

Д.С. Кабак,
аспирант

ЦНИИСиЧЛХ

Общее представление о качестве жизни, качество жизни в стоматологии. Обзор литературы

Резюме. В статье сделан обзор актуальных источников литературы, посвященных изучению зависимости состояния зубочелюстной системы и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, степень важности стоматологического здоровья, взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни

Summary. The article provides an overview on current literature connected to the study of the dependence of patients oral health and their life quality.

Keywords: quality of life, oral health impact profile, oral health-related quality of life

По мнению проф. Ю.Л. Образцова, стоматологическое здоровье — самостоятельная социально-медицинская категория, его можно охарактеризовать количественно и качественно. Используемые в повседневной практике количественные показатели (индексы интенсивности кариеса, пародонтальные индексы и т.д.) дают фрагментарное представление об уровне стоматологического здоровья, в связи с чем перспективна разработка интегральных показателей, позволяющих дать наиболее полную характеристику состояния зубочелюстно-лицевой системы. Достижение оптимального уровня стоматологического здоровья как важнейшего фактора, обеспечивающего высокое качество жизни (КЖ) людей, необходимо считать одной из стратегических задач современной стоматологии. Профилактика основных стоматологических заболеваний должна быть основана на стратегии управления стоматологическим здоровьем конкретного человека. Исходя из этого, одна из важнейших задач врачей-стоматологов — повышение уровня медико-гигиенических знаний населения и прежде всего разъяснение важного значения сохранения стоматологического здоровья для достижения высоких уровней соматического здоровья и КЖ [22].

По мнению А.А. Новика и Т.И. Ионовой, содержание понятия «качество жизни» является принципиальным, так как в значительной степени определяет предмет и методы исследования, а также возможности клинической интерпретации полученных результатов. Дискуссии о содержании этого понятия ведутся до настоящего времени. В международной научной периодике можно встретить более 20 различных формулировок, описывающих КЖ человека. Наиболее конкретным, структурным и точным является следующее:

КЖ — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [21]. Это определение логично и структурно связано с определением здоровья, данного ВОЗ:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология) [18].

Заинтересованность исследователей в оценке КЖ можно проследить по числу публикаций, где ключевыми словами являлись «quality of life»: в 1970-е годы было обнаружено 5 статей, а уже в 1998 г. их количество составило 16 000, к 2006 г. насчитывалось почти 76 000, на 2014 г. число таких публикаций перевалило за 120 000 [16].

На сегодняшний день в зарубежной литературе встречается значительное количество научных публикаций, посвященных изучению зависимости состояния зубочелюстной системы и КЖ пациентов. Данные,

полученные в результате этих исследований, свидетельствуют о том, что после проведенного успешного стоматологического лечения улучшаются показатели КЖ пациентов. Однако некоторые авторы указывают на то, что не всегда устранение стоматологических заболеваний приводит к мгновенному улучшению этих показателей. Так, по данным А.А. Алибековой, сразу после санации рта не происходит улучшение параметров КЖ у подростков, наоборот, в разделах «Физический дискомфорт» и «Эмоциональное благополучие» выявлено незначительное ухудшение (отличие 1,27 и 2,78% соответственно). Через 3 месяца после стоматологического лечения отмечено улучшение КЖ как в целом (отличие 28,48%), так и по всем разделам анкеты Child Perceptions questionnaire: «Физический дискомфорт», «Функциональные нарушения», «Эмоциональное благополучие» и «Социальное благополучие» (отличие 28,48, 23,19, 37,22 и 16,8% соответственно) [2].

КЖ в стоматологии — оценка не только физических, функциональных, но и социальных, коммуникативных и психологических составляющих стоматологического здоровья. При этом следует учитывать, что люди разного возраста, пола, вероисповедания и социального положения могут считать наиболее существенными для своего КЖ совершенно различные аспекты стоматологического здоровья [12].

