

Ершов Кирилл Александрович

**ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ У
ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РАЗЛИЧНЫХ
СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ**

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2019

Работа выполнена в ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор **Севбитов Андрей Владимирович**

Официальные оппоненты:

Лесных Николай Иванович – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Институт дополнительного профессионального образования, кафедра стоматологии, профессор кафедры

Митин Николай Евгеньевич – кандидат медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний, заведующий кафедрой

Ведущая организация: ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства»

Защита состоится «___»_____2019 г. в ___ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.040.14 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37, стр.1 и на сайте организации www.sechenov.ru

Автореферат разослан «___»_____2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Дикопова Наталья Жоржевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

На протяжении последних лет отмечается стойкая тенденция увеличения числа пожилых людей. В экономически развитых странах доля лиц старших возрастных групп может достигать 50% от численности всего населения. В результате старения возрастает общая потребность в оказании медицинской помощи и соответствующем уходе за пациентами для обеспечения здоровой жизни (Аболмасов Н.Г. и соавт., 2007; Алимский А.В., 2012; Иорданишвили А.К. и соавт., 2014; Рыбак О.Г. и соавт., 2015; Дубова Л.В. и соавт., 2018; Zenthöfer A. et al., 2016; Klotz A.L. et al., 2017). Увеличение продолжительности жизни и неизбежное старение, которое является фактором риска развития множества заболеваний, могут способствовать развитию заболеваний полости рта (Rodríguez-Rodero S. et al., 2011; Delwel S. et al., 2017). В сравнении с поражениями всех остальных органов и систем стоматологическая патология имеет меньший уровень степени тяжести, однако являются неотъемлемым фактором коморбидности, оказывая непосредственное влияние на качество жизни пожилых людей (Michael Lolita Y. et al., 2015).

Согласно определению ВОЗ, здоровье – это полное физическое, умственное и социальное благополучие. Любая болезнь или ограничение возможностей человека, а также нарушение физического, умственного или социального аспекта жизни приводит к недостатку здоровья. Следуя этому определению, увеличилось и внимание международного сообщества к понятию качества жизни (Sargolzaie N. et al., 2017).

В последние десятилетия отмечается значительное улучшение оказания стоматологической помощи, и как следствие, увеличение числа зубов у лиц старших возрастных групп (Delwel S. et al., 2017). В структуре общей заболеваемости у пациентов пожилого и старческого возраста заболевания полости рта и зубов выходят на одно из первых мест (Ушницкий И.Д. и соавт., 2013; Хорева О.О. и соавт., 2014). Высокая распространенность заболеваний полости рта у пожилых людей может привести к снижению качества их жизни (Motallebnejad M. et al., 2015).

Отсутствие зубов влияет на благополучие пациентов и их удовлетворенность от жизни (Родина Т.С., 2015; Perea C. et al., 2013). Полное отсутствие зубов, а также использование некачественных зубных протезов зачастую вызывают проблемы с жеванием и глотанием, снижение жевательной способности, влияя на характер питания:

пациенты начинают употреблять более мягкую обработанную пищу. Такой тип диеты может влиять на общее состояние здоровья пожилого пациента, способствуя повышению уровня триглицеридов и повышению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (Peruchi C.T.R. et al., 2016; da Veiga Pessoa D.M. et al., 2017).

Реабилитация пациентов с отсутствием зубов остается актуальной проблемой современной стоматологии (Пожилова Е.В., и соавт., 2016; Campos C.H. et al., 2015). Потеря зубов является достаточно распространенным явлением и взаимосвязана с социально-экономическим статусом. Лечение дефектов зубных рядов и полного отсутствия зубов может быть проведено при помощи различных методов лечения, таких как, например, ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты. Однако до сих пор достаточно широко применяют и съемные протезы: частичные и полные съемные протезы используют более половины пациентов пожилого возраста развитых стран (Campos C.H. et al., 2015; Delwel S. et al., 2017).

Адаптация пациентов к съемным протезам представляет собой сложный и длительный процесс, на который могут оказывать влияние различные факторы (Шемонаев В.И., 2012; Пожилова Е.В., и соавт., 2016). Успешная реабилитация пациентов со съемными протезами зависит от достижения эстетических требований, фонетической способности, и, прежде всего, от правильного использования протеза во время жевания (Кошелев К.А., 2016; Korunoska-Stevkovska V. et al., 2017). В последнее время важнейшими показателями эффективности проведенного стоматологического лечения стали качественные и количественные критерии качества жизни, основанные на субъективной оценке пациентом своего здоровья и результатов лечения (Грачев Д.И., 2012; Студенкин Р.В. и соавт., 2018).

Цель исследования

Повышение качества оказываемой ортопедической стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в различных социальных группах, нуждающихся в съемном протезировании.

Задачи исследования

1. Определить особенности адаптации к съемным протезам у пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в протезировании, в различных социальных группах.
2. Определить особенности стоматологического статуса у пациентов пожилого и

старческого возраста, нуждающихся в протезировании, в различных социальных группах.

3. Определить нуждаемость в съемном протезировании у пациентов пожилого и старческого возраста в различных социальных группах.

4. Определить по данным анкетирования уровень качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста в различных социальных группах до и после проведения ортопедического стоматологического лечения.

5. Определить по данным анкетирования факторы, оказывающие наибольшее влияние на степень удовлетворенности пациента результатами ортопедического лечения.

6. На основании полученных данных разработать рекомендации по улучшению адаптации к съемным пластинчатым протезам у пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от условий их проживания, образа жизни и окружения.

Научная новизна исследования

В работе впервые получены данные анализа качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста в различных социальных группах перед проведением ортопедического стоматологического лечения и после него.

Впервые проведена оценка восприятия ортопедической конструкции пациентами пожилого и старческого возраста в различных социальных группах на этапах изготовления съемного протеза и в период адаптации.

Впервые по результатам клинических методов исследования и результатов анкетирования разработаны рекомендации по улучшению восприятия и адаптации к съемным зубным протезам пациентов пожилого и старческого возраста в различных социальных группах.

Практическая значимость исследования

Практическому здравоохранению предложен алгоритм оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в зависимости от условий проживания пациента, что позволит применять дифференциальный подход к каждой категории пациентов. Применение данной технологии позволит минимизировать стресс, испытываемый пациентами перед ортопедическим стоматологическим лечением, а также позволит сократить сроки и улучшить адаптацию к съемным протезам у каждой категории пациентов. Материалы диссертации могут

быть использованы для образовательного процесса у студентов стоматологических факультетов медицинских университетов, а также в системе дополнительного профессионального образования врачей стоматологов ортопедов.

