

© Родина Т.С., 2015  
УДК: 616.31-053.9

## ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Т.С. Родина

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

**В статье рассматриваются особенности течения заболеваний полости рта у лиц пожилого и старческого возраста с учетом гендерных различий. Показано, что среди стоматологических изменений у пациентов пожилого и старческого возраста на первое место выступает утрата зубов с последующими функциональными изменениями. Дана оценка потребности данного контингента в ортопедической стоматологической помощи.**

**Ключевые слова:** пожилые и старики, стоматологическая заболеваемость, уровень и структура.

В настоящее время постарение населения является серьезной медико-социальной проблемой, особенно в развитых странах. В соответствии с прогнозами экспертов ВОЗ, в 2015 году доля людей старших возрастных групп составит 20%, а к 2055 году она может возрасти до 40-55% от всего населения [27].

В Российской Федерации в настоящее время сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением в составе населения абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста. Численность лиц пенсионного возраста составляет более 30 млн. человек, или пятую часть всего населения Российской Федерации, при этом 3,2 млн. человек – в возрасте 80 лет и старше. Процесс постарения населения особенно выражен в европейской части России, где доля лиц старше трудоспособного возраста превышает 23% [21].

С возрастом наблюдаются изменения структур и функций всех органов и систем макроорганизма, в том числе и полости рта. С организацией в 1983 г. "Международной ассоциации по геронтологии" (IAG) стало применяться понятие "геростоматология", по которому наука о

зубоврачевании людей, имеющих значительный возраст, рассматривается в первую очередь как дисциплина стоматологии, а не специальная часть геронтологии [2]. По мнению ряда исследователей, при определении стратегии стоматологического обслуживания населения следует исходить из приоритетов, определяемых демографической ситуацией и ее развитием, эпидемиологически обоснованной потребностью в стоматологической помощи, а также ее эффективностью. При этом необходимо учитывать отношение пожилых людей к состоянию своих зубов и полости рта, пониженный интерес к жизни, их восприятие стоматологического обслуживания, страх перед высокой оплатой [1, 11].

Многочисленные эпидемиологические обследования, проводимые за рубежом, выявили неудовлетворительное состояние полости рта у лиц старших возрастных групп. Среди стоматологических изменений на первое место выступает утрата зубов с последующими функциональными нарушениями. Данные исследований показали, что от 21,4 до 64,2% обследованных были с полной потерей зубов [26]. От 33 до 50% обследованных

сталкивались с проблемами пережевывания пищи, от 15 до 30,8% испытывали дискомфорт и не были удовлетворены состоянием полости рта [29].

По другим данным, более 62% пожилых людей имели один или более патологических симптомов в полости рта, до 30% – чувствовали в некоторой степени социальную изолированность из-за состояния полости рта [30]. Около 15% обследованных с сохранившимися зубами требовалась срочная стоматологическая помощь. От 69 до 90% пациентов нуждались в пародонтологическом лечении, от 29% до 81,8% – в удалении зубов, по поводу заболевания пародонта [36]. И только от 26 до 37% нуждались в лечении зубов, пораженных кариозным процессом, однако чаще всего – в пломбировании только одной полости [34].

В Российской Федерации в возрастной группе 60-69 лет выявлено 9,1% случаев полной потери зубов, а в возрасте старше 80 лет – уже 29,7%. При обследовании геронтологических пациентов-москвичей получены следующие данные: в возрасте 60-74 лет доля сохранившихся зубов составила 49,5%; в 75-89 лет – 33,4%; в 90 лет и старше – 25,5%, а доля полностью беззубых – 11,3%, 31,9% и 41,5%, соответственно [14].

Следует отметить, что по данным литературы, количество случаев нетрудоспособности лиц данного возраста на терапевтическом стоматологическом приеме составляет 0,04% от общего числа обращений (средняя продолжительность больничного листа – 9,85 дней). Основную долю в этом составляла нетрудоспособность по поводу одонтогенных осложнений (75,0% всех случаев нетрудоспособности, средняя продолжительность нетрудоспособности – 4,02 дня) [10].

