

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 615.322:616.314-002-053

© А.И. Булгакова, Р.М. Дюмеев, Д.М. Исламова, 2012

А.И. Булгакова, Р.М. Дюмеев, Д.М. Исламова
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КЛИНОВИДНЫМ ДЕФЕКТОМ
 ЗУБА И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

МБУЗ «Стоматологическая поликлиника №6», г. Уфа

Проведен ретроспективный анализ 75200 амбулаторных карт пациентов, обратившихся в стоматологические поликлиники г. Уфы. Проведено обследование 97 пациентов с клиновидным дефектом (КД) зубов и симптомом гиперестезии зуба (ГЗ). У первой группы пациентов мы использовали препарат «Нанофлюор». Комплекс традиционного лечения второй (контрольной) группы включал снятие симптома ГЗ с использованием препарата «Глуфторед» (фирма «Владмива»). На основании полученных результатов нами было определено, что КД и симптом ГЗ чаще встречаются у женщин (64,74%), чем у мужчин (35,26%). Выявлена четкая взаимосвязь КД зубов и симптома ГЗ с сопутствующей патологией: 47% пациентов с патологией пародонта, 21% с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и в меньшей степени с патологией эндокринной, костной систем и желудочно-кишечного тракта. Наличие симптома ГЗ и нарушение эстетики лица в целом значительно влияют на комфорт пациентов, что снижает качество их жизни. Имеющиеся и предлагаемые методики лечения дают ощутимые результаты.

Ключевые слова: качество жизни, опросник ОНП-14, распространенность клиновидного дефекта зубов, социологические параметры, симптом гиперестезии зуба.

A.I. Bulgakova, R.M. Dyumeev, D.M. Islamova

**EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH WEDGE-SHAPED
 TOOTH DEFECTS AND OPTIMIZATION OF TREATMENT METHODS**

A retrospective analysis of 75,200 outpatient charts of patients attending Ufa dental clinics has been carried out. The investigation observed 97 patients with wedge-shaped defects of the teeth and hyperesthesia symptom (HS). The patients of the first group were treated with the drug "Nanofluor". The complex of traditional treatment of the second (II) control group included the relief of hyperesthesia symptoms with the drug "Gluflorede" (VladMiVa). The obtained results showed that wedge-shaped defects and HS are more common in women (64.74%) than men (35.26%). A clear connection of wedge-shaped defects and HS with concomitant diseases has been determined: 47% of patients has a periodontal pathology, 21%, cardiovascular disease, and others - endocrine pathology, bony system and gastrointestinal tract. The presence of HS and aesthetics violation greatly affect the comfort of patients, which reduces the quality of their life. Existing and proposed methods of treatment give visible results.

Key words: quality of life, ONP-14 questionnaire, the prevalence of wedge-shaped defect of the teeth, sociological parameters, hyperesthesia symptom of a tooth.

Некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты и эрозии), по данным ряда авторов [1,2], относятся к одной из распространенных патологий твердых тканей зубов и составляют 38,5-72,9%. Процент заболеваемости в 60-80-е годы составлял от 8 до 22 [3,4,5], за последующие 20 лет это число увеличилось до 38,5-82 % [1,6,7]. Процесс развития клиновидного дефекта зуба приводит к постепенной убыли твердых тканей зуба [8]. Чаще всего пациенты жалуются на эстетический дефект и боль, оказывающие негативное влияние на психоэмоциональный статус и качество жизни пациента. В возникновении КД и ГЗ выступает множество факторов как общих, так и местных. К общим причинам относят состояние всего организма: болезни, связанные с нарушением обмена веществ, нервно-психические, эндокринные расстройства, нарушение минерального состава твердых тканей зуба, состояние нервно-сосудистого аппарата зуба и т.д. [5]. Немаловажными являются условия жизни, работы, диета. Мест-

ными причинами могут выступать патология окклюзии, частое употребление фруктовых соков, цитрусовых, механическое повреждение эмали и цемента жесткими щетками и пастами, содержащими абразивы, воздействие на зубы кислот, сахара. Таким образом, влияние разнообразных экзогенных и эндогенных факторов риска на развитие данной патологии предполагает более углубленную оценку качества пациентов с данной патологией и разработку новых критериев диагностики и лечебно-профилактических мероприятий [2].

