

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника по  
науке Главного управления  
кадровой политики, учебных  
заведений и науки

Н.И. Доста



20 июня 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель  
министра здравоохранения  
В.М. Ореховский



20 июня 2000 г.

Регистрационный № 83-0006

## ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Минск 2000

***Учреждение-разработчик:***

Белорусский государственный институт усовершенствования врачей

***Авторы:*** д-р мед. наук, проф. И.К. Луцкая, д-р мед. наук, проф. А.С. Артюшкевич, Е.И. Марченко, Е.Е. Ковецкая

***Рецензенты:*** д-р мед. наук, проф. В.П. Сытый, канд. мед. наук, доц. С.А. Наумович

Методические рекомендации посвящены важному разделу стоматологии и геронтологии — оказанию стоматологической помощи лицам старших возрастных групп. Дана общая характеристика стоматологической заболеваемости и системы обслуживания пациентов старших возрастных контингентов. Подробно описаны особенности обследования полости рта, диагностики и дифференциальной диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний у пожилых людей. Даны рекомендации по выбору методов лечения твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта с учетом сопутствующей патологии.

Методические рекомендации могут использоваться врачами-стоматологами и студентами стоматологических факультетов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Охрана здоровья трудящихся в нашей стране обеспечивается государственной системой социальных медико-санитарных мероприятий.

Основные направления в области системы здравоохранения и медицинской науки, вытекающие из концепции ускорения социально-экономического развития, предусматривают кардинальное повышение качества медицинского обслуживания, максимальное использование достижений медицинской науки, дальнейшее улучшение состояния здоровья населения.

В связи с этим перед практическими врачами ставится важная и нелегкая задача, требующая соответствующего объема знаний и позволяющая при соблюдении индивидуального подхода учитывать возрастные особенности, дифференцировать возрастные проявления от симптомов патологических процессов.

Настоящие методические рекомендации составлены на основании анализа соответствующей литературы, собственного изучения состояния органов полости рта у 1462 лиц в возрасте от 50 до 96 лет, а также обобщения положительного опыта работы ряда лечебных учреждений. Материалы получены при обследовании инвалидов Великой Отечественной войны, подопечных домов-интернатов для престарелых, пациентов стоматологических поликлиник г. Минска.

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СИСТЕМА ОБСЛУЖИВАНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ КОНТИНГЕНТОВ**

По данным литературы и результатам собственных исследований, нарастание с возрастом стоматологической заболеваемости приводит к тому, что стоматологически здоровых лиц в возрасте старше 65 лет оказывается менее 1,0%.

Индекс КПУ обследованного контингента составляет в среднем,  $15,37 \pm 0,22$ , увеличиваясь с возрастом. Если в 50–59 лет поражены  $9,9 \pm 0,57$  зубов на 1 человека, то в 60–69 лет —  $14,40 \pm 0,62$ , в 70–79 лет —  $19,97 \pm 0,70$ , а после 80 лет —  $24,97 \pm 1,12$  зуба. Причем объективное определение показателя КПУ значительно затруднено, так как  $13,85 \pm 0,60\%$  от всех сохранившихся зубов покрыты металлическими коронками, что составляет около 2 зубов на человека.

Высокий индекс КПУ обуславливает необходимость значительного объема терапевтических вмешательств.

Подвижность зубов, подверженных пародонтиту и одиночно стоящих, а также наличие корней разрушившихся зубов ( $4,09 \pm 0,3$ ), определяют высокую нуждаемость в хирургической помощи и последующем протезировании зубных рядов. Встречаются практически все виды дефектов зубных рядов, требующих протезирования. С возрастом резко увеличивается число лиц, полностью беззубых и нуждающихся в полном съемном протезировании, составляя после 80 лет  $40,1 \pm 3,04\%$ . Лишь  $29,9 \pm 4,8\%$  имеют протезы и пользуются ими,  $18,4 \pm 3,41\%$ , имея протезы, не пользуются ими вследствие плохой фиксации. Нередко старики не желают

протезироваться по состоянию здоровья либо привыкнув измельчать пищу адаптировавшейся слизистой оболочкой десны.

