Длительность использования протеза была значимо связана с возникновением протезного стоматита ($p = 0,015$). У пациентов с опытом ношения протеза менее 1 года, распространенность протезного стоматита равна 0,52%, а у пациентов с опытом ношения протеза более 20 лет достигала 48,1%. Разница также наблюдалась между пациентами, носившими верхнечелюстные протезы постоянно (54% протезного стоматита), и пациентами, носившими протез периодически (только во время еды и т.д.) (19% протезного стоматита).

та), ($p < 0,001$), ($p = 0,011$). Аналогичные результаты получены и для нижнечелюстного протеза ($p = 0,003$), ($p = 0,032$).

Частота чистки протеза значимо коррелировала только с воспалительной папиллярной гиперплазией ($p = 0,006$). 3,8% тех, кто чистил протез хотя бы 1 раз в день, имели данную патологию, тогда как у тех, кто чистил протез реже (1 раз в 2 дня или более), она присутствовала в 33,2% случаев.

Согласно результатам данного исследования, наиболее важный фактор риска развития протезного стоматита, и в частности диффузной эритемы, — это постоянное ношение протеза. К факторам риска также относятся длительность ношения протеза, а также его недостаточная ретенция.

Пол, возраст, курение имеют лишь тенденцию к предопределению возникновения протезного стоматита. Привычка ухаживать за протезом влияла на возникновение папиллярной гиперплазии.

Все обследованные прошли анкетирование с помощью наиболее часто используемого опросника ОНП-14, определяющего уровень качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем. В группе лиц пожилого и старческого возраста отмечались низкие показатели качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

Далее проводился подробный анализ того, какая жалоба вынуждает пожилого пациента обратиться за помощью, и в какой степени данная проблема влияет на качество жизни, а также анализ того, существует ли связь между полом, уровнем образования, вредными привычками и качеством жизни, связанным со стоматологическим здоровьем.

Основными причинами обращения за стоматологической помощью в группе лиц пожилого и старческого возраста были проблемы, связанные с тканями пародонта и ношением протезов (или их отсутствием) — 45 и 40% обследованных соответственно. Кариез, в том числе корня зуба, находился на

третьем месте по распространенности причин обращения к врачу (25% обратившихся).

В ходе исследования выявлено, что чем выше уровень образования пациента, тем выше качество жизни, по данным опросника ОНПР-14 ($p < 0,001$). Наличие вредных привычек достоверно снижает уровень качества жизни ($p < 0,001$). Между данными по полу и данными анкетирования ОНПР-14 достоверной связи обнаружено не было ($p > 0,05$).

Несомненно, при оценке объема необходимой помощи, планировании лечения и улучшения результатов лечения необходимо ориентироваться в том числе и на оценку пациентом своего стоматологического статуса.

ВЫВОДЫ

1. Среди причин обращения населения пожилого и старческого возраста за стоматологической помощью преобладает патология пародонта (45%), на втором месте были проблемы, связанные с протезами либо отсутствием зубов (40%), кариозное поражение на третьем месте (25%).

2. Распространенность кариеса у лиц пожилого и старческого возраста приближается к 100%.

3. В возрастной группе 55–64 года в протезировании не нуждаются лишь 10,2% обследованных, 49,0% обследованных уже имеют протезы, нуждаются в протезировании 42,4%. В группе 65 лет и старше уже имеют протезы 67,3%, в протезировании нуждаются 78,5%, не нуждаются в протезировании лишь 4,5%.

4. Уровень стоматологической помощи в данной группе составил от 8,9 до 26,8%.

5. Протезный стоматит зарегистрирован в 40,1% (37,6% у женщин и 42,6% у мужчин). Очаговая эритема зарегистрирована у 18,1% осмотренных (17,6% — женщины, 18,6% — мужчины), диффузная эритема встречалась в 16,5% (14,2% — женщины, 18,8% — мужчины) и папиллярная гиперплазия — в 7,1% (5,8% — женщины, 8,4% — мужчины).

6. Наиболее важный фактор риска развития протезного стоматита, и в частности диффузной эритемы, — это постоянное ношение протеза. К факторам риска также относятся длительность ношения протеза, а также его недостаточная ретенция.

7. В группе лиц пожилого и старческого возраста отмечены низкие показатели качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

8. Основные причины обращения за стоматологической помощью в группе лиц пожилого и старческого возраста — проблемы, связанные с тканями пародонта и ношением протезов (или их отсутствием), 45 и 40% обследованных соответственно. Кариес, в том числе корня зуба, находится на третьем месте по распространенности причин обращения к врачу (25% обратившихся).

