

зуб не подвижен. На 3-10 сутки слизисто-надкостничный лоскут закрывал дефект, при глубокой пальпации компактная пластинка сглажена, ровная. Перкуссия горизонтальная и вертикальная безболезненна. Десневой край не всегда плотно облегал шейку зуба. Швы снимались на 7-8 день.

Полученные данные позволят углубить знания патогенеза репаративных нарушений у больных с воспалительно-деструктивными процессами челюстно-лицевой области, улучшить результаты оперативных вмешательств в амбулаторной стоматологической практике, снизить частоту послеоперационных осложнений.

Таким образом, анализ результатов лечения рецессии десны, разработанный нами с учетом F.R.P технологий, свидетельствует о положительном влиянии лоскутной операции на стабилизацию процесса, при этом снижается количество рецидивов за-

болевания, что является основанием для широкого внедрения данной методики в практическое здравоохранение, отделения хирургической стоматологии поликлиник. При использовании данного метода отпадает необходимость в каких-либо химических препаратах, что повышает его безопасность для пациента и сокращает время проведения данной операции.

## Литература

1. Роль пластической пародонтальной хирургии при увеличении прикрепленной десны для устранения локальной и генерализованной рецессии / Т.Н.Модина, Л.А.Григорянц, И.Р.Гранжа, М.В.Болбат, Э.Г.Старикова, Е.Ю.Блинова // Клиническая стоматология - 2006/2 - С.36-39.
2. Кулаков А.А. Клинические аспекты увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации / А.А.Кулаков // Клиническая имплантология - 2005/5 - С.70-74.

## Дефекты зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации

Р.Т.Насыров, Ф.Ф.Маннанова, Л.Б.Новикова

### Defects of teeth and dental series in their recovery

RT Nasirov, FF Mannanova, LB Novikova

#### Резюме

Определены показатели качества жизни у стоматологических больных с различной топографией дефектов зубных рядов в процессе их реабилитации с использованием русской версии опросника MOS SF - 36. Выявлено статистически значимое улучшение показателей качества жизни по шкалам ролевого эмоционального функционирования (РЭФ), социальной активности (СА), психологического здоровья (ПЗ) после лечения. Тенденция улучшения показателей качества жизни отмечена по всем остальным шкалам.

**Ключевые слова:** стоматологические больные, качество жизни, дефекты зубных рядов, реабилитация.

#### Summary

Were identified indexes of quality of life of dental patients with varying topography of defects of dental series in their recovery, using the Russian version of the questionnaire MOS SF - 36. Was brought out a statistically significant improvement in the indexes of quality of life for the scales of role emotional functioning (REF), social activity (SA), mental health (MH) after treatment. The tendency of improvement in the quality of life is marked on all other scales.

**Keywords:** : dental patients, quality of life, defect of dental series, rehabilitation.

#### Введение

Понятие качество жизни (КЖ) включает в себя характеристики физического, психологического, эмоционального и социального

функционирования человека. В современной медицине КЖ является дополнительным критерием оценки эффективности проводимого лечения, а также позволяет прово-

дить мониторинг и коррекцию хода лечения. Субъективная оценка своего состояния, данная больным, является достаточно надежным показателем адекватности проводимого лечения [1].

Здоровые зубы несут три основные функции в установлении и поддержании высокого качества жизни каждого человека: здоровые зубы как главный фактор, обуславливающий качество питания человека; зубы и их эстетическая роль; здоровые зубы как символ благополучия человека [2].

Необходимо отметить еще одну немало-важную роль зубов: зубы - важный атрибут полноценной речи, активного вербального общения, комму-никабельности в любом возрасте, а следовательно, полноценности психики и поведенческих реакций [3,4].

Во многих случаях ситуация, связанная с процессом жевания и выбором пищи, может быть исправлена с помощью эффективного протезирования. Как отражается результат ортопедического лечения зубов и зубных рядов на качестве жизни в литературе мы не встречали.