Для оценки КЖ пациентов стоматологического профиля были разработаны специальные опросники. В настоящее время в иностранных исследованиях чаще всего используются ниже перечисленные индексы:

- **Степень важности стоматологического здоровья — Oral Health Impact Profile (OHIP), разработанный в 1994 г. G.D. Slade и A.J. Spencer;**
- **Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь — Dental Impact on Daily Living (DIDL), разработанный в 1996 г. A.T. Leao и A. Sheiham;**
- **Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни — Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL), разработанный в 1996 г. N. Kressin.**

В Российской Федерации в последние годы успешно используется валидированная русскоязычная версия (Барер Г.М., 2007) индекса OHIP-14, в 1997 г. G. Slade для удобства использования сократил OHIP-49 до 14 вопросов [7].

Упомянутые индексы являются объективными средствами измерения, которые позволяют оценивать стоматологическое здоровье в терминах его влияния на КЖ. Каждый из этих индексов предназначен для измерения частоты, силы, степени влияния стоматологических проблем на функциональное и социально-психологическое благополучие индивидуума, а также для экспертной оценки нуждаемости и эффективности стоматологической помощи. Некоторые из индексов могут использоваться в эпидемиологических исследованиях и для планирования объема оказания медицинской помощи системами здравоохранения [12].

Нередко для оценки КЖ стоматологических пациентов используют опросник MOS SF-36. Данный опросник

состоит из 36 вопросов и 8 шкал. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует более высокому уровню жизни. По данным ряда исследований, опросник соответствует предъявляемым к нему требованиям: многомерностью, простотой и краткостью, применимостью в различных языковых и социальных культурах, надежностью, валидностью, достаточной чувствительностью [1].

В результате проведенного G. Maupome и соавт. в Канаде исследования 532 пожилых людей доказана взаимосвязь соматической и стоматологической патологии у людей пожилого и старческого возраста. Авторы отмечают, что лица с высоким артериальным давлением, остеопорозом или диабетом не имеют зубов или имеют меньше зубов, чем участники, у которых не было этих заболеваний [28].

Л.И. Худякова, обследовав 150 студентов 17–25 лет с достоверными диагнозами патологии зубочелюстной системы, отмечает, что нарушения стоматологического здоровья снижают КЖ в большей степени по шкалам, относящимся к психическому компоненту здоровья. Наличие определенных видов патологии зубочелюстной системы студента ограничивает выполнение им повседневных учебных обязанностей вследствие снижения коммуникативных возможностей из-за приобретенных дефектов речи, эстетических дефектов, галитоза, выявляемых на занятиях при беседах и ответах [25].

По мнению проф. А.В. Алимского, КЖ людей в значительной мере связано с состоянием органов и тканей рта. Красивая улыбка и здоровые зубы — важный показатель социальной успешности человека [3].

Е.В. Веденева в своем исследовании показала, что пациенты с эстетическими стоматологическими дефектами испытывают дискомфорт во время отдыха, некоторые из них уверены, что данные дефекты мешают нормально принимать пищу и разговаривать, однако при стоматологическом обследовании изменений жевательной функции и дефектов дикции не выявляется. Эти пациенты дают себе более низкую социальную оценку и имеют более низкие экономические и социальные потребности [11].

Наличие гиперестезии и нарушение эстетики значительно влияет на комфорт пациентов, что снижает их КЖ. Интегральный показатель КЖ у пациентов, страдающих клиновидным дефектом зубов, после лечения при легкой степени улучшился равнозначно в обеих группах, при средней степени соответственно на $7,6 \pm 2,01\%$ выше в основной группе, чем в группе сравнения, при глубокой степени соответственно на $5,95 \pm 0,97\%$ выше в основной группе, чем в группе сравнения. При средней и глубокой стадиях клиновидного дефекта зубов самые выраженные различия определялись по шкалам: «Ограничение функции» в основной группе на $1,435 \pm 1,040$ балла выше, чем в группе сравнения, «Физические ограничения» в основной группе на $0,778 \pm 0,340$ балла выше, чем в группе сравнения, «Физический дискомфорт» также в основной группе выше на $0,478 \pm 0,030$ балла [14].

