

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

А.Б. Нимаев²,
клинический ординатор

А.И. Хасянов³,
аспирант

¹ РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

² ОмГМУ

³ ЦНИИСиЧЛХ

Значение критериев качества жизни для комплексного подхода к диагностике и лечению стоматологических заболеваний

Резюме. Оценка качества жизни пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы позволяет определить эффективность комплексного подхода в их диагностике и лечении при оказании ортодонтической помощи.

Ключевые слова: качество жизни, зубочелюстная система, ортодонтическая помощь

Summary. The evaluation of quality of life of patients with diseases of maxillofacial system gives a possibility to determine the efficacy of complex approach in their diagnostics and treatment when assisting the orthodontic aid.

Key words: quality of life, maxillofacial system, orthodontic aid

На обращаемость населения за стоматологической помощью значительно влияет уровень мотивации. Данные исследований свидетельствуют о том, что основной мотивацией к ортодонтическому лечению как взрослых пациентов, так и родителей детей и подростков с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА) являются эстетические нарушения. Нарушения функционального характера чаще становятся причиной обращений к врачу-ортодонт у лиц более старших возрастных групп. А пациенты старше 30 лет ожидают от ортодонтического лечения кроме эстетики возможности более привлекательно и молодо выглядеть [2, 10].

Обращение за ортодонтической помощью в более старших возрастных группах чаще бывает обусловлено невозможностью оказания квалифицированной ортопедической помощи в результате сформировавшихся аномалий и деформаций зубных рядов и прикуса как врожденного, так и приобретенного характера, представленных значительными патологическими наклонами зубов, их вторичными перемещениями в результате частичного отсутствия зубов или пародонтопатий. Иногда наличие ЗЧА является причиной отказа в протезировании [29]. Хотя нередко возникает и другая ситуация, когда врачи-стоматологи начинают лечение пациентов без учета имеющихся аномалий зубочелюстной системы, в результате чего эффективности от лечения добиться невозможно как в отношении эстетики, так и в отношении восстановления морфологических и функциональных нарушений. Частые ошибки в оказании ортопедической и терапевтической стоматологической помощи

пациентам с ЗЧА и неудовлетворенность пациентов результатами лечения — следствие того, что врачи-стоматологи смежных специальностей не обращают внимание на наличие ортодонтической патологии и не направляют к врачу-ортодонт [2, 10].

Стоматологические заболевания в пожилом и старческом возрасте оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов, так как являются причиной болей, дискомфорта при жевании, речи и в покое, вызывают косметические нарушения, снижают коммуникативную функцию, о чем свидетельствуют многочисленные исследования. На качество жизни таких пациентов негативное воздействие оказывают имеющиеся заболевания пародонта, длительно существующие общие нарушения, плохо фиксированные или некачественно изготовленные зубные протезы, или их отсутствие, как правило, невысокий доход, иногда небрежное отношение к собственному здоровью, в том числе стоматологическому, отсутствие хорошей гигиены. Несмотря на снижение числа удаленных зубов в старших возрастных группах в развитых европейских странах, в России и некоторых других странах около 70% таких пациентов по-прежнему имеют очень незначительное количество сохранившихся собственных зубов или не имеют их совсем [4, 5, 18].

Человеку с неполным комплектом зубов доступна не всякая пища, что приводит к дискомфорту и снижению качества жизни по такому важному показателю его жизнедеятельности, как питание. Несмотря на то, что связь нарушений питания из-за проблем во рту с общим

состоянием здоровья изучена недостаточно, ограничения в выборе пищи существенно влияют на психоэмоциональное благополучие стоматологических пациентов [19].

Считается, что нормальная функция зубочелюстного аппарата возможна при сохранении 20 и более зубов. Это так называемый «индекс 20», который используется в ряде зарубежных стран для оценки стоматологического статуса. Известно, что потеря даже одного зуба вызывает нарушения целостности зубных рядов и ведет к сложной их перестройке. Чем больше зубов отсутствует, тем более выражены нарушения функций откусывания пищи, жевания. В то же время установлено, что многие пожилые люди имеют настолько хорошую адаптацию к своему состоянию при множественном, а иногда и полном отсутствии зубов, что не предъявляют жалоб на снижение жевательной функции. Известно, что на субъективную оценку нарушений функций зубочелюстной системы у пожилых пациентов большое влияние оказывает их общесоматический статус. Наоборот, у пожилых людей с хроническими заболеваниями различных органов и систем отмечается самый низкий уровень стоматологического здоровья и наиболее снижены показатели качества жизни [4, 5].