В связи с этим целью нашего исследования явилось определение показателей качества жизни в комплексном исследовании в процессе реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов ортопедическими методами.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 113 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет, обратившихся за ортопедической стоматологической помощью - основные группы. Контрольную группу составили 20 здоровых людей в возрасте от 20 до 45 лет, результаты тестирования которых были приняты за норму. Сформированные группы были однородны по ряду основных признаков, в том числе по таким, как социальное положение и демографические показатели.

Пациентов распределили на две основные группы. Первая группа с дефектами зубных рядов в видимой их части, которая в свою очередь поделена на две подгруппы: 1А группа (n=47) - пациенты с дефектами коронок зубов и зубных рядов во фронтальном отделе (IV класс по Кеннеди), 1Б (n=15) - с дефектами во фронтальном отделе в сочетании с дефектами в боковых участках зубных

дуг (III и IV класс по Кеннеди). Вторая группа (n=50) имела дефекты только в боковых участках зубных рядов в невидимой их части (III класс по Кеннеди). Ортопедическое лечение проведено с применением современных эстетичных высокотехнологичных методов несъемного зубного протезирования (прорезы из металлокерамики, из безметалловой керамики, а также с опорой на дентальные имплантаты и т.д.).

Мы использовали для оценки эффективности ортопедического лечения больных с дефектами коронок зубов и зубных рядов, наряду со стоматологическими общеизвестными методами, оценку качества жизни с использованием русской версии опросника MOS SF - 36 [5]. Опросник включает следующие шкалы:

- Физическое здоровье (ФЗ).

- Физическое функционирование (ФФ) - способность выполнять те или иные нагрузки в повседневной жизни.

- Ролевое физическое функционирование (РФФ) - влияние физического здоровья на ролевое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье ограничивает физические нагрузки: работу, повседневную деятельность.

- Боль (Б) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, неприятные ощущения.

- Общее состояние здоровья (ОЗ) - оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент времени и перспектив лечения, сопротивляемость болезни.

- Жизненность (Ж) - ощущение себя полным сил, энергичным или, напротив, обессиленным.

- Социальная активность (СА) - удовлетворение своей социальной деятельностью, степенью ограничения ее физическим и эмоциональным состоянием, настроением в отношении профессиональной деятельности.

- Ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, степень при которой эмоциональное состоя-

Таблица 1

Показатели качества жизни у стоматологических больных с различной топографией дефектов зубных рядов до лечения и в процессе их реабилитации.