Профессор В.Д. Вагнер и соавт. в ходе проведенного исследования выявили, что после лечения КЖ в наибольшей степени (в 2,5 раза) улучшилось у тех пациентов, у которых исходно был удален один или несколько зубов. После лечения КЖ таких пациентов становилось наиболее высоким, тогда как лечение других видов эстетических стоматологических дефектов приводило к изменению КЖ в 1,9 раза. При этом не было важно, отсутствовал фронтальный или латеральный зуб. На первичном приеме отсутствие 1–2 зубов было сопряжено с наихудшим КЖ. Однако изменение КЖ произошло из-за отношения к проблеме приема пищи [9].

О.В. Федоткина установила, что проведенное лечение кариеса приводит к улучшению КЖ в 1,26 раза через 6 месяцев. После лечения КЖ пациентов в возрасте 20–30 лет является более высоким, чем у пациентов в возрасте 30–40 и 40–50 лет, при этом в результате лечения КЖ возрастает в 1,6, 1,9 и 2 раза соответственно [24].

По результатам клинического обследования и лечения 256 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с повышенной стираемостью зубов Ю.В. Мандра выявила, что раннее ее проявление снижает КЖ, обусловленное стоматологическим здоровьем, до уровня «ниже среднего». Ухудшение КЖ прямо пропорционально степени повышенной стираемости зубов. Проведение комплексного лечения больных с повышенной стираемостью зубов повышает КЖ, обусловленное стоматологическим здоровьем в 4 раза согласно интегральному показателю [17].

М.В. Пешков и К.Г. Гуревич установили, что стоматологическое хирургическое лечение способствует улучшению КЖ через 1,5–2 месяца в среднем на 25%. В большей степени КЖ после проведенного лечения улучшается у пациентов старшей возрастной группы (60–69 лет) и у мужчин. На КЖ после лечения также оказывают влияние следующие факторы: возраст, пол, уровень доходов, семейный статус, собственная оценка здоровья, место проживания, социальный статус [23].

Р.Т. Буляков и соавт., изучая уровень КЖ пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, выявили прямую зависимость КЖ от возраста, проявляющуюся в достаточно низком уровне у пожилых людей по сравнению с молодыми, имеющими тот же диагноз, на основании субъективной самооценки с помощью опросника OHIP-49-RU [8].

О.А. Зорина и И.С. Беркутова установили, что проведение комплексного пародонтологического лечения улучшает КЖ по всем шкалам как у пациентов с хроническим пародонтитом тяжелой степени, так и у пациентов с агрессивным пародонтитом. В большей степени КЖ улучшается у пациентов, проходивших неоднократно поддерживающую терапию [13].

И.В. Вашурин и соавт. установили, что в наибольшей степени КЖ улучшается у пациентов с частичным отсутствием зубов, которым установлены съемные конструкции с базисом из нейлона или же бюгельные конструкции. В наименьшей степени стоматологическое

КЖ улучшается у пациентов с полным отсутствием зубов при изготовлении съемных конструкций [10].

В процессе исследования, проведенного Р.Т. Насыровым и соавт., были определены показатели КЖ у 113 стоматологических больных в возрасте от 20 до 45 лет с различной топографией дефектов зубных рядов в процессе их реабилитации с использованием русской версии опросника MOS SF-36 для оценки их адаптации к съемным протезам. Выявлено статистически значимое улучшение показателей КЖ по шкалам ролевого эмоционального функционирования, социальной активности, психического здоровья при восстановлении дефектов зубных рядов во фронтальном участке. Наблюдалась тенденция улучшения показателей КЖ и по всем остальным шкалам [20].

