

УДК 616.314-007-092.11

ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Аверьянов С.В., Зубарева А.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (450000, г. Уфа, ул. Ленина,3), sergei_aver@mail.ru

На основании клинического стоматологического обследования 1398 студентов высших учебных заведений Уфы в возрасте от 16 до 22 лет установлено, что распространенность зубочелюстных аномалий составляет 83,12%. В структуре преобладают сочетанные аномалии. Нуждаемость в ортодонтическом лечении оценивалась по индексам DAI и компоненту стоматологического статуса индекса IOTN. Оценка уровня качества жизни проводилась с использованием опросника Oral Health Impact Profile-14 (ОHIP-14). Зубочелюстные аномалии оказывают существенное негативное влияние на уровень качества жизни. Показана зависимость физического, психологического, социального благополучия человека от наличия зубочелюстных аномалий. Высокая распространенность зубочелюстных аномалий требует совершенствования комплекса лечебно-профилактических мероприятий у данной категории. Сделаны выводы о дальнейшей необходимости изучения критериев качества жизни для оказания качественных услуг больным стоматологического профиля.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, распространенность, качество жизни, студенты

ASSESSING THE LEVEL OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DENTOALVEOLAR ANOMALIES

Averyanov S.V., Zubareva A.V.

Bashkir State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation (450000, Ufa, street Lenin,3), sergei_aver@mail.ru

On the basis of clinical stomatologic examination of 1398 students of institute of higher education in Ufa at the age from 16 to 22 years it is established, that prevalence of dentoalveolar anomalies makes 83,12%. In structure combined anomalies are prevailing. Needs in orthodontic treatment was assessed by indices of DAI and DHC component of IOTN. Assessment of quality of life were conducted using a questionnaire of the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) Malocclusion has a significant negative impact on the level of quality of life. Dependence of physical, psychological, social wellbeing of the person on malocclusion is shown. High prevalence of dentoalveolar anomalies requires improving the complex of treatment and prophylaxis actions for this category. Conclusions are drawn on further need of studying of criteria of quality of life for rendering of high-quality services by the patient of a stomatologic profile.

Keywords: dentoalveolar anomalies, prevalence, quality of life, students

Стоматологические заболевания, включающие в себя зубочелюстные аномалии, являются одними из самых распространенных в мире. По данным различных авторов, до 50–70% взрослого населения земного шара имеют те или иные зубочелюстные аномалии и деформации. При этом в последние годы отмечается тенденция роста числа обращений пациентов к врачу стоматологу-ортодонту не только для восстановления функции зубочелюстной системы, но и эстетики [9]. До 50% взрослого населения Европы обращается за эстетическим стоматологическим лечением. Во многих работах показано, что эстетическое стоматологическое лечение играет ключевую роль в укреплении чувства благополучия пациентов, эмоциональной стабильности, восприятию их другими людьми, успехе на работе и во взаимоотношениях с окружающими. Обращаясь в клинику эстетической стоматологии, многие ожидают повышения уровня собственной самооценки за

счет улучшения эстетических характеристик [2]. Одним из методов оценки восприятия пациентами собственного состояния, ожиданий пациентов от предстоящего лечения, а также восприятия пациентами проведенного лечения является качество жизни. Качество жизни – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни в целом, так как конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека. Данный термин давно используется в социологии, а с 1960-х гг. термин применяется и в медицине [5].

В последнее время неизменно возрастает интерес ученых к проблемам стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей. Под качеством жизни понимают способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни [3]. Качество жизни является интегральным показателем, отражающим оценку человеком степени своего благополучия, способности к функционированию в обществе – его трудовую и общественную деятельность, личную жизнь, яркость мироощущения, способность к самореализации и др. Помимо этого, оно абстрактно суммирует весь комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик пациента [5, 6]. Зависимость уровня качества жизни человека от состояния зубочелюстной системы во многом определяется функциями, возложенными на нее. Стоматологическое здоровье обуславливает качество питания, играет эстетическую роль и в определенной степени определяет благополучие индивидуума.

