

Таблица 2. Оценка индекса интенсивности кариеса (КПУ) пациентов основной группы и группы сравнения ($M \pm m$)

Группа	Кариозные зубы	Пломбированные зубы	Удаленные зубы	Средние показатели
Основная группа ($n = 195$)	$23 \pm 0,3$	$10 \pm 0,3$	$18 \pm 0,2$	$17 \pm 0,3$
Группа сравнения ($n = 391$)	$19 \pm 0,2$	$6 \pm 0,4$	$14 \pm 0,3$	$13 \pm 0,4$
Всего... ($n = 586$)	$21 \pm 0,3$	$8 \pm 0,4$	$16 \pm 0,3$	$15 \pm 0,4$

Таблица 3. Оценка показателей сиалометрии у пациентов основной группы и группы сравнения на момент госпитализации.

Группы	Скорость слюноотделения (мл/мин) ($M \pm m$)
Основная ($n = 195$)	$4,0 \pm 0,04$
Сравнения ($n = 391$)	$3,96 \pm 0,03$
Всего... ($n = 586$)	$3,98 \pm 0,04$

$p = 0,05$.

ру сбора таким образом проводили еще 2 раза, чтобы общее время сбора составляло 6 мин. Скорость слюноотделения, выраженная в мл/мин, составляет общий объем собранной слюны, деленный на 6 (табл. 3).

На момент госпитализации все пациенты не отмечали симптомов ксеростомии и у них были сохранены все слюнные железы. Средний показатель сиалометрии (общей нестимулированной слюны) на момент госпитализации составлял $3,98 \pm 0,04$, что несколько ниже показателей сиалометрии у пациентов без данной патологии.

Полученные в ходе исследования данные записывали в историю болезни пациента и амбулаторную карту стоматологического больного.

К сожалению, мы получили неутешительные данные относительно исходного стоматологического состояния. Так, среди пациентов группы сравнения, госпитализированных в Челябинский окружной онкологический диспансер, в отделение головы и шеи, и имевших справку о санации, удовлетворительную санацию полости рта имели только 4,8% больных. Следовательно, 95,2% не были подготовлены к специализированному лечению. Этот факт остается тем более тревожным, что из всех пациентов 176 (30%) первично обратились с жалобами к стоматологу, 155 (26,5%) – к онкологу, 107 (18,3%) – к ЛОР-врачу, 103 (17,7%) – к участковому терапевту и 43(7,5%) – к хирургу.

Из собранного анамнеза также выявлено, что 59,2% пациентов (с их слов), до обращения к специалистам лечились самостоятельно. Однако и после обращения к специалистам неонкологического профиля консервативное лечение затягивалось. Из стандартов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта: «Лечение различных изменений на слизистой оболочке осуществляется врачом-стоматологом. Если в течение 2 недель консервативного лечения не наступает улучшение, больной должен быть осмотрен онкологом» (Филлурин М. Д., 1997).

Нами установлено, что пациенты в среднем затратили на самостоятельное лечение или у специалистов неонкологического профиля 1–3 мес – 52,4%, 4–6 мес – 28,6%, от 6 мес до 1 года – 19%. С этим фактором также связана обращаемость пациентов в онкологические учреждения с III–IV стадией опухолевого процесса.

Выводы

Исходя из сказанного выше, и на основании проведенного исследования можно сделать вывод о неудовлетворительном состоянии органов и тканей РП у пациентов с новообразованиями орофарингеальной зоны, отсутствии у них онкологической настороженности и информации о предраковых состояниях, нерегулярном посещении врача-стоматолога и преимущественном самолечении. Кроме того, поздняя диагностика злокачественного новообразования и отсутствие онкологической настороженности у врачей первого контакта приводит к тому, что госпитализация в специализированное учреждение пациентов данной категории происходит на III–IV стадии опухолевого процесса, что соответствующим образом влияет на последующую тактику лечения и долгосрочные прогнозы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3 (77), прил. 1. – С. 158.
2. Леонтьев В. К., Пахомов Г. Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006.
3. Филлурин М. Д., Сысолятин П. Г. // Стоматология. – 2001. – № 2. – С. 54–57.
4. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность). – М., 2007.
5. Herodin F., Drouet M. // Exp. Hematol. – 2005. – Vol. 33, № 10. – P. 1071–1080.