По оценке ВОЗ (WHO,1996), качество жизни (КЖ) – это характеристика физического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

В настоящее время координатором научных исследований КЖ является Европейский институт качества жизни, определяющий, что «целью любого лечения является приближение качества жизни больного к уровню качества жизни практически здоро-

вых людей». С помощью метода оценки качества жизни можно измерить параметры, которые не выявляются обычными методами обследования. При этом качество жизни может выступать как дополнительный или основной критерий оценки результата лечения. Растущий интерес стоматологического сообщества к тому, как стоматологическое здоровье влияет на «благополучие» или качество жизни, привел к многочисленным попыткам количественного измерения этого влияния. По мнению специалистов, изучение КЖ в ближайшем будущем должно стать одним из обязательных комплексных методов оценки при проведении клинических исследований лекарственных средств, включающих 2-4 фазы испытаний, а также современные технологии и методы лечения.

Оценка качества жизни проводится самим пациентом до лечения и на этапе лечения путем заполнения опросника ОНП-14 - это является одним из критериев для оценки состояния больного до лечения и после лечения. Основными инструментами изучения КЖ являются «профили» для оценки каждого из отдельных компонентов КЖ и «опросники» (для комплексной оценки КЖ). Опросники могут быть общими для оценки здоровья в целом и специализированными для изучения отдельных нозологий. Специализированные опросники отражают проблемы, важные для конкретной нозологии: они содержат специфические для нее компоненты, учитывают динамику конкретного заболевания в процессе лечения. Вместе с тем они отражают и изменения общего статуса, характеризуя влияние лечебных мероприятий не только на местный статус, но и на его взаимосвязь с общим состоянием здоровья[9,10].

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности клиновидного дефекта (КД) зуба и симптома гиперестезии зуба (ГЗ) и оценка качества жизни пациентов с данной патологией, проживающих в г. Уфе.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 75200 амбулаторных карт пациентов, обратившихся в стоматологические поликлиники г. Уфы. Обращалось внимание на сопутствующие заболевания, географию места рождения и проживания, условия жизни, профессиональную деятельность, специфичность диеты. Проведено обследование 94 пациентов, обратившихся в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль от термических раздражителей и дефект в пришеечной области зуба. Для изучения особенностей те-

чения заболеваний нами была сформирована основная группа из 47 больных. Из них 31 (66,0%) женщина и 16 (34,0%) мужчин в возрасте от 22 до 78 лет. Средний возраст пациентов составил $52,1 \pm 14,7$ года.

Контрольную группу составили 47 больных в возрасте от 22 до 73 лет. Среди них было 30 (63,8%) женщин и 17 (36,2%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 13,3$ года.

Обе группы пациентов однородны по возрасту (коэффициент вариации составляет 28,3% и 27,7% соответственно).

Обследование пациентов с КД зубов и симптомом ГЗ проводилось по схеме: сбор анамнеза, опрос, клинический осмотр с определением гигиенических индексов, дополнительные методы исследования (ЭОД, Schiff air index), оценка качества жизни. Исследование качества жизни проводилось с использованием опросника ОНП-14, состоящего из 14 вопросов и 7 основных шкал, оценивающих наиболее существенные стоматологические параметры изменения качества жизни: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД-Б), психологический дискомфорт (ПД), физические нарушения (ФН), психологические расстройства (ПР), социальные ограничения (СО), ущерб (У). В шкале «ограничение функции» (Q1, Q2) пациентом самостоятельно оценивается степень нарушения ряда функций организма.