9. В ходе исследования выявлено, что чем выше уровень образования пациента, тем выше качество жизни, по данным опросника ОНП-14 ($p < 0,001$). Наличие вредных привычек достоверно снижает уровень качества жизни ($p < 0,001$). Между данными по полу и данными анкетирования ОНП-14 достоверной связи обнаружено не было ($p > 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При оказании стоматологической помощи необходимо учитывать не только эпидемиологические данные по стоматологической нозологии, но также влияние возраста на характер стоматологической патологии.
2. При организации стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста необходимо учитывать такие факторы, как нуждаемость в протезировании и связанное с этим необходимое количество посещений на единицу группы, возможные осложнения при установке протезов, а также необходимость своевременного выявления поломок.
3. При планировании стоматологической помощи в обследованной группе необходимо отдать предпочтение профилактике осложнений, связанных с ношением протеза или его неисправностью.
4. При организации стоматологической помощи в условиях РСО-Алания необходимо учитывать роль пропаганды в данной группе, направленной на нивелирование факторов, наиболее сильно влияющих на качество жизни возрастных пациентов, — таких, как наличие вредных привычек.

Список литературы

1. *Агаджанян А.А. и др.* Состояние стоматологического статуса у взрослого населения Северо-Восточного округа Москвы // Новое в стоматологии. — 1999. — № 3 (73). — С. 59–60.
2. *Агафонова Т.А.* Роль и задачи сестринской службы в оказании медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста // Медицинская помощь. — 1996. — № 3. — С. 15–17.
3. *Адмакин О.И.* Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 12 с.
4. *Алимский А.В.* Основные перспективные направления совершенствования организации стоматологической службы. Материалы XIV и XV всероссийских конференций и труды X съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2005. — 164–166.
5. *Алимский А.В., Белецкий Г.В., Карцев А.А.* Показатели потери зубов у взрослого населения, обратившегося за ортопедической помощью в ЦНИИС // Стоматология для всех. — 2004. — № 2. — С. 36–37.
6. *Алимский А.В., Лемберг И.А.* Нуждаемость взрослого населения г. Раменское в ортопедической стоматологической помощи и степень ее удовлетворения // Экономика и менеджмент в стоматологии. — 2008. — № 3. — С. 53–55.
7. *Алимский А.В., Филиппова Т.В.* Нуждаемость взрослого населения г. Ступино в ортопедической стоматологической помощи и ее динамика за 1961– 1979 гг. — В книге: Материалы второго съезда стоматологов Казахстана. — Алма-Ата, 1980. — С. 91–96.
8. *Альперович В.Д.* Демография пожилого возраста. — В кн.: Если вам за 60... / под ред. В.Д. Альперовича. — Ростов-на-Дону, 1999. — С. 10–54.

9. *Альперович В.Д.* Проблемы старости: социальные и личностные аспекты. Научный доклад на соискание докт. фил. наук. — Ростов-на-Дону, 1998. — 65 с.
10. *Альперович В.Д.* Социальная геронтология. Серия: Учебники и учебные пособия. — Ростов-на-Дону, Феникс, 1997. — 576 с.
11. *Атдаев Т.А., Танрыкулиев Н.Т.* Потребность взрослого городского населения Туркменской ССР в ортопедической стоматологической помощи // *Здравоохранение Туркменистана.* — 1989. — № 3. — С. 18–21.
12. *Баданин В.В.* Нарушение окклюзии — основной этиологический фактор возникновении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // *Стоматология.* — 2000. — № 1. — С. 51–54.
13. *Базиян Г.В., Новгородцев Г.А.* Основы научного планирования стоматологической помощи. — М.: Медицина, 1968. — 240 с.
14. *Базиян Г.В.* Определение нормативной потребности городского населения в ортопедическом стоматологическом обслуживании (по материалам обследования населения пяти городов): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1965. — 19 с.
15. *Безруков В.М., Алимский А.В.* Совершенствование организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста // *Пособие для врачей.* — М., 2003. — С. 23.
16. *Бондаренко И.Н., Лазарева В.С.* Некоторые подходы к концепции социальной защиты пожилых людей на рубеже XXI века // *Клинич. геронтология.* — 1998. — № 4. — С. 3–8.
17. *Борисова Е.Н.* Стоматология в гериатрии. — М.: Изд. дом «Русский врач». — 2002. — 35 с.
18. *Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.К.* Эпидемиологическое обследование полости рта населения: методические рекомендации. — М., 1985. — 120 с.

