

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

**ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КАРИЕСА ЗУБОВ
И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ
ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Специальность: 3226.01 – Стоматология

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Сона Ибрагим кызы Самедова**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии

БАКУ – 2021

Диссертационная работа выполнена на кафедре ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Зохраб Ислам оглы Гараев

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Ризван Мохсюн оглы Мамедов

доктор медицинских наук, профессор
Афет Рашид кызы Агазаде

доктор философии по медицине
Таир Рауф оглы Везиров

Диссертационный совет ED 2.05 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского медицинского университета.

Председатель диссертационного совета:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Герай Чингиз оглы Герайбейли

Ученый секретарь диссертационного совета:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Ага Чингиз оглы Пашаев

Председатель научного семинара:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Рена Гурбан кызы Алиева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность и степень разработанности темы исследования. Понятие «качества жизни» включает комплексную оценку экономических, социальных, политических, идеологических и духовно-культурных факторов, характеризующих все стороны жизни и положения человека в обществе.

Опубликованы многочисленные работы, ученых и врачей по оценке качества жизни в различных разделах медицины. Этим методом широко пользуются для оценки состояния здоровья больных в кардиологии, онкологии, гематологии, ревматологии, нефрологии и т.д. Универсального определения качества жизни не существует. Тем не менее, Всемирной организацией здравоохранения была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих критерий качества жизни человека XX века (WHO, 1980). Этими критериями качества жизни являются: физические качества, психологические аспекты, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда, экология и духовность.

Работы, связанные с оценкой качества жизни и влияние на него органов полости рта были проведены в конце XX века. Так, Ishii T. et al. (1995)¹ проведены исследования, посвященные оценке влияния стоматологических проблем на ежедневную жизнь больных. Исследователи при этом поставили задачу разработать новый тип индикатора, анкетного опроса, который содержал бы субъективные факторы в стоматологическом здоровье. Slade G.D., Spencer A.J. (1994)² предложили использовать опросник ОНП (Oral Health Impact Profile – профиль влияния здоровья полости рта) профиль влияния здоровья полости рта непосредственно для определения степени влияния состояния органов ротовой полости на формирование качества жизни. Позднее авторы кроме стандартных параметров, для оценки качества жизни (КЖ)

¹ Ishii, T. Dental health indicator based on a questionnaire / T.Ishii, R.Kanno, Y.Takahashi [et al.] // Bull. Tokyo Dent Coll., – 1995. v.36, No 4, – p.183-191.

² Slade, G.D., Spencer, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile // Community Dent Health, - 1994. v.11 (1), - p. 3–11.

ввели дополнение: это последствия потери зубов, дискомфорт, связанный с визитом к стоматологу и финансовые сложности, возникающее в процессе лечения.

Вопросы влияния на КЖ состояния органов полости рта рассмотрены так же следующих работах^{3,4,5,6,7,8}.

Для оценки КЖ, связанного со здоровьем органов полости рта у пожилых пациентов применялся «гериатрический индекс оценки состояния здоровья органов полости»⁹.

Изучение литературы показывает, что данный вопрос изучался недостаточно. Так, В.К. Леонтьев и соавтор. (2001)¹⁰ отмечали, что отсутствуют методологическая и информационная база исследования взаимосвязи стоматологического статуса и качества жизни с позиций восприятия этой проблемы стоматологическими пациентами. Здоровые зубы, несомненно, являются залогом высокого качества жизни, так как снимают ограничения по отношению к такому важнейшему фактору комфортной жизни,

³ Locker, D. Research on oral health and the quality of life – a critical overview // *Community Dent Health*, – 2008. v.25, – p.130-131.

⁴ Brennan, D.S., Spencer, A.J., Roberts-Thomson, K.F. Tooth loss chewing ability and quality of life // *Qual. Life Res.*, – 2008. v.17, No 2, – p.227-235.

⁵ Sanders, A.E. A cross-national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology / A.E.Sanders, G.D.Slade, M.T.John [et al.] // *J Epidemiol Community Health*, – 2009. v.63, – p.569-574.

⁶ Gerritsen, A.E. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis / A.E.Gerritsen, P.F.Allen, D.J.Witter [et al.] // *Health Qual Life Outcomes*, – 2010. v.5, No 8, – p.126.

⁷ Montero, J. Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients / J.Montero, J.M.Yarte, M.Bravo [et al.] // *Med. Oral Patol. Cir Bucal.*, – 2011. v.16 (6), – p.e810-815

⁸ Oliveira, D.C. Impact of oral health status on the oral health-related quality of life of Brazilian male incarcerated adolescents / D.C. Oliveira, F.M.Ferreira, I.A. Morosini. [et al.] // *Oral Health Prev Dent.*, – 2015. v.13, – p.417-425.

⁹ Uludamar, A., Özyeşil, A.G., Ozkan, Y.K. Clinical and microbiological efficacy of three different treatment methods in the management of denture stomatitis // *Gerodontology*, – 2011. v.28(2), – p.104-110.

¹⁰ Леонтьев, В.К. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля / В.К.Леонтьев, Р.П.Макарова, Л.И.Кузнецова [и др.] // *Стоматология*, – 2001. №6, – с.63-64

как питание; они оказывают влияние на общее здоровье организма и пищеварительную систему в частности.

Изучение доступной нам литературы по вопросам взаимосвязи качества жизни и состояния полости рта показывает, что многие стороны его недостаточно освещены и, в частности, в нашей республике.

Объект и предмет исследования. Эпидемиологические исследования проведены среди жителей г. Баку в количестве 400 человек, разделенных на две группы: 200 человек с кариесом зубов и 200 заболевания пародонта. Клинические исследования проводились по общепринятой методике и полученные данные регистрировались в истории болезни стоматологического больного. Лечение кариеса и его осложнений (пульпит и периодонтит) проведено 30 больным, а также 26 больным с пародонтитом традиционными методами.

Цель исследования:

Изучение взаимосвязи кариеса зубов и заболеваний пародонта с качеством жизни городского населения и влияние лечебных мероприятий на качество жизни.

Задачи исследования:

1. Определить уровень показателя качества жизни у обследованных с кариесом зубов.

2. Изучить уровень показателя качества жизни у лиц с заболеваниями пародонта.

3. Провести анализ состояния больных с кариесом зубов и заболеваниями пародонта на основе самооценки и выраженности патологического процесса в пародонте и твердых тканях зуба.

4. Провести сравнительный анализ показателей качества жизни у обследованных с кариесом зубов и заболеваниями пародонта

5. Изучить эффективность влияния проведенного лечения на качество жизни больных с кариесом зубов и заболеваниями пародонта.

Методы исследования. Используются следующие индексы: РМА, РІ, ИГ по Рамфьерду, индекс зубного налета Silness-Loe, СРІ.

Показатели качества жизни изучены по Ноттингемской системе (Nottingham Health Profile). Для субъективной оценки состояния ротовой полости, по заболеваниям пародонта и кариесу использованы опросники. Психологическое тестирование проводили с помощью шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности по Спиллбергер-Ханину (1995).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средних величин и их ошибок. Достоверность различий определяли параметрическими и непараметрическими методами: t-критерий (Стьюдента), χ^2 , U-критерий (Вилкоксона-Манна-Уитни). Статистическую обработку данных проводили с использованием специальных программ – Microsoft Office Excel 2003 и Statistica 2005.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Показатели качества жизни, характеристика обследованных с кариесом зубов.
- Показатели качества жизни, характеристика обследованных с заболеваниями пародонта.
- Сравнительная оценка показателей качества жизни у обследованных с кариесом зубов и заболеваниями пародонта.
- Результаты исследований по лечению заболеваний пародонта и кариеса, показатели качества жизни.