Поступила 15.09.11

© Л. И. ХУДЯКОВА, 2012

УДК 616.31-057.875-07

Л. И. Худякова

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России (454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64)

Для анализа качества жизни нами обследованы 150 студентов 17–25 лет с достоверными диагнозами патологии зубочелюстной системы. В группу сравнения (150 человек) привлечены студенты, не имеющие нарушений стоматологического здоровья. С целью получения годных для сравнения данных использовали опросник SF-36, предложенный фирмой "Medical Outcomes Study Short Form". В результате исследования установили, что физический компонент здоровья – Physical health (PH) студентов основной группы мало чем отличается от параметров студентов, не имеющих патологии зубочелюстной системы. Нарушение стоматологического здоровья снижает качество жизни в большей степени по шкалам, относящимся к психическому компоненту здоровья.

Ключевые слова: студенты, качество жизни, стоматологическое здоровье

THE INFLUENCE OF DENTAL HEALTH PROBLEMS ON THE STUDENTS' QUALITY OF LIFE

Khudyakova L.I.

The objective of this paper was to analyse the life quality of 150 students aged between 17 and 25 years having confirmed diagnosis of dento-maxillary pathology. The control group was comprised of the students who didn't have stomatological disorders (150 subjects). The SF-36 questionnaire (Medical Outcomes Study Short Form) was used to obtain the data necessary for the comparison of life quality characteristics. The results of the study indicate that the students with and without dento-maxillary pathology were characterized by the virtually identical physical health (PH) component. At the same time, the deterioration of the quality of life in the patients with stomatological problems was significantly more pronounced when evaluated based on the scales that are designed to estimate psychic health.

Key words: students, life quality, stomatologic health.

По мнению современных авторов [3, 6, 7, 8], оценка собственного здоровья и качества жизни является одним из основных критериев комплексной оценки состояния здоровья человека. Часто субъективное восприятие своего состояния становится для индивидуума гораздо значимее самого здоровья.

В последнее время отмечен повышенный интерес к оценке качества жизни пациентов с заболеваниями различных органов и систем, поскольку данный параметр может служить критерием эффективности лечения различных заболеваний, реабилитационных и валеологических программ, индивидуального мониторинга состояния здоровья больного. Следует обратить внимание, что отсутствие своевременного и адекватного восстановительного лечения ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений [4, 5].

Вопрос о рациональном способе оценки результатов лечения и профилактики в настоящее время находится в стадии решения. Главным недостатком большинства предложенных схем оценки является то, что они либо акцентируют внимание лишь на отдельных критериях функции организма, либо, наоборот, рассматривают функцию слишком обобщенно. Установлено, что этих сведений недостаточно для интерпретации степени восстановления конкретной анатомо-функциональной единицы в отдельности. Кроме того, функциональные критерии носят преимущественно качественный характер. Это дополнительно затрудняет унификацию исследований, снижает их достоверность и возможность сравнительного анализа [1].

Материалы и методы

На кафедре ортопедической стоматологии Челябинской государственной медицинской академии с 2009 по 2011 г. обследовали 150 студентов 17–25 лет с достоверными диагнозами патологии зубочелюстной системы, такими как высокий уровень интенсивности кариеса, дефекты зубного ряда, декомпенсированные и субкомпенсированные формы вторичных зубочелюстных деформаций, дисфункция ВНЧС. В группу сравнения (150 человек) привлечены студенты, не имеющие нарушений стоматологического здоровья.

С целью получения годных для сравнения данных о качестве жизни использовали опросник SF-36, предложенный фирмой "Medical Outcomes Study Short Form". SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни и широко используется в США и странах Европы при проведении указанных исследований. Перевод на русский язык и апробация методики выполнены сотрудниками Института клинико-фармакологических исследований Санкт-Петербурга [2].

Результаты собственных исследований

Первой шкалой исследования качества жизни является шкала физического функционирования – Physical Functioning (PF), оценивающая физическую активность и включающая такие функции как самообслуживание, ходьба, подъем по

лестнице, перенос тяжестей, а также выполнение значительной физической работы. Показатель шкалы отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья: чем показатель выше, тем большую физическую нагрузку, по мнению авторов опросника, респондент может выдержать. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья.