19. *Боровский Е.В., Евстигнеева И.Л.* Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов // *Стоматология.* — 1987. — № 4. — С. 64–66.
20. *Бочарова Г.М.* Нуждаемость промышленных рабочих Одессы в ортопедическом лечении. — В книге: *Проблемы ортопедической стоматологии.* — Киев, 1970. — Вып. 4. — С. 23–25.
21. *Брус Я.Н., Олесова В.Н., Уйта В.В.* Характеристика ортопедического статуса и потребность в протезировании взрослого населения г. Эссентуки по данным эпидемиологического обследования // *Маэстро стоматологии.* — 2005. — № 19. — С. 31–33.
22. *Букаев М.Ф.* Конструирование несъемных мостовидных протезов на основе напряженно-деформированного состояния пародонта и альвеолярной кости. — М., 2005. — С. 18–23.
23. *Бурков С.Г.* Что необходимо знать об основных положениях гериатрии // *Медицинская помощь.* — 1996. — № 7. — С. 9–10.
24. *Варес Э.Я.* Нуждаемость населения в зубных протезах // *Стоматология.* — 1983. — № 2. — С. 79–80.
25. *Варламов П.Г.* Распространенность основных стоматологических заболеваний среди взрослого населения Центральной Якутии и потребность его в ортопедической помощи: Дис. ... канд. мед. наук. — 2001. — 138 с.
26. *Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф., Введенская И.И., Толченое Б.А.* Особенности заболеваемости и обращаемости пожилых за амбулаторно-поликлинической помощью // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* — 1998. — № 5. — С. 17–21.
27. *Величковский Б.Т.* Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье // *Здравоохранение Российской Федерации.* — 2006. — № 2. — С. 8–17.

28. ВОЗ, 1980; (http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf), [Дата обращения: 12.03.13].
29. ВОЗ, 1997; (http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1), [Дата обращения: 12.03.13].
30. Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. Информационный бюллетень. — М.: ВЦИОМ. Интерцентр, 1997. — № 3.
31. *Гаврилов Е.И.* Деформации зубных рядов. — М.: Медицина, 1984. — 92 с.
32. *Гадаев М.С.* Стоматологическая заболеваемость и потребность населения пенсионного возраста Чеченской республики в ортопедической стоматологической помощи: Дис ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 144 с.
33. *Гаджиев Р.С.* Качество стоматологической помощи сельскому населению / Р.С. Гаджиев, К.М. Расулов, Д.М. Булгакова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — М.: Медицина, 2003. — № 2. — С. 23–26.
34. *Галискарова Э.С.* Медико-социальные проблемы пенсионеров (на примере г. Нальчика): дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. код спец. 14.00.33 — 2007.
35. *Гогоридзе К.Н.* Оценка современных тенденций старения и долголетия населения Грузии // Клиническая геронтология. — 2000. — № 1. — С. 70–73.
36. *Гооге–А.А., Карцев Г.А., Кречетов С.А.* Причины несвоевременного обращения населения за ортопедической стоматологической помощью // Актуальные проблемы стоматологии. — М., 2002. — С. 77–80.
37. *Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г.* Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье // Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. — М.: МГМСУ, 2004. — 20 с.

38. *Гущина С.А.* Влияние съемных пластиночных протезов из пластмассы на слизистую оболочку верхней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань., 1970. — 18 с.
39. *Денисов И.Н., Резе А.Г.* Гериатрия в общей врачебной (семейной практике) // Клиническая геронтология. — 2000. — № 9–10. — С. 3–8.
40. *Жумадильдаева Г.С.* Организация медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста на региональном уровне: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. код спец. 14.00.33 — 2007.
41. *Журавлева И.В., Коган В.З.* Психологические факторы здоровья // Отношение населения к здоровью / отв. ред. И.В. Журавлев. — М.: Институт социологии РАН, 1998.
42. *Збарж Я.М., Белявский М.И., Кукер Б.Г.* Актуальные проблемы организации и оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста // VIII Всесоюзный съезд стоматологов. — М., 1987. — Т. 1. — С. 36–38.
43. *Збарская И.А.* Демографическая ситуация в России на пороге XXI века и необходимость переписи населения // Вопросы статистики. — 2004. — № 4.
44. *Злобин А.* Заболеваемость и потребность населения пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи // Врач. — 2003. — № 2. — С. 43–44.
45. *Калинин М.И.* Клинические и экономические предпосылки к выбору метода ортопедического лечения больных с включенными дефектами зубных рядов: Дис ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 140 с.
46. *Калининская А.А., Сорокин В.Н., Трифонов В.В.* Потребность в стоматологической ортопедической помощи // Российский стоматологический журнал. — 2006. — № 6. — С. 47–49.

