

О.Н. Архарова¹,
ассистент кафедры ортопедической
стоматологии и ортодонтии

М.В. Пешков²,
зав. отделением

А.И. Хасянов³,
аспирант

А.Б. Нимаев⁴,
клинический ординатор

¹ РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

² Стоматологическая поликлиника № 1,
Рязань

³ ЦНИИСиЧЛХ

⁴ ОмГМУ

Критерии качества жизни как показатель эффективности стоматологического лечения

Резюме. Оценка критериев качества жизни является надежным показателем эффективности проведенного стоматологического лечения. Основным инструментом изучения качества жизни — специальные опросники, определяющие влияние на него стоматологического здоровья.

Ключевые слова: качество жизни, стоматологическое лечение, опросник, стоматологическое здоровье

Summary. The evaluation of quality of life criteria is a reliable indicator of efficiency of undergone dental treatment. The main instrument — the study of quality of life — is a special questionnaire that determines the influence of the dental health on the quality of life.

Key words: quality of life, dental treatment, questionnaire, dental health

Под качеством жизни следует понимать комплекс характеристик жизнедеятельности отдельного человека, группы людей или населения в целом, обеспечивающий оптимальное его/их существование, соответствующее его/их потребностям, в конкретное время при определенных условиях. Качество жизни и здоровье человека имеют тесную и прямую связь, поэтому изучение параметров качества жизни позволит определить эффективность и качество оказываемой медицинской помощи [12].

В медицине под качеством жизни понимают субъективное восприятие своего состояния индивидуумом, обусловленного совокупностью его физического, психологического, эмоционального и социального функционирования. Необходимо учитывать, что качество жизни может меняться со временем в зависимости от состояния пациента, под действием как эндогенных, так и экзогенных факторов.

Изучение качества жизни в стоматологии позволяет определить значение состояния зубочелюстно-лицевой системы не только на ее очевидные эстетические и функциональные характеристики, но и на социальную и психологическую составляющие стоматологического здоровья. Значимость того или иного компонента, определяющего стоматологическое здоровье, зависит от пола, возраста, социального и семейного положения, профессии. Стоматологические заболевания, с одной стороны, могут быть проявлениями или осложнениями имеющейся соматической патологии, а с другой — их наличие значительно влияет на общее состояние здоровья человека, причиняя боль и страдания, изменяя речь, характер питания, нарушая привычный уклад жизни, т.е. снижают его качество жизни [8].

В медицине следует применять термин «качество жизни, связанное со здоровьем», которое предложили использовать Kaplan и Bush, для того, чтобы разграничить характеристики качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья пациента, и общепринятое понимание этого термина в широких аспектах. Само понятие «качество жизни» очень многогранно и обозначает не только уровень здоровья личности и общества, но и характеристики условий жизни, работы, отдыха, состояния внешней среды. Чем выше уровень развития каждой составляющей жизнедеятельности, тем выше и качество жизни человека в целом.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни как «восприятие индивидуумами их положения в жизни в контексте культуры, и систем ценностей, в которых они живут, и в состоянии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [6, 12]. Здоровье — это одна из важнейших ценностей человека, залог его долголетия, дающий людям ощущение полноты жизни, возможность совершать действия, вызывающие удовлетворение, ощущение контроля над собственной жизнью и ее условиями.

Стоматологическое здоровье населения является объектом многочисленных исследований, определяет возможность полноценно питаться и реализовывать социальные функции трудовой и коммуникативной деятельности. Качество жизни людей в значительной мере связано с состоянием органов и тканей рта. Красивая улыбка и здоровые зубы — важный показатель социальной успешности человека. Связанное со здоровьем качество жизни характеризует, каким образом физическое и психологическое благополучие пациента изменяется под влиянием заболевания. Также качество жизни

можно определить как степень комфортности человека внутри себя и в рамках своего общества [12].

По мнению Ю.Л. Образцова, «стоматологическое здоровье — это совокупность эстетических, клинических, морфологических и функциональных критериев зубочелюстно-лицевой системы, обеспечивающих психическое, эмоциональное, социальное и физическое благополучие человека».