Исследование качества жизни по шкале PF выявило, что данный параметр ($94,1 \pm 2,2\%$) у студентов группы сравнения статистически не существенно выше ($t < 2$), чем у студентов с нарушениями стоматологического здоровья ($92,7 \pm 2,0\%$). Таким образом, качество физического функционирования у студентов не зависит от стоматологического здоровья, а сам показатель физического функционирования сохраняется на максимальном уровне, т. е. ограничений повседневной физической нагрузки нет.

Второй шкалой исследования качества жизни является шкала ролевого физического функционирования – Role Physical (RP), показывающая значения физических проблем в ограничении жизнедеятельности и отражающая степень здоровья, лимитирующее ведение обычных дел. Таким образом, эта шкала характеризует насколько связанные со здоровьем проблемы ограничивают выполнение человеком работы и повседневных обязанностей. Чем выше показатель, тем меньше у респондента проблем со здоровьем, ограничивающим его повседневную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена состоянием здоровья.

Исследование качества жизни по шкале RP выявило, что данный параметр ($70,3 \pm 3,4\%$) у студентов основной группы существенно ниже ($t > 2$ при $p < 0,05$), чем у студентов группы сравнения ($81,5 \pm 3,6\%$), но в целом уровень RP у студентов достаточно высок, т. е. нарушение стоматологического здоровья мало лимитирует ведение обычных дел.

Третья шкала – шкала физической боли – Bodily Pain (BP) оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, в том числе работой по дому и вне его в течение последнего месяца. Чем меньше показатель, тем больше, по отзыву респондента или пациента, болевых ощущений он испытывает. Соответственно низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность исследуемых.

Анализ качества жизни по шкале BP позволил установить, что значения данного параметра в обеих группах студентов практически одинаковые и имеют высокий уровень – $76,0 \pm 4,0\%$ и $75,0 \pm 3,3\%$, который указывает на то, что интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью в течение последнего месяца не актуальна для обследованных. Студентов с хорошим стоматологическим здоровьем и тем более имеющих определенные виды патологии зубочелюстной системы болевой синдром не беспокоит.

Четвертая шкала исследования – показатели общего состояния здоровья – General Health (GH), с помощью которых оценивают пациента в момент анкетирования, перспективы

его лечения и сопротивляемость болезни: чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья респондента.

Исследование качества жизни по шкале GH выявило, что данный параметр ($58,5 \pm 3,8\%$) у студентов основной группы существенно ниже ($t > 2$ при $p < 0,05$), чем у студентов группы сравнения – $70,4 \pm 4,3\%$. Одновременно с этим сопротивляемость проблемам стоматологического здоровья и перспективы лечения у студентов основной группы практически вдвое ниже максимального уровня.

Пятая шкала – исследования жизненной силы – Vitality (VT), которая подразумевает ощущения наполненности силой и энергией. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении исследуемых, снижении их жизненной активности.

Исследование качества жизни по шкале VT выявило, что данный параметр ($56,0 \pm 3,8\%$) у студентов основной группы существенно ниже ($t > 2$ при $p < 0,05$), чем у студентов группы сравнения – $67,6 \pm 4,4\%$. Одновременно с этим уровень VT практически вдвое ниже максимального, что свидетельствует об утомлении, снижении жизненной активности студентов с нарушениями стоматологического здоровья.

Шестой шкалой исследования качества жизни является шкала социального функционирования – Social Functioning (SF), с помощью которой оценивают удовлетворенность респондента уровнем социальной активности (общением, времяпрепровождением с друзьями, семьей, соседями, коллективом) и определяют насколько его физическое или эмоциональное состояние эту деятельность ограничивает. Чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 нед. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья.

Исследование качества жизни по шкале SF выявило, что данный параметр обеих групп практически одинаков и имеет высокий уровень – $71,3 \pm 4,2\%$ и $68,9 \pm 3,6\%$, который указывает на то, что определенные виды патологии зубочелюстной системы не снижают их социальной активности, а их физическое или эмоциональное состояние достаточно высоки.

