

*«Качество жизни больных с различными нозологическими формами»,  
Маврикий, 18-25 февраля 2011 г.*

*Медицинские науки*

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ВАЖНЫЙ  
КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Кузнецова Е.В., Малолеткова А.А.,  
Шемонаев В.И.**

*Волгоградский государственный  
медицинский университет, кафедра  
ортопедической стоматологии,  
Волгоград,  
e-mail: anna412630@mail.ru*

Практически каждый человек современного общества имеет представление о «качестве жизни». Понятие «качество жизни» давно вошло в обиход социологов и постепенно стало общественным термином. Существуют различные толкования этого понятия. В связи с этим, Всемирная организация здравоохранения предложила рассматривать качество жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [3, 6]. Другими словами, «качество жизни есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу» [4]. По мере развития человеческого общества его содержание изменяется. Им обозначают совокупность черт и свойств личности и общества, особенности условий их жизни, здоровья, работы, проживания, питания, отдыха, состояния внешней среды. К медицине прямое отношение имеет зависимость между качеством жизни и здоровьем человека.

Впервые о взаимовлиянии «качество жизни – здоровые зубы» в отечественной стоматологии заявил профессор В.К. Леонтьев. Автор определил три основные функции, которые выполняют здоровые зубы: 1 – они являются главным фактором, обуславливающим качество питания; 2 – играют эстетическую роль; 3 – являются символом благополучия. В дальнейшем им выделена еще одна функция – участие зубов в обеспечении нормальной речи, коммуникабельности [2]. Таким образом, здоровые зубы способствуют поддержанию высокого качества жизни.

На качество жизни стоматологических пациентов, требующих ортопедического лечения, несомненно, влияет: во-первых – частичное отсутствие зубов как хроническое патологическое состояние зубочелюстной системы; а, во-вторых – само ортопедическое лечение таких состояний, особенно в тяжелых, «запущенных» случаях [5].

Потеря последнего зуба – это еще и серьезная психологическая травма, следствием которой, может стать снижение социальной активности, социальной роли и личностные изменения человека.

Вопрос о сохранении или удалении одиночно стоящего зуба на верхней или нижней челюсти решается врачом по-разному. Определяющим в его решении являются состояние тканей протезного ложа и их возможность к фиксации и стабилизации протеза.

Беззубая нижняя челюсть, в сравнении с беззубой верхней, имеет худшие условия для крепления съемных протезов. Это обусловлено ее анатомо-физиологическими особенностями, к которым можно отнести небольшую площадь протезного ложа и наличие языка, как подвижного органа. В связи с этим, одиночно стоящий зуб рассматривается как возможность улучшения крепления съемного пластиночного протеза, а показания к сохранению таких зубов на нижней челюсти расширяются.

Фиксация съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов более надежна. Беззубая верхняя челюсть имеет достаточную площадь протезного ложа. Наличие хорошо выраженных верхнечелюстных бугров, альвеолярных отростков и свода твердого неба является фактором стабилизации полных протезов. Присутствие одного зуба на верхней челюсти делает невозможным создание клапана и функциональной присасываемости съемного протеза; а точечное кламмерное крепление такого протеза не обеспечивает его надежного крепления и повышает вывихивающую нагрузку на зуб. Поэтому традиционной тактикой врача-ортопеда в отношении одиночно стоящего зуба на верхней челюсти является удаление.

Однако, на наш взгляд, вопрос о сохранении или удалении одиночно стоящего зуба на верхней челюсти нельзя рассматривать односторонне, только с точки зрения крепления съемного протеза.

Что влечет за собой потеря последнего зуба? Удаление последней пары антагонистов приводит к потере привычной, фиксированной высоты нижнего отдела лица в положении центрального соотношения челюстей. Следствием этого является сложная перестройка в нервно-рефлекторной регуляции жевательных мышц. Теряется ощущение жевания на естественных зубах, исчезает периодонто-мускулярный рефлекс. Отражается это и на составе и объеме ротовой жидкости. Изменяется характер питания. После этого зубочелюстная система становится совершенно иной в качественном отношении. Очевидно, что удаление одиночно стоящего зуба ведет к изменению «качества жизни» стоматологического пациента.

Нас заинтересовало личностное отношение пациентов к сохранению одиночно стоящего зуба и его влияние на «качество жизни».

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного широко используют метод оценки «качества жизни». К настоящему времени насчитывается более 30 тысяч публикаций по оценке качества жизни в различных разделах медицины. Этим методом широко пользуются для оценки состояния больных в кардиологии, онкологии, гематологии, ревматологии, нефрологии, гастроэнтерологии, психиатрии, хирургии и других областях медицины.

Общепринятыми инструментами оценки «качества жизни» являются опросники, заполняемые больными до лечения, во время лечения и после его завершения. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки. Для различных групп, регионов, стран можно определить условную норму и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем. В настоящее время разработаны общие, специальные и частные опросники. Все опросники должны сочетать простоту применения, доступность пониманию пациентов и достоверность результатов [5].

Наше исследование проводилось методом анкетного опроса, посредством специально разработанной нами «Анкеты опроса стоматологических пациентов» [1].

Всего было опрошено 15 человек (8 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 51 до 77 лет. Опрос показал, что 15 % пациентов пугает возможность плохой фиксации съемного протеза, т.к. протезу «не за что будет держаться». 23 % пациентов переживают, что им сложно будет привыкнуть к полному протезу, из-за больших размеров по сравнению с частичным съемным протезом. И, на наш взгляд, самый важный момент, на который следует обратить внимание это то, что 60 %

пациентов оценивают потерю последнего зуба как собственную «инвалидизацию»! Больше значение сохранению последнего зуба предают женщины, в сравнении с мужчинами; а также работающие и социально-активные респонденты.