Основные научные положения, выносимые на защиту

1. Опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья ОНIP-14 RU» может быть использован для определения оценки уровня качества жизни пациентов старших возрастных групп до и после ортопедического стоматологического лечения для определения эффективности проведенного стоматологического лечения.

2. Проведение ортопедического стоматологического лечения у пациентов пожилого и преклонного возраста, нуждающихся в протезировании, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра, способствует повышению оценки уровня качества жизни пациентов с удовлетворительного до хорошего.

3. Проведение ортопедического стоматологического лечения пациентов геронтологического возраста необходимо проводить с учетом условий проживания пациента и социальной группы.

Внедрение в практику

Результаты исследования включены в лекционный курс и практические занятия студентов Образовательного департамента Института стоматологии ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Апробация работы

Основные положения диссертации изложены и обсуждены на IV Конференции молодых ученых и специалистов с международным участием «Молодые ученые – медицине» (г. Владикавказ, 2015).

Апробация диссертации состоялась на совместном заседании кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры ортопедической стоматологии и кафедры хирургической стоматологии ФГАОУ ВО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва, 26.12.2017 (пр. № 4)).

Личный вклад автора

Научные результаты, обобщенные в диссертационной работе, получены автором самостоятельно на базе кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний Образовательного департамента Института стоматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и стоматологического кабинета клинико-диагностического отделения ФГБУ Всероссийского научно-методического геронтологического центра. Автор принимал непосредственное участие в обследовании 217 пациентов с целью выявления стоматологического статуса, оценки уровня качества жизни до и после протезирования, а также разрабатывал методики по улучшению адаптации к съемным зубным протезам. Автор самостоятельно проводил лечение пациентов с диагнозом частичное/полное отсутствие зубов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи. Автором были проанализированы результаты клинического стоматологического обследования пациентов, определен уровень качества жизни и уровень адаптации к съемным зубным протезам у пациентов пожилого и старческого возраста в различных социальных группах. Статистическая обработка проведена лично автором.

Публикации

По материалам исследования опубликовано 9 печатных работ, из них: 2 – в журналах, утвержденных ВАК РФ, 1 статья в иностранном журнале, включенном в базу Web of Science.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертация содержит 160 машинописных страниц, 35 таблиц, 40 рисунков. Список литературы включает 213 наименований работ, из них 79 отечественных и 134 зарубежных авторов.

Соответствие диссертации паспорту научных специальностей

Научное положение диссертации соответствует шифрам и формулам специальности: 14.01.14 – стоматология. Результаты проведенного исследования соответствуют пункту 5 области исследования паспорта специальности «Стоматология».

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

По критериям включения в исследование вошли 217 пациентов с частичным и полным отсутствием зубов, нуждающихся в ортопедическом стоматологическом лечении. Из 217 пациентов было 98 мужчин и 119 женщин в возрасте от 60 до 95 лет.

Обследование и лечение проводили на базе ФГБУ Всероссийского научно-методического геронтологического центра.

Таблица 1 – Распределение пациентов по группам исследования (абс., %)

Группы исследования	Мужчины		Женщины		Итого	
	Абс.,	%	Абс.,	%	Абс.,	%
Группа 1 Пациенты, проживающие в геронтологическом центре	38	17,5%	42	19,4%	80	36,9%
Группа 2 Пациенты, проживающие на попечении у родственников	33	15,1%	37	17,1%	70	32,2%
Группа 3 Пациенты, проживающие самостоятельно	32	13,4%	35	17,5%	67	30,9%

Для проведения данного исследования пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от условий проживания (таблица 1). Количество пациентов по гендерному и возрастному признаку было сопоставимо во всех группах исследования.

На этапах обследования и планирования ортопедического стоматологического лечения всем пациентам, включенным в исследование, проводили оценку распространенности и интенсивности кариеса зубов, оценку интенсивности заболеваний пародонта и определение индекса гигиены. По данным лучевых методов исследования проводили оценку состояния костных структур челюстных костей, состояния периапикальных тканей и наличие очагов хронической одонтогенной инфекции.

Интенсивность кариеса зубов оценивали при помощи индекса КПУ, где: К – количество кариозных (невылеченных) зубов; П – количество пломбированных (леченых) зубов; У – количество удаленных зубов; КПУ зубов (КПУз) – сумма кариозных, пломбированных и удаленных постоянных зубов у обследуемого пациента; при этом зуб, имеющий одновременно кариозную полость и пломбу, считается кариозным.

Для оценки состояния тканей пародонта применяли коммунальный пародонтальный индекс (Community Periodontal Index, CPI). При проведении обследования учитывали три показателя пародонтального статуса: кровоточивость

десен, зубной камень, пародонтальные карманы. Обследование проводили с помощью пародонтального (пуговчатого) зонда.

Оценку гигиенического состояния полости рта проводили при помощи индекса Турески, предложенный Turesky S., et al. (1970). Зубной налет определяли при помощи окрашивания на вестибулярной и на язычной/небной поверхности всех зубов, за исключением третьих моляров. Каждую поверхность зуба делили на три сегмента: мезиальный, центральный и дистальный, т.е. для каждого зуба оценивали 6 сегментов. Для подсчета величины индекса для пациента складывали все полученные значения для 6 сегментов и полученную сумму делили на количество обследованных зубов.

После обследования и завершения санации полости рта у пациентов определяли *класс дефекта зубного ряда* по классификации Кеннеди (1923) и проводили протезирование съёмными пластиночными протезами.

Анкетирование пациентов, включенных в исследование, при помощи валидированной русскоязычной версии опросника ОНП-14 (Oral Health Impact Profile) (Барер Г.М. и соавт., 2007) проводили для определения эффективности проведенного стоматологического лечения и его влияния на качество жизни. Определение качества жизни пациентов проводили дважды: до проведения ортопедической реабилитации и после протезирования, через 33 дня после наложения съёмного протеза. Каждому варианту ответа соответствует определенное количество баллов: от 1 (никогда) до 5 (очень часто). Для получения итогового суммарного значения анкеты-опросника соответствующие ответам пациентов баллы суммируют. Сумма баллов соответствует уровню качества жизни пациента.

Пациентам, включенным в исследование, после проведения санации полости рта проводили замещение дефектов зубных рядов съёмными зубными протезами.

Статистическая обработка материала проводилась на ПЭВМ с применением пакета программ профессионального статистического анализа данных «SPSS 19». На основе абсолютных значений полученных в работе данных проводилось вычисление относительных показателей: экстенсивных, интенсивных, наглядности. Применялись методы вариационной статистики: определение средних величин, среднеквадратические отклонения, ошибки средней арифметической величины, коэффициенты вариации, лимиты ряда, критерии достоверности различий Стьюдента. Степень вероятности безошибочного прогноза определялась по специальной таблице Н.А. Плохинского.