В.К. Леонтьев считает, что стоматологическое здоровье — это состояние, позволяющее человеку функционально питаться и улучшить коммуникативные функции, восстановить эстетическую функцию рта и лица, повысить самооценку. По его мнению, здоровые зубы несут три основных функции в установлении и поддержании высокого качества жизни каждого человека:

1. **Здоровые зубы как главный фактор, обуславливающий качество питания человека.**
2. **Зубы и их эстетическая роль.**
3. **Здоровые зубы как символ благополучия человека [20].**

Важно понимать, что измерение качества жизни не дает данных о тяжести заболевания, а информирует врача о том, как пациент его переносит. Так, при некоторых длительно существующих хронических заболеваниях пациенты вследствие адаптации к ним перестают их замечать [6]. И, наоборот, иногда субъективная оценка своего состояния бывает более значимой для человека, чем само здоровье. Отношение индивидуума к своему заболеванию и состоянию непостоянно и может меняться со временем и под действием различных факторов [5]. Поэтому качество жизни следует оценивать в динамике. Именно по изменениям показателей качества жизни, изученным в различные временные периоды, можно судить об успехе и эффективности проведенной терапии [5].

Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни, а также узнать отношение пациента к своему заболеванию и назначенному лечению. Качество жизни, связанное со здоровьем, таким образом, характеризует, как физическое, эмоциональное, социальное, экономическое и духовное благополучие человека изменяется под влиянием заболевания и его лечения.

Изучение критериев качества жизни в практике врача-стоматолога позволяет оценить необходимость проводимого стоматологического лечения и наряду с традиционными методами является полноценным показателем его эффективности. Параметры качества жизни больных могут служить основой выбора вида и схемы лечения [28].

Оценка качества жизни (проводимая как анализ) — это вычисление расхождений реальных и желаемых значений показателей. Понятие «качество жизни» давно вошло в обиход социологов, имеет две стороны — внутреннюю, зависящую от самой личности человека, и внешнюю, обусловленную степенью развития общества, государства. Одной из стратегических задач любого общества является повышение качества жизни людей.

По уровню этого показателя во многом можно судить об уровне цивилизации, прогрессивности, благосостоянии общества и государства, о степени их соответствия желаниям и чаяниям народа [23].

Исследование проблемы качества жизни проводилось различными учеными в разных странах мира (экономистами, социологами, статистиками, политологами, медиками и др.), понятие «качество жизни» широко используется как в научных исследованиях, так и в повседневной жизни, но до сих пор не существует однозначной трактовки данного понятия.

Определение самого понятия «качество» началось еще с философов, живших до нашей эры. Первым исследователем «качества» принято считать Аристотеля, который в III в. до н. э. обозначил его как сумму определенных свойств, отличающих данный предмет от других. Цицерон (106—43 гг. до н.э.) считал «качество» осязаемым признаком одушевленных и неодушевленных предметов, который нельзя измерить. Джон Локк (английский философ XVII века) считал, что «качество» означает основные объективные свойства предмета, такие как размеры, форма, масса и т. п. Категории качества изучали и другие философы и ученые, например Платон, Эпикур, Марк Аврелий, Конфуций, Фома Аквинский, Декарт, Кант, А. Шопенгауэр и др.

Теория качества жизни начала свое развитие с направления в американской и западноевропейской социологии, возникшего в середине 1960-х годов в США. Введению понятия «качество жизни» способствовало принятое ВОЗ в 1948 г. определение здоровья и оценка статуса больного по шкале Карновского (оценка в процентах функциональной активности) в 1949 г. [6]. D. Karnofsky предложил шкалу, отражавшую преимущественно физическое состояние пациентов. В 1960-е годы была создана методика, позволявшая точнее оценить важность физических функциональных параметров для клинической оценки состояния пациентов — Activities of Daily Living Scale (шкала повседневной активности). К концу прошлого столетия уже существовало более 300 методик для определения уровня качества жизни. Большинство из них применялись за рубежом [4].