Существует еще одна немаловажная роль зубов: они – важный атрибут полноценной речи, активного вербального общения, коммуникабельности в любом возрасте, а, следовательно, полноценности психики и поведенческих реакций [4].

Субъективная оценка качества жизни, сделанная самим пациентом, отражает его психологический статус, эффективность проводимого лечения, позволяет определить влияние самого заболевания, а также проводимого лечения на состояние пациента. Оценка стоматологического качества жизни определяется субъективными показателями, иллюстрирующими влияние здоровья полости рта на качество жизни человека наряду с оценкой его нуждаемости в стоматологических услугах [7, 8].

Стоматологическое качество жизни также определяется как «субъективная оценка здоровья полости рта и влияния ее патологии на функцию, а также психический и социальный статус человека».

Оценка качества жизни в стоматологии основана на заполнении специальных опросников (анкет). Ответы на вопросы заполняют врач-стоматолог или сам пациент. Обычно вопросы касаются того, как проблемы во рту сказываются на физическом самочувствии пациента, его способности полноценно питаться, общаться с другими людьми,

выполнять социальные функции [3]. Одной из систем, разработанных для оценки влияния здоровья органов и тканей полости рта на качество жизни, является опросник Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Его удобство заключается в том, что он содержит всего 14 вопросов, при этом получаемые результаты воспроизводимы [10]. В анкете выделены следующие подпункты, соответствующие этапам развития осложнений болезни по D. Locker (1993): функциональные ограничения, физическая боль, психологический дискомфорт, физическая недееспособность, социальная недееспособность, снижение успешности в жизни. Каждый вопрос оценен в определенное количество баллов в зависимости от тяжести затрагиваемой в нем проблемы. Было доказано, что OHIP-14 обладает максимальной валидностью в сравнении с другими тестами, применяемыми в стоматологии для оценки качества жизни, а также высокой достоверностью [1].

Оценка нуждаемости в лечении на основе субъективных показателей является крайне важной для планирования оказания стоматологических услуг населению, оценки затрат и планирования стратегии дальнейшего развития рынка стоматологических услуг [7].

Интересным для изучения в научном и практическом плане остается вопрос влияния степени тяжести зубочелюстных аномалий и деформаций на уровень качества жизни.

В настоящее время для определения нуждаемости в ортодонтическом лечении, объективизации эстетических параметров применяется Dental Aesthetic Index (DAI) (N.C. Cons et al.), предложенный в 1986 г. в медицинском колледже университета штата Айова.

Фиксируются данные об отклонениях во фронтальном участке верхней и нижней челюстей, степени соответствия размеров мезиодистальных диаметров резцов и длины зубной дуги, отклонениях в сагиттальном, вертикальном, трансверзальном направлениях, соотношении первых моляров.

Если значение эстетического индекса менее 25, то нарушений прикуса нет или они незначительны. В этом случае лечение не требуется или имеется небольшая потребность в нем. Значения DAI, равные 26–30, интерпретируются как явное нарушение прикуса, вследствие чего необходимо избирательное лечение. При DAI, равном 31–35 имеется тяжелое нарушение прикуса, и необходимость в лечении очень желательна. При значениях эстетического индекса свыше 36 наблюдается очень тяжелое нарушение прикуса, и лечение обязательно.

Индекс нуждаемости в ортодонтическом лечении The Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN), разработанный Brook и Shaw (1989) и Shaw с соавт. (1991) и утвержденный Richmond (1990), получил национальное и международное признание в качестве метода объективной оценки нуждаемости в лечении.

В отличие от индекса DAI индекс IOTN состоит из двух компонентов:

- 1) the Dental Health Component (DHC) – компонент стоматологического здоровья;
- 2) the Aesthetic Component (AC) – эстетический компонент.

Индекс IOTN предназначен для быстрого определения наличия и ориентировочной оценки выраженности зубочелюстных аномалий непосредственно при осмотре пациента либо по клиническим моделям зубных рядов.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности зубочелюстных аномалий, нуждаемости в их лечении, зависимости качества жизни пациентов от степени тяжести зубочелюстных аномалий на примере студентов высших учебных заведений города Уфы.