| Показатели | Контр. гр. N=20   | До лечения        |                   |                   | После лечения     |                   |                   |                      |                      |                   |                                 |                                |                      |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
|            |                   |                   |                   |                   | Через 1 неделю    |                   |                   | Через 1 месяц        |                      |                   | Через 3 месяца                  |                                |                      |
|            |                   | 1А N=47           | 1Б N=15           | 2 N=50            | 1А N=47           | 1Б N=15           | 2 N=50            | 1А N=47              | 1Б N=15              | 2 N=50            | 1А N=47                         | 1Б N=15                        | 2 N=50               |
| ОЗ         | 62,3<br>±<br>6,8  | 57,8<br>±<br>8,1  | 55,1<br>±<br>9,4  | 60,1<br>±<br>7,5  | 57,3<br>±<br>8,1  | 55,4<br>±<br>9,5  | 60,4<br>±<br>7,6  | 60,4±9,1             | 58,4±9,2             | 61,2<br>±<br>7,5  | 61±8,4                          | 59,3±9,1                       | 61,6±7,5             |
| ФФ         | 83,4<br>±<br>10,2 | 81,5<br>±<br>10,6 | 82,3<br>±<br>13,7 | 80,3<br>±<br>10,6 | 81,2<br>±<br>10,3 | 81,9<br>±<br>13,8 | 80,8<br>±<br>10,5 | 83,1±10,2            | 83,4±13,2            | 84,2<br>±<br>10,1 | 83,8±10,1                       | 84,9±13,1                      | 84,8±10,1            |
| РФФ        | 74,5<br>±<br>9,4  | 72,4<br>±<br>10,3 | 70,1<br>±<br>9,8  | 73,1<br>±<br>5,8  | 72,1<br>±<br>10,4 | 70,6<br>±<br>9,7  | 73,6<br>±<br>5,8  | 72,9±10,2            | 72,1±9,4             | 73,6<br>±<br>5,8  | 73,7±9,8                        | 72,4±9,4                       | 74,4±5,7             |
| РЭФ        | 72,4<br>±<br>10,3 | 57,2<br>±<br>11,1 | 56,3<br>±<br>9,7  | 66,7<br>±<br>10,4 | 60,6<br>±<br>10,7 | 60,8<br>±<br>9,5  | 67,9<br>±<br>10,1 | 63,5±10,4<br>P1<0,05 | 65,4±9,7<br>P1<0,05  | 68,4<br>±<br>9,8  | 69,5±10,1<br>P1<0,05<br>P2<0,05 | 68,7±9,4<br>P1<0,05<br>P2<0,05 | 70,9±9,3<br>P1<0,05  |
| СА         | 76,4<br>±<br>9,1  | 60,6<br>±<br>9,2  | 62,7<br>±<br>12,5 | 71,2<br>±<br>10,5 | 61,2<br>±<br>9,5  | 63,7<br>±<br>12,6 | 71,9<br>±<br>10,3 | 67,6±8,7<br>P1<0,05  | 70,7±11,6<br>P1<0,05 | 73,4<br>±<br>10,1 | 73,4±8,8<br>P1<0,05<br>P2<0,05  | 72,9±11,5<br>P1<0,05           | 75,5±9,7<br>P2<0,05  |
| Б          | 77,3<br>±<br>7,9  | 72,2<br>±<br>8,3  | 71,5<br>±<br>8,7  | 75,6<br>±<br>7,6  | 72,1<br>±<br>8,7  | 71,8<br>±<br>8,6  | 75,1<br>±<br>7,6  | 73,9±8,1             | 73,4±8,5             | 77,1<br>±<br>7,8  | 75,1±7,7                        | 74,4±8,7                       | 77,1±7,2             |
| ПЗ         | 67,1<br>±<br>9,9  | 52,3<br>±<br>8,7  | 50,4<br>±<br>10,7 | 61,4<br>±<br>10,7 | 53,1<br>±<br>8,6  | 51,6<br>±<br>10,4 | 61,9<br>±<br>10,8 | 58,1±8,3<br>P1<0,05  | 60,6±9,1<br>P1<0,05  | 63,1<br>±<br>10,2 | 62,1±7,6<br>P1<0,05<br>P2<0,05  | 65,7±9,9<br>P1<0,05<br>P2<0,05 | 64,8±10,1<br>P1<0,05 |
| Ж          | 58,4<br>±<br>8,5  | 51,4<br>±<br>9,7  | 53,3<br>±<br>10,7 | 57,9<br>±<br>7,9  | 51,4<br>±<br>9,9  | 54,1<br>±<br>10,4 | 58,1<br>±<br>7,6  | 54,4±9,3             | 56,8±9,7             | 58,7<br>±<br>8,1  | 58,4±8,7                        | 58,2±9,3                       | 59,7±7,4             |

**P1 – достоверность показателей через 1 месяц относительно данных исследования до лечения; P2 – достоверность данных исследования через 3 месяца относительно исследования через 1 месяц после окончания лечения.**

ние мешает выполнению работы или другой деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества.

- Психическое здоровье (ПЗ) - настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Более высокие значения шкал соответствуют более высокому уровню качества жизни (КЖ).

Больные заполняли опросник SF-36 перед началом лечения, через 1 неделю после фиксации протезов, через 1 месяц после завершения лечения, через 3 месяца после

окончания лечения.

Полученные данные обработаны статистически с использованием критериев Фридмана, Ньюмена-Кейлса, Крускала-Уоллиса. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для проведения вычислений использовалась программа «СТАТИСТИКА» [6,7]. У женщин и у мужчин статистически достоверных различий в показателях не нашли и поэтому анализ провели без половых различий.