По определению ВОЗ, «качество жизни — это восприятие индивидуумами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [6].

Термин «качество жизни» применяется в медицине с 1960-х годов, а с 1980-х годов разработаны методы оценки качества жизни, связанные со стоматологической патологией.

В 1980-х годах Reisine S.T. обратил внимание на влияние патологических состояний, возникающих во рту при различных стоматологических заболеваниях, на социальное и психологическое благополучие человека, что послужило началом к разработке инструментов для измерения качества жизни в зависимости от стоматологического здоровья пациента.

Разработка методик оценки качества жизни пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы — актуальная проблема современной стоматологии. Данные о качестве жизни позволяют составить представление об изменении отношения пациента к своему состоянию здоровья в результате проведения лечебных и профилактических мероприятий.

В практической медицине и социологии качество жизни оценивается на основании ответов на соответственно сформулированные вопросы специально разработанных для каждого раздела медицины опросников, которые либо фиксируются пациентом самостоятельно, либо специально обученным персоналом в ходе собеседования с пациентом. Опросник должен отвечать определенным психометрическим свойствам: надежности, чувствительности и валидности. Предлагаемые вопросы могут отражать как субъективную информацию (например, жалобы пациента), так и объективные данные, полученные в результате осмотра, клинических исследований. Обычно вопросы касаются того, как проблемы во рту сказываются на физическом самочувствии пациента, его способности полноценно питаться, общаться с другими людьми, выполнять социальные функции [4, 6].

В настоящее время за рубежом разработаны и широко применяются различные индексы и анкеты для анализа и оценки состояния качества жизни и стоматологического здоровья как детского, так и взрослого населения. Каждый из этих индексов предназначен для измерения частоты, степени влияния стоматологических проблем на функциональное и социально-психологическое благополучие [6, 37].

В соответствии с требованиями IQOLA (Международная ассоциация по оценке качества жизни), выбор стоматологического опросника качества жизни должен быть опосредован конкретной клинической ситуацией, с учетом чего должна проводиться его валидация. Из числа специализированных валидированных опросников качества жизни в отечественной стоматологии в основном применяется русская версия опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» OHIP-14 — упрощенный вариант наиболее востребованного в зарубежной стоматологии международного опросника OHIP-49 [3, 5, 13].

Современный подход к изучению качества жизни заключается в том, что оно имеет две стороны: объективную, которая определяется существующими нормативными и статистическими характеристиками, и субъективную, которая обусловлена личными потребностями и интересами конкретного человека [6].

Для измерения статуса здоровья используются общие и специальные средства. Разработанные общие методики оценки качества жизни, связанного со здоровьем, отражают качество жизни пациентов, независимо от характера изучаемой популяции, вида заболевания и особенностей применяемых методов лечения. Они являются полифункциональными и обычно охватывают несколько областей. Чаще всего они учитывают физическое, социальное, эмоциональное функционирование,

восприятие собственного здоровья, жизненную удовлетворенность. Специальные опросники отражают проблемы, наиболее важные для конкретного заболевания, учитывают его динамику и используются для оценки качества жизни пациентов, страдающих этими заболеваниями, содержат вопросы, относящиеся к конкретному заболеванию. Вопросы в таких опросниках должны отражать изменения общего статуса и качества жизни пациента и определенные характеристики данного заболевания. Это необходимо, чтобы понять влияние и эффективность лечебных мероприятий на изменение качества жизни [6].

В мире разработано более 10 основных индексов, позволяющих оценить влияние стоматологического здоровья на качество жизни. Наиболее применяемыми информативными индексами в стоматологии считаются:

- **степень важности стоматологического здоровья — Oral Health Impact Profile (OHIP) (Slade G., Spenser J., 1994);**
- **влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь — Dental Impact on Daily Living (DIDL) (Leao A., Sheiham A., 1996);**
- **взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни — Oral Health — Related Quality of Life (OHQoL) (Kressin N., Spiro A., 1996), для измерения различного влияния стоматологического статуса на повседневные функции [6, 12].**

Определение степени важности стоматологического здоровья — Oral Health Impact Profile (OHIP) — один из самых распространенных и информативных индексов в стоматологии. Он является объективным показателем, оценивающим стоматологическое здоровье и его влияние на качество жизни. В 1997 г. Slade G. сократил OHIP-49 в OHIP-14 для удобства пользования. Единственная разница между ними — количество вопросов — OHIP-14 содержит 14 вопросов, а его русскоязычная версия апробирована в исследовании Барера Г.М. и соавт. Все вопросы опросника условно можно разделить на три раздела — проблемы при приеме пищи, проблемы при общении, проблемы в повседневной жизни [6, 11, 12].