Научная новизна исследования. Установлены факты влияния патологии полости рта на качество жизни и психологическое состояние обследованных больных. Выявлена корреляционная связь качества жизни и психологического статуса со степенью тяжести патологического процесса в пародонте и твердых тканях зуба.

Выявлена корреляция между субъективной и врачебной оценкой состояния органов полости рта и показателями качества жизни. Дан сравнительный анализ качества жизни больных с кариесом и заболеваниями пародонта.

Практическая значимость исследования. Установлена корреляция между субъективными признаками состояния больных (психологический статус, самооценка признаков болезни,

показатель качества жизни). Эти данные могут указать на конкретные причины ухудшения состояния больных.

Лечение кариеса зубов и заболеваний пародонта способствует улучшению показателей качества жизни больных. Степень влияния проведенных лечебно-профилактических мероприятий на показатели качества жизни может быть использовано в практической стоматологии в качестве оценки эффективности проведенной работы.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационной работы были доложены и обсуждены на Международной научной конференции, посвященной 80-летию юбилею АМУ (Баку, 2010); на XV международной научной конференции “Здоровье семьи XXI век” (Пермь, 2011); на научно-практической конференции посвященной юбилею Т.Алиева (Баку, 2011); FDI Istanbul Annual World Dental Congress (Стамбул, 2013), Науково-практична конференція з міжнародною участю та навчальним тренінгом з оволодінням практичними навичками “Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань” (Одесса, 2021)

Материалы диссертации обсуждены на заседании кафедры ортопедической стоматологии Азербайджанского медицинского университета (12.02.2019, протокол № 19), на научном семинаре Диссертационного Совета ED 2.05 при АМУ (16.06.2021, протокол № 9).

Место выполнения работы. Стоматологическая клиника АМУ, стоматологическая клиника “Implant Art” при компании “Rüstəm-N” MMC

Внедрение результатов исследования в практику.

Результаты настоящего исследования используются в учебном процессе Азербайджанского медицинского университета, стоматологической клиники АМУ, а также в практической работе стоматологических клиник и кабинетов г. Баку.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 7 научных статей и 5 тезисов, в том числе 2 научные статьи и 3 тезиса за рубежом.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на

142 страницах компьютерного текста (166400 символов), состоит из введения (5 стр., 8050 символов), обзора литературы (29 стр., 48300 символов), описания материала и методов исследования (7 стр., 10750 символов), четырех глав собственных исследований : глава показателей качества жизни и характеристик обследованных с кариесом зубов (15 стр., 20050 символов), глава показателей качества жизни и характеристик обследованных с заболеваниями пародонта (15 стр., 21300 символов), глава сравнительных оценок показателей качества жизни у обследованных с кариесом зубов и заболеваниями пародонта (18 стр., 22250 символов), глава результатов исследований по лечению заболеваний пародонта и кариеса и показатели качества жизни (14 стр., 14350 символов), заключения (11 стр., 18500 символов), выводов (2 стр., 1900 символов), практических рекомендаций (1 стр., 950 символов), списка использованной литературы (21 стр.). Библиографический список содержит 205 литературных источников. Диссертация иллюстрирована 24 таблицами и 4 графиками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стоматологические исследования проведены среди жителей г. Баку в количестве 400 человек, разделенных на две группы: 200 человек с кариесом зубов и 200 заболевания пародонта. В каждой нозологической группе больные в свою очередь были разделены на 3 группы, в зависимости от степени тяжести заболевания. При кариесе зубов разделение на группы проведено по уровню интенсивности поражения, т.е. по показателю КПУ: легкая степень (низкая интенсивность) – КПУ 1-4 зубов, средняя – КПУ – 5-10 зубов, тяжелая (высокая интенсивность) – КПУ – 11 и более зубов. С легкой степенью кариеса (I группа) были 45 человек, со средней степенью (II группа) - 100 и с тяжелой степенью (III группа) – 55 человек.

Лица с заболеваниями пародонта были разделены на легкую, среднюю и тяжелую группы. В первую группу были включены 95 пациентов, с катаральным гингивитом и пародонтитом легкой

степени тяжести, во вторую группу вошли 68 больных с пародонитом средней степени тяжести и в третью группу – 37 больных с пародонитом тяжелой степени тяжести.

Клинические исследования проводились по общепринятой методике и полученные данные регистрировались в специальной стоматологической карте – истории болезни стоматологического больного. Лечение кариеса и его осложнений (пульпит и периодонтит) проведено 30 больным традиционными методами.

У наблюдаемых 26 больных с пародонитом после устранения местных раздражающих факторов (зубной налет, камень и т.д.) и при необходимости кюретажа пародонтальных карманов, проводили противовоспалительную терапию с использованием традиционной пародонтальной пасты.

При выборе наблюдаемых больных особое внимание уделялось отсутствию сопутствующих соматических заболеваний, оказывающих влияние на показатели иммунитета и пораженность стоматологическими заболеваниями.

Эпидемиология стоматологических исследований изучена на основополагающих принципах, разработанных ВОЗ. Изучение полости рта предусматривало получение данных по стоматологическому статусу, изложенному в соответствующих руководствах по изучению стоматологических заболеваний.

При стоматологических обследованиях пользовались «Картой осмотра полости рта». По общепринятой методике стоматологического обследования кариесу зубов были отнесены случаи, в которых определялись полости в зубах или имел место симптом «застревания зонда» и отмечалась характерная пигментация твердых тканей. Все желобки, фиссуры, ямки с пигментацией, в которых задерживался зонд, фиксировались как кариозное поражение, некариозные поражения с измененным цветом с гладкими поверхностями не фиксировали как кариес. Однако, в случаях, когда такие зубы осложнялись кариозным процессом то, их мы отмечали как кариозные зубы.

В карту осмотра отдельно заносили следующие данные: кариес, подлежащие лечению осложнения кариеса, подлежащие

удалению, пломбированные и удаленные кариозные зубы. В отношении определения точной причины отсутствия зубов, которые были удалены в основном по поводу кариеса или заболевания пародонта, использовались данные анамнеза.

Наряду с кариозными поражениями зубов при стоматологических обследованиях фиксировались заболевания пародонта по трем нозологическим формам: гингивит, пародонтит и пародонтоз. Наличие пародонтита или пародонтоза констатировалось на основании клинических симптомов: степень подвижности зубов, воспалительное состояние десны, наличие пародонтальных карманов различной глубины, обнажение корня зуба на различном уровне, характерная атрофия альвеолярного отростка. При отсутствии указанных симптомов изменения десны расценивали как гингивит. В случаях пародонтита и пародонтоза дополнительно устанавливали их степень поражения по общепринятым в современной стоматологии критериям: глубина пародонтального кармана, подвижность зубов, атрофия межзубной перегородки.

