

УДК 616.31

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Черемных А.И.¹, Русских И.С.¹

¹ ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

(614000, Пермь, ул.Петропавловская, 26), email: anna_cheremnyh@mail.ru

Черемных А.И. (Cheremnykh A.I.) – студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Русских И.С. (Russkikh I.S.) – студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Для корреспонденции: Черемных Анна Ивановна, 614000, Пермь, ул. Петропавловская, 26, email: anna_cheremnyh@mail.ru, тел. +79824536804

Специальность 14.01.14 – Стоматология

Последние десятилетия характеризуются демографическими изменениями, увеличивается доля лиц пожилого возраста, что происходит в большинстве стран мира.

С возрастом в организме человека происходят необратимые процессы. Они затрагивают весь организм, в т.ч. челюстно-лицевой аппарат.

Здоровье органов и тканей полости рта является важной составляющей частью здоровья человека в целом, когда данное понятие рассматривается не только как отсутствие того или иного заболевания, но и как наличие оптимально функционирующего организма, адаптированного в обществе психологически и социально

Высокая распространенность стоматологических заболеваний среди пожилого населения обусловлена прежде всего тем, что в челюстно-лицевой системе с возрастом происходят как морфологические, так и физиологические изменения. Поэтому при планировании вмешательств необходимо учитывать возраст пациента, состояние полости рта, отношение его к предстоящему лечению, психическое здоровье, а также мобильность.

Ключевые слова: геронтостоматология, пожилой возраст, стоматологическое здоровье, изменения челюстно-лицевой области

Recent decades are characterized by demographic changes, the proportion of elderly people is increasing, which occurs in most countries of the world.

With age, irreversible processes occur in the human body. They affect the whole body, including maxillofacial apparatus.

The health of organs and tissues of the oral cavity is an important component of human health as a whole, when this concept is considered not only as the absence of a disease, but also as the presence of an optimally functioning organism adapted psychologically and socially in society

The high prevalence of dental diseases among the elderly is due primarily to the fact that both morphological and physiological changes occur in the maxillofacial system with age. Therefore, when planning interventions, it is necessary to take into account the patient's age, oral condition, his attitude to the upcoming treatment, mental health, and mobility.

Key words: gerontostomatology, advanced age, dental health, changes in the maxillofacial region

DENTAL PORTRAIT OF AGED PATIENTS

Cheremnykh A.I.¹, Russkikh I.S.¹

¹ Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Лица пожилого возраста в 65–74 года теряют более половины зубов, тем самым увеличивая спрос на протезирование, требующего не малые затраты. Глобальные цели ВОЗ предусматривают, что в будущем 75 % пожилых лиц должны иметь 20 или более зубов, все изменения тканей зубов после завершения их формирования могут считаться возрастными изменениями. У пожилых лиц имеются свои возрастные особенности патогенеза, клинической картины и течения заболеваний полости рта.[1]

С возрастом происходят существенные функциональные и структурные изменения организма, имеющие индивидуальные различия. При этом одни индивидуумы оказываются старше своего паспортного возраста, а другие - моложе. Речь идет не столько о внешних признаках, сколько о физиологических, анатомических, психологических проявлениях старения.

Старение обусловлено внешними и внутренними факторами. Внутренние факторы старения заключаются в особом положении хромосом и заложенного генотипа, что во многом определяет индивидуальный обмен веществ, нейроэндокринную регуляцию и стабильность иммунологического статуса. От внутренних факторов зависит успешная возрастная адаптация организма к изменениям условий жизни. Внешние факторы старения заключаются в определенном образе жизни, уровне физической активности, вредных привычках, подверженности стрессам и болезням.[1,2]

Психологический портрет пациентов пожилого возраста

В период старения *трудовая деятельность перестает быть ведущей*, индивид ощущает, как его социальный статус падает, что приводит к формированию у пожилого человека *высокого уровня тревожности*, а это становится причиной ухудшения самочувствия. При выходе на пенсию, пожилому человеку необходимо наладить новое поприще для приложения собственных сил и умений, иначе круг его интересов начнет постепенно сужаться, а снижение коммуникативных способностей в результате может привести к эмоциональному кризису.

