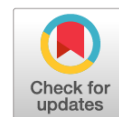


DOI: <https://doi.org/10.17816/dent356768>

Оценка качества жизни пациентов с абфракционными дефектами зубов

А.Б. Шашмурина¹, А.И. Николаев¹, В.Р. Шашмурина¹, Е.А. Лещева²¹ Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Российская Федерация;² Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Актуальной представляется оценка эффективности лечения пациентов с абфракционными дефектами по критериям качества жизни.

Цель исследования — проанализировать результаты комплексного лечения пациентов с абфракционными дефектами зубов по критериям качества жизни.

Материалы и методы. Провели опрос-анкетирование 158 человек в возрасте 30–49 лет. Группу 1 ($n=34$) составляли пациенты, которым проводили эстетическую реставрацию зубов с использованием модифицированного адгезивного протокола (препарат на основе глутарового альдегида и адаптивный слой из текучего композита), применяли миорелаксирующую каппу. В группе 2 ($n=36$) проводили эстетическую реставрацию зубов с использованием модифицированного адгезивного протокола, не применяли миорелаксирующую каппу. В группе 3 ($n=31$) проводили эстетическую реставрацию зубов с использованием базового адгезивного протокола, применяли миорелаксирующую каппу. В группе 4 ($n=27$) проводили эстетическую реставрацию зубов с использованием базового адгезивного протокола, не применяли миорелаксирующую каппу. Группу 5 ($n=30$) составляли пациенты с интактными зубами. Оценку качества жизни проводили до начала лечения, через 6 мес и 1 год после лечения (прямой реставрации зубов). Использовали «Опросник качества жизни OHIP-14» (Oral Health Impact Profile).

Результаты. Хороший исходный уровень качества жизни выявили у 35,2% пациентов с абфракционными дефектами, удовлетворительный — у 64,8%. Среднее интегральное значение суммы баллов качества жизни по группам 1–4 составило 12,9 (95% доверительный интервал: 12,4–13,3). Наибольший вклад в качество жизни внесла шкала «физическая боль» — 2,73 (95% доверительный интервал: 2,63–2,84). Через 12 мес после лечения у пациентов групп 1–4 выявили достоверное среднее снижение интегрального показателя OHIP-14 на 7,7%. Показатель OHIP-14 по шкале «физическая боль» снизился у пациентов группы 1 на 28,8%, группы 2 — на 25,2%, группы 3 — на 17,5%, группы 4 — на 13,2%.

Заключение. Клинические проявления абфракционных дефектов зубов оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов по шкалам «физическая боль», «физический дискомфорт». Наилучшая динамика интегрального показателя качества жизни зарегистрирована у пациентов, в комплексном лечении которых использованы модифицированный адгезивный протокол и миорелаксирующая каппа.

Ключевые слова: качество жизни; OHIP-14; дефект тканей зуба; абфракция; гиперестезия зуба.

Как цитировать:

Шашмурина А.Б., Николаев А.И., Шашмурина В.Р., Лещева Е.А. Оценка качества жизни пациентов с абфракционными дефектами зубов // Российский стоматологический журнал. 2023. Т. 27, № 3. С. 183–192. DOI: <https://doi.org/10.17816/dent356768>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dent356768>

Assessment of the quality of life of patients with abfraction tooth defects

Anna B. Shashmurina¹, Alexander I. Nikolaev¹, Victoria R. Shashmurina¹, Elena A. Leshcheva²

¹ Smolensk State Medical University, Smolensk, Russian Federation;

² Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russian Federation

ABSTRACT

BACKGROUND: The evaluation of the effectiveness of treatment of abfraction defects with respect to patients' quality of life is relevant.

AIM: To analyze the results of the treatment of abfraction defects according to quality of life.

MATERIALS AND METHODS: A questionnaire survey of 158 people aged 30–49 years was conducted. Group 1 ($n=34$) received the modified adhesive protocol (glutaraldehyde and an adaptive layer of flowable composite) as muscle relaxant mouthguard; group 2 ($n=36$), modified adhesive protocol, not used a muscle relaxant mouthguard; group 3 ($n=31$), basic adhesive protocol as muscle relaxant kappa; group 4 ($n=27$), basic adhesive protocol, did not use a muscle relaxant mouthguard; and group 5 ($n=30$), patients with intact teeth. The quality of life was assessed before treatment and 6 months and 1 year after tooth restoration. The Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) Quality of Life Questionnaire was used.

RESULTS: A good initial level of quality of life was found in 35.2% of patients with abfraction defects and a satisfactory one in 64.8%. The average quality-of-life score of groups 1–4 was 12.9 (95%, 12.4–13.3). "Physical pain," with a score of 2.73 (95%, 2.63–2.84), made the greatest contribution to the quality of life. Twelve months after treatment, groups 1–4 had a significant average decrease in OHIP-14 by 7.7%. The OHIP-14 score on the "physical pain" scale decreased in group 1 by 28.8%, group 2 by 25.2%, group 3 by 17.5%, and group 4 by 13.2%.

CONCLUSIONS: The clinical manifestations of the abfraction defects of teeth significantly affect the quality of life of patients, particularly on "physical pain" and "physical discomfort." The best dynamics of the quality of life was registered in patients who received the modified adhesive protocol and a muscle relaxant mouthguard.