У основной группы пациентов мы использовали препарат Нанофлюор - биоактивный фторирующий лак фирмы «Владмива». При лечении мы использовали следующую методику применения Нанофлюора: поверхность зуба предварительно очищали от мягкого зубного налета при помощи щетки и профессиональной пасты для полировки без содержания фтора, затем зуб высушивали струей воздуха. Далее наносили лак в 3 слоя с тщательным высушиванием каждого слоя. Повторное нанесение лака производили в следующее посещение через 1-2 дня. Комплекс традиционного лечения пациентов контрольной группы включал снятие симптома гиперестезии зуба с использованием препарата Глуфторед фирмы «Владмива». Поверхность зуба также предварительно очищали от мягкого зубного налета при помощи щетки и профессиональной пасты для полировки без содержания фтора, затем зуб высушивали струей воздуха. Далее наносили жидкость из набора Глуфторед с тщательным высушиванием каждого слоя. Через 1 минуту удаляли избыток жидкости и на обработанную по-

верхность наносили суспензию гидроокиси кальция.

Через 1 минуту промывали струей воды. Для закрепления достигнутого эффекта процедуру повторяли через 2 недели. Все пациенты получали консультацию ортодонта и пародонтолога, при необходимости лечение.

Качество жизни пациентов определяли до лечения и после проведенного лечения.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа 75200 медицинских карт стоматологических больных мы получили следующие данные: КД встречается у 5,65% обратившихся за стоматологической помощью, из них явления ГЗ отмечали у 63%. При этом прослеживается

зависимость распространенности заболевания от пола и возраста. ГЗ отмечается у пациентов как симптом КД, так и как отдельное заболевание. Он преобладает в группе лиц 50-59 лет, преимущественно у женщин (40,79%), у мужчин встречается в 22,79% случаев (табл. 1). Таким образом, проведенные нами исследования позволяют говорить об актуальности проблемы, поскольку данному заболеванию подвержены все возрастные группы людей, в том числе лица трудоспособного возраста (35,2 %). Диагноз КД зуба был выставлен у 4249 пациентов из общего числа, что составило 5,65%. Симптом ГЗ был отмечен у 47812 человек, что составило 63,57%.

Таблица 1

Зависимость распространенности клиновидного дефекта зуба и симптома гиперестезии зуба среди жителей г. Уфы от пола и возраста

Диагноз	20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		60 и более		Всего абс.
	Муж. абс.(%)	Жен. абс.(%)	Муж. абс.(%)	Жен. абс.(%)	Муж. абс.(%)	Жен. абс.(%)	Муж. абс.(%)	Жен. абс.(%)	Муж. абс.(%)	Жен. абс.(%)	
Клиновидный дефект зубов	120 (2,82)	353 (8,3)	143 (3,36)	376 (8,84)	226 (5,31)	331 (7,79)	226 (5,31)	504 (11,86)	541 (12,73)	1429 (33,63)	4249
Симптом гиперестезии зуба	1662 (3,47)	2406 (5,03)	3903 (8,16)	6001 (12,55)	3249 (6,79)	5723 (11,96)	4226 (8,83)	6106 (12,77)	4098 (8,57)	10438 (21,83)	47812

Примечание. $p < 0,05$.

Чаще КД встречается у женщин (74,7%) по сравнению с мужчинами (25,3%) (рис.1). Наиболее часто КД зубов встречался в возрастной группе старше 60 лет. Среди пациентов в возрастной группе старше 60 лет у жен-

щин в 67,43% случаев, по сравнению с мужчинами-32,57%.

Симптом гиперестезии зуба также чаще встречается у женщин (64,7%), чем у мужчин (35,3%).

