

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

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 народа [7].

На современном этапе развития общества оказание стоматологической помощи населению должно иметь конечной целью достижение и поддержание функционирующей, безболезненной, эстетичной и социально приемлемой ситуации в полости рта в течение всей жизни у большинства людей [3].

В настоящее время изучение качества жизни людей стало важной составляющей медицинских исследований [5]. Такой количественный показатель, как качество жизни можно использовать для определения эффективности мероприятий, направленных на улучшение и сохранение здоровья населения. Общество постоянно меняется и, вместе с этим, меняется наше отношение к здоровью и здравоохранению в частности. В основе этого изменения лежит осознание социальных последствий болезни и того, что медицинские вмешательства направлены на увеличение продолжительности и качества жизни человека. По этой причине, качество и эффективность работы здравоохранения зачастую оцениваются по их влиянию на качество жизни пациентов [6, 11].

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидами 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». По определению ВОЗ качество жизни – это интегральная характеристика физического, социального, психического



Буляков Р.Т.

д.м.н., проф., зав. кафедрой стоматологии общей практики ИПО БГМУ, главный внештатный стоматолог Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, заслуженный врач республики Башкортостан, главный врач АУЗ РСП, г. Уфа
rais_bulyakov@mail.ru



Сабитова Р.И.

аспирант кафедры стоматологии общей практики ИПО БГМУ, врач-пародонтолог АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника», г. Уфа
regina_sabitova88@mail.ru



Гуляева О.А.

к.м.н., асс. кафедры стоматологии общей практики ИПО БГМУ, врач-пародонтолог АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника», г. Уфа,
oksgulyaeva@yandex.ru

Резюме

Проведена оценка влияния хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести в стадии обострения на качество жизни пациентов различного возраста и его динамики на фоне проводимой терапии. Для этого обследованы и интервьюированы 60 человек с помощью опросника OHIP-49-RU. Проведенное исследование выявило прямую зависимость качества жизни от возраста, что может служить основанием для увеличения объема либо сроков лечения пациентов старше 45 лет.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, качество жизни, опросник OHIP-49-RU.

EFFECT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS OF MODERATE SEVERITY PATIENTS QUALITY OF LIFE

Bulyakov R.T., Sabitova R.I., Gulyaeva O.A.

The summary

In order to assess the impact of chronic generalized periodontitis of moderate severity in the acute stage to the quality of life of patients, depending on age and its dynamics on the background of the therapy were examined and interviewed 60 people. Based on the analysis of subjective self-assessment using a questionnaire OHIP-49-RU and clinical observations found a direct dependence of the quality of life of the age, which manifests itself in a lower level it initially and after therapy despite an identical diagnosis and amount of treatment in patients over 45 years, which may serve as a basis for increasing the volume or duration of treatment with the same diagnosis in patients older age groups.

Keywords: chronic generalized periodontitis, quality of life, questionnaire OHIP-49-RU.

или эмоционального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии.

Оценка качества жизни – новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента. Основная цель современных подходов к лечению заключается в достижении оптимального контроля над болезнью и улучшении качества жизни пациентов, основное внимание должно быть направлено на пациента с его индивидуальным восприятием внешнего мира и своей болезни.

Оценка стоматологического качества жизни объединяет измерение социальных последствий и клинических показателей, измеряет, в какой степени состояние здоровья нарушает нормальные функции, социальные роли и производит значительные изменения в поведении, такие, как невозможность работать, учиться, выполнять работу по дому [12].

Новый взгляд на зубы человека как на фактор качества жизни стал мощным стимулом к переосмыслению подходов к профилактике и лечению стоматологических заболеваний, к организации специальной многоуровневой структуры стоматологической помощи населению в современных условиях [16].

Люди с хроническими заболеваниями часто оценивают их качество жизни выше, чем здоровые люди, то есть, плохое здоровье или наличие заболевания не обязательно означает низкое качество жизни [13].

Качество жизни определяют как «динамическое понятие», меняющееся с течением времени. Отношение индивидуума не является постоянным, изменяется со временем и опытом, модифицируется такими явлениями, как приспособляемость, продолжительность патологического процесса и адаптация к нему [10].

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 информативность и другие факторы. Использование критериев качества жизни в современной медицине особенно важно, так как позволяет выявить комплексное отношение пациента к своему заболеванию [9].

Качество жизни 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 качества жизни совершенно различные аспекты стоматологического здоровья [14].

По распространенности и частоте среди стоматологических заболеваний воспалительные заболевания пародонта занимают второе место. Утрата зубов вследствие заболеваний пародонта вызывает функциональные расстройства зубочелюстной системы 5-6 раз чаще, чем при осложнениях кариеса, что является дополнительным основанием для того, чтобы уделять профилактике и лечению воспалительных заболеваний пародонта повышенное внимание [15].

