

А. М. Політун, Т. М. Кананович*, О. Д. Головчанська*

*Київський медичний університет Української асоціації
народної медицини, 01004 Київ*

**Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця
МОЗ України, 01601 Київ*

ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ НАДАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Вивчено стоматологічний статус 250 пацієнтів віком 55–89 років. Виявлено, що розповсюдженість карієсу і захворювань тканин пародонта становила 100 %. Рівень стоматологічної допомоги сягає 36,3 %, що розцінюється як недостатній. Отримані дані вказують на низьку мотивацію догляду за ротовою порожниною у пацієнтів літнього і старечого віку, а також на недостатній рівень спеціалізації при наданні стоматологічної допомоги цьому контингенту хворих. Для поліпшення якості життя пацієнтів даної категорії необхідно створення та розвиток окремого напрямку — геронтостоматології.

Ключові слова: стоматологічна допомога, літній і старечий вік, етика, деонтологія.

Важливою проблемою світової спільноти, що потребує вирішення, є старіння населення. За рішенням ООН, вік 60 років розглядають як межу переходу особи в категорію літнього віку. У теперішній час до 10 % населення планети мають вік більше 60 років, і значення цього показника постійно зростають. В Україні кількість населення старше 55 років становить 25,1 %, а старше 60 років — 20,7 % [6]. Частка осіб старше 60 років серед населення Києва становить 16,0 %, що за класифікацією Росета відповідає високому рівню демографічної старості населення; при цьому тип вікової структури населення міста має регресивний характер [5].

Старіння — генетично запрограмований і закономірно зростаючий в часі процес, що розвивається задовго до старості, складається з бага-

тьох ланок і призводить до зниження пристосувальних можливостей людини [2]. До особливостей захворювань у людей похилого віку відносять множинні патологічні зміни, неспецифічні прояви хвороб, швидке погіршення стану здоров'я (якщо не забезпечено лікування), висока частота ускладнень, необхідність реабілітації [11, 12]. Множинність, обтяженість і поєднання загальної соматичної патології, взаємна обумовленість патологічних і вікових змін знижують адаптаційні можливості старіючого організму, визначаючи переважно хронічний перебіг захворювань [1, 2, 16].

Стоматологічне здоров'я — важливий компонент "активної старості" [2, 9, 18, 21]; воно включено в рекомендації ВООЗ відносно загального здоров'я людей похилого віку як один із трьох базових напрямів. У документі ВООЗ "Активна старість — основа політики охорони здоров'я" [13, 21] підкреслена необхідність забезпечення стоматологічного здоров'я для старіючого населення та його величезний вплив на загальне здоров'я і якість життя літніх людей.

Стоматологічний статус людей літнього і старечого віку не лише відображає функціональний вік зубо-щелепної системи, а й слугує індикатором соціально-економічного рівня життя, показує рівень соціальної підтримки цієї категорії населення, стилю його життя й загального стану організму. Саме тому у положеннях соціальної геронтології серед критеріїв оцінки здоров'я людей похилого віку поряд з інтегральною оцінкою здоров'я, ступенню рухомості людей, їх соціальною активністю, гостротою зору, слуху використовується показник кількості зубів, що збереглися (Е. І. Стеженська та співавт., 1978).

Незадовільне стоматологічне здоров'я населення старших вікових груп стає найважливішою проблемою суспільної охорони здоров'я і зростаючим тягарем для всіх країн [3, 4, 8, 10, 14]. При визначенні стратегії і наданні стоматологічної допомоги літнім людям слід враховувати їх вікові особливості. Складність діагностики, низька ефективність терапії, що проводиться, відсутність комплексного лікування в повному обсязі призводять до втрати зубів, порушення жування і мови. Від цього страждає загальний стан людини — як фізичний, так і психологічний [15, 16].

У людей літнього і старечого віку хвороби пародонта є найчастішою причиною втрати зубів [19], що призводить до зміни якості життя цієї категорії населення. Клініко-лабораторними, імунологічними, морфологічними дослідженнями доведено тісний взаємозв'язок захворювань пародонта із загальним станом організму людини [3, 13, 20]. Хвороби пародонта можуть бути предиктором багатьох соматичних захворювань (зокрема, травної, серцево-судинної, ендокринної систем), метаболічних розладів та ін. [2, 3, 17]. Ці взаємозв'язки особливо істотні в осіб літнього та старечого віку.