Результаты собственного исследования и их обсуждение

При сопоставлении количественных показателей индекса КПУ у пациентов трех групп значения индекса К у пациентов 1 и 2 группы были практически идентичны ($3,39 \pm 0,38$ и $3,93 \pm 0,47$ соответственно) и превышали таковые значения у пациентов 3 группы ($2,73 \pm 0,44$). Однако полученные показатели не имеют статистической достоверности ($t < 2$, $P < 95,5\%$). Средние показатели количества пломбированных зубов у пациентов трех групп составляли $3,45 \pm 0,4$, $3,43 \pm 0,4$ и $2,67 \pm 0,41$ соответственно и не имели сколько-нибудь значимых отличий. При анализе средних значений количества удаленных зубов у пациентов 1 группы ($18,98 \pm 0,9$) и 2 группы ($18,16 \pm 1,09$) не было выявлено достоверных различий. В то же время при сопоставлении средних значений 1 группы и 3 группы ($22,03 \pm 1,14$), а также 2 группы и 3 группы были выявлены существенные различия: индекс У значительно и достоверно выше, чем у пациентов 1 и 2 группы ($t > 2$).

Аналогичные результаты были получены и при анализе суммарного значения индекса КПУз: достоверного различия между показателями у пациентов группы 1 ($25,81 \pm 0,56$) и группы 2 ($25,51 \pm 0,64$) не выявили. При сравнении значений КПУз у пациентов группы 1 и у пациентов группы 3, а также значений КПУз у пациентов группы 2 и у пациентов группы 3 значительное превышение суммарного значения индекса КПУ у пациентов группы 3 ($27,43 \pm 0,59$) является достоверным (рисунок 1).

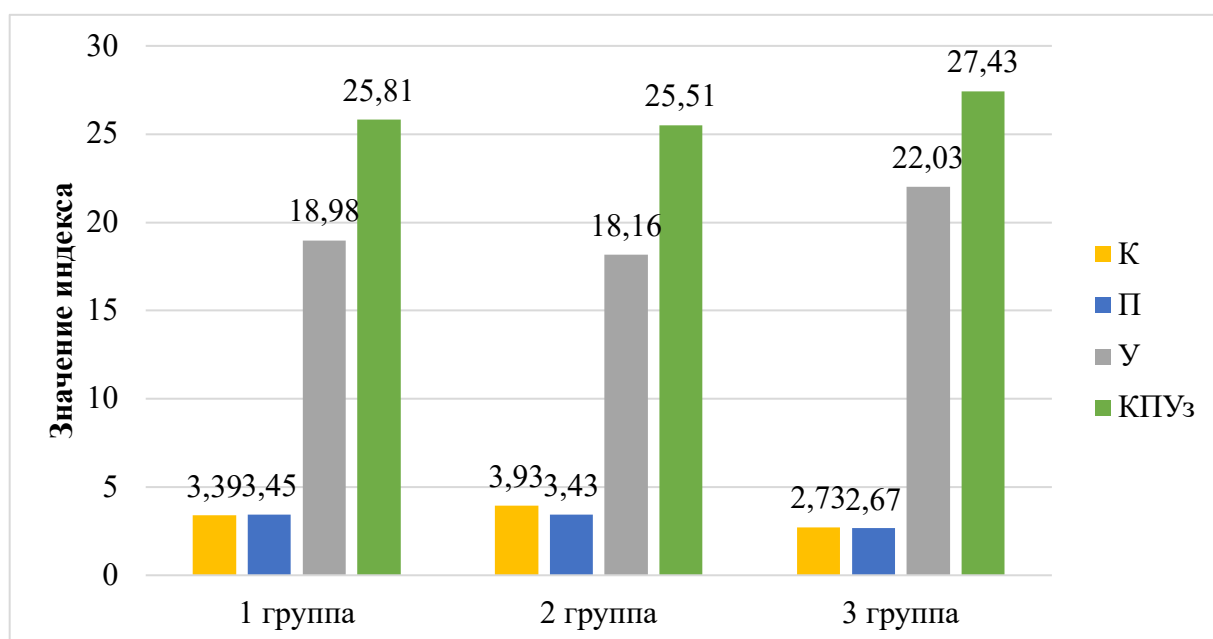


Рисунок 1 – Выраженность количественных показателей индекса КПУ у пациентов трех групп

В данное исследование были включены пациенты с частичным и полным отсутствием зубов, нуждающиеся в проведении ортопедической реабилитации. Однако проведение оценки интенсивности заболеваний пародонта возможно было провести только у пациентов с частичным отсутствием зубов, поэтому мы не учитывали пациентов с полным отсутствием зубов при проведении анализа заболеваний пародонта у лиц старших возрастных групп.

Данные сопоставления количество секстантов, в которых отмечали различные клинические признаки поражения тканей пародонта, согласно индексу СРІ свидетельствуют о том, что показатели количества секстантов с наличием зубного камня у пациентов в трех исследуемых группах практически идентичны: $1,26 \pm 0,13$ у пациентов 1 группы, $1,26 \pm 0,18$ и $1,26 \pm 0,19$ для пациентов 2 и 3 группы соответственно. При сопоставлении среднего количества секстантов, в которых отмечали кровоточивость при зондировании, наибольшее значение у пациентов 3 группы ($0,21 \pm 0,08$), среднее значение у пациентов 2 группы ($0,19 \pm 0,05$), а наименьшее ($0,13 \pm 0,04$) у пациентов 1 группы. Количество секстантов с наличием пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм у пациентов 1 и 2 группы было практически идентично ($2,21 \pm 0,17$ и $2,28 \pm 0,21$ соответственно) и превышало это количество у пациентов 3 группы ($1,82 \pm 0,2$). При анализе наличия пародонтальных карманов глубиной 6 мм, наибольшее количество было выявлено у пациентов 2 и 3 групп ($0,74 \pm 0,15$ и $0,72 \pm 0,16$), а у пациентов 1 группы ($0,52 \pm 0,1$ секстанта) имело наименьшее значение. Значительное количество исключенных секстантов отмечали у пациентов 3 группы ($2 \pm 0,21$), несколько меньше этот показатель у пациентов 1 группы ($1,89 \pm 0,18$), а наименьшее значение из всех групп представлено у пациентов группы 2 ($1,54 \pm 0,2$).