Проведенное С.В. Кирсановой исследование при помощи специализированного стоматологического опросника качества жизни OHIP-14 выявило значительное улучшение КЖ в ближайшие (через 1,5 месяца) и в отдаленные (через 6 месяцев) сроки после ортопедического лечения. Наибольшие изменения (в 2,43 раза) выявлены у женщин в возрасте от 41 до 50 лет, наименьшие (в 2,12 раза) наблюдаются у мужчин в возрасте от 41 до 50 лет. Исходно наиболее низкий уровень КЖ определяется у пациентов, лечение которым проводилось комбинированными ортопедическими конструкциями, однако, такое лечение приводит к наиболее существенному улучшению уровня КЖ (в 2,55 раза) [15].

В ходе проведенного О.Н. Архаровой исследования установлено, что ортодонтическое лечение в целом улучшает КЖ в 1,6 раза у пациентов с аномалиями отдельных зубов и у пациентов с зубочелюстными аномалиями, имеющих другую стоматологическую патологию, и в 1,5 раза у пациентов с аномалиями окклюзии. Но уровень КЖ пациентов с зубочелюстными аномалиями, имеющих другую стоматологическую патологию, по завершению лечения на 30% меньше, чем в других группах [5, 6].

М.М. Насоевой выявлено, что у детей 7–10-летнего возраста достоверное влияние на все компоненты КЖ — физический дискомфорт и функциональные нарушения, эмоциональное, социальное и семейное благополучие — оказывает влияние интенсивность кариеса временных и постоянных зубов и гигиеническое состояние рта [19].

У детей из штата Мичиган в США в возрасте от 2 до 5 лет с кариесом, которые прошли стоматологическое лечение, значительно улучшилось КЖ, связанное со здоровьем органов и тканей рта, при последующей оценке по сравнению с их исходным измерением как детьми, так и их родителями или опекунами [27].

В результате обследования детей в возрасте от 2 до 5 лет, проведенного в Бразилии J. Abanto (2010), установлено, что тяжесть кариеса и низкий доход семьи отрицательно повлияли на КЖ, связанное со здоровьем органов и тканей рта (OHRQoL) дошкольников и их родителей [26].

Следует отметить, что стоматологическое здоровье является неотъемлемой частью общественного

здоровья. Оно зависит от многочисленных медико-биологических факторов, образа жизни и систематического использования средств гигиены рта. В свою очередь эстетическое состояние органов и тканей рта и отсутствие трудностей с речью из-за проблем с зубами обеспечивает социальное благополучие человека [4].

Таким образом, несмотря на значительный интерес зарубежных авторов к исследованию качества жизни в медицине, в отечественной литературе в доступных источниках недостаточно работ комплексного