Стан тканин пародонта, з одного боку, значною мірою обумовлений високою загальною захворюваністю населення у цьому віці, з іншого — неможливо недооцінювати вплив самого процесу старіння. Складність діагностики, низька ефективність комплексного лікування

(яке нерідко проводять не в повному обсязі), відсутність профілактики, зростання ускладнених форм захворювань пародонта, короткотермінові ремісії обумовлюють необхідність постійного пошуку нових методів і засобів лікування. Потреба осіб похилого віку в стоматологічній допомозі дуже велика, а стоматологічний статус — незадовільний [7].

Старіння людини — складний, багатокomпонентний процес, який має неоднозначний перебіг на тлі поліморбідності, і у більшості сучасних людей характеризується як патологічний або прискорений. Для цього вікового періоду характерні зміни в структурі і функціях більшості систем, зменшення їх резервної здатності, а це, в свою чергу, супроводжується підвищеним сприйняттям до хвороб. Враховуючи зростання кількості осіб літнього і старечого віку, проблема надання стоматологічної допомоги з урахуванням вікових (фізичних і фізіологічних) і психологічних особливостей цієї категорії хворих є надзвичайно актуальною.

Мета роботи — вивчити стоматологічний статус осіб літнього і старечого віку, а також рівень задоволення потреб у необхідній їм стоматологічній допомозі.

Обстежувані та методи. Обстежено 250 хворих літнього і старечого віку (мешканців Києва), які звернулись за допомогою у Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. Цих хворих було розподілено на дві групи: 1 — 155 пацієнтів віком 55–74 років, 2 — 95 пацієнтів віком 75–89 років.

Всім пацієнтам проведено повне клініко-рентгенологічне дослідження за стандартною методикою. Інтенсивність карієсу визначали за кількістю уражених ним зубів. З цією метою комітет стоматології ВООЗ (1962 р.) запропонував індекс КПВ (К — карієс, П — пломба, В — видалений), який визначається за сумою значень. Для визначення поширеності та інтенсивності захворювань пародонта серед населення, планування організаційно-методичних заходів щодо лікування цих захворювань, а також для оцінки виду і ступіня тяжкості патологічного процесу у конкретного хворого застосовували комунальний індекс потреби в лікуванні хвороб пародонта — *CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs)*. Також визначали рівень стоматологічної допомоги (РСД) за формулою П. А. Леуса [9]:

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

де К — середня кількість зубів, уражених карієсом, та пломб зі вторинним карієсом; А — середня кількість видалених зубів, дефекти зубних рядів, що не відновлені протезом; КПВ — середня інтенсивність карієсу зубів.

Характеристика індекса:

0–9 % — незадовільний рівень стоматологічної допомоги,

10–49 % — недостатній рівень стоматологічної допомоги,

50–74 % — задовільний рівень стоматологічної допомоги,

75 % та більше — добрий рівень стоматологічної допомоги.

Результати та їх обговорення. Системна оцінка стану порожнини рота виявила наявність карієсу зубів у всіх обстежених, незалежно від вікового періоду. Розповсюдженість карієсу як в осіб літнього, так і старечого віку становила 100 %. Оскільки сам по собі показник КПВ малоінформативний, ми вивчали питому вагу складових індексу КПВ — частоту видалення зубів (індексна оцінка В), а також середню кількість зубів, які підлягають видаленню з приводу ускладненого карієсу та пародонтиту на момент обстеження (таблиця).

Індекс КПВ та його складові у осіб літнього та старечого віку, $M \pm m$

Група, років	Індекс КПВ	Складові індексу КПВ, %				
		К	Ку	Х	П	В
55–74	21,8 ± 0,40	1,6 ± 0,09	1,9 ± 0,11	1,5 ± 0,03	3,4 ± 0,21	13,4 ± 0,75
75–89	25,9 ± 0,64*	1,1 ± 0,06*	0,9 ± 0,04*	1,2 ± 0,05*	3,2 ± 0,12	19,6 ± 0,91*

Примітки: К — зуби, уражені карієсом, що підлягають лікуванню; Ку — зуби з ускладненим карієсом, що підлягають лікуванню; Х — зуби, що підлягають видаленню з приводу ускладненого карієсу і пародонтиту; П — пломбовані зуби, В — видалені зуби; * — $P < 0,05$ порівняно з віком 55–74 років.