На рисунке 2 частота клинических признаков поражения пародонта, согласно индексу СРІ, представлена в показателях наглядности, где общее количество обследованных секстантов было взято за 100%, а критерии оценки заболеваний пародонта были рассчитаны в процентном отношении к ним. У пациентов в группе 1 и в группе 2 распределение пациентов по частоте проявления клинических признаков приблизительно одинаковое: наиболее часто отмечали наличие пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм (36,8% и 38%). На втором месте по распространенности у пациентов 1 и 2 группы встречали исключенные секстанты (31,4% и 25,6% соответственно). У 21% пациентов как 1, так и 2 группы отмечали секстанты с наличием

зубного камня. Доля лиц с пародонтальными карманами глубиной более 6 мм больше в группе 2 (12,3%), чем в группе 1 (8,6%). Реже всего у пациентов в обеих группах отмечали наличие кровоточивости: 2,2% в группе 1 и 3,1 в группе 2. У пациентов в группе 1, напротив, чаще отмечали наличие исключенных секстантов (33,4%), а доля лиц с наличием пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм составила 30,3%. В 12% случаев у пациентов в группе 3 отмечали наличие пародонтального кармана глубиной 6 мм и более. Доля пациентов, у которых регистрировали секстанты с наличием зубного камня, соответствует таковым показателям у пациентов 1 и 2 групп. По сравнению с пациентами в группе 1 и группе 2, у пациентов группы 3 чаще отмечали кровоточивость при зондировании (3,4%).

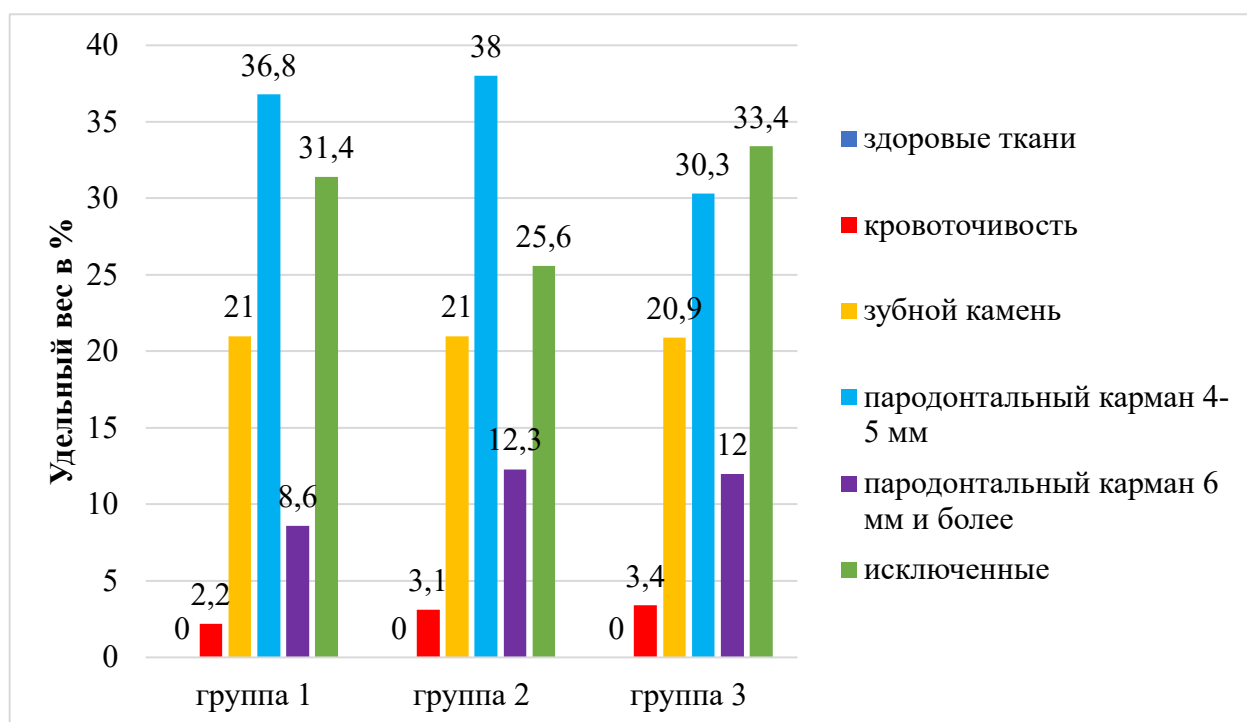


Рисунок 2 – Сравнительная частота клинических признаков поражения пародонта у пациентов трех групп

При определении уровня гигиены также, как и при проведении оценки интенсивности заболеваний пародонта у пациентов, включенных в исследование, учитывали только пациентов с частичным отсутствием зубов.

Средние значения индекса Turesky у пациентов трех исследуемых групп соответствовали плохому уровню гигиены. При проведении сравнения между группами было отмечено, что наибольшие средние значения были получены у пациентов группы 3 (17,11±0,29), которые проживают самостоятельно. У пациентов группы 1, проживающих

в геронтологическом центре, среднее значение индекса составило $14,73 \pm 0,21$. Наиболее благоприятная картина отмечена у пациентов группы 2, проживающих на попечении родственников: средние значения индекса составили $13,9 \pm 0,32$. Полученная разница между средними значениями индекса гигиены полости рта между группами является существенной и достоверной с высокой степенью точного прогноза ($P > 95,5\%$) во всех трех группах (рисунок 3).

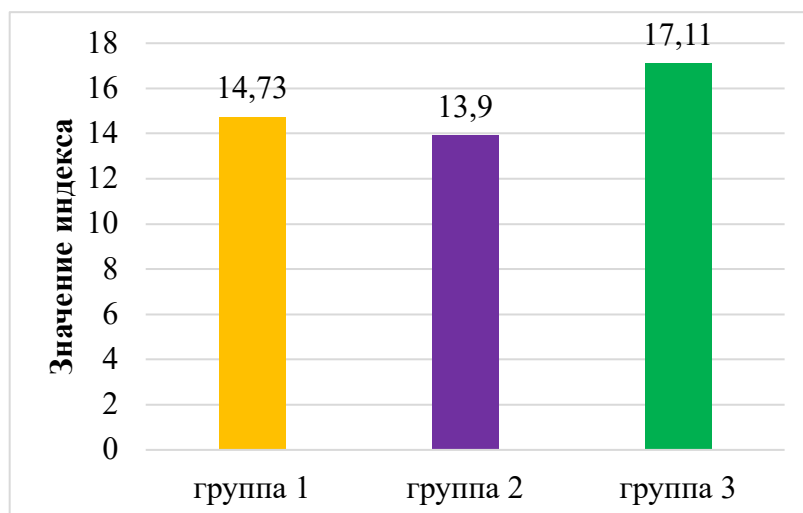


Рисунок 3 – Выраженность количественных показателей индекса Turesky у пациентов трех групп

Пациентам 1 группы, проживающим в геронтологическом центре, после проведения санации необходимо было изготовить 74 протеза верхней челюсти и 74 протеза нижней челюсти. На рисунке 4 представлено, что наиболее распространенными у пациентов 1 группы на верхней челюсти являлись полное отсутствие зубов (33,8%), а также дефекты 1 класса Кеннеди, представленные двусторонними концевыми дефектами (29,7%). Также достаточно часто встречались дефекты 1 класса 1 подкласса (12,2%) и 2 класса 1 подкласса (6,8%), представленные сочетанием двусторонних и односторонних концевых дефектов соответственно и включенного дефекта. В 6,8% случаев было отмечено наличие включенного дефекта во фронтальном отделе (4 класс).