## Результаты

По результатам анализа данных опросника SF-36, полученных до лечения, выяв-

Рисунок 1

**Показатели качества жизни по опроснику SF-36 до лечения**

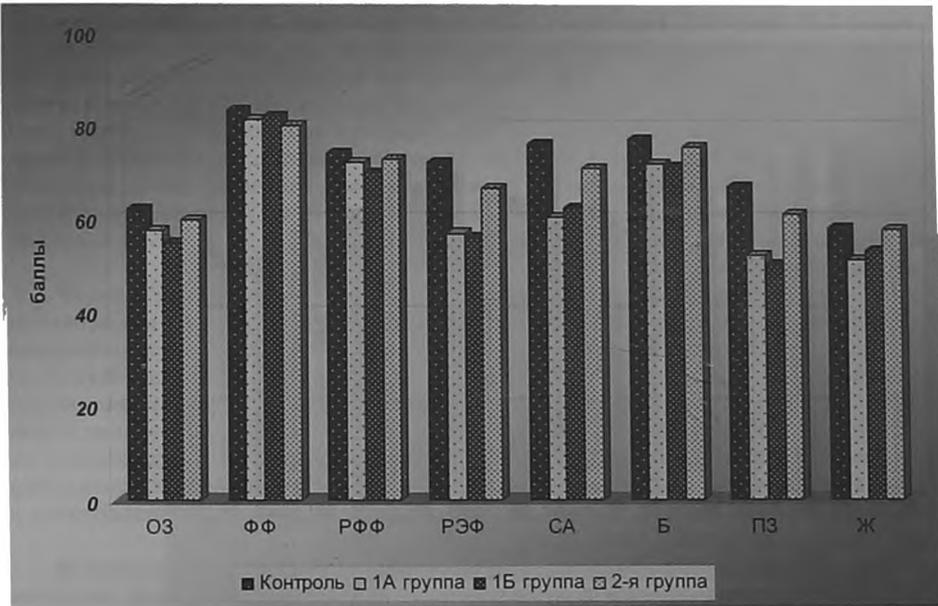
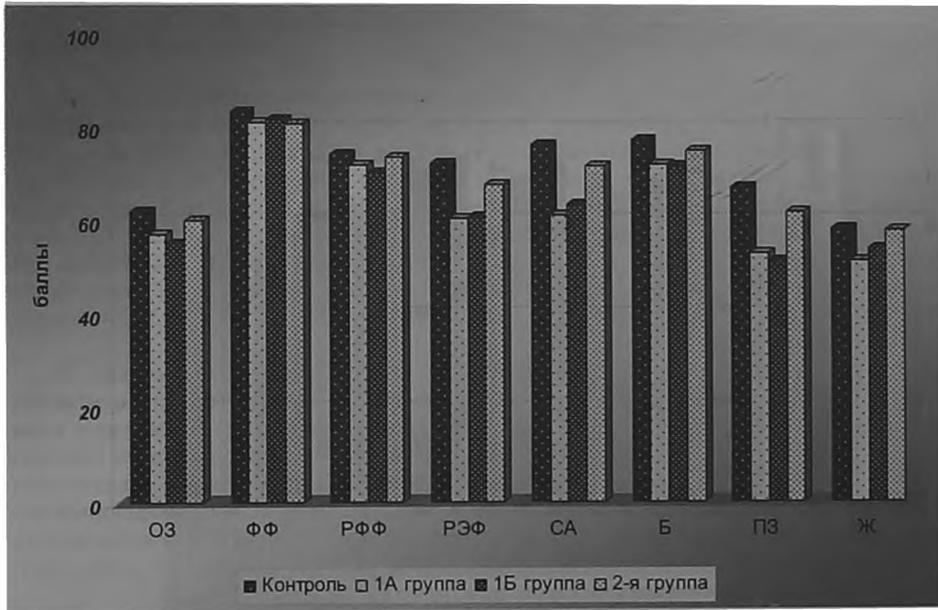


Рисунок 2

**Показатели качества жизни по опроснику SF-36 через 1 неделю после фиксации протезов**



ОЗ - показатели шкалы общего здоровья  
 ФФ - показатели шкалы физического функционирования  
 РФФ - показатели шкалы ролевого физического функционирования  
 РЭФ - показатели шкалы ролевого эмоционального

функционирования  
 СА - показатели шкалы социальной активности  
 Б - показатели шкалы боли  
 ПЗ - показатели шкалы психического здоровья  
 Ж - показатели шкалы жизнненности