При клиническом обследовании изучали жалобы больных, данные анамнеза заболевания и жизни, наследственные и профессиональные факторы, сопутствующие заболевания. При осмотре полости рта отмечали прикус, прикрепление уздечек губ, количество зубов, их расположение в зубном ряду, наличие кариозных поражений, зубных отложений, подвижность, стираемость зубов, оголение их шеек, кровоточивость, десневые карманы.

Использовали следующие гигиенические и пародонтические индексы: РМА, РІ, ІГ по Рамфьерду, индекс зубного налета Silness-Leo, СРІ.

Показатели качества жизни у обследованных изучены по Ноттингемской системе (1984). Для субъективной оценки состояния ротовой полости использовали специальный опросник¹¹. Опросник по заболеваниям пародонта включал следующие 7

¹¹ Плужникова, М.М. Качество жизни у больных со стоматологической патологией // Пародонтология, – 2001. № 1-2, - с. 62-63.

пунктов: кровоточивость десен, запах изо рта, подвижность зубов, боль в деснах, чувствительность зубов, изменения со стороны формы зуба и наличие зубного налета. В свою очередь по кариесу зубов нами был разработан опросник, включающий 5 пунктов: боль (температурная, химическая, тактильная, самопроизвольная), запах изо рта, изменение цвета, наличие налета, нарушения целостности зуба. В обоих случаях подсчитывали общий балл на основе всех показателей, определяемых пациентом.

Психологическое тестирование проводили с помощью шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности по Спиллбергер-Ханину (1995). Методика содержит 40 вопросов. Как известно, тревожность – склонность человека к переживанию эмоционального состояния, проявляющегося в ожидании неблагоприятных событий. Личностная тревожность – это базовая черта личности, которая формируется и закрепляется в раннем детстве и проявляется в типичной, ситуационной устойчивой реакции человека, выраженной в состоянии повышенного беспокойства на угрожающую его личности или ситуацию, кажущуюся таковой. Ситуативная (реактивная) тревожность – это внешне похожее поведение человека, которое не связано с наличием у него личностной тревожности – она проявляется у людей в определенных ситуациях. При определенном неблагоприятном стечении обстоятельств реактивная тревожность может перерасти в личностную, т.е. тревожность может стать стабильным свойством личности. Именно поэтому исследование этих разновидностей тревожности представляет собой очень важную в жизненном плане задачу для конкретных, в данном случае, целей. Результаты обследования выражали в баллах.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средних величин и их ошибок. Достоверность различий определяли параметрическими и непараметрическими методами: t-критерий (Стьюдента), χ^2 , U-критерий (Вилкоксона-Манна-Уитни).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показатели качества жизни у больных с кариесом зубов.

Проанализированы параметры КЖ у 200 человек с кариесом зубов. Предварительно в зависимости от тяжести заболевания обследованные пациенты были сгруппированы в 3 группы в зависимости от значения КПУ: I группа с легкой степенью, II группа со средней степенью и III группа с тяжелой степенью кариеса. В среднем на 1 обследованного индекс КПУ в I группе составил $3,22 \pm 0,29$, во II группе - $6,53 \pm 0,37$, что было достоверно выше показателя в I группе 2,0 раз ($p < 0,001$), в III группе его значение составило в среднем $13,4 \pm 0,39$, что было достоверно выше аналогичной величины у больных I и II группы соответственно в 4,2 раз ($p < 0,001$) и в 2,1 раз ($p < 0,001$).

При этом в структуре индекса КПУ в I группе на компонент «К» (кариес) приходилось 0,84 зуба, на компонент «Р» (осложнения кариеса, подлежащие лечению) - 0,47, на компонент «У» (удаленные зубы) - 1,36, на компонент «R» (осложнения кариеса, подлежащие удалению) - 0,35 и на компонент «П» (пломбированные зубы) - 0,20 зуба. Как видно, компонент «У» незначительно превышал компоненты «К» и «Р» вместе взятые. Во II группе в структуре индекса КПУ на компонент «К» приходилось 0,91, на компонент «Р» - 0,42, на компонент «У» - 3,98, на компонент «R» - 0,88 и на компонент «П» - 0,34 зуба. В этой группе количество удаленных зубов превышало первые два компонента вместе взятых в 3,0 раз. В структуре индекса КПУ в III группе доля компонента «К» составила 0,67, компонента «Р» - 0,20, компонента «У» - 11,3, компонента «R» - 0,94 и доля компонента «П» - 0,32 зуба. Количество удаленных зубов было достоверно выше количества компонентов «К» и «Р» вместе взятых в 13,0 раз.

Таким образом, у обследованных со средней и тяжелой степенями заболевания было констатировано высокий уровень интенсивности кариеса. Помимо этого, соотношение структуры КПУ выражало низкий уровень стоматологического здоровья у лиц со средней и тяжелой степенью кариеса.

В I группе влияние заболевания на энергичность отмечена у

5 (11,1%), во II группе – у 23 (23,0%) и в III группе – у 36 (65,6%) обследованных. Средние значения параметра КЖ - энергичности в I группе составили $0,16 \pm 0,07$, во II группе – $0,26 \pm 0,05$ и в III группе – $0,69 \pm 0,073$ балла, что достоверно превышало средние величины первых двух групп ($p < 0,001$).

Болевые ощущения, оцениваемые 8 баллами, отмечали 2 (3,6%) обследованных III группы. Уровень болевых ощущений, оцененный в 1 балл, в I и II группе обследования практически не отличался - 22,2 и 23,0% случаев соответственно. У лиц III группы отмечалось его достоверное повышение в сравнении с I группой. Средний балл наличия болевых ощущений у обследованных III группы достоверно превышал аналогичный показатель в I и во II группах, соответственно в 2,6 ($p < 0,001$) и в 3,0 раз ($p < 0,001$).

Число обследованных по шкале эмоциональные реакции с оценкой 2 балла и более в III группе в сравнении с I и II группами встречалось соответственно на 46,5% и 45,9% чаще ($p < 0,001$). Эмоциональные реакции, оцененные как 1 балл, также чаще отмечены обследованными III группы. Число лиц с этим показателем в III группе достоверно превысило таковых в I группе на 20,2% ($p < 0,05$) и во II группе – на 19,1% ($p < 0,05$). Показатель среднего балла увеличивался соответственно степени тяжести кариеса. Так, у лиц I группы средний балл, как видно из данных табл. 3.1, составил $0,37 \pm 0,086$, во II группе он уже равнялся $0,42 \pm 0,067$, а в III группе составил $1,60 \pm 0,096$, что было достоверно выше показателей I и II группы в 4,3 и 3,8 раз ($p < 0,001$) соответственно. В процессе исследования установлено, что средний балл по шкале «сон» у лиц I группы составил $0,57 \pm 0,137$, у лиц II группы отмечается его незначительное снижение - $0,52 \pm 0,098$, и в III группе средний балл был выше, чем у обследованных с легкой и средней степенью кариеса, т.е. I и II группы, причем разница почти не отличалась. Средний балл по этому показателю КЖ у больных с тяжелой формой был достоверно выше показателя I и II группы соответственно в 1,8 и 2,0 раз ($p < 0,001$). По шкале «социальная изоляция» исследования показали, что чем тяжелее степень кариеса, тем выше баллы. По данной шкале 3