Заболевания пародонта ведут к значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстной системы, для них характерен длительный период реабилитации и пожизненное наблюдение у специалиста. Терапия заболеваний пародонта трудоемка и дорогостояща, требует участия специ-

алистов различного профиля. При этом специалисты сталкиваются с тяжелым клиническим течением и прогрессированием патологического процесса в тканях пародонта и, лишь 4-5% людей имеют клинически здоровый пародонт и поддерживают адекватную гигиену полости рта [1]. Поэтому заболевания пародонта являются не только медицинской, но и социальной проблемой, которая отражается на качестве жизни пациентов.

При сходном клиническом диагнозе может потребоваться различный объем стоматологического вмешательства для того, чтобы оказанная врачебная помощь соответствовала ожиданиям пациентов и психологически воспринималась ими адекватно. По мнению некоторых авторов [9], требования к объему стоматологической помощи с позиций пациента можно проранжировать следующим образом: устранение боли или дискомфорта, восстановление или улучшение функции, создание новой эстетики рта.

В соответствии с требованиями IQOLA (Международная ассоциация по оценке качества жизни) и GCP («Качественная клиническая практика»), 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» ОНП-49 RU[4], который оценивает следующие параметры:

- ограничение функции – нарушение жевательной функции, связанной с отсутствием некоторых или большинства зубов;
- физическая боль – боль при приеме пищи, кровоточивость десны;
- психологический дискомфорт – страдает эстетическая функция лица, улыбка;
- физическая нетрудоспособность – неспособность совершать действия, вызывающие удовлетворение;
- психологическая нетрудоспособность – чувство неполноценности;
- социальная нетрудоспособность – нарушение коммуникативных функций (речь, внешний вид зубов, полости рта, запах изо рта и др.);
- инвалидность – состояние нетрудоспособности, полной или частичной.

Индекс является объективным средством измерения, которое позволяет оценивать стоматологи-

ческое здоровье в терминах его влияния на качество жизни [2].

Цель исследования

Оценка влияния хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести в стадии обострения на качество жизни пациентов в зависимости от возраста и его динамика на фоне проводимой терапии.

Материал и методы исследования

Объектом исследования послужили 60 пациентов, первично обратившихся в пародонтологический кабинет Республиканской стоматологической поликлиники г. Уфа с жалобами на кровоточивости десен, боли, неприятный запах изо рта, отделяемое из десен, появившуюся подвижность зубов. На основании клинико-рентгенологического обследования пациентам был поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (ХПСТ) в стадии обострения. Пациентам проводилась активная консервативная терапия заболевания (4 посещения в течение месяца), включающая профессиональную гигиену полости рта, обучение гигиене полости рта с индивидуальным подбором средств гигиены и коррекцией гигиенических навыков, медикаментозное общее и местное, физиотерапевтическое лечение по общепринятым на сегодняшний день стандартам одинаковое по объему у всех пациентов.

Группу исследования подразделили на 3 подгруппы по 20 человек:

- 1-я группа исследования – возраст 18-34 года ($m=25,6\pm 1,19$ года), из них 9 мужчин и 11 женщин;
- 2-я группа – от 35 до 45 лет ($m=39,85\pm 0,75$ года), 8 мужчин и 12 женщин;
- 3-я группа – от 45 до 64 лет ($m=55,1\pm 1,21$ года), 7 мужчин и 13 женщин.

В работе применяли следующие параметры для анализа:

- упрощенный индекс гигиены полости рта (ГПР) ОНИ-S (J.C. Green, J.K. Vermillion, 1963),
- индекс распространенности воспалительного процесса РМА (papillar-marginal-alveolar) (I.Schour, M.Massler, 1947, в модификации С.Parma, 1960)
- индекс Улитовского – оценка эффективности пародонтального лечения:
- эффективность (в %) = $100 \cdot (PMA1 - PMA2) / PMA1$,
- где PMA1 – индекс РМА до лечения, PMA2 – после лечения.

Для изучения влияния вышеуказанного воспалительного заболевания пародонта и проводимой для его купирования терапии на качество жизни пациентов использовали опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49 RU, состоящий из 49 вопросов по 7 шкалам: ограничение функции (1-9) (ОФ), физический дискомфорт (10-18) (ФД), (19-23) психологический дискомфорт (ПД), (24-32) физические расстройства (ФР), психологические расстройства (ПР)(33-38), (39-43) социальная адаптация (СА), (44-49) ущерб (У).

Ответы пациентов оценивались в баллах (от 0 до 4) и суммировались. Их сумма варьировала от 0 до 196 баллов, что отражает идеально высокий или «нулевой» уровень КЖ соответственно.

Полученные результаты анализировались при помощи стандартных статистических методов с использованием программы Statistica 6.0 и Microsoft Office Excel 2007 для Windows 7.