47. *Карцев А.А.* Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 21 с.
48. *Карцев Г.А.* Клинико-эпидемиологическая оценка стоматологических заболеваний и тенденции развития ортопедической стоматологической помощи г. Саратова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград. — 2000. — 19 с.
49. *Кирсанова С.В.* Клинико-социальная характеристика пациентов с частичным отсутствием зубов и внедрение критериев качества жизни для оценки эффективности их лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 21 с.
50. *Кицул И.С.* Изучение потребности населения в ортопедической стоматологической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2002. — № 3. — С. 27–29.
51. *Коваленко А.Ф., Варавва Г.М.* Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов // Стоматология. — 1999. — № 5. — С. 42–44.
52. *Козлова Т.З.* Мониторинг удовлетворенности пенсионеров условиями жизни // Социол. исслед. — 1999. — № 9.
53. *Козырева И.И., Прокофьева В.И., Колесник В.В.* Об ортопедической помощи лицам пожилого возраста // Кубанский научный медицинский вестник. — 1998. — № 5–6. — С. 44–45.
54. *Копейкин В.Н.* Руководство по ортопедической стоматологии. — М.: Триада-Х, 1998. — №209 — 214 с.
55. *Копейкин В.Н.* Ортопедическая стоматология: учебник. — М.: Медицина, 1988. — 51 с.

56. *Кузнецов В.И., Лехтман А.И.* Показатели нуждаемости городского населения в зубопротезировании. — В книге: Проблемы стоматологии. — Киев, 1966. — Т. 6. — С. 284–287.
57. *Кузьмина Э.М. и соавт.* Профилактика стоматологических заболеваний. — М., 1997. — 136 с.
58. *Кузьмина Э.М.* Стоматологическая заболеваемость населения России. — М.: МГМСУ, 2009. — 225 с.
59. *Кузьмина Э.М., Васина С.А., Петрина Е.С., Козичева Т.А.* Эффективность препарата «Мундизаль гель» при заболеваниях тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Е.С. Петрина, Т.А. Козичева // Новое в стоматологии. — 1996. — № 6. — С. 16–17.
60. *Курбанов О.Р.* Определение потребности населения в различных видах зубных протезов // Российский стоматологический журнал. — 2002. — № 5. — С. 9–11.
61. *Курбанов О.Р.* Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи населения Ташкентской области Узбекистана: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ташкент, 1991. — 21 с.
62. *Курбанова Э.А.* Клинико-эпидемиологические и медико-гигиенические аспекты распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан: Дис. ... канд. мед. наук / Э.А. Курбанова. — 2006.
63. *Курьянов А.К.* О прогнозировании потребности в ортопедической стоматологической помощи // Стоматология. — 1979. — № 2. — С. 74–75.
64. *Лабунец В.А.* Использование некоторых методик стоматологического обследования при изучении потребности населения в стоматологической помощи // Вісник стоматології. — 1998. № 2. — С. 74–77.
65. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. — С. 287–288, 304–305, 307–310.