Материал и методы исследования

Нами было проведено стоматологическое обследование 1398 студентов высших учебных заведений Уфы в возрасте от 16 до 22 лет. Из них 372 юноши и 1026 девушки.

Для изучения степени тяжести аномалий и нуждаемости в лечении мы применяли рекомендованный ВОЗ эстетический стоматологический индекс DAI и компонент стоматологического статуса DHC индекса нуждаемости в ортодонтической помощи IOTN (Shaw W.C., Evans R., 1987 г.). 893 студента прошли тестирование с помощью валидизированной русскоязычной версии опросника ОНП-14-RU. Вопросы разделены на три блока: связанные с приемом пищи, связанные с проблемами в общении и посвященные проблемам в повседневной жизни. Каждому ответу в анкете соответствовал определенный балл: «никогда» — 0, «крайне редко» — 1, «часто» — 2, «обычно» — 3, «постоянно» — 4. Затем баллы суммировались, и более высокие показатели интерпретировались как ухудшение качества жизни. Вопросы разделены на 7 субшкал в зависимости от изучаемого параметра: функциональные ограничения, физическая боль, психологический дискомфорт, физическая нетрудоспособность, психологическая нетрудоспособность, социальная нетрудоспособность, ущерб (инвалидность). Оценка влияния степени тяжести зубочелюстных аномалий проводилась по общему среднему баллу, баллам субшкал обследуемых согласно классу компонента DHC индекса IOTN. Результаты данных обработаны стандартными методами вариационной статистики с использованием программных пакетов статистической обработки Statistica 6.0 for Windows. Оценку достоверности различий (p) между группами определяли с помощью критерия t-Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждения

Распространенность зубочелюстных аномалий составила 83,12% (83,43% среди девушек, 82,26% среди юношей).

В структуре зубочелюстных аномалий преобладают сочетанные аномалии (65,23%). Аномалии зубных рядов выявлены у 22,72%, аномалии окклюзии – 6,54%, аномалии отдельных зубов – 5,51%.

Структура зубочелюстных аномалий отдельно по половому признаку выглядит следующим образом: аномалии отдельных зубов были диагностированы у 3,77% юношей, у 4,87% обследованных девушек; аномалии зубных рядов у 22,04% юношей, 17,74% девушек; аномалии окклюзии наблюдались у 4,84% учащихся мужского пола, 5,65% женского, сочетанные аномалии были зарегистрированы у 51,61% юношей, 55,17% девушек. Среди аномалий окклюзии чаще встречалась дистальная окклюзия (49,31%). Глубокая резцовая окклюзия находилась на втором месте – 21,93%. Реже выявлялась вертикальная резцовая дизокклюзия (15,07%). По частоте встречаемости среди аномалий окклюзии перекрестная окклюзия находилась на четвертом месте (10,96%).

Показатели эстетического индекса DAI ниже 25, свидетельствующие о наличии минимальных нарушений прикуса, определены у 78,54% обследованных. Значения DAI, равные 26–30, интерпретируются как явное нарушение прикуса, вследствие чего необходимо избирательное лечение, выявлены у 13,73% учащихся. По результатам исследования значения DAI от 31 до 35, характерные для тяжелых нарушений прикуса, встречаются у 4,86% студентов. Показатели эстетического индекса от 36 и выше, определяющие наличие очень тяжелых нарушений прикуса и требующие обязательного лечения, наблюдались у 2,86%.

Согласно интерпретации показателей компонента ДНС индекса IOTN 31,69% обследованных не нуждаются в лечении (1-й класс), 44,85% имеют низкую потребность (2-й класс), для 15,74% студентов определена средняя/пограничная степень нуждаемости (3-й класс). 6,58% обследованных имеют высокую потребность (4-й класс), и только для 1,14% существует очень высокая нуждаемость в ортодонтическом лечении (5-й класс).

Среднее значение ОНП-14-RU составило 13,54.