балла и выше отмечено в 8,9 и 9,0% случаев соответственно у лиц с легкой (I группа) и средней степенью (II группа) кариеса. При этом у лиц с тяжелой степенью социальная изоляция, оцениваемая в 3 и выше, отмечена в 20,0% случаев. Показатель «социальная изоляция» оцениваемая в 1-2 балла наблюдалась у 11,1% лиц с легкой степенью кариеса, у 12,0% - со средней степенью и у 30,9% лиц с тяжелой степенью заболевания. Определение среднего балла позволило выявить, что его величина у лиц с тяжелой степенью превышала таковую у лиц легкой и средней степенью кариеса в 2,2 раз ($p < 0,05$), соответственно. Оценивая полученные данные по шкале «физическая активность» выявлено, что в I группе 3 (6,67%) обследованных оценили влияние заболевания на свою физическую активность в 8 баллов и 3 (6,67%) – в 1 балл. Во II группе 5 (5,0%) обследованных оценили это влияние на свою физическую активность в 8, а 7 (7,0%) – в 1 балл. В III группе число лиц с 8 баллами составило 14,5% (8 человек), с 1 баллом – 25,4% (14 человек). Средний балл по этому показателю КЖ имел максимальное значение в III группе обследованных, причем он был достоверно выше показателя в I и II группе соответственно в 2,6 ($p < 0,01$) и 2,2 раз ($p < 0,05$). Оценка шкалы общего состояния здоровья показала, что 3 балла и выше получено у 15,8% лиц I группы, у 25,0% - II группы, тогда как в III группе такие баллы были у 62,2% обследованных. Число случаев состояния здоровья, оцененное в 1-2 балла, также увеличивалось от легкой степени к тяжелой – от 11,6% случаев в I группе к 17,6% во II группе и до 32,4% случаев в III группе. Полученный средний балл, также как и в предыдущих параметрах КЖ, был достоверно высоким у лиц с тяжелой степенью, что в среднем было в 3,2 раз ($p < 0,01$) больше, чем у лиц I группы и в 2,1 раз больше ($p < 0,05$), чем у обследованных II группы. Подводя итог полученным результатам анкетирования, была дана общая оценка, которая показала, что у лиц I группы, т.е. с легкой степенью кариеса, наилучшее КЖ, в сравнении с лицами средней и особенно тяжелой степенями. Об этом свидетельствовал показатель «0» в графе выше 30 баллов и 20-30 баллов. Во II группе в 7,35% случаев отмеча-

лась оценка выше 30 баллов, а в III группе – в 48,7% случаев. Общая оценка показателя 20-30 баллов во II группе отмечалась у 13,2%, в III группе – у 18,9% обследованных. Величина среднего балла также показала лучшее КЖ у лиц с легкой степенью кариеса, у которых этот показатель был минимальным – $4,4 \pm 0,69$. По мере утяжеления заболевания средний балл увеличивался и у лиц со средней степенью кариеса его средний уровень достиг $7,4 \pm 1,25$, и максимальное значение его наблюдалось у больных с тяжелой степенью кариеса – $23,2 \pm 1,79$, что было статистически достоверно с показателем первых двух групп ($p < 0,01$).

Изучение КЖ у лиц с различными формами кариеса позволило отметить ухудшение КЖ на фоне утяжеления кариозного процесса. Особенно это отражалось на таких показателях КЖ как энергичность, болевые ощущения, физическая активность, состояние здоровья.

Показатели самооценки у обследованных с кариесом зубов и его осложнениями. Обследованные оценивали свое здоровье на основе 5-ти критериев: боль, запах изо рта, изменение цвета, наличие налета, нарушение целостности зуба. Наличие болей в I и II группе существенно не отличалось и составило соответственно $42,2 \pm 7,36\%$ и $47,0 \pm 4,99\%$ случаев, в III группе, число лиц возрастало и разница с I и II группами составила в среднем 1,6 раз ($p < 0,05$). Средний балл увеличивался с $0,76 \pm 0,065$ при легкой степени до $1,21 \pm 0,052$ при средней степени, но максимальная его величина отмечалась у пациентов с тяжелой степенью – $1,62 \pm 0,33$.

На запах изо рта в I группе указали $26,6 \pm 6,59\%$, во II группе – $28,0 \pm 4,49\%$ и в III группе – $32,7 \pm 6,33\%$ лиц. Средний балл у лиц со средней степенью кариеса был выше этого показателя у лиц с легкой степенью кариеса в среднем в 1,1 раз, а разница величины среднего балла III группы и I и II группы составила в среднем 1,4 и 1,2 раз соответственно.

В среднем 26,6% лиц с легкой степенью кариеса оценили негативное влияние изменения цвета зубов на состояние стоматологического здоровья. Соответственно 28,0 и 32,7% лиц со средней и тяжелой степенями кариеса также негативно оценили

изменение цвета зубов. Максимальная величина среднего балла по этому показателю отмечалась у лиц с тяжелой степенью кариеса, которая была выше, чем у лиц с легкой и средней степенями соответственно в 1,4 и 1,2 раза.

Средний балл самооценки по шкале «налет на зубах» у лиц с тяжелой степенью превышал показатель лиц I группы в среднем в 1,2 и II группы - в 1,1 раз.

При самооценке показателя «нарушение целостности зуба» обследованные I группы обследования отметили его отрицательное влияние на свое состояние в среднем в $15,6 \pm 5,40\%$ случаев, почти такое же число отмечалось в III группе – $14,5 \pm 4,75\%$, а лица II группы указали на него в $12,0 \pm 3,25\%$ случаев.

Общий показатель параметров самооценки, равный более 3-х баллов, повышался согласно выраженности заболевания, т.е. минимальное число лиц отмечалось в I группе ($6,7 \pm 3,72\%$) и максимальное ($47,3 \pm 6,73\%$) – в III группе обследования.

Определяя средний балльный показатель по 5 критериям самооценки выявлено, что у лиц со средней и тяжелой степенью кариеса он превышал эту величину у лиц с легкой степенью соответственно в 1,1 и 1,2 раз. При этом, давая самооценку состояния кариеса, обследованные принимали во внимание, в основном, наличие боли, налета, запаха.

Уровень тревожности у обследованных с кариесом зубов и его осложнениями Низкий уровень личностной тревожности (до 30 баллов) чаще встречался во II ($23,9 \pm 5,21\%$) и I ($21,0 \pm 6,61\%$) группе. Среди лиц III группы низкий уровень личностной тревожности отмечался у $16,7 \pm 5,75\%$. Высокий уровень личностной тревожности (45 баллов и выше) был характерен для обследованных с тяжелой формой кариеса. При сравнении средней величины данного уровня у лиц III группы с таковым I и II групп выявлено, что у обследованных с тяжелой степенью кариеса он был выше показателя I группы в среднем в 2,5 раз и II группы – в 2,0 раз.

Анализ частоты личностной тревожности показал, что среди лиц с легкой степенью кариеса чаще встречались лица с нормальным или умеренным показателем уровня тревожности – в сред-

нем по данной группе $55,3 \pm 8,07\%$, среди обследованных со средней степенью заболевания также доминировали лица с нормальным уровнем тревожности - $46,3 \pm 6,09\%$, среди лиц с тяжелой степенью кариеса и его осложнений более половины обследованных имели повышенный уровень тревожности – $59,5 \pm 7,57\%$. Сниженную реактивную тревожность имели $23,7 \pm 6,90\%$ лиц I группы, $17,9 \pm 4,68\%$ лиц II группы и $7,1 \pm 3,97\%$ лиц III группы. Нормальный уровень реактивной тревожности отмечался у более чем половины обследованных I группы – $57,9 \pm 8,01\%$. Достаточно высокий процент больных с данным уровнем реактивной тревожности встречался среди лиц II группы – $43,3 \pm 6,05\%$, в то время как в III группе обследования процентное число лиц с нормальной реактивной тревожностью было меньше, чем в I группе – в 2,7 раз и меньше, чем во II группе в 2,0 раз.