66. *Луговой В.Е.* Здоровье населения пожилого возраста // *Здравоохранение Российской Федерации.* — 2002. — № 3. — С. 27–28.
67. *Любенко О.Г.* Ортопедическая стоматологическая диспансеризация работников сельского хозяйства // *Стоматология.* — 1981. — № 4. — С. 68–70.
68. *Максимова Е.М.* Изучение заболеваемости и уровня оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи населению Ставропольского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. — М., 2007.
69. *Максимова С.Г.* Социально-психологические аспекты формирования одиночества лиц пожилого и старческого возраста // *Клиническая геронтология.* — 2001. — № 1–2. — С. 52–54.
70. *Максимова Т.М., Гаенко О.Н.* Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* — 2003. — № 1. — С. 3–7.
71. *Маргвелашвили В.В.* Определение потребности населения республики Грузия в ортопедической стоматологической помощи и пути повышения ее эффективности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 26 с.
72. *Милекевич В.Ю., Колос Г.А. и др.* Анализ протезирования частичной потери зубов мостовидными протезами. — Сборник научных трудов Волгоградского мед. института. — Волгоград, 1970. — Т. 77. — Вып. 4. — С. 176–179.
73. О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ. Приказ № 297 от 28.07.99 // *Врач.* — 2001. — № 2. — С. 17–32.
74. *Огородников М.Ю.* Новый класс конструкционных материалов на основе полиуретана для ортопедической стоматологии: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — С. 142–144.
75. *Ольховская Е.Б.* Состояние зубов у лиц пожилого возраста в Тверской области: Дис. ... канд. мед. наук. — 1997. — С. 145.

76. *Онгоев П.А.* Динамика и характер функциональных особенностей органов и тканей полости рта пришлого населения Крайнего Севера при различных состояниях зубочелюстной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2000. — 17 с.
77. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 г. Госкомстат России. — М., 2003. — 48 с.
78. *Пак А.Н.* Стоматологический статус у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. ... к.м.н. — М., 1990. — 17 с.
79. *Петров А.Ф.* Ошибки при несъемном мостовидном протезировании и некоторые меры их устранения. — В книге: Сборник научных работ. — Чебоксары, 1971. — Вып.5. — С. 187–194.
80. *Пономарева В.А.* Механизмы развития и способы устранения зубочелюстных деформаций. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1974. — С. 112.
81. *Почтарев А.А.* Частичные дефекты зубных рядов после удаления зубов. — В книге: Проблемы ортопедической стоматологии. — Киев, 1966. — Вып. 1. — С. 89–92.
82. *Пузин С.Н., Гришина Л.П., Храмов И.С.* Инвалидность как геронтологическая проблема. — М., 2003. — 208 с.
83. *Рожко Н.В.* Нуждаемость в зубном протезировании // Сборник профилактических стоматологических заболеваний. — М., 1989. — С. 256–277.
84. *Рытенкова О.Л.* Медико-социальные аспекты здоровья и организации помощи лицам старшего возраста. Автореферат дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук, 2006.
85. *Семенюк В.М., Гуц А.К., Калютина Т.Н.* Методические подходы при использовании корней фронтальных зубов, разрушенных ниже уровня десны, для протезирования. — Омск, 1996. — 20 с.

86. Семенюк В.М., Яковлев К.К., Стафеев А.А. и др. Нуждаемость населения Омской области в различных конструкциях зубных протезов // *Стоматология*. — 1996. — Спец. выпуск. — С. 31–32.
87. Семенюк В.М., Яковлев Н.И., Стафеев А.А. Применение фарфора и металлокерамики при лечении дефектов зубов и зубных рядов // *Материалы юбилейной научной сессии*. — Омск, 1995. — С. 248–253.
88. Сергичева Н.В. Определение нормативов потребности сельского населения в ортопедическом стоматологическом обслуживании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Краснодар, 1966. — 18 с.
89. Сирак С.В. Стоматологическая заболеваемость взрослого населения основных климато-географических зон Ставропольского края (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. — 2003. — 144 с.
90. Сируянц И.В. Результаты ортопедического лечения дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями протезов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Кубанская ГМА. — Краснодар, 1999. — 20 с.
91. Соловьев М.М., Григорьев В.А., Клячкина М.М. Решение некоторых организационно-методических вопросов комплексной профилактики стоматологических заболеваний с учетом состояния ортопедической помощи населению // *Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии*. — М., 1987. — Т. I. — С. 83–84.
92. Сорокин В.Н., Трифонов Б.В., Прокудин И.Н. Эпидемиологическая характеристика основных стоматологических заболеваний // *Бюллетень научно-исследовательского института общественного здоровья*. Вып. 6. — М.: РАМН, НИИ общественного здоровья, 2006. — С. 35–37.
93. Тимачева Т.Б. Научное обоснование потребности населения крупных промышленных центров в дифференцированной стоматологической ортопедической помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1996. — 18 с.

