



Оригинальные работы / Original papers

© Коллектив авторов, 2017 г.  
УДК 616.314-77-089.843:616.092.12

**В. Н. Трезубов<sup>1,2</sup>, О. А. Волковой<sup>2</sup>, Е. А. Булычева<sup>1</sup>, А. В. Кончаковский<sup>2</sup>,  
Ю. В. Алпатьева<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия

## ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОПТИМИЗАЦИИ ИМПЛАНТАЦИОННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ОТНОШЕНИЕ ИХ К РЕЗУЛЬТАТАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (социологическое исследование)

### РЕЗЮМЕ

Оценка качества жизни стоматологических больных, особенно с полной потерей зубов, до и после имплантационного лечения является весьма актуальной. Непосредственное, или немедленное, имплантационное протезирование способствует скорейшему восстановлению нарушенных эстетических и функциональных норм, экстренно переводя пациентов с уровня инвалидизации до разряда высокого качества жизни. Однако ошибки и осложнения, возникающие на данном этапе лечения, зачастую вызывают дискомфорт у пациентов и ухудшают их физическое и психоэмоциональное состояние. Все это не способствует надежно гарантированным благоприятным исходам имплантационного протезирования и требует дальнейшего совершенствования клинических концептуальных подходов, направленных на дальнейшее совершенствование указанной специализированной медицинской помощи. Нам удалось повысить эффективность немедленного имплантационного протезирования протяженными ортопедическими конструкциями путем оптимизации диагностического, терапевтического ресурсов и гигиенического протокола.

**Ключевые слова:** качество жизни, имплантационное протезирование

*Трезубов В. Н., Волковой О. А., Булычева Е. А., Кончаковский А. В., Алпатьева Ю. В.* Динамика качества жизни пациентов при оптимизации имплантационного протезирования и отношение их к результатам стоматологического ортопедического лечения (социологическое исследование). Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017; 24 (3): 56 – 64. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-3-56-64.

\* Автор для связи: Юлия Викторовна Алпатьева, ФГБОУ ВО «ПСБГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, ул. Льва Толстого, д. 6/8, Санкт-Петербург, Россия, 197022. E-mail: [alpatyeva1981@mail.ru](mailto:alpatyeva1981@mail.ru).

© Composite authors, 2017  
UDC 616.314-77-089.843:616.092.12

**V. N. Trezubov<sup>1,2</sup>, O. A. Volkovoy<sup>2</sup>, E. A. Bulycheva<sup>1</sup>, A. V. Konchakovskiy<sup>2</sup>,  
Ju. V. Alpatyeva<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Yaroslav Mudry Novgorod State University, Velikiy Novgorod, Russia

## PATIENTS' LIFE QUALITY DYNAMICS UPON OPTIMIZING THE IMPLANT PROSTHODONTICS AND THEIR ATTITUDE TO THE RESULTS OF DENTAL ORTHOPAEDIC TREATMENT (sociologic analysis)

### ABSTRACT

The life quality estimation of dental patients, especially with total adentia, before and after implant treatment is highly topical. A direct or immediate implant prosthodontics contributes to prompt restoration of impaired aesthetic and functional standards while urgently converting patients from a disability level to a high life quality category. However, mistakes and complications occurring in this treatment stage often result in patients' discomfort and worsen their physical and psycho-emotional state. All these are not conducive to securely provided favourable results of dental implant prosthetics, and thus require further improvement of the clinical and conceptual approaches aimed at further optimization of the above specialized medical care. The authors succeeded in improving efficacy of immediate implant prosthodontics with extended orthopaedic constructions by means of optimizing the diagnostic and therapeutic resources, as well as the hygiene protocol.

**Key words:** life quality, implant prosthodontics

Trezubov V. N., Volkovoy O. A., Bulycheva E. A., Konchakovskiy A. V., Alpatyeva Ju. V. Patients' life quality dynamics upon optimizing the implant prosthodontics and their attitude to the results of dental orthopaedic treatment (sociologic analysis). The Scientific Notes of IPP-SPSMU. 2017;24(3):56–64. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-3-56-64.

\* **Corresponding author:** Juliya V. Alpatyeva, FSBEI HE I. P. Pavlov SPbSMU MOH Russia, 6-8 L'va Tolstogo street, Saint-Petersburg, Russia, 197022. E-mail: alpatyeva1981@mail.ru.

## ВВЕДЕНИЕ

Дентальная имплантация, несомненно, повышает эффективность ортопедического стоматологического лечения и качество жизни больных с полным отсутствием зубов [1]. Весьма многочисленными и малоубедительными являются публикации по оценке качества имплантационного протезирования, влиянию на качество жизни немедленной нагрузки на имплантаты. За последние 40 лет опубликовано свыше 8000 статей об имплантации в полости рта, и только около 150 из них отражают мнение пациента о ее результатах [2].

