

з'єднання між металом та полімером був створений за загальноприйнятою методикою з використанням перл, та за запропонованою нами методикою нанесення адгезивної механічної системи.

Величина сили зчеплення зразків, у виготовлених за нашою методикою становить  $22,81 \pm 0,29$  Мра, що є достовірно більшим ( $P < 0,001$ ) ніж  $15,40 \pm 0,05$  МПа у зразках, виготовлених при використанні загальноприйнятої методики (за допомогою перл).

**Висновки.** 1. Застосування в практиці ортопедичної стоматології нового покривного лаку «Синма М+V», який виключає просвічування металу крізь облицювальний шар полімеру та завдяки високим показникам міцності адгезивного зв'язку до металеві поверхні підвищує якість та гарантійний термін конструкції.

2. На адгезивну міцність системи «метал – лак покривний – полімер» одночасно впливає декілька різних факторів, починаючи з способу обробки металевого каркасу, адгезивних властивостей покривного лаку та фізико-механічної якості облицювального матеріалу. Тому створення та усестороннє до клінічне дослідження матеріалів для незнімних конструкцій зубних протезів є запорукою якісного лікування.

**Resume.** The article deals a pressing issue of practical medicine consisting in improving efficiency of orthopedic treatment with metal fixed dentures by development and application of a new polymer facing material and coating varnish. The method of creating adhesion in metal framework – coating varnish – facing polymer for fixed dentures.

**Key words:** acrylic facing polymer, mechanic retention, coating varnish.

**УДК 159.947.5:616.31-05-08+613/6144-044.325]-024.11**

**Бублій Т.Д., Дубовая Л.И.**

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МОТИВАЦИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина*

В настоящее время, несмотря на широкое внедрение современных технологий в стоматологию, до сих пор эффективность лечения и профилактики при многих заболеваниях, таких как кариес и его осложнения, болезней тканей пародонта, остается невысокой. Одной из причин этого является, казалось бы, простая проблема, такая как, соблюдение пациентом назначений врача, касающихся как лечения, так и профилактики. Выполнение рекомендаций относится как к приему лекарственных средств, так и к изменению образа жизни (устранение вредных привычек, правильное питание, физическая активность, соблюдение режима труда и отдыха) [2]. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что длительное соблюдение назначений врача при хронических заболеваниях наблюдается лишь в 50% случаев [4].

Эффективность лечения, как правило, оценивается больным как улучшение общего самочувствия, уменьшение симптомов заболевания и повыше-

нием, таким образом, качества жизни (КЖ). Если в результате проводимой терапии ухудшается КЖ, то полезность такого лечения для пациентов значительно снижается. Изучение этого аспекта — важная сторона оценки лечения, которая мотивирует осознанное ответственное отношение к своему здоровью, в том числе, и в стоматологии.

**Цель исследования** — выявить взаимосвязь стоматологической комплаентности и оценки качества жизни пациентов разных возрастных групп.

**Материалы и методы исследования:** Согласно поставленной цели, было обследовано 175 пациентов (80 мужчин и 95 женщин): 86 человек в возрасте 20-30 лет, (молодой возраст), 60 человек 30-50 лет (средний возраст) и 29 человек 60-70 лет (пожилой возраст), жителей г. Полтавы. У всех определяли распространенность и интенсивность кариеса (КПУ), уровень гигиены полости рта (ГИ по Фёдорову-Володкиной), наличие и интенсивность заболеваний тканей пародонта. Также проводили опрос с помощью специальной анкеты [1], включающей вопросы, определяющие осознанное отношение пациентов к своему здоровью:

- всегда ли он выполняет все рекомендации врача-стоматолога;
- считает ли он возможным не лечиться, если пока ничего не болит;
- может ли он прекратить лечение, если симптомы болезни отступают;
- просили указать причины отказа от лечения у стоматолога.

По результатам анкетирования выделялись пациенты: комплаентные и не приверженные к лечению.

Для оценки КЖ использовался опросник «Качество жизни психосоматических больных», состоящий из 48 вопросов, разбитых на 3 блока по 16 в каждом [3]. Качество соматического состояния оценивалось по особенностям ограничений больного в физических нагрузках, самообслуживании, повседневной деятельности. Психологическая составляющая КЖ определялась по наличию депрессии, тревоги, влиянию эмоционального состояния на повседневную профессиональную деятельность; социальная — учитывала особенности взаимоотношений на работе, с членами семьи, медицинским персоналом. Низкому показателю по каждому критерию КЖ соответствовала оценка от 0 до 25 баллов, среднему — от 44 до 86 баллов, высокому — от 97 до 144 баллов.

Статистический анализ осуществлялся с помощью программы SPSS 18.0. Для оценки достоверности различий использовались критерий Стьюдента. Применялся корреляционный анализ (критерий Пирсона).