94. *Тимачева Т.Б.* Эпидемиологическое обследование больных по системе ВОЗ для определения заболеваемости и нуждаемости в ортопедическом лечении // Актуальные вопросы стоматологии. — Сборник научных статей. — Волгоград, 1994. — С. 219–221.
95. *Токарева Л.П.* Сравнительная оценка показателей заболеваемости лиц пенсионного возраста (по сведениям об обращаемости и данным комплексных медицинских осмотров) // Советское здравоохранение. — 1979. — № 2. — С. 28–32.
96. *Тутьбович И.И.* Материалы и разработка частных показаний к несъемному протезированию включенных дефектов зубных рядов.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 1968. — 20 с.
97. *Усманова Р.С.* Распространенность стоматологических заболеваний и нормативы потребностей г. Алма-Ата в ортопедической стоматологической помощи: Автореф. дис. ... канд. наук. — М., 1977. — 21 с.
98. *Чеботарев Д.Ф.* Обучение и подготовка медицинского персонала по гериатрии // Советское здравоохранение. — 1980. — № 3. — С. 18–23.
99. *Черкасская Е.А., Величко Н.Н., Кузнецова СМ., Воронов А.А.* Социально-демографическая характеристика и оценка уровня здоровья сельского населения старшего рабочего и пенсионного возраста / Проблемы старения и долголетия. — Киев, 1992. — Т. 2, № 1. — С. 84–89.
100. *Черный Ю.В.* Состояние здоровья пенсионеров МВД России и совершенствование их санаторно-восстановительного лечения: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук, код спец. 14.00.53 — 2004.
101. *Шамов И.М.* Совершенствование методов профилактики заболеваний пародонта у детей и подростков Республики Дагестан // Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2003. — 22 с.
102. *Шигабутдинова Ф.Г., Агишева К.Н., Илюхин И.А.* Медицинские и социальные аспекты наблюдения геронтологических больных в амбу-

- латорных условиях // Казанский медицинский журнал. — 1992. — № 1. — С. 70–72.
103. Шкарин В.В., Волочковский Б.Т., Позднякова М.А. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России. — Н. Новгород, 2006. — 160 с.
104. Щепин О.П. Проблемы здоровья населения Российской Федерации и его прогноз на период до 2005 г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2001. — № 3. — С. 3–10.
105. Щербаков А.С. Аномалии прикуса у взрослых. — М.: Медицина, 1987. — 191 с.
106. Щербаков А.С. Пределы и методика увеличения межальвеолярной высоты // Стоматология. — 1987. — № 4. — С. 20–22.
107. Юшманова Т.Н., Образцов О.Л., Суханов С.А. Стоматологический статус пожилых людей, проживающих на Севере // Проблемы нейростоматологии и стоматологии: научно-практический журнал. — 1998. — № 3. — С. 64–65.
108. Яцмирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: учебное пособие для студентов вузов. — М.: Гуманист. изд. центр ВЛАДос, 1999. — 244 с.
109. Akin-Nergiz N., Nergiz I., Schmage P. Interdisciplinary concepts in treating adult patients // Orofac. Orthop. — 1997. — N 53. — P.: 340–351.
110. Appollonio I. Sensory Impairments and Mortality in an Elderly Community Population: A Six-year Follow-up Study // Age and Ageing. — 1995. — Vol. 24. — N. 1. — P.: 30.
111. Beck J.D. The epitemiology of dental diseases in the elderly // Gerontology. — 1984. — N 3. — P.: 5–15.
112. Beckman A., Hakansson A., Rastam L., Lithman T., Merlo J. The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns

- of health care utilisation and socioeconomic differences: a multilevel analysis of Malmo, Sweden. *BMC Public Health*. – 2006. —N 6. — P.: 71.
113. *Chauhan M.S., Kuntz R.E., Ho K.L., Cohen D.J., Popma J.J., Carrozza J.P. Jr et al.* Coronary artery stenting in the aged. *J Am Coll Cardiol*. – 2001. — Vol.37, N3. – P.: 856–862.
114. *Dalrymple-Hay M.J., Alzetani A., Aboel-Nazar S., Haw M., Livesey S., Monro J.* Cardiac surgery in the elderly. *Eur J Cardiothorac Surg*. – 1999. — Vol.15, N1. – P.: 61–66.
115. *de Oliveira C.M., Sheiham A.* Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents // *J Orthod*. – 2004. — Vol.31, N 1. – P.: 20–27.
116. *Dean H.T.* (1942). The Investigation of Physiological Effects by the Epidemiological Method. In *Fluorine and Dental Health*, ed. F. R. Moulton. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science; 1942.
117. *Diggory P., Franks W.A.* Glaucoma therapy may take your breath away // *Age and Ageing*. — 1997. — Vol. 26. — N 1. – P.: 63.
118. *Douglass C.W., Shih A., Ostry L.* Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? // *J Prosthet Dent*. – 2002. —N 87. – P.: 5–8.
119. *Dolce C., Schader R.E., McGorray S.P., Wheeler T.T.* Centographic analysis of 1-phase versus 2-phase treatment for Class II malocclusion // *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. – 2005. — Vol.128, N 2. – P.: 195–200.
120. *Ekstrand K.R., Martignon S., Ricketts D.J., Qvist V.* Detection and activity assessment of primary coronal caries lesions: a methodologic study // *Oper Dent*. – 2007. — Vol.32, N 3. – P.: 225–35.