Как известно, важнейшим залогом сохранения здоровья любых групп населения и прежде всего лиц пожилого и старческого возраста является сохранение или восстановление их жевательного аппарата, обеспечивающего хорошее пережевывание пищи и отсюда нормальное

функционирование всей пищеварительной системы. Это, в свою очередь, является профилактикой серьезных соматических заболеваний и прежде всего заболеваний желудочно-кишечного тракта. В связи с этим совершенствование ортопедической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста – важнейшая задача, которая стоит сегодня перед стоматологической службой [2].

По данным разных авторов, лечение зубов у лиц пожилого и старческого возраста имеет особенности, что связано с изменениями строения зуба в целом и степенью минерализации твердых тканей [7].

Обычно отмечается снижение высоты альвеолярного гребня наиболее выраженное при потере зубов, хотя встречается и при их наличии. Это сопровождается перестройкой височно-нижнечелюстного сустава. Возрастные морфофункциональные изменения касаются и самих зубов. Одним из внешних признаков старения является изменение окраски эмали от белого цвета с синеватым или желтоватым оттенком к желто-коричневому. Такое потемнение объясняют образованием значительного количества вторичного дентина, уменьшением слоя эмали и изменениями со стороны пульпы. Окраска зависит также от степени проникновения красящих элементов из слюны и пищи в органические вещества эмали [6].

В связи со значительной продолжительностью функционирования зуба сужается его полость. В пульпе увеличивается количество фиброзных волокон, что приводит к склерозированию пульпы и превращению ее в плотную фиброзную ткань. Количество клеточных элементов уменьшается, ферменты разрушаются. В возрасте 60-70 лет слой одонтобластов еще состоит из 2-3 рядов клеток, а в 71-80 лет в нем отмечаются вакуолярная дистрофия и замещение этого слоя грубоволокнистой тканью [25].

На основании изучения морфологического строения дентина полости зуба у лиц пожилого и старческого возраста в сканирующем электронном микроскопе была выявлена более высокая степень его минерализации, что подтверждено показателями

микротвердости и спектрального анализа [8, 17]. Установлено, что у пожилых людей в пульпе зубов много петрификатов различной величины. После 70 лет в пульпе зубов все чаще уменьшается число сосудов, появляются варикозные вены, флебиты, развивается атеросклероз [22].

Изменения цемента с возрастом проявляются его утолщением – клеточный цемент постепенно наслаивается. Количество слоев зависит от нагрузки на зуб. У пожилых людей он в 3 раза толще, чем у пациентов в возрасте до 17 лет. У стариков верхушечный цемент утолщается, срастаясь с альвеолой. Цемент проникает через верхушечное отверстие в канал корня, что может приводить даже к увеличению длины канала. С постарением суживается периодонтальная щель, что является следствием накопления цемента [20].

Прочность пародонта зависит от возраста, общего состояния человека, соотношения длины коронки и корня зуба. Выносливость пародонта с возрастом снижается. Круговая связка дегенерирует, нарушается ее связь с цементом. Ослабление пародонта компенсируется стираемостью. Прогрессирование деструкции пародонта с возрастом в первую очередь характеризуется повышенной потерей зубов, уменьшением глубины карманов, прогрессирующей потерей кости или усадкой десны. Обсуждается влияние развивающегося с возрастом остеопороза и заболеваниями пародонта [9, 32].

Наиболее частые функциональные нарушения зубочелюстной системы возникают вследствие стираемости (износа) зубов. Стираемость зубов – явление физиологическое, характеризующееся тремя основными признаками: соответствие возрасту, равномерность и сохранение зубами функциональной полноценности. С возрастом стираются прежде всего окклюзионные поверхности зубов, приводя к снижению высоты анатомических коронок. Стираются и контактные поверхности, и зубная дуга укорачивается [22]. Повышенная стираемость приводит к деформированию зубов, коронки нередко приобретают причудливую форму, ост-

рые края травмируют слизистую оболочку языка, губ, щек [18]. Снижение высоты прикуса так же приводит к изменениям в височно-нижнечелюстном суставе, образуются складки в углах рта, в результате чего появляется своеобразное "старческое" выражение лица.