Keywords: quality of life; OHIP-14; dental tissue defect; abfraction; tooth hyperesthesia.

To cite this article:

Shashmurina AB, Nikolaev AI, Shashmurina VR, Leshcheva EA. Assessment of the quality of life of patients with abfraction tooth defects. *Russian Journal of Dentistry*. 2023;27(3):183–192. DOI: <https://doi.org/10.17816/dent356768>

Received: 28.04.2023

Accepted: 04.05.2023

Published: 19.07.2023

ОБОСНОВАНИЕ

Абфракция (диагноз DA08.13 по МКБ-11) — некариозное поражение зуба многофакторной этиологии, характеризующееся дефектом твёрдых тканей зуба в пришеечной области и выраженной гиперестезией. В связи с этим представляется актуальной разработка методики адгезивной подготовки при прямой реставрации композитными материалами пришеечной области зубов с абфракционными дефектами, предполагающей обработку протравленного дентина препаратом на основе глутарового альдегида, обладающего выраженным десенсибилизирующим действием за счёт коагуляции белков в дентинных канальцах, что приводит к снижению проницаемости дентина и уменьшению движения дентинной жидкости [1]. Современная стоматология рассматривает абфракцию как следствие функциональной перегрузки зубов [2]. Алгоритм патогенетического лечения пациентов дополнен сплент-терапией, нормализацией функционального состояния жевательных мышц путём создания стабильной окклюзии методом прямой реставрации зубов.

Для повышения результативности оказания стоматологической помощи актуальной представляется исходная оценка качества жизни пациентов и её динамика после лечения [3–6]. В данном аспекте абфракционные дефекты ранее не изучались.

Среди доступных методов оценки качества жизни успешно применяется «Опросник качества жизни OHIP-14» (Oral Health Impact Profile — профиль влияния стоматологического здоровья). Стандартизированный опросник OHIP-14 имеет высокую степень валидности, надёжности, внутренней согласованности, чувствительности применительно к профилю патологии [7].

Цель исследования — анализ результатов комплексного лечения пациентов с абфракционными дефектами зубов по критериям качества жизни.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено одноцентровое проспективное нерандомизированное клиническое исследование методом опроса-анкетирования 158 человек в возрасте 30–49 лет. Пациентов разделили на 5 групп. В основные группы (группы 1–4) вошли 128 человек с абфракционными дефектами. Они прошли первичное обследование, комплексное лечение с применением различных протоколов, повторное обследование для определения влияния компонентов комплексного лечения на качество жизни. Протокол лечения пациентов группы 1 ($n=34$) включал эстетическую реставрацию зубов, имеющих абфракционные дефекты, с использованием модифицированного адгезивного протокола (применение препарата на основе глутарового альдегида и создание адаптивного слоя из текучего композита), с предварительным устранением

функциональной перегрузки зубов путём сплент-терапии (миорелаксирующая каппа) и функциональным восстановлением окклюзионной поверхности зубов. Протокол лечения пациентов группы 2 ($n=36$) включал эстетическую реставрацию зубов с использованием модифицированного адгезивного протокола (применение препарата на основе глутарового альдегида и создание адаптивного слоя из текучего композита) без устранения функциональной перегрузки зубов путём сплент-терапии и функционального восстановления окклюзионной поверхности зубов в связи с информированным отказом пациентов. Протокол лечения пациентов группы 3 ($n=31$) включал эстетическую реставрацию зубов с использованием базового адгезивного протокола (согласно инструкции компании-производителя) с предварительным устранением функциональной перегрузки зубов путём сплент-терапии (миорелаксирующая каппа) и функциональным восстановлением окклюзионной поверхности зубов. Протокол лечения пациентов группы 4 ($n=27$) включал эстетическую реставрацию зубов с использованием базового адгезивного протокола (согласно инструкции компании-производителя) без устранения функциональной перегрузки зубов путём сплент-терапии и функционального восстановления окклюзионной поверхности зубов в связи с информированным отказом пациентов. Группу сравнения (группа 5) составили 30 респондентов с интактными зубными рядами, отсутствием заболеваний пародонта и некариозных поражений зубов, которым провели однократное обследование.

Исследование стоматологического статуса пациентов включало общепринятые методы (выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр) и оценку качества жизни. Результаты обследования вносили в «Индивидуальную карту оценки стоматологического статуса пациента, включённого в исследование».

Для оценки качества жизни респондентов в связи с их стоматологическим статусом использовали «Опросник качества жизни OHIP-14», предложенный G.D. Slade, A.J. Spenser и др. [8, 9], в адаптированной для российской практики версии [10].

Критерии соответствия

Основные группы сформировали из пациентов по следующим критериям: наличие добровольного информированного согласия пациента; возраст 30–49 лет; наличие абфракционных дефектов; отсутствие не более 1–3 зубов на челюсти; отсутствие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, соматической патологии в стадии декомпенсации, приёма гормональных, иммуносупрессивных и противоопухолевых лекарственных препаратов. Критерии исключения пациентов основных групп из исследования: отказ пациента от участия в исследовании; возраст менее 30 и более 49 лет; отсутствие абфракционных дефектов; отсутствие 4 и более зубов на челюсти; наличие мостовидных или съёмных зубных протезов; наличие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава,

соматической патологии в стадии декомпенсации; приём гормональных, иммуносупрессивных и противоопухолевых лекарственных препаратов; невыполнение рекомендаций врача; неявка на контрольные осмотры. Группу сравнения сформировали из 30 человек в возрасте 30–49 лет по вышеприведённым критериям, с разницей в отсутствии абфракционных дефектов зубов.