Особого внимания у лиц старших возрастных групп заслуживают поражения слизистой оболочки полости рта. Отдельные возрастные изменения бывает трудно дифференцировать от патологических процессов. Нередко встречаются атрофии нитевидных сосочков языка, кератоз, мелкие опухоли и опухолеподобные заболевания, изменения губ, заеды. С возрастом нарастает число лиц, страдающих парестезиями слизистой оболочки полости рта, кандидозами.

Таким образом, пациенты старших возрастных контингентов характеризуются высокой нуждаемостью во всех видах стоматологической помощи. В настоящее время такая квалифицированная помощь пожилым людям оказывается в поликлиниках и отделениях соответствующих учреждений по обращаемости. В домах для престарелых осуществляется преимущественно лечение зубов, простейшие хирургические вмешательства. Протезирование обеспечивается на базе участковой или областной стоматологических поликлиник. В госпиталях для инвалидов войны оказываются все виды стоматологической помощи, не требующие госпитализации в специализированное отделение.

Тем не менее, оптимальным вариантом является необходимость соблюдения ряда дополнительных требований.

Учитывая общее состояние больных, в кабинете необходимо иметь аптечку скорой медицинской помощи с набором лекарственных средств высокой эффективности.

В физиотерапевтических кабинетах желательно предусмотреть обслуживание стоматологических больных, оснастив их аппаратами для снятия боли, электрофореза, ультрафонофореза, вакуум- и вибромассажа, аэрозольной терапии и др.

Учитывая особенности стоматологической заболеваемости и общего статуса у лиц старших возрастных групп, зубной врач или стоматолог должны иметь соответствующую подготовку, желательно прохождение ими специализации по заболеванию периодонта, слизистой оболочки полости рта. В то же время врач должен быть достаточно компетентен в проведении основных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий по всем разделам терапевтической и амбулаторной хирургической стоматологии, а также оказании неотложной помощи.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

На терапевтическом приеме следует учитывать, что дифференциальная диагностика осложненного и неосложненного кариеса у данного контингента значительно затруднена вследствие слабой выраженности клинических проявлений. Затрудняет диагностику также частая (54–65%) локализация полостей на апроксимальной поверхности. Расположение кариозных полостей в пришеечной области приводит к поражению

корня зуба и распространению полости под десневой край, поэтому для постановки диагноза и выбора адекватной тактики лечения необходимо особенно тщательно проводить обследование зубных рядов, использовать методы электроодонтодиагностики, рентгенографии.

Особую сложность для диагностики представляют кариозные поражения, развивающиеся под искусственной коронкой, процент которых с возрастом увеличивается в связи с частым протезированием. Длительное время процесс протекает бессимптомно, чаще всего больные обращаются уже при осложненных формах кариеса. Кариозный дефект можно обнаружить при зондировании шейки зуба, в тех случаях, когда определяется полость, распространяющаяся ниже уровня десневого края, в качестве вспомогательного метода используют рентгенограмму. После снятия искусственной коронки часто обнаруживаются деминерализованные эмаль и дентин, пигментированные от желтого до темно-коричневого цвета, легко удаляемые пластмассовым экскаватором. При этом обычной кариозной полости не определяется — разрушение происходит по плоскости вплоть до обнажения пульпы зуба. Пульпа легко обнажается в процессе некротомии. Перкуссия может быть положительна в результате развития локализованного пародонтита.

Пульпиты и периодонтиты у таких пациентов чаще имеют хроническое течение, клиника стерта. При локализации в пришеечной области процесс может протекать при закрытой пульповой камере. Эти факторы затрудняют дифференциальную диагностику заболеваний. Кроме того, жалобы и анамнез не всегда удается четко выяснить в силу психо-эмоциональных особенностей пациентов старших возрастных групп. В связи с этим необходимо тщательное стоматологическое обследование при хорошем освещении острым зондом с использованием электрометрии, рентгенографии.