Кількість видалених зубів (В) у осіб старечого віку в 1,5 рази більша, ніж у людей літнього віку (див. табл.). Цей елемент індексу складають зуби, видалені до моменту обстеження як із приводу карієсу, так і захворювань тканин пародонта. Диференціювати ці критерії за даними анамнезу складно. Саме тому ми оцінювали елемент індексу Х — зуби, що підлягають видаленню. Цей елемент також містить у собі кількість зубів з ускладненим карієсом і ураженим пародонтом, що не підлягають лікуванню. Найбільшу кількість зубів, що підлягають видаленню, виявлено у віці 55–74 років. Починаючи із 75 років, значення цього показника зменшуються, що обумовлено високою питомою вагою елементу В у обстежених старечого віку (див. табл.).

Велике значення для планування стоматологічної допомоги має детальна структура індексу КПВ. В обох групах обстежених значення показника К + Ку + Х вище, ніж П, що свідчить про низьку мотивацію до лікування і профілактики захворювань порожнини рота і, як наслідок — про високий відсоток видалених зубів через несвоєчасне звернення до лікаря та відсутність проведення консервативного лікування.

Кількість збережених зубів з віком зменшується: від $14,61 \pm 0,8$ у осіб літнього віку до $8,4 \pm 0,5$ у людей старечого віку, що майже в 2 рази менше значення показника збережених зубів, рекомендованого ВООЗ для даних вікових категорій. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, у літніх людей має бути не менше 20 природних функціонуючих зубів [4], і тоді жувальна функція зубощелепної системи вважається задовільною. Крім того, у літніх людей виникають складнощі у спілкуванні, вони знаходяться в стані психологічної пригніченості, знижується рівень їх соціальної адаптації і, як наслідок, відбувається погіршення якості життя.

У зв'язку з порушенням цілісності зубного ряду в зубощелепній системі хворих формуються вузли оклюзійних перевантажень пародонта,

які призводять до зниження жувальної ефективності. Якщо відсутність лише одного першого моляра призводить до втрати жувальної ефективності на 11 % (І. М. Оксман, 1955), то відбувається перевантаження пародонта в ділянці збережених зубів та несприятливий вплив на скронево нижньощелепний суглоб. При цьому необхідно враховувати, що рухомість зуба зменшує коефіцієнт жувальної ефективності: при II ступені — на 50 %, а при III — на 100 % (зуб вважається відсутнім). Зуби зі зруйнованою коронкою, а також з наявністю гострого або хронічного верхівкового пародонтиту оцінюються як відсутні.

При аналізі стану тканин пародонта за структурою індексу *CPITN* виявлені особливості, характерні для даної категорії пацієнтів: високий відсоток виключених секстантів (*CPITN* "X"), переважання ознак незворотніх патологічних змін тканин пародонта — пародонтальні кишені більше 4 мм, *CPITN* "3", "4". Зростання кількості виключених секстантів (показник *CPITN* "X") та інтенсивності ураження тканин пародонта *CPITN* "3", "4" свідчать про значне прогресування патологічного процесу в тканинах пародонта. Слід зазначити, що індекс *CPITN* "3", "4" передбачає обов'язкове проведення таких лікувально-профілактичних заходів:

- навчання та контроль індивідуальної гігієни порожнини рота та проведення його професійної гігієни (фаза 1),
- обов'язкове залучення хірургічних та ортопедичних методів лікування (фази 2, 3).

При демографічній ситуації, що склалася, а також високій потребі населення старших вікових груп у комплексному стоматологічному лікуванні необхідно враховувати РСД. Нами виявлено, що 30 (12,0 %) пацієнтів мали РСД нижче 9 %, що розглядається як незадовільний. Вони в першу чергу потребували раціонального протезування для відновлення цілісності зубного ряду. У 34 (13,6 %) пацієнтів РСД був вище 75 %. У цілому ж РСД становив 36,3 %, що розглядається як недостатній. Але в даному показнику не враховується рівень гігієни порожнини рота та функціональний стан ортопедичних конструкцій, а це дуже важливо при виборі лікування.