**Результаты и их обсуждение.** Анализ полученных данных позволил выявить и обобщить основные факторы, влияющие на стоматологическую комплаентность больного. Среди лиц молодого возраста доверяют врачу, усваивая данную им информацию по сохранению зубов здоровыми 86%. С возрастом доверие к врачам неуклонно снижается - им доверяют 67% людей среднего возраста и только 37 % пожилых пациентов.

Выполняют рекомендации врача-стоматолога 92% молодых пациентов, 68% лиц среднего возраста и только 33% пожилых пациентов. Считают возможным не обращаться к стоматологу, если его ничего не беспокоит, 49%

молодых людей, 64% людей среднего возраста и 80% пожилых пациентов. Прерывают курс лечения, если стало лучше, 27% молодых людей, 44% лиц среднего возраста и 86 % пожилых.

Оценивая удельный вес пациентов, относящихся к некомплаентным, можно считать, что таковыми являются 1/3 молодых людей и 1/4 людей среднего и пожилого возраста.

При изучении возможных причин некомплаентного поведения пациентов следует обратить внимание, что в настоящее время страх боли и неудачи при лечении в прошлом не являются основными его причинами. На первый план выходят социальные факторы – недостаток времени для лечения и его высокая стоимость.

Среди определяющих факторов, формирующих некомплаентность, можно выделить такие, как низкая информированность пациентов в вопросах современных методов лечения и профилактики и низкий уровень ответственности за собственное здоровье.

Комплаентность и КЖ взаимосвязан. Так, нежелание лечиться наблюдается у 30-60 % больных с низким КЖ, что связано с наличием хронических заболеваний. Пациенты не соблюдают врачебных предписаний из-за длительности лечения, многочисленности препаратов и периодов симптоматической ремиссии. Предпочитают не принимать постоянно лекарственные препараты 66% пациентов, что обусловлено опасением возможного вреда от проводимого лечения.

Опрошенные нами пациенты, высоко оценивают состояние своего здоровья, что соответствует 105,73 баллам. Уровень психологического состояния пациентов был высоким – 101,42 балла и самая низкая оценка была дана по социальному компоненту КЖ – 83,19 балла, что является средним уровнем, то есть субъективно оценивается пациентами удовлетворительно.

Проводя анализ КЖ по разным возрастным группам, установлено, что у молодых оценка общего уровня КЖ была выше и составила 110,07 балла, при чем у пациентов среднего возраста – 91,52 и практически не отличалась от аналогичного показателя пациентов старшего возраста – 115,5. Разница средней оценки КЖ у пациентов разных возрастных групп не была достоверной ( $P > 0.05$ ) и относилась к высокому КЖ.

При анализе составляющих КЖ стоматологических пациентов выявлено, что самый низкий показатель КЖ по социальной составляющей оказался у молодых людей и составил 72,25 балла (средний уровень КЖ по данному показателю). Составляющая данного показателя КЖ у лиц среднего и пожилого возраста был достоверно выше – 97,76 и 96,82 балла соответственно (высокий уровень КЖ). Возможно, более низкая оценка социального компонента КЖ у молодёжи связана с более высокими запросами, сформулированными современным социумом. С возрастом люди, по-видимому, более адекватно оценивают современное общество и своё место в нём, о чём свидетельствует высокий уровень социальной компоненты КЖ у стоматологических пациентов среднего и пожилого возраста.

Психологическая составляющая КЖ у молодых пациентов была самой

высокой. Уровень психологического комфорта у молодёжи был оценен, в среднем, в 112,75 балла (высокий) и был выше, чем у лиц среднего возраста – 99,3 балла (что тоже относится к высокому уровню КЖ). Хотя психологическая составляющая КЖ у пожилых пациентов была достоверно ниже, чем у молодых, она соответствовала средней, удовлетворительной оценке КЖ – 92,2 балла, но всё равно достоверно отличалась от аналогичного показателя у лиц молодого возраста. По-видимому, лица молодого возраста чувствуют себя в современном социуме более комфортно, о чём свидетельствует снижение данного показателя с возрастом, при котором чаще наблюдаются психологический дискомфорт, бессонница, депрессия, снижается работоспособность, ухудшается материальное положение.

Анализируя соматическую составляющую КЖ стоматологических пациентов, мы отметили, что самый низкий уровень оценки своего здоровья оказался у лиц молодого возраста – 83,9 балла (средний показатель). Выше уровень своего здоровья оценили пациенты среднего и пожилого возраста – 97,76 и 96,85 баллов соответственно, что было достоверно выше, чем у молодёжи ( $P < 0,05$ ) и относилось к высокому показателю КЖ по данному параметру. Возможно, пациенты молодого возраста более требовательны к своему организму и критически воспринимают любые отклонения от нормы, по сравнению с лицами среднего и пожилого возраста, которые постепенно адаптируются к ним. Кроме того, те пациенты, которые занимались лечением стоматологической патологии, явившись в поликлинику, оценивали своё здоровье выше, чем пациенты, проходившие лечение соматических заболеваний в стационаре, что соответствует данным литературы [ 2, 3].