Условия проведения

Участие респондентов в исследовании было добровольным (информированное добровольное согласие на участие в исследовании заполнялось по форме, одобренной этическим комитетом Смоленского государственного медицинского университета). Обследование, лечение, опрос пациентов проводили в стоматологической клинике. После знакомства с анкетой-опросником пациент мог задать вопросы о непонятных словах и формулировках; затем проводили инструктаж, во время которого пациенту давали рекомендацию указывать «первый ответ» с учётом своих ощущений на протяжении предыдущего года. Анкету-опросник пациент заполнял самостоятельно на бумажном носителе до приёма у врача-стоматолога. Ограничение времени установили в 20 мин [7].

Продолжительность исследования

Оценку стоматологического статуса и качества жизни пациентов с абфракционными дефектами проводили в процессе динамического наблюдения в сроки: до начала лечения; через 6 мес и 1 год после проведённого лечения (прямой композитной реставрации зубов).

Описание протокола измерений

Ответы на 14 вопросов опросника оценивали по пятибалльной шкале от «0» до «4». Алгоритм интерпретации данных: чем выше сумма ответов (0–56), тем ниже качество жизни человека в связи с его стоматологическим статусом. Интервалы для интерпретации теста: 0–12 — хороший уровень качества жизни, 13–24 — удовлетворительный уровень качества жизни, 25–56 — неудовлетворительный уровень качества жизни [10, 11].

Основной исход исследования

Оценку влияния стоматологической патологии (абфракционных дефектов зубов) на качество жизни пациентов проводили на основе сравнения данных опроса-анкетирования в группах 1–4 с группой 5. Анализ субъективной оценки пациентами групп 1–4 результатов лечения с применением различных протоколов проводили путём сравнения показателей качества жизни после лечения в процентном соотношении с исходными показателями.

Дополнительные исходы исследования

Оценивали также показатели качества жизни пациентов в сравнительном аспекте гендерных и возрастных различий. У пациентов групп 2 и 4 проанализировали пошкаловую

структуру качества жизни для анализа мотивации отказа от лечения с применением миорелаксирующих кап.

Анализ в подгруппах

Определяли различия между исходными данными качества жизни в группах 1–5 и их динамикой после лечения в группах 1–4.

Методы регистрации исходов

Для интерпретации показателей качества жизни обследованных групп 1–5 проанализировали пошкаловые и интегральные пошкаловые показатели опросника (табл. 1), отражающие нарушения функций (жевания, речи, коммуникации), наличие боли и психологического дискомфорта, ограничения (в работе, отдыхе, общении).

Этическая экспертиза

Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, протокол №1 от 28 апреля 2022 г.

Статистический анализ

Для статистической обработки результатов исследования применяли методы описательной статистики. Качественные переменные представлены в виде долей в процентах (%), количественные — в виде среднего и 95% доверительного интервала (ДИ) для среднего. Построение доверительного интервала 95% ДИ проводили по формуле для долей и частот методом Вальда, для малых значений — методом Вальда с коррекцией по Агрести–Коуллу. Для анализа различий применяли критерий Манна–Уитни и угловой критерий Фишера. Статистически значимыми различия признавались при вероятности $>95\%$ ($p < 0,05$). Анализ результатов выполнен в программе Microsoft Excel 16 с использованием надстройки «Анализ данных».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объекты (участники) исследования

Все 158 респондентов самостоятельно заполнили анкету из 14 пунктов без пропусков ответов, что соответствует 100% ответивших. Интервью с пациентами подтвердили, что вопросы были понятны, не вызывали нежелания отвечать или колебаний. Целенаправленная постановка вопросов анкеты позволила сосредоточить внимание пациентов на состоянии их здоровья, послужила средством коммуникации между врачом и пациентом и может рассматриваться как важная составная часть первичного обследования.

Основные результаты исследования

По результатам анкетирования пациентов групп 1–4 выявлено, что 35,2% опрошенных пациентов с абфракционными дефектами отметили хороший исходный уровень