В «Словаре американского наследия английского языка» «качество» определяется как «степень или уровень превосходства» в «Медицинском словаре» Steadman «качество жизни» определяется как «общее благополучие пациента, включающее умственное состояние, уровень стресса, половой функции и самооценку уровня здоровья». Качество жизни также может быть описано как «личностное ощущение благополучия, вытекающее из удовлетворения или неудовлетворенности в важных областях жизни» [3]. Для оценки качества зубного протезирования [3] использовали опросник тягости в ортопедической стоматологии (BiPD-Q). Оценка качества жизни, связанного с состоянием полости рта (OHRQoL), измерялась с помощью полной испанской версии Oral Health Impact Profile – 49 (OHIP-49) [4], состоящей из 49 вопросов, касающихся также частоты воздействия на изучаемую категорию.

Основными категориями, которые интересовали авторов, являлись качество жизни, общая удовлетворенность, принятие протезов, возможности, удобство и затруднения при пережевывании пищи, эстетика, психосоциальный аспект, отсутствие ограничений в еде, общение, сексуальная и социальная активность, легкость очищения протезов и полости рта, качество фонетики, мнение пациента о протезировании, функциональная оценка, восприятие неудобств при лечении, послеоперационные осложнения и пр. [5].

С помощью методики исследовался уровень качества жизни у пациентов с имплантатами при не-

медленной или обычной функциональной нагрузке [6]. Уровень был значительно выше на завершающем обследовании при немедленной, нежели отсроченной нагрузке, хотя значительное повышение уровня качества жизни отмечено в обеих группах.

Кроме того, изучение специальной литературы привело к следующим выводам. До настоящего времени не существует стандартов лечения периимплантитов. Нет четких протоколов лечения периимплантитов, включая механическое очищение, назначение антисептиков, местное или общее использование антибиотиков, хирургическое или консервативное вмешательство. Нет сведений о специфичности лечения периимплантитов. Мало информации о причинах неудач. Не много известно о результатах имплантационного протезирования при их немедленной нагрузке и большой протяженности замещающих конструкций [7].

В связи с изложенным выше, **целью** исследования явилось повышение эффективности немедленного имплантационного протезирования протяженными ортопедическими конструкциями путем оптимизации диагностического, терапевтического ресурсов и гигиенического протокола. Для достижения указанной цели перед нами были поставлены следующие задачи: провести клиническое и социологическое исследование пациентов, в частности, для определения их оценки

Таблица 1

Анкета-опросник (на основе шкалы Wolfarts e. a.)

Table 1

Questionnaire (based on the Wolfarts e. a. scale)

Но-мер	Вопрос	Оценка в баллах
1	Я не испытываю проблем при чистке зубов и зубных протезов	01234
2	Я удовлетворен своим внешним видом (с зубными протезами в полости рта)	01234
3	Я доволен пережевыванием пищи зубными протезами	01234
4	Я доволен удобством пользования зубными протезами	01234
5	Я не могу привыкнуть к своим зубным протезам, испытывая постоянный дискомфорт из-за них	43210
6	Я чувствую неприятные запах, ощущения, отечность, боль, кровоточивость в полости рта (ненужное зачеркнуть)	43210
7	Использование таблеток-индикаторов помогает поддерживать хорошую гигиену полости рта и протеза	43210
8	Наличие зубных протезов оказало положительное влияние на мою сферу общения (семейные и служебные отношения, личная жизнь и т. п.)	01234

немедленного имплантационного протезирования протяженными замещающими конструкциями и качества жизни респондентов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социологические методы исследования включали использование анкетирования с помощью опросника Wolfarts e.a. (2006) в авторской модификации, анкеты качества жизни (ОНIP-14); авторской анкеты качества жизни. Модифицированная нами анкета-опросник Wolfarts e.a. (2006), составленная на основе эстетических норм Magne – Belser, со шкалой ответов от 0 до 4 баллов (адаптированная шкала Likert), приведена в табл. 1.

Анкета-опросник, составленная нами на основе шкалы Wolfarts e.a., оценивающая результаты протезирования, давалась 78 пациентам, протезированным нами, и 47 пациентам, протезированным в иных стоматологических организациях и перешедших под наш патронаж.

Ответы пациентов оценивались следующим образом:

- 0 – нет, это не так – 4;
- 1 – слегка – 3;
- 2 – умеренно – 2;
- 3 – вполне, совсем – 1;
- 4 – очень – 0.

Баллы в правом столбике анкеты (табл. 1) имеют прямую или обратную последовательность, в зависимости от содержания каждого пункта опросника. В связи с этим в измерительной шкале анкеты имеется прямая (левый столбик) и обратная (правый столбик) балльная оценка ответов. Поэтому при ответах на 5–7-й вопросы с указанием «4» баллов ставится «0» баллов, «3» балла – ставится «1» балл, «1» балл – ставится «3» балла, «0» баллов – ставится «4» балла.

При оценке результатов уровень от 26 до 32 баллов считался высоким, от 19 до 25 баллов – хорошим, от 13 до 18 баллов – удовлетворительным, от 7 до 12 баллов – плохим и от 0 до 6 баллов – очень плохим.