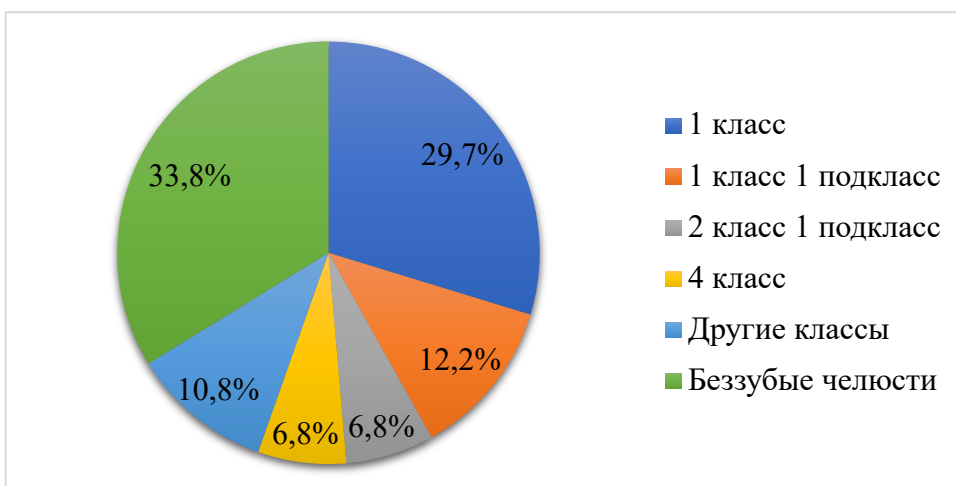


Рисунок 4 – Распределение пациентов 1 группы по виду дефекта зубного ряда верхней челюсти

При проведении анализа распространенности дефектов зубных рядов на нижней челюсти у пациентов 1 группы (рисунок 5) также было отмечено, что наиболее часто встречались полное отсутствие зубов и 1 класс Кеннеди (33,8% и 28,4% соответственно). В 10,8% на нижней челюсти отмечали наличие дефектов 1 класса 1 подкласса. Дефекты 2 класса 1 подкласса регистрировали в 4,1% случаев, а 4 класса – в 6,8%.

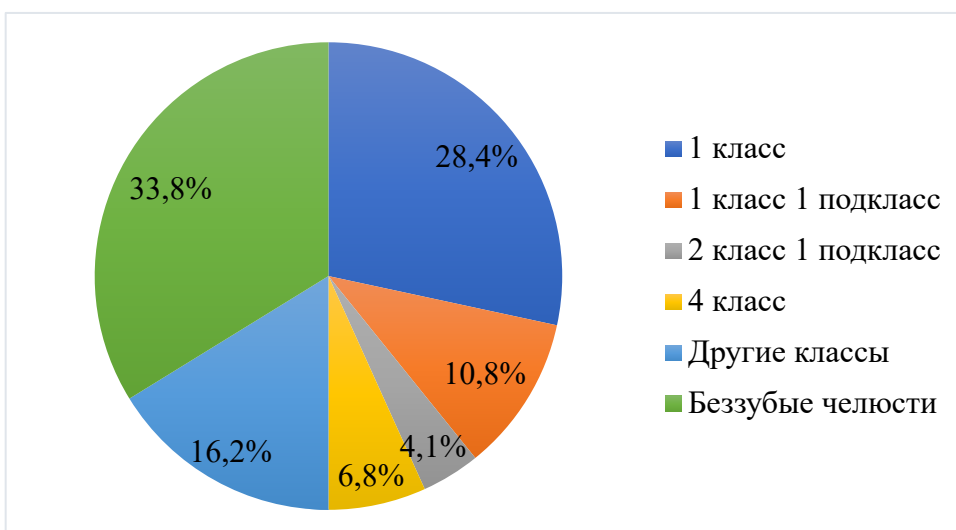


Рисунок 5 – Распределение пациентов 1 группы по виду дефекта зубного ряда нижней челюсти

Пациентам 2 группы, проживающим на попечении родственников, после проведения санации необходимо было провести восстановление дефектов зубных рядов при помощи 64 протезов верхней челюсти и 70 протезов нижней челюсти.

Наиболее распространенными у пациентов 2 группы были полное отсутствие зубов (34,4%) и дефекты 1 класса Кеннеди (31,3%) на верхней челюсти. Сочетание двусторонних концевых дефектов и включенного дефекта (1 класс 1 подкласс) встречали в 14,1% случаев. Относительно реже отмечали наличие односторонних концевых дефектов 2 класса (6,3%) и включенных дефектов 3 класса 1 подкласса (4,7%) (рисунок 6).

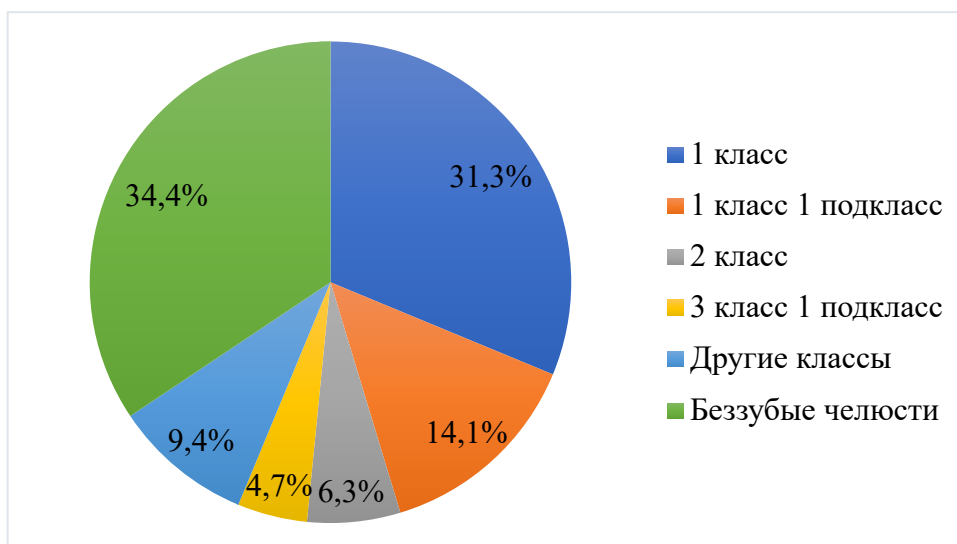


Рисунок 6 – Распределение пациентов 2 группы по виду дефекта зубного ряда верхней челюсти