Варианты ответов на 14 вопросов оцениваются по пятибалльной шкале (0 — никогда, 1 — иногда, 2 — время от времени, 3 — часто, 4 — постоянно). Чем больше сумма ответов (от 0 до 56), тем больше человек подвержен стоматологическим заболеваниям. Чем выше оценка в баллах, тем негативнее влияние состояния тканей рта на субъективную оценку пациентом своего уровня жизни. Индекс может применяться при интервью, по телефону и самоанкетировании [6, 11].

Вопросы анкеты опросника OHIP-14 позволяют оценивать влияние заболевания и проводимого лечения на качество жизни пациента по следующим критериям: повседневная жизнь, пережевывание пищи, способность общаться. Оценка качества жизни обычно проводится до лечения и через 6 месяцев после проведенного курса лечения [6, 11, 12].

DIDL — это система самоанкетирования, оценивающая качество состояния индивидуума по пяти позициям:

1. Внешний вид — эстетическая функция лица, полости рта, улыбка;
2. Боль — ощущение страдания;
3. Комфорт — ощущение полноты жизни, энергичность, наличие хороших общественных отношений;
4. Общая функция — взаимосвязь с функцией пищеварения (нарушение скорости слюноотделения, нарушение желудочной секреции);
5. Ограниченность питания — выбор продуктов питания, его разнообразие, возможность употребления жестких, твердых, вязких продуктов [6].

ОНQoL — очень быстрый и простой опросник, который включает как позитивные, так и негативные измерения влияния стоматологического статуса на качество жизни. Состоит из 16 вопросов, оценивающих состояние человека по следующим параметрам:

- физиологический аспект (удовольствие от приема пищи, внешность, речь, состояние общего здоровья, комфорт, свежее дыхание);
- социальный аспект (общественная жизнь, романтические взаимоотношения, коммуникативные связи, работа);
- психологический аспект (конфиденциальность, положение в обществе, способность отдыхать, настроение).

Данный опросник используется для измерения различного влияния стоматологического статуса на повседневные функции. Его особенность заключается в том, что он может использоваться у детей. Он также чувствителен к проведению профилактических программ [6].

Участие больного в заполнении опросника позволяет получить ценную информацию, которая по ряду параметров отличается от заключений, сделанных врачом. На качество жизни пациента может влиять возраст, пол, социально-экономическое положение, характер трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, тип его темперамента, степень доверия врачу, медицинская информированность и другие факторы. Использование критериев качества жизни в современной медицине особенно важно, так как позволяет выяснить комплексное отношение пациента к своему заболеванию. Установлено, что негативное восприятие пациентом своего заболевания влечет более высокий уровень депрессии и более низкий уровень качества жизни [7, 9].

В России на сегодняшний день системы и инструментарий для оценки стоматологического качества жизни практически не разработаны, хотя в мировой практике уже существуют примеры валидации существующих в англоязычных странах индексов на языки других стран. Известно исследование, посвященное возможности использования критерия качества жизни для оценки эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита и потери зубов у взрослых [3, 4, 16]. Имеются единичные исследования, посвященные качеству жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением. Эти работы выполнены в Канаде, Финляндии. Данные, полученные в разных странах, различаются, что может быть связано с культурными

особенностями. В нашей стране изучение связи качества жизни пациентов, обращающихся за эстетическим лечением, проводилось Веденовой Е.В. [10].