В России отмечается тенденция к ухудшению стоматологического здоровья с возрастом. Ряд зарубежных авторов отмечают значительное влияние социального положения на показатели здоровья стоматологических пациентов: малообразованные и бедные люди чаще лишаются зубов, чем люди с более высоким уровнем образования и доходов [4, 10].

В современном обществе люди уже поняли, что наличие съемных протезов или множественное отсутствие зубов не всегда сопутствует пожилому возрасту. По мнению академика В.К. Леонтьева, «сохранение здоровых зубов является одним из важных признаков высокого качества жизни, так как они обеспечивают полноценность питания, эстетический внешний вид, гордость и достоинство людей, активный образ жизни» [19].

Проведенные многочисленные исследования выявили, что состояние органов и тканей рта человека влияет на его здоровье, социальный, психологический и экономический статус. Это выполняет важную эстетическую и коммуникативную функции в жизни каждого человека. Снижение эстетических качеств и разного рода дисфункции, возникающие при стоматологической патологии, приводят к изменениям в психологической сфере и отрицательно сказываются на эмоциональном состоянии пациентов, что подтверждено рядом исследований [7, 9, 13].

По данным М.А. Алимовой, Ю.А. Гюевой, более 60% пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) имеют различной степени выраженности ЗЧА [1]. Изучение критериев качества жизни пациентов с дисфункциями ВНЧС, сочетающихся с ЗЧА, выявило улучшение их социальной адаптации, психологического состояния и стоматологического

качества жизни на 33,47% после проведенного ортодонтического лечения [13].

В последние годы отмечается рост числа пациентов, обращающихся к врачу-стоматологу за эстетической стоматологической помощью, в том числе и для коррекции ЗЧА и деформаций. Известно, что эстетические проблемы пациентов, вызванные стоматологическими заболеваниями, влияют на их психологическое состояние. Доказано, что эстетическое стоматологическое лечение играет важную роль в достижении эмоциональной и социальной стабильности, ощущении собственного благополучия [7].

В работах по исследованию качества жизни пациентов с дефектами зубных рядов выявлено, что психоэмоциональные нарушения наиболее выражены при наличии дефектов в видимой части рта. В старших возрастных группах эти нарушения проявлялись максимально. Нарушая эстетику улыбки, они приводят к выраженному снижению качества жизни пациентов [21, 23].

Полную и объективную картину влияния стоматологических заболеваний на различные уровни жизнедеятельности человека дает изучение показателей качества жизни, отражающих физическое, психическое, социальное, экономическое благополучие человека, которое может меняться под влиянием заболевания или во время его лечения.

Зубочелюстные аномалии и деформации оказывают непосредственное влияние на особенности формирования характера, темперамента и психики в детском возрасте. Так, например, считается, что дети с дистальным прикусом более впечатлительны, а с мезиальным прикусом, как правило, волевые, но несдержанные. Психическое состояние практически всегда отражается на осанке. Дети с ЗЧА и деформациями чаще робкие, реже замкнутые, озлобленные, им бывает сложно выстроить взаимоотношения с окружающими, особенно со сверстниками. Установлено, что подростки с эстетическими стоматологическими нарушениями хуже ведут себя в школе и за ее пределами. Считается даже, что наличие эстетических дефектов может становиться причиной их асоциального поведения. В противовес этим утверждениям имеются данные, что после проведенного эстетического стоматологического лечения дети становятся более общительными, менее конфликтными, чаще достигают определенных успехов в школе [15, 17].

Ортодонтическое лечение относится к эстетическому стоматологическому лечению, так как в процессе него изменяется не только эстетика зубов и улыбки, но и лица в целом, что оказывает влияние на качество жизни пациента. Лицо человека — первое, на что мы обращаем внимание при общении. Красивая улыбка — то, что ожидают получить пациенты в результате эстетического стоматологического лечения, а вместе с ней и повышение уровня самооценки. Установлено, что люди с привлекательной внешностью чаще имеют более престижную и высокооплачиваемую работу, могут быть

более успешными, занимают более высокое социальное положение [16, 26].