На нижней челюсти у пациентов 2 группы наиболее распространенной формой являлось полное отсутствие зубов (30%). Дефекты 1 класса и 1 класса 1 подкласса были представлены в 24,3% и 22,9% случаев. Значительно меньше дефектов нижней челюсти относили к 2 классу 1 подклассу (5,7%) и 2 классу 2 подклассу (4,3%) (рисунок 7).

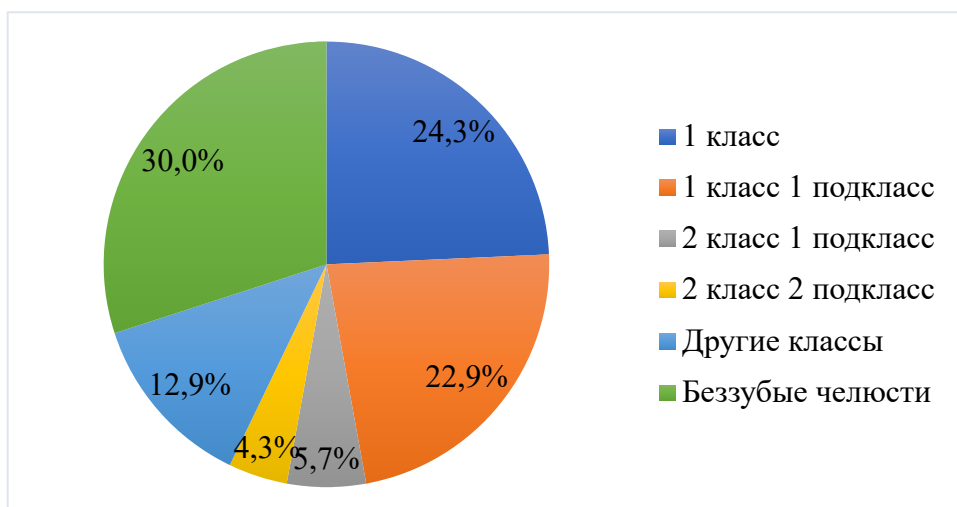


Рисунок 7 – Распределение пациентов 2 группы по виду дефекта зубного ряда нижней челюсти

Пациентам группы 3, которые проживают самостоятельно, после санации полости рта требовалось изготовление 62 протезов верхней челюсти и 66 протезов нижней челюсти.

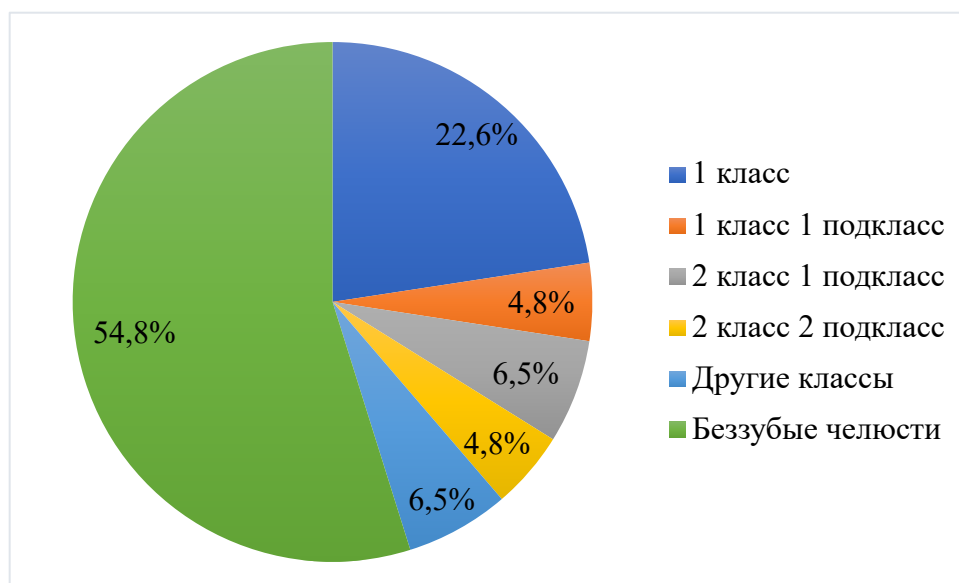


Рисунок 8 – Распределение пациентов 3 группы по виду дефекта зубного ряда верхней челюсти

Наиболее распространенным видом дефекта на верхней челюсти у пациентов группы 3 являлось полное отсутствие зубов, которое мы отметили более чем у половины всех пациентов этой группы (54,8%). Около четверти всех дефектов зубных рядов на верхней челюсти представлены дефектами 1 класса Кеннеди. Остальные виды дефектов встречались значительно реже: 1 класс 1 подкласс в 4,8%, 2 класс 1 подкласс в 6,5%, 2 класс 2 подкласс в 4,8% случаев (рисунок 8).

У пациентов группы 3 на нижней челюсти после проведения санации также около половины (48,5%) всех дефектов были представлены полным отсутствием зубов. Часто отмечали двусторонние концевые дефекты (15,2% случаев), двусторонние концевые дефекты в сочетании с включенным дефектом (15,2% случаев) и односторонний концевой дефект в сочетании с включенными дефектами (10,6%). Дефекты 2 класса 2 подкласса регистрировали в 4,5% случаев (рисунок 9).