Анализ данных, полученных в результате оценки роли стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов, показал, что эстетические дефекты оказывают значимое влияние на качество жизни пациентов, обращающихся для стоматологического лечения еще до начала исследования. Наиболее значимыми из них являются: возраст, семейное положение, субъективная оценка своего состояния здоровья. Так, пациенты старше 40 лет отмечали существенно худшее качество жизни. Лица, находящиеся в состоянии развода, оценивали свое качество жизни как более низкое, чем все остальные, независимо от пола и возраста. При оценке пациентами состояния собственного здоровья выяснилось, что лица, считающие себя практически здоровыми, имели в 1,2 раза более высокий уровень качества жизни, чем те, кто не считали себя здоровыми. Считающие себя здоровыми меньше акцентируют свое внимание на эстетических стоматологических дефектах и в меньшей степени считают, что подобные дефекты мешают им принимать пищу, общаться, полноценно жить. Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью опросника ОНIP-14 до начала лечения и через 6 месяцев после него [7–10].

В работах Ю.В. Меньшиковой, В.А. Моховой приведены примеры положительной динамики качества жизни у больных с болезнями пародонта после проведенного комплексного лечения на основе применения опросника ОНIP-14. Анализ приведенной информации выявил достоверное улучшение качества жизни через 6 месяцев после начала лечения по сравнению с исходными значениями. При анализе анкет было установлено, что качество жизни пациентов с хроническими заболеваниями пародонта тяжелой степени зависит от уровня имеющихся доходов, что следует учитывать при разработке комплексного плана лечения. Также была выявлена взаимосвязь качества жизни и половой принадлежности. Так, установлено, что до лечения женщины чаще, чем мужчины, испытывали неудобства при приеме пищи, относясь к проблемам, возникающим во рту, более внимательно и эмоционально. Женщины чаще отмечали, что проблемы во рту являются причиной повышенной напряженности и раздражительности при общении с людьми, вызывают затруднения на работе. При анализе показателей качества жизни через 3 месяца, 6 месяцев и через год было выявлено, что и женщины, и мужчины отметили значительное улучшение в своем состоянии, но у женщин этот процесс происходил более динамично [27].

Анализ проведенного опроса выявил взаимосвязь между образованием и оценкой качества жизни пациентами. Больные, имеющие высшее образование, были гораздо больше озабочены проблемами во рту, чем пациенты со средним специальным образованием. В течение года после лечения качество жизни пациентов, имеющих высшее образование, улучшилось в большей

степени, чем у пациентов со средним образованием, что, вероятно, было связано с более четким выполнением рекомендаций лечащего врача [27].

Эпидемиологические и клинические исследования свидетельствуют о высоком уровне нуждаемости населения РФ в протетическом лечении по поводу частичного или полного отсутствия зубов как у пожилых людей, так и у лиц трудоспособного возраста. Потеря зубов неизбежно приводит не только к нарушениям эстетического, структурного и функционального характера в челюстно-лицевой области, но и к патологическим изменениям

во многих системах организма, приводя к серьезным последствиям, а также к снижению качества жизни человека. Частичное отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни человека. Не менее серьезны его последствия для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента; эти нарушения одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут изменить психоэмоциональное состояние вплоть до нарушений психики [1, 28].