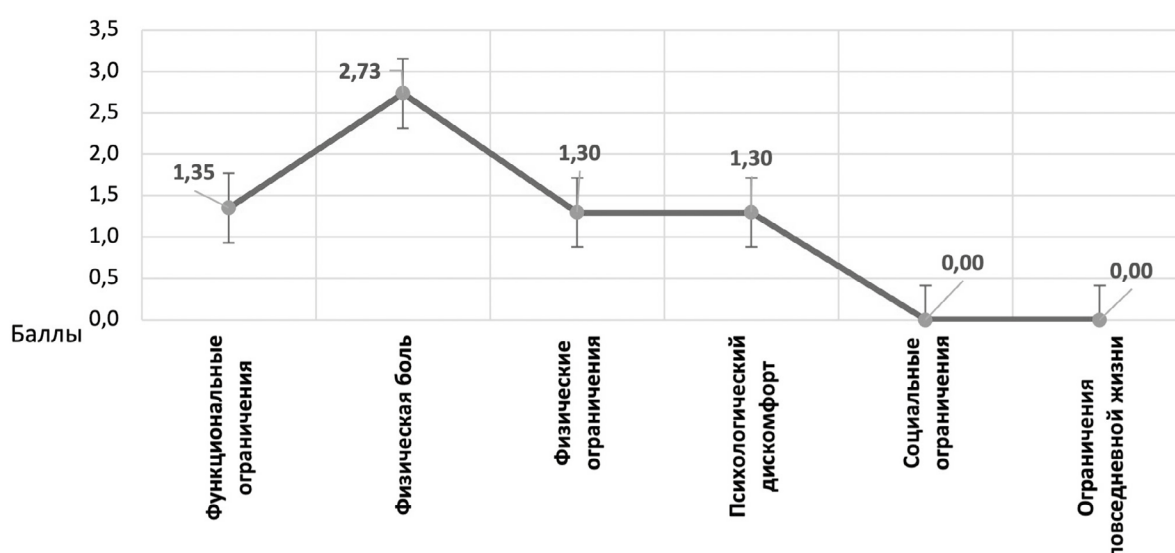
Таблица 1. Интегральные пошкаловые и пошкаловые показатели «Опросника качества жизни OHIP-14»**Table 1.** Overall and individual scale indicators of the OHIP-14 Quality of Life Questionnaire

Интегральный пошкаловый показатель	Шкала (вопрос)
Функциональные ограничения	Отсутствие удовольствия от еды из-за проблем в полости рта Испытываете ли Вы затруднения при произнесении слов (при разговоре) из-за проблем в полости рта?
Физическая боль	Есть ли болевые ощущения в полости рта?
Физические ограничения	Есть ли у Вас дискомфорт при приёме пищи из-за проблем в полости рта? Ваше питание неудовлетворительно из-за проблем в полости рта? Приходится ли Вам прерывать приём пищи из-за проблем в полости рта?
Психологический дискомфорт	Испытываете ли Вы неудобство при общении с людьми из-за проблем в полости рта? Ставят ли Вас проблемы в полости рта в неловкое положение при общении с людьми? Есть ли чувство стеснённости в общении с людьми из-за проблем в полости рта? Мешают ли проблемы в полости рта отдыхать, расслабляться?
Социальные ограничения	Испытываете ли Вы затруднения в своей обычной работе из-за проблем в полости рта? Раздражаетесь ли Вы при общении с людьми из-за проблем в полости рта?
Ограничения повседневной жизни	Стала ли Ваша жизнь менее содержательной и интересной из-за проблем в полости рта? Бывает ли полная неспособность к действиям из-за проблем в полости рта?

качества жизни; 64,8% — удовлетворительный. Среднее интегральное значение суммы баллов качества жизни по группам 1–4 составило 12,9 (95% ДИ: 12,4–13,3). Наибольший вклад в качество жизни вносили шкалы «физическая боль» — 2,73 (95% ДИ: 2,63–2,84), «функциональные ограничения» — 1,35 (95% ДИ: 1,16–1,54), «физические ограничения» — 1,3 (95% ДИ: 1,15–1,45), «психологический дискомфорт» — 1,3 (95% ДИ: 1,15–1,45).

Баллы по шкалам «социальные ограничения», «ограничения повседневной жизни» отсутствовали (рис. 1). Снижение качества жизни по шкале «физическая боль: часто, очень часто» у 91,4% обследованных с абфракционными дефектами соответствует клинически выявленной частоте гиперестезии зубов (92,9%).

Результаты опроса респондентов группы сравнения ($n=30$) продемонстрировали хороший уровень качества

**Рис. 1.** Средние значения исходного распределения баллов по шкалам анкеты OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) среди респондентов с абфракционными дефектами зубов ($n=128$).**Fig. 1.** Average of the initial scores according to the scales of the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) questionnaire among respondents with abfraction defects of the teeth ($n=128$).

жизни по профилю «стоматологическое здоровье»: итоговое среднее значение суммы баллов 4,5 (95% ДИ: 4,2–4,8) с показателями «физическая боль» 1,6 (95% ДИ: 1,1–2,1), «функциональные ограничения» 0,8 (95% ДИ: 0,3–1,2); значения по показателям «физические ограничения» и «психологический дискомфорт» были близки к нулю. Таким образом, у пациентов с абфракционными дефектами зубов отмечено достоверное снижение показателей качества жизни по отношению к группе сравнения: 12,9 против 4,5 ($p < 0,05$).

Оценка динамики показателей качества жизни 128 пациентов групп 1–4 после лечения показала, что через 6 мес у этих пациентов было выявлено достоверное среднее снижение интегрального показателя ОНП-14 на 4,9%, через 12 мес — на 7,7%. Выраженная динамика показателей качества жизни пациентов с абфракционными дефектами групп 1–4 отмечена по интегральной шкале «физическая боль», где через 12 мес после лечения среднее значение ОНП-14 снизилось на 21,2% по сравнению с исходными значениями. Сходная динамика (снижение баллов) зафиксирована по шкале «физические ограничения».