Таким образом, принимая решение о сохранении или удалении последнего одиночно стоящего зуба нельзя руководствоваться только вопросами фиксации будущего съемного протеза. Также необходимо учитывать и целый ряд других факторов. К которым можно отнести анатомо-физиологические, психологические, и социальные. Поэтому показания к удалению и сохранению последнего зуба должны быть строго обоснованными и индивидуализированы в каждом конкретном случае, у каждого конкретного пациента.

До сих пор значительная часть пациентов и стоматологов рассматривали протезирование, прежде всего, как восстановление жевательной функции зубочелюстной системы. Но в процессе лечения необходимо обязательно учитывать сохранение и (или) восстановление психологического статуса пациента.

В заключение, можно сделать вывод о том, что изучение вопросов качества жизни стоматологических больных ортопедического профиля остается актуальным в настоящее время, так как целью лечения, в конечном счете, является улучшение качества их жизни. Таким образом, «качество жизни» может рассматриваться как важный критерий эффективности стоматологической реабилитации.

#### Список литературы

1. Кузнецова Е.В., Малолеткова А.А., Гром А.Р. Анкетирование как метод изучения качества жизни у стоматологических пациентов пожилого возраста / Демографическая политика в Волгоградской области. Перспективы развития: материалы научно-практической конференции // Комитет по здравоохранению Администрации Волгоградской области; ГУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики». – Волгоград: ПринТерра, 2009. – С. 116-118.
2. Леонтьев В.К., Макарова Р.П., Кузнецова Л.И., Блохина Ю.С. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля // Стоматология. – 2001. – №6. – С. 63-64;
3. Новик А.А., Попова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб., 1999. – 140 с.
4. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, 2001. – С. 23-25.

5. Шемонаев В.И., Малолеткова А.А. К вопросу качества жизни стоматологических пациентов ортопедического профиля / Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: материалы конференции, посвященной 70-летию Волгоградского государственного медицинского университета и 40-летию кафедры терапевтической стоматологии. – Волгоград: ООО «Бланк», 2005. – Вып. 2, Т. 62. – С. 227-229.

6. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wld Forum. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**Тахмазян К.К., Вербя Я.И., Уракова Т.Ю.**

*Адыгейский республиканский  
кожновенерологический диспансер;  
Медицинский институт  
ГОУ ВПО «МГТУ», Майкоп,  
e-mail: krikri1981@mail.ru*

**Введение.** Проблема псориаза в настоящее время весьма актуальна в связи с достаточно широкой распространенностью. Псориаз – мультифакторное заболевание, в развитие которого важное значение имеют наследственная предрасположенность, нарушение функций иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и др. [1]

Видимые патологические изменения кожного покрова больных псориазом снижают самооценку, нарушают социальную адаптацию, зачастую тяжелые клинические разновидности приводят к инвалидизации и снижению качества жизни. Исследование качества жизни (КЖ) – надежный метод оценки здоровья и общего благополучия человека [2]. Изучение КЖ позволяет оценить физическое, психологическое и социальное благополучие человека, причем оценка этих составляющих проводится самим индивидуумом.

Изучение КЖ является общепринятым в международной практике, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп, включая и больных [3,4] Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения [5]

**Целью данного исследования** – оценка качества жизни больных псориазом в сравнении с показателями условно-здоровых лиц.

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Адыгейского клинического кожновенерологического диспансера города Майкопа с сентября 2010 года по декабрь 2010 года. Предметом исследования послужили 30 человек больных псориазом, среди которых 14 больных – лица мужского пола, 16 больных – лица женского пола. Возраст больных от 22 до 78 лет. Среди обследуемых с вульгарной формой псориаза – 21 пациент, с артропатической формой – 5 пациентов, с эритродермической формой – 2 пациента, с ладонно-подошвенной формой – 2 пациента. Объективность течения и тяжести процесса в исследуемой группе оценивалось индексом PASI, который вычисляется с учетом размера поражения участка, выраженности гиперемии, инфильтрации и шелушения. Максимальный индекс PASI по методике – 72 балла. В исследуемой группе тяжесть процесса распределилась следующим образом: 0-10 баллов – 3 пациента; 10-50 баллов – 25 пациентов; 50-72 баллов – 2 пациента.

Исследование КЖ проведено с использованием опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) [6], который позволяет проводить оценку качества жизни пациентов за последние 4 недели. Русская версия опросника была адаптирована и валидирована «Международным центром исследования качества жизни» в Санкт-Петербурге и любезно предоставлена нам в распоряжение. Инструмент состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). Количество возможных вариантов ответов варьирует от 2 до 6. Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта. После проведения шкалирования (перевода необработанных данных в баллы КЖ) результаты исследования выражаются в баллах от 0 до 100, по каждой из 8 шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни. В качестве групп сравнения были использованы данные пациентов (контрольная группа 1) прошедших курс реабилитационных мероприятий (37 человек с избыточной массой тела) в ООО «Центр здоровья» (директор д.м.н., профессор Ю.Ю. Даутов). Данные по КЖ контрольной группы 2 сравнения взяты нами из исследований «Международного центра изучения качества жизни», проведенные на условно-здоровых