Имеющиеся дефекты зубов, зубных рядов, прикуса, заметные при внешнем осмотре, отрицательно влияют на психоэмоциональный статус маленьких детей, детей-подростков и взрослых. Чаще всего именно эстетические нарушения, имеющиеся у пациентов, являются причиной обращения большинства из них за ортодонтической помощью. Улыбка имеет огромное значение в восприятии внешности человека. Неправильно расположенные зубы могут затруднять социальную адаптацию и способствовать приобретению негативных комплексов, особенно у молодых пациентов. Эстетическое стоматологическое лечение выполняет важную роль в формировании чувства благополучия у пациентов, влияет не только на восприятие их другими людьми, но и на успехи в работе и во взаимоотношениях с окружающими. Обращаясь за эстетической стоматологической помощью, большинство пациентов ожидают повышения самооценки из-за улучшения эстетики улыбки. Определение критерия качества жизни является основным методом оценки восприятия пациентами собственного здоровья, их ожиданий от результатов лечения, а также оценки своего состояния после проведенного лечения [15, 17].

Зубочелюстные аномалии проявляются нарушениями не только эстетического, но и морфологического и функционального характера. Морфологические нарушения в зубочелюстной системе, как правило, сочетаются с изменениями других органов и систем. Они усугубляются с возрастом, приводят к осложнениям в виде кариеса, болезней пародонта, ранней потере зубов, изменениям в височно-нижнечелюстных суставах. Своевременное устранение зубочелюстно-лицевых аномалий является профилактикой как местных, так и многих общих нарушений организма, в связи с этим ортодонтия имеет большое социальное значение [10].

Под действием нормальной функции идет правильное развитие любого органа или системы. Развитие ЗЧА и деформаций возникает при нарушении одной или нескольких функций зубочелюстной системы. О том, что неправильное распределение давления мышц во время жевания и другие миофункциональные нарушения челюстно-лицевой области являются одной из основных причин возникновения ЗЧА, говорили еще многие ученые в прошлом веке. В последнее время отмечается рост миофункциональных нарушений как в детском возрасте, так и у взрослых [8].

Нарушение функции дыхания при заболеваниях лор-органов, при аллергических состояниях, нарушающих проходимость верхних дыхательных путей, приводит к затрудненному носовому дыханию или ротовому дыханию с развитием вертикальной дизокклюзии или сагиттальных аномалий окклюзии. Известно, что частота ЗЧА у детей с ротовым типом дыхания в 3–6 раз больше, чем у детей с нормальным дыханием. Наличие ротового дыхания приводит к хронической гипоксии организма, снижению защитных свойств слизистой

оболочки рта, губ, слюны. В результате отсутствия смыкания губ нарушается равновесие мышц всего ротолицевого комплекса. При этом язык часто опускается на дно рта и не участвует в росте и развитии верхней челюсти. Нормализация типа дыхания в детском возрасте, как подтверждают клинические наблюдения, стимулирует рост челюстей и корректирует положение резцов [28].

Нарушение функции жевания, возникающее вследствие вредной привычки жевания на одной стороне, позднего включения в рацион твердой пищи, осложнений кариеса зубов, аномалий твердых тканей зубов некариозного происхождения, аномалий количества, формы и размеров зубов, а также аномалий зубных рядов и окклюзии, приводит к нарушению скоординированной работы мышц, участвующих в жевании, что является осложняющим фактором в лечении ЗЧА, усугубляет патологические изменения в зубочелюстной системе и может быть причиной возникновения рецидивов зубочелюстных аномалий [28].

Инфантильное глотание также считается одной из основных причин аномалий окклюзии, так как приводит к формированию характерных деформаций в зубочелюстной системе и неправильной работе мышц, участвующих в акте глотания. Нарушения функций глотания и речи отрицательно влияют на работу мышц ротовой и околоротовой областей, способствуя развитию ЗЧА, могут быть причиной возникновения их рецидивов [28].

Изучая влияние местных и общих нарушений организма (нарушения опорно-двигательной, дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем, системы пищеварения) на возникновение ЗЧА и деформаций, выявляется взаимосвязь между данными нарушениями как в одну, так и в другую сторону. Так, наличие неврологических заболеваний часто вызывает нарушения функции мышц в челюстно-лицевой области и способствует формированию вредных привычек, являющихся важным этиологическим фактором развития ЗЧА. Связь состояния стоматологического здоровья с наличием общесоматических заболеваний доказана и не вызывает сомнений [28].

Стоматологическое здоровье неразрывно связано с общим состоянием здоровья человека. Вот почему важно при лечении любой стоматологической патологии уделять внимание общесоматическому статусу пациента, применяя в работе междисциплинарный подход и делясь своими наблюдениями и опытом с врачами других специальностей. Часто неудачи в стоматологическом лечении связаны с недостаточной терапией общего заболевания, обусловившего возникновение или усугубившего течение стоматологической патологии, а врачи смежных специальностей, как правило, не уделяют должного значения состоянию рта [18].