*Анкеты оценки качества жизни.* Методика определения качества жизни у стоматологических больных (ОНIP-14) использовалась с целью контроля и определения степени валидности предложенной нами методики.

Опросник Oral Health Impact Profile («Профиль влияния стоматологического здоровья ОНIP-14») включает 14 вопросов и 7 основных шкал, дающих оценку качеству жизни: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД-Б), психологический дискомфорт (ПД), физические нарушения (ФН), психологические расстройства (ПР), социальные ограничения (СО), ущерб (У). В шкале «Ограничение функции» (Q1, Q2) пациент самостоятельно оценивает степень нарушения ряда функций организма, зависящих, в частности, от состояния здоровья полости рта: произношение

звуков, восприятие вкуса, способность пережевывать пищу. В последующих шкалах «Физический дискомфорт» (Q3, Q4) и «Психологический дискомфорт» (Q5, Q6) пациент оценивает ощущение боли и дискомфорта при наличии стоматологической патологии: наличие болевого симптома, отклонение в психоэмоциональной сфере и ограничение привычного рациона при наличии боли и дискомфорта. В шкалах «Физические ограничения» (Q7, Q8), «Психологические расстройства» (Q9, Q10), «Социальные ограничения» (Q11, Q12) отражаются наличие и степень следующих ограничений в повседневной жизни человека, возникающих при наличии стоматологических расстройств: прием пищи, общение, выполнение трудовой деятельности. Шкала «Ущерб» (Q13, Q14) позволяет говорить о различных формах ущерба, которые могут возникнуть в связи с проблемами в полости рта: физические (от частичной утраты трудоспособности до инвалидности), психологические, материальные и т. д.

Стандартные вопросы опросника качества жизни ОНIP-14:

- испытываете ли Вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- испытываете ли Вы болевые ощущения в полости рта?;
- испытываете ли Вы неудобства из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- мешают ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вам отдыхать/расслабляться?;
- становится ли Ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- приходится ли Вам полностью «выпадать из жизни» из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- вызывает ли у Вас затруднение прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- питаетесь ли Вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- приходится ли Вам прерывать прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- чувствуете ли Вы себя стесненным в общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?;
- ставят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас в неловкое положение?;

— приводят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас к повышенной раздражительности при общении с людьми?;

— испытываете ли Вы затруднения в обычной работе из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

Ответы на вопросы построены по типу Ликертовской шкалы, ранжированы по 5 баллов соответственно ответам: «никогда» — 0 баллов, «крайне редко» — 1 балл, «часто» — 2 балла, «очень часто» — 3 балла, «постоянно» — 4 балла. Процедура подсчета индекса предполагает суммирование отдельно по шкалам (пошкаловые показатели) и в целом по опроснику (интегральный показатель ОНП-14 RU) (от 0 до 56 баллов). Оценка качества жизни соответствовала следующему количеству баллов:

— 0–14 баллов — «хорошее» качество жизни;

— 15–28 баллов — «удовлетворительное» качество жизни;

— 29–42 баллов — «неудовлетворительное» качество жизни;

— 43–56 баллов — «плохое» качество жизни.

Наш вариант опросника оценки качества жизни был следующим.

**Авторская анкета оценки качества жизни  
стоматологического пациента  
(Г. С. Азарин, В. Н. Трезубов, Р. А. Розов)**

<b>1. Общее физическое состояние</b>	0	50	100
<b>2. Общее морально-эмоциональное состояние</b>	0	50	100
<b>3. Состояние семейных отношений</b>	0	50	100
<b>4. Состояние служебных (учебных) отношений</b>	0	50	100
<b>5. Состояние сферы общения</b>	0	50	100
<b>6. Эстетическое состояние внешнего вида зубов и полости рта</b>	0	50	100
<b>7. Состояние функции жевания</b>	0	50	100
<b>8. Состояние функции речи</b>	0	50	100
<b>9. Гигиеническое состояние полости рта</b>	0	50	100

При оценке результатов уровень от 76 до 100 баллов считался хорошим, от 50 до 75 — удовлетворительным и от 0 до 49 баллов — неудовлетворительным.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Опрос проводился многократно, в ближайшие и отдаленные сроки протезирования, в обеих группах. Для сравнения были использованы ответы пациентов 1-й группы на вопросы анкеты одного из исследований в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Обследуемые 2-й группы тестировались дважды: в момент поступления в клинику и через 6 месяцев, во время одного из контрольных осмотров.