Чувствительные ткани зубов в обычных условиях изолированы от внешней среды. Когда же эти ткани обнажаются, дентин обнаруживает болевую чувствительность при действии физических и химических факторов. В связи с этим понятно, почему гиперестезия зубов особенно часто встречается в пожилом возрасте [11].

Чаще, чем у молодых, у пожилых людей наблюдаются клиновидные дефекты, хотя их образование непосредственно не связано с возрастом. Происхождение клиновидного дефекта связывают с предшествующим изменением органической субстанции твердых тканей зубов. Несмотря на это, нельзя игнорировать механический фактор как вероятный источник стирания эмали [22]. Описана частеобразная убыль эмали и дентина на вестибулярной поверхности передних зубов. При образовании таких дефектов, помимо механических факторов, большую роль играет воздействие на эмаль пищевых кислот, лекарственных препаратов и производственных факторов [20].

У людей пожилого и преклонного возраста кариес зубов имеет характерные клинические проявления, некоторые особенности происхождения и развития. Это диктует необходимость в специальном подходе к диагностике, лечению и профилактике кариозных поражений в этой возрастной группе [33]. Независимо от возраста, кариес, этиологически связан с действием кариесогенных микроорганизмов. Однако их действие в пожилом возрасте помогает противостоять высокая степень минерализации эмали. Вместе с тем, и у старых людей эмаль подвержена поражению [31].

Исследования в Общественной стоматологической клинике Цюриха пациентов от 50 до 94 лет показали, что 26% сохранившихся зубов поражены кариесом. В Канаде эпидемиологические об-

следования населения 65 лет и старше выявили, что у 37% людей, сохранивших зубы, имеются нелеченные кариозные полости. Однако, по данным других канадских авторов, компонент "К" в структуре индекса КПУ у обследованных пожилых людей (средний возраст 70,9 лет) составил 0,5, а компонент "П" – 8,9 [37].

По данным специальных исследований, в различных регионах России компонент "К" в структуре индекса КПУ у лиц в возрастной группе 65-74 года колебался от 0,4 до 1,0, в возрастной группе 75-84 года – от 0,6 до 1,0, а компонент "П" составлял 2,2-3,3 [5].

У нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, находящихся в геронтологических стационарах, была выявлена 100% пораженность кариесом зубов. Интенсивность поражения им варьировала от 20,19±0,97 пораженных зубов в возрастной группе 50-59 лет до 31,23±0,17 – в 90 лет и старше [7].

Характерной для преклонного возраста является локализация кариеса в пришеечной области. Обычно в этом возрасте процесс распространяется не столько вглубь, сколько по поверхности и приводит нередко к образованию циркулярного дефекта. С увеличением возраста повышается частота пользования различными конструкциями протезов, особенно съемными. Зубы, контактирующие с протезом, становятся нередко кариозными [19].

Как правило, в пожилом возрасте речь идет о кариозных дефектах, образовавшихся в течение всей предшествующей жизни (рецдивирующий кариес). Вместе с тем у стариков могут появиться новые кариозные очаги, которым присущи все черты хронического процесса, который зачастую может квалифицироваться как приостановившийся [22]. У лиц пожилого и преклонного возраста при среднем и глубоком кариесе полость в зубе характеризуется широким входным отверстием с неровными краями. Обычно диаметр полости превышает ее глубину.

Результаты эпидемиологических исследований показывают, что с возрастом

чаще появляется новая форма – кариес корня. Поскольку количество людей в пожилом и преклонном возрасте постоянно увеличивается, все чаще будет наблюдаться кариес корня. Предполагается, что кариес корня становится одной из главных проблем геронтостоматологии.