Дополнительные результаты исследования

Различий по уровню качества жизни между возрастными группами 40–49 и 30–39 лет, а также между мужской и женской выборками не выявлено (критерий Фишера $\varphi^*_{\text{эмп}} = 1,523$, $p > 0,05$) (табл. 2). Различия между исходными интегральными данными качества жизни пациентов групп 1–4 также отсутствуют (табл. 3).

По структуре показателей выявлены меньшие значения по шкалам «функциональные ограничения» и «физические ограничения» у пациентов группы 2, отказавшихся пройти лечение с применением миорелаксирующих капп, по сравнению с пациентами групп 1, 3, 4.

Нежелательные явления

Наименьшая положительная динамика показателей качества жизни респондентов в связи с их стоматологическим статусом отмечена у пациентов группы 4,

при лечении которых использовали базовый адгезивный протокол (согласно инструкции компании-производителя), текущий композит не применяли, реставрацию выполняли из универсального светоотверждаемого композитного материала, не проводили устранение функциональной перегрузки зубов. Показатель качества жизни у пациентов данной группы снизился на 3,1% (рис. 2, 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Клинические проявления абфракционных дефектов зубов отражают факт утраты стоматологического здоровья и оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов по ряду интегральных пошкаловых показателей специализированного «Опросника качества жизни

Таблица 3. Среднее интегральное значение суммы баллов качества жизни респондентов по группам

Table 3. Average overall scores of the patient's quality of life

Группы обследованных (человек)	Уровень качества жизни	
	Средний балл	95% ДИ
Группа 1 ($n=34$)	12,5*	11,4–13,5
Группа 2 ($n=36$)	10,7*	9,8–11,6
Группа 3 ($n=31$)	12,4*	11,1–13,7
Группа 4 ($n=27$)	12,3*	10,9–13,7
Группа сравнения ($n=30$)	4,5	4,2–4,8
Итого ($n=158$)	—	—

Примечание: ДИ — доверительный интервал; * различия статистически значимы относительно среднего балла в группе сравнения по критерию Манна–Уитни ($p < 0,05$).

Note: ДИ (CI) — confidence interval; * differences are statistically significant relative to the average score in the comparison group according to the Mann-Whitney test ($p < 0,05$).

Таблица 2. Исходный интегральный уровень качества жизни пациентов с абфракционными дефектами зубов

Table 2. Initial overall quality of life in patients with abfraction defects of teeth

Уровень качества жизни (баллы)	Вся выборка		Мужчины		Женщины	
	Абс. $n=128$	Отн. %, 95% ДИ	Абс. $n=51$	Отн. %, 95% ДИ	Абс. $n=77$	Отн. %, 95% ДИ
Хороший (0–12)	45	35,2 (26,9–43,5)	22	43,1 (29,5–56,7)	23	29,9 (17,3–42,4)
Удовлетворительный (13–24)	83	64,8 (56,5–73,1)	29	56,9 (43,3–70,5)	54	70,1 (57,6–82,7)
Неудовлетворительный (25–56)	0	0 (0,0–0,0)	0	0 (0,0–0,0)	0	0 (0,0–0,0)

Примечание: ДИ — доверительный интервал.

Note: ДИ (CI) — confidence interval.

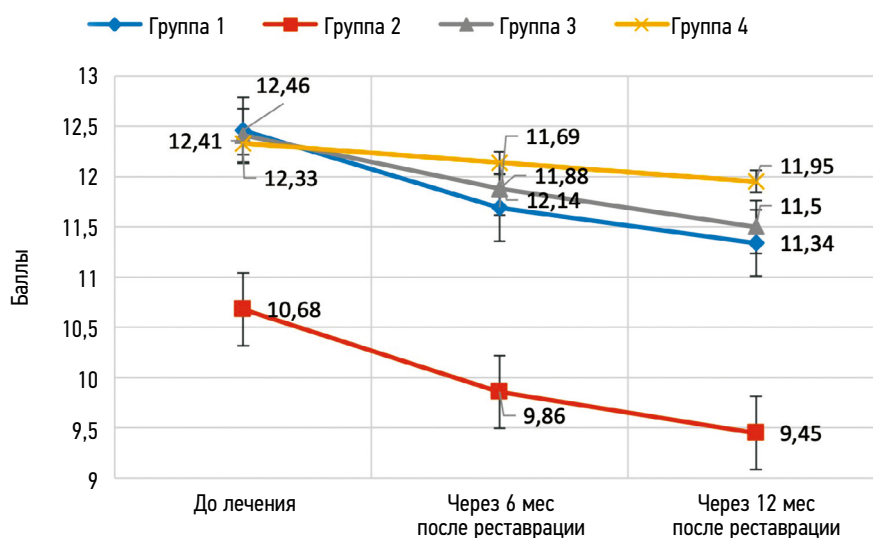


Рис. 2. Динамика интегрального показателя качества жизни пациентов после лечения.

Fig. 2. Changes in the quality of life in patients after treatment.