Средние результаты ответов пациентов на анкету приведены в табл. 2. При сравнении трех колонок цифр табл. 2 видно, что подавляющее большинство результатов не имели статистически достоверного различия. Однако явно прослеживается следующая тенденция. Как правило, абсолютные показатели баллов ответов имели наибольшую величину в 1-й группе обследованных. Исключение составляет ответ на второй вопрос об удовлетворенности внешним видом. Наиболее высокая цифра получена при втором ответе 2-й группы пациентов. Самые низкие цифры характеризуют первичное обследование у пациентов, пришедших из других лечебных учреждений. Промежуточное положение занимали вторые ответы пациентов 2-й группы. Об этом свидетельствуют и суммарные данные для всех трех тестирований. Так, в 1-й группе суммарный средний балл оказался равным  $3,89 \pm 0,22$ . Он был самым высоким из трех показателей и по своему значению приближался к самому высокому баллу — «4». Первый средний балл был меньшим из трех сравниваемых и равнялся  $2,74 \pm 0,87$ , располагаясь на удовлетворительном уровне. Однако достоверной разницы между указанными показателями установить не удалось ( $t = 1,25$ ;  $p > 0,05$ ).

Второй средний балл во 2-й группе равнялся  $3,3 \pm 0,69$ , занимая промежуточное положение между вышеприведенными аналогами. И только между двумя средними параметрами ответов обнаружено значительное статистическое различие. Это ответы на седьмой вопрос о контроле уровня гигиены полости рта с помощью окрашивающих таблеток-индикаторов ( $t = 6,091$ ;  $p < 0,001$ ). Дело в том, что только единицы из пациентов 2-й группы были информированы о таких таблетках. Поэтому средний балл ответа у них мы посчитали недостаточно корректным. Через 6 месяцев ответы были объективными, так как пациенты овладевали опытом использования таблеток ( $t = 1,716$ ;  $p > 0,05$ ). При этом он не имел достоверной разницы с аналогичными показаниями в 1-й группе.

Ответы на пятый вопрос в 1-й и 2-й группах также оказались достоверно различными ( $t = 2,122$ ;  $p < 0,05$ ). Вопрос касался невозможности привыкания к протезам вследствие ощущений дискомфорта. В 1-й группе балл оказался максимальным ( $4,0 \pm 0,0$ ), а во 2-й едва вписывался в параметры удовлетворительного. Через 6 месяцев абсолютное значение ответа в баллах выросло, но достоверности увеличения статистически доказать не удалось ( $t = 1,053$ ;  $p > 0,05$ ).

В табл. 3 сведены высокие (4), хорошие (3), удовлетворительные (2), плохие (1) и очень плохие (0) оценки пациентов 1-й и двух тестирований 2-й группы, характеризующие отношение пользователей имплантационных протезов к результатам ортопедического стоматологического лечения.

Таблица 2

Средние показатели ответов на вопросы модифицированной нами анкеты Wolfarts e. a., баллы

Table 2

Average rates of answers to questions of the modified Wolfarts e. a. form, points

Номер вопроса	Группа			P
	1-я (n=78)	2-я (n=47)		
		исходно	спустя 6 мес.	
1	3,89±0,22	2,74±0,87	3,13±0,87	>0,05 [t <sub>1-2</sub> =1,278]
2	3,63±0,34	3,3±0,69	3,66±0,57	>0,05
3	3,92±0,47	3,45±0,38	3,62±0,71	>0,05
4	3,96±0,39	3,02±0,48	3,23±0,54	>0,05 [t <sub>1-2</sub> =1,521]
5	4,0±0,0	2,79±0,57	3,21±0,49	<0,05 [t <sub>1-2</sub> =2,122]; >0,05 [t <sub>2-3</sub> =1,053]
6	3,9±0,37	2,87±0,49	3,21±0,5	>0,05 [t <sub>1-2</sub> =1,678]
7	3,987±0,43	0,723±0,32	2,894±0,47	<0,001 [t <sub>1-2</sub> =6,091]; >0,05 [t <sub>2-3</sub> =1,716]
8	3,949±0,57	3,085±0,61	3,47±0,59	>0,05 [t <sub>1-2</sub> =1,016]

Из данных табл. 3 следует, что при тестировании пациентов 1-й группы преобладали высокие оценки (93,8 %). Их число при первом тестировании пациентов 2-й группы оказалось минимальным (27,85 %), увеличилось ко времени второго тестирования до 44,56 %. Нужно отметить полное отсутствие в анкетах пациентов 1-й группы плохих и очень плохих оценок, которые были при первом тестировании 2-й группы (13,79 %). При повторном тестировании во 2-й группе отсутствовали очень плохие оценки, но сохранилось 2,07 % плохих оценок. Общее число баллов тестирования 1-й группы превосходило результаты первого и второго тестирования пациентов 2-й группы соответственно в 4,02 и 2,04 раза. Все это еще раз подтвердило заметное преимущество успешности исходов протезирования в основной (1-й) группе по оценке самих пациентов.

Анкета ОНПР-14 также использовалась нами у 78 пациентов до и после протезирования (1-я группа) и у 47 пациентов, обратившихся после лечения у других врачей (2-я группа) и через 6 месяцев в условиях их патронажа нами, включающего коррекции, конструктивные изменения, насыщенный гигиенический протокол. Результаты анкетирования приведены в табл. 4. В ней приводятся средние баллы ответов на каждый вопрос анкеты. При этом показатели ответов на первые семь вопросов у протезированных нами пациентов, как правило, указывали на более высокое качество жизни. Из них высокая достоверная разница показателей ответов на 3–5-й вопросы, на наш взгляд, обусловлена назначением нашим пациентам функционального диетического питания и наличием у них полноценных протезов.