Тяжелая степень заболевания приводит к более значительному нарастанию и выраженности тревожности, как личностной, так и реактивной. Обследованные с повышенным уровнем тревожности (45 баллов и более) оказались неудовлетворенными своим стоматологическим здоровьем. Сравнительная оценка среднего показателя уровня реактивной тревожности по обследуемым группам показала, что у лиц с тяжелой степенью кариеса этот показатель в среднем был достоверно выше такового в I группе в 1,4 раз ($p < 0,05$) и II группы – в 1,2 раз ($p < 0,05$).

Сравнительная оценка параметров КЖ, субъективного и гигиенического состояния полости рта у обследованных с кариесом зубов. Общий показатель КЖ (ПКЖ) у всех обследованных с кариесом составил $6,19 \pm 0,565$ баллов. При этом самый низкий ПКЖ отмечался у лиц с легкой степенью кариеса ($4,29 \pm 0,739$ баллов). Величина среднего ПКЖ у лиц III группы достоверно превышала ПКЖ лиц I и II группы в 2,4 и 2,1 раз ($p < 0,001$) соответственно. ПКЖ, равный более 30 баллам, в целом у всех обследованных составил $3,5 \pm 1,30\%$. Анализ данного ПКЖ по группам показал, что лица с легкой степенью кариеса не имели такого ПКЖ, среди обследованных со средней степенью он встречался в среднем у $3,0 \pm 1,71\%$, а среди лиц с тяжелой степенью – у $7,3 \pm 3,51\%$.

При оценке полученных данных был установлен средний показатель субъективного состояния обследованных по кариесу равный $3,28 \pm 0,052$ балла. Обследованные с легкой степенью кариеса оценили собственное состояние в $2,91 \pm 0,114$ балла, несколько ниже, в среднем на $0,42$ балла оценили свое состояние лица со средней степенью кариеса и субъективная оценка лиц с тяжелой степенью кариеса составила $3,49 \pm 0,082$ балла, что было достоверно выше показателей в I группе – $1,2$ ($p < 0,05$), т.е. лица с тяжелой степенью кариеса оценили свое состояние ниже, чем обследованные первых двух групп. Среди всех обследованных свое состояние оценили выше 3-х баллов в среднем $23,0\%$ человек. В I группе с такими баллами самооценки были $6,7 \pm 3,72\%$ лиц, во II группе – $17,0 \pm 3,76\%$ и в III группе – $47,3 \pm 6,73\%$. Число лиц с тяжелой степенью кариеса, оценивающих свое состояние ниже, чем лица с легкой и средней степенью кариеса, было соответственно в $7,0$ и $2,8$ раз ($p < 0,001-0,01$) больше.

В целом средний ГИ составил $1,92 \pm 0,054$, при этом у лиц с легкой степенью кариеса он был $1,65 \pm 0,041$, у лиц со средней степенью кариеса – $1,97 \pm 0,019$, что было выше предыдущего в $1,2$ раз и у лиц с тяжелой формой кариеса ГИ был $2,06 \pm 0,033$, что достоверно превышало значения первых двух групп в $1,2$ и $1,0$ раз соответственно. Значение индекса гигиены полости рта выше 2 , в среднем среди всех обследованных больных с кариесом определялось в $13,0 \pm 2,38\%$ случаев. Чаще ГИ более 2 определялся в группе лиц с тяжелой степенью кариеса – $21,8 \pm 5,57\%$, что достоверно превышал данный показатель в I группе – $3,2$ раз ($p < 0,001$) и во II группе – в $2,0$ раз ($p < 0,05$).

Показатели качества жизни у обследованных с заболеваниями пародонта. Параметры КЖ были рассмотрены у 3-х групп обследованных с заболеваниями пародонта: легкой (I группа), средней (II группа) и тяжелой степени тяжести (III группа).

Результаты исследования показали, что лица с легкой степенью заболевания были физически более активны, чем лица со средней и тяжелой степенью пораженности. Так, лица с 1 баллом физической активности в I группе составили $2,1\%$, во II группе –

2,9% и в III группе – 29,7%. Число обследованных с данным показателем в III группе было достоверно выше, чем в I и II группе в 14,1 и 10,2 раз ($p < 0,001$) соответственно. Средний балл по шкале физическая активность был высоким при тяжелой степени заболевания и достоверно превышал величины среднего балла у лиц с легкой степенью в 2,4 раз ($p < 0,05$) и средней степенью тяжести - в 2,0 раз (0,05). Оцениваемое по шкале состояние здоровья в 3 балла и выше отмечалось в 15,8% случаев в I группе, в 25,0% случаев во II группе и в 62,2% случаев в III группе. В группе с тяжелой степенью заболевания число случаев было больше чем в I группе в 3,9 раз ($p < 0,01$) и больше чем во II группе в 2,5 раз ($p < 0,05$). Состояние здоровья, оцениваемое в 1-2 балла, также чаще встречалось среди лиц III группы и превышало аналогичные результаты в I группе в 2,8 раз ($p < 0,01$) и в 1,8 раз - во II группе. Полученный средний балл по данной шкале у лиц III группы был выше, чем в I группе в 3,2 раз ($p < 0,01$) и в 2,1 раза ($p < 0,05$) выше, чем во II группе.

Общая оценка более 30 баллов по определяемым критериям, указывающая на низкое КЖ, у лиц I группы не выявлена, у лиц II группы отмечалась в 7,35% случаев и в III группе – в 48,7%. Общая оценка 20-30 баллов у лиц с легкой степенью тяжести также не выявлена, а у обследованных со средней степенью заболевания она встречалась в 13,2% случаев, и с тяжелой степенью – в 18,9% случаев. У лиц I группы средний балл составил $4,4 \pm 0,69$ баллов, II группы – $7,4 \pm 1,25$ баллов и в III группе – $23,2 \pm 1,791$ баллов, что было выше в 5,3 раза ($p < 0,01$) чем в I группе и в 3,1 раз ($p < 0,01$), чем во II группе.

Изучение КЖ по 7 критериям позволило установить, что с утяжелением степени заболеваний пародонта КЖ ухудшается. Особенно это отражалось на таких показателях КЖ как болевые ощущения, физическая активность, состояние здоровья и сон.