Кариес корня не может возникнуть без потери зубо-десневого прикрепления с гингивальной рецессией или без нее. Дентин и цемент менее минерализованы, чем эмаль, и растворяются быстрее в кислотах. Примерно в 30% случаев цемент и эмаль не сходятся друг с другом, вследствие чего кариес может возникнуть прямо в дентине. При кариесе коронковой части зубов доминируют *Streptococcus mutans*, а при корневом преобладают *Actinomyces Spezies*. Однако другие авторы экспериментально доказали положительную корреляцию *Streptococcus mutans* с кариесом корня зубов. Сведения о распространенности кариеса корня широко колеблются от 15 до 83%. Эти данные трудно сравнивать, так как исследования проводились в различных возрастных группах и при этом использовались разные диагностические методы. Вместе с тем были выявлены некоторые общие тенденции: кариес корня наиболее распространен среди людей старших возрастов, у лиц с заболеваниями пародонта, сниженным слюноотделением, при недостатке фтора в питьевой воде, и им чаще поражаются мужчины [16].

Значительно различаются данные о локализации кариеса корня. Была определена наибольшая частота поражения на молярах нижней челюсти, за ними следовали премоляры и клыки верхней челюсти. Основная часть повреждений корней локализуется на аппроксимальных поверхностях, при этом большинство зубов поражено только с одной стороны [15].

На всем протяжении жизни пульпа зуба несет большую функциональную нагрузку. С возрастом в пульпе наблюдается ряд явлений, активно влияющих на ее функциональное состояние. Предполагают, что эти изменения связаны с накоплением метаболитов и снижением потенциальной активности ферментов. По мере

старения отмечаются постепенное снижение способности пульпы к дифференциации клеточных элементов, уменьшение количества несультурованных гликозаминогликанов; одновременно увеличивается содержание гликопротеидов. У пожилых людей в нормальной пульпе преобладают фиброз, склероз и кальцификация пульпы. В сосудах развивается артериосклероз. Пульпе зуба присущи изменения ее массы. В течение жизни человека изменяется и объем полости зуба. Уменьшение ее объясняется тем, что на стенках откладываются новые слои дентина [35].

Следует отметить, что в структуре КПУ у лиц данного возраста преобладают удаленные зубы: в 50-59 лет 51,4 %, а в 90 лет и старше -100,0%. Доля полностью беззубых людей составляла в возрасте 60-69 лет – 26,2 %, 70-79 лет –34,7% и 80-89 лет- 51,5%. Значительное число пожилых людей пользуются негодными зубными протезами: в 60-69 лет -11,9%; в 70-79 лет -37,5 %; в 80-89 лет -29,3%. Половина обследованных (50,7%) вообще не имела протезов. Средние сроки пользования негодными мостовидными зубными протезами составляют  $5,7 \pm 0,3$  лет, частичными съёмными –  $9,3 \pm 0,4$  года, полными съёмными –  $8,8 \pm 0,3$  лет. Полученные данные свидетельствуют о невысоком качестве оказываемой ортопедической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста. Практически все обследованные (96,9%) нуждаются в ней [12, 28].

Основным видом необходимого ортопедического лечения лицам пожилого и старческого возраста является съёмное зубное протезирование (частичные съёмные, бюгельные и полные съёмные зубные протезы) [4, 23]. Потеря зубов, изменение слизистой оболочки полости рта, плохие съёмные протезы в сочетании с хроническими общесоматическими заболеваниями существенно снижают адаптационные возможности организма [24], а так же качество жизни лиц пожилого и старческого возраста [13].

Установлено, что состояние зубных рядов и функции жевания, зависит от по-

ла, возраста, места и условий проживания пожилых. Стоматологическое здоровье населения старше трудоспособного возраста достоверно отличается в худшую сторону: в каждой последующей возрастной группе по градации ВОЗ, по сравнению с предыдущей; у сельских жителей, по сравнению с городскими; у мужчин, по сравнению с женщинами; у пенсионеров, находящихся в учреждениях социальной защиты, по сравнению с пенсионерами, проживающими в домашних условиях. При этом уровень стоматологической помощи недостаточен во всех группах пожилых, но наименьший – в сельских учреждениях социальной защиты (20,7%). Установлены статистически значимые прямые и обратные корреляционные связи между индексом состояния стоматологической помощи, предложенным автором, и показателями состояния зубных рядов («К», «П», «У», числом сохранившихся и интактных зубов) и жевательной функции [3].