Нередко в пожилом возрасте у людей наблюдается *излишняя болтливость*, а речь характеризуется лишними уточнениями и уходит далеко от сути, как правило, это

свидетельствует о дефиците общения. Такие люди словно хватаются за любую возможность пообщаться, поговорить, ведь способность к установлению личных контактов ослабевает, а родные знают все рассказы буквально наизусть. В таких случаях наблюдается *повышенная серьезность, снижение чувства юмора, обидчивость, тревожность и мнительность*. [2,5]

Многие пожилые люди начинают страдать психосоматическими заболеваниями, они словно убеждают себя, что неизлечимо больны, хуже того, они *свыкаются с ощущением постоянной болезни*, считая это нормой в своем возрасте. Основные причины таких состояний заключаются в ложных установках, неудовлетворенных амбициях и психоэмоциональном стрессе. У части пожилых людей не выявляются заболевания, однако они продолжают симулировать свое состояние, *стремясь привлечь внимание близких* и оставаться в центре внимания. [2]

Зависимость от других людей размывает границы психической реальности у пожилых людей, нарушая психологическую безопасность, поэтому они ощущают напряженность и нередко испытывают синдром «мученика». Симптоматика данного синдрома выражается в том, что, страдая от заболеваний (реальных или вымышленных), человек начинает перекладывать свои мучительные переживания на окружающих, в том числе для того, чтобы подчеркнуть собственную значимость. Как правило, *синдром «мученика»* наблюдается у пожилых одиноких матерей, которые таким образом стремятся оказывать воздействие на ход жизни взрослых детей. Пожилые люди должны ощущать внимание и понимание их меняющегося состояния молодыми людьми. [5]

Изменения в лице

Выражение лица зависит от многих причин, в частности, от строения губ. Их конфигурация меняется в пожилом возрасте. Ротовая щель образует почти прямую линию. Вследствие потери мышечного тонуса отвисает нижняя губа. Носогубные и подбородочные борозды, в старости превращаются в глубокие складки. На наружной поверхности губ образуются вертикальные и веерообразные складки. Кожа лица приобретает желто-коричневый оттенок, а вблизи рта у некоторых людей появляются отложения коричневого цвета. В коже губ появляется ряд изменений: роговой слой утолщается, эпидермис истончается. Атрофические изменения возникают в рыхлой волокнистой соединительной ткани: уменьшаются сосочки и исчезают эластичные волокна. На коже постепенно появляются морщины. У пожилых людей атрофируются сальные железы, потовые железы уменьшаются, запусевают, а иногда замещаются

жировой тканью. При склерозировании и гиалинозе сосудистых стенок суживается просвет артерий, а просвет вен расширяется, вследствие этого, ткани губ как бы усыхают. Из-за шелушения кожи и образования мелких чешуек закупориваются протоки слюнных и потовых желез. Появляются старческие ангиомы, телеангиоэктазии, невусы, кератозы, бородавки. Поверхностные сосуды удлиняются и становятся извилистыми. Сильно меняются черты лица у людей, не имеющих зубов. При потере фронтальных зубов отмечаются западение губ и вторичная атрофия челюсти. Губная кайма смещается внутрь, кончик носа приближается к подбородку. Уменьшается высота нижней трети лица. Развивается дряблость жевательных и мимических мышц.[2,3]

Изменения в мышцах и височно-нижнечелюстном суставе

По мере старения организма уменьшается количество белков в мышечных волокнах, происходит их молекулярная перестройка, уменьшается потребление кислорода мышечной тканью, происходит снижение окислительной способности, что приводит к атрофии мышечных волокон. В мышцах увеличивается количество соединительной ткани. Приспособительные механизмы у человека очень лабильны. Лишившись зубов, он начинает приспосабливаться к вновь возникшим условиям приема пищи. Для того, чтобы раздавить пищу, вводимую в полость рта, больной должен максимально напрячь мышцы, поднимающие нижнюю челюсть. При этом у лиц пожилого и старческого возраста после потери зубов вырабатывается новый тип жевания с преобладанием вертикальных движений нижней челюсти над сагиттальными и трансверзальными.