Показатели самооценки у обследованных с заболеваниями пародонта. Самооценка обследованными своего здоровья проводилась по 7 шкалам кровоточивость, запах изо рта, подвижность зубов, боль в деснах, гиперестезия, изменения формы зубов и наличие зубного налета. В среднем кровоточивость составила

при легкой степени заболевания $0,76 \pm 0,11$, при средней степени тяжести – $0,88 \pm 0,13$ и при тяжелой степени – $1,95 \pm 0,17$. У лиц III группы средняя величина этого показателя была выше чем в I группе в 2,6 раз ($p < 0,05$) и в 2,2 раза ($p < 0,05$) выше, чем во II группе. По шкале «запах изо рта» максимальная величина отмечалась у лиц с тяжелой степенью и превышала таковую в I и во II группе в 2,0 раз ($p < 0,05$) и 1,3 раз соответственно. Средний показатель подвижности зубов был высоким в III группе и превышал аналогичный показатель в первых двух группах обследования соответственно в 26,6 и 4,5 раз ($p < 0,001$). Средний показатель чувствительности зубов был выше при тяжелой степени в сравнении с легкой и средней степенью соответственно в 2,8 ($p < 0,01$) и 1,8 раза ($p < 0,05$). Изменения формы зубов встречались при тяжелом течении в сравнении со средней степенью в 3,3 раза ($p < 0,01$) чаще. Зубной налет в среднем у лиц III группы превышал таковую в I и II группах соответственно в 1,8 ($p < 0,05$) и в 1,5 раз.

Оценивая общий балл по всем показателям выявлено, что более 5-ти баллов среди лиц I группы отмечался в $16,8 \pm 3,84\%$ случаев, во II группе – в $17,7 \pm 4,62\%$ и в III группе – в $89,2 \pm 5,10\%$ случаев, что превышало показатели в первых двух группах обследования в 5,3 раз ($p < 0,01$) и 5,0 раз ($p < 0,01$) соответственно. В среднем показатели III группы были достоверно выше показателей I группы в 3,0 раз ($p < 0,01$) и в 2,0 раз ($p < 0,05$) выше показателей II группы.

Самооценка лицами с заболеваниями пародонта положительно коррелировала с тяжестью заболевания. Полученные результаты показали, что самооценка здоровья по всем показателям ухудшалась при тяжелой степени тяжести заболевания. При этом, у лиц с легкой степенью заболевания средний балл был сравнительно высоким при наличии зубного налета ($1,44 \pm 0,04$), гиперестезии ($0,91 \pm 0,11$) и кровоточивости ($0,76 \pm 0,11$).

Показатель тревожности у обследованных с заболеваниями пародонта. Средний показатель личностной тревожности у лиц I группы составил $37,4 \pm 0,98$ баллов, в то время как у пациентов II группы величина среднего показателя была выше, чем в I группе в 1,1 раз, а у лиц III группы в сравнении с I группой выше

в 1,3 раз. В группе с легкой и средней степенью тяжести заболевания чаще отмечалась нормальная личностная тревожность – у 47,6±6,29% и 66,7±7,27% соответственно и реже – сниженная тревожность – у 15,9±4,60% и 9,5±4,53% больных соответственно. Напротив, для лиц III группы, т.е. при тяжелой степени заболевания была характерна частая встречаемость повышенной личностной тревожности – 76,0±8,54% и редкая встречаемость нормальной тревожности – 20,0±8,00% случаев.

Сравнительный анализ частоты встречаемости форм личностной тревожности у лиц III группы с первыми двумя группами показал, что повышенная личностная тревожность в III группе была выше, чем в I и II группах соответственно в 2,1 и 3,2 раз ($p<0,05$), а показатель нормальной тревожности в 2,4 и 3,3 раз ($p<0,01$) ниже.

Согласно результатам, полученным при исследовании реактивной тревожности у обследованных, выявлено, что максимальное число лиц с нормальной реактивной тревожностью отмечалось в группе со средней степенью тяжести заболевания – 66,7±7,27%, тогда как в группе с легкой степенью этот показатель встречался у 54,0±6,28%, а в группе с тяжелой степенью значительно реже – у 12,0±6,50% обследованных.

Средний показатель также был высоким у обследованных III группы и достоверно превышал аналогичные показатели в первых двух группах обследования соответственно в 1,4 и 1,2 раз ($p<0,05$).

Следовательно, прогрессирование заболевания приводит к повышению личностной и реактивной тревожности. При тяжелой степени тяжести заболевания у 20,0% и 12,0% обследованных уровень личностной и реактивной тревожности соответствовал значениям нормы.

Качество жизни и состояние тканей пародонта у обследованных с заболеваниями пародонта. Было проведено изучение состояния тканей пародонта с помощью пародонтальных (РМА, РІ, СРІ) и гигиенического индексов (Silness-Loe). Индексная оценка позволила оценить состояние пародонта при протекающем воспалительно-деструктивном процессе у лиц с легкой,

средней и тяжелой степенями заболевания.

Сравнение полученных значений показателей качества жизни, самооценки состояния полости рта и использованных индексов показали, что с прогрессированием заболевания соответственно ухудшается уровень качества жизни.

Сравнительная оценка параметров КЖ, показателей самооценки и уровня тревожности у обследованных с кариесом и заболеваниями пародонта различной степени тяжести. При сравнительном исследовании лиц с кариесом и заболеваниями пародонта различных степеней тяжести выявлено, что в целом по шкале общая оценка при легкой степени в обеих группах достоверных отличий не отмечалось, хотя такие показатели КЖ, как боль, социальная изоляция, физическая активность и состояние здоровья носили негативный характер у лиц с начальным процессом кариеса. С увеличением степени тяжести как кариозного процесса, так и заболеваний пародонта практически все показатели КЖ ухудшались, особенно выражено в группе лиц с заболеваниями пародонта.

Сравнивая показатели шкалы «общая оценка» установлено, что высокие баллы (выше 30 баллов) чаще (в 6,7 раз, $p < 0,001$) наблюдались у лиц со средней степенью заболеваний пародонта и средний балл был выше (в 2,2 раз, $p < 0,01$) у лиц со средней степенью заболеваний пародонта.

При самооценке своего состояния выявлено, что обследованные с различной степенью распространения кариеса чаще отмечали боль, а пациенты с заболеваниями пародонта - неприятный запах изо рта. При этом с увеличением степени распространения процесса и тяжести заболевания частота этих показателей повышалась.

При легкой степени кариозного процесса и заболеваний пародонта легкой степени состояние тревожности выражалось в увеличении сниженной реактивной тревожности у лиц с кариесом и увеличении повышенной реактивной тревожности у лиц с заболеваниями пародонта. При средней степени изменения зарегистрированы уже в личностной тревожности, выраженные у лиц с кариесом повышением сниженной личностной тревожности и

уменьшением сниженной реактивной тревожности у лиц с заболеваниями пародонта. При тяжелой степени наибольшие изменения выявлены у лиц с кариозным процессом, которые определялись увеличением сниженной личностной тревожности, а также увеличением нормальной реактивной тревожности. Следовательно, у лиц с кариесом отмечался более высокий уровень эмоциональной нестабильности.

Результаты исследований по лечению кариеса и заболеваний пародонта, показатели качества жизни. Лечение кариеса и его осложнений (пульпит и периодонтит) проведено 30 больным традиционными методами. В совокупности показатели КЖ (боль, энергичность, социальная изоляция и др.) после лечения улучшились, что отразилось на разнице этого показателя. При сравнении отмечалось его достоверное снижение после лечения в 3,5 раз ($p < 0,01$). Пациенты с кариесом и его осложнениями в среднем оценивали свое состояние (субъективная оценка) выше, чем результаты ПКЖ. Согласно субъективной оценке, разница до и после лечения составила 15,4 раз ($p < 0,001$) (график 1).