Таким образом, особенности современной демографической ситуации в настоящее время, состояние стоматологического здоровья населения старших возрастных групп и уровень различных видов стоматологической помощи приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения структурных преобразований в здравоохранении, направленных на увеличение объемов и доступности стоматологической помощи пожилым.

#### Литература

1. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе / В.В. Самсонов [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3. – С. 540-543.
2. Алимский А.В. Геронтостоматология (эпидемиологические, социальные и организационные аспекты) / А.В. Алимский. – М., 2012.
3. Балужева Е.С. Оптимизация оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.С. Балужева. – Самара, 2013. – 24 с.

4. Баркан И.Ю. Повышение эффективности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов и сложных анатомических условиях на нижней челюсти посредством модифицированной конструкции протеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Ю. Баркан. – Омск, 2005. – 24 с.
5. Боровский Е.В. Стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в разных регионах / Е.В. Боровский, А.Н. Пак // Стоматология. – 1991. – №4. – С. 78-80.
6. Виллерсхаузен-Ценхен Б. Изменения тканей ротовой полости в пожилом возрасте / Б. Виллерсхаузен-Ценхен, С. Гляйснер // Клиническая стоматология. – 2000. – № 3. – С. 58-63.
7. Возный А.В. Научное обоснование совершенствования организации стоматологической помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Возный. – М., 2008. – 28 с.
8. Глушнюк Е.П. Повышение эффективности эндодонтической обработки зубов лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.П. Глушнюк. – М., 2010. – 22 с.
9. Гук В.А. Особенности клинического течения и лечения переломов нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Гук. – СПб., 2011. – 22 с.
10. Иванова Е.В. Совершенствование оказания терапевтической стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Иванова. – М., 2009. – 24 с.
11. Иорданишвили А.К. Стомалгии у людей пожилого и старческого возраста: диагностика, классификация и оценка эффективности лечения / А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих, Г.А. Рыжак // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 50-53.
12. Карцев А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Карцев. – М., 2006. – 24 с.
13. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни / В.К. Леонтьев // Труды съезда СтАР. – М., 1999. – С. 60-66.
14. Лисурунко А.В. Определение уровня стоматологического здоровья у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Лисурунко. – М., 2002. – 24 с.
15. Методические подходы к лечению хронического генерализованного пародонтита у людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили [и др.] // Успехи геронтологии. – 2011. – Т. 24, № 3. – С. 515-520.
16. Ольховская Е.Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии / Е.Б. Ольховская // Стоматология для всех. – 2003. – № 1. – С. 14-19.
17. Орехова Л.Ю. Особенности эндодонтического лечения зубов у лиц пожилого возраста / Л.Ю. Орехова, Т.В. Порхун, И.К. Лавров // Эндодонтия сегодня. – 2008. – № 1. – С. 64-69.
18. Пак А.Н. Повышенное истирание зубов у людей старшей возрастной группы / А.Н. Пак, Г.К. Лебедева // Стоматология. – 1991. – № 3. – С. 13-15.
19. Перепелкина Н.Ю. Использование двух методик для оценки качества жизни пациентов после выполнения у них протезирования зубов / Н.Ю. Перепелкина, К.В. Шматов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – №2. – С. 12-13.
20. Петрикас А.Ж. Что такое эндодонт? / А.Ж. Петрикас // Клиническая стоматология. – 1997. – № 1. – С. 10-11.
21. Позднякова М.А. Опыт проведения исследования здоровья пожилого населения по методике ВОЗ на территории Приволжского Федерального округа / М.А. Позднякова, С.О. Семисынов, М.С. Голод // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. – М., 2009. – Вып. 2. – С. 97-98.
22. Практическая геронтостоматология и гериатрия / М.Л. Заксон [и др.]. – Киев: Здоровье, 1993. – 248 с.
23. Рожковский Е.В. Изучение потребности в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старче-