Проведений аналіз стоматологічного стану в осіб літнього та старечого віку дозволив виділити загальні його особливості:

- висока розповсюдженість карієсу (100,0 %);
- велика кількість видалених зубів (В) — відповідно $(13,4 \pm 0,75) \%$ та $(19,6 \pm 0,91) \%$;
- відсутність лікування і профілактики через соціально-економічні проблеми (РСД — 36,3 %);
- низька мотивація до лікування.

Низьку мотивацію доглядати у цьому віці за станом порожнини рота ми пояснюємо кількома причинами:

- складність запису на прийом до стоматолога в районній поліклініці і недоступність (фінансова) отримання допомоги у приватних стоматологів;
- неможливість самостійного відвідування стоматолога внаслідок труднощів пересування або тривалих захворювань;

- поширеність думки "відсутність зубів — ознака старості";
- складність самостійного обслуговування, пов'язаного із фізичною слабкістю, і як наслідок — незадовільна гігієна порожнини рота;
- зміна психоемоційного стану — примхливість, дратівливість, вимога підвищеної уваги до себе;
- відсутність додаткових соціальних програм на рівні охорони здоров'я з надання стоматологічної допомоги населенню зазначених вікових категорій та підготовки лікарів-стоматологів для роботи з геронтологічними хворими.

Необхідно також враховувати, що стоматологічна патологія може обтяжувати, посилювати або викликати загострення вже наявної соматичної патології, характерної для цих вікових груп. Геронтологічні пацієнти таким чином потрапляють в замкнуте коло: все більший перехід стоматологічної допомоги в платні послуги (іншими словами, "ринкові стосунки") витіснили пацієнтів літнього та старечого віку за рису соціальної захищеності. Вони не завжди можуть сплатити стоматологічні послуги, однак потреба в комплексному підході (терапевтичний, хірургічний і ортопедичний) дуже висока.

Отже, отримані дані свідчать про недостатній рівень задоволення потреб осіб літнього і старечого віку у стоматологічній допомозі. Враховуючи актуальність підвищення якості життя осіб цієї категорії, у багатьох країнах запропоновано виділити науку про особливості перебігу стоматологічних захворювань у вказаного контингенту населення в окремому галузь — геронтостоматологію. Але навіть за відсутності такої вузької спеціалізації необхідна програма підготовки лікарів-стоматологів для роботи з особами літнього і старечого віку з урахуванням фізіологічного і психологічного стану.

Список використаної літератури

1. *Борисенко Л. Г.* Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья пожилого населения Республики Беларусь // *Стоматол. журн.* — 2004. — № 2. — С. 13–15.
2. *Борисенко Л. Г.* Современная геронтостоматология. — Минск: БГМУ, 2006. — 172 с.
3. *Борисова Е. Н.* Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста при различном состоянии общего здоровья // *Клин. геронтол.* — 2001. — № 5–6. — С. 21–26.
4. *Данилевский Н. Ф., Антоненко М. Ю., Сидельникова Л. Ф.* Мониторинг состояния гигиены полости рта взрослого населения Украины как медицинское обоснование планирования региональных программ профилактики (Сообщение 1) // *Соврем. стоматол.* — 2005. — № 2. — С. 164–168.
5. *Карюхин Э. В.* Старение населения: демографические показатели // *Клин. геронтол.* — 2000. — № 1. — С. 56–61.
6. *Кюнцель В.* Геростоматология. — Берлин, 1990. — С. 160 с.
7. *Леус П. А.* Значение некоторых индексов в эпидемиологических исследованиях болезней пародонта // *Стоматология.* — 1990. — **69**, № 1. — С. 80–83.
8. *Леус П. А.* Состояние стоматологической помощи населению РБ и перспективы ее развития // *Стоматол. журн.* — 2000. — № 10. — С. 5–7.

