

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК АСПЕКТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ

Ю. П. Мансур

Волгоградский государственный медицинский университет,
курс стоматологии общей практики кафедры стоматологии ФУВ

Были обследованы 50 взрослых пациентов с аномалиями окклюзии, проходивших ортодонтическое лечение брекет-системой, а также 50 ортодонтически здоровых лиц. Установлены параметры качества жизни взрослых лиц без ортодонтической патологии, а также пациентов перед, на различных этапах и после завершения ортодонтического лечения.

Ключевые слова: качество жизни, ортодонтическое лечение.

MALOCCLUSION AS AN ASPECT OF QUALITY OF LIFE IN ADULT PERSONS

Y. P. Mansour

50 adult patients with malocclusion who had had a course of orthodontic treatment using a bracket system and 50 patients without malocclusion were examined. The parameters of quality of life of the patients without malocclusion and those with the pre-existing malocclusion, during and after orthodontic treatment were established.

Key words: quality of life, orthodontic treatment.

Влияние зубочелюстных аномалий и деформаций на качество жизни человека отмечено рядом зарубежных исследователей [3, 4]. Несмотря на то, что распространенность ортодонтической патологии у взрослых довольно высока, и колеблется, по данным различных авторов, в пределах от 11,4 до 71,7 % [2], в отечественной литературе нами не найдено опубликованных исследований, посвященных изучению их качества жизни. Норма качества жизни является величиной относительной, поэтому полученные за рубежом данные не могут быть критериями для исследований российского населения [1]. Все это обусловило интерес к данной теме.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повысить эффективность ортодонтического лечения у взрослых пациентов на основе применения показателей качества жизни.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования: простое рандомизированное исследование в параллельных группах.

Критерии включения в исследование: возраст 18—24 года; отсутствие зубочелюстных аномалий и деформация (для группы здоровых лиц), наличие аномалии зубных рядов I класса по Энгля (в том числе в сочетании с другими ортодонтическими патологиями, преждевременным удалением зубов — для группы лиц, имеющих ортодонтическую патологию); отсутствие острых общесоматических заболеваний, или хронических в стадии декомпенсации; санированная полость рта; согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие ортодонтической патологии (для пациентов 1-й группы); наличие у паци-

ента ортодонтической патологии II и III класса по Энгля (для пациентов 2-й группы); отсутствие санации полости рта; наличие острых общесоматических заболеваний, или хронических в стадии декомпенсации; отказ пациента на участие в исследовании; наличие беременности пациентки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При помощи модифицированного нами опросника было проведено обследование 50 пациентов, не имеющих ортодонтической патологии (группа 1), а также 50 взрослых ортодонтических пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении (группа 2). В исследовании участвовали равное количество женщин и мужчин в возрасте 18—24 лет. Выявленные показатели качества жизни пациентов 1 группы представлены в табл. 1.

Обращает на себя внимание разница показателей качества жизни (КЖ) у мужчин и женщин по отдельным шкалам опросника. Так, по шкалам жевательных функций (ЖФ), физического состояния (ФС) и эстетических функций (ЭФ) показатели качества жизни у мужчин были ниже, чем у женщин, в то время как по шкалам психологического состояния (ПС) и социального взаимодействия (СВ) — выше ($p < 0,05$). Итоговый общий показатель качества жизни в исследуемых группах статистически не отличался ($p > 0,05$).

Во 2-й группе проводилось исследование показателей качества жизни перед началом ортодонтического лечения (Т1), через 1 месяц после постановки брекет-системы (Т2), перед снятием брекет-системы (Т3), а также в ретенционном периоде, через 1 год после снятия брекет-системы (Т4). Полученные результаты приведены в табл. 2.