- ского возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Рожковский. – М., 2008. – 24 с.
24. Филиппова Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка у людей пожилого и старческого возраста / Е.В. Филиппова, А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих // Пародонтология. – 2013. – Т. 18, № 2. – С. 69-72.
25. Цифровая фотография в эндодонтии, или путешествие внутрь зуба / В.Л. Кукушкин [и др.] // Эндодонтия сегодня. – 2008. – № 1. – Электрон. дан. – Режим доступа: [www.endodont.ru/free](http://www.endodont.ru/free) (дата обращения 10.02.2014).
26. Chen X. Length of tooth survival in older adults with complex medical, functional and dental backgrounds / X. Chen, J.J. Clark, S. Naorungroj // J Am Dent Assoc. – 2012. – Vol. 143, № 6. – P. 566-578.
27. Haighton C. The Do-Well study: protocol for a randomised controlled trial, economic and qualitative process evaluations of domiciliary welfare rights advice for socio-economically disadvantaged older people recruited via primary health care / C. Haighton, S. Moffatt, D. Howel // BMC Public Health. – 2012. – Vol. 12, № 1. – P. 382.
28. King T. Oral health status and treatment needs of institutionalized elderly and disadvantaged population in Fiji (1997) / T. King, D. Kapadia // Pac Health Dialog. – 2003. – Vol. 10, № 1. – P. 35-40.
29. Locker D. Oral health and quality of life / D. Locker // Oral. Health Prev. Dent. – 2004. – № 2 (Suppl. 1). – P. 247-253.
30. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population / K. Divaris [et al.] // Gerodontology. – 2012. – Vol. 29, № 2. – P. 192-199.
31. Lussi A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries / A. Lussi // Caries research. – 1991. – Vol. 25, № 4. – P. 296-303.
32. Mohammad A.R. Osteoporosis and periodontal disease: a review / A.R. Mohammad, J.D. Jones, M.A. Brunsvold // J. Calif. Dent. Assoc. – 1994. – Vol. 22, №3. – P. 69-75.
33. Prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio-demographic risk factors among older persons in Delhi, India: a community-based study / R. Srivastava [et al.] // Southeast Asian J Trop Med Public Health. – 2013. – Vol. 44, № 3. – P. 523-533.
34. Saunders R.H. Jr. Dental caries in older adults / R.H. Saunders Jr., C. Meyerowitz // Dent Clin North Am. – 2005. – Vol. 49, № 2. – P. 293-308.
35. Scanning electron microscopic study of dentinal pulpal walls in relation to age and tooth area / T. Tsurumachi [et al.] // J Oral Sci. – 2008. – Vol. 50, № 2. – P. 199-203.
36. Shah N. Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices and oral habits on periodontal health status of Indian elderly: a community-based study / N. Shah, K.R. Sundaram // Indian J Dent Res. – 2003. – Vol. 14, № 4. – P. 289-297.
37. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina / G.D. Slade [et al.] // J. of Dental Research. – 1996. – Vol. 75. – P. 1439-1450.

**THE PECULIARITIES OF DENTAL PATHOLOGY  
IN PEOPLE OF ELDER AGE GROUPS**

*T.S. Rodina*

**The peculiarities of the course of mouth cavity diseases among elderly and old-aged people with account of gender differences are observed in the article. It is shown that the loss of tooth with the following functional changes heads the list of dental changes in elderly and old-aged patients. The estimation of this group of people's requirement of orthopedic dental help is provided in the article.**

*Keywords: elderly and old-aged people, dental disease incidence rate, level and structure.*

Родина Т.С. – к.м.н., доц. кафедры терапевтической и детской стоматологии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, гл. врач базовой стомат. поликлиники РязГМУ.  
E-mail: rts139@yandex.ru