Рисунок 3

**Показатели качества жизни по опроснику SF-36 через 1 месяц после завершения лечения**

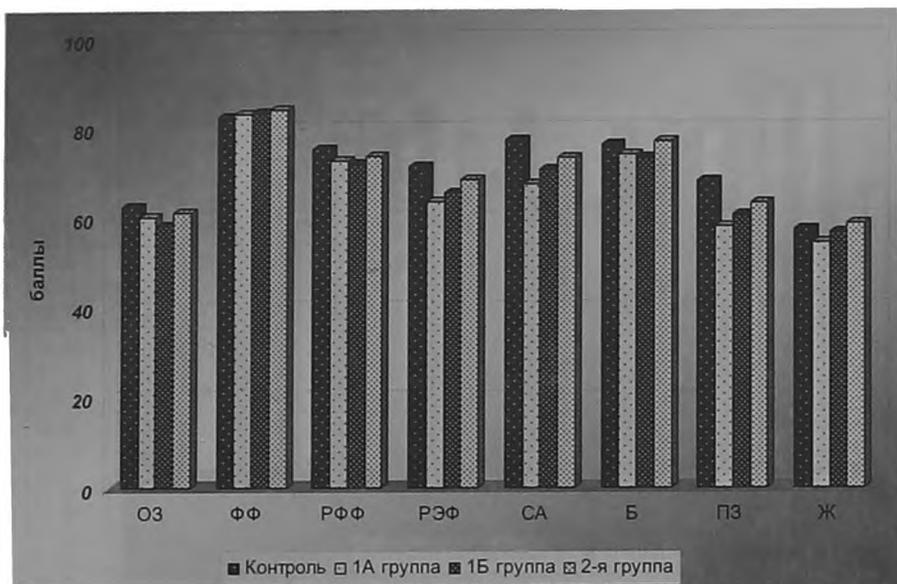
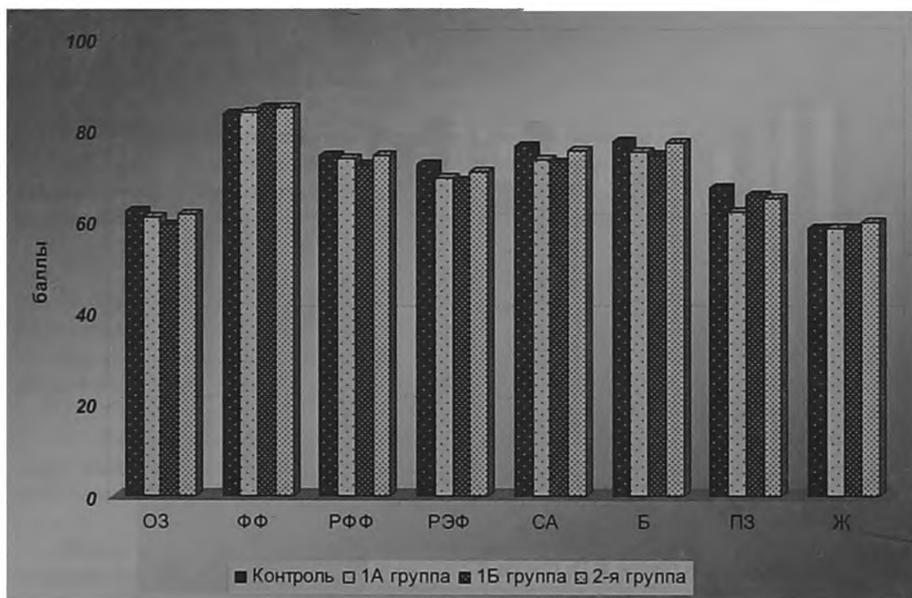


Рисунок 4

**Показатели качества жизни по опроснику SF-36 через 3 месяца после завершения лечения**



ОЗ - показатели шкалы общего здоровья  
 ФФ - показатели шкалы физического функционирования  
 РФФ - показатели шкалы ролевого физического функционирования  
 РЭФ - показатели шкалы ролевого эмоционального

функционирования  
 СА - показатели шкалы социальной активности  
 Б - показатели шкалы боли  
 ПЗ - показатели шкалы психического здоровья  
 Ж - показатели шкалы жизнненности

лено снижение всех изучаемых параметров КЖ у стоматологических больных с дефектами зубов и зубных рядов (таб.1, рис.1). Полученные данные свидетельствуют, что низкие показатели качества жизни до лечения у пациентов с нарушением эстетической составляющей (1А и 1Б группы) достоверно ниже ( $P < 0,05$ ) в сравнении с контрольной и второй группой по шкале социальной активности (СА), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психического здоровья (ПЗ).