9. *Леус П. А.* Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей ВОЗ и в сравнении с другими странами // *Соврем. стоматол.* — 1997. — № 2. — С. 3–12.
10. *Луцкая И. К.* Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп // *Стоматология.* — 1995. — 74, № 4. — С. 62–64.
11. *Марксгорс Р.* Геронтостоматология // *Новое в стоматологии.* — 2005. — № 1. — С. 46–67.
12. *Ольховская Е. Б.* Некоторые аспекты современной геронтостоматологии: обзор литературы // *Стоматология для всех.* — 2003. — № 1. — С. 12–16.
13. *Петерсен П. Е., Леус П. А., Борисенко Л. Г.* Улучшение стоматологического здоровья пожилых людей — стратегия стоматологической программы ВОЗ // *Dental Forum (РФ).* — 2005. — № 3. — С. 5–15.
14. *Харитонова М. П., Зуева О. А.* Мотивация к гигиене полости рта у пациентов пожилого и преклонного возраста // *Уральский стоматол. журн.* — 2004. — № 5. — С. 10–13.
15. *Avlund K., Holm-Pedersen P., Morse D. E. et al.* Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years // *Community Dent. Oral Epidemiol.* — 2003. — 31, № 6. — P. 454–462.
16. *Inglehart M. R., Bagramian R. A.* Oral health-related quality of life. — Quintessence publ. Co. Inc., 2002. — 208 p.
17. *Paunio K., Impivaara O., Tiekso J., Maki J.* Missing teeth and ischaemic heart disease in men aged 45–64 years // *Europ. Heart J.* — 1993. — 14. — P. 54–56.
18. *Petersen, P. E., Yamamoto T.* Improving the oral health of older people — the approach of the WHO Global oral health programme // *Community Dent. Oral Epidemiol.* — 2004. — 32. — P. 319–329.
19. *Reich E.* Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe // *Int. Dent. J.* — 2001. — 51. — P. 392–398.
20. *Walls A. W. G., Steele J. G.* Geriatric oral health issue in the United Kingdom // *Int. Dent. J.* — 2001. — 51, № 3. — P. 183–187.
21. *World Health Organization.* Active ageing: A policy framework. — Geneva: WHO, 2002. — 60 p.

Надійшла 28.03.2013

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А. М. Політун, Т. Н. Кананович*, А. Д. Головчанська*

Киевский медицинский университет Украинской
ассоциации народной медицины, 01004 Киев
*Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца МЗ Украины, 01601 Киев

Исучен стоматологический статус 250 пациентов в возрасте 55–89 лет. Выявлено, что распространенность кариеса и заболеваний тканей пародонта составляла 100 %. Уровень стоматологической помощи достигает 36,3 %, что оценивается как недостаточный. Полученные данные указывают на низкую мотивацию ухода за полостью рта у пациентов пожилого и старческого возраста, а также на недостаточный уро-

вень специализации при оказании стоматологической помощи этому контингентубольных. Для улучшения качества жизни пациентов данной категории необходимо создание и развитие отдельного направления — геронтостоматологии.

**ETHICAL AND DEONTOLOGICAL ISSUES
OF RENDERING DENTAL SERVICE TO ELDERLY
AND OLD SUBJECTS**

A. M. Politun, T. N. Kananovich*, A. D. Golovchanska*

Kyiv Medical University of Ukrainian Association of Folk
Medicine, 01004 Kyiv

*A. A. Bogomolets National Medical University Ministry of
Health Ukraine, 01601 Kyiv

Reviewed was a dental status of 250 patients aged 55–89. The occurrence of caries and diseases of parodontal tissues turned out to be 100 %. The level of dental services reached 36.3 %, which was considered to be inadequate. The data obtained pointed to the low motivation for caring after oral cavity of the elderly and old patients, as well as to the insufficient level of specialization in rendering dental services to such patients. To improve the quality of their life there is a need to set up and develop special branch — gerontostomatology.

Відомості про авторів

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

А. М. Політун — зав. кафедри терапевтичної стоматології, д.м.н., професор

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України

Кафедра терапевтичної стоматології

Т. М. Кананович — асистент (kananovichtatyana@mail.ru)

О. Д. Головчанська — асистент, к.м.н.