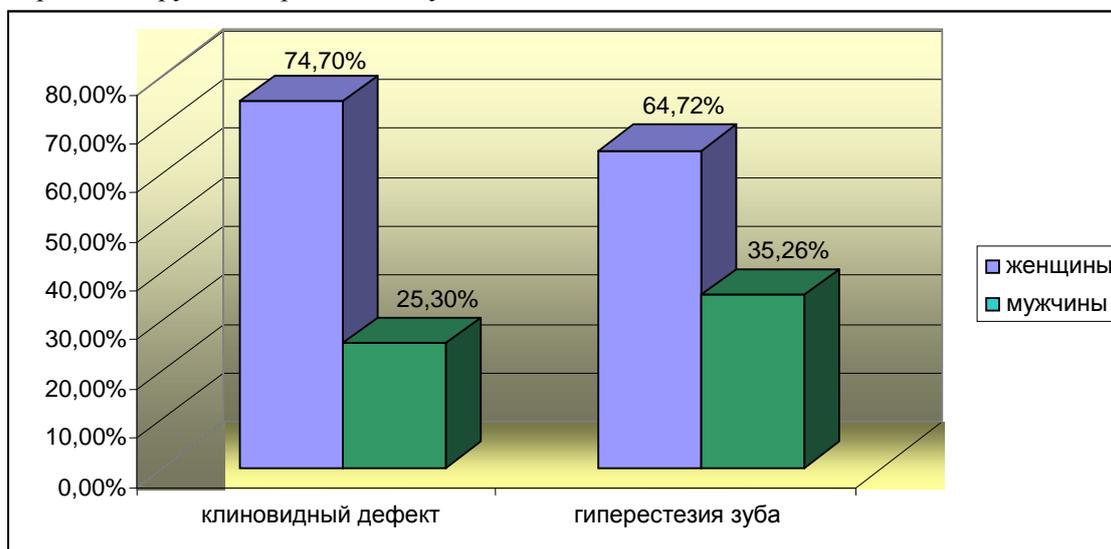


Рис.1. Влияние гендерности на развитие КД и ГЗ зубов

Результаты исследования показывают четкую взаимосвязь КД зубов с некоторыми сопутствующими заболеваниями. 47% пациентов, страдающих КД, имеют патологию пародонта, 21% – различные заболевания сердечно-сосудистой системы, 32% имеют патологию эндокринной и костной систем и желудочно-кишечного тракта (рис. 2).

В результате анализа анкетирования пациентов мы выяснили, что 25,3% респондентов пользовались отбеливающими зубными пастами, 3,71% связывали повышенную чувствительность с профессиональным отбеливанием, 19,1% имели множественный кариес зубов. Половина пациентов (46,51%) с ГЗ по-

лучали комплексное лечение у пародонтолога по поводу воспалительных заболеваний пародонта

различной степени тяжести и 5,38% получали ортодонтическое лечение (рис. 3).

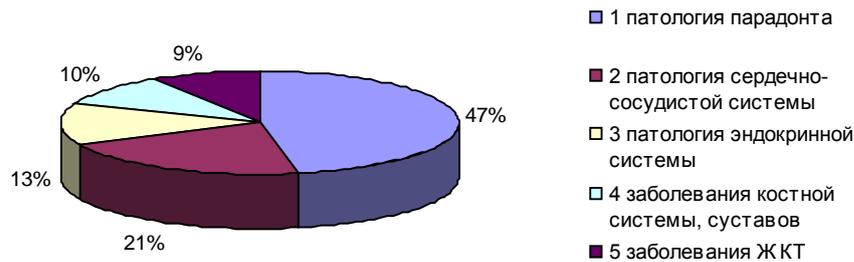


Рис.2. Структура сопутствующей патологии, встречающейся у пациентов с КД зубов

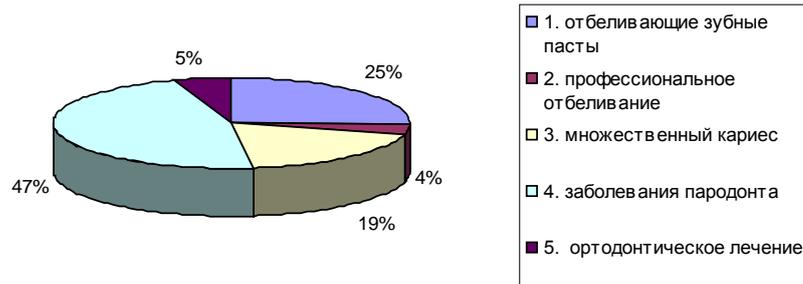


Рис.3. Влияние факторов риска на развитие ГЗ

При первичном опросе и осмотре все пациенты предъявляли жалобы на наличие симптома гиперестезии зуба и эстетическую неудовлетворенность. Проведенный анализ опросников и анкет выявил взаимозависимость между социологическими параметрами (пол, возраст, профессия) и качеством жизни пациентов. Как показывают результаты наших исследований, основная и контрольная группы по всем шкалам оценки качества жизни различаются незначительно. Общий индекс в контрольной и основной группах при среднем и глубоком КД имеет незначительное различие, тогда как при поверхностном КД индекс различаются на 10 баллов. Внутри са-