Таблица 1

Показатели качества жизни лиц, не имеющих ортодонтической патологии

Шкала	Пол	M	Sigma	Процентили					Zadj	p*
				2,5	25	Медиана	75	97,5		
ЖФ	Жен.	87,6	4,1	78,7	86,7	90	90	93,3	4,62	0,000004
	Муж.	79,2	5,5	71,9	73,3	80	83,3	88,1		
	Все	83,5	6,4	73,3	80	83,3	90	93,3		
ФС	Жен.	92,5	4,4	84,5	88,9	93,3	95,6	97,8	5,61	0,00000002
	Муж.	81,3	3,8	75,5	77,8	81,1	84,5	87,6		
	Все	87,0	7,0	75,5	82,2	86,7	93,3	97,8		
ПС	Жен.	80,6	4,9	73,2	76,7	80,0	83,3	90,0	4,19	0,000028
	Муж.	88,5	5,5	80,0	83,3	90,0	93,3	96,7		
	Все	84,5	6,5	73,3	80,0	83,3	90,0	96,7		
СВ	Жен.	75,4	7,1	65,0	70,0	75,0	80,0	90,0	4,05	0,000051
	Муж.	85,2	7,3	72,9	80,0	85,0	90,0	98,9		
	Все	80,2	8,7	65,0	71,3	80,0	85,0	97,4		
ЭФ	Жен.	95,7	4,7	86,4	92,0	96,0	100,0	100,0	2,99	0,00275
	Муж.	90,0	7,8	73,2	85,8	92,0	96,0	100,0		
	Все	92,9	7,0	80,8	90,5	96,0	100,0	100,0		
КЖ	Жен.	431,9	15,5	401,6	427,0	433,7	441,3	453,7	1,08	0,28
	Муж.	424,1	23,8	390,0	404,4	423,4	445,1	460,9		
	Все	428,1	20,2	389,0	414,0	431,6	442,0	460,9		

*p по Вилкоксоу.

Таблица 2

КЖ ортодонтических пациентов в зависимости от стадии ортодонтического лечения

Шкала	T1	T2	T3	T4
Жевательные функции (ЖФ)	67,4	54,6	75,6	84,3
Физическое состояние (ФС)	79,9	73,2	84,3	89,7
Психическое состояние (ПС)	59,5	73	80	87,5
Социальное взаимодействие (СВ)	61,9	70,2	79,8	83,4
Эстетические функции (ЭФ)	52,4	60,6	83,8	89,2
Суммарный балл по опроснику	321,1	331,6	403,5	434,1

Тестирование пациентов перед ортодонтическим лечением (Т1) выявило статистически значимое ($p < 0,05$) снижение показателей КЖ по всем шкалам у всех пациентов, имеющих зубочелюстную патологию. Однако уже через месяц после полной фиксации брекет-системы (Т2) итоговые показатели КЖ большинства пациентов улучшились. При этом динамика показателей по шкалам опросника была различной. Так, по шкале ЖФ, при повторном тестировании после фиксации брекет-системы произошло ухудшение показателей КЖ пациентов. Также произошло их снижение по шкале ФС. В то же время по шкале ПС был зафиксирован их рост. Уже через месяц после фиксации брекет-системы пациенты начинали чувствовать себя более уверенно. Шкала СВ также выявила рост показателей КЖ в ходе ортодонтического лечения. Наиболее выраженное снижение показателей КЖ до лечения наблюдалось по шкале ЭФ. Уже после фиксации брекет-системы показатели самооценки эстетики лица и улыбки у большинства пациентов улучшились, и продолжали расти в ходе ортодонтического лечения.

Тестирование перед снятием брекет-системы (Т3) показало восстановление показателей ЖФ у пациентов

до значений, несколько превышающих исходные, однако остающихся пониженными. По шкале ФС показатели КЖ уже соответствовали норме по всем вопросам. Восстановление показателей КЖ до нормы произошло также по шкалам ПС и СВ. Показатели шкалы ЭФ также значительно выросли, оставаясь, однако, ниже, чем в контрольной группе.

