

Г.Ф. Сахапова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабиров
**ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

После проведения комплексного стоматологического обследования 62 пациентов с множественной миеломой выявлена зависимость распространенности и тяжести заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта от длительности основного заболевания. Исследование качества жизни, проведенное с помощью опросника OHIP-49-RU, позволило определить, что с увеличением длительности основного заболевания наибольшие изменения происходят по шкалам "ограничение функции", "физический дискомфорт и боль", "физические расстройства".

Ключевые слова: множественная миелома, стоматологический статус, качество жизни.

G.F. Sakhapova, L.P. Gerasimova, M.F. Kabirova
**DENTAL STATUS AND LIFE QUALITY EVALUATION IN PATIENTS WITH
MULTIPLE MYELOMA RELATED TO PRIMARY DISEASE DURATION**

Following an integrated dental examination of 62 patients with multiple myeloma, a correlation between prevalence and severity of disorders of hard dental tissues, paradontal tissues, oral mucosa and the primary disease duration was detected. A study on life quality using the OHIP-49-RU questionnaire enabled us to identify changes occurring in the "function limitation", "physical discomfort and pain", "physical disability" scales with primary disease prolongation.

Key words: multiple myeloma, dental status, quality of life.

Множественная миелома (ММ) – это злокачественное лимфопролиферативное заболевание, которое характеризуется инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, наличием моноклонального иммуноглобулина в сыворотке крови и моче, остеолитическими поражениями костей [1]. Множественная миелома занимает второе место по распространенности среди гематологических опухолей. В последние годы во всем мире отмечается рост числа больных этим тяжелым недугом [5]. Это может быть связано с неблагоприятной экологической обстановкой, воздействием ионизирующей радиации, производственной интоксикацией, а также развитием современной медицины, улучшением методов диагностики и лечения гемобластозов. Поскольку у 19-89% больных гемобластозами независимо от их формы наблюдаются поражения слизистой оболочки полости рта (СОПР), особую актуальность приобретают вопросы стоматологической помощи данной категории пациентов [2].

На сегодняшний день накоплены важные сведения о взаимосвязях полости рта со всеми системами организма. У пациентов с ММ эти изменения происходят в силу проявления их основного заболевания (повышенная резорбция костной ткани, нарушение кроветворения, почечная недостаточность, гиперкальциемия и др.) и проводимых цитостатической, гормональной терапий. Поэтому у этих пациентов можно выделить жалобы как общего характера, непосредственно связанные с влиянием основного заболевания (боли

в костях, слабость, повышенная утомляемость, головокружение), так и жалобы, отражающие стоматологические проблемы (сухость и неприятный запах изо рта, появление язвочек на слизистой щек, неба и в связи с этим, боль при приеме пищи, разговоре, затруднение ношения протеза и др.).

Несомненно, клинические проявления множественной миеломы, проводимое лечение и его побочные эффекты снижают качество жизни пациентов. В последние годы все больше исследователей обращают внимание на необходимость оценки качества жизни (КЖ). Это объясняется многими факторами: повышенным вниманием к отдаленным результатам лечения; растущим значением хронических заболеваний, при которых целью терапии часто является улучшение функции, а не выздоровление. Оценка КЖ, сделанная самим пациентом, дает субъективную оценку его общего состояния, психологического статуса, эффективности проводимого лечения, отношения пациента к своему заболеванию [4]. Учитывая специфику и тяжесть заболевания, проблемы изучения КЖ пациентов с ММ являются актуальными, поскольку дают нам полную субъективную информацию о них с возможностью планирования и коррекции лечебно-профилактических мероприятий и, следовательно, повышения их качества жизни.

Таким образом, целью нашего исследования явилась оценка стоматологического статуса и качества жизни пациентов с множе-

ственной миеломой в зависимости от длительности основного заболевания.

Материал и методы

Комплексное стоматологическое исследование проводилось в гематологическом отделении ГКБ №13 г. Уфы. Всего исследовано 62 пациента с ММ в возрасте 55-63 лет. Обследование проводилось в соответствии с медико-экономическими стандартами. Диагноз подтвержден результатами биохимического, иммунохимического, цитологического и рентгенологического исследований. Обследуемые пациенты соответствовали II и III стадиям по Durie/Salmon (1975) с характерной картиной периферической крови: анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения, нарушение свертывания крови, высокая скорость оседания эритроцитов (СОЭ), наличие М-компонента в крови и/или в моче. Обследуемые больные были разделены на 3 группы в зависимости от длительности заболевания: I группа (менее 1 года) – 24 человека, II группа (от 1 до 3 лет) – 26 человек, III группа (свыше 3 лет) – 12 человек, в том числе 42 женщины и 20 мужчин. Такое разделение на группы обусловлено тем, что тяжесть состояния полости рта во многом зависела от длительности основного заболевания, от частоты проводимой цитостатической терапии.

Обследование полости рта у пациентов с ММ проводили на основе рекомендаций ВОЗ (1991).

Для того чтобы выяснить, как проблемы полости рта отражаются на общем состоянии и качестве жизни пациентов, мы решили использовать стоматологический опросник ОНIP-49RU. Он был разработан Slade G.D. (1994). Его русскоязычная версия апробирована Гилевой О.С. (2009) [3].

Результаты и обсуждение

Клинические проявления в полости рта зависят от длительности основного заболевания. С его увеличением у пациентов чаще выявляются язвенно-некротические изменения СОПР, увеличивается количество геморрагических элементов и герпетических высыпаний в назолабиальной области (табл. 1).

Язвенно-некротические и геморрагические элементы чаще локализуются на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, что, скорее всего, связано с прикусыванием и частой травматизацией этой области краями коронок разрушенных зубов. У пациентов I группы частота встречаемости хронического генерализованного пародонтита (ХГП) средней и тяжелой степеней примерно одинакова. С увеличением длительности основного забо-

левания ХГП тяжелой степени встречается чаще (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность воспалительных заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов с множественной миеломой в зависимости от длительности основного заболевания, %

Признак	I группа (до 1 года)	II группа (от 1 года до 3 лет)	III группа (свыше 3 лет)
ХГП легкой степени тяжести	24,1	14,5	10,4
ХГП средней степени тяжести	39,6	38,2	27,3
ХГП тяжелой степени	36,3	45,3	38,5
Язвенно-некротические изменения	21,3	33,8	68,5
Мелкие кровоизлияния, гематомы	18,6	22,3	41,9
Герпетические высыпания	18,1	34,5	39,2

Распространенность кариозных поражений у пациентов с ММ составила 100%. Интенсивность кариозного процесса увеличилась в зависимости от длительности основного заболевания преимущественно за счет компонента «У», который увеличивается с $5,4 \pm 0,73$ (I группа) до $17,3 \pm 3,40$ (III группа) (табл. 2).

Таблица 2

Индекс интенсивности кариозного процесса КПУ по ВОЗ

Индекс	I группа (до 1 года)	II группа (от 1 года до 3 лет)	III группа (свыше 3 лет)
К (кариес)	$2,3 \pm 0,23$	$3,7 \pm 0,31^*$	$4,5 \pm 0,78^*$
П (пломба)	$6,1 \pm 1,4$	$4,7 \pm 0,35^*$	$5,05 \pm 1,4^*$
У (удаленный)	$5,4 \pm 0,73$	$11,8 \pm 2,3^*$	$17,3 \pm 3,40^*$
КПУ	$13,8 \pm 0,78$	$20,2 \pm 0,98^*$	$26,9 \pm 2,22^*$

* Отличия достоверны по показателям I группы, $p < 0,05$.

Нами выявлена взаимосвязь изменений показателей индекса ОНIP-49-RU и длительности заболевания ММ (табл. 3).

Таблица 3

Показатели стоматологического здоровья пациентов с множественной миеломой в зависимости от длительности основного заболевания в соответствии с опросником ОНIP-49RU

ОНIP-49RU	I группа (до 1 года)	II группа (от 1 года до 3 лет)	III группа (свыше 3 лет)	Гилева О.С.
Ограничение функции	$16,2 \pm 2,22$	$18,2 \pm 3,84^*$	$23,0 \pm 4,32^*$	
Физический дискомфорт+боль	$12,3 \pm 1,34$	$17,0 \pm 4,12^*$	$21,2 \pm 4,06^*$	
Психологический дискомфорт	$9,1 \pm 1,64$	$10,4 \pm 1,66^*$	$13,2 \pm 3,78^*$	
Физические расстройства	$10,8 \pm 2,78$	$11,3 \pm 2,18^*$	$19,6 \pm 3,24^*$	
Психологические расстройства	$15,8 \pm 1,98$	$9,8 \pm 1,38^*$	$11,5 \pm 1,98^*$	
Социальная дезадаптация	$10,4 \pm 1,04$	$14,2 \pm 1,06^*$	$11,7 \pm 0,98^*$	
Ущерб	$8,8 \pm 2,10$	$10,1 \pm 2,54^*$	$16,4 \pm 2,14^*$	
Итог	$83,4 \pm 2,42$	$91,0 \pm 2,16^*$	$116,6 \pm 3,48^*$	$24,1 \pm 3,3$

* Отличия достоверны к показателям I группы, $p < 0,05$.

По шкале «ограничение функции» оценивается степень нарушения функций организма, связанная с состоянием полости рта: прием пищи, произношение слов, восприятие вкуса, нарушение пищеварения и пр. В табл. 2

видно значительное увеличение данного показателя в III группе. Это обусловлено тем, что у пациентов, длительно страдающих таким заболеванием, увеличивается количество разрушенных и отсутствующих зубов, меньше возможностей для проведения эффективной санации, протезирования и т.д. Профиль шкалы «физический дискомфорт» позволяет пациенту интерпретировать ощущения болевого синдрома, связанные со стоматологической патологией. Болевой синдром чаще связан с язвенно-некротическими поражениями СОПР на фоне химиотерапии. У 5-10% пациентов в верхней и нижней челюстях встречаются боли, непосредственно связанные с миеломным поражением костей. У пациентов с ММ этот показатель увеличивается в зависимости от длительности основного заболевания. Шкала «психологический дискомфорт» показывает отклонения в психоэмоциональной сфере и ограничение привычного рациона из-за дискомфорта, связанного со стоматологической патологией. Данный показатель также повышается с увеличением длительности заболевания. Показатели шкалы «Физические расстройства» отражают такие проблемы, как нарушение дикции, вкусовосприятия, степень ограничения приема пищи, связанные со стоматологической патологией. Эти нарушения более выражены в III группе. Профиль шкалы «психологические расстройства» показывает, насколько проблемы полости рта отражаются на психике пациента: впадает ли он в депрессию, нарушается ли сон, внимание и др. Высокое значение этого профиля выявлено у пациентов I группы. Шкала «социальная дезадаптация» выявляет степень ограничений в повседневной жизни при общении с окружающими и то, как отражаются проблемы полости рта на профессиональной деятельности. По профилю «социальная дезадаптация» высокие значения выявлены во II группе. У всех пациентов с ММ выявлено увеличение

суммарного показателя ОНП-49-RU относительно практически здоровых лиц, что говорит о низком уровне КЖ. По данным Гилевой О.С. (2009), суммарный показатель ОНП-49-RU у практически здоровых лиц в возрасте 35-68 лет составляет $24,1 \pm 3,3$. Самый высокий показатель был у пациентов III группы, у которых изменения в полости рта более выражены.

Заключение

В зависимости от длительности заболевания у пациентов с множественной миеломой чаще выявляются хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени, язвенно-некротические, геморрагические изменения слизистой оболочки полости рта и герпетические высыпания в назолабиальной области. Для пациентов с множественной миеломой характерна сочетанность поражений. По данным ОНП-49RU (исследование КЖ) в I группе выраженные изменения выявлены по шкале «психологические расстройства». Во II группе – по шкале «социальная дезадаптация» и некоторое улучшение относительно I группы по шкалам «ограничение функции», «физические расстройства», «психологические расстройства». В III группе более выражены изменения по шкалам «ограничение функции», «физический дискомфорт+боль», «физические расстройства». Значения шкалы «ущерб» были одинаковы для I и III групп. Наиболее высокий суммарный показатель индекса ОНП-49RU был в III группе.

Для объективной оценки стоматологического статуса пациента с множественной миеломой целесообразно проводить оценку качества жизни с использованием стоматологического опросника ОНП-49RU для дальнейшей разработки адекватных лечебно-профилактических мероприятий, в том числе и в полости рта.

Сведения об авторах статьи:

Сахапова Гузель Фанзовна – аспирант кафедры терапевтической стоматологии, врач-стоматолог.

Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: sakhapova@list.ru

Герасимова Лариса Павловна – д.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа

Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Кабирова Милляуша Фаузиевна – доцент, к.м.н., ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа.

Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: kabirova_milya@list.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Н.Е., Балакирева Т.В. Парпротеинемические гемобластозы (иммуноглобулинсекретирующие лимфомы): руководство по гематологии / под ред. А.И. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2003. – Т.2. – С.151.
2. Гажва С.И., Постнова И.В. Гемобластозы в стоматологии. – Н. Новгород, 2005. – 56 с.
3. Гилева О.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU / О.С.Гилева, Е.В.Халилаева, Т.В.Либик [и др.] // Уральский медицинский журнал – 2009. – №8(62) – С.104-109.
4. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. Учебное пособие для вузов / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М., ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Гл. 7. – С.184-192.
5. Alexanian R., Dimopoulos M.A. Hester I., et al. Early myeloablative therapy for multiple myeloma // Blood. – 1994. – Vol. 84. – P. 4278 – 4282.