мых групп в зависимости от стадии заболевания различаются показатели по шкалам – лучшие показатели (2,500-6,167) по всем шкалам у пациентов в группе с поверхностным КД, наихудшие – при глубоком КД до 7,444 (чем больше показатели, тем хуже оценивается качество жизни) (табл.2). Вопросы 1-5 опросника ОНП-14 характеризуют проблемы, возникающие при приеме пищи, а вопросы 6-8 – проблемы, возникающие при общении. По результатам наших исследований наиболее высокие показатели у пациентов по шкале «ограничение функции», самые низкие цифры по шкале «ущерб».

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов в зависимости от стадии заболевания до лечения (баллы)

Шкалы	Поверхностный КД		Средний КД		Глубокий КД	
	основная	контрольная	основная	контрольная	основная	контрольная
ОНП-14-RU	28,667±6,89	18,667±2,42	34,087±8,42	32,870±8,43	35,389±7,84	34,500±8,78
ОФ	6,000±2,00	6,167±1,94	6,435±1,59	6,739±1,60	7,444±1,29	6,889±1,32
ФД	4,000±1,67	4,167±1,72	5,087±1,37	5,043±1,29	5,167±1,20	5,167±1,38
ПД	3,000±1,26	2,500±0,83	3,261±1,25	2,739±1,01	2,611±0,77	2,667±0,97
ФН	4,000±1,78	4,167±1,72	5,478±1,53	5,565±2,12	6,222±2,13	6,111±1,84
ПР	4,667±2,06	4,833±1,94	5,217±1,56	5,261±1,57	6,333±1,32	5,833±1,24
СН	4,167±1,60	3,000±0,89	4,957±2,47	3,913±2,31	4,500±1,94	4,056±2,28
У	2,833±1,32	2,833±0,98	3,652±1,79	3,609±1,64	3,111±1,87	3,778±1,92

После проведенного нами лечения практически по всем шкалам оценки в основной группе показало большее повышение качества жизни. При этом в основной группе при среднем КД наблюдаются наибольшее улучшение и наилучшие оценки качества жизни. Общий индекс значительно отличается в основной и контрольной группах при среднем КД, также при данной стадии заболевания значительно отличаются оценки качества жизни

по шкалам «ограничение функции», «физический дискомфорт» и «психологические расстройства». При этом хуже оценивается качество жизни пациентами контрольной группы, чем основной группы. При глубоком КД отличия между основной и контрольной группами достоверны по общему индексу качества жизни, а также по шкалам «ограничение функции» и «физические ограничения» (%) (табл. 3). Можно с достоверностью утвер-

ждать, что предлагаемая методика лечения в основной группе лучше отражается на качестве жизни пациентов. При более легкой степени заболевания также нет значительных отличий при разных методиках лечения. Ис-

пользуемые методы лечения в контрольной и основной группах дают ощутимо различные результаты при более тяжелых стадиях заболевания.

Таблица 3

Шкалы	Поверхностный КД		Средний КД		Глубокий КД	
	основная	контрольная	основная	контрольная	основная	контрольная
ОНП-14-RU	27,667±6,919	19,333±3,266	19,304±2,494	22,348±3,284	20,889±3,104	24,222±4,052
ОФ	2,833±0,753	3,500±1,049	3,130±0,548	4,565±1,080	3,611±0,608	4,611±0,850
ФД	2,833±0,753	3,000±0,894	3,087±0,793	3,565±0,843	3,444±0,922	3,889±1,079
ПД	2,333±0,816	2,000±0,000	2,174±0,388	2,130±0,344	2,167±0,383	2,222±0,428
ФН	2,833±1,169	2,833±1,329	2,913±0,900	3,174±1,154	3,278±1,074	4,056±1,305
ПР	3,000±0,894	3,167±0,753	2,957±0,475	3,522±0,898	3,389±0,608	3,778±0,808
СН	2,667±0,816	2,333±0,516	2,739±0,864	2,826±1,114	2,667±0,907	3,000±0,907
У	2,167±0,408	2,500±0,548	2,304±0,470	2,565±0,728	2,333±0,485	2,667±0,767