С возрастом увеличивается процент конкрементозных пульпитов, протекающих при закрытой пульповой камере, диагноз которых устанавливается на основании опроса и объективного обследования. Пациенты предъявляют жалобы на приступообразные боли, провоцируемые изменением положения головы и отмечающиеся на протяжении достаточно длительного времени (недели, месяцы). Боли характеризуются нарастанием интенсивности. Окончательный диагноз ставится на основании рентгенограммы — наличие дентиклов в полости зуба.

Из некариозных поражений чаще всего встречается высокая стираемость твердых тканей зуба и клиновидные дефекты. Диагностика особых затруднений не вызывает, однако патологическую стираемость следует отличать от возрастного истирания эмали и дентина. Возрастные изменения характерны для интактных зубных рядов и отличаются равномерной стертойостью всех зубов.

Стирание эмали и дентина приводит к изменению рельефа жевательной поверхности зубов. Для стоматологически здоровых лиц с нейтральным прикусом свойственно образование на жевательной поверхности антагонизирующих зубов обширных фасеток, соответствующих друг другу при смыкании. На месте стертых бугров образуются выемки в результате меньшей устойчивости обнажившихся участков дентина по сравнению с эмалью, сохранившейся в области фиссур. Формирование неровностей, по-видимому, носит компенсаторный характер, способствуя задержанию пищи при жевании.

На верхней челюсти больше стертые небные бугры, что приводит к образованию острого угла между жевательной и щечной поверхностью зубов. На нижней челюсти больше стертые вестибулярные углы, острый угол образуют жевательная и язычная поверхности. Следствием стирания является также изменение формы трансверсальных окклюзионных кривых. Так, у обследованных молодых людей лишь в области первого премоляра она образует дугу выпуклостью кверху, а в области остальных зубов — дугу, обращенную выпуклостью книзу. У стоматологически здоровых пожилых людей трансверсальные кривые обращены выпуклостью кверху, и только в области второго моляра сохраняется обращенная выпуклостью книзу дуга.

Наступающие с возрастом изменения в жевательном аппарате стоматологически здоровых людей носят регулярный характер. Чем больше дефекты зубных рядов, тем меньше выражена указанная закономерность возрастных изменений.

Поскольку значительное равномерное стирание зубов, сопровождающееся изменением рельефа жевательной поверхности и формы трансверсальных окклюзионных кривых, характеризует особенности зубных рядов, резистентных к стоматологическим заболеваниям, его можно рассматривать как физиологический процесс. Такого рода изменения не подлежат коррекции.

При патологической стираемости у стариков зубы оказываются стертymi неравномерно, значительно укорачивается клиническая коронка зуба, отмечается гиперестезия твердых тканей.

Пародонтит у пациентов старших возрастных групп отличается хроническим, вялым течением, наличием обильных зубных отложений, значительным оголением корней, подвижностью зубов и представляет определенную сложность для диагностики, поскольку потеря значительного количества зубов приводит к перестройкам в пародонте, сходным с проявлениями пародонтоза. Значительно оголяются корни и появляется подвижность одиночно стоящих зубов. Заболевания внутренних органов обуславливают высокий процент симптоматических гингивитов.

Данные обследования заносятся в амбулаторную карту и в дальнейшем используются для динамического наблюдения за состоянием зубов и пародонта.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ**

Лечение неосложненного кариеса у лиц старших возрастных групп проводится общепринятыми методами, однако требует учета возрастных особенностей. Некоторую сложность представляет формирование кариозной полости, вследствие высокой минерализованности тканей. Кроме того, наиболее частая локализация полостей в пришеечной области и на апроксимальных поверхностях (около 80%) требует тщательной обработки придесневой стенки, формирования ретенционных пунктов. Поэтому препарирование лучше осуществлять на скоростных (турбинных) стоматологических установках твердосплавными (алмазными) борами. Во время работы

важно не травмировать межзубной сосочек, контактный пункт создавать в виде площадки. Нередко производится атипичное препарирование кариозных полостей, в частности расположенных на апроксимальных поверхностях в пришеечной области, а именно выведение их на вестибулярную, а не на жевательную поверхность, что обусловлено высокой минерализованностью твердых тканей в области бугров зуба.