Большинство ортодонтических пациентов нуждаются в особом внимании, так как многие формы ЗЧА имеют выраженные лицевые признаки, что обуславливает наличие не только эстетических и функциональных проблем, но и психоэмоциональных нарушений.

Врач-ортодонт обязан помочь пациенту приобрести уверенность в себе, собственных силах и успехе ортодонтического лечения. При этом очень важно учитывать не только начальное психологическое состояние пациента, но и его ожидания от конечного результата лечебных мероприятий. Исследования подтверждают наличие психологических отклонений у пациентов с тяжелой степенью выраженности лицевых нарушений, проявляющихся в их неуравновешенности, неуверенности, затруднениях в общении. В этом случае ортодонтическое лечение имеет психотерапевтический эффект, в связи с чем имеет большое социальное значение [16].

Залог успешного ортодонтического лечения — индивидуальный подход к пациенту, выбор адекватного метода лечения которого зависит от особенностей антропологических и функциональных характеристик его зубочелюстной системы. Основная задача лечения — создание гармоничного морфофункционального состояния зубов и тканей рта и улучшение эстетики лица [24].

Деятельность врача должна быть направлена на улучшение качества жизни пациента, и не будет ошибкой сказать, что качество жизни человека напрямую зависит от состояния его зубов и тканей рта, от эстетичности или неэстетичности его лица, от дикции и улыбки [11, 20]. Работа врача-ортодонта часто связана с сотрудничеством с врачами смежных специальностей, так как ЗЧА чаще являются полиэтиологичными и требуют комплексного подхода в лечении.

Проблема коррекции ЗЧА имеет три равнозначных аспекта: медицинский, психологический и социальный. Медицинский аспект заключается в получении стойкого морфологического, функционального и эстетического оптимума у пациента. Психологический и социальный аспекты тесно переплетаются друг с другом. Эстетика лица отражается на колебаниях самооценки человека,

его самоуверенности, коммуникабельности, а функциональные нарушения речи, сопровождающие ЗЧА, оказывают непосредственное влияние на его профессиональную пригодность [16, 26].

Связь качества жизни с состоянием зубочелюстной системы очевидна и требует тщательного изучения и глубокого анализа, о чем свидетельствуют появляющиеся в литературе научные работы [3, 6, 7, 10, 14]. В настоящее время имеется недостаточно исследований, посвященных качеству жизни пациентов, обратившихся за стоматологическим лечением в нашей стране, а данные исследований, полученные в других странах, существенно отличаются от российских, что, вероятно, связано с их культурными особенностями. Но абсолютно все проведенные исследования подтверждают, что устранение стоматологических заболеваний всегда улучшает показатели качества жизни [6, 7, 10, 12, 21, 25, 27]. Главная задача любого лечения на современном этапе — достижение максимального терапевтического эффекта и улучшение качества жизни пациента, с учетом его индивидуального понимания своего заболевания и восприятия окружающего мира.

Работы по изучению качества жизни выявили, что субъективная оценка его параметров пациентами дает более точные данные по состоянию здоровья больного во время лечения и прогнозу течения заболевания, чем данные общесоматического статуса, что подтверждает значимость проводимых исследований [22, 30].

Изучение качества жизни — это высокоинформативный и экономически обоснованный метод оценки состояния здоровья населения в целом и отдельных лиц в частности, широко распространенный в международной практике. Этот метод дает возможность проведения количественной оценки различных сторон жизнедеятельности человека — физической, психологической и социальной [22].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алимova М.Я., Гюева Ю.А. Деонтологические проблемы современной ортодонтии. XVI съезд ортодонтов России. Тезисы. — *Ортодонтия*. — 2014; 3: 59—60.
2. Алимский А.В., Текучева С.В., Гуненкова И.В. Медико-социальные и организационные аспекты обращаемости и оказания ортодонтической помощи в современных условиях. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2011; 3: 38—43.
3. Арутюнов А.С., Кицул И.С., Арутюнов С.Д., Макаревич А.А. Методические основы изучения качества жизни больных с челюстно-лицевыми дефектами. — *Российский стоматологический журнал*. — 2009; 3: 51—4.
4. Арьева Г.Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 1). — *Пародонтология*. — 2013; 2: 63—8.
5. Арьева Г.Т., Арьев А.Л. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 2). — *Пародонтология*. — 2013; 3: 15—8.
6. Бекижева Л.Р., Хлутков Е.С., Никончук Е.Е., Мельников А.И., Аксаментов А.Д., Кишко Э.В. Динамика

качества жизни на этапах ортопедической реабилитации больных с включенными дефектами зубных рядов. — *Стоматология*. — 2012; 5: 66—7.