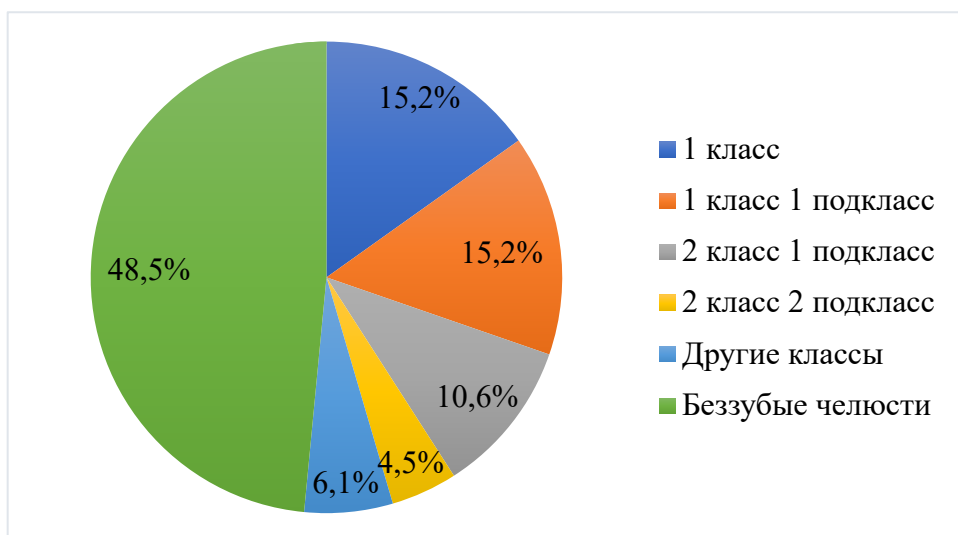


Рисунок 9 – Распределение пациентов 3 группы по виду дефекта зубного ряда нижней челюсти

По результатам проведенного анкетирования до ортопедического лечения среди пациентов групп 1 и 3 были получены примерно одинаковые показатели: большая часть пациентов считала свой уровень качества жизни неудовлетворительным (52,5% и 55,2% соответственно), чуть больше трети пациентов считали уровень качества удовлетворительным (37,5% пациентов в группе 1 и 37,3% пациентов в группе 3). Уровень жизни как хороший оценивали только 10% пациентов в группе 1 и 7,5% пациентов в группе 3. Структура пациентов в группе 2 существенно отличалась до начала лечения: 52,9% пациентов оценивали уровень качества жизни как удовлетворительный, 28,5% пациентов считали его хорошим и 18,5% сообщали о неудовлетворительном (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов трех групп по уровню качества жизни до и после ортопедического лечения

Уровень качества жизни	До лечения			После лечения		
	Группа 1 Абс., %	Группа 2 Абс., %	Группа 3 Абс., %	Группа 1 Абс., %	Группа 2 Абс., %	Группа 3 Абс., %
Хороший	8 (10%)	20 (28,5%)	5 (7,5%)	60 (75%)	51 (72,9%)	23 (34,3%)
Удовлетворительный	30 (37,5%)	37 (52,9%)	25 (37,3%)	17 (21,25%)	15 (21,4%)	29 (43,3%)
Неудовлетворительный	42 (52,5%)	13 (18,5%)	37 (55,2%)	3 (3,75%)	4 (5,7%)	15 (22,4%)

Однако после проведения ортопедического лечения структура распределения пациентов по оценке уровня качества жизни существенно изменилась: большинство пациентов группы 1 и группы 2 стали оценивать свой уровень жизни как хороший (75% и 72,9% соответственно), тогда как в группе 3 только 34,3% пациентов дают такую же оценку. Удовлетворительным считали уровень качества жизни 21,25% пациентов в группе 1, 21,4% пациентов в группе 2 и 43,3% пациентов в группе 3. Наибольшее число пациентов, считавших уровень качества жизни неудовлетворительным, были представлены в группе 3 (22,4%), тогда как в группах 1 и 2 доля таких пациентов минимальна: 3,75% и 5,7% соответственно (таблица 2).

Среди факторов, влияющих на оценку качества жизни, пациенты группы 1 в большей степени выделили вопросы, связанные с проблемами при приеме пищи (вопросы 1-5), а также с проблемами в общении (вопросы 6-9). Аналогичное распределение максимальных значений балловых эквивалентов ответов представлено и в группе 2: пациенты выделили вопросы 1 и 2 (блок «Проблемы при приеме пищи»), 6 и 7 (блок «Проблемы в общении»). Среди пациентов группы 3 также были выделены проблемы при приеме пищи и проблемы при общении. Необходимо отметить, что ни в одной из исследуемых групп пациенты не выделяли проблемы в повседневной жизни как наиболее влияющие на уровень качества жизни.

После проведенного лечения среди пациентов групп 1 и 2 при сравнении средних значений баллов анкеты-опросника можно отметить, что полученные значения примерно в два раза меньше, чем до начала лечения. Среди пациентов группы 3 также отмечается снижение средних балловых значений, однако, снижение относительно первоначальных значений наблюдается примерно на треть (табл. 3).

Таблица 3 – Средние суммарные значения ОНП-14 до и после ортопедического лечения у пациентов трех групп (баллы)

	Суммарное значение ОНП-14		Достоверность разности результатов	
	До лечения	После лечения	t (критерий Стьюдента)	P (%) (вероятность точного прогноза)
Группа 1	51,95±1,14	25,24±0,9	t>2	P>99,9
Группа 2	41,14±1,46	25,49±1,24	t>2	P>99,9
Группа 3	52,08±1,24	33,48±1,74	t>2	P>99,9

У пациентов группы 1 изменение находится на максимальном уровне: с $51,95 \pm 1,14$ баллов до $25,24 \pm 0,9$ баллов, а уровень качества жизни изменился с удовлетворительного до хорошего. У пациентов группы 2 начальные суммарные значения анкеты ОНП-14 были значительно ниже, чем у пациентов 1 группы ($41,14 \pm 1,46$ баллов), однако итоговое значение составило $25,49 \pm 1,24$ баллов, а уровень качества жизни также изменился с удовлетворительного до хорошего. Наименьшее изменение между суммарными значениями опросника было у пациентов группы 3: с $52,08 \pm 1,24$ баллов до $33,48 \pm 1,74$ баллов; уровень качества жизни в целом не изменился – остался в пределах значений удовлетворительного. Данные изменение являются весьма существенными и достоверными с очень высокой степенью точного прогноза ($P > 99,9\%$) (рисунок 10).