При лечении пульпитов также следует учитывать возрастные изменения зуба, а именно снижение функциональных возможностей пульпы, облитерацию корневых каналов и полости зуба, образование дентиклов. Особое внимание следует уделить определению показаний к выбору метода лечения. Практически не применяются биологические методы лечения пульпитов. Расширяются показания к использованию девитальной экстирпации и ампутации, что связано с плохой проходимостью каналов, а также обусловлено общим состоянием здоровья данного контингента, ограничивающим возможный объем врачебных вмешательств.

Девитализацию пульпы проводят пастами, содержащими параформ (Depulpin (VOCO), Caustinerf (Septodont) и др.). Это позволяет в дальнейшем проводить мумификацию пульпы.

Препарирование и обработка зуба не имеют особенностей. При локализации кариозной полости в пришеечной области ампутация коронковой пульпы может быть проведена без выведения полости на жевательную поверхность.

В случаях хорошей проходимости каналов применяют экстирпационные методы.

Если каналы плохо проходимы, то применяют мумифицирующие жидкости, которые обладают также антисептическими свойствами (Cresophene, Endotine, Forfenan (Septodont) и др.). Для пломбирования каналов с неполной экстирпацией пульпы используют пасты. В настоящее время не применяют пасты на основе резорцин-формалина. Одним из основных требований при выборе пасты для заполнения плохо проходимых каналов является биологическая совместимость корневых наполнителей с тканями зуба и периодонта. К таким пастам относятся Cresopate, Estesone (Septodont) и др.

Облитерация каналов способствует поломке инструментов, поэтому показано использование не машинных, а ручных дрельборов. Пломбирование каналов можно осуществлять как вручную — иглами, так и каналонаполнителем.

Под анестезией, как правило, проводится лечение пульпита, развившегося в зубе под искусственной коронкой, в связи с особенностями клиники, описанной в предыдущем разделе.

При лечении периодонтитов увеличивается процент удаленных зубов в силу тех же причин — облитерации каналов и невозможности пломбирования их до верхушки. Способствует этому также ограниченность показаний к физиотерапевтическим процедурам.

В каждом случае вопрос следует решать на основании рентгенологической картины. Удалению подлежат зубы с непроходимыми корневыми каналами при наличии гранулемы или значительного очага резорбции костной ткани у верхушки корня, при гранулирующем периодонтите.

Препарирование и обработка зуба не имеет особенностей. Эндодонтические вмешательства проводятся, как и при пульпите — вручную и осторожно. Для пломбирования каналов используется чаще всего мумифицирующая (импрегнирующая) паста. Не следует применять нетвердеющие материалы.

Лечение некариозных поражений проводится по общепринятым методикам. Широко применяется протезирование при клиновидном дефекте и патологической стираемости зубов.

В настоящее время стоматология располагает достаточно широким выбором пломбировочных материалов, что представляет новые возможности для восстановления дефектов некариозного происхождения.

Для эстетического пломбирования дефектов некариозного происхождения используются композиционные материалы с адгезивными системами (Polofil Supra, Arabesk (VOCO); Charisma (Kulzer); Herculite (Kerr) и др.).

Альтернативой светополимерам являются стеклоиономерные цементы (СИЦ), которые обладают высокой адгезией к тканям зуба вследствие образования химической связи с дентином и эмалью (что особенно важно при лечении эрозий и клиновидных дефектов), способны выделять ионы фтора (Aqua Ionofil, Ionofil Molar, Argion (VOCO); Shelonfil (Espe); Hi-Fi (Schofu)). Однако с точки зрения механической прочности и эстетики они уступают композиционным материалам, поэтому их использование предпочтительно при восстановлении дефектов некариозного происхождения боковой группы зубов.