Выводы

Таким образом, на основании полученных результатов мы определили, что клиновидный дефект и сопутствующий ему симптом гиперестезии зуба встречаются в г. Уфе у 5,65% и 63% от общего числа стоматологических пациентов. На основании полученных результатов нами было определено, что КД и симптом ГЗ чаще встречаются у женщин (64,74%), чем у мужчин (35,26%). Выявлена четкая взаимосвязь КД зубов и симптома ГЗ с сопутствующей патологией: у 47% пациентов – патология пародонта, у 21% – заболевания сердечно-сосудистой системы и в меньшей степени патология эндокринной, костной систем и желудочно-кишечного тракта. Наличие симптома гиперестезии и нарушение эстетики лица в целом значительно влияют на комфорт

пациентов, что снижает качество их жизни.

Предлагаемая методика лечения уменьшает симптом гиперестезии зуба и улучшает показатели качества жизни. Данные табл. 3 свидетельствуют, что средние показатели оценки качества жизни после лечения выше в основной группе, чем в контрольной. Хотя оценки качества жизни пациентов обеих групп изменяются в лучшую сторону после лечения, но в основной группе оценка качества жизни практически по всем шкалам выше, чем в контрольной. Общий индекс качества жизни при КД в основной группе составил 20,889 балла, тогда как в контрольной группе – 24,222 балла. Следовательно, лечение симптома гиперестезии зуба с применением препарата Нанофлюор даст более качественный результат.

Сведения об авторах статьи:

Булгакова Альбина Ирековна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний, ГБОУ ВПО БГМУ Минздравоохранения России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 276-12-59. E-mail: Albina_Bulgakova@mail.ru

Исламова Динара Мадритовна – аспирант кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО БГМУ Минздравоохранения России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: stomatolog-dinara@list.ru

Валеев Ильдар Вакилевич – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО БГМУ Минздравоохранения России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 276-12-59;

Дюмеев Рустам Мухаметьянович – главный врач МБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 6». Адрес: г. Уфа, ул. Новомостовая, 9; Тел.: 272-13-66

ЛИТЕРАТУРА

- Боровский, Е.В. Реминерализация твердых тканей зуба/Е.В. Боровский, П.А. Леус // Стоматология. – 1977. – №2. – С. 77-84.
- Гилева, О.С. Повышенная чувствительность зубов: методические рекомендации. – Пермь, 2009. – 30 с.
- Окушко, В.Р. Клиновидные и другие гладкие дефекты тканей зуба /В.Р. Окушко // Новое в стоматологии. –2003. –№8 - С. 16-19.
- Рубежова, Н.В. Особенности клинического течения и лечения больных с эрозиями, клиновидными дефектами и повышенной стираемостью зубов: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
- Максимовская, Л.Н. Использование десенситайзера двойного действия для лечения повышенной чувствительности твердых тканей зуба // Маэстро стоматологии. – 2002. – №2(7). – С. 80-81.
- Посохова, В.Ф. "Нанофлюор" - биоактивный фторирующий лак нового тысячелетия / В.Ф. Посохова, В.П. Чув, Л.Л. Гапочкина и [др.]// Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 52.
- Семченко, И.М. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при клиновидных дефектах зубов / И.М. Семченко // Белорусский мед. журнал. – 2003. – №3. – С. 24-28.
- Федоров, Ю.А. Особенности диагностики и новые принципы лечения некариозных поражений зубов/Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, П.М. Чернобыльская и др. // Новое в стоматологии. – 1996. – №3. – С. 10-12.
- Kolker J.L., Vargas M.A., Armstrong S.R. Effect of dentin desensitizing agents on dentin permeability // J.Dental Res. 2002. – Vol. 81. – P.63.
- G.Vanherle, B. Van Meerbeek, M.Braem, P.Lambrechts. Clinical aspects of Dentin Bonding Materials of International Symposium EURODISNEY, Paris March, 24 - 25, 1993.