характера, позволяющих воссоздать целостную картину о качестве жизни стоматологических пациентов, страдающих соматическими заболеваниями и находящихся на стационарном лечении. Необходимо также учитывать тот факт, что на качество жизни влияют медико-социально-экономические характеристики населения, в том числе и особенности его менталитета, данные, полученные в ходе зарубежных исследований, не всегда могут быть корректны по отношению к населению Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1. Абрамович А.М.** Качество жизни больных с частичным и полным отсутствием зубов: дис. ... к.м.н. — М., 2005. — 144 с.
- 2. Алибекова А.А.** Повышение эффективности лечения заболеваний твердых тканей зубов у подростков на основании критериев качества жизни: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2010. — 22 с.
- 3. Алимский А.В., Купреева И.В., Удовикова О.И.** Влияние санации полости рта на качество жизни больных бронхиальной астмой. — *Стоматолог.* — 2007; 5: 4—7.
- 4. Артеменков А.А.** Оценка стоматологического здоровья студентов и его связь с качеством жизни обучающихся. — *Ульяновский медико-биологический журнал.* — 2016; 3: 121—6.
- 5. Архарова О.Н.** Изучение качества жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями до начала их ортодонтической коррекции. — *Клиническая стоматология.* — 2015; 4 (76): 60—3.
- 6. Архарова О.Н., Пешков М.В., Хасянов А.И., Нимаев А.Б.** Критерии качества жизни как показатель эффективности стоматологического лечения. — *Клиническая стоматология.* — 2015; 4 (76): 64—8.
- 7. Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г.** Валидация русскоязычной версии опросника ОНПР у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. — *Стоматология.* — 2007; 5: 27—30.
- 8. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А.** Изучение качества жизни у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. — *Проблемы стоматологии.* — 2013; 5: 12—6.
- 9. Вагнер В.Д., Пешков М.В., Гуревич К.Г.** Зависимость качества жизни пациентов, обращающихся за стоматологической помощью, в зависимости от нозологической формы заболевания. — *Клиническая стоматология.* — 2015; 4(76): 58—9.
- 10. Вашурин И.В.** Улучшение качества жизни пациентов с недостаточностью кровообращения при ортопедическом стоматологическом лечении: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2012. — 22 с.
- 11. Веденева Е.В.** Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов: дис. ... к.м.н. — М., 2010. — 137 с.
- 12. Юшук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г.** Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. — М.: Перо, 2012. — 659 с.
- 13. Зорина О.А., Беркутова И.С., Домашев Д.И., Рехвишвили Б.А., Антудзе М.К.** Качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени и агрессивными формами пародонтита. — *Стоматология для всех.* — 2012; 3: 12—5.
- 14. Исламова Д.М.** Оптимизация методов диагностики и лечения клиновидных дефектов зубов и симптома гиперестезии зуба: дис. ... к.м.н. — Уфа, 2013. — 137 с.
- 15. Кирсанова С.В.** Клинико-социальная характеристика пациентов с частичным отсутствием зубов и внедрение критериев качества жизни для оценки эффективности их лечения: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2008. — 23 с.
- 16. Кошелев К.А.** Оценка восстановления речевой функции после ортопедического лечения пациентов с потерей зубов: дис. ... к.м.н. — Тверь, 2016. — 130 с.
- 17. Мандра Ю.В.** Влияние комплексного лечения больных с ранними клиническими проявлениями повышенной стираемости зубов на качество жизни, обусловленное стоматологическим здоровьем. — *Проблемы стоматологии.* — 2012; 4: 6—9.
- 18. Мещерякова Н.Н.** Качество жизни важнейший интегральный показатель состояния здоровья. — *Практическая пульмонология.* — 2005; 2: 37—9.
- 19. Нагоева М.М.** Улучшение качества жизни у детей как критерий эффективности образовательных программ профилактики стоматологических заболеваний: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2013. — 25 с.
- 20. 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.
- 21. Новик А.А., Ионова Т.И.** Исследование качества жизни в онкогематологии. — *Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика.* — 2008; 2: 168—173.
- 22. Образцов Ю.Л.** Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки. — *Стоматология.* — 2006; 4: 41—3.
- 23. Пешков М.В., Гуревич К.Г.** Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью. — *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова.* — 2016; 1: 123—8.
- 24. Федоткина О.В.** Качество жизни и поведенческие факторы риска пациентов с кариесом и его осложнениями: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2014. — 24 с.
- 25. Худякова Л.И.** Влияние нарушения стоматологического здоровья на качество жизни студентов. — *Российский стоматологический журнал.* — 2012; 1: 54—6.
- 26. Abanto J., Carvalho T.S., Mendes F.M., Wanderley M.T., Bönecker M., Raggio D.P.** Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. — *Community Dent Oral Epidemiol.* — 2011; 39 (2): 105—14.
- 27. Filstrup S.L., Briskie D., da Fonseca M., Lawrence L., Wandera A., Inglehart M.R.** Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. — *Pediatr Dent.* — 2003; 25 (5): 431—40.
- 28. Maupome G., Gullion C.M., White B.A., Wyatt C.C., Williams P.M.** Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions. — *Spec Care Dentist.* — 2003; 23 (6): 199—208.