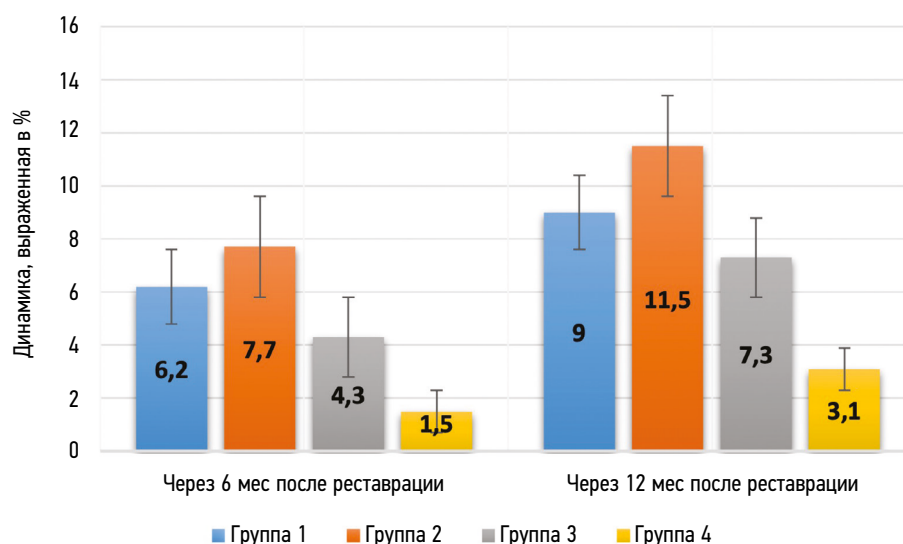


Рис. 3. Процентное изменение интегрального показателя качества жизни пациентов после лечения.

Fig. 3. Percentage change of the quality of life of the patients after treatment.

ОНIP-14». Лечение в соответствии со всеми применёнными в исследовании алгоритмами в целом улучшает качество жизни пациентов с абфракционными дефектами зубов.

Обсуждение основного результата исследования

Подтверждена гипотеза о влиянии методов лечения — протокола адгезивной подготовки и сплнтертерапии с последующей нормализацией окклюзионных взаимоотношений — на качество жизни пациентов. Наилучшая динамика интегрального показателя качества жизни респондентов в связи с их стоматологическим статусом в ближайшие и отдалённые сроки зарегистрирована у пациентов групп 1 и 2, при лечении

которых использовали модифицированный адгезивный протокол с обработкой протравленного дентина препаратом на основе глутарового альдегида и созданием адаптивного слоя из текучего композита. У пациентов групп 1 и 2 интегральный показатель качества жизни через 12 мес после лечения снизился на 9,0% и 11,5% соответственно. У пациентов групп 1 и 2 показатель ОНIP-14 по шкале «физическая боль» через 12 мес после лечения снизился на 28,8% и 25,2% соответственно. Это указывает на эффективность данной методики с точки зрения ликвидации основного симптома абфракции — повышенной чувствительности шеек зубов, оказывающей негативное влияние на качество жизни пациентов. У пациентов групп 3 и 4, при лечении

которых использовали базовый адгезивный протокол согласно инструкции компании-производителя, показатель качества жизни по шкале «физическая боль» снизился только на 17,5% и 13,2% соответственно (рис. 4, 5), что достоверно ниже ($p < 0,05$) аналогичных показателей пациентов групп 1 и 2.

Субъективная оценка качества жизни продемонстрировала градацию важности для пациентов показателей стоматологического статуса, что мотивирует их обращаться за стоматологической помощью. При абфракционных дефектах зубов первостепенную важность имел показатель «физическая боль», на втором месте были показатели «функциональные и физические ограничения», и только на третьем — «психологический

дискомфорт», что согласуется с исследованиями иных патологических состояний зубочелюстной системы [5, 7, 12].

Ограничения исследования

Ограничениями применения «Опросника качества жизни ОНIP-14» являются возможность опроса только респондентов взрослого возраста, невозможность оценить процесс лечения (анализируется только результат). Недостатком метода можно считать отсутствие у респондента возможности в процессе исследования оценить свой стоматологический статус, потребность и приверженность к лечению. На результаты исследования может влиять стрессовый фактор, который присутствует в патогенезе абфракции.

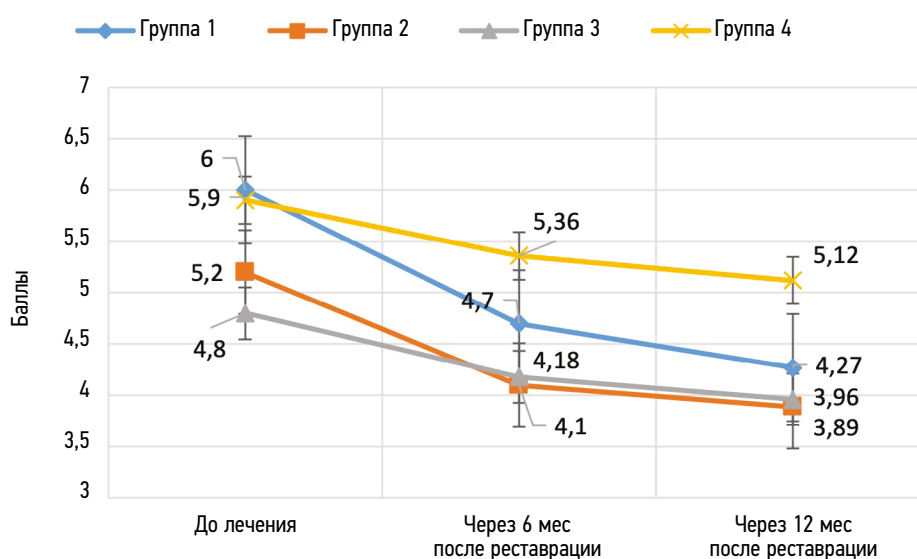


Рис. 4. Динамика показателя «физическая боль» у пациентов после лечения.