Наибольшую долю в суммарных значениях составляли баллы в ответах на вопросы, характеризующие психологический дискомфорт, физическую нетрудоспособность, психологическую нетрудоспособность и физическую боль (табл. 1).

Таблица 1

Средний балл по семи шкалам опросника ОНП-14

Шкала	1-й класс IOTN	2-й класс IOTN	3-й класс IOTN	4-й класс IOTN	5-й класс IOTN	Общее значение
Ограничение функции	0,3	0,9	1,3	1,9	2,6	1,4
Физическая боль	1,1	1,3	1,65	2,2	2,5	1,75
Психологический	1,85	3,7	4,35	4,95	4,9	3,95

дискомфорт						
Физическая нетрудоспособность	0,7	1,3	1,7	2,9	3,4	2,0
Психологическая нетрудоспособность	1,65	1,8	2,1	2,2	2,2	1,99
Социальная нетрудоспособность	0,8	1,3	1,2	1,85	2,1	1,45
Ущерб	0,7	0,9	0,95	1,1	1,35	1,0
Сумма баллов	7,1	11,2	13,25	17,1	19,05	13,54

Различия по полу отмечались при ответах на вопросы, относящиеся к психологическому дискомфорту и психологической нетрудоспособности. Показатели представительниц женского пола по этим пунктам анкеты были выше и указывали на большее влияние степени тяжести зубочелюстных аномалий на уровень качества жизни.

Достоверные различия по количеству баллов, характеризующих физическую нетрудоспособность и физическую боль, наблюдались при сравнении ответов обследуемых в группах средней и высокой степени нуждаемости по индексу IOTN относительно обследуемых с 1-м классом по индексу IOTN.

Интересен тот факт, что уже в группе, имеющей низкую потребность в лечении по индексу IOTN, отмечались высокие баллы при ответах на вопросы, характеризующие психологический дискомфорт.

Заключение

Анализ полученных нами ответов показывает значимость эстетики в самовосприятии и отношениях в социуме, влияние стоматологического статуса (в частности, наличие зубочелюстных аномалий) на уровень качества жизни студентов. Высокие показатели распространенности зубочелюстных аномалий (83,12%), потребности в их лечении (показатели компонента DHC индекса IOTN: 44,85% — низкая потребность, 15,74% — средняя, 7,72% — высокая и очень высокая нуждаемость в лечении), диктуют необходимость совершенствования программ профилактики и лечебных мероприятий среди данного контингента населения. Применение анкетирования с целью определения уровня качества жизни информативно как при эпидемиологических исследованиях, так и в практике врача-ортодонта. Оценка уровня качества жизни пациентов с помощью опросника ОНП-14 позволяет определить приоритетные проблемы, улучшить взаимодействие врача и пациента, оценить реакцию на проводимое лечение.

Список литературы

1. Валидация русскоязычной версии опросника ОНП у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г. М. Барер [и др.] //

Стоматология. — 2007. — № 5. — С. 27–30.

2. Веденева Е. В. Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов: дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Веденева. – М., 2010. – 137 с.

3. 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. — 20 с.

4. Леонтьев В.К., Макарова Р.П., Кузнецова Л.И. и соавт. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля. Стоматология, 2001. № 6. – С. 63–64.

5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова/Практическое пособие под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко // М.: ОЛМА МЕДИА-Групп. – 2007. – 350 с.

6. Gilbert G.H., Duncan R.P., Shelton B.J. Social Determinants of Tooth Loss, Health Services Research, 2003, 38(6): 1843-1863.

7. Nuca C., Amariei C., Rusu D.L., Arendt C. Oral health-related quality of life evaluation. OHDMBSC, no. 1 (2007): 3-8.

8. Locker D., Allen F. What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? Community Dentistry and Oral Epidemiology, no. 35 (2007):401-411.

9. Petersen P. E., Bourgeois D., Ogawa H., Estupinan-Day S., Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization, 2005 .V .83: P .661-669.

10. Slade G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol, 1997. V. 25. P. 284-290.

Рецензенты:

Галиев Р.Г., д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;

Кабилова М.Ф., д.м.н., профессор кафедры терапевтической стоматологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.