Височно-нижнечелюстные суставы меняют свои морфологические структуры. Вследствие утраты зубов или их стертости суставные головки нижней челюсти все более смещаются дистально, суставная поверхность уплощается, в суставном диске, суставных головках и связках наблюдается перестройка. В связи с изменением функции жевания и глотания диски деформируются, суставные бугорки атрофируются. На рентгеновских снимках отмечают незначительные сужения суставной щели, деформацию головок нижней челюсти, появление на хрящевой поверхности узур и обызвествление мест прикрепления суставной капсулы к кости. Базальный слой хряща обызвествляется, что объясняет четкость контуров головки и суставной ямки. Следует отметить, что структуры костной ткани челюстей, их форма и взаимоотношение элементов височно-нижнечелюстного сустава зависят от состояния зубных рядов и наличия достаточного количества антагонизирующих пар зубов, что сохраняет функцию и высоту нижнего отдела лица. Поэтому изменения костной основы челюстей и суставов в старческом возрасте рассматривается как результат потери зубов и атрофических процессов.[3]

Изменения в тканях зуба

Эмаль. Один из внешних признаков старения зубов — изменение окраски эмали. Она становится более темной и может принимать различной интенсивности желтовато-коричневатый оттенок. Потемнение зубов объясняют образованием значительного количества вторичного дентина, изменениями пульпы, отложениями липохромов и ороговением кутикулы эмали. Окраска зубов также зависит от степени проникновения красящих элементов из слюны и пищи в органические вещества эмали, которые их адсорбируют. В ряде случаев изменение цвета взаимосвязано с профессиональной деятельностью, курением. Темно-коричневый цвет может быть признаком хронической интоксикации тяжелыми металлами. У курильщиков эмаль темно-коричневого, бурого и даже черного цвета. Наиболее резко потемнение зубов проявляется во фронтальном участке/ Это связано с большим износом эмали и повышением прозрачности (кажущееся потемнение). С возрастом эмаль твердеет вследствие накопления минеральных солей. В зубах стариков полностью стираются грани призм, только расположение кристаллов указывает на их границы. Признаком возрастных изменений являются трещины эмали на губных поверхностях фронтальных зубов. В них определяются очень мелкие апатиты и минерализованные бактерии, похожие на зубной камень наступает атрофия амелобластов и эмаль перестает реагировать на процессы, происходящие в организме.[6]

Дентин. Физиологическое стирание, продолжающееся до глубокой старости, сопровождается отложением вторичного дентина в рогах пульпы и вблизи режущего края коронки, что приводит к уменьшению полости зуба. Вторичный дентин зубов лиц пожилого возраста называется «остеодентином». Он состоит из уменьшенного количества дентинных канальцев, которые нередко вообще отсутствуют (Окбан, 1953). При кариесе и других патологических процессах образуется вторичный дентин, где наряду с участками, имеющими канальцы, имеются зоны лишенные их. Они состоят лишь из основного вещества, в котором коллагеновые волокна располагаются неправильно, образуя иррегулярный дентин. Дентин пожилых людей иногда принимает желтую окраску. Он менее чувствителен, и может превращаться в прозрачную массу однородной структуры (прозрачный дентин). [6]

Цемент. Цемент корня с возрастом утолщается, достигая у пожилых людей толщины в 3 раза больше, чем у молодых. Иногда появляются гаверсовы каналы. В старческом возрасте цемент проникает через отверстие верхушки зуба в канал корня. Таким образом компенсируется непрерывное «удлинение» зубов, которые теряют синдесмоподобное прикрепление. Хотя цемент и является разновидностью костной ткани, в отличие от нее

он с постарением организма не атрофируется и не резорбируется. Наоборот, утолщение цемента происходит за счет напластований и обогащения солями.