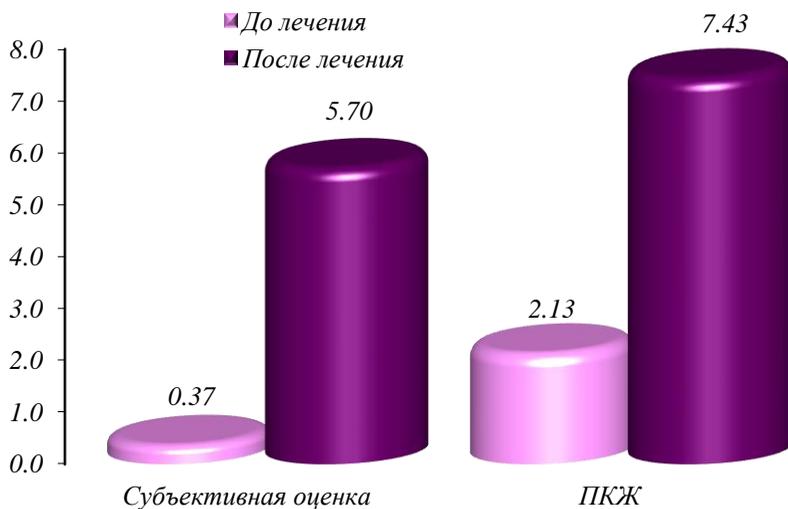


График 1. Тестовая характеристика состояния больных с кариесом зубов и его осложнениями (пульпит и периодонтит) до и после лечения.

Лечение пародонтита носило комплексный характер. Применялись общеизвестные антисептические растворы (0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор перманганата калия, 3% раствор перекиси водорода и др.), местная противовоспалительная терапия, включающая в себя использование удаление зубных отложений и кюретаж пародонтальных карманов, наложение под повязку традиционной пародонтологической пасты (тетрациклин, метилурацил, трихопол, бутадионовую мазь и оксид цинка (предназначенный для формирования пасты)). После лечения проводилось анкетирование по опросникам.

После проведенной терапии полученные результаты были оценены по шкале тревожности (график 2).

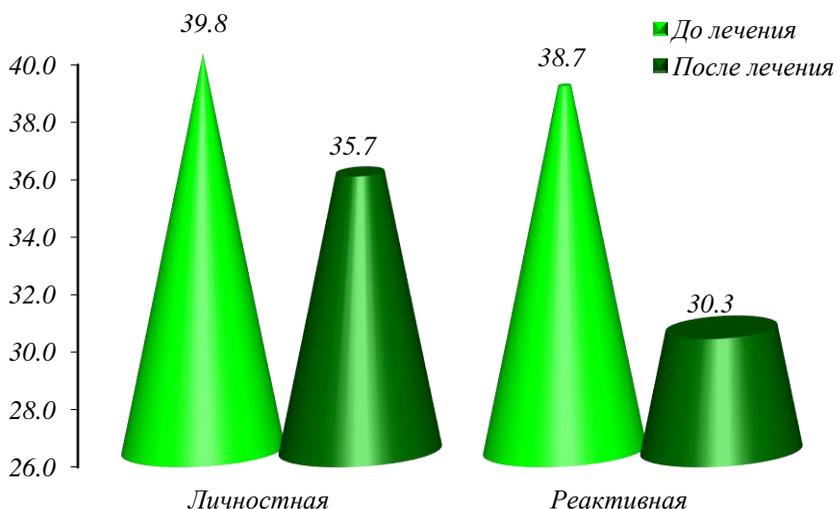


График 2. Показатели тревожности больных с кариесом зубов и его осложнениями (пульпит и периодонтит) до и после лечения.

Сравнительный анализ показал позитивное воздействие проведенного лечения, о чем свидетельствовали показатели шкалы тревожности. В целом, полученные после лечения больных с ка-

риесом и его осложнениями, объективные и субъективные данные свидетельствуют об улучшении параметров КЖ.

До лечения у больных с пародонтитом личностная и реактивная тревожности встречались почти в равной мере. После лечения личностная тревожность снизилась в среднем на 2,8%, а реактивная - на 10,9%. Возможно, высокий показатель личностной тревожности указывает на сохранение состояние тревоги у многих пациентов в данной ситуации, т.е. во время прохождения лечебного курса.

На позитивную реакцию больного в отношении получаемого лечения указывала реактивная тревожность, отражающая состояние пациента и являющаяся эмоциональной реакцией (график 3).

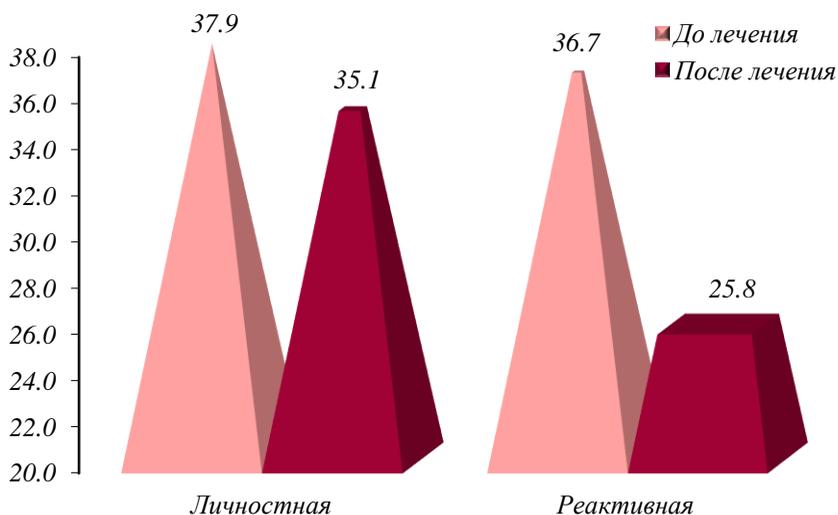


График 3. Показатели тревожности до и после лечения больных с пародонтитом.

Улучшение показателя личностной тревожности возможно обусловлено тем, что, принимая лечение пациенты меньше волновались о своем стоматологическом здоровье. После проведенного лечения, опрошенные воспринимали свое состояние не как угрожающее и поэтому не реагировали состоянием тревоги.

До лечения пациенты оценивали свое стоматологическое здоровье хуже, чем это показали составляющие КЖ. Однако после лечения субъективная оценка была выше (график 4).

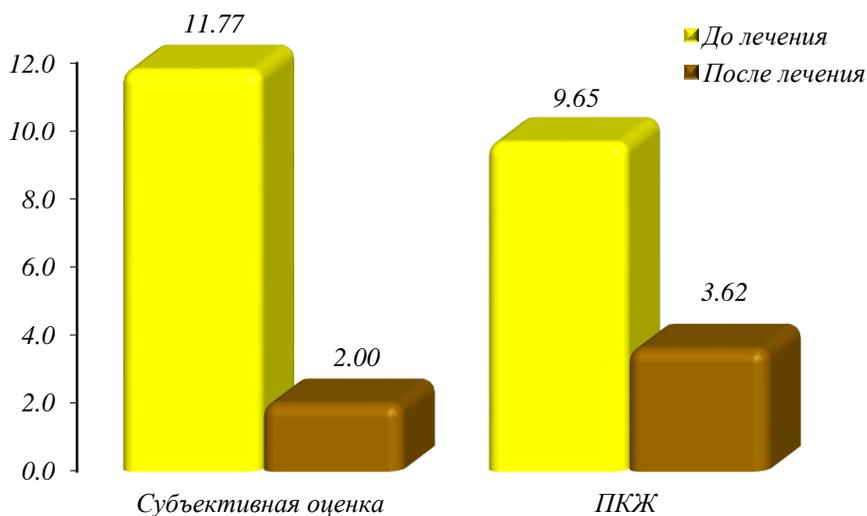


График 4. Тестовая характеристика состояния больных с пародонтитом до и после лечения.