121. *Estes C.L., Swan J.H. et al.* The Long Term Care Crisis. Elder Trapped in the No-Care Lone.-Newbury Park, Ca.: SAGE Publications, Inc.,1993. – P.: 1–28.
122. *Figueiral M.H., Azul A., Pinto E. et al.* Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors — a large cohort. //J Oral Rehabil. — 2007. —N 34. – P.: 448–455.
123. *Flint A.J.* Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry. – 1994. —N 151. – P.: 640–649.
124. *Foster Page L.A., Thomson W.M.* Malocclusion and uptake of orthodontic treatment in Taranaki 12-13-year-olds // N Z Dent J. – 2005. — Vol.101, N 4. – P.: 98–105.
125. *Franken R.A., Taddei C.G., Maia I.G., Wajngarten M., Batlouni M., Souja J.E.M. et al.* Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. – 2002. — Vol.79(Suppl. 1). – P.: 1–46.
126. *Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu M.H.N.G. et al.* Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians / J Oral Rehabil. — 2008. . —N 35. – P.: 370–374.
127. *Gallahan D., Jter Meulen R.H., Topincova E.A.* World Growing Old. The Coming Health Care Challenges.-Washington, D.C.: Georgetown University Press, 1995. – P.: 1–106.
128. *Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S., Dawson D.A., Chou S.P., Ruan W.J., Huang B.* Prevalence, correlates and comorbidity of bipolar disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.// J Clin Psychiatry 2005. – Vol.66, N10. – P.: 1205-1215.
129. *Hansson L.* Hypertension in the elderly. //J Hypertens. – 1996. – N 14 (Suppl). – P.: S17–S21.
130. *Hunt O., Hepper P., Johnston C., Stevenson M., Burden D.* Profes-

- sional perceptions of the benefits of orthodontic treatment.//Eur J Orthod. – 2001. — Vol.23, N 3. – P.: 315–323.
131. *Johal A., Cheung M.Y., Marcene W.* The impact of two different malocclusion traits on quality of life // Br Dent J. – 2007. — Vol.202, N 2. – P.: E2.
132. *Jorm A.F. et cet.* Factors associated with the wish to die in Elderly People // Age and Aging. — 1995. — Vol. 24. — Xe5. – P.: 95.
133. *Kannel W.* Coronary Heart Disease Risk factors in the Elderly. //Am J Geriatr Cardiol. – 2002. – Vol.11, N 2. – P.: 101–7.
134. *Keister K.J., Blixen C.E.* Quality of Life and Aging // Gerontological Nursing. — 1998. — Vol. 24. — Ka5. – P.: 24–26.
135. *Kessler R.C., Stang P., Wittchen H.U., Stein M., Walters E.E.* Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. Psychol Med. – 1999. —N 29. – P.: 555–567.
136. *Klages U., Rost F., Wehrbein H., Zentner A.* Perception of occlusion, psychological impact of dental esthetics, history of orthodontic treatment and their relation to oral health in naval recruits // Angle Orthod. – 2007. — Vol.77, N 4. – P.: 675–80.
137. *Maggi S. et cet.* Prevalens rates of Hearing impairment and Comorbid conditions in Older people: the Veneto study // Journal The of American Geriatrics Society. — 1996. — Vol. 46. —N9. — P.: 1069.
138. *Mattick C.R., Gordon P.H., Gillgrass T.J.* Smile aesthetics and malocclusion in UK teenage magazines assessed using the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) // J Orthod. – 2004. — Vol.31, N 1. – P.: 17–9.
139. *Mittelmark M.B., Hunt M.K., Heath G.W., Schmid T.L.* Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases.//J Public Health Policy. – 1993. — Vol.14, N 4. – P.:437–62.