Результаты исследования

На начальном этапе исследования зафиксирован следующий уровень клинических индексов: в 1-й группе индекс гигиены ОНП-S составил $3,45 \pm 0,31$, во 2-й – $3,15 \pm 0,42$, в 3-й – $3,21 \pm 0,23$; индекс распространенности воспалительного процесса РМА в 1-ой группе имел значение $56,7 \pm 3,1$, во 2-ой – $62,4 \pm 4,2$, в 3-ей группе – $58,1 \pm 2,1$, то есть разница между уровнем значений индексов у пациентов изучаемых групп не превышала $6,5 \pm 3,5 \%$ ($p < 0,01$) (таб. 1).

Таблица 1

Средние показатели у пациентов в исследуемых группах на момент обращения ($M \pm m$)

Параметры	1-я группа	2-я группа	3-я группа
ОНП-S	$3,45 \pm 0,31$	$3,15 \pm 0,42$	$3,21 \pm 0,23$
РМА	$56,7 \pm 3,1$	$62,4 \pm 4,2$	$58,1 \pm 2,1$
Σ ОНП-49-RU	$24,31 \pm 3,3$	$30,8 \pm 3,23$	$49,9 \pm 6,23$

В результате исследования выявлены следующие суммарные значения индекса ОНП-49-RU: $24,31 \pm 3,3$ в 1-й группе; $30,8 \pm 3,23$ – во 2-й и $49,9 \pm 6,23$ в 3-й группе исследования, то есть, несмотря на незначительную разницу по клиническим показателям, мы столкнулись с весомой разницей (в 2,05 раза у «старшей» группы по сравнению с «молодой» ($p < 0,01$)) при оценке качества жизни. Анализ показал прямую корреляцию значения индекса от возраста пациента, так в 1-й группе его значение наименьшее, во 2-й – 35-44 года выше, а в 3-й – максимальный (табл. 1).

В первой группе исследования наибольшее количество жалоб пациентов приходилось на эсте-

тическую неудовлетворенность внешним видом зубов и десен, неприятный запах изо рта, кровоточивость и чувствительность зубов. Наиболее выражено было снижение КЖ по следующим параметрам: ОФ $7,63 \pm 0,93$, ФД $6,0 \pm 0,45$ (рис. 1).

Во второй возрастной группе основными жалобами были эстетический недостаток, неприятный запах изо рта, повышенная кровоточивость и чувствительность зубов, боль в деснах. Низкий уровень был выявлен по следующим параметрам: ОФ – $9,05 \pm 0,86$, ФД – $6,5 \pm 0,61$ и ПД – $4,4 \pm 0,37$, ФР – $4,2 \pm 0,58$ (рис. 1).

В третьей группе исследования наибольшее количество жалоб пациентов приходилось на эстетический недостаток зубов, неприятный запах изо рта, повышенную кровоточивость при чистке зубов, чувствительность зубов, ухудшение вкусоощущения, боль в деснах, психологический дискомфорт, внутреннее напряжение. По отдельным параметрам получены следующие значения: ОФ – $11,75 \pm 1,347268$, ФД – $9,85 \pm 1,31$, ФР – $8,0 \pm 1,29$ (рис. 1).

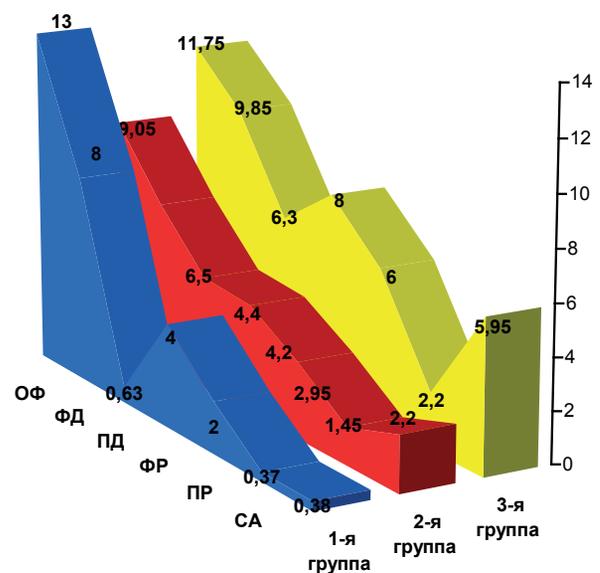


Рис. 1. Сравнение значений ОНП-49-RU в различных возрастных группах по шкалам до лечения

В результате лечения у всех пациентов были получены положительные результаты – острый процесс был снят: отсутствие боли, кровоточивости, исчезновение галитоза, уменьшение чувствительности зубов. Выявлено улучшение гигиенического состояния в 5,83 раза в среднем у всех пациентов согласно индекса ОНП-S (табл. 2), причем этот показатель в 1-й группе улучшился в 7,04 раза, а в 3-й – в 5,26 раза.