Эти показатели превышали их же аналогичные ответы до протезирования, а также ответы обратившихся к нам с определенными жалобами пациентов из 2-й группы, протезированных другими врачами. Их недовольство было связано с наличием мукозита, периимплантита, подвижности отдельных имплантатов, эстетическими или функциональными недостатками имплантационных протезов, низким уровнем гигиены, затрудненным пережевыванием пищи. При этом нами осуществлялись профессиональная гигиена, обучение индивидуальной гигиене, замена отдельных имплантатов, назначение функционального питания, оптимизация, реставрация или замена отдельных протезов.

Что касается последних семи вопросов (8–14), то здесь различие между группами заметно нивелировалось. При этом на последние 5 вопросов (10–14) все протезированные нами пациенты

Таблица 3

Распределение оценок результатов лечения больными 1-й и 2-й групп

Table 3

Assessments spread of treatment outcomes for I and II groups of patients

Группа	Количество оценок					Общее количество баллов
	высоких (4)	хороших (3)	удовл. (2)	плохих (1)	очень плохих (0)	
1-я	591	37	2	0	0	2590
2а	105	154	66	31	21	645
2б	172	164	42	8	0	1272

Примечание: а – первое тестирование; б – второе тестирование пациентов 2-й группы.

дали высшие баллы в своих ответах. Видимо, это обусловлено социальным или психосоциальным акцентом последней половины вопросов.

Пациенты группы 2б еще дважды (в вопросах 1 и 5) давали высшие баллы ответов.

Табл. 4 заканчивается средними баллами (нижняя строка), полученными из всех 14 ответов, а также средними суммарными баллами, целиком определяющими ответ на всю анкету. Эта цифра у 1-й группы до протезирования располагалась

в середине разряда удовлетворительной оценки (15 – 28 баллов) и равнялась 21,42 балла. После протезирования оценка достоверно ( $p < 0,02$ ) повысилась до 1,37 балла, находясь у вершины хорошей оценки (0 – 14 баллов).

Пациенты, поступившие из других клиник (группа 2б), дали также хороший балл – 10,92, но он приближался к границе удовлетворительного уровня. Через 6 месяцев патронажа, консервативного, хирургического и ортопедического пособия

Таблица 4

Средние баллы ответов на вопросы анкеты-опросника ОНП-14, баллы

Table 4

Average score to questions of ОНП-14 form, points

Номер вопроса	1-я группа		$t_{аб}/p$	2-я группа		$t_{об}/p$ ; $t_{ит}/p$ ; $t_{от}/p$
	до протезир. (n = 78)	после протезир. (n = 78)		исходный уровень (n = 47)	спустя 6 мес. (n = 47)	
1	1,72±0,21	0,0±0,0	8,59/<0,001	1,02±0,13	0,26±0,11	<b>7,85/&lt;0,04;</b> <b>4,50/&gt;0,01;</b> <b>2,32/&lt;0,05</b>
2	1,31±0,22	0,051±0,1	5,71/<0,02	0,62±0,12	0,32±0,14	<b>3,77/&lt;0,02;</b> <b>1,62/&lt;0,05;</b> <b>1,46/&gt;0,05</b>
3	2,60±0,18	0,064±0,1	12,325/<0,0001	1,32±0,17	0,68±0,16	<b>6,37/&lt;0,001;</b> <b>2,77/&lt;0,05;</b> <b>5,63/&lt;0,01</b>
4	2,51±0,21	0,013±0,08	10,73/<0,001	1,62±0,18	1,15±0,18	<b>5,21/&lt;0,01;</b> <b>1,84/&gt;0,05;</b> <b>3,67/&lt;0,02</b>
5	2,05±0,24	0,0±0,0	8,55/<0,001	0,87±0,16	0,49±0,15	<b>5,45/&lt;0,01;</b> <b>2,22/&lt;0,05;</b> <b>3,26/&lt;0,02</b>
6	2,6±0,19	0,077±0,09	13,16/<0,0001	1,23±0,2	0,72±0,2	<b>5,26/&lt;0,01;</b> <b>1,83/&gt;0,05;</b> <b>2,95/&lt;0,02</b>
7	2,55±0,23	0,82±0,12	2,55/<0,05	1,02±0,23	0,94±0,21	<b>0,77/&gt;0,05;</b> <b>0,27/&gt;0,05;</b> <b>0,44/&gt;0,05</b>
8	2,31±0,24	0,32±0,15	7,02/<0,001	0,94±0,24	0,60±0,16	<b>2,17/&lt;0,05;</b> <b>1,17/&gt;0,05;</b> <b>1,25/&gt;0,05</b>
9	1,95±0,13	0,026±0,1	11,68/<0,0001	0,98±0,21	0,60±0,15	<b>4,09/&lt;0,02;</b> <b>0,91/&gt;0,05;</b> <b>3,17/&lt;0,05</b>
10	0,46±0,19	0,0±0,0	2,43/<0,05	0,38±0,27	0,34±0,22	<b>1,42/&gt;0,05;</b> <b>0,13/&gt;0,05;</b> <b>1,79/&gt;0,05</b>
11	0,32±0,18	0,0±0,0	1,78/>0,05	0,32±0,23	0,28±0,22	<b>1,39/&gt;0,05;</b> <b>0,13/&gt;0,05;</b> <b>1,26/&gt;0,05</b>
12	0,36±0,21	0,0±0,0	1,71/>0,05	0,21±0,22	0,13±0,25	<b>0,97/&gt;0,05;</b> <b>0,26/&gt;0,05;</b> <b>0,51/&gt;0,05</b>
13	0,51±0,21	0,0±0,0	2,44/<0,05	0,28±0,24	0,17±0,22	<b>1,15/&gt;0,05;</b> <b>0,33/&gt;0,05;</b> <b>0,77/&gt;0,05</b>
14	0,19±0,18	0,0±0,0	1,07/>0,05	0,13±0,2	0,04±0,18	<b>0,64/&gt;0,05;</b> <b>0,32/&gt;0,05;</b> <b>0,24/&gt;0,05</b>
$M_{cp}$ $M_{cp} \cdot x_{14}$	1,53±0,29 21,42 удовл. (15 – 28)	0,098±0,16 1,37 хорош. (0 – 14)	4,34/<0,02	0,78±0,3 10,92 хорош. (0 – 14)	0,48±0,31 6,72 хорош. (0 – 14)	<b>2,006/&lt;0,05;</b> <b>0,7/&gt;0,05;</b> <b>1,09/&gt;0,05</b>