Новые пломбировочные материалы — компомеры — сочетают свойства композиционных материалов и СИЦ, поэтому широко применяются для лечения эрозий и клиновидных дефектов (Vitremar (3V), Direct (Densply)).

Часто эрозиям и клиновидным дефектам сопутствует повышенная чувствительность зубов. Для лечения гиперестезии применяют фторсодержащие лаки (Bifluorid-12 (VOCO), Fluorprotector (Espe), Multifluorid (DM6)).

Лечение пародонтита необходимо проводить в комплексе: консервативное, хирургическое, ортопедическое.

Лечебные мероприятия начинают с санации полости рта, особое внимание уделяют пломбированию апроксимальных и пришеечных полостей с целью сохранить межзубные контакты и предохранить десневой край от травмирования. Тщательно удаляют зубные отложения: вначале наддесневые, затем поддесневые. Полное удаление зубного налета завершается полированием поверхности зуба. Для снижения гиперестезии шеек и корней зубов их обязательно покрывают фторлаком.

Следующий этап — противовоспалительная терапия. Для ликвидации воспалительных явлений применяют антисептики, антибактериальные и противовоспалительные лекарственные вещества. Затем назначаются физиотерапевтические процедуры: электрофорез, массаж, дарсонвализация. Если имеются противопоказания к процедурам, назначают гидропроцедуры, пальцевой массаж.

С целью повышения общей резистентности принимают внутрь поливитамины «Ундевит», «Квадевит», кислородные коктейли.

У лиц старших возрастов ограничены показания к хирургическому лечению пародонтита, в то же время чаще появляется необходимость удаления подвижных зубов.



Из хирургических мероприятий целесообразнее отдать предпочтение наименее травматичным способам, в частности кюретажу пародонтальных карманов. В отличие от классических показаний к данному способу лечения у пожилых людей кюретаж можно проводить и при наличии более глубоких, чем обычно, пародонтальных карманов. Кюретаж является менее травматичной операцией, чем другие методики, вместе с тем дает выраженный лечебный эффект. Кроме того, паллиативный способ лечения, кюретаж можно использовать в тех случаях, когда другие способы хирургического лечения уже противопоказаны по местному статусу. Нежелание больного расставаться с зубами в тяжелой развившейся стадии заболевания также диктует использование кюретажа, дающего выраженный лечебный эффект.

При решении вопроса о возможности проведения хирургического лечения очень важно выяснить наличие сопутствующей патологии, особенно заболеваний сердечно-сосудистой системы, аллергию, эндокринные заболевания (сахарный диабет) и т.д.

Абсолютными противопоказаниями к проведению оперативных вмешательств на тканях пародонта являются заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации, сахарный диабет тяжелой степени, онкозаболевания, туберкулез в открытой стадии. Относительными противопоказаниями являются острые инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, гипертонический криз, острые респираторные вирусные инфекции и некоторые другие.

Наиболее частой проблемой, с которой сталкиваются при анестезии и проведении оперативного вмешательства, является ишемическая болезнь сердца, обострение которой весьма вероятно при оперативных вмешательствах. Профилактикой стенокардии может быть правильно подобранный анестетик в минимальном количестве без катехоламинов или же, в крайнем случае, с норадреналинами в минимальных концентрациях. За 5 мин до анестезии больному назначают нитроглицерин, который хорошо сочетать с  $\beta$ -блокаторами (анаприлин, 40 мг за 45–60 мин до анестезии).

У больных с артериальной гипертензией лучше использовать анестетики также без катехоламинов или же, в крайнем случае, использовать адреналин в минимальной концентрации.

При сопутствующем сахарном диабете катехоламины используют в минимальном количестве. Оперативное лечение проводят после еды в интервалах 1,5–3 ч после приема пищи.

У больных пожилого возраста лучше использовать фелипрессин (октапрессин), который не оказывает прямого воздействия на сердце. Кроме того, проведение операций в полости рта требует подготовки больных, включая использование седативных препаратов, контроль артериального давления до и после операции. При необходимости следует провести коррекцию артериального давления и ритма сердца.