Выявлена отрицательная корреляционная связь между возрастом и уровнем КЖ ( $r = -0,46$ ), что может говорить о снижении КЖ с возрастом вследствие объективного ухудшения соматического здоровья, психологических и социальных причин.

Нами было проведено сравнение показателей индексов КПУ, РМА и гигиенического индекса Фёдорова-Володкиной у пациентов с низким и высоким уровнем КЖ. Так, у пациентов с низкой оценкой КЖ интенсивность кариеса была достоверно выше, чем у пациентов с высоким КЖ -  $5,5 \pm 0,21$  против  $3,3 \pm 0,12$  ( $P < 0,05$ ). Также можно отметить более высокую интенсивность гингивита по индексу РМА у пациентов с низким КЖ по сравнению с таковым показателем пациентов, оценивающих своё КЖ как высокое –  $25,05 \pm 0,07\%$  (низкое КЖ) против  $7,75 \pm 0,1\%$  (высокое КЖ), ( $P < 0,05$ ). Интересно, что и гигиена полости рта у пациентов с низкой оценкой КЖ была хуже, чем у тех, кто оценивает своё КЖ как высокое –  $1,9 \pm 0,09$  балла против  $1,3 \pm 0,06$  балла ( $P < 0,05$ ). Таким образом, нами была выявлена взаимосвязь КЖ стоматологических пациентов и состоянием их полости рта.

**Выводы.** Взаимосвязь некомплаентности и качества жизни людей с психосоматическими заболеваниями, к которым относят множественный кариес и болезни тканей пародонта, необходимо учитывать при разработке рекомендаций по оптимизации взаимодействия в системе «врач — пациент» в

целях формирования у пациентов приверженности к лечению, повышения эффективности лечения и профилактики. Очень важно помочь пациенту осознать ценность собственной личности и поверить в эффективность лечения, создать мотивацию на выздоровление или улучшение состояния, сформировать оптимистичное и позитивное отношение к лечению.

Изучение КЖ при стоматологических заболеваниях в дальнейшем позволит наметить пути воздействия на снижение уровня стоматологических заболеваний путём воздействия на каждую конкретную составляющую оценки КЖ.

**Литература.** 1. Бублий Т.Д., Дубовая Л. И. Комплаентность пациентов разных возрастных групп // *Электронный периодический научный журнал «SCI-ARTICLE.RU»*, № 17.-2015.-С.244-248. 2. Некрылов В.А., Чесноков П.Е., Клименко Г.Я. Медико-социальная характеристика стоматологических больных (по материалам углублённого социологического исследования // *Врач-аспирант*, №4 (53), 2012.-С. 57-64. 3. Новикова И.А., Попов В.В. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2015. – N 6(35) 4. Петрова Н.Н. Основы психосоматической медицины: учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2013. – 72 с. 5. Саввина Е.А., Булкина Н.В., Масумова В.В., Олевская О.А. Взаимоотношения стоматологического статуса, данных самооценки и мотивации к лечению // *Саратовский научно-медицинский журнал*.- 2011,Т.7 (Приложение), С.326-327. 6. Фирсова И.В., Михальченко В.Ф. Демографические и стратификационные характеристики пациентов с разными уровнями комплаентности. Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сборник научных трудов Волгоградского гос.мед.ун-та.- Волгоград, ООО «Бланк», 2008.-С.123-130.

## **Bubliy T.D., Dubovaya L.I. ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING ON MOTIVATION AND QUALITY OF LIFE OF DENTAL PATIENTS.**

*Ukrainian Medical Stomatological Academy Poltava*

The purpose of the study is to identify the relationship of dental compliance and assess the quality of life of patients of different age groups.

**Materials and methods:** 175 patients were examined (80 men and 95 women) different age groups. The DMF index, the level of oral hygiene (GI according to Fedorov-Volodkina), the presence and intensity of periodontal tissue diseases were determined for everyone. Also conducted a survey using a special questionnaire Compliance indicator is interconnected both with the general indicator of quality of life (QOL), and with its somatic, psychological and social components. A negative correlation was found between age and the level of QOL ( $r = -0.46$ ), which may indicate a decrease in QOL with age due to objective deterioration in somatic health, psychological and social causes. The patients we examined, on average, rated their QOL as high, with a lower QL rating being in middle-aged people. The somatic component of QOL was lower in young people and was combined with the lowest QOL score for the social component, while the psychological component of QOL was the highest. When comparing the dental incidence of patients with low and high scores of QOL, it was found that patients with low QOL have higher caries and inflammatory processes in the periodontium, worse oral hygiene.

It is very important to help the patient to realize the value of his own personality and to believe in the effectiveness of treatment, to create motivation for recovery or improvement of the condition, to form an optimistic and positive attitude towards treatment.

**Key words:** compliance; the quality of life; Dental clinic patients.