Минеральный состав. Увеличивается кальцификация зубов, возможно за счет уменьшения влаги и органических веществ. Увеличивается содержание фторидов в 2–3 раза. Зубы становятся более устойчивыми к деминерализующим агентам.

Пульпа. В пульпе зуба увеличивается количество фиброзных волокон. Это приводит к склерозированию пульпы и превращению ее в плотную фиброзную ткань. Количество клеточных элементов уменьшается, ферменты разрушаются. Одонтобласты меняют свою форму — из грушевидных они превращаются в колбообразные, нарушается их расположение. Отмечается вакуольная дистрофия (рис.1). У пожилых людей в пульпе зубов много петрификатов различной величины, появляются варикозные вены, флебиты, развивается атеросклероз, а иногда наблюдается запустение сосудов вплоть до их полной облитерации. В нервах пульпы также обнаруживаются старческие изменения, ведущие к потере их функций.

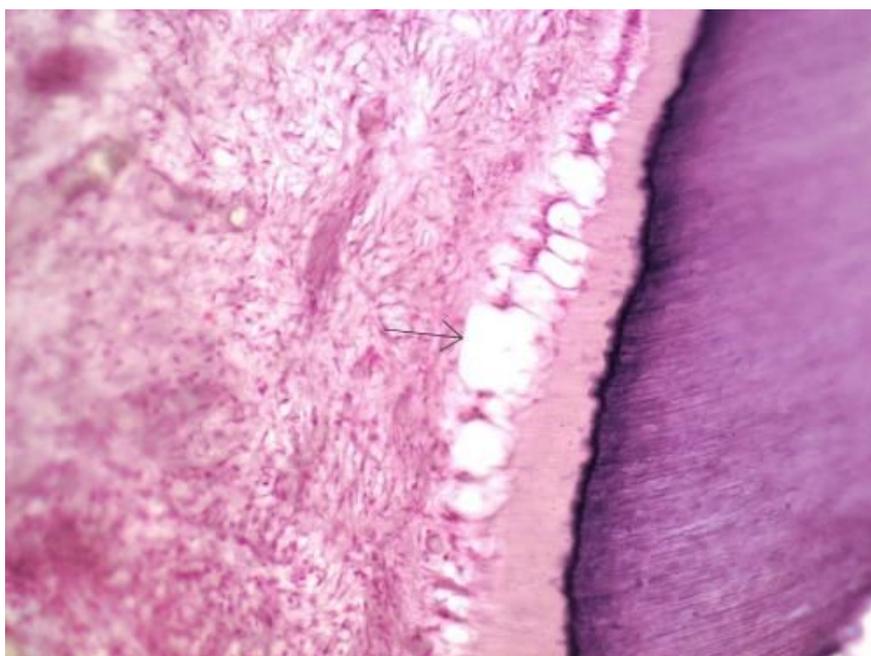


Рис.1 Вакуольная дистрофия одонтобластов

Десна. Соединительная ткань десны становится плотнее, уменьшается количество межклеточной жидкости, теряется эластичность, волокна грубеют и снижается число фибробластов. Истончается эпителиальный слой в местах с неороговевающим эпителием и, наоборот, отмечается гиперплазия в местах с ороговевающим эпителием. С возрастом наблюдаются изменения краевого эпителия, в апикальной его части происходит

невоспалительный спад на 1–7 мм за каждое десятилетие. Это приводит к рецессии десны и удлинению клинической коронки, обнажению корневого цемента.

Периодонтальная связка. Наблюдается уменьшение коллагеновых волокон и увеличение эластических, уменьшение митотической активности и количества мукополисахаридов, происходят атеросклеротические изменения. С возрастом может наблюдаться утолщение пер иодонтальной связки, связанное с высокими функциональными нагрузками.