Через 1 неделю после фиксации зубных протезов мы наблюдали улучшение только некоторых показателей, более выраженное по шкале ролевого эмоционального функционирования (РЭФ). Остальные показатели почти не изменились, что свидетельствовало о необходимости комплексной психоэмоциональной коррекции в периоде адаптации к изготовленным протезам (таб.1, рис.2).

В процессе дальнейшего наблюдения отмечалось повышение показателей качества жизни во всех группах, что подтверждалось достоверным повышением показателя шкалы ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) на 6,3 балла в 1А группе ( $P1^* < 0,05$ ), на 9,1 - в 1Б группе ( $P1 < 0,05$ ), на 1,7 - во 2-й группе по истечении 1 месяца после фиксации зубных протезов (рис. 3).

По шкале социальной активности (СА) на 7 баллов в 1А группе ( $P1 < 0,05$ ), на 8,1 - в 1Б группе ( $P1 < 0,05$ ), на 2,2 - во 2-й группе, по шкале психического здоровья (ПЗ) в 1А группе - на 5,8 ( $P1 < 0,05$ ), в 1Б группе - на 10,3 ( $P1 < 0,05$ ), во 2-й группе - на 1,7. По остальным шкалам также наблюдалась тенденция ( $P1 > 0,05$ ) к повышению уровня показателей.

У больных во всех группах отмечено увеличение показателей качества жизни по всем шкалам, больше выраженное в 1А и 1Б группах по сравнению с 2 группой. При этом показатели, полученные через 1 месяц после фиксации зубных протезов, в 1Б группе улучшились значительно, чем в 1А группой (таб.1, рис. 1 и 3).

По истечении 3 месяцев после фиксации зубных протезов и полной адаптации к ним наблюдалась тенденция еще большего повышения показателей уровня КЖ практически по всем шкалам во всех группах, более выраженное в 1А группе, чем в 1Б. Получены

следующие результаты (сравнение с этапом до лечения): повышение показателей по шкале ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) на 12,3 балла в 1А группе ( $P1 < 0,05$ ), на 12,4 - в 1Б группе ( $P1 < 0,05$ ), на 4,2 - во 2-й группе; по шкале социальной активности (СА) на 12,8 балла в 1А группе ( $P1 < 0,05$ ), на 10,2 - в 1Б группе ( $P1 < 0,05$ ), на 4,2 - во 2-й группе ( $P1 < 0,05$ ); по шкале психического здоровья (ПЗ) в 1А группе на 9,9 балла, в 1Б группе - на 15,3, во 2-й группе - на 3,4 балла ( $P1 > 0,05$ ) (таб.1, рис. 1 и 4). Более низкий уровень показателя по шкале СА до лечения, по нашему мнению, связан с влиянием депрессии (коэффициент ранговой корреляции Спирмена  $rs = 0,39$ ;  $p = 0,01$  в 1А группе,  $rs = 0,63$ ;  $p = 0,02$  в 1Б группе,  $rs = 0,18$ ;  $p = 0,2$  в 2 группе), особенно в первых группах, где более выражены косметические дефекты. Депрессия приводит к глубоким изменениям в эмоциональной, интеллектуальной и соматической сферах функционирования организма и проявляется в снижении активности, работоспособности и изменении поведения человека, что согласуется с точкой зрения некоторых авторов [4,5]. Это подтверждают показатели шкалы ПЗ до лечения ( $rs = 0,29$ ;  $p = 0,05$  в 1А группе,  $rs = 0,54$ ;  $p = 0,05$  в 1Б группе,  $rs = 0,26$ ;  $p = 0,1$  в 2 группе) и РЭФ ( $rs = 0,36$ ;  $p = 0,02$  в 1А группе,  $rs = 0,54$ ;  $p = 0,05$  в 1Б группе,  $rs = 0,17$ ;  $p = 0,1$  в 2 группе) у наблюдаемых нами пациентов.