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Абрамович А.М.** Качество жизни больных с частичным или полным отсутствием зубов: автореф. дис. ... к.м.н. — Тверь, 2005. — 27 с.
2. **Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г.** Валидация русскоязычной версии опросника OHIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. — *Стоматология*. — 2007; 5: 27—30.
3. **Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г.** Использование стоматологических измерений качества жизни. — *Стоматология для всех*. — 2006; 2: 4—7.
4. **Бекметова Д.М., Лебеденко И.Ю., Гуревич К.Г., Малик М.В., Быкова М.В.** Возможность применения опросников для изучения качества жизни при частичном отсутствии зубов. — *Российский стоматологический журнал*. — 2011; 2: 46—9.
5. **Бокерия Л.А., Аракелян В.С., Тутов Е.Г., Дадаев А.Я., Абдулгасанов Р.А., Оганесян С.С., Азарян А.С., Тахтаров А.Ш.** Понятие «качество жизни» и методы его оценки. — Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — 2005; 6 (1): 23—9.
6. **Веденева Е.В.** Качество жизни пациентов, обращающихся за эстетической стоматологической помощью: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2010. — 22 с.
7. **Вишняков Н.И., Данилов Е.О., Михайлов И.В.** Изучение качества ортопедической помощи по результатам социологического опроса пациентов. — *Институт стоматологии*. — 2001; 1: 6—10.
8. **Воробьев П.А., Сидорова Л.В., Кулигина Ю.А., Авксентьева М.В.** Методологические подходы к оценке качества жизни, связанного со здоровьем. — *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2003; 8: 20—5.
9. **Кирсанова С.В., Базикян Э.А., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г.** Оценка эффективности ортопедического лечения с применением критериев качества жизни. — *Медицина критических состояний*. — 2008; 2: 23—6.
10. **Кирсанова С.В., Базикян Э.А., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г.** Применение критериев качества жизни в стоматологии. — Материалы III Международной конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине». — Ереван, 2007. — С. 262.
11. **Леонтьев В.К.** Здоровые зубы и качество жизни. — Труды V съезда Стоматологической Ассоциации. — М., 1999. — С. 60—67.
12. **Леонтьев В.К.** О состоянии стоматологии в России и перспективы ее развития. — *Институт стоматологии*. — 2007; 3: 14—6.
13. **Мохова В.А.** Влияние комплексного лечения генерализованного пародонтита на качество жизни пациентов: автореф. дис. ... к.м.н. — Воронеж, 2010. — 20 с.
14. **Насыров Р.Т., Маннанова Ф.Ф., Новикова Л.Б.** Качество жизни у стоматологических больных с дефектами зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации. — *Уральский медицинский журнал*. — 2009; 5: 58—64.
15. **Новик А.А., Ионова Т.И.** Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. — М.: ОЛМА Медиа, 2007. — 320 с.
16. **Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И., Максимов А.Г., Повзун А.С., Сухонос Ю.А., Цепкова А.А.** Оценка качества жизни больного в медицине. — *Клиническая медицина*. — 2000; 2: 10—3.
17. **Образцов Ю.Л.** Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки. — *Стоматология*. — 2006; 4: 41—3.
18. **Окрепилова И.Г., Венедиктова С.К.** Управление качеством жизни: учебное пособие. — СПб.: СПбГУЭФ, 2010. — 104 с.
19. **Смирнягина В.В.** Возможность использования критерия качества жизни для оценки эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней тяжести: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2007. — 20 с.
20. **Татьянова А.Ю., Чечельницкая С.М., Румянцев А.Г.** К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем. — *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. — 2009; 4: 46—51.
21. **Фабрикант Е.Г., Гуревич К.Г.** Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения. — *Медицинское право*. — 2008; 2: 48—50.
22. **Фабрикант Е.Г., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В.** Валидация русскоязычной версии опросника качества «профиль влияния стоматологического здоровья». — *Институт стоматологии*. — 2009; 1: 14—5.
23. **Фабрикант Е.Г., Смирнягина В.В., Гуревич К.Г.** Динамика изменения качества жизни при лечении хронического генерализованного пародонтита. — *Институт стоматологии*. — 2008; 4 (41): 24—6.
24. **Kressin N., Spiro A. 3rd, Bosse R. et al.** Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. — *Medical Care*. — 1996; 34: 416—27.
25. **Leao A., Sheiham A.** The development of a socio-dental measure of Dental Impact on Daily Living. — *Comm Dental Health*. — 1996; 13: 22—6.
26. **Reisine S.T., Fertig J., Leder S.** Impact of dental conditions on patient's quality of life. — *Community Dent Oral Epidemiol*. — 1989; 7: 7—10.
27. **Wong A.H., Cheung C.S., McGrath C.** Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetic. — *Community Dent. Oral Epidemiol*. — 2007; 35 (1): 64—72.
28. World Health Organization. Basic documents. — 26th Ed. — Geneva, 1976. — P. 1.