Изменения слизистой оболочки полости рта в пожилом возрасте

После 60 лет в покровном эпителии слизистой оболочки щек и губ выражены атрофические изменения: истончен эпителиальный пласт, уменьшены клетки, сглажены эпителиальные гребешки. Слизистая оболочка полости рта приобретает серовато-белый цвет вследствие ороговения многослойного плоского эпителия, уменьшается количество эластических волокон, в коллагеновых волокнах наступает гиалинизация. Это приводит к неподвижности слизистой оболочки. Слизистая оболочка твердого неба утолщается, становится рыхлой, не связана с подлежащей костью. Подслизистый слой хорошо развит, в нем содержится значительное количество слизистых желез и рыхлая жировая клетчатка.

Язык. Многие авторы отмечают, что в 70 % случаев у стариков снижается вкусовая чувствительность на сладкое и у 40 % – на кислое и горькое. Отсутствие вкусовой чувствительности отмечено у 14 % пожилых людей, у 20 % лиц старческого возраста и у 37 % долгожителей. К признакам старения относят депиляцию языка и кератоз слизистой оболочки. В 50 % случаев наблюдается атрофия сосочков, поэтому поверхность языка становится гладкой. Складки языка или бороздки, наблюдаются у многих людей пожилого и старческого возраста, их относят к геронтологическим признакам. Возрастное опущение полости рта, отсутствие зубов, ослабление артикуляции приводят к нарушению образования звуков.[6]

Научные исследования показали, что в основной популяции каждый четвертый жалуется на сухость в полости рта или симптомы, ассоциирующиеся с сухостью. Из этого следует, что сухость полости рта довольно широко распространена. Ксеростомия — это далеко не единственный симптом. Пациенты, имеющие сухой рот, часто жалуются на ряд проблем. Клинические изменения в полости рта, ассоциируемые с ксеростомией, являются следствием снижения защитной функции слюны. Поражаются твердые и мягкие ткани. У пациентов с сухостью полости рта часто наблюдается активный кариес, большое количество пломб. Более того, кариозные поражения чаще локализуются на поверхностях,

на которых обычно кариеса не бывает: нижние передние резцы, бугры, пришеечные области, на поверхностях зубов, которые ранее были восстановлены.[4,5]

Кандидозы — это еще одно из общих состояний, выявленных у пациентов с ксеростомией. Слизистая полости рта становится бледной и сухой. На языке появляются глубокие трещины.

Состояние полости рта у пожилых лиц так же зависит от психологических факторов. Как правило, типичным состоянием является наличие нескольких хронических заболеваний, которые могут ограничивать способность к уходу за полостью рта, что благоприятствует образованию зубного налета и возникновению кариеса и как следствие приводит к заболеванию пародонта. Многие из них принимают различные медикаменты, которые оказывают влияние на ткани и органы полости рта. Первое место по распространенности занимает сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), лекарственные препараты способны вызывать разрастание десневого края (гипертрофический гингивит). Это циклоспорины, антагонисты кальция (нифедипин). Часть гипотензивных препаратов, антидепрессантов и нейролептиков могут воздействовать на секрецию слюны, снижение которой обуславливает повышенную повреждаемость слизистой оболочки полости рта[4].

Список литературы

- 1) Борисова Е. Н. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому и старческому возрасту / Е. Н. Борисова // Российский стоматологический журнал. — 2000. — № 3. — С. 22—26.
- 2) Кандейкина, Н.В. Распространенность и клинические особенности полного отсутствия зубов у лиц пожилого и старческого возраста: дис...канд. мед. наук - Казань, 2001. – 85 с
- 3) Кюнцель, В. Геростоматология / В. Кюнцель. Берлин, 1990. 160 с
- 4) Сельпиев Т. Т., Коомбаев К.К., Мурзалиев А.Д. Медицинские и социальные аспекты оздоровления населения в разные возрастные периоды // Известия вузов. – 2011. - №5. - С. 95-96
- 5) Пейсахович, И. М. Геронтостоматология / И. М. Пейсахович [и др.]. Киев, 1973. 191 с.
- 6) Whelton, H. The impact of oral health on the quality of life / H. Whelton // Quintessenz Verlags – GmbH, Berlin, 2003. P. 124.