По сравнению с третьим этапом исследования (через 1 месяц после окончания исследования) уровень качества жизни изменился по шкале: ролевое эмоциональное функционирование увеличилось в 1А группе на 6 баллов ( $P2^* < 0,05$ ), в 1Б группе - на 3,3 балла, во 2-й группе - на 2,5 балла; социальная активность увеличилась в 1А группе на 5,8 балла ( $P2 < 0,05$ ), в 1Б группе - на 2,2 балла, во 2-й группе - на 2,1 балла; психологическое здоровье увеличилось в 1А группе на 4 балла ( $P2 < 0,05$ ), в 1Б группе - на 5,1 балла ( $P2 < 0,05$ ), во 2-й группе - на 1,7 балла (таб.1, рис. 4).

## Заключение

Таким образом, выявлено снижение показателей уровня качества жизни по всем шкалам опросника MOS SF - 36 у всех пациентов с дефектами зубов и зубных рядов по сравнению с группой контроля, особенно выраженное в группах с дефектами во фронтальном участке

*\*Достоверность P1 относительно данных исследования до лечения.*

зубных рядов, в видимой их части. Достоверное повышение показателей уровня качества жизни произошло по шкалам социальной активности (СА), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психического здоровья (ПЗ) во всех группах в процессе их реабилитации после фиксации изготовленных эстетических конструкций, достоверно через 1 месяц после их адаптации к ним. Через 3 месяца после полной их адаптации к зубным протезам показатели качества жизни у стома-

тологических больных почти не отличались от показателей контрольной группы.

Оценка качества жизни как прогностического фактора может быть полезна при планировании индивидуального стоматологического лечения в комплексе с психозомциональной коррекцией для улучшения его результатов и может явиться основой реабилитационных программ контроля качества оказанной медицинской помощи.

## Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: «ОЛМА Медиа Групп»; 2007. – С. 14-15.
2. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни. Стоматология 2000; 5: 10-13.
3. Леонтьев В.К. Зубы и качество жизни. Труды V съезда Стоматологической Ассоциации. М.: 1999: 60 - 67.
4. Леонтьев В.К., Макарова Р.П., Кузнецова Л.И. и соавт. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля. Стоматология 2001; 6: 63 - 64.

# ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОИНЕРТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ф.И. Кислых, Г.И. Рогожников, Н.Б. Асташина, С.И. Рапекта.

## USE OF BIOLOGICALLY INACTIVE MATERIALS IN SURGICAL AND ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH JAWS DEFECTS

F.I.Kyslikh, G.I.Rogozhnikov, N.B.Astashina, S.I.Rapekta

### Резюме

Цель работы: оценка клинической эффективности применения современных конструкционных материалов при комплексном лечении пациентов с дефектами верхней челюсти и после остеопластических операций на нижней челюсти.

В данной статье представлен обзор основных методов замещения дефектов челюстных костей с использованием различных пластических материалов, в том числе: алло- и аутоотрансплантатов, имплантатов, выполненных из углеродного композиционного материала «Углекон М». Показаны возможности применения сплавов титана в челюстно – лицевой ортопедии. Описаны результаты хирургического и ортопедического лечения больных с дефектами челюстных костей с использованием современных конструкционных материалов.

**Ключевые слова:** дефект челюсти, углеродные имплантаты, сплавы титана, зубочелюстные протезы.

### Summary

The aim of the investigation is evaluation of clinical efficiency of the use of modern constractional materials in complex treatment of patients with defects of upper jaw and after osteoplastic operations on the lower jaw.

The abstract contains survey of the main methods of jaw bones defect replacement with the use of different plastic materials including allo- and autotransplants, implants made from carbonic composition material "Uglekon-M". Possibilities of titanium alloy use in maxillofacial orthopedy are demonstrated. The results of surgical and orthopedic treatment of patients with jaw bones defects with the use of modern constractional materials are given.

**Key words:** jaw defect, carbonic implants, titanium alloys, dentomaxillary prostheses.