Таблица 5  
Распределение суммарных оценок качества жизни обследуемых

Table 5

## Spread of the total life quality outcomes of surveyed

Оценка	1-я группа (n = 78)		2-я группа (n = 47)	
	до протезирования	после протезирования	исходный уровень	спустя 6 мес.
Хорошая	571	1071	529	574
Удовлетвор.	277	21	102	78
Неудовлетв.	175	—	25	3
Плохая	61	—	2	—

балл ответов достоверно улучшился ( $p < 0,05$ ), достигнув величины 6,72 балла.

Дополнительную информацию при анализе анкет ОНПР-14 дает сравнительная характеристика суммарных показателей по числу ответов различного уровня качества (табл. 5). Имелось в виду, сколько раз обследуемые, отвечая на вопросы анкеты, давали хорошую, удовлетворительную, неудовлетворительную или плохую оценку качеству жизни. Как видно, самое большое число хороших оценок приходится на протезированных пациентов 1-й группы, которое почти вдвое превосходит их собственную оценку перед протезированием и показатели обследуемых 2-й группы, как при исходном обследовании, так и через 6 месяцев после него. Для наибольшей наглядности на рисунке графически, с помощью диаграмм, отмечены спектры распределения оценок разного уровня значимости.

В социологическом исследовании использовалась также модифицированная нами анкета качества жизни стоматологических пациентов, включающая в себя как аспекты стоматологического и общего здоровья, так и психосоциальные аспекты

(психическое состояние, сфера общения, семейные, трудовые или учебные отношения), состояние гигиены полости рта. Некоторые сложности составил вопрос о служебных (учебных) отношениях. В нем участвовали 49 человек из 78, так как, во-первых, никто из группы не занимался учебной деятельностью, а во-вторых, 29 человек к моменту обследования не работали. Ретроспективной оценки служебных отношений у них проводить не стали, а в статистических расчетах использовали показатели 49 человек, которые продолжали работать.

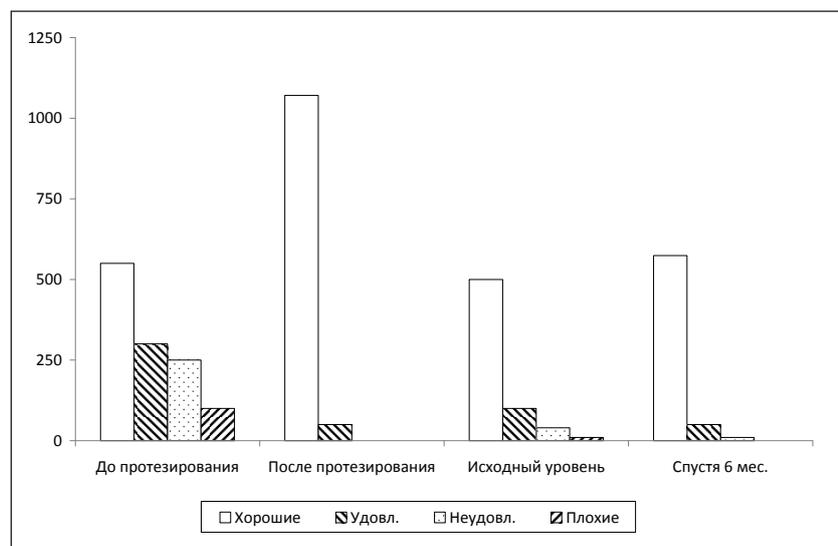
В индивидуальных анкетах суммарный показатель 29 человек по этому вопросу делили на частное от деления всех вопросов анкеты (9) на число ответов (8) и получали коэффициент поправки:  $9/8 = 1,125$ . На этот коэффициент умножался полученный суммарный балл и засчитывался после этих арифметических расчетов как показатель для каждого неработающего. Это, на наш взгляд, увеличивало чистоту эксперимента.