Обследование пациентов в ретенционном периоде (Т4) выявило дальнейший рост показателей КЖ по всем шкалам опросника, которые в ряде случаев даже превышали таковые у ортодонтически здоровых лиц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования были установлены показатели качества жизни здоровых лиц, а также пациентов, имеющих ортодонтическую патологию. Установлено, что наличие ортодонтической патологии значительно снижает качество жизни пациента. Проведенное ортодонтическое лечение позволяет улучшить показатели качества жизни пациентов до значений, близких к норме, еще до снятия брекет-системы. Отсутствие положительной динамики показателей качества жизни или

незначительная их выраженность могут служить индикатором скрытой неудовлетворенности пациента проводимым лечением даже в том случае, если жалобы с его стороны на данный момент отсутствуют. Детальный анализ анкеты в сочетании с дополнительным обследованием пациента в данной ситуации помогает выявить «проблемную зону» ортодонтического лечения и скорректировать его тактику до снятия брекет-системы, уменьшив таким образом риск возникновения осложнений, а также претензий со стороны пациента после его окончания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мансур Ю. П., Казанцева И. А. Качество жизни взрослых пациентов с аномалиями окклюзии в ходе ортодонтического лечения // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — № 4; URL: <http://www.science-education.ru/118-14062> (дата обращения: 23.07.2014).

2. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф. Я. Хорошилкина. — М.: Мед. информ. агентство, 2006. — 544 с.

3. Kenealy P. M., Kingdon A., Richmond S., Shaw W. C. The Cardiff dental study: a 20-year critical evaluation of the psychological health gain from orthodontic treatment // Br J Health Psychol. — 2007. — Vol. 12. — P. 17—49.

4. Kressin N., Spiro A., Bosse R., Garcia R., Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: founding from the normative aging study. — Medical Care. — 1996. — Vol. 34. — P. 416—427.

Контактная информация

Мансур Юлия Петровна — ассистент курса стоматологии общей практики кафедры стоматологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: juliam75-1@yandex.ru

УДК 615.015:616.379-008.64:616-092.9

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У КРЫС

**А. А. Спасов, А. В. Смирнов, О. А. Соловьева, В. А. Кузнецова,
Н. Г. Паньшин, А. И. Мацевич**

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградский медицинский научный центр, НИИ фармакологии,
кафедра фармакологии, кафедра патологической анатомии*

В настоящей работе представлены результаты, свидетельствующие о развитии ранних проявлений диабетической нефропатии при стрептозотоциновой интоксикации у крыс (повышение клиренса креатинина, микроальбуминурия, гипертрофия почек), что подтверждается данными морфологического и иммуногистохимического исследования ткани почек.

Ключевые слова: диабетическая нефропатия, стрептозотозин, неферментативное гликозилирование.

EXPERIMENTAL MODEL OF DIABETIC NEPHROPATHY IN RATS

**A. A. Spasov, A. V. Smirnov, O. A. Solovyova, V. A. Kuznetsova,
N. G. Panshin, A. I. Matsevich**

This study provides the findings of the study of the development of the early symptoms of diabetic nephropathy in streptozotocin-induced models of diabetes mellitus in rats (increased creatinine clearance, microalbuminuria, renal hypertrophy) confirmed by morphological and immunohistochemical studies of kidney tissue.

Key words: diabetic nephropathy, streptozotocin, non-enzymatic glycation.

Ведущим метаболическим фактором, запускающим каскад патологических изменений в клетках клубочков и канальцев почек при сахарном диабете (СД), является гипергликемия. Она индуцирует неферментативное гликозилирование (гликирование) белков, окислительный стресс, активирует протеинкиназу С, митоген-активирующую протеинкиназу, действие факторов роста, цитокинов, вызывающих повреждение почек на уровне клетки [1, 4]. Гликирование белков базальной мембраны почечных клубочков (коллаген IV типа, ламинин, гепарансульфат и др.) приводит к изменению их

структуры и свойств, утолщению базальной мембраны сосудов клубочка, расширению мезангиального матрикса, снижению уровня гломерулярной фильтрации, что предшествует таким необратимым процессам, как гломерулосклероз и тубулоинтерстициальный фиброз, которые характеризуют финальные стадии развития нефропатии [9].

В настоящее время в клинической практике нет препаратов, способных ингибировать образование конечных продуктов гликирования в организме, поэтому экспериментальное изучение веществ, которые могут