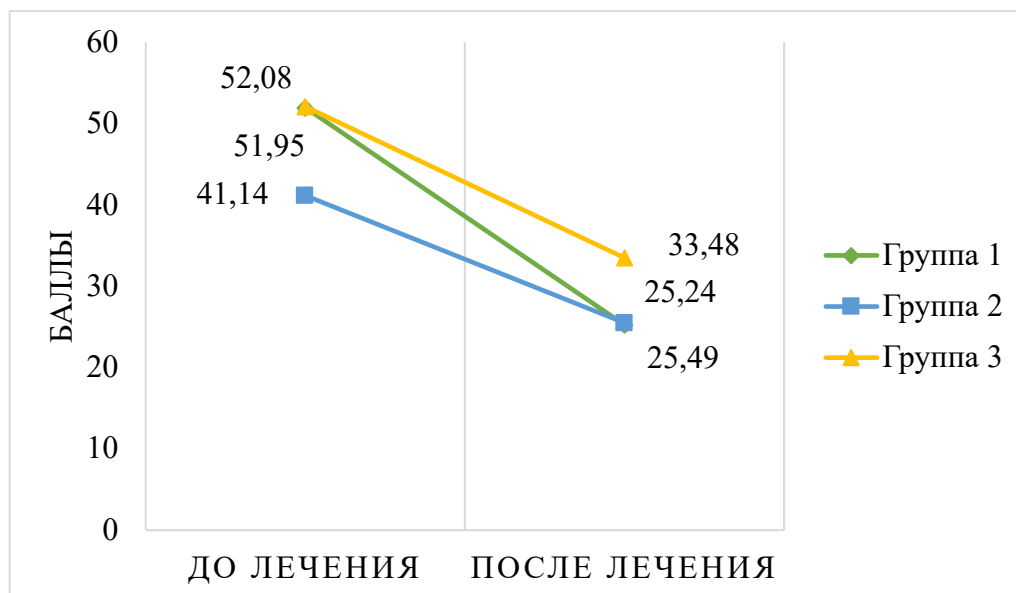


Рисунок 10 – Динамика изменения среднего суммарного значения опросника ОНП-14 до и после ортопедического лечения у пациентов трех групп

Проведенный анализ особенностей адаптации к съемным зубным протезам пациентов геронтологического возраста показал, что по данным проведенных клинических методов обследования, санации полости рта перед протезированием и данных анкетирования позволяет повысить качество ортопедической стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в различных социальных группах. Проведение анкетирования до и после ортопедического стоматологического лечения может являться методом оценки качества проведенного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Определение особенности адаптации к съёмным протезам у пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в протезировании, в различных социальных группах показало, что на продолжительность процесса адаптации к съёмным протезам у пациентов геронтологического возраста влияют условия их проживания, образ жизни и окружение.

2. Среди пациентов геронтологического возраста в разных социальных группах отмечаются высокие показатели интенсивности кариеса зубов, интенсивности заболеваний пародонта и неудовлетворительный уровень гигиены.

3. После проведения клинических методов обследования полости рта среди пациентов геронтологического возраста в различных социальных группах определяется высокий уровень нуждаемости в проведении ортопедического стоматологического лечения.

4. После проведенного ортопедического стоматологического лечения по данным анкетирования в группе пациентов, проживающих в геронтологическом центре, уровень оценки качества жизни изменился с $51,95 \pm 1,14$ баллов, что соответствует удовлетворительному уровню качества жизни, до $25,24 \pm 0,9$ баллов, что соответствует хорошему уровню качества жизни. В группе пациентов, проживающих на попечении родственников, по данным анкетирования проведенное стоматологическое лечение способствовало изменению уровня оценки качества жизни с $41,14 \pm 1,46$ баллов, что так же соответствует удовлетворительному уровню, до значений хорошего уровня качества жизни, среднее суммарное значение составило $25,49 \pm 1,24$ баллов. Проведение ортопедического стоматологического лечения пациентов, находящихся на самообеспечении, по данным анкетирования привело к снижению баллового эквивалента оценки уровня качества жизни с $52,08 \pm 1,24$ баллов до $33,48 \pm 1,74$ баллов, что в обоих случаях соответствует удовлетворительному уровню качества жизни.

5. По данным анкетирования наибольшее влияние на степень удовлетворенности пациента результатом ортопедического лечения оказывают такие факторы как отсутствие затруднения приема пищи, болевых ощущений в полости рта, искажения вкуса пищи и отсутствие искажения речи.

6. При проведении ортопедического стоматологического лечения необходимо учитывать особенности условий проживания пациента, его образа жизни и окружения

для определения их влияния на процессы адаптации и реабилитации пациента к изготовленной ортопедической конструкции и повышения степени удовлетворенности пациента.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья ОНIP-14 RU» может быть использован врачами стоматологами ортопедами до проведения стоматологического лечения и на его этапах для оценки качества проведенного лечения и адаптации пациента к изготовленной ортопедической конструкции.

2. Всем пациентам старших возрастных групп требуется проведение систематических профилактических осмотров для повышения уровня качества жизни данной категории пациентов.

3. При планировании ортопедического стоматологического лечения пациентов рекомендуется уточнять особенности условий проживания пациента, его образа жизни и окружения для прогнозирования степени влияния на процессы адаптации пациента к изготовленной ортопедической конструкции и повышения степени удовлетворенности пациента.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Миронов С.Н., **Ершов К.А.**, Дорофеев А.Е. Особенности адаптации к съемным зубным протезам пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра // Материали за 10-а международна научна практична конференция «Найновите научни постижения». – България, София, 17-25 марта 2014. – С. 34-36.

2. Севбитов А.В., Юмашев А.В., **Ершов К.А.**, Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра // Materials of the XI International scientific and practical conference, «Trends of modern science». – England, May 30 – June 7, 2014. – С. 42-44.

3. **Ершов К.А.** Психоземotionalный статус как основа успешного протезирования беззубых челюстей у геронтопациентов // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – №7(49). – С. 60-62.

4. **Ершов К.А.** Особенности стоматологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в условиях геронтологического центра // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. – Рязань, 16 декабря 2016 г. – С. 447-450.

5. Каменсков П.Е., **Ершов К.А.** Роль психоэмоционального состояния пациентов пожилого и старческого возраста в комплексном подходе при протезировании беззубых челюстей // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. – Рязань, 16 декабря 2016 г. – С. 450-453.

6. **Ершов К.А.** Роль психоэмоционального состояния геронтопациентов в комплексном подходе при ортопедическом лечении больных с полной потерей зубов // Стоматология. – 2016. – №6(95). – С. 59.

7. **Ершов К.А.**, Севбитов А.В., Шакарьянц А.А., Дорофеев А.Е. Анализ качества жизни пациентов пожилого возраста со съёмными ортопедическими конструкциями на этапе реабилитации // **Российский стоматологический журнал.** – 2017. – №5(21). – С. 285-287.

8. **Ершов К.А.**, Севбитов А.В., Шакарьянц А.А., Дорофеев А.Е. Оценка адаптации к съёмным зубным протезам у пациентов пожилого возраста // **Наука молодых (Eruditio Juvenium).** – 2017. – №4(5). – С. 469-476.

9. **К.А. Ershov**, A.V. Sevbitov, A.E. Dorofeev, I.G. Pustokhina. Evaluation of elderly patients adaptation to removable dentures // **Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences.** – 2018. – №3(5). – P.1638-1641.