Средние результаты ответов на авторскую социологическую анкету качества жизни приведены в табл. 6. Из нее следует, что на изучаемые критерии давались количественно достоверно разные оценки в 6 из 9 пунктов ( $p < 0,05 - 0,0001$ ). И лишь в трех из них значимого различия определить не удалось ( $p > 0,05$ ). Это — «уровень общего морально-эмоционального состояния», «состояние семейных отношений», «состояние служебных отношений», т. е. психосоциальные аспекты. Ответы же, касающиеся физического общего и стоматологического здоровья, достоверно статистически отличались при сравнении их балльных величин.

Судя по суммарным средним показателям, балл, полученный до протезирования, —  $58,68 \pm 1,61$ , располагался по шкале оценок в удовлетворительном уровне, балл же, определенный после протезирования, по своей величине относился к хорошей оценке. Различие между ними было статистически значимым ( $p < 0,001$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка воздействия оптимизирующих мер на исходы лечения определялась как клинически, так и подтверждалась с помощью социологического исследования пациентов. Проведенное в работе социологическое исследование оценки качества немедлен-



Диаграммы распределения суммарных оценок качества жизни обследуемых  
Diagrams of the spread of total life quality outcomes of surveyed

Таблица 6

## Динамика показателей качества жизни обследуемых, определяемая результатами авторских анкет

Table 6

## Life quality dynamics based on the results of the author's questionnaire

Номер п/п	Критерий качества жизни	Перед протезированием (n = 78)	После протезирования (n = 78)	t/p
1	Общее физическое состояние	64,5±1,25	69,3±1,61	2,353/<0,05
2	Общее морально-эмоциональное состояние	68,4±1,21	71,4±1,38	1,64/>0,05
3	Состояние семейных отношений	76,4±1,80	75,2±1,64	0,49/>0,05
4	Состояние служебных отношений	81,1±1,31	78,2±1,43	1,49/>0,05
5	Состояние сферы общения	52,1±1,5	82,4±1,37	14,93/<0,0001
6	Эстетическое состояние внешнего вида зубов	46,7±1,47	88,8±1,37	20,95/<0,0001
7	Состояние функции жевания	37,4±1,51	90,2±1,41	25,51/<0,0001
8	Состояние функции речи	49,1±1,32	79,4±1,31	8,76/<0,001
9	Гигиеническое состояние полости рта	52,4±1,22	74,1±1,23	12,54/<0,0001
	Суммарный средний показатель	58,68±1,61	78,78±1,49	9,18/<0,001

ного имплантационного протезирования протяженными конструкциями и качества жизни его пользователей показало высокую эффективность осуществляемой нами оптимизации диагностики, профилактики и лечения, подтвердив высокие клинико-физиологические экспертные показатели и успешные исходы протезирования. Высокими показателями оценки качества проведенного протезирования и жизни пользователей протяженных непосредственных имплантационных протезов было дополнительно подтверждено влияние оптимизирующих мероприятий на успешность исходов проведенного в рамках данного исследования лечения. Удачно осуществленное протезирование оказывало стимулирующее влияние на все основные показатели качества жизни пользователей указанных конструкций протезов.

Среди основных практических рекомендаций при протезировании указанных категорий больных необходимо выделить, во-первых, поступательное и непрерывное профилактическое и терапевтическое воздействие на патогенную и условно патогенную флору, инфекцию и воспаление. При этом должны учитываться стадийность гигиенического протокола, его дифференциальная направленность и усиленная частота мероприятий. Последнее означает тщательный патронаж, т. е. отнесение группы пациентов с имплантационными протезами (особенно непосредственными и протяженными) к разряду декретированных диспансерных групп. Во-вторых, это применение мер уменьшения функциональной перегрузки периимплантатных тканей, прежде всего, обусловленное большой протяженностью имплантационного

непосредственного протеза. Доступные и эффективные меры дробления перегрузки, ее амортизации. При этом следует указать на метаморфозно быстрый скачок качества жизни пациентов. Дело в том, что между неудовлетворительным состоянием полости рта и обширной или полной потерей зубов, с одной стороны, и наложением полноценных протезов, с другой, проходило порой всего несколько часов. Надо добавить, что авторские анкеты, используемые для оценки качества протезирования и жизни, показали однонаправленную динамику и специфику результатов, как и известная анкета ОНП-14, используемая параллельно. Это свидетельствует о валидности предложенных и использованных нами анкет в данном пилотном исследовании. Для окончательного подтверждения и доказательства валидности предстоит проверить полученные нами обнадеживающие предварительные результаты на большом массиве респондентов. Но это уже будет проводиться вне рамок настоящего исследования.