140. *Rodd H.D., Malhotra R., O'Brien C.H., Elcock C., Davidson L.E., North S.* Change in supporting tissue following loss of a permanent maxillary incisor in children // *Dent Traumatol.* – 2007. — Vol.23, N 6. – P.: 328–32.
141. *Oliveira B.H., Nadanovsky P.* Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2005. — Vol.33, N 4. – P.: 307–14.
142. *Parker M.J., Palmer K.R.* Prediction of Rehabilitation after Hip Fracture // *Age and Aging.* — 1995. — Vol. 24. — Jfel. — P. 97.
143. *Peau W.* Biological aging measurement — clinical applications. — Los Angeles: The Center for Bio-Gerontology, 1986. — 400 p.
144. *Phoenix E., Irvine Y., Kohr R.* Stories. Group therapy with Elderly Depressed Women // *Journal of Gerontological Nursing.* — 1997. — Vol. 23. — Ns4. — P.M.
145. *Redford M., Drurv T.F., Kinaman A., Brown U.* Denture use and the technical quality of dental prostheses among persons 18-74 years of age: United States, 1988–1991. Division of Epidemiology and Oral Disease Prevention, National Institute of Dental Research, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892–6401, USA.
146. *Ross J.L.* Atherosclerosis-an inflammatory disease. Review article. Mechanisms of disease. *Engl J Med.* – 1999. — N 340. – P.:115–26.
147. *Shah N., Sundaram K.R.* Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices, oral habits and diet on dental caries experience of Indian elderly: a community-based study // *Gerodontology.* – 2004. — Vol.21, N 1. – P.:43–50.
148. *Shim D.-W.* Health Care of the Elderly Population in Korea // *The Journal of Long Term Home Health Care.* — 1998. — Vol. 17. — Jfel. — P.:29–34.

149. *Shulman J.D., Rivera-Hidalgo F., Beach M.M.* Risk factors associated with denture stomatitis in the United States // *J Oral Pathol Med.* – 2005. — N 34. – P.:340–346.
150. *Slade G.D., Brennan D., Spencer A.J.* Methodological aspects of a computer-assisted telephone interview survey of oral health // *Aust Dent J.* – 1995. — Vol.40, N 5. – P.:306–310.
151. *Slade G.D.* Derivation and validation of a short-form oral health impact profile // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 1997. — Vol.25, N 4. – P.: 284–290.
152. *Slade G.D., Spencer A.J.* Social impact of oral conditions among older adults.//*Aust Dent J.* – 1994. — Vol.39, N 6. – P.:358–364.
153. *Stompler A.P.* Chronic Disease Management: What Happens When Home Health Care Completed? // *Home Health Care Management and Practice.* —1998. — Vol. 10. — N4. – P.:53.
154. *Sturgess I. et al.* Unrecognized Visual Problems amongst Residents of Part3 Homes // *Age and Aging.* — 1994. — Vol. 23. — N 21. — P. 54.
155. *Gaiger de Oliveira M., Thompson L.D., Chaves A.C., Rados P.V., da Silva Lauxen I., Filho M.S.* Management of melanotic neuroectodermal tumor of infancy // *Ann Diagn Pathol.* – 2004. — Vol.8, N 4. – P.:207–12.
156. *Tickle M., Kay E.J., Bearn D.* Socio-economic status and orthodontic treatment need // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 1999. —N 27. – P.:413–418.
157. *Van der Geld P., Oosterveld P., Van Heck G., Kuijpers-Jagtman A.M.* Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality // *Angle Orthod.* – 2007. — Vol.77, N 5. – P.:759–765.
158. *Van Rossum C. T.M., van de Mheen H. et al.* Prevalence, Treatment, and Control of Hypertension by Sociodemographic Factors Among the

- Dutch Elderly. Hypertension. – 2000. —N 35. – P.:814–820.
159. Wong A., Escobar M., Lesage A., Loyer M., Vanier C., Sakinofsky I. Are UN peacekeepers at risk for suicide. //Suicide Life Threat Behav. – 2001. — Vol.31, N 1. – P.:103–112.
160. URL: www.gks.ru, [Дата обращения: 12.03.13].
161. Zissis A., Yannikakis S., Harrison A. A joint clinicostatistical study on the prevalence of Denture Stomatitis. //Int Dent J. – 2006. —N19. – P.: 621–625.