Таблица 2

Средние показатели гигиенических показателей и качества жизни у пациентов до и после лечения ($M \pm m$)

Параметры	До лечения	После лечения
ОHI-S	3,27±0,15	0,56±0,18
PMA	59,06±2,8	11,9±3,1
Σ ОHIР-49-RU	35,01±4,26	13,9±1,42

Эффективность лечения на 9,16% оказалась в 1-й и 2-й группах по сравнению с 3-й (рис. 2).

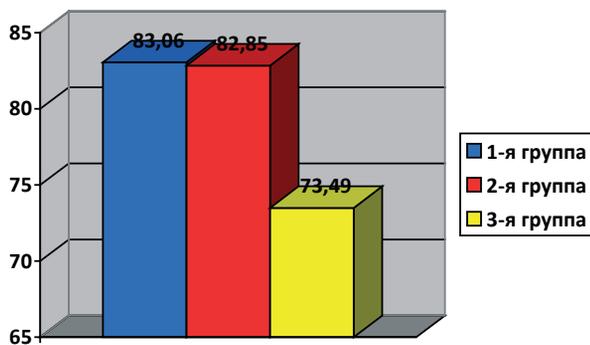


Рис. 2. Эффективность лечения пародонтита в группах исследования согласно значению индекса Улитовского

Суммарное значение ОHIР-49-RU больше всего снизилось в 3-й группе – в 2,8 раза (в 1-й в 2,1 раза) ($p < 0,01$), но все равно оно осталось самым высоким в старшей возрастной группе – в 1,55 раза выше, чем в 1-й группе ($p < 0,01$).

Вывод

Изучение уровня КЖ пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени выявило прямую зависимость КЖ от возраста, проявляющуюся в достаточно низком уровне качества жизни у пожилых людей по сравнению с молодыми, имеющими тот же диагноз, на основании субъективной самооценки с помощью опросника ОHIР-49-RU.

После лечения у всех пациентов был получен положительный результат, но степень выраженности клинического благополучия, согласно индексной оценке, оказалась выше в 1-й и 2-й возрастной группах по сравнению с 3-й, несмотря на одинаковый объем лечения, уровень качества жизни также остался ниже в старшей возрастной группе, что может служить основанием для увеличения объема либо сроков лечения при таком же диагнозе у пациентов старшей возрастной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И.В. Быстропрогрессирующий пародонтит. Этиология, клиника, лечение: Автореф. дис... д-ра наук. – М., 2001. – 40 с.
2. Веденева Е.Н., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д., Фабрикант Е.Г. Психологические аспекты эстетического стоматологического лечения // Российская стоматология. – 2009. – №2. – С. 19-23.
3. Гажва С.И., Гулуев Р.С. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) // Обозрение. – 15.02.12г. – №1 (75). – С. 13-14.
4. Гилева О.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОHIР-49-RU / О.С.Гилева [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2009. – №8. – С. 104-109.
5. Кабирова М.Ф. Оптимизация профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у работников, подвергающихся воздействию факторов химической этиологии (на примере нефтехимических производств): Автореф. дис. ...д.м.н. – Казань, 2011. – 39 с.
6. Кан В.В., Лазаренко А.В., Капитонов В.Ф. Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – №10 (18).
7. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология для всех. – 1999. – №2/3. – С. 30-34.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
9. Фабрикант Е.Г., Гуревич К.Г. Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения // Медицинское право. – 2008. – №2. – С. 48-50.
10. Allison P.J., Locker D., Feine J.S. Quality of life: a dynamic construct // Social Science and Medicine. – 1997. – №45. – P. 221-230.
11. Carr A.J., Gibson V., Robinson P.G. Measuring quality of life // BMJ. – 2001. – №322. – P. 1240-1243.
12. Locker D. Applications of self-reported assessments of oral health outcome // Journal of Dental Education. – 1996. – №60. – P. 494-500.
13. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade G.D.: Measuring Oral Health and Quality of Life // Chapel Hill: University of North Carolina – Dental Ecology. – 1997. – P. 11-24.
14. McGrath C., Bedi R., Gilthorpe M.S. Oral health related quality of life – views of the public in the United Kingdom // Community Dent Health. – 2000. – №17. – P. 3-7.
15. Naito M., Yuasa H., Nomura Y., Nakayama T., Hamajima N., Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review // Journal of Oral Science. – 2006. – Vol. 48, №1. – P. 1-7.
16. Shah M., Kumar S. Improvement of Oral Health Related Quality of Life in Periodontitis Patients after Non-Surgical Periodontal Therapy // Indian Journal of Dentistry. – 2011. – №2. – P. 26-29.