В целом оценка, проведенная тремя методиками у двух групп пациентов, продемонстрировала удовлетворительное состояние всех составляющих качества жизни, переходящего после рационального использования непосредственных протяженных имплантационных протезов в хороший уровень качества жизни, в котором предполагается положительное влияние проведенных оптимизирующих мероприятий.

Таким образом, полученные результаты со всей очевидностью подтверждают не только возможность получения хороших результатов немедленного имплантационного протезирования протя-

женными ортопедическими конструкциями, но и являются поводом для широкого использования этого метода в силу его быстрой возможности нормализовать сниженные показатели качества жизни пациентов.

### Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

### Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial / M. Awad, D. Locker, N. Korner-Bitensky, J. Feine // *J. Dent. Res.* — 2000. — Vol. 79. — P. 1659–1663. doi: 10.1177/00220345000790090401.

2. Patient satisfaction and oral health-related quality of life outcomes of implant overdentures and fixed complete dentures / M. Brennan, F. Houston, M. O'Sullivan, B. O'Connell // *Int. J. Oral. Maxillofac. Implants.* — 2010. — Vol. 25. — P. 791–800. doi: 10.4317/medoral.20706.

3. The Burdens in Prosthetic Dentistry Questionnaire (BiPD-Q): development and validation of a patient-based measure for process-related quality of care in prosthetic dentistry / D. Reissmann, T. Hacker, D. Farhan, G. Heydecke // *Int. J. Prosthodont.* — 2013. — Vol. 26. — № 3. — P. 250–225. doi: 10.11607/ijp.3266.

4. Lopez R., Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp) // *BMC Oral Health.* — 2006. — Vol. 6. — P. 11. doi: 10.1186/1472-6831-6-11.

5. Hamdan N., Gray-Donald K., Awad M. et al. Do implant overdentures improve dietary intake? A randomized clinical trial // *J. Dent. Res.* — 2013. — Vol. 92 (Suppl. 12). — P. 146–153. doi: 10.1177/0022034513504948.

6. Dolz J., Silvestre F., Montero J. Changes in general and oral health-related quality of life in immediate or conventionally loaded dental implants: a nonrandomized clinical trial // *Int. J. Oral. Maxillofac. Implants.* — 2014. — Vol. 29. — № 2. — P. 391–401. doi: 10.11607/jomi.3479.

7. Consensus statements and clinical recommendations for prevention and management of biologic and technical implant complications / L. Heitz-Mayfield, I. Needleman, G. Salvi, B. Pjetursson // *Int. J. Oral Maxillofac. Impl.* — 2014. — Vol. 29 (suppl.). — P. 346–350. doi: 10.11607/jomi.2013.g5.

### REFERENCES

1. Awad M., Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. / M. Awad, D. Locker, N. Korner-Bitensky, J. Feine // *J. Dent. Res.* -2000.-v.79.-p.1659-1663. doi: 10.1177/00220345000790090401.

2. Brennan M., Patient satisfaction and oral health-related quality of life outcomes of implant overdentures and fixed complete dentures / M. Brennan, F. Houston, M. O'Sullivan, B. O'Connell // *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* -2010.-v.25.-p.791-800; Doi:10.4317/medoral.20706.

3. Reissmann D., The Burdens in Prosthetic Dentistry Questionnaire (BiPD-Q): development and validation of a patient-based measure for process-related quality of care in prosthetic dentistry / D. Reissmann, T. Hacker, D. Farhan, G. Heydecke // *Int. J. Prosthodont.* -2013.-v.26.-№3-p.250-25; doi: 10.11607/ijp.3266.

4. Lopez R., Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp) / R. Lopez, V. Baelum // *BMC Oral Health.* -2006.-v.6.-p.11. doi: 10.1186/1472-6831-6-11

5. Hamdan N., Do implant overdentures improve dietary intake? A randomized clinical trial. / N. Hamdan, K. Gray-Donald, M. Awad, L. Johnson-Down, e.a. // *J. Dent. Res.* -2013.-v.92 (12Suppl).-p.146-153. doi:10.1177/0022034513504948

6. Dolz J., Changes in general and oral health-related quality of life in immediate or conventionally loaded dental implants: a nonrandomized clinical trial. / J. Dolz, F. Silvestre, J. Montero // *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* -2014.-v.29.-№2-p.391-401. doi: 10.11607/jomi.3479.

7. Heitz-Mayfield L., Consensus statements and clinical recommendations for prevention and management of biologic and technical implant complications. / L. Heitz-Mayfield, I. Needleman, G. Salvi, B. Pjetursson // *Int. J. Oral Maxillofac. Impl.* -2014.-v.29.(suppl.).-p.346-350. doi: 10.11607/jomi.2013.g5.

Дата поступления статьи 21.04.2017

Дата публикации статьи 23.10.2017