7. Веденева Е.В. Качество жизни пациентов, обращающихся за эстетической стоматологической помощью: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2010. — 22 с.

8. Гвоздева Ю.В., Данилова М.А. Состояние общесоматического статуса у детей с выраженными миофункциональными нарушениями в раннем детском возрасте. — *Ортодонтия*. — 2009; 3: 6—8.

9. Горожанкина Е.А., Мамедов Ф.М. Качество жизни пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. — *Медицинская консультация*. — 2002; 2: 1—3.

10. Гуненкова И.В. Ортодонтическая помощь как один из факторов улучшения качества жизни. — *Стоматология*. — 2005; 5: 63—6.

11. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье. — Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. — М.: МГМСУ, 2004.

12. Елькова Ю.О., Мохова В.А., Прудникова М.М., Трифонов Б.В. Качество жизни — один из критериев оценки

эффективности лечения больных. — *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. — 2006; 1 (т. 1): 60—3.

13. Ишмурзин П.В., Худорошков Ю.Г. Влияние комплексного поэтапного ортодонтического лечения на качество жизни пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. XV съезд ортодонтов России. Тезисы. — *Ортодонтия*. — 2013; 2: 44—5.

14. Кирсанова С.В., Базикян Э.А., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Оценка эффективности ортопедического лечения с применением показателей качества жизни. — Материалы III Международной конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине». — Ереван, 2007. — С. 262.

15. Кисельникова Л.П., Зуева Т.Е., Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г., Мирошкина М.М., Алибекова А.А., Нагоева М.М. Влияние степени поражения зубов кариесом на качество жизни подростков. — *Стоматология для всех*. — 2010; 2: 10—3.

16. Коваленко А.В., Слабковская А.Б., Дробышева Н.С., Персин Л.С. Индекс лицевых изменений и его взаимосвязь с психологическим статусом пациентов с гнатическими аномалиями окклюзии. — *Ортодонтия*. — 2010; 4: 31—5.

17. Кряжинова И.А. Влияние зубных протезов на оценку качества жизни подростков с первичной адентией. — *Стоматология*. — 2012; 5: 69—70.

18. Кузнецов С.В. Клиническая геронтостоматология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2013. — 240 с.

19. Леонтьев В.К. Зубы и качество жизни. — *Институт стоматологии*. — 1999; 3: 2—5.

20. Леонтьев В.К. О связи протезирования в стоматологии, уровня здоровья и качества жизни пациентов. — Зубной протез и здоровье: сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. — М., 2004. — С. 19.

21. Насыров Р.Т., Маннанова Ф.Ф., Новикова Л.Б. Пути улучшения качества жизни у больных с дефектами зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации. — *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2009; 4: 35—8.

22. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине, 2-е изд. — М.: Олма Медиа Групп, 2007. — 320 с.

23. Новикова Л.Б., Маннанова Ф.Ф., Насыров Р.Т. Психосоциальные нарушения у больных с челюстно-лицевой патологией. — *Практическая неврология и нейро-реабилитация*. — 2008; 4: 37—9.

24. Персин Л.С. Современный взгляд на ортодонтию как на специальность. — *Маэстро стоматологии*. — 2000; 1: 5—6.

25. 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.

26. Таклас Н., Слабковская А.Б., Персин Л.С. Психологический статус пациентов с зубочелюстными аномалиями. — *Ортодонтия*. — 2012; 1: 9—14.

27. 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.

28. Хроменкова К.В., Дыбов А.М., Оспанова Г.Б. Состояние стоматологического здоровья у детей в период молочного и сменного прикуса. — *Ортодонтия*. — 2009; 3: 12—7.

29. Черненко С.В. Ортодонтия для взрослых. Методы подготовки полости рта к протезированию при аномалиях и деформациях положения зубов и прикуса. — М.: Миттель Пресс, 2009. — 185 с.

30. Witte J. Quality of Life (eds. A. Shumakers, R. Berzon). — Oxford: Rapid Communications, 1995. — P. 159—162.