Хороший эффект от консервативного лечения наступает при сочетании его с рациональным протезированием. Для стариков изготавливают преимущественно съемные протезы различных конструкций.

При восстановлении дефектов необходимо учитывать возрастные особенности окклюзионных соотношений, описанные выше. Если у молодых людей при нейтральном соотношении челюстей восстанавливаются

классические анатомические формы зубов, то в старших возрастных группах такие действия следует считать необоснованными. Сошлифовывание бугров с формированием неровностей рельефа у них рассматривается как процедура, создающая оптимальные окклюзионные соотношения. Соблюдение правила монсовских кривых, в особенности при изготовлении съемных протезов, далеко не всегда будет давать высокий функциональный эффект. Напротив, формирование трансверзальных окклюзионных поверхностей, характерных для стоматологически здоровых лиц соответствующей возрастной группы, в определенном числе случаев окажется более эффективным. Одновременно должно обеспечиваться соблюдение индивидуального подхода в зависимости от возраста, прикуса, давности потери зубов, пользования протезами различной конструкции. Пришлифовывание окклюзионных поверхностей позволяет повысить эффективность консервативных методов лечения. Кроме того, сошлифовывание острых краев зубов предупреждает травмирование слизистой оболочки.

При лечении пародонтита у лиц среднего возраста расширяются показания к депульпированию зубов, исходя из фактов уменьшения подвижности последних и меньшей подверженности их кариесу.

Важное значение в улучшении состояния полости рта имеет профилактика, включающая гигиенические мероприятия. Правильный и систематический уход за полостью рта в значительной мере способствует предупреждению рецидивов заболеваний, уменьшает воспаление, замедляет образование зубного налета. Стоматолог должен обучать всех правилам ухода за полостью рта. Чистку зубов следует производить утром и вечером. Зубная щетка должна быть средней жесткости. Новую щетку перед употреблением необходимо вымыть мылом. Чистка зубов должна производиться тщательно, не менее 3–5 мин, в связи с тем, что самоочищение зубов у стариков происходит слабо. Чаще всего рекомендуются лечебные пасты, обладающие противовоспалительным действием (Лесная, Эврика, Изумруд, Хлорофилловая), либо гигиенические (Мятная, Семейная, Харьковская).

Результаты обучения правильным методам гигиены полости рта необходимо выборочно контролировать с помощью гигиенического индекса (Green-Wermillion). В случаях отсутствия большого количества зубов оправдано использование гигиенического индекса по Федорову — Володкиной.

В профилактике стоматологических заболеваний большое значение имеют общеоздоровительные мероприятия. У стариков особое значение приобретает выявление и лечение заболеваний внутренних органов и систем.

## **САНПРОСВЕТРАБОТА**

При осуществлении лечебно-профилактических мероприятий важное значение имеет санитарно-просветительная работа. Могут использоваться различные ее формы и методы: устные — беседы, лекции, доклады, конференции, вечера вопросов и ответов; печатные — стенные газеты, бюллетени, памятки, листовки; наглядные — макеты, муляжи, плакаты, стенды, фотовыставки.

Составной частью санпросветработы должны стать уроки гигиены полости рта, пропаганда необходимости чистить зубы, правильно ухаживать за протезами.

Необходимо также проведение антитабачной пропаганды, поскольку курение — один из наиболее мощных канцерогенных факторов, способствующих возникновению онкозаболеваний дыхательных путей и органов полости рта.

Важное значение имеет также пропаганда рационального питания: обеспечение не только достаточной калорийной пищи, но и необходимых для полноценного обмена веществ в организме витаминов, минералов.

Особое внимание следует уделять лицам, вынужденным длительное время соблюдать ограничивающие диеты. В подобных случаях необходимы консультации диетолога.

Для проведения санпросветработы необходимо привлекать средних медработников, врачей-пенсионеров, при наличии такой возможности — студентов-медиков.