Седьмая шкала исследования – шкала ролевого эмоционального функционирования – Role Emotional (RE), предполагающая оценку эмоционального состояния мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность респондента или пациента.

Исследование качества жизни по шкале RE выявило, что данный параметр ($60,0 \pm 3,7\%$) у студентов основной группы статистически значимо ниже ($t > 2$ при $p < 0,05$), чем у студентов группы сравнения ($71,9 \pm 4,2\%$). Это свидетельствует о том, что эмоциональное состояние студентов, имеющих определенные виды патологии зубочелюстной системы, мешает выполнению работы и другой обычной повседневной деятельности, требует больших затрат времени на их выполнение, уменьшает объем сделанной работы, снижает ее качество.

Последней, **восьмой**, шкалой исследования качества жизни является шкала психического здоровья – Mental Health (MH), которая характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций. Чем выше показатель, тем больше времени в течение последнего месяца респонденты или пациенты чувствовали себя спокойными, умиротворенными. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии.

Исследование качества жизни по шкале MH выявило, что данный параметр ($39,1 \pm 3,8\%$) у студентов основной группы статистически значимо ниже ($t > 2$ при $p < 0,05$), чем у

студентов группы сравнения ($51,2 \pm 4,7\%$). Общий невысокий уровень показателя по данной шкале указывает на высокую тревожность, склонность к депрессиям современной студенческой молодежи. На этом фоне имеющиеся проблемы стоматологического здоровья способны только все более усугубить ситуацию.

Физический компонент здоровья – Physical health (PH), который составляют шкалы: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли и общее состояние здоровья, у студентов основной группы составил $57,2 \pm 3,7\%$ от оптимума, что не существенно ($t < 2$) ниже показателя физического компонента здоровья студентов группы сравнения ($58,4 \pm 4,6\%$).

MH, который составляют шкалы психическое здоровье, жизненная сила, ролевое эмоциональное функционирование и социальное функционирование, у студентов основной группы составил только $44,3 \pm 3,6\%$ от оптимума, что существенно ниже ($t > 2$ при $p < 0,05$) показателя психического компонента здоровья студентов группы сравнения ($56,9 \pm 4,6\%$).

Подводя промежуточный итог изучения качества жизни студентов, имеющих серьезные проблемы состояния стоматологического здоровья, можно отметить, что PH у данных студентов лишь незначительно уступает параметрам студентов, не имеющих патологии зубочелюстной системы. И это весьма естественно, ибо только острая боль может снизить физический компонент здоровья, а ее, согласно результатам исследования, у основной группы не должно было быть на момент обследования.

Следует обратить внимание, что нарушения стоматологического здоровья снижают качество жизни в большей степени по шкалам, относящимся к психическому компоненту здоровья. Другими словами, возникает следующая порочная цепь: 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. Все это приводит к снижению жизненной активности, повышенной закрытости, утомляемости. Данное эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность студентов, приводит к возникновению тревожных состояний и депрессий. В результате снижается сопротивляемость болезням, перспективы их лечения становятся сомнительными. Таким образом, для стоматологического лечения данной группы студентов необходима разработка программ вторичной профилактики с активными методами и формами их привлечения в ортопедические стоматологические отделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрашитов Т. М. Качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2006.
2. Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И. др. // Науч.-практ. ревматол. – 2008. – № 1. – С. 33–39.
3. Гертнер С. В., Валеева Г. В. // Вестн. Челябинск. гос. пед. ун-та. – 2004. – № 4. – С. 321–322.
4. Мамедов Ф. М. Применение магнитолазерного излучения в комплексном лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000.
5. Новикова Л. Б. // Нерв. бол. – 2008. – № 1. – С. 18–20.
6. Littlewood J. // Hlth Ed. J. – 1989. – Vol. 48, № 1. – P. 44–45.
7. Wenger N. K., Mattson M. E., Furberg C. D. et al. // Am. J. Cardiol. – 1984. – Vol. 54. – P. 908–913.
8. Wiklund J., Herlitz J., Hjalmarson A. // Eur. Heart J. – 1989. – Vol. 10, № 5. – P. 464–472.

Поступила 15.09.11