Fig. 4. Changes in “physical pain” after treatment.

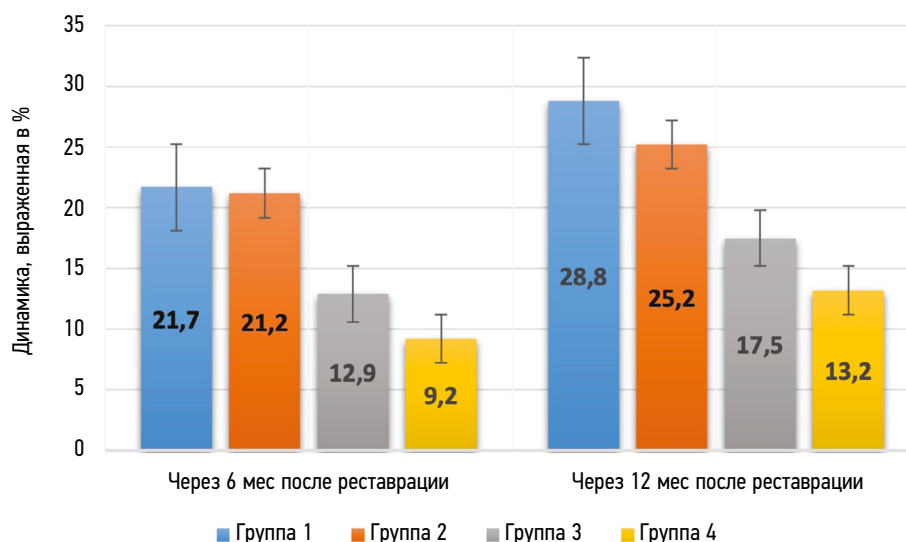


Рис. 5. Процентное изменение показателя «физическая боль» у пациентов после лечения.

Fig. 5. Percentage change in the “physical pain” score after treatment.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Динамика показателей специализированного «Опросника качества жизни OHIP-14» у пациентов с абфракционными дефектами зубов, подтверждённая объективными клиническими данными, согласуется с выводами других авторов о чувствительности опросника как индикатора эффективности лечения. Субъективная оценка качества жизни пациентом позволяет детализировать адаптационные механизмы и последовательность вовлечения уровней организма в выздоровление.

Данные о качестве жизни по шкалам опросника могут быть использованы для индивидуализации подхода к планированию лечения и диспансеризации пациентов с абфракционными дефектами зубов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведённым исследованием и публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. А.Б. Шашмурина — обследование, анкетирование и лечение пациентов, анализ литературы по теме исследования, написание текста статьи; А.И. Николаев — разработка концепции, планирование и координация исследования,

редактирование текста статьи; В.Р. Шашмурина — статистическая обработка, обобщение и анализ полученных результатов; Е.А. Лещева — координация исследования, анкетирование пациентов, анализ полученных результатов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. A.B. Shashmurina — examination, questioning and treatment of patients, analysis of literature on the research topic, writing the text of the article; A.I. Nikolaev — concept development, planning and coordination of the research, editing the text of the article; V.R. Shashmurina — statistical processing, generalization and analysis of the results; E.A. Leshcheva — coordination of the research, questioning of patients, analysis of the results. All authors confirm that their authorship complies with the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Albar N.H. Efficacy of GLUMA for the treatment of dentin hypersensitivity compared to lasers: A systematic review // *J Contemp Dent Pract*. 2022. Vol. 23, N 10. P. 1057–1065. doi: 10.5005/jp-journals-10024-3420
2. Olaru A.R., Popescu M.R., Dragomir L.P., Rauten A.M. Clinical study on abfraction lesions in occlusal dysfunction // *Curr Health Sci J*. 2019. Vol. 45, N 4. P. 390–397. doi: 10.12865/CHSJ.45.04.07
3. Кулаков А.А., Климашин Ю.И., Андреева С.Н., Руденко К.Н. Вопросы качества жизни в ортопедической стоматологии // *Стоматология для всех*. 2006. № 3. С. 4–5.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Санкт-Петербург : Нева, 2002.
5. Садыкова О.М., Жолудев С.Е., Еликов А.В. Качество жизни как показатель эффективности малой бальнеотерапии у пациентов, пользующихся съёмными протезами // *Проблемы стоматологии*. 2018. Т. 14, № 3. С. 49–55. doi: 10.18481/2077-7566-2018-14-3-49-55
6. Янушевич О.О., Гуревич К.Г., Панин А.М., и др. Руководство по оценке качества жизни в стоматологии. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.
7. Попов В.А., Выборова П.С., Гордиенко А.А., и др. Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем: исследо-

вание среди студентов медицинского университета в Арктической зоне России // *Экология человека*. 2020. № 6. С. 46–57. doi: 10.33396/1728-0869-2020-6-46-57

8. Slade G.D., Spenser A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile // *Community Dent Health*. 1994. Vol. 11, N 1. P. 3–11.

9. Campos L.A., Peltomäki T., Marôco J., Campos J.A.D.B. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in different contexts. What is being measured? // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18, N 24. 13412. doi: 10.3390/ijerph182413412

10. Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г. Использование стоматологических измерений качества жизни // *Стоматология для всех*. 2006. № 2. С. 4–7.

11. Гилева О.С., Лирик Т.В., Халилаева Е.В., и др. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни // *Медицинский вестник Башкортостана*. 2011. Т. 6, № 3. С. 6–11.

12. Чикунов С.О., Дзалаева Ф.К., Утюж А.С., и др. Качество жизни пациентов с признаками патологии височно-нижнечелюстного сустава при проведении комплексной стоматологической ортопедической реабилитации // *Проблемы стоматологии*. 2020. Т. 16, № 2. С. 144–150. doi: 10.18481/2077-7566-20-16-2-144-150

REFERENCES

1. Albar NH. Efficacy of GLUMA for the treatment of dentin hypersensitivity compared to lasers: A systematic review. *J Contemp Dent Pract*. 2022;23(10):1057–1065. doi: 10.5005/jp-journals-10024-3420

2. Olaru AR, Popescu MR, Dragomir LP, Rauten AM. Clinical study on abfraction lesions in occlusal dysfunction. *Curr Health Sci J*. 2019;45(4):390–397. doi: 10.12865/CHSJ.45.04.07
3. Kulakov AA, Klimashin Yul, Andreeva SN, Rudenko KN. Voprosy kachestva zhizni v ortopedicheskoi stomatologii. *Stomatologiya dlya vsekh*. 2006;(3):4–5. (In Russ).
4. Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine*. Saint Petersburg: Neva Publishing House; 2002. (In Russ).
5. Sadykova OM, Zholudev SE, Elikov AV. The quality of life level as index of low balneotherapy in patient with removable dentures. *Actual Problems in Dentistry*. 2018;14(3):49–55. (In Russ). doi: 10.18481/2077-7566-2018-14-3-49-55
6. Yanushevich OO, Gurevich KG, Panin AM, et al. *Rukovodstvo po otsenke kachestva zhizni v stomatologii*. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. (In Russ).
7. Popov VA, Vyborova PS, Gordienko AA, et al. Oral health-related quality of life among students of the Medical University in the Russian Arctic. *Human Ecology*. 2020;(6):46–57. (In Russ). doi: 10.33396/1728-0869-2020-6-46-57
8. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;1(11):3–11.
9. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos JADB. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in different contexts. What is being measured? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13412. doi: 10.3390/ijerph182413412
10. Barer GM, Gurevich KG, Smirnyagina VV, Fabrikant EG. Ispol'zovanie stomatologicheskikh izmerenii kachestva zhizni. *Stomatologiya dlya vsekh*. 2006;(2):4–7. (In Russ).
11. Gileva OS, Libik TV, Khalilayeva EV, et al. Dental health in life quality criteria. *Meditsinskii vestnik Bashkortostana*. 2011;6(3):6–11. (In Russ).
12. Chikunov SO, Dzalaeva FK, Utyuzh AS, et al. The quality of life of patients with symptoms of temporomandibular disorder in integrated dental orthopedic rehabilitation. *Actual Problems in Dentistry*. 2020;16(2):144–150. (In Russ). doi: 10.18481/2077-7566-20-16-2-144-150

ОБ АВТОРАХ

* **Николаев Александр Иванович**, д.м.н., профессор;
адрес: Российская Федерация, 214019, Смоленск, ул. Крупской,
д. 28;
ORCID: 0000-0002-1378-6538;
eLibrary SPIN: 2687-8206;
e-mail: anicolaev@inbox.ru

Шашмурина Анна Борисовна, ассистент;
ORCID: 0000-0002-9705-1423;
eLibrary SPIN: 5121-4415;
e-mail: shashmurina.ifivehbyf2011@yandex.ru

Шашмурина Виктория Рудольфовна, д.м.н., профессор;
ORCID: 0000-0001-5216-7521;
eLibrary SPIN: 4199-4204;
e-mail: shahmurina@yandex.ru

Лещева Елена Александровна, д.м.н., профессор;
ORCID: 0000-0001-6290-6551;
eLibrary SPIN: 1068-1617;
e-mail: el.leshewa@yandex.ru

AUTHORS' INFO

* **Alexander I. Nikolaev**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 28 Krupskoi street, 214019 Smolensk, Russian
Federation;
ORCID: 0000-0002-1378-6538;
eLibrary SPIN: 2687-8206;
e-mail: anicolaev@inbox.ru

Anna B. Shashmurina, Assistant Lecturer;
ORCID: 0000-0002-9705-1423;
eLibrary SPIN: 5121-4415;
e-mail: shashmurina.ifivehbyf2011@yandex.ru

Victoria R. Shashmurina, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: 0000-0001-5216-7521;
eLibrary SPIN: 4199-4204;
e-mail: shahmurina@yandex.ru

Elena A. Leshcheva, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
ORCID: 0000-0001-6290-6551;
eLibrary SPIN: 1068-1617;
e-mail: el.leshewa@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author