Проведенное лечение особенно эффективно повлияло на эмоциональные реакции КЖ. Средний балл общей оценки состояния пациентов достоверно улучшился в 2,7 раз ($p < 0,01$). По данным субъективной оценки опрошенные отмечали прекращение кровоточивости десен, запаха изо рта, существенное снижение боли в деснах, подвижности зубов. Так, если до лечения кровоточивость десен и запах изо рта были отмечены в 88,5% случаев соответственно, то после лечения эти симптомы не встречались. Достоверно в 25,3 раз ($p < 0,001$) уменьшилась боль в деснах. Динамика подвижности зубов выглядела так: от 46,1% случаев до лечения к 7,7% - после лечения. Таким образом, учитывая динамику показателей КЖ и субъективную оценку воспалительного процесса самими пациентами можно было констатировать эффективность проводимого комплексного лечения пародонтита.

ВЫВОДЫ

1. Лица с высокой интенсивностью кариеса характеризуются относительно низким уровнем качества жизни и субъективной самооценки, ухудшением гигиенического состояния полости рта. При кариесе особенно ухудшаются энергичность, болевые ощущения, физическая активность, состояние здоровья [5, 6, 12].

2. Кариозный процесс негативно влияет на психоэмоциональную сферу больных. У лиц с тяжелой степенью кариеса величина реактивной тревожности в среднем выше показателя при легкой степени в 1,4 раз ($p < 0,05$) и умеренной степени – в 1,2 раз ($p < 0,05$). При заболеваниях пародонта средний балл показателя качества жизни составляет $8,94 \pm 0,80$. Максимальный средний балл выявляется у лиц с тяжелой степенью заболевания и в 5,3 раз ($p < 0,001$) и в 3,1 раз ($p < 0,01$) выше данного показателя у лиц с легкой и умеренной степенью соответственно [5, 10, 11].

3. Качество жизни лиц с заболеваниями пародонта зависит от интенсивности воспалительно-деструктивных изменений заболевания. При возрастании степени патологии значительно ухудшаются шкалы: болевые ощущения, физическая активность, состояние здоровья и сон. Динамика изменений значений самооценки лиц с заболеваниями пародонта положительно коррелирует с тяжестью заболевания. В среднем показатели лиц с тяжелой степенью достоверно выше показателей с легкой степенью в 3,0 раз ($p < 0,01$) и в 2,0 раз ($p < 0,05$) выше показателей умеренной степени [1, 4, 7, 8].

4. Больные с кариесом и его осложнениями оценивают свое состояние в 2,6 раз выше, чем лица с пародонтитом, а разница в результатах ПКЖ у больных с кариесом в 1,3 раз выше в сравнении с величинами при пародонтите. Больные с кариесом и его осложнениями оценивают свое состояние более оптимистично, чем лица с заболеваниями пародонта. Лечение кариеса зубов и заболеваний пародонта позитивно воздействует на уровень качества жизни больных [2, 3].

5. Общая оценка КЖ у больных с кариесом и его осложнениями после лечения в среднем улучшилась в 3,5 раз ($p < 0,01$). У лиц

с пародонтитом в результате комплексного лечения этот показатель улучшился в среднем в 2,7 раз ($p < 0,01$). На качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем оказывают влияние: гигиеническое состояние полости рта, интенсивность кариеса зубов, воспалительные заболевания тканей пародонта [8, 9].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Оценка качества жизни может быть использована в клинической практике стоматолога при разработке плана лечения и контроле его результатов.

2. С целью выявления больных с различной степенью адекватности оценки стоматологического здоровья рекомендуется проводить определение параметров качества жизни, самооценки больными состояния полости рта, использование пародонтальных и гигиенических индексов.

3. Больным с кариесом и его осложнениями рекомендуется назначать схему лечения с учетом их субъективной оценки стоматологического статуса.

4. Корреляция между субъективными признаками состояния больных (психологический статус, самооценка признаков болезни, показатель качества жизни) может указывать на конкретные причины ухудшения состояния больных

5. Лечение кариеса зубов и заболеваний пародонта способствует улучшению показателей качества жизни больных. Степень влияния проведенных лечебно-профилактических мероприятий на показатели качества жизни может быть использовано в практической стоматологии в качестве оценки эффективности проведенной работы.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Самедова С.И. Значение заболеваний пародонта в качестве жизни человека // ATU-nun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları, – Баку, –2010, – с. 395-396.
2. Самедова С.И. Соотношение стоматологического здоровья и качества жизни населения // XV международной научной конференции “Здоровье семьи XXI век, – Пермь, Россия, – 2011, – с. 127.
3. Самедова С.И., Гараев З.И. Влияние заболеваний органов полости рта на качество жизни человека // Т. Əliyevin yubeliyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, – Баку, – 2011, – с. 296-297.
4. Самедова С.И. Качество жизни и индексная оценка состояния пародонта // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, – Баку, – 2012. № 4, – с. 130-132.
5. Самедова С.И. Основные стоматологические заболевания и качество жизни // Sağlamlıq, – Баку, – 2012. – s. 21-26.
6. Самедова С.И. Состояние параметров качества жизни у лиц с кариесом зубов // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, – Баку, – 2012. № 18, – с. 35-40.
7. Самедова С.И. Взаимосвязь показателей качества жизни и заболеваний пародонта // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, – Баку, – 2013. № 19, – с. 38-42.
8. Samadova S.I. FDI Istanbul Annual World Dental Congress, abstract // Periodontal disease and quality of life, –Стамбул, Турция 2013, – с. 195.
9. Самедова С.И., Гараев, З.И. Показатели уровня тревожности у лиц с заболеваниями пародонта // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, – Баку, – 2014. № 20, – s. 61-66.
10. Самедова С.И., Гараев З.И. Показатели самооценки и тревожности у лиц с кариесом зубов // Современная стоматология, – Киев, Украина – 2016. № 2 (81), – с. 13-15.
11. Самедова С.И. Показатели качества жизни у с кариесом и заболеваниями пародонта различной степени интенсивности и тяжести // Клиническая стоматология, -Москва, Россия-2020.

№1.(93), – с.94-98

12. Самедова С.И. Влияние степени интенсивности и тяжести кариеса и заболеваний пародонта на качество жизни пациентов // Науково-практична конференція з міжнародною участю та навчальним тренінгом з оволодінням практичними навичками “ Сучасні методи діагностики,профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань”,-Одеса, Україна-2021, - с.64-65

Защита диссертации состоится « » _____ 2021 г. в ____ часов на заседании Диссертационного совета ЕД 2.05 действующего на базе Азербайджанском медицинском университете.

Адрес: AZ1022, г. Баку, ул. А.Гасымзаде 14 (конференц зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского медицинского университета (www.amu.edu.az)

Автореферат разослан по соответствующим адресам

« ____ » _____ 2021 г.

Подписано в печать: 06.10.2021